

加味三香颗粒治疗结肠癌术后胃肠功能障碍 32 例

张 喆¹ 刘 瑜¹ 张挽澜¹ 王 微¹ 王文跃² 符 思^{1*}

(1. 中日友好医院中医消化科, 北京市朝阳区和平街樱花路 2 号, 100029;

2. 中日友好医院胃肠外科)

基金项目: 中日友好医院院级课题资助(2010-MS-46)

* 通讯作者: fusizryh@yahoo.cn, 13501145098

[摘要] 目的 观察加味三香颗粒治疗结肠癌术后胃肠功能障碍的临床疗效。方法 将 64 例结肠癌术后胃肠功能障碍患者随机分为治疗组和对照组各 32 例。两组均给予加强抗感染、营养支持等治疗, 同时治疗组给予加味三香颗粒, 80 ml 水溶解后, 鼻饲胃管注入, 夹闭 1 h 后抽吸, 鼻饲胃管拔出后改为冲服, 两组均治疗 14 天。评价其肠鸣音恢复时间、肛门排气恢复时间及治疗后证候疗效、主要症状疗效。结果 治疗组证候疗效、脘腹胀满、腹痛、食欲不振总有效率分别为 90.63%、90.63%、93.75%、90.63%, 对照组分别为 53.13%、56.25%、46.88%、53.13%, 治疗组均明显优于对照组($P < 0.01$)。治疗组肠鸣音恢复时间、肛门排气时间明显短于对照组($P < 0.01$)。结论 加味三香颗粒治疗结肠癌术后胃肠功能障碍疗效确切。**[关键词]** 结肠癌; 术后胃肠功能障碍; 加味三香颗粒

术后胃肠功能障碍(POD)是外科腹部术后出现的一种以肠道蠕动受损为主的手术并发症, 目前西医治疗上大多以加强营养支持及调护为主, 缺乏疗效确切的治疗手段。中医药干预往往可取得较好的疗效, 可减轻症状, 缩短恢复时间, 基于此我们进行了探索性的临床观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2010 年 11 月至 2012 年 6 月中日友好医院中医消化科及普外科住院的结肠癌术后胃肠功能障碍患者 64 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 32 例。其中治疗组男 14 例, 女 18 例; 年龄 31~72 岁, 平均年龄(45.70±13.56)岁; 病程 2~10 周, 平均病程(4.66±2.38)周。对照组男 13 例, 女 19 例; 年龄 34~79 岁, 平均年龄(50.70±15.92)岁; 病程 2~11 周, 平均病程(5.72±2.16)周。两组患者一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准及中医辨证标准

西医诊断标准参照中华消化内镜学会肠道学组结肠癌诊断标准^[1]及复旦大学附属中山医院提出的术后胃肠功能障碍的诊断标准^[2]制定。①符合结肠癌病理诊断; ②食欲减退并伴有腹胀或腹痛; ③经过一项或多项检查提示无机械性梗阻; ④无明显水电解质或酸碱失衡; ⑤无引起胃肠功能障碍的基础性疾病, 如糖尿病、硬皮病、甲状腺功能减退症等; ⑥未应用影响平滑肌收缩的药物。

中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]和《现代中医肿瘤学》^[4]制定。脾虚气滞证: 主症: 食欲减退, 稍食后脘腹胀满, 便秘, 无肛门排气排便或有排气但腹胀; 次症: 面色萎黄或白, 疲倦乏力, 排便困难, 自汗, 午后腹胀, 口淡不渴等。具备主症 2 项+次症 2 项, 即可诊断。

1.3 纳入标准

符合以上诊断及辨证标准; 年龄 18~80 岁; 签署知情同意书者。

1.4 排除标准

有广泛远处转移的结肠癌切除术后者; 有引起胃肠功能障碍的基础性疾病, 如糖尿病、硬皮病、甲状腺功能减退症等; 合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发疾病者; 妊娠及哺乳期妇女。

2 方法

2.1 治疗方法

两组均注意医生与患者及其家属积极沟通, 以调整患者术后的紧张心态, 指导日常及饮食护理, 停用对研究有影响的药物, 同时加强抗感染、营养支持治疗。治疗组于术后 24 h 开始给予加味三香颗粒, 药物组成: 广木香 10 g, 香附 10 g, 藿香 10 g, 黄芪 15 g, 焦槟榔 10 g, 炒莱菔子 30 g, 当归 15 g, 厚朴 10 g, 枳实 10 g, 苍术 10 g, 白术 15 g, 颗粒剂由北京康仁堂药业有限公司提供。80 ml 水溶解后, 鼻饲胃管注入, 夹闭 1 h 后抽吸, 鼻饲胃管拔出后改为冲服。

2.2 观察指标及方法

两组均于术后 24 h 后开始每 3 h 听诊肠鸣音 1

表1 两组患者主要症状疗效比较[例(%)]

组别	例数	症状	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	脘腹胀满	5(15.63)	11(34.38)	13(40.63)	3(9.38)	29(90.63)
对照组	32	脘腹胀满	2(6.25)	6(18.75)	10(31.25)	14(43.75)	18(56.25)
治疗组	32	腹痛	4(12.50)	16(50.00)	10(31.25)	2(6.25)	30(93.75)
对照组	32	腹痛	3(9.38)	4(12.50)	8(25.00)	17(53.13)	15(46.88)
治疗组	32	食欲不振	5(15.63)	9(28.13)	15(46.88)	3(9.38)	29(90.63)
对照组	32	食欲不振	3(9.38)	6(18.75)	8(25.00)	15(46.88)	17(53.13)

次,以任一区域听诊 ≥ 3 次/min为最早恢复时间;记录患者首次肛门排气时间;药物及自然恢复观察周期14天,于治疗第14天分别观察患者脘腹胀满、腹痛、食欲不振等症状,参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]进行分级量化评分。

2.3 疗效判定标准

疗效判定参照《中药新药临床研究指导原则》^[3],采用尼莫地平法,疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$;临床治愈:症状、体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:症状、体征明显改善,70% $\leq$ 疗效指数 $< 95\%$;有效:症状、体征均有好转,30% $\leq$ 疗效指数 $< 70\%$;无效:症状、体征均无明显改善,疗效指数 $< 30\%$ 。主要症状疗效标准:临床控制:症状消失;显效:症状分级减少2级;有效:症状分级减少1级;无效:达不到上述标准。症状分级参照文献^[3]制定。

3 结果

3.1 两组患者主要症状疗效比较

表1示,治疗组脘腹胀满、腹痛、食欲不振的总有效率均明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.2 两组患者证候疗效比较

表2示,治疗组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 11.130, P = 0.001$)。

表2 两组患者证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	5(15.63)	13(40.63)	11(34.38)	3(9.38)	29(90.63)
对照组	32	2(6.25)	6(18.75)	9(28.13)	15(46.88)	17(53.13)

3.3 两组患者肠鸣音恢复及肛门排气时间比较

表3 两组患者肠鸣音恢复及肛门排气时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肠鸣音恢复时间	肛门排气时间
治疗组	32	28.4 $\pm$ 3.4*	43.2 $\pm$ 10.4*
对照组	32	34.5 $\pm$ 5.8	61.3 $\pm$ 12.8

注:与对照组比较,* $P < 0.01$

表3示,治疗组肠鸣音恢复时间、肛门排气时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4 讨论

术后胃肠功能障碍属于中医“痞满”、“腹痛”范畴。病位主要在肝脾,病性虚实夹杂,主要病机为素体肝郁脾虚,加之手术损伤,导致中焦气机升降失常、气滞血瘀湿阻。针对中焦气机升降失职、气滞血瘀湿阻的主要病机,认为宜以疏肝健脾化湿组方治疗,选用木香、香附、藿香为君药以疏肝理气醒脾;木香乃三焦气分之药,能升降诸气,行气止痛,调中导滞;香附可理气止痛,兼能活血;藿香主化湿醒脾,宽中快气,和胃止呕。加用黄芪补脾益气;焦槟榔、炒莱菔子行气宽腹,白术、苍术、厚朴化湿健脾;枳实行气导滞;当归补血活血,共行健脾行气之功。

考虑到目前无公认有效的西药干预手段及吻合口撕裂等风险,故本研究对照组未给予西药治疗。从本研究结果来看,由于手术损伤是胃肠功能障碍重要原因之一,因此,有一定自我恢复的能力,但是给予中药加味三香颗粒早期干预可有效缩短患者术后肠鸣音恢复时间及肛门排气时间,证候疗效及主要症状疗效优于对照组,并且患者容易接受,能在临床上广泛运用,可进一步减轻患者痛苦,减少术后并发症的发生率,从而减少住院费用、缩短住院时间。

参考文献

- [1]中华消化内镜学会肠道学组.中国早期大肠癌内镜诊治共识意见[J].中国消化内镜,2008,(Z1):6-14.
- [2]陶致侃,王巨仁.腹部手术后胃瘫诊治分析[J].医学信息,2010,23(8):2880-2881.
- [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:361-364.
- [4]何裕民.现代中医肿瘤学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2005:343-346.

(收稿日期:2013-02-06;修回日期:2013-02-28)

[编辑:王利芬]