

· 临床研究 ·

术前使用缓泻剂对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的影响*

陈先锋, 隆洪木, 徐来喜, 王晓波, 范德庆, 曾江湖, 刘刚, 周亚东

(重庆医科大学附属涪陵医院肝胆外科 408000)

摘要:目的 探讨腹腔镜胆囊切除术术前使用缓泻剂对术后胃肠功能恢复的影响。方法 随机将患者分为无症状组和急性炎症组, 每组再随机分为服用泻剂组及未服用缓泻剂组, 分别观察患者术后胃肠功能恢复时间。结果 对于无症状胆囊切除术, 术前使用缓泻剂与不使用缓泻剂组的胃肠功能恢复时间, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。对于急性炎症组, 使用缓泻剂组的胃肠功能恢复时间明显早于不使用缓泻剂组, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 胆囊疾病是否为急性炎症期是影响术后胃肠功能恢复的重要因素之一, 术前使用一定剂量的缓泻剂有助于术后胃肠功能的尽早恢复。

关键词: 胃肠活动; 腹腔镜; 胆囊切除术; 功能恢复

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.009

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2011)13-1272-03

Influence of gastrointestinal functional recovery by using laxatives before laparoscopic cholecystectomy*

Chen Xianfeng, Long Hongmu, Xu Laixi, Wang Xiaobo, Fan Deqing, Zeng Jiangchao, Liu Gang, Zhou Yadong.

(Department of Hepatobiliary Surgery, Affiliated Fuling Hospital, Chongqing Medical University, Fuling, Chongqing 408000, China)

Abstract: **Objective** To investigate the influence of gastrointestinal functional recovery by using laxatives before laparoscopic cholecystectomy (LC). **Methods** Patients were randomly divided into asymptomatic group and acute inflammation group. Each group was randomly divided into taking laxatives group and no taking laxatives group. The gastrointestinal function recovery time in each group patients were observed. **Results** The gastrointestinal function recovery time of taking laxatives group and no taking laxatives group had no statistically significant difference in asymptomatic group. In the acute inflammatory group, the gastrointestinal function recovery time of taking laxatives group was earlier than that of no taking laxatives group, the two groups had statistically significant difference. **Conclusion** Acute inflammation of gallbladder diseases is one of the important factors affecting the gastrointestinal function recovery, using a certain dose of laxatives could conduce to the early gastrointestinal function recovery.

Key words: gastrointestinal motility; laparoscopes; cholecystectomy; recovery of function

腹腔镜胆囊切除术是肝胆外科最常见的手术之一, 具有创伤小、术后恢复快、住院时间短, 术后胃肠道功能恢复快等优点, 目前在全世界都得到广泛开展^[1]。目前, 使用术前灌肠, 置胃管等方式会明显增加患者不适, 各地医院基本都尽量不使用此方式^[2]。腹部手术后如何尽快恢复胃肠功能, 消除腹胀是值得重视的问题。作者对本院 2005 年 7 月至 2010 年 3 月期间收治 984 例单纯胆囊切除术后胃肠功能恢复时间进行分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2005 年 7 月至 2010 年 3 月收治的胆囊切除术患者 984 例, 男 471 例, 女 513 例; 年龄 15~82 岁, 平均(44.3±12.1)岁; 单纯无明显症状的胆囊结石伴慢性胆囊炎 556 例, 胆囊息肉 72 例, 胆囊结石伴慢性胆囊炎急性发作 307 例, 胆囊坏疽穿孔 4 例, 胆囊结石并胆总管继发结石、胆源性胰腺炎 45 例。收治的患者均无其他严重合并症。其中 45 例胆囊结石并胆总管继发结石、胆源性胰腺炎均经过胰腺炎治愈后, 行经十二指肠镜十二指肠乳头括约肌切开取石。所有患者均行腹腔镜胆囊切除术。手术前 1 d 口服酚酞片 100~200 mg 或番泻叶 20 g 代茶饮 510 例, 未服缓泻剂 474 例。

1.2 方法

1.2.1 分组 患者入院后, 根据患者入院时的病史、体征及相关影像学资料(B 超或彩超), 将患者分为无症状组和急性炎

症组。

无症状组纳入标准: 既往有或无胆囊结石病史, 入院前 1 个月无胆绞痛病史, 超声检查胆囊壁厚度小于 0.5 cm, 胆囊三角清楚, 肝内外胆总管无扩张, 肝功能检查无转氨酶及胆红素指标异常。

急性炎症组纳入标准: 既往有或无胆囊结石病史, 入院前 1 周内胆绞痛病史, 查体有右上腹压痛, 墨菲征阳性, 超声或 CT、磁共振胰胆管造影(MRCP)等检查提示胆囊结石伴急性胆囊炎, 或合并胆囊结石颈部嵌顿, 胆囊壁厚度大于或等于 0.5 cm, 胆囊三角不清楚, 肝内外胆总管无扩张, 如果继发胆总管结石或胆源性胰腺炎患者胆总管有梗阻性扩张, 肝功能检查提示转氨酶及胆红素不同程度升高。患者排除标准: 术前 1 周使用过胃、肠动力药物或抗胆碱药物, 合并低钾血症、肠梗阻、严重心肺功能不全、迷走神经兴奋的患者。

入院后再根据患者住院号, 采用半随机法(住院号奇、偶数)将患者随机分为服缓泻剂组及未服用缓泻剂组。观察术前使用缓泻剂后术后胃肠功能恢复时间。所有患者均采用全身麻醉, 术后未使用镇痛泵镇痛, 疼痛明显者采用中枢镇痛剂(盐酸哌替啶, 此药作用时间短, 对胃肠功能干扰小)镇痛, 手术顺利, 其中中转开腹 26 例, 无术中及术后并发症。

1.2.2 观察指标 分别观察各组患者手术时间, 术后肠鸣音恢复时间和肛门排气、排便时间以及进食时间。其中肠鸣音恢

* 基金项目: 重庆市 2009 年首批医疗特色专科建设项目资助。

表 1 患者临床特征

临床特征	无症状组		急性炎症组	
	使用缓泻剂(n=309)	未用缓泻剂(n=319)	使用缓泻剂(n=182)	未用缓泻剂(n=174)
性别(男/女)	149/160	152/167	88/94	82/92
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	43.21±11.8	41.32±12.1	46.33±14.24	42.82±11.9
临床诊断(n)				
胆囊结石	271	285	0	0
胆囊息肉	38	34	0	0
胆囊结石急性发作	0	0	156	151
胆囊坏疽穿孔	0	0	2	2
胆囊结石并胆管结石胰腺炎	0	0	24	21
严重心肺合并症	0	0	0	0
P	>0.05		>0.05	

表 2 984 例腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间(min)	肠鸣音恢复时间(h)	肛门排气时间(h)	排便时间(h)	进食半流质时间(h)
无症状组						
使用缓泻剂	309	72.00±17.34	13.38±2.31	26.25±12.81	36.22±7.30	6~8
未用缓泻剂	319	67.36±15.25	14.52±3.63	28.61±13.54	38.34±7.51	6~8
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	
急性炎症组						
使用缓泻剂	182	112±25.72	16.71±2.72	27.92±14.36	47.91±8.32	24~48
未用缓泻剂	174	124±28.53	25.54±4.12*	39.53±15.72*	56.83±9.01*	24~48
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	

*: P<0.05,与使用缓泻剂相比较。

复时间的测定于术后每 3 小时听诊患者脐周腹部区域,每次听 1 min,出现每分钟 3 次肠鸣音视为肠鸣音恢复。肛门排气、排便时间由患者或陪伴做好记录。

1.3 统计学处理 使用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理,患者年龄采用 t 检验,性别、临床诊断采用 χ^2 检验,术后观察指标采用两样本均数比较用 μ 检验,结果以 $\bar{x}\pm s$ 表示。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者基本特征 4 组患者年龄、性别、临床诊断比较差异无统计学意义(P>0.05),见表 1。

2.2 患者手术时间及术后胃肠功能恢复时间见表 2。

3 讨 论

腹腔镜胆囊切除术具有创伤小、术后恢复快、住院时间短及术后胃肠恢复快等优点,目前在全世界都得到广泛开展,但是,术后胃肠道功能能否尽早恢复,是影响腹腔镜胆囊切除术后患者康复的重要指标^[3-4]。术后胃肠功能紊乱是腹部外科手术后较为常见的并发症,手术后因受麻醉和伤口刺激及术中暴露、牵拉,导致部分腹壁神经损伤,胃肠神经抑制,从而出现恶心、腹胀、腹痛及肛门排气、排便延迟等胃肠功能抑制的暂时性麻痹状态^[5]。腹腔镜手术加上二氧化碳气腹的影响,以及原有疾病的炎性反应均可能造成对腹腔及胃肠道的干扰,表现为一定程度的术后胃肠道功能紊乱,术后患者肠鸣音减弱,肛门不排气、排便,患者腹胀明显等^[6-7],而术后胃肠功能恢复情况直接影响患者的心理情绪,关系到手术后的康复过程^[8]。因此,

外科医生最关心的是术后胃肠功能的恢复。随着腹腔镜技术的不断发展和提高,腹腔镜胆囊切除术的指征越来越宽,以前列为腹腔镜手术禁忌证的疾病逐渐开始采用腹腔镜来治疗。由于疾病复杂程度增加,由此带来手术难度也增加,手术、麻醉时间的延长,即便采用腹腔镜微创方式手术成功,但是术后患者胃肠功能恢复时间往往明显延长^[9]。

传统使用术前灌肠、置胃管等方式来防止术后胃肠胀气等不适,但这会增加患者的明显不适甚至痛苦,这种方式越来越不被患者所接受,且不符合微创观念。近年来国内外学者对腹部手术常规放置胃管提出异议,并认为腹部手术常规放置胃管与不放置胃管在术后胃肠功能恢复、切口感染乃至术后吻合口漏等方面无明显差异^[10-12]。不放置胃管反而能够减少患者术后发热及肺部并发症,加快患者术后胃肠功能恢复,从而明显减少患者痛苦^[13-15],而留置胃管能够增加患者恶心及咽痛感,增加胃肠反流并增加肺部并发症及术后发热等可能^[16-17]。番泻叶为中药泻下药,性苦寒,具有消积滞、通下之功效,番泻叶代茶饮可以增强胃肠蠕动,调节肠胃功能,促进肠内积气排除^[18];酚酞片主要作用于结肠,在小肠碱性肠液的作用分解形成可溶性钠盐,从而刺激肠壁内神经丛,直接作用于肠平滑肌,使肠蠕动增加,同时又能抑制肠道内水分的吸收,使水和电解质在结肠蓄积,产生缓泻作用,其作用甚为缓和^[19]。本文发现,术前使用缓泻剂(番泻叶或酚酞片)与不使用缓泻剂组,由于手术时间短,手术对胃肠道功能的影响小,术后胃肠道功能恢复早,两组比较差异无统计学意义。对于急性炎症组观察发

现,使用缓泻剂组的患者胃肠功能恢复时间明显早于未使用缓泻剂组,两组比较差异有统计学意义。这可能由于术前炎症较重,炎性物质对胃肠道有刺激。有研究表明,胆道感染后的炎性反应介质可导致肠黏膜充血水肿,细胞间紧密连接受损,造成肠黏膜损伤,从而导致术前胃肠功能活动减弱^[20-22];再加上手术难度的增加,手术时间延长,长时间麻醉及二氧化碳气腹刺激等综合因素的影响等,造成手术对胃肠道功能的影响明显增大,从而出现术后胃肠功能恢复缓慢。本研究结果表明,胆囊是否为急性炎症期是影响术后胃肠功能恢复的重要因素之一,由此造成的手术时间、麻醉时间、二氧化碳气腹时间相应延长,从而导致术后胃肠功能恢复时间延长^[23],术前使用一定剂量的缓泻剂可以有助于术后胃肠功能的尽早恢复。以往临床上术后早期往往使用胃肠动力药物来促进术后胃肠功能的恢复,但由于胃肠道功能在一段时间内会被抑制,其功能的恢复需要一定的时间^[24],因此,使用胃肠动力药物并不能促进胃肠道功能的较早恢复^[25],而早期进食则有利于胃肠功能的恢复,这可能与食物对胃肠的刺激有关^[26]。

综上所述,对于单纯无症状结石患者行腹腔镜胆囊切除术,术前可以不必使用缓泻剂或灌肠,术后也无须早期使用胃肠动力药物,而对于急性炎症期的腹腔镜胆囊切除术患者,由于考虑手术、麻醉时间长,二氧化碳气腹时间长等综合因素的影响,可以根据患者病情使用一定剂量的缓泻剂来助于患者术后胃肠功能的早期恢复。

参考文献:

- [1] Bisgaard T, Klarskov B, Kehlet H, et al. Recovery after uncomplicated laparoscopic cholecystectomy[J]. *Surgery*, 2002, 32(5): 817-25.
- [2] 陈静, 张德巍. 胆囊切除术围术期免放胃管的体会[J]. *世界华人消化杂志*, 2005, 13(9): 1158-1159.
- [3] 林镇海, 张炳太. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊炎性疾病的国内研究进展[J]. *腹腔镜外科杂志*, 2010, 2: 157-160.
- [4] 马高祥, 王志江, 孙伟军, 等. 胆囊炎急性发作期腹腔镜切除术 117 例报告[J]. *浙江临床医学*, 2008, 10: 203-203.
- [5] 李强, 张自顺. 腹腔非胃手术后功能性胃排空障碍[J]. *中国微创外科杂志*, 2001, 1(3): 179-180.
- [6] 陈小凤. 早期进食对腹腔镜胆囊切除术后患者肠功能恢复的探讨[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2005, 26(6): 716.
- [7] Ney MV, Maluf-Filho F, Sakai P, et al. Echo-endoscopy versus endoscopic retrograde cholangiography for the diagnosis of choledocholithiasis; the influence of the size of the stone and diameter of the common bile duct[J]. *Arq Gastroenterol*, 2005, 42(4): 239-243.
- [8] 邓明燕. 腹部手术后胃乏力症预后因素分析及护理[J]. *国际护理学杂志*, 2006, 25(9): 734-735.
- [9] 杨大刚, 孙诚谊, 胡韵, 等. 影响胆囊切除术后胃肠功能恢复的因素分析[J]. *贵阳医学院学报*, 2007, 32(6): 639-641.
- [10] 张连新. 择期剖腹手术后免插胃管的临床研究[J]. *中国医师杂志*, 2002, 4(1): 23-24.
- [11] Lee JH, Hyung WJ, Noh SH. Comparison of gastric cancer surgery with versus without nasogastric decompression[J]. *Yonsei Med J*, 2002, 43: 451-456.
- [12] Inman BA, Herel F, Tiguert R et al. Routin nasogastric tubes are not required following cystectomy with urinary diversion; comparative analysis of 430 patients [J]. *J Urol*, 2003, 170: 1888-1891.
- [13] Akbaba S, Kayaalp C, Savkilioglu M. Nasogastric decompression after total gastrectomy[J]. *Hepatogastroenterology*, 2004, 51: 1881-1885.
- [14] Nelson R, Edwards S, Tse B. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, 25: CD004929.
- [15] Feo CV, Romanini B, Sortini D, et al. Early oral feeding after colorectal resection; a randomized controlled study [J]. *ANZ J Surg*, 2004, 74: 298-301.
- [16] Manning BJ, Winter DC, McGreal G, et al. Nasogastric intubation causes gastroesophageal reflux in patients undergoing elective laparotomy [J]. *Surgery*, 2001, 130: 788-791.
- [17] Nathan BN, Pain JA. Nasogastric suction after elective abdominal surgery; a randomized study[J]. *Ann R Coll Surg Engl*, 1991, 73: 291-294.
- [18] 王雅琴, 王金萍, 季宪章. 腹部术后应用番泻叶恢复胃肠功能体会[J]. *中华临床医学研究杂志*, 2005, 11(23): 3356.
- [19] 陈燕红, 黄羽. 口服酚酞片预防化疗中便秘临床观察[J]. *中国社区医师*, 2010, 12(5): 121.
- [20] Luo K, Lin S, Yang Y. The comparison of conventional open cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy and minor-incision cholecystectomy[J]. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*, 1997, 35(11): 660-662.
- [21] 李绍银, 康开庆. 急性胆囊炎合并胰腺炎早期腹腔镜胆囊切除术体会[J]. *重庆医学*, 2009, 38(5): 590-591.
- [22] 何沛友, 左其明. 急性胆囊炎合并胆囊结石嵌顿的腹腔镜处理[J]. *重庆医学*, 2008, 37(18): 2075-2076, 2078.
- [23] 王健, 王泉云, 黄英. 不同麻醉方法腹腔镜胆囊切除术对应激反应的影响[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2000, 1(1): 40-41.
- [24] Glaser F, Sannwald GA, Buhr HJ, et al. General stress response to conventional and laparoscopic cholecystectomy [J]. *Ann Surg*, 1995, 221(4): 372.
- [25] 朱爱军, 石景森. 胆囊切除术后综合征的再认识[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2010, 4: 14-316.
- [26] 袁琮韦华, 李俊生, 嵇振岭, 等. 全肠外营养及早期肠内营养在胃癌全胃切除术后患者中的对比研究[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2010, 4: 357-362.

(收稿日期: 2010-05-16 修回日期: 2010-06-16)