

中医外治法防治妇科恶性肿瘤患者术后胃肠功能低下临床研究

朱劲松, 王一庆, 张彩霞, 毕学汉

兰州大学第一医院, 甘肃 兰州 730000

[摘要] 目的: 观察中医外治法对改善妇科恶性肿瘤患者术后胃肠功能低下的临床疗效, 并探讨其作用机制。方法: 将 60 例患者随机分为 2 组各 30 例 (对照组 1 例退出), 实验组在常规治疗基础上术前采用益气通腑灌肠方保留灌肠, 术后采用敷脐促通膏脐部外敷治疗; 对照组在常规治疗基础上术前采用温生理盐水清洁灌肠。记录 2 组患者术后首次肛门排气时间、首次排便时间; 用酶联免疫分析法检测患者术前、术后第 1、3 天血浆胃动素 (MTL) 及血管活性肠肽 (VIP) 含量。结果: 术前及术后第 1 天 2 组血浆 MTL 及 VIP 含量比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$); 术后第 3 天实验组血浆 MTL 含量高于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 实验组血浆 VIP 含量低于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组术后第 1 天 MTL 含量均较术前有所升高, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。MTL 含量术后第 3 天与术前及术后第 1 天比较, 实验组差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 而对照组差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。2 组术后第 1 天 VIP 含量均较术前增加, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 但实验组第 3 天 VIP 含量减少, 与术前比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$); 与术后第 1 天比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$); 而对照组术后第 3 天 VIP 含量升高, 与术前及术后第 1 天比较, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。结论: 采用中医外治法能够显著促进妇科恶性肿瘤患者术后胃肠功能恢复, 具有良好的临床疗效。

[关键词] 妇科恶性肿瘤术后; 胃肠功能低下; 中医外治法; 益气通腑灌肠方; 敷脐促通膏

[中图分类号] R737.3; R619 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0179-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.00.071

实施广泛性手术切除是治疗妇科恶性肿瘤的关键措施。但腹部手术后由于麻醉、术中操作对胃肠的牵拉以及电解质紊乱等刺激的综合作用, 胃肠运动功能受到抑制, 产生腹胀腹痛、恶心呕吐、排气排便困难等一系列胃肠功能障碍的表现, 影响了患者术后的早期康复, 严重时干扰了术后放化疗的及时配合。目前的研究显示, 现代医学对术后胃肠功能障碍常常缺乏主动干预措施, 而中医药在临床中积累了大量宝贵的理论和实践经验, 其在围手术期的应用对促进手术后胃肠功能的恢复具有明显的特色和优势。本研究旨在探讨采用中医外治法中药术前灌肠和术后敷脐防治妇科恶性肿瘤术后患者胃肠功能低下的临床疗效及作用机制。

1 临床资料

1.1 妇科恶性肿瘤诊断标准 参考美国国立综合癌症网络(NCCN)颁布的《2012年宫颈癌临床实践指南》^[1]、《2012年卵巢癌包括输卵管癌和腹膜癌临床

实践指南》^[2]、《2011年子宫内膜癌临床实践指南》^[3], 根据患者病史、临床症状与体征以及影像学 and 实验室检查, 初步诊断为宫颈癌、卵巢癌和子宫内膜癌, 且宫颈癌及子宫内膜癌术前均经病理组织检查确诊, 卵巢癌术后经病理诊断确诊。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 年龄 18~75 岁; 术前已确诊为宫颈癌或子宫内膜癌或高度怀疑卵巢癌, 并拟行手术治疗者, 且根据 2009 年国际妇产科联盟(FIGO)制定的临床分期标准, 宫颈癌患者为 A~A 期; 依从性好, 能按要求完成实验者;

手术均采用全身麻醉, 术后使用静脉麻醉泵止痛。排除标准: 合并慢性消化系统疾病的患者; 过敏体质及对多种药物过敏者。

1.3 一般资料 观察病例为 2013 年 4~12 月在兰州大学第一医院妇产科治疗且符合上述标准的妇科恶性肿瘤患者, 共 60 例, 按照随机数字表法分为实验组和对照组各 30 例。其中施行广泛子宫切除术加盆

[收稿日期] 2014-06-09

[基金项目] 甘肃省科技计划资助项目 (编号: 145RJZA072)

[作者简介] 朱劲松 (1968-), 女, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 妇科内分泌及妇科肿瘤。

[通讯作者] 王一庆, E-mail: ldywyq@qq.com。

腔淋巴结清扫术 48 例, 肿瘤细胞减灭术 12 例。治疗过程中对照组 1 例因术后大出血退出研究。2 组患者年龄及手术方式经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 手术治疗 观察患者均在全身麻醉下行手术治疗。宫颈癌患者行广泛子宫切除术加盆腔淋巴结清扫术; 子宫内膜癌患者行子宫全切术加双侧附件切除术加盆腔淋巴结清扫术; 卵巢癌患者行肿瘤细胞减灭术。术后给予禁食、预防感染及肠外营养等常规治疗。

2.2 药物治疗

2.2.1 实验组 患者术前晚及术日晨采用加热至 36°C 左右的中药灌肠剂益气通腑灌肠方保留灌肠(本方依据李东垣《内外伤辨惑论》当归活血汤和张仲景《伤寒论》大承气汤的组方思想而自拟, 处方: 生大黄、厚朴、枳实、芒硝、莱菔子各 30 g, 黄芪 60 g, 当归 15 g。以上中药购自本院中药房, 煎制成 800 mL 的汤剂, 术前保留灌肠)。于术后 2 h 内给予敷脐促通膏敷脐(处方: 吴茱萸、木香、延胡索各 15 g, 丁香 6 g, 冰片 3 g。以上药物均购自甘肃省中医院中药房, 并由其加工成膏剂), 外覆透明塑料薄膜密封, 24 h 后更换, 共 3 次。

2.2.2 对照组 患者于上述时间采用加热至 36°C 左右的温生理盐水清洁灌肠。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录患者术后首次肛门排气及排便时间, 检测患者术前、术后第 1、3 天空腹血浆胃动素(motilin, MTL)及血管活性肠肽(vasoactive intestinal peptide, VIP)含量。

3.2 血浆 MTL、VIP 含量测定 标本采集方法: 抽取患者空腹静脉血 3 mL, 置入含有 EDTA 的干燥试管内, 混合 10~20 min 后, 4°C , 3 000 r/min 离心 20 min, 取上清置于 EP 管中, -80°C 保存待用。标本检测方法: 采用酶联免疫分析法检测, 酶联免疫试剂盒购自美国 RB 公司。测定前将低温保存的标本置于室温复融, 严格按照酶联免疫试剂盒要求操作。使用由美国生产的光谱扫描多功能读数仪进行检测。

3.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析。数据描述采用($\bar{x} \pm s$), 经 Levene 检验各组方差齐性, 组间比较使用独立样本 t 检验, 组内比较使用

配对样本 t 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组术后首次肛门排气和排便时间比较 见表 1。实验组术后首次肛门排气、排便时间均较对照组缩短, 2 组比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组术后首次肛门排气和排便时间比较($\bar{x} \pm s$) min

组别	n	首次排气时间	首次排便时间
实验组	30	3 702.83 ± 963.94	5 391.17 ± 2 324.45
对照组	29	4 301.21 ± 997.10	6 603.79 ± 2 289.86

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.2 2 组手术前后血浆 MTL、VIP 含量比较 见表 2。术前及术后第 1 天 2 组血浆 MTL 及 VIP 含量比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$); 术后第 3 天实验组血浆 MTL 含量高于对照组, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 实验组血浆 VIP 含量低于对照组, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2 组术后第 1 天 MTL 含量均较术前有所升高, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。MTL 含量术后第 3 天与术前及术后第 1 天比较, 实验组差异均有显著性意义($P < 0.05$), 而对照组差异均无显著性意义($P > 0.05$)。2 组术后第 1 天 VIP 含量均较术前增加, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$); 但实验组第 3 天 VIP 含量减少, 与术前比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$); 与术后第 1 天比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$); 而对照组术后第 3 天 VIP 含量升高, 与术前及术后第 1 天比较, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组手术前后血浆 MTL、VIP 含量比较($\bar{x} \pm s$) pg/mL

项目	实验组(n=30)			对照组(n=29)		
	术前	术后第 1 天	术后第 3 天	术前	术后第 1 天	术后第 3 天
MTL	41.90 ± 15.27	48.76 ± 15.86	52.65 ± 18.11	40.14 ± 18.20	48.13 ± 20.69	42.46 ± 18.58
VIP	236.31 ± 92.14	261.94 ± 89.18	231.53 ± 78.92	224.57 ± 75.56	253.73 ± 81.25	277.37 ± 81.72

与对照组比较, ① $P > 0.05$, ② $P < 0.05$; 与术前比较, ③ $P < 0.05$, ④ $P < 0.01$; 与术前及术后第 1 天比较, ⑤ $P < 0.05$, ⑥ $P < 0.01$; 与术后第 1 天比较, ⑦ $P < 0.01$

5 讨论

现代医学治疗妇科肿瘤以手术为主。通常情况下, 大的手术切口、广泛的手术操作对术后胃肠功能的影响较大。目前, 在术后胃肠功能恢复的临床评价中, 肠鸣音恢复时间、肛门首次排气与排便时间仍是主要评价指标^[4]。本研究结果显示, 实验组术后首次肛门排气及排便时间均较对照组缩短, 差异有

显著性意义($P < 0.05$), 说明实验组术后胃肠动力恢复较好。

自 20 世纪初, 神经内分泌与胃肠运动功能的关系引起了医学界的广泛关注。近年来胃肠激素的研究发展十分迅速, 它涉及生理生化、分子生物学、免疫学等许多学科。MTL 是一种含有 22 个氨基酸残基的活性直链多肽, 通过作用于胃和小肠的胃动素受体, 刺激消化间期移行性复合波 期的产生来促进胃肠运动^[5], 近年来被认为是促进胃肠动力的重要胃肠激素。大量研究结果显示^[6,8], 血中胃动素浓度的改变与胃肠道运动的变化有着密切的平行关系。手术后血浆胃动素水平的下降是导致胃肠道功能抑制的重要原因之一。VIP 是由 28 个氨基酸残基构成的直链多肽, 具有抑制胃酸和胃蛋白酶分泌、刺激水和碳酸氢盐分泌, 舒张胃肠道平滑肌等生理作用, 对胃运动和排空具有抑制作用^[7], 是一种抑制性胃肠激素。葛洪霞等^[9]运用放免分析法测定以大承气汤为基础的中药组方对食管癌手术患者胃肠激素分泌的影响, 发现中药治疗可明显提高实验组患者血浆中 MTL 的含量, 同时降低 VIP 水平。本研究结果显示: 术后第 3 天实验组血浆 MTL 含量高于对照组, 而 VIP 含量低于对照组, 差异均有显著性意义($P < 0.05$), 提示实验组术后胃肠动力恢复较好。血浆 MTL 含量手术前后组内比较: 2 组 MTL 含量术后第 1 天均较术前升高, 但只有实验组差异有非常显著性意义($P < 0.01$), 而术后第 3 天与术前比较, 只有对照组含量降低, 其差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。血浆 VIP 含量手术前后组内比较: 2 组 VIP 含量术后第 1 天均高于术前, 差异有显著性意义($P < 0.05$), 而术后第 3 天与术前比较, 只有对照组含量升高, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。以上数据说明, 运用中医药外治法可以提高手术后患者血浆内 MTL 的水平, 降低 VIP 的水平, 从而有效防治妇科恶性肿瘤患者术后胃肠功能低下, 促进病人术后胃肠功能尽快恢复。

妇科肿瘤属中医学癥瘕、积聚范畴, 而气虚血瘀、气滞血瘀是其主要的病因病机。中医学认为, 妇人以血为本, 因月经、胎孕、产育、哺乳等都是精血为用, 以致机体相对处于血分不足, 术后胃肠功能障碍概属于中医学肠痹、肠结等疾病, 其发生多由术后气血亏虚, 运化乏力, 加之术中伤及血脉, 血溢脉外, 瘀血内停, 阻滞气机而至腹痛、腹胀等症, 证属

寒凝气滞血瘀。根据“六腑以通为用”之理论, 治疗应予温通行气、开郁化滞。因此, 根据妇女的生理特性及妇科肿瘤术后病机, 依据李东垣当归补血汤和张仲景大承气汤的组方思想而自拟益气通腑汤, 用于术前肠道准备, 保留灌肠, 术后采用敷脐促通膏以促进胃肠功能的早期恢复。益气通腑汤由当归补血汤及大承气汤化裁而成, 当归补血汤是益气补血名方, 实验证明^[9], 该方能减轻动物模型的贫血程度; 大承气汤峻下热结, 以此方为基础方加减, 现广泛用于外科急腹症及腹部术后胃肠功能恢复, 现代研究证实^[10-11], 该方具有攻里通下、荡涤胃肠、祛瘀活血之功效, 能显著增加肠道蠕动, 增加肠道血流, 改善肠道微环境。敷脐促通膏具有温通行气、活血止痛的作用。方中吴茱萸散寒止痛、温中止呕、疏肝理气, 《本草纲目》载: 可“开郁化滞”。木香行气止痛、温中和胃, 长于行胃肠滞气, 并有止痛作用; 丁香温中降逆、温肾助阳, 《药性论》载: “治冷气腹痛”。延胡索活血散瘀、理气止痛, 《本草纲目》谓: “活血、行气、止痛”, “专治一身上下诸痛, 用之中的, 妙不可言”。诸药配伍, 契合术后气滞、血瘀、热结、寒凝等致胃肠气机不利、腑气不通而致的腹痛、腹胀的病机^[12], 以促进术后胃肠功能尽快恢复, 并降低术后镇痛的需求。

温生理盐水清洁灌肠是保证妇科恶性肿瘤患者手术顺利实施的关键之一, 单纯的生理盐水灌肠仅具备清理肠道内积气及存积粪便的作用, 本研究采用温热的中药灌肠剂保留灌肠, 不仅具有获得良好手术视野、便于手术操作的效果, 而且通过结直肠黏膜的吸收作用, 使药效直达病所, 为术后胃肠功能的尽快恢复奠定了基础。敷脐法利用脐部皮下组织疏松、血运丰富, 药物易于穿透、弥散而被吸收的特点, 以及神阙为生命之根蒂, 总理人体诸经百脉, 联系五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉经脉的生理特点, 使药物经济迅速吸收渗透到组织器官, 从而达到温通行气、开郁止痛的目的。

促进腹部术后患者胃肠功能的早期恢复是所有外科医生的共识, 基于中医学治未病的理念, 并结合中医外治法具有操作简便、疗效确切、毒副作用小等特点, 我们将中药术前灌肠和中药术后脐部外敷联合用于妇科恶性肿瘤患者围手术期处理, 取得了满意的临床疗效, 值得大力推广。

[参考文献]

- [1] 吴妙芳, 李晶, 林仲秋. 2012 年 NCCN 宫颈癌临床实践指南解读[J]. 国际妇产科学杂志, 2012, 39(1): 103-106.
- [2] 林仲秋, 李晶. 2012 年卵巢癌包括输卵管癌和原发腹膜癌临床实践指南第 2 版解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2012, 28(3): 163-165.
- [3] 涂画, 刘继红. 2011 年 NCCN 子宫内腺癌临床实践指南解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(11): 803-807.
- [4] 陈志强, 曹立幸. 围手术期术后胃肠功能评价的研究现状与展望[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(6): 727-731.
- [5] van Assche G, Depoortere I, Thijs T, et al. Contractile effects and intracellular Ca^{2+} signaling induced by motilin and erythromycin in circular smooth muscle of human colon[J]. Neurogastroenterol Motil, 2001, 13(1): 27.
- [6] 齐清会, 王简, 回建峰, 等. 大承气冲剂对人体胃肠运动功能的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(1): 21-24.
- [7] Ljung T, Hellstrom PM. Vasoactive intestinal peptide suppresses migrating myoelectric complex of rat small intestine independent of nitric oxide [J]. Acta Physiol Scand, 1999, 165(2): 225-231.
- [8] 葛红霞, 许翠萍, 罗景玉. 攻里通下法防治食管癌术后患者胃肠动力低下的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(7): 884-887.
- [9] 金若敏, 宁炼, 陈长勋, 等. 血虚模型动物制备及当归补血汤的作用研究[J]. 中成药, 2003, 23(4): 268-271.
- [10] 邱剑锋, 李国栋, 舒涛, 等. 加味大承气汤对直肠癌术后胃肠功能恢复的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(6): 78.
- [11] 刘庆, 徐玉琴. 加味大承气汤治疗麻痹性肠梗阻临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(3): 102-103.
- [12] 孟祥兰, 程琪辉, 戴建萍. 辨证治疗妇科术后胃肠功能恢复不良 52 例[J]. 中医药研究, 1996(6): 26.

(责任编辑: 黎国昌)

山大颜合方辨治结节性红斑 30 例疗效观察

吴昌枝, 孙晟君, 蒋金萍, 李冬冬, 赫军

台州市博爱医院, 浙江 台州 318050

[摘要] 目的: 观察山大颜合方联合洛索洛芬钠分散片治疗结节性红斑的临床疗效。方法: 将 60 例患者随机分为 2 组各 30 例, 治疗组给予大颜合方联合洛索洛芬钠分散片治疗; 对照组给予洛索洛芬钠分散片治疗, 均治疗 2 周。观察对比 2 组患者临床疗效及不良反应情况。结果: 总有效率治疗组为 96.7%, 对照组为 76.7%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组均出现胃肠道反应各 3 例, 均经对症治疗消失。结论: 山大颜合方联合洛索洛芬钠分散片治疗结节性红斑疗效肯定, 且无明显副作用, 值得临床推广应用。

[关键词] 结节性红斑; 中西医结合疗法; 山大颜合方; 洛索洛芬钠分散片

[中图分类号] R758.61 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0182-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.072

2009 年 1 月~2013 年 6 月, 笔者选用自拟山大颜合方联合洛索洛芬钠分散片治疗结节性红斑, 取得较理想疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例均为本院门诊就诊患者, 共 60 例, 诊断标准均符合《风湿性疾病诊断治疗指南》^[1]中结节

[收稿日期] 2014-03-16

[作者简介] 吴昌枝 (1978-), 女, 主管中药师, 主要从事传统中医药工作。

[通讯作者] 赫军, E-mail: 1339982549@qq.com。