

甲氧氯普胺穴位注射配合心理干预对手术后胃瘫综合征临床效果的影响

张尚华 杜静静 闫玉洁 樊翠桃 李鑫 董万斌 苏心镜

【摘要】 目的 观察甲氧氯普胺穴位注射配合心理干预对手术后胃瘫综合征临床治疗效果的影响。**方法** 选择临床确诊的腹部手术后胃瘫综合征患者 46 例,采用随机数字表法分为 2 组,每组 23 例。两组患者除常规治疗和护理外,治疗组采用盐酸甲氧氯普胺穴位注射配合心理干预,对照组采用盐酸甲氧氯普胺肌肉注射,均为每天 1 次,共 14 次。观察治疗后临床症状评分及疗效。**结果** 治疗前两组间症状评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组间症状评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者治疗前与治疗后比较差异均有统计学意义($P < 0.05$);两组间有效率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在常规治疗和护理的同时,给予盐酸甲氧氯普胺穴位注射配合心理干预能显著改善手术后胃瘫综合征的临床症状并缩短疗程。

【关键词】 胃瘫综合征; 盐酸甲氧氯普胺; 穴位注射; 心理干预; 症状评分

【中图分类号】 R573 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.05.026

手术后胃瘫综合征(postsurgical gastroparesis syndrome, PGS)系指腹部手术后出现的以胃排空障碍为主要征象的功能性疾病,是腹部手术,尤其是胃手术后较常见的近期并发症。PGS 的出现导致患者术后营养摄取障碍,严重影响了患者的生活质量和术后康复,且会延长患者住院时间及增加患

者痛苦和经济负担。因此,术后针对上述问题能够采取行之有效的治疗及护理方案就显得尤为重要。本文对 23 例手术后胃瘫综合征患者在常规治疗和护理的基础上,同时给予盐酸甲氧氯普胺穴位注射配合心理干预的综合疗法取得了满意的临床效果,为临床治疗手术后胃瘫综合征提供了新的思路和方法,现报告如下。

作者单位:075100 张家口,河北北方学院附属第二医院普外科(张尚华、闫玉洁、樊翠桃、董万斌),麻醉科(杜静静、苏心镜),针灸科(李鑫)

作者简介:张尚华(1976-),女,本科,主管护师。研究方向:普通外科护理。E-mail: zshbfxyef@126.com

1 对象与方法

1.1 病例来源与分组

入选患者均来源于河北北方学院附属第二医院普外科

2008 年 1 月至 2013 年 12 月临床确诊的腹部手术后胃瘫综合征患者共 46 例,采用随机数字表法将患者分为 2 组,每组 23 例。治疗组接收常规治疗、盐酸甲氧氯普胺穴位注射,同时配合心理干预,男 13 例,女 10 例,年龄 43~74 岁,其中胃大部切除术 8 例,胃癌根治术 14 例,胃穿孔修补术 1 例;对照组接收常规治疗与盐酸甲氧氯普胺肌肉注射,男 11 例,女 12 例,年龄 43~76 岁,其中胃大部切除术 9 例,胃癌根治术 12 例,胃穿孔修补术 2 例。两组患者性别、年龄、手术种类差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

关于 PGS 的诊断目前尚无统一标准,国内多采用复旦大学附属中山医院提出的诊断标准^[1]:(1) 经一项或多项检查提示无胃肠道机械性梗阻,胃蠕动迟缓,呈扩张状态,且有胃潴留。(2) 胃引流量超过每天 800 mL,持续时间超过 10 天。(3) 无明显水电解质平衡紊乱。(4) 无引起胃瘫的基础疾病,如糖尿病、硬皮病、甲状腺功能减退等。(5) 未应用影响平滑肌收缩的药物,如吗啡、阿托品等。

1.3 纳入标准

(1) 符合诊断标准的病例且能坚持治疗者;(2) 手术均为胃部手术的患者。

1.4 排除标准

(1) 不符合上述诊断标准和纳入标准者;(2) 除胃瘫外,合并有严重的心肺肝肾功能障碍者;(3) 对针刺治疗不能耐受和对盐酸甲氧氯普胺过敏的患者;(4) 针刺部位感染、肿块及皮肤病者;(5) 病人依从性差,不能配合治疗者。

1.5 方法

常规治疗:两组患者均给予同样的常规治疗,包括禁食水、持续胃肠减压、胃动力药物(包括小剂量红霉素静脉缓慢滴注)应用、维持水电解质酸碱平衡、营养支持、维生素及微量元素的补充等。

盐酸甲氧氯普胺穴位注射:治疗组患者行盐酸甲氧氯普胺(国药集团容生制药有限公司生产,国药准字 H20023103,1 mL=10 mg)胃俞穴和足三里穴交替注射。用 5 mL 注射器外接 5 cm 长的 5 号穿刺针,抽取盐酸甲氧氯普胺 10 mg 加 0.9% 氯化钠溶液 3 mL,共 4 mL。胃俞穴注射患者取侧卧位或俯卧位,足三里穴注射患者取仰卧位,确定穴位穿刺点后常规消毒局部皮肤,右手持注射器,在选定的穴位处将穿刺针快速刺入皮下,然后捻转进针,当获得满意针感(胃俞穴进入 2 cm~2.5 cm,足三里穴进入 3 cm~3.5 cm)后,抽吸无气体或血液后再注入稀释后的甲氧氯普胺 2 mL,同法将剩余 2 mL 甲氧氯普胺液体注入对侧穴位,每天 1 次,共 14 次。

盐酸甲氧氯普胺肌肉注射:对照组患者以相同剂量的盐酸甲氧氯普胺 10 mg 行上臂三角肌或臀大肌肌肉注射,每天 1 次,共 14 次。

心理干预:(1) 治疗组患者接受治疗前均由责任护理人员进行面对面的交谈和沟通,建立良好的医患关系,取得患者的信任。(2) 护理人员采用通俗易懂的医学知识有针对性地讲解手术后胃瘫综合征的有关问题,引导患者正确认识

自身疾病,了解其病理、生理变化及治疗过程,鼓励患者树立信心,进行科学的自我调节,缓解心理上的压力,增强战胜疾病的信心和勇气。(3) 有的患者对持续有效的胃肠减压易出现难以耐受的厌烦心理,甚至将胃管自行拔出。护理人员要耐心地解释持续有效的胃肠减压重要性,使其积极配合。(4) 患者出现频繁呕吐时,护理人员在给予相应治疗的同时,可给予心理暗示,用非语言方式强化心理支持效果。(5) 为患者营造一个交流的空间和环境,耐心地倾听患者的心声,及时了解其心理状态,培养与患者的感情,创造良好的心理环境。(6) 勤于观察,通过密切接触,了解患者的心理需求和病情的细微变化,综合分析其生理及病理反应,了解患者内心深处的意愿、想法及顾虑,预测可能发生的动机和行为,并做好相应的应对措施。心理干预每天 2 次,共 24 次。

1.6 疗效观察

疗效评定标准:根据《中药新药临床研究指导原则》并结合术后胃瘫综合征患者的临床症状将腹胀、嗝气、胃型、恶心呕吐、上腹部胀痛、反酸、胃脘部烧灼感 7 项症状作为观察项目,并根据其表现程度计分,无:0 分,轻:1 分,中:2 分,重:3 分。两组患者均于治疗前和盐酸甲氧氯普胺注射 2 周后进行症状评分,并结合胃管夹闭试验、上消化道造影、胃蠕动情况及有无排气、排便等判断临床疗效。痊愈:症状评分<3 分,有排气、排便,腹部症状体征消失,夹闭胃管观察 36 小时无不良反应,上消化道造影胃蠕动良好,造影剂迅速进入十二指肠;显效:有排气、排便,症状评分 3~8 分,腹部症状体征明显改善,夹闭胃管观察 36 小时仍有轻度腹胀,上消化道造影胃蠕动较弱,造影剂缓慢进入十二指肠;有效:有排气,无排便,症状评分 9~13 分,腹部症状体征有所改善,夹闭胃管观察 36 小时仍有间断性腹胀,上消化道造影胃蠕动弱,造影剂进入十二指肠较困难;无效:症状评分>13 分,治疗前后腹部症状体征无明显改善。

1.7 统计学处理

应用 SPSS 17.0 软件包进行统计学处理。症状评分等计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;临床效果等计数资料组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后症状评分比较

治疗前治疗组和对照组患者症状评分分别为(17.7 ± 3.6)分和(17.1 ± 3.2)分,两组间比较差异无统计学意义($t=0.592$, $P=0.125>0.05$);治疗后治疗组和对照组患者症状评分分别为(7.8 ± 2.6)分和(11.4 ± 3.3)分,两组间比较差异有统计学意义($t=4.110$, $P=0.002<0.05$);治疗组治疗后与治疗前比较差异有统计学意义($t=10.692$, $P=0.003<0.05$);对照组治疗后与治疗前比较差异有统计学意义($t=6.204$, $P=0.001<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者治疗临床效果比较

两组患者治疗第 14 日完成后进行疗效评定,治疗组患

者总有效率 91.30%, 对照组患者总有效率 65.22%, 治疗组与对照组有效率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.535$, $P = 0.038 < 0.05$)。见表 2。

表 1 治疗前后两组间症状评分情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
治疗组 ($n = 23$)	17.7 \pm 3.6	7.8 \pm 2.6 ^{ab}
对照组 ($n = 23$)	17.1 \pm 3.2	11.4 \pm 3.3 ^a

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组比较, ^b $P < 0.05$

表 2 治疗第 14 日完成后两组患者临床效果情况

组别	总例数	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	23	2	10	9	2
对照组	23	0	5	10	8

3 讨论

腹部手术后胃瘫综合征属功能性疾患, 其发生率约为 2% ~ 4%^[2], 尤其是在保留幽门的十二指肠切除术后, 早期发生率高达 20% ~ 50%^[3]。近年来, 由于老年胃肠手术患者的增多, 其发病率还有逐渐上升的趋势。术后胃瘫综合征的发病机制目前尚未明确, 可能与手术切除了蠕动最强的胃窦和幽门部, 致使本来蠕动较弱的残留胃体蠕动更加减弱; 另外迷走神经是增加胃蠕动的神经因素, 术中切断和损伤迷走神经亦可导致胃排空障碍。谭林等^[4]研究认为手术创伤导致胃肠电生理和神经反射异常、交感神经兴奋、迷走神经抑制或损伤、术后胃肠肽类激素紊乱、术后进食对残胃负荷的突然增加及术前伴有重要的基础疾病等均可导致胃的蠕动和排空障碍, 而发生术后胃瘫综合征。有的学者认为, 自主神经调节功能紊乱会抑制胃排空, 胃呈无张力状态而致排空障碍。胃麻痹是外科领域的心身疾病, 心理社会因素在该病的发生发展中起重要作用^[5]。患者术前对手术的恐惧、过度紧张, 特别是手术后 PGS 的发生, 患者则进入沮丧、失望、无助、忧虑和悲观的心理反应阶段, 致使胃肠道激素分泌和调节功能受到影响。此外, 因手术及住院对自己健康、工作和家庭的不利影响而产生心理应激, 加重了胃肠交感神经的抑制活动。因此, 有效的心理干预, 能避免或减轻患者的应激状态, 从而促进自主神经调节内分泌功能趋于正常, 使胃动力得以康复。

朱锦腾等^[6]研究认为单纯采用西医药治疗术后胃瘫综合征疗程较长, 副作用大, 主张中西医结合治疗。中医学认为术后胃瘫综合征属“胃反”、“胃气逆”、“痞满”、“呕吐”等范畴, 其病机属术后脏器受损、脾气不固、运化无权、瘀血湿热、痰浊停滞中焦所致, 治则以固摄五脏之精气, 疏通六腑之郁滞为主。中医学认为胃俞穴可健脾胃、消积滞, 足三里能调理脾胃、降逆消滞。盐酸甲氧氯普胺为多巴胺受体拮抗剂, 同时对 5-羟色胺 4 受体有激动作用, 对 5-羟色胺 3 受体有轻度抑制作用, 可作用于延髓催吐化学感受区中的多巴胺

受体而提高感受区的阈值, 发挥其强大的中枢性镇吐作用, 另外它可促进胃及上部肠段的运动, 提高静息状态下胃肠道括约肌的张力, 增加下食管括约肌的张力和收缩的幅度, 使食管下段压力增加, 阻滞胃—食管反流, 加强胃和食管蠕动, 并增强对食管内容物的廓清能力, 促进胃的排空, 促进幽门、十二指肠及上部空肠的松弛, 形成胃窦、胃体与上部小肠间的功能协调, 促进胃功能的恢复。因此本研究通过辨证选穴, 采用胃俞和足三里作为盐酸甲氧氯普胺注射穴位, 结合了针刺与药物的双重作用, 既能促进胃肠动力, 又可达到调理脾胃、降逆消滞, 疏通六腑之郁滞的功效。研究结果显示两组患者各自组内治疗前与治疗后比较均有显著性差异, 进一步证实了胃肠动力药物治疗术后胃瘫综合征效果显著。然而在剂量相同的情况下, 由于给药的途径和方法不同, 其治疗效果也会出现显著的变化。结果显示治疗组患者有效率明显高于对照组。因此认为针药结合具有协同性, 既能显著提高药物的作用, 又能加强针刺的治疗作用, 增强胃肠道蠕动和激素分泌, 诱导胃肠整体功能恢复, 显著改善 PGS 的临床症状并缩短疗程。

近年来, 生物—心理—社会医学模式的概念与建筑在人性基础上的整体心理治疗的理念越来越受到国内外诸多学者的重视^[7]。文献报道, 个体在高应激状态下, 如缺乏社会支持和良好的应对方式, 心理损害的危险度可达 43.3%, 是普通人群的 2 倍^[8], 心理状态直接影响疾病的转归和预后, 当患者获得了全方位的心理支持后, 其潜在的积极因素和对健康的渴望即被唤醒和激发, 为疾病的康复奠定了良好的基础。因此, 系统化心理干预模式对术后胃瘫综合征患者具有重要的临床意义。

参 考 文 献

- [1] 秦新裕, 刘凤林. 术后胃瘫的诊断与治疗[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(7): 441-442.
- [2] 侯丽艳, 贾如江, 马博, 等. 大承气汤合电针法治疗老年患者术后胃瘫综合征临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(7): 236-237.
- [3] 杨美富. 腹部手术后胃瘫的中西医结合治疗[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(1): 55-56.
- [4] 谭林, 张建群. 温针灸治疗术后胃瘫综合征的临床疗效分析[J]. 安徽医药, 2012, 16(1): 78-80.
- [5] 张志媛, 马玉芬. 术后胃瘫病人的护理[J]. 护理研究, 2005, 19(6): 948-949.
- [6] 朱锦腾, 杨春平, 叶仁群, 等. 和胃理气汤治疗腹部非手术后胃瘫 16 例临床观察[J]. 昆明医科大学学报, 2012, 33(8): 95-97.
- [7] 刘玉芬, 王文跃, 周雷, 等. 腹部手术后胃瘫综合征患者的诊治及心理干预研究进展[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2012, 15(4): 623-625.
- [8] 崔世香, 邓宝凤, 朱一英, 等. 对 48 例 SARS 患者的心理分析和心理干预[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(8): 602.

(收稿日期: 2014-09-02)

(本文编辑: 黄凡)