

本文引用:陈念,刘欢,倪志强,王永恒,彭书旺.柴芍六君子汤加减联合 ERAS 对腹腔镜胃癌手术康复的影响[J].湖南中医药大学学报,2020,40(5):626-629.

柴芍六君子汤加减联合 ERAS 对腹腔镜胃癌手术康复的影响

陈念,刘欢*,倪志强,王永恒,彭书旺
(湖南中医药大学第一附属医院普外科,湖南长沙 410007)

〔摘要〕目的 观察柴芍六君子汤加减联合加速康复外科(ERAS)治疗在腹腔镜胃癌手术患者中的安全性和有效性。方法 将腹腔镜胃癌 D2 根治术的患者 84 例随机分为对照组(ERAS 组)44 例和观察组(中药配合 ERAS 组)40 例。两组均按 ERAS 管理,观察组术后加服柴芍六君子汤加减。观察比较两组患者术前及术后第 1 天、第 3 天、第 5 天血清白蛋白(albumin, ALB)、C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、白细胞(white blood cell, WBC)水平及术后排气时间、排便时间、住院时间和手术并发症发生率。结果 术后第 1 天两组 WBC、CRP 均较术前明显上升($P<0.05$),ALB 明显下降($P<0.05$);术后第 3 天、第 5 天两组 ALB 水平较术后第 1 天升高($P<0.05$),WBC、CRP 水平较术后第 1 天下降($P<0.05$),且观察组各项指标改善均优于对照组($P<0.05$)。术后观察组排气、排便时间均较对照组提前($P<0.05$),住院天数短于对照组($P<0.05$)。两组术后并发症发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 腹腔镜胃癌手术患者在 ERAS 管理同时术后加服柴芍六君子汤加减安全有效,可进一步加速术后康复。

〔关键词〕 胃癌;腹腔镜;手术;柴芍六君子汤;加速康复外科

〔中图分类号〕R273

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2020.05.024

Effects of Modified Chaishao Liu junzi Decoction Combined with Enhanced Recovery after Surgery on Rehabilitation of Laparoscopic Gastric Cancer Surgery

CHEN Nian, LIU Huan*, NI Zhiqiang, WANG Yongheng, PENG Shuwang

(Department of General Surgery, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

〔Abstract〕 Objective To observe the safety and efficacy of Chaishao Liu junzi Decoction combined with enhanced recovery after surgery (ERAS) in patients undergoing laparoscopic gastric cancer surgery. **Methods** A total of 84 cases of gastrointestinal surgery underwent laparoscopic D2 radical gastrectomy were randomly divided into 44 cases of the control group (ERAS group) and 40 cases of the observation group (Chinese materia medica and ERAS group). Both groups were managed according to ERAS. Modified Chaishao Liu junzi Decoction was added to the observation group after surgery. The serum albumin (ALB), C-reactive protein (CRP), and white blood cell (WBC) of the 2 groups before surgery and 1st, 3rd, and 5th day after surgery and postoperative evacuation time, defecation time, hospitalization time and incidence of surgical complications were observed and compared. **Results** On the 1st day after surgery, WBC and CRP in both groups were significantly increased than before surgery ($P<0.05$), and ALB was significantly decreased ($P<0.05$); the ALB levels in the 2 groups on the 3rd and 5th day after surgery were increased than those on the 1st day after surgery ($P<0.05$), and WBC and CRP levels decreased compared with the 1st day after surgery ($P<0.05$), and the improvement of each index in the observation group was better than that in the control group ($P<0.05$). After surgery, the observation group's evacuation and defecation time were earlier than the control group ($P<0.05$), and the hospital stay was shorter than the control group ($P<0.05$).

〔收稿日期〕2019-10-28

〔基金项目〕湖南中医药大学校级科研基金(ZY YDX201734)。

〔作者简介〕陈念,女,住院医师,主要从事中西医结合胃肠外科临床研究。

〔通讯作者〕*刘欢,男,主治医师,E-mail:68322546@qq.com。

There was no significant difference in the incidence of postoperative complications between the 2 groups ($P>0.05$). **Conclusion** It is safe and effective to use Chaishao Liujunzi Decoction in laparoscopic gastric cancer patients after ERAS management, which can further accelerate the recovery after surgery.

[**Keywords**] gastric cancer; laparoscopy; surgery; Chaishao Liujunzi Decoction; accelerated rehabilitation surgery

早在 20 世纪 90 年代末由丹麦医师 Kehlet^[1]提出加速康复外科(enhanced recovery after surgery, ERAS)概念后,受到外科学界广泛关注,现已在结肠、肝胆、乳腺等多个外科领域开展起来并获得成功^[2]。ERAS 是指通过采用一些被循证医学证据证实有效的围术期处理措施,如麻醉学、疼痛控制、营养支持和外科手术等方面的新技术,多学科团队合作方式来有效减少患者的手术、心理创伤应激,从而促进术后加速康复,达到缩短住院时间、减少住院费用的效果,而不增加术后并发症^[3-4]。湖南中医药大学第一附属医院胃肠外科自 2010 年 ERAS 实施以来体会到其仍有值得进一步优化的空间,故对 2015 年 2 月至 2018 年 12 月期间本院胃肠外科收治的腹腔镜胃癌手术患者进行前瞻性随机对照研究,比较分析围手术期单纯采用 ERAS 和 ERAS 配合柴芍六君子汤加减对临床康复效果的影响,为进一步促进术后康复提供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所观察病例为湖南中医药大学第一附属医院胃肠外科 2015 年 2 月至 2018 年 12 月期间接受腹腔镜胃癌 D2 根治术的患者 84 例,按随机数字表法分为对照组(ERAS 组)44 例和观察组(中药配合 ERAS 组)40 例。对照组男 24 例,女 20 例,年龄(59.4±13.9)岁;TNM 分期属 I 期 2 例、II 期 18 例、III 期 24 例。观察组男 21 例,女 19 例,年龄(58.9±15.1)岁;TNM 分期属 I 期 1 例、II 期 17 例、III 期 22 例。两组一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合胃癌诊断标准^[5];(2)中医辨证为肝郁脾虚证(以胸胁胀痛、腹胀、便溏、情志不畅、食少纳呆、疲乏体倦为主证。舌红,苔黄腻或薄黄,脉弦)^[6];(3)年龄在 20~75 岁;(4)TNM 分期属 I、II、III 期;(5)可耐受根治性手术治疗;(6)术前常规、生化及凝血相关实验室资料和胸腹部 CT、磁共振等影像学检查资料完整,无严重心、肺、脑疾病和代谢性疾病。(7)自愿接受实验,签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 (1)有严重心脑血管疾病、肝、肾功能不全及糖尿病患者;(2)已有远处转移的晚期患

者;(3)过敏体质,对中药过敏患者;(4)不能按要求用药的病例。

1.3 治疗方法

对两组患者根据 ERAS 要求进行心理宣教和辅导,缓解患者的恐惧、焦虑情绪。不行麻醉前给药,不做术前肠道准备,术前禁食 6 h,禁水 2 h,手术前 2 h 再进食 10%糖溶液 250 mL。不放置胃管(胃肠减压)。术中采用全身麻醉,有效控制低体温(术中输液加温器加温,使用加温床垫,温灭菌注射用水冲洗腹腔),限制性补液,不常规输血。术中均采用超声刀进行组织游离、血管解剖及淋巴结清扫,均采用腹腔镜行远端胃大部分切除+D2 淋巴结清扫术,左肝外缘放置十字引流管 1 根。术后予硬膜外自控镇痛或静脉持续镇痛。次日下床活动,24 h 内拔除尿管。

对照组:术后 12 h 开始进食水,24 h 后进食流质肠内营养液瑞素(Tresubin,为复方营养制剂,国药准字 H20020588,由华瑞制药公司生产,营养含量:碳水化合物 138 g/L,蛋白 38 g/L,脂肪 34 g/L 电解质、维生素及微量元素),排气后改为半流饮食,后逐渐恢复到正常饮食。

观察组:术后 12 h 开始进食水,24 h 后进食肠内营养液(瑞素),36 h 后开始服用柴芍六君子汤加减(药物组成:柴胡 10 g,白芍 10 g,陈皮 10 g,法夏 10 g,茯苓 10 g,人参 10 g,白术 10 g,甘草 5 g。由本院制剂室统一煎制,真空包装,每剂 2 袋,每袋 100 mL),早晚分服。疗程为 7 d。排气后改半流饮食,后逐渐恢复到正常饮食。

1.4 观察指标

两组患者于术前及术后第 1 天、第 3 天、第 5 天检测血清白蛋白(albumin, ALB)、C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、白细胞(white blood cell, WBC)水平,观察比较术后排气时间、排便时间、住院时间和手术并发症发生率。

1.5 统计学方法

采用统计软件 SPSS20.0 对数据进行统计分析。计量资料用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示, t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术前后血清 ALB、WBC、CRP 水平比较

两组术前血清 ALB、WBC、CRP 水平比较,差异

无统计学意义($P>0.05$)。术后第1天两组血清ALB水平较术前下降($P<0.05$),WBC、CRP水平较术前升高($P<0.05$),两组比较差异无统计学意义($P>0.05$);术后第3天两组ALB水平较术后第1天升高($P<0.05$),WBC、CRP水平较术后第1天下降($P<0.05$);术后第5天两组ALB水平较术后第3天升高($P<0.05$),WBC、CRP水平较术后第3天下降($P<0.05$);术后第3天、术后第5天两组间比较,观察组各项指标改善均优于对照组($P<0.05$)。见表1-3。

表1 两组患者手术前后血清ALB水平比较($\bar{x}\pm s$,g/L)

组别	n	术前	术后第1天	术后第3天	术后第5天
对照组	44	39.40±3.65	30.93±2.38*	34.17±1.55 [△]	36.99±2.11 ^{△▲}
观察组	40	38.95±3.67	30.54±2.60*	35.19±2.13 ^{△#}	38.09±1.97 ^{△▲#}
t值		0.64	0.71	2.50	2.45
P值		0.527	0.477	0.014	0.016

注:与术前比较,* $P<0.05$;与术后第1天比较, $\Delta P<0.05$;与术后第3天比较, $\blacktriangle P<0.05$;与对照组比较# $P<0.05$

表2 两组患者手术前后WBC水平比较($\bar{x}\pm s$, $\times 10^9/L$)

组别	n	术前	术后第1天	术后第3天	术后第5天
对照组	44	6.57±1.93	15.14±1.91*	13.93±1.96 [△]	11.58±1.73 ^{△▲}
观察组	40	5.93±1.85	14.52±1.77*	12.30±1.63 ^{△#}	9.70±1.52 ^{△▲#}
t值		1.54	1.53	4.10	5.23
P值		0.127	0.128	0.000	0.000

注:与术前比较,* $P<0.05$;与术后第1天比较, $\Delta P<0.05$;与术后第3天比较, $\blacktriangle P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$

表3 两组患者手术前后CRP水平比较($\bar{x}\pm s$,mg/L)

组别	n	术前	术后第1天	术后第3天	术后第5天
对照组	44	5.84±2.81	104.94±25.70*	86.92±20.68 [△]	34.07±10.72 ^{△▲}
观察组	40	6.87±3.02	112.32±24.95*	67.69±19.06 ^{△#}	19.13±6.45 ^{△▲#}
t值		1.61	1.33	4.41	7.64
P值		0.110	0.186	0.000	0.000

注:与术前比较,* $P<0.05$;与术后第1天比较, $\Delta P<0.05$;与术后第3天比较, $\blacktriangle P<0.05$;与对照组比较# $P<0.05$

2.2 两组术后恢复情况比较

术后观察组排气、排便时间均较对照组提前($P<0.05$),住院天数短于对照组($P<0.05$)。见表4。

表4 术后两组恢复情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	排气时间/h	排便时间/h	住院天数/d
对照组	44	67.61±5.29	79.40±5.66	13.93±1.70
观察组	40	60.72±6.16 [#]	72.75±4.64 [#]	11.85±1.62 [#]
t值		5.50	5.85	5.71
P值		0.000	0.000	0.000

注:与对照组比较,# $P<0.01$

2.3 两组术后并发症比较

观察组与对照组术后均无死亡病例,并发症发生率分别为15.0%(6/40)和13.6%(6/44),差异无统计学意义($P>0.05$)。两组术后各项并发症发生率均差异无统计学意义($P>0.05$)。见表5。

表5 两组术后并发症发生率比较(例)

组别	n	切口感染	肺部感染	残端瘘	吻合口瘘
对照组	44	1	2	1	2
观察组	40	2	2	1	1
χ^2 值		0.453	0.010	0.005	0.255
P值		0.464	0.655	0.536	0.536

3 讨论

胃癌属于中医学“噎膈”“反胃”“胃脘痛”“症瘕”“积聚”等范畴。《医宗必读·积聚》指出“积之成者,正气不足,而后邪气踞之”^[7]。古今诸多医家认为,其发病根本内在因素是正气不足,病理因素是气滞、血瘀、痰凝、毒结,病由渐生,演变发展,终成顽疾^[8]。

手术切除是胃癌治疗的重要方式之一,腹腔镜已被广泛认可,D2淋巴结清扫是胃癌切除标准术式^[9]。ERAS是通过具有循证医学证据的围手术期处理措施,减少或降低创伤应激反应,加速患者术后康复,自ERAS成功用于结直肠手术后^[10],目前胃癌ERAS亦逐渐被认可及推广^[11-12],但仍有值得优化的空间,如术后胃肠麻痹的处理等^[13]。胃癌根治术中大部分或全部胃切除、充分的淋巴结清扫、迷走神经切断以及消化道的重建,可导致术后不同程度的胃肠功能障碍,表现为恶心、呕吐、持续性腹胀或排气排便时间延迟,直接影响患者术后康复^[14]。本研究在腹腔镜胃癌手术联合ERAS基础上加用柴芍六君子汤以减少胃肠麻痹,从而促进快速康复。国内学者普遍认为脾虚是胃癌发生、发展的基础^[15]。张介宾云:“脾主湿,湿动则为痰。”脾虚则运化失职,水湿停滞,积聚成痰,而脾胃气机升降有序依赖于肝脏疏泄功能^[16],术后患者常情志抑郁,肝失疏泄,脾失健运、升降失常,木乘土虚^[14]。故选用柴芍六君子汤以疏肝解郁、健脾和胃、调畅气机^[17]。现代药理研究表明,该方可加速胃排空、促进肠蠕动、增强消化道运动^[18]。方中柴胡疏肝解郁、行气止痛;人参、白术和甘草具有健脾、补中益气、抗炎、抗肿瘤、提高对肠道刺激的耐受性等作用^[19],白术同时还具有调节胃肠道功能、促进营养物质吸收的作用^[20];白芍可缓急止痛,砂仁、香附可行气调胃消食,缓解腹胀。

胃癌术后因手术应激反应引发炎症状态,表现为 CRP、WBC 等炎性指标发生变化^[21-22]及血清 ALB 水平显著下降。血清 ALB 不仅能反映机体的营养、免疫状况^[23],更能反映炎症的活动性,从而作为术后感染、并发症以及死亡的危险因素^[24-25]。研究表明,腹腔镜手术配合 ERAS 管理,可有效减轻胃癌患者围术期应激反应,并加快术后康复^[26]。本研究显示,观察组术后第3天、第5天 CRP 和 WBC 明显低于对照组,而 ALB 明显高于对照组,术后肛门排气、排便时间亦较对照组显著缩短,住院天数短于对照组,且术后并发症如吻合口瘘、肺部感染、伤口感染等发生率两组无明显差异。表明配合柴芍六君子汤不仅可促进患者更早地排气排便、减少炎症反应、促进营养状态恢复、缩短住院时间,且不增加术后并发症发生的风险。

综上所述,柴芍六君子汤配合 ERAS 在腹腔镜胃癌围术期具有良好的实用性和安全性,值得临床推广。

参考文献

- [1] KEHLET H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation [J]. British journal of anaesthesia, 1997,78(5):606-617.
- [2] 李洋,田艳涛.快速康复外科在胃癌外科的应用与展望[J].国际外科学杂志,2017,44(5):357-359.
- [3] KEHLET H, WILMORE DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. American Journal of Surgery, 2002,183(6):630-641.
- [4] VARADHAN K K, NEAL K R, DEJONG C H, et al. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Clinical Nutrition, 2010,29(4):434-440.
- [5] 国家卫生健康委员会.胃癌诊疗规范(2018版)[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2019,9(3):118-144.
- [6] 彭海燕,刘沈林.抑木扶土法治疗胃癌术后经验[J].中医杂志,2019,60(16):1363-1366.
- [7] 王保小.参苓白术散在化疗治疗中晚期胃癌患者中运用效果观察[J].中国药物与临床,2019,19(7):1106-1107.
- [8] 刘沈林.中医药治疗胃癌临床述评[J].江苏中医药,2019,51(4):1-5.
- [9] 钱路创,沙洪存,洪晓明.快速康复外科在腹腔镜胃癌根治术研究进展[J].中国微创外科杂志,2017,17(5):471-474.
- [10] BASSE L, HJORT J D, BILLESBOLLE P, et al. A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection[J]. Annals of Surgery, 2000(232):51-57.
- [11] 谈善军,周锋,陈启仪,等.快速康复外科联合腹腔镜胃癌根治术安全性和有效性的系统评价[J].中华胃肠外科杂志,2013,16(10):974-980.
- [12] 王公平,杨言通,周博,等.快速康复外科理念应用于胃癌患者围术期的前瞻性随机对照研究[J].中华胃肠外科杂志,2014,17(5):489-491.
- [13] 江志伟,李宁,黎介寿.快速康复外科的概念及临床意义[J].中国实用外科杂志,2007,27(2):131-133.
- [14] 谢小平,朱国民,周良本,等.理气健脾中药外敷对胃癌术后胃肠功能快速康复的作用[J].中国中西医结合外科杂志,2016,22(3):215-218.
- [15] 陶丽,杨金坤.胃癌中医辨证分型的文献分析[J].中医药学刊,2006,24(4):684-686.
- [16] 邹晓玲.柴芍六君子汤治疗糖尿病胃轻瘫40例临床观察[J].中国医药导报,2009,6(11):86-87.
- [17] 曾孟晖,喻斌.喻斌教授治疗功能性消化不良临证经验[J].湖南中医药大学学报,2017,37(3):288-290.
- [18] 范剑薇.柴芍六君子汤治疗功能性消化不良[J].浙江中医药大学学报,2010,34(3):347-348.
- [19] 林镇平.加味柴芍六君子汤治疗腹泻型肠易激综合征80例[J].中国中医药现代远程教育,2008,6(7):750.
- [20] 杜培凤,聂进红.白术研究综述[J].齐鲁药事,2004,23(9):41-43.
- [21] 曹玉伦,何国林,洪合,等.快速康复外科理念对肝切除术患者康复及应激的影响[J].中华肝胆外科杂志,2019,25(3):164-167.
- [22] CRIPPA J, MARI G M, MIRANDA A, et al. Surgical stress response and enhanced recovery after laparoscopic surgery—a systematic review[J]. Chirurgia Italiana, 2018,113(4):455.
- [23] 熊轩伟,夏联义,吴飞马.中药辅助常规肠内营养对胃癌术后营养状况的影响[J].湖北中医药大学学报,2018,20(2):67-69.
- [24] 张丕伟,李丽,左学志,等.术前人体成分及营养状态对胃肠道肿瘤患者术后低蛋白血症的影响[J].中国医刊,2019,54(4):443-447.
- [25] 王恒恩,陈玉辉,裴艳蕾,等.术前不同营养状态对胃大部切除术后患者感染风险的影响[J].中国临床医生杂志,2017,45(4):65-68.
- [26] 张威庆,张花花.腹腔镜辅助下D2根治术联合快速康复理念对进展期胃癌患者近期预后的影响[J].中国内镜杂志,2018,24(8):67-72.

(本文编辑 马薇)