

温针灸联合肠内营养治疗术后胃瘫综合征的临床疗效观察

董万斌 闫玉洁 赵增喜 席江伟 钟霁云

【摘要】 目的 探讨温针灸联合肠内营养治疗术后胃瘫综合征 (postsurgical gastroparesis syndrome, PGS) 的临床疗效。**方法** 将 62 例 PGS 患者分为研究组和对照组, 每组 31 例。对照组采用肠内营养治疗。研究组在对照组基础上, 采用温针灸治疗。对比两组的胃肠动力恢复时间、胃管拔除时间、首次进食时间。于治疗前后, 检测两组患者的胃泌素 (gastrin, GAS)、胃动素 (motilin, MTL)、白蛋白 (albumin, ALB)、血红蛋白 (hemoglobin, Hb)、运铁蛋白 (transferrin, TRF) 水平。**结果** 研究组的总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组的胃肠动力恢复时间、胃管拔除时间、首次进食时间明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组治疗后的 GAS、MTL、ALB、Hb、TRF 较治疗前均明显升高 ($P < 0.05$); 治疗后, 研究组的 GAS、MTL、ALB、Hb、TRF 明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 温针灸联合肠内营养治疗术后胃瘫综合征的疗效确切。

【关键词】 温针灸; 肠内营养; 术后胃瘫综合征

【中图分类号】 R573 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.09.032

术后胃瘫综合征 (postsurgical gastroparesis syndrome, PGS) 是以胃流出道非机械性梗阻为主要特征, 临床症状包括恶心、呕吐、腹痛、饱胀、食欲下降、体重下降等。临床治疗术后胃瘫综合征以禁食、减压、促胃动力药、营养支持为主^[1]。单纯的营养支持治疗术后胃瘫综合征的疗效不佳, 而针灸治疗胃肠运动障碍性病变具有一定优势^[2]。本研究对 31 例术后胃瘫综合征患者在肠内营养治疗的基础上, 给予中医温针灸治疗, 取得了较好的临床效果。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2010 年 6 月 ~ 2017 年 3 月本院临床确诊的 PGS 患

基金项目: 2015 年度河北省医学科学研究重点课题 (20150464)

作者单位: 075100 张家口, 河北北方学院附属第二医院普通外科 (董万斌、闫玉洁、席江伟、钟霁云), 泌尿外科 (赵增喜)

作者简介: 董万斌 (1971-), 本科, 副主任医师。研究方向: 普通外科。E-mail: 652830251@qq.com

者 62 例, 按照随机数字表法分为研究组和对照组, 每组 31 例。研究组男性 13 例, 女性 18 例, 年龄 40 ~ 73 岁, 平均 (59.12 ± 9.43) 岁; 病程 3 ~ 7 天, 平均 (5.29 ± 0.71) 天; 其中胃癌根治术 12 例, 腹腔镜胃癌根治术 16 例, 胃穿孔修补 3 例。对照组男性 15 例, 女性 16 例, 年龄 41 ~ 75 岁, 平均 (60.03 ± 9.87) 岁; 病程 3 ~ 7 天, 平均 (5.20 ± 0.74) 天, 其中胃癌根治术 11 例, 腹腔镜胃癌根治术 15 例, 胃穿孔修补 5 例。两组患者在年龄、性别、病程、手术方式对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究通过本院伦理委员会审核。

1.2 诊断标准

(1) 胃肠手术史; (2) 胃肠减压引流量连续 10 天大于 800 mL; (3) 检查提示排除胃肠道机械性梗阻; (4) 胃镜检查提示胃扩张、潴留, 无蠕动波; (5) 排除其他原因导致的 PGS, 如糖尿病、甲状腺功能减退等; (6) 未使用影响胃肠道蠕动的药物; (7) PGS 出现时间在术后 7 天以上^[3]。

1.3 纳入和排除标准

纳入标准: (1) 符合临床诊断; (2) 胃部手术后患者; (3)

无严重基础疾病;(4)患者依从性好;(5)自愿接受本项治疗方法,并签署知情同意书。

排除标准:(1)合并心、肺、脑及凝血功能异常等严重疾病;(2)无全程完全配合治疗者;(3)针刺部位患有皮肤病或感染者;(4)不符合诊断及纳入标准的患者。

1.4 治疗方法

对照组:采用常规对症治疗,包括:禁食水、持续胃肠减压;维持水、电、酸碱平衡;胃肠动力药物治疗(甲氧氯普安 10 mg 肌肉注射 2 次/日);高渗盐水洗胃。并对患者进行心理干预,减轻其心理压力,以消除患者紧张焦虑情绪。置入十二指肠空肠营养管,给予肠内营养支持治疗。

研究组:在对照组基础上,采用温针灸治疗。选取足三里、三阴交、气海、中脘、上巨虚等穴位,根据虚者补之,实者泻之,虚实夹杂平补平泻的原则进行针刺,重提轻插。得气后,采用电针治疗仪(上海医用电子 6805-2 型)进行针刺,设置输出电压 6 V,密波 20 Hz,疏波 4 Hz,脉冲宽 0.5 ms,每穴留针 30 分钟,电针结束后,给予 2 cm 的艾条点燃进行温针灸,每穴灸 2 壮,每日治疗 2 次。

1.5 疗效标准

(1)治愈,拔除胃肠减压进食后无腹痛、腹胀、恶心呕吐,有排气排便,症状无反复,消化道造影提示胃蠕动良好,胃镜提示无胃潴留;(2)有效,胃肠减压引流量 <150 mL/天,夹闭胃管后腹胀、恶心,不能进食,影像学检查提示有胃蠕动,但较弱;(3)无效,消化道造影仍提示胃潴留,无胃蠕动,上述症状无明显缓解^[3]。总有效率=(治愈例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 观察指标

记录两组患者的胃肠动力恢复时间、胃管拔除时间、首次进食时间。胃肠动力恢复标准:拔除胃管后无恶心呕吐、腹痛、腹胀等症状,可进食流食或半流食,肛门排气。于治疗前后,记录两组患者的胃引流量变化;采用酶联免疫吸附法检测患者 GAS、MTL 的水平变化;采用全自动生化仪(BS-500 型)检测 ALB、Hb、TRF 的水平变化。

1.7 统计学处理

全部数据录入 SPSS 19.0 处理分析,计数资料采用百分率表示,两组间对比采用 χ^2 检验,计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,经方差齐性分析方差齐,并符合正态分布,组间对比采用独立样本 t 检验,组内对比采用配对 t 检验,以统计值 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效对比

研究组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组临床症状改善对比

研究组的胃肠动力恢复时间、胃管拔除时间、首次进食时间明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组的总有效率对比(例,%)

分组	例数	治愈	有效	无效	总有效率(%)
研究组	31	20	9	2	93.55
对照组	31	13	10	8	74.19

注:组间对比, $\chi^2=4.292, P<0.05$ 。

表 2 两组的胃肠动力恢复时间、胃管拔除时间、首次进食时间对比($\bar{x}\pm s$,天)

分组	例数	胃肠动力恢复时间	胃管拔除时间	首次进食时间
研究组	31	13.84 \pm 2.75	6.29 \pm 1.71	8.52 \pm 2.08
对照组	31	18.09 \pm 3.13	7.74 \pm 1.93	10.35 \pm 2.59

2.3 两组治疗前后 GAS、MTL 对比

两组治疗前的 GAS、MTL 组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗后的 GAS、MTL 较治疗前均明显升高($P<0.05$);治疗后,研究组的 GAS、MTL 明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后的 GAS、MTL 对比($\bar{x}\pm s$,pg/mL)

分组	例数	GAS(pg/mL)	MTL(pg/mL)
研究组	31		
治疗前		219.73 \pm 32.95	61.39 \pm 15.42
治疗后		330.86 \pm 41.27 ^{ab}	153.24 \pm 24.07 ^{ab}
对照组	31		
治疗前		221.46 \pm 33.07	62.06 \pm 15.77
治疗后		289.17 \pm 38.36 ^a	120.94 \pm 20.36 ^a

注:组内对比,^a $P<0.05$;组间对比,^b $P<0.05$ 。

2.4 两组主要营养指标对比

两组治疗前的 ALB、Hb、TRF 组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗后的 ALB、Hb、TRF 较治疗前均明显升高($P<0.05$);治疗后,研究组的 ALB、Hb、TRF 明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗前后 ALB、Hb、TRF 对比($\bar{x}\pm s$,g/L)

分组	例数	ALB	Hb	TRF
研究组	31			
治疗前		30.94 \pm 4.17	99.38 \pm 14.07	152.30 \pm 9.51
治疗后		40.86 \pm 3.73 ^{ab}	124.75 \pm 10.64 ^{ab}	188.19 \pm 8.63 ^{ab}
对照组	31			
治疗前		31.05 \pm 4.20	100.07 \pm 13.97	153.10 \pm 9.67
治疗后		36.74 \pm 3.18 ^a	112.93 \pm 9.56 ^a	179.38 \pm 8.19 ^a

注:组内对比,^a $P<0.05$;组间对比,^b $P<0.05$ 。

3 讨论

PGS 是因手术继发的非机械性因素造成的胃排出延迟

为主要表现的胃动力紊乱综合征。临床表现为恶心呕吐、腹胀腹痛、停止排气排便等症状,若不及时治疗可导致营养不良、内环境紊乱等严重并发症从而影响患者术后恢复^[4]。腹部手术后机体会进入高代谢状态,需要消耗大量的能量物质,但术后胃瘫综合征患者由于无法摄入足够的营养物质,导致肠道黏膜细胞极度缺乏能量,从而损伤肠道黏膜屏障,造成肠道菌群失调,提高了肠源性感染的风险^[5]。肠道不仅是机体主要的营养吸收部位,也是机体最大的免疫器官,当肠道黏膜屏障受到破坏后,免疫功能也随之受损,增加了全身性疾病的风险。肠内营养可为机体提供大量的营养物质,直接营养肠黏膜,弥补了患者营养摄入的不足,还能促进肠道黏膜蠕动,调节肠内菌群梯度,维持黏膜细胞正常的结构及新陈代谢,保护黏膜的生物屏障及化学屏障,刺激胃分泌蛋白酶及胃酸,促进胃动力恢复^[6]。

中医理论认为,术后胃瘫综合征属于“呕吐”“胃反”等范畴,原病变及手术创造可造成气血亏耗,胃失和降,脾失健运,脾胃络脉受损,中焦阻滞,气滞血瘀,食水停滞,发为此症^[7]。该症属虚实夹杂证,气滞、湿阻、血瘀为实,脾胃亏损为虚,中医治疗的原则为健脾化湿,和胃降逆,大补元气,活血活络。温针灸通过热力刺激机体相关腧穴,发挥温经通络,活血行气,回阳救逆,消肿散结,祛湿散寒的作用^[8]。温针灸还能温补元气,使胃气得降,脾运得健,促使中焦气机宣降恢复^[9]。足三里为胃之合穴,具有健脾益胃,补中益气,除痞消之功效,其双向调节胃肠动力,研究表明针刺足三里可以使胃动力趋于正常^[10]。张银清等^[11]研究表明早期针刺足三里通过影响胃肠道的神经中枢抑制血清中的 GAS 分泌,达到加速胃肠动力,改善 PGS 症状的临床效果。三阴交穴健脾、养阴、和胃,行气活血,可改善腹胀的症状^[12]。上巨虚乃大肠之下合穴,针刺可发挥调和肠胃、痛经活络的作用;气海乃任脉经穴,被称作十二经脉之根,五脏六腑之本,能扶正益气,滋补元气^[13]。诸穴配伍,共奏健脾益气、清痞除湿的功效。

GAS 主要由 G 细胞分泌的胃肠激素,能促进胃肠分泌及胃收缩,加快肠道蠕动。MTL 是 Mo 细胞分泌的胃肠激素,能刺激胃收缩及小肠分节运动^[14]。本研究结果显示,研究组的 GAS、MTL 的改善程度明显高于对照组,且营养改善程度及临床改善效率均显著高于对照组。本研究结果表明,温针灸可促进 GAS、MTL 的分泌,增强胃肠蠕动,促进胃肠动力的恢复,改善机体的营养水平,提高治疗效果^[15]。

综上所述,温针灸联合肠内营养治疗术后胃瘫综合征的

疗效确切,能显著改善患者症状,促进胃肠动力。

参 考 文 献

- [1] 徐玉彬,刘谦,张培建. 术后胃瘫综合征的发病机制与诊治进展[J]. 国际外科学杂志, 2015, 42(7):497-500.
- [2] 邓磊,宁敏. 中药加针灸辅助治疗老年食管癌、贲门癌术后胃瘫综合征疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 12(18):172-175.
- [3] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·中医病症部分[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008:179-182.
- [4] 邹金艳,林军. 术后胃瘫综合征的诊断与治疗[J]. 国际消化病杂志, 2014, 34(2):99-102.
- [5] 张怀华,吴本国,杜滨亮. 胃癌根治术后胃瘫综合征的危险因素分析及其对预后的影响[J]. 中国现代普通外科进展, 2016, 19(3):248-249.
- [6] 潘爱秀,谢秋红,施佩姝. 胃大部切除术后胃瘫病人的营养支持及护理[J]. 肠外与肠内营养, 2015, 22(5):319-320.
- [7] 董万斌,乔海平,席江伟,等. 针刺与中药灌肠治疗术后胃瘫综合征患者 26 例[J]. 环球中医药, 2016, 9(6):740-742.
- [8] 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):78-81.
- [9] 汪洋,杨海明,刘莹露,等. 倒马针配合麦粒灸治疗胃癌术后胃瘫综合征的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2014, 12(11):47-50.
- [10] 陈静,李威,王宽宇,等. 针刺足三里、上巨虚对大鼠盲肠术后胃肠功能恢复的影响[J]. 针灸临床杂志, 2015, 8(7):87-89.
- [11] 张银清,蔡喆,张转喜,等. 针刺“胃三针”联合通腑汤治疗脑卒中后胃瘫疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(24):3031-3032.
- [12] 封丽华,周军,付华华,等. 三阴交、委中、太溪穴特定刺法对偏瘫恢复的影响[J]. 吉林中医药, 2014, 34(12):1304-1306.
- [13] 齐琳婧,苏同生,刘志顺,等. 针刺曲池上巨虚治疗功能性肠病临床观察[J]. 陕西中医, 2014, 12(2):224-225.
- [14] 杨维良,李胜龙,张好刚,等. 腹腔非胃手术后胃瘫综合征 76 例[J]. 中国现代普通外科进展, 2014, 17(2):120-122.
- [15] 陈军,何平,赵长勇,等. 针灸治疗术后胃瘫综合征疗效及对胃泌素和胃动素的影响[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(9):1083-1086.

(收稿日期: 2017-05-07)

(本文编辑: 王馨瑶)