

气滞血瘀，故胁下痞块疼痛据按。内方服祛瘀汤中黄芪、人参补气生津；白术健脾益气；天冬、麦冬、生地黄润肺养阴；三棱、莪术、补骨脂活血破瘀、祛瘀生新；全瓜蒌、天南星燥湿化痰、消肿散结；牡蛎性味咸寒，软坚散结；夏枯草、白花蛇舌草清热解毒、消肿散结。诸药合用，具行气解瘀、化痰散结之效。方药根据患者病情进行加减，气滞血瘀型加川芎、青皮以疏肝理气止痛；瘀瘀内阻型加白芥子、当归以活血化痰，养血通脉。

结果显示研究组可升高 PT、APTT 水平，降低 BPC、Fib 水平，提示患者凝血时间延长。且研究组临床症状改善情况优于对照组，胃肠道异常及肾功能损害率也低于对照组，与张金波^[7]相关研究结论一致。综上，祛瘀汤用于治疗非小细胞肺癌患者，能显著改善患者血液高凝状态，缓解临床症状，降低副反应，从而提高患者的生活质量。

[参考文献]

[1] 王艳春, 程俊. 自拟益气养阴解毒汤联合 GP 方案化疗治

疗晚期非小细胞肺癌疗效观察[J]. 中国中医急症, 2015, 24(5): 851-853.

- [2] 郑丽新, 赵明, 王玉, 等. 高凝状态对非小细胞肺癌患者深静脉血栓形成的影响[J]. 现代生物医学进展, 2014, 14(29): 5699-5701.
- [3] 尹梅. 非小细胞肺癌患者凝血功能检测及临床意义探讨[J]. 重庆医学, 2014, 43(4): 424-426.
- [4] 龚晶, 曲秀娟, 刘云鹏, 等. 晚期非小细胞肺癌患者一线化疗前纤维蛋白原状态与预后的相关性[J]. 中国医科大学学报, 2013, 42(4): 307-309, 317.
- [5] 韩啸东, 张侠, 刘畅, 等. 非小细胞肺癌患者血液高凝状态的临床调查[J]. 现代生物医学进展, 2015, 15(5): 882-886, 877.
- [6] 李艳华, 魏素菊, 王俊艳, 等. 非小细胞肺癌患者凝血功能异常的相关因素与预后分析[J]. 中国肺癌杂志, 2014, 17(11): 789-796.
- [7] 张金波. 康肺散结汤直肠给药治疗非小细胞肺癌的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(3): 190-193.

(责任编辑: 冯天保)

中西医结合快速康复对胃癌根治术患者术后恢复及并发症的影响

吴健瑜, 卢蔚起, 郝蕾

广州中医药大学第一附属医院胃肠甲状腺外科, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 探讨中西医结合康复技术对胃癌根治术患者术后恢复及并发症的影响。方法: 将胃癌根治术的患者 70 例随机分为观察组及对照组各 35 例, 观察 2 组患者术后肛门首次排气排便时间、胃管留置时间、住院时间、住院费用、并发症发生率、血清胃动素等情况。结果: 治疗后观察组首次肛门排气时间、留置胃管时间、住院时间均较对照组短, 住院费用较对照组少, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。术后第 1、术后第 7 天, 观察组胃动素均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。并发症发生率观察组为 8.57%, 对照组为 22.86%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 胃癌根治术围手术期应用中西医结合快速康复技术, 能有效促进患者胃肠功能恢复, 加快术后康复进程, 降低费用, 值得临床推广使用。

[关键词] 胃癌; 根治术; 围手术期; 中西医结合疗法; 康复技术

[中图分类号] R735.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 03-0170-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.067

胃癌是常见的恶性肿瘤之一, 其预后与病期的早晚及治疗是否得当有密切关系。本病目前多采用胃癌

根治术, 然而胃癌根治术后胃肠功能恢复慢, 住院时间长, 费用较高, 且并发症较多。为此, 如何促进胃

[收稿日期] 2015-10-12

[基金项目] 广东省中医药局项目 (20131226)

[作者简介] 吴健瑜 (1983-), 男, 主治医师, 主要从事胃肠甲状腺外科的诊治工作。

[通讯作者] 卢蔚起, E-mail: 18530042@qq.com。

癌根治术后患者的恢复成为临床医生研究的重点。中西医结合快速康复技术在围手术期的应用,可减少手术应激及并发症,加速术后的康复^[1~2]。笔者对胃癌根治术患者围术期在西医快速康复技术治疗的基础上,加用中医特色治疗,结果令人满意,现报道如下。

1 临床资料

观察病例均为2013年8月—2015年5月在本院二外科的胃癌患者70例,均行胃癌根治性手术,术后病理确诊为胃癌,随机分为2组各35例。对照组男24例,女11例;年龄29~77岁;行远端胃次全切除者12例,近端胃次全切除患者14例,全胃切除者9例;胃癌TNM分期 期9例, 期15例, 期11例。观察组男25例,女10例;年龄31~78岁;行远端胃次全切除者15例,近端胃次全切除患者13例,全胃切除者7例;胃癌TNM分期 期有8例, 期14例, 期13例。2组患者在性别、年龄、手术方式、术后TNM分期等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 围手术期均采用快速康复技术。①术前给予多模式强化教育:详细告知手术、麻醉等相关情况,告知康复相关知识,鼓励早期下床。②术前后全流,术前禁食6h,禁饮2h,术晨6:00时静滴10%葡萄糖注射液250mL,糖尿病者静滴0.9%氯化钠注射液250mL。同时予250mL参芪扶正注射液静滴,每天1次,入院第1天至手术前1天。③麻醉后留置尿管,术后24h拔出。④麻醉后留置胃管,同时留置空肠营养管行术后早期肠内营养,肛门排气后拔除胃管。⑤术加强保温,控制室温25℃,补液进行加温处理。⑥要求患者术后主动活动,术后当天床上活动,次日强制下床活动。⑦术后予硬膜外镇痛泵+非甾体类抗炎药(如对乙酰氨基酚,避免阿片类)镇痛。⑧术后第1天开始经空肠营养管分次、加温、适量肠内营养液,逐渐过渡到普通饮食。

2 治疗方法

2.2 观察组 采用中西医结合快速康复技术,即在快速康复技术的基础上加予中医综合治疗,包括:①电针:针刺双侧足三里穴,接上电针仪,选用疏密波,强度以患者能耐受为宜,每次电针30min,每天2次,直至患者肛门排气,或至出现观察终点为止。②吴茱萸药熨:将吴茱萸250g放入纱布包中,微波炉加热后,放置于腹部神阙穴位区域热熨,每次20min,每天2次,直至患者肛门排气,或至出现观察终点为止。③耳穴压豆:从术后第1天开始至患者肛门排气,或至出现观察终点为止,选穴为交感、大肠、胃、神门、皮质下等。④术后24h始以通腑泻热灌肠合剂(广州中医药大学第一附属医院院内制剂,主要成分为大黄、虎杖、芒硝、栀子、苦地胆、忍冬藤等)250mL保留灌肠,每天1次,直至患者肛门排气,或至出现观察终点为止。⑤促胃肠动力中药的应用:以四磨汤(人参、槟榔、乌药、沉香)为主方辨证加减,术后24h后经空肠营养管多次、少量注入,以患者感受及症状循序渐进,直至患者肛门排气,或至出现观察终点为止。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 观察比较2组患者术后肛门首次排气排便时间、胃管留置时间、住院时间、住院费用、并发症发生情况以及患者血清胃动素水平。

3.2 统计学方法 采用SPSS12.5统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2组术后胃肠功能恢复及住院情况比较 见表1。治疗后观察组首次肛门排气时间、留置胃管时间、住院时间均较对照组短,住院费用较对照组少,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

3 观察项目与统计学方法

4.2 2组术后并发症比较 见表2。并发症发生率观察组为8.57%,对照组为22.86%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2组血清胃动素比较 见表3。术后第1、7天,

表1 2组胃肠功能恢复与住院情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	肛门排气时间(d)	胃管留置时间(d)	住院时间(d)	住院费用(元)
观察组	35	3.14±0.48 ^①	3.25±0.52 ^①	13.25±4.18 ^①	38266.7±10551.67 ^①
对照组	35	5.35±0.57	5.84±0.44	16.38±3.87	50164.6±7615.27

与对照组比较,① $P < 0.05$

表2 2组术后并发症比较

组别	n	肠梗阻	吻合口瘘	切口感染	下肢静脉血栓	再次手术	总发生率(%)
观察组	35	1	1	0	0	1	8.57 ^①
对照组	35	2	2	1	1	2	22.86

与对照组比较,① $P < 0.05$

观察组胃动素均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组血清胃动素比较($\bar{x} \pm s$) pg/mL

组别	n	术前	术后第1天	术后第7天
观察组	35	353.14 ± 53.48	208.57 ± 32.18 ^①	298.67 ± 21.48 ^①
对照组	35	345.35 ± 60.57	150.14 ± 33.49	227.15 ± 28.48

与对照组比较, ^① $P < 0.05$

5 讨论

近年来胃癌的发病率呈现上升趋势, 死亡率有所上升, 是消化道最常见的恶性肿瘤之一。手术方式主要选择胃癌根治术, 即胃大部分切除加淋巴结清扫。胃癌术后胃肠功能因手术创伤较大受到了很大的抑制, 术后患者的饮食、休息及康复受到了不同程度的影响, 若不及时处理, 会导致肠粘连、肠梗阻等严重并发症, 甚至需二次手术^[3]。近年来有学者对胃癌根治术后胃肠道动力情况进行研究, 发现患者血清中胃动素含量下降是导致影响术后胃肠道动力恢复的主要因素。因此, 如何提高胃癌根治术后患者血清胃动素的含量, 是临床上促进患者术后康复的关键。

随着快速康复外科的不断发展, 临床上将其理念与技术进行了推广和应用, 提倡鼓励患者术后早期下床活动、充分的镇痛、早期拔除导尿管等措施, 以利于患者快速恢复^[4~5]。快速康复外科的理念结合中医促进胃肠功能恢复的理念, 更加符合临床需要, 体现了中西医结合治疗的特色。

中医学认为, 胃癌患者多由脾气亏虚, 气虚痰瘀内阻所致, 本质脾气亏虚, 加之手术耗损正气, 气血消耗过甚, 气虚不能推动血液运行, 导致血脉瘀阻, 气机不畅, 同时血瘀加重了气滞, 从而导致痰瘀郁结, 六腑不能传化; 使得气机升降功能失调, 腑气不畅, 致胃肠运动功能障碍。故治疗应遵循六腑“以通为用”的原则, 宜通调腑气, 疏导气机, 同时配合健脾活血等治法。笔者以通腑泻热灌肠合剂保留灌肠、四磨汤内服, 起到清热解毒、健脾理气、活血通腑之效, 共同促进胃肠功能的术后康复。而吴茱萸气味俱厚, 暖肾温脾, 下气降逆, 可疏导肠腑气机; 通过神阙穴局部用药加强疏通脏腑经脉, 从而达到促进胃肠

蠕动, 加快胃肠功能恢复的目的^[6]。耳穴压豆, 选穴神门、皮质下、交感、大肠、胃等。神门、皮质下具有镇静安神、镇痛及缓解焦虑等作用, 交感调节自主神经, 缓解内脏平滑肌收缩, 具有加强胃肠蠕动的的作用。大肠、胃为相应部位取穴, 具有和胃降逆止呕之功, 主治恶心呕吐、腹泻、腹胀, 有促进肠蠕动的的作用。足三里为足阳明胃经的下合穴, 具有理气止痛、调节胃肠功能的作用^[7]。临床有研究发现, 针刺足三里穴对低张力肠管具有兴奋效应, 且对肠管的运动功能有促进作用^[8]。

本研究结果显示, 中西医结合快速康复外科疗法应用于胃癌根治术围手术期, 可增加胃动素水平, 加快排气排便时间, 缩短住院时间, 减少住院费用, 降低并发症发生率, 从而减轻患者痛苦, 值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery [J]. *Annals of Surgery*, 2008, 248(2): 189.
- [2] Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery [J]. *BMJ*, 2001, 322: 473-476.
- [3] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 549.
- [4] Borendal Wodlin N, Nilsson L, Fredrikson M, et al. Impact of stress coping capacity on recovery from abdominal hysterectomy in a fast-track programme: a prospective longitudinal study [J]. *BJOG*, 2012, 119(8): 998-1006.
- [5] 罗敏. 快速康复外科理念在妇科手术中的应用与展望[J]. *实用医学杂志*, 2012, 28(1): 12-13.
- [6] 仇玮, 郑燕生, 等. 吴茱萸热熨法促进腹部术后胃肠功能恢复临床观察[J]. *广州中医药大学学报*, 2010, 27(3): 225-226.
- [7] 李萍, 张彬, 张建芳, 等. 足三里应用医用术后贴促进腹部手术后胃肠功能恢复疗效观察[J]. *河北医药*, 2011, 33(12): 1913-1914.
- [8] 徐传兵. 电针双侧足三里促进腹部术后胃肠功能恢复的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.

(责任编辑: 冯天保)