

通訊繼續教育

腹腔鏡手術前要灌腸或予瀉藥嗎？



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產科

² 台北中山醫院 婦產科

多年來，婦科手術前的灌腸儼然已成為一種常規，理由可能是在剖腹手術時，要以棉墊將腸子推向上腹部，清空腸子給骨盆腔多一點空間。現在，腹腔鏡手術已取代大部份的剖腹手術，腹腔中的空間由氣腹取代了大棉墊，但灌腸的習慣仍在，或有使用磷酸鈉口服液（oral sodium phosphate, 如 Fleet®）瀉藥取代灌腸者。先前我們曾撰文討論過，在剖腹手術前不建議使用灌腸和瀉藥。本文將根據最新文獻，研究探討腹腔鏡手術前是否需要灌腸或予以瀉藥整理回顧，供同仁參考。

清腸子的原因

婦科腹腔鏡手術前清腸，是希望腸子的內容物減少，以期能：(1)改善視野：如腸子中糞便多，腸子體積和重力增加，會妨礙骨盆腔器官的視野；(2)易於操作：因腸子充脹和重量增加，器械不易撥開，增加手術困難度；(3)減少感染：如不小心使腸子破裂，糞便少，會減少感染風險。另外，在腸子準備之同時予以口服抗生素，可降低手術中如發生大腸破裂時，減少大腸造口術的機率；(4)減少術後不適：減少患者感覺腹脹或便秘。但以上種種關係，皆未經實證醫學加以證明。

文獻報告

- 一、2006年，Muzii 等首先報告 81 位腹腔鏡婦科手術之患者，手術前一晚口服磷酸鉀 90 mL 清除腸中糞便，與另 81 位不做腸子準備的患者為控制組做比較。手術種類主要為卵巢囊腫切除（46 vs 46 位）、子宮肌瘤切除（6 vs 6 位）、子宮切除（6 vs 6 位）。手術中視野以 5 分法（差、可、中間、好、優良）來評分，其它以 VAS（visual analogue scale）來評估，結果手術中視野優良或良好者，在口服瀉藥組有 18 位（22 %），在控制組有 24 位（30 %），無統計上差異；手術時間兩組相近，分別為 47±25、45±26 分鐘；手術前的失眠、衰弱、腹脹、飢餓、口渴、噁心，嘔吐等發生率，瀉藥組較控制組為高；手術後的疼痛、噁心、嘔吐、腹脹、腸塞、住院天數等，兩組沒有差別。該作者結論為：用腹腔鏡治療良性婦科疾病，瀉藥的使用並未帶來較多好處。
- 二、2009年，Lijoi 等報告 36 位患者以腹腔鏡治療不孕症、良性卵巢腫瘤和肌瘤，在手術前 1 週至手術前 1 天，每天食 < 10 g 低渣食品（研究組），與另外 28 位在手術前喝 1000 mL 含顆粒粉（Selg 1000[®]，含 58.32 g polyethylene-glycol 4000, 5.69 g anhydrous sodium sulphate, 1.69 g sodium bicarbonate, 1.46 g sodium chloride, 0.74 g potassium chloride）之水液 4 次，做為清除大便的瀉劑（控制組）。手術中視野計分採 5 分法，結果手術中視野良好在研究組有 25 位（69.4 %），在控制組有 21 位（75 %），沒有統計上差異（ $p = 0.697$ ）；手術前副作用除腫脹在控制組較高外，其它如噁心、失眠、衰弱，兩組沒有差別；在術後的疼痛、噁心、腹部水腫、腸塞及住院天數，兩組亦無差別。結論認為手術前 7 天低渣食物，患者可繼續工作至手術當天，服從性高，不需術前 1 天住院或在家清理腸子。
- 三、2011年，Yang 等在 68 位以腹腔鏡治療良性疾病之婦女，手術前 1 天早上先口服 NaP（Fleet Phospho-Soda）45 mL，隔 3 小時後再口服 1 次，與另外 65 位患者在手術前 1 晚，自我使用 1 次 Nap 133 mL 灌腸液做比較。手術評估以 4 分法（差、普通、好、優良）計算。結果手術視野良好和優良者，在口服 NaP 組有 56 位（85 %），在灌腸 NaP 組有 59 位（91 %），二者無統計上差異（ $p = 0.43$ ）；手術平均時間分別為 97、90 分鐘，極為接近（ $p = 0.88$ ）；手術前的副作用如腹脹、腹腫、衰弱、口渴、頭暈、噁心、大便失禁和全部不適等，皆口服 NaP 組較差。此文章兩組都有腸子的準備，應更進一步包括未做腸子的準備當控制組來比較，較為理想。
- 四、2013年，Won 等將腹腔鏡治療良性婦科疾病之患者，分為 3 組來研究：1.空腹組（n

= 68)：如為上午手術，則在前晚午夜開始禁食，如為下午手術，則於當天早晨 6 點開始禁食；2.少量低渣食物組 (n = 84)：手術前第 2 天使用流質食物，手術前 1 天只飲用澄清 (clear) 液體，空腹時間如第 1 組；3.少量低渣食物加口服瀉藥組 (n = 87)：飲食狀況如第 2 組外，另於手術前 1 天下午 3 點前口服 sodium picosulphate (PicoPrep) 瀉藥 1 包，4-6 小時後再服用 1 包。手術評估如以 VAS 之 10 分法 (每 1 分來算單位) 計算，結果手術視野良好與腸子處理難易度，以第 3 組最佳 ($p < 0.01$ 和 $p < 0.04$)，但三組平均 VAS 皆 > 80 ；手術評估如以 5 分法計算，結果手術視野良好與腸子處理難易度，三組沒有統計上的差異，又從手術前血紅素電解質、腎功能等數據，與手術當天數據比較，皆無差別。手術前的副作用如頭痛、口渴、衰弱、疲勞、不安和不適等，均為第 3 組最高，呈現統計上的差異。在手術時間和術後併發症，三組無統計上差異。結論為：低渣食物加上口服瀉藥與其它兩組作比較，所得好處有限，因此認為空腹組是較佳的替代方式，且簡單方便。

五、2011 年，Wells 等研究 110 位婦癌手術專家之案例，包括剖腹、腹腔鏡、達文西手臂等方法，對患者使用腸子準備做了三點結論：(1)在婦癌手術，無論預期是否對腸子有侵犯的可能性，皆不建議常規性清理腸子，因其對手術時感染、接合處的裂開、手術中的視野等皆無助益；(2)對未經準備的大腸破裂，並不需做大腸造口術；(3)如使用口服瀉藥或灌腸清理腸道，亦需小心，因可能有不良反應，如 Holte 等報告口服 bisacodyl 和磷酸鈉，會減少 9 % 的運動能力，體重平均下降 1.2 公斤，其它尚有血漿滲透壓、血清磷和尿素皆呈有意義的增加。其它報告腸子準備的副作用尚有：低血鈣、低血鉀、低血鈉、高血鎂、低血壓、脫水、大腸黏膜改變、抽筋、暈眩和患者不適等後遺症，甚至亦有死亡的報告。

結論

腹腔鏡手術的目的是使患者的傷口小而美觀、減少術後的疼痛、沾黏、住院日。而手術時的準備如灌腸或口服瀉藥，則被視為常規。但這些腸子的準備，會造成患者在手術前 1 天的焦慮不安、腹痛、大便失禁、無法正常工作，不僅耗金錢，更可能引發腎炎等副作用。在簡單 (minor) 腹腔鏡手術時，腸子受傷的機率很低約 0.13 %，在重大 (major) 腹腔鏡手術則有 0.33 %，而過去許多用腹腔鏡對子宮外孕、卵巢出血或扭轉等急診手術治療，並無需要，術後也不會有任何影響。因此根據最新文獻報告，以腹腔鏡來治療良姓婦科疾病，可以考慮不做術前腸子的準備。

推薦讀物

1. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產前灌腸的檢視. 台灣婦產科醫學會會訊 2013 年 3 月 P23-7.
2. Muzii L, Bellanti F, Zullo MA, et al. Mechanical bowel preparation before gynecologic laparoscopy: a randomized, single-blind, control trial. *Fertil Steril* 2006; 85: 689-93.
3. Lijoi D, Ferrero S, Mistrangelo E, et al. Bowel preparation before laparoscopic gynecological surgery in benign conditions using a 1-week lower fibre diet: a surgeon blind, randomized and controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280: 713-8.
4. Yang LC, Arden D, Lee TTM, et al. Mechanical bowel preparation for gynecologic laparoscopy: a prospective randomized trial of oral sodium phosphate solution vs single sodium phosphate enema: *J Min Inv Gynecol* 2011; 18: 149-56.
5. Won HR, Maley P, Salim S, et al. Surgical and patient outcomes using mechanical bowel preparation before laparoscopic gynecologic surgical. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 538-46.
6. Wells T, Plante M, McAlpine JN. Preoperative bowel preparation in gynecologic oncology: a review of practice patterns and an impetus to change. *Int J Gynecol Cancer* 2011; 21: 1135-42.
7. Brosens I, Gordon A, Campos R, et al. Bowel injury in gynecologic laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10: 9-13.
8. Holte K, Nielsen KG, Madsen JL, et al. Physiologic effects of bowel preparation. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1397-402.