

# 针刺与中药灌肠治疗术后胃瘫综合征患者 26 例

董万斌 乔海平 席江伟 刘斌 罗冰清 苏心镜

**【摘要】 目的** 观察针刺与中药灌肠对术后胃瘫综合征患者临床症状及疗效的影响。**方法** 选择临床确诊的腹部手术后胃瘫综合征 (postsurgical gastroparesis syndrome, PGS) 患者 52 例, 将患者随机分为两组, 每组 26 例。中西结合组为常规治疗配合针刺与中药灌肠, 针刺 1 次/d, 一周为 1 疗程, 共治疗 3 个疗程; 灌肠配方采用自拟攻里通下汤加减, 2 次/d, 每次 75 mL, 共治疗 3 个疗程。对照组为常规治疗。**结果** 两组胃肠减压引流量、肠鸣音恢复时间、恢复排气与排便时间、拔除胃管时间、上消化道造影剂 (泛影葡胺) 排空时间、恶心呕吐、腹胀疗效比较, 中西医结合组疗效优于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 手术后胃瘫综合征在常规治疗的基础上配合针刺与中药灌肠, 能显著改善临床症状并缩短疗程。

**【关键词】** 胃瘫综合征; 针刺疗法; 中药灌肠; 临床效果

**【中图分类号】** R245.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.06.030

手术后胃瘫综合征 (postsurgical gastroparesis syndrome,

基金项目: 2015 年度河北省医学科学研究重点课题计划 (20150464)

作者单位: 075100 宣化, 河北北方学院附属第二医院普外科 (董万斌、席江伟、刘斌、罗冰清), 麻醉科 (苏心镜), 中医科 (乔海平)

作者简介: 董万斌 (1971-), 本科, 副主任医师。研究方向: 胃肠动力学研究。E-mail: 652830251@qq.com

PGS) 系指腹部手术后继发的非机械性梗阻因素引起的以胃排空障碍为主要征象的胃动力紊乱综合征, 尤其是上腹部手术后较常出现的近期并发症<sup>[1]</sup>, 其发生率约为 0.47% ~ 2.40%<sup>[2]</sup>。PGS 的发生可导致患者术后营养摄取障碍及电解质紊乱, 这对患者的术后康复和生活质量均会造成严重影响。因此, 采取行之有效的方法治疗 PGS 就显得尤为重要。目前, 关于 PGS 的发病机制尚未完全明确, 外科医

生往往无有效的治疗手段<sup>[3]</sup>。近几年来,有关中西医结合治疗 PGS 屡见报道,且成为治疗 PGS 的重要方法。自 2006 年 1 月至 2013 年 12 月间,笔者在常规治疗的基础上,配合针刺与中药灌肠治疗胃部手术后胃瘫综合征患者 26 例,取得了显著的临床疗效,现总结报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选择本院 2006 年 1 月至 2013 年 12 月临床确诊的 PGS 患者 52 例,其中胃大部切除术 19 例,胃癌根治术 23 例,胃穿孔修补术 10 例。将患者随机分为两组,每组 26 例。中西结合组(常规治疗配合针刺与中药灌肠)男 16 例,女 10 例,年龄 43~76 岁,平均(58.1±4.7)岁;发病时间(7.1±2.2)天。对照组(常规治疗)男 14 例,女 12 例,年龄 45~77 岁,平均(56.9±4.5)岁;发病时间(6.8±2.5)天。两组患者性别、年龄、发病时间及病种比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

本组病例全部符合国内手术后胃瘫诊断标准(复旦大学附属中山医院提出的诊断标准)<sup>[4]</sup>:(1)胃肠减压引流量>600~800 mL/d,持续时间>10 天以上;(2)1 项或多项检查提示无胃流出机械性梗阻;(3)胃肠蠕动减弱或消失;(4)行腹部手术后,在胃肠功能逐渐恢复期间出现腹痛、腹胀、恶心,甚至呕吐,进食后加重;(5)上消化道造影或胃镜证实排除机械性梗阻,吻合口通畅,胃内有多量潴留液,胃蠕动消失。

### 1.3 纳入标准

(1)符合临床诊断标准;(2)均为胃部手术后患者;(3)无明显水电解质及酸碱失衡;(4)未应用影响胃肠平滑肌收缩的药物;(5)一般体质情况尚可,基本生活尚能自理者;(6)能坚持完成全程治疗者;(7)患者及家属自愿接受本研究治疗方法,并签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

(1)排除其他手术、糖尿病、结缔组织疾病导致的胃瘫者;(2)除胃瘫外,合并有严重的心肺肝肾功能障碍者;(3)针刺部位感染、肿块及皮肤病;(5)患者依从性差,不能配合或坚持治疗者。

### 1.5 治疗方法

1.5.1 常规治疗 两组 PGS 患者均给予同样的常规治疗,包括禁食禁水、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。

1.5.2 针刺疗法 (1)穴位选择:经过临床筛选,选取治疗六腑病证专司通降之足阳明胃经及足太阴脾经下合穴:足三里、解溪、上巨虚、下巨虚、三阴交、阴陵泉;(2)方法:常规消毒针刺穴位局部皮肤,足三里、三阴交用提插捻转补法,余穴平补平泻。当获得满意针感后,留针 30 分钟,1 次/d,一周为 1 疗程,共治疗 3 个疗程。

1.5.3 中药灌肠法 灌肠配方采用自拟攻里通下汤,其基础方剂为大黄 15 g、枳实 15 g、厚朴 20 g、芒硝 10 g、连翘 15 g、赤芍 15 g、炒莱菔子 25 g、川楝子 15 g、桃仁 15 g、大腹皮 15 g。痰盛加半夏 9 g、陈皮 12 g、白术 12 g;脾虚加党参 20 g、黄芪 20 g;阴虚加麦冬 10 g、石斛 10 g。方法:用第一、第二煎混合药液 150 mL 作保留灌肠用,2 次/d,每次 75 mL,共治疗 2 个疗程。药液温度以 39~41℃ 为宜。操作时,肛管插入深度一般为 15~20 cm,药液灌完后嘱患者翻转体位,使药液均匀地涂布于肠腔黏膜,保留 1 小时以上,以利于药液充分吸收。

### 1.6 临床观察项目及疗效判定

根据 PGS 患者的临床症状将胃肠减压引流量(mL)、肠鸣音恢复时间(天)、恢复排气及排便时间(天)、拔除胃管时间(天)、上消化道造影排空时间(小时)五项症状作为观察项目,以此判断临床效果。治愈:患者临床症状消失,胃肠减压引流量<50 mL/d,拔出胃管 24 小时后患者无不适反应,实施上消化道造影结果显示胃肠蠕动良好,造影剂排空时间<2 小时;有效:胃肠减压引流量<150 mL/d,拔出胃管 24 小时后患者有轻微的腹胀,实施上消化道造影结果显示肠蠕动较弱,造影剂排空时间<5 小时;无效:患者临床症状改善不明显,拔出胃管 6 小时后患者有恶心、腹胀、呕吐等情况。总有效率=治愈率+有效率。

### 1.7 统计学处理

采用 SPSS 17.0 软件包进行统计学处理。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}±s$ )表示,本研究计量资料均为正态分布,故两组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内治疗前后比较采用配对样本  $t$  检验;计数资料(临床有效率)采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组观察指标比较

中西医结合组与对照组胃肠减压引流量、肠鸣音恢复时间、排气排便时间、拔出胃管时间、造影剂排空时间经独立样本  $t$  检验,  $t$  值分别为-35.169、-9.482、-11.926、-7.270、

表 1 两组患者治疗后临床观察指标比较( $\bar{x}±s$ )

组别	例数	胃肠减压 引流量(mL)	肠鸣音恢复 时间(天)	排气排便 时间(天)	拔出胃管 时间(天)	造影剂排空 时间(天)
中西医结合组	26	438±5	9.4±1.3	10.7±1.2	11.6±2.9	4.1±1.3
对照组	26	988±6	12.8±1.4	15.0±1.4	18.4±3.8	11.6±2.9

-11.859,  $P$  值均为 0.000, 两组差异有统计学意义。见表 1。

## 2.2 两组患者临床疗效比较

中西结合组总有效率 100.00% (26 例), 对照组总有效率为 84.62% (22 例), 经  $\chi^2$  检验,  $\chi^2 = 6.163$ ,  $P = 0.046 < 0.05$ , 两组差异有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者治疗后临床疗效比较 (%)

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率 (%)
中西结合组	26	18	8	0	100
对照组	26	11	11	4	84.62

## 3 讨论

近年来, 由于胃肠手术患者特别是老年患者的增多, 其发病率还有逐年上升的趋势<sup>[5]</sup>。PGS 的发病机制目前尚未完全明确。针对可能原因引起的 PGS, 现代医学治疗包括禁食水、持续胃肠减压、维持水电解质酸碱平衡、营养支持、促胃动力药物应用、维生素及微量元素的补充等, 但经临床观察, 单独采用上述方法其疗效欠佳且耗时较长。因此, 另辟蹊径治疗 PGS 成为迫切的要求, 在临床研究和实践中, 笔者选择采用针刺足阳明胃经及足太阴脾经之下合穴, 并配合自拟攻里通下汤灌肠, 针药齐下, 中西结合, 在促进术后胃瘫病人的胃肠蠕动和胃肠的功能恢复方面取得了良好的疗效。

根据中医针灸医学的理论, 针刺胃、脾、心包经的远端穴及募穴可以改善胃肠血液循环, 促进胃肠蠕动, 对胃肠道神经具有良性调节作用, 同时还能调控胃泌素和胃动素分泌水平, 从而增加胃黏膜血流量, 减轻局部炎性水肿<sup>[6]</sup>。本研究通过选用远道腧穴, 如针刺胃经之合穴足三里, 可影响胃肌电活动, 改善胃肠动力, 对胃黏膜具有保护作用, 同时对胃肠道生理活动具有双向调节的效果; 解溪穴以清泻阳热, 通降胃肠积滞<sup>[7]</sup>; 大肠之下合穴上巨虚、小肠之下合穴下巨虚以调理胃肠道之气; 足太阴脾经之三阴交、阴陵泉具有健脾益气养阴等功效<sup>[8]</sup>。针刺这些穴位避开了手术切口, 减轻了患者的局部不适感。

中医认为胃瘫系脾胃瘀滞, 浊气上逆, 属中医学“痞满”“呕吐”范畴, 主要表现为肝脾不和、脾湿不运。其病机为通降失司, 治疗宜以通为主, 本虚者通补兼施, 恢复胃之通降<sup>[9]</sup>。自拟攻里通下汤君药为大黄, 具有泻热通便、荡涤胃肠实热积滞之功; 枳实、厚朴宽中理气、除中散满; 赤芍、桃仁活血行瘀; 莱菔子降气消食; 芒硝软坚通便, 诸药调和共起通里降逆、散满宽中之功效<sup>[10]</sup>。现代药理学研究证实, 大黄有效成分为蒽泻苷, 在胃肠道细菌的作用下代谢为大黄酸蒽酮, 其不仅可抑制肠平滑肌上  $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$  酶, 从而阻断  $\text{Na}^+$  从肠腔向细胞内转移, 使肠腔内渗透压升高、水分增多, 机械刺激肠壁, 使肠蠕动增强, 而且具有胆碱样作用, 使平滑肌上 M 胆碱受体兴奋从而发挥促进肠道蠕动的作用<sup>[11]</sup>; 党参、白术可调节胃肠蠕动增加胃动力, 枳实、陈皮对胃肠运动有兴

奋作用, 可使胃肠收缩节律增加。中药汤剂口服易使患者上腹饱胀、恶心、呕吐等症状加重, 对吻合口的愈合也不利。据“急则治标”的原则, 本方案以治标为先, 采用中药煎剂灌肠, 药物利用度较高, 避免了肝脏的首过效应, 有效成分吸收较快, 显效迅速, 与中药口服具有同等疗效, 可随症加减, 更具灵活性。另外, 部分药物存在于直肠及结肠内, 可直接作用于肠黏膜, 影响胃肠道神经系统的物理和化学感受器, 对结肠肌产生直接的调控作用, 促使肠道蠕动而产生自主性排气、排便反应, 故以攻里通下汤为主方灌肠可通腑行气并寓“上病下治之意”<sup>[12]</sup>。

本研究结果显示两组患者治疗前与治疗前后临床效果比较具有显著性差异, 进一步证实了中、西结合治疗 PGS 疗效显著, 虽然研究样本偏小, 有待于进一步深入研究, 但为中西医结合治疗 PGS 提供了新方法、新思路。因此, 笔者认为中西医结合具有协同性, 既能结合现代医学重视局部、定量准确的特点, 又能发挥中医重视整体、辨证论治的特色, 标本兼顾、相辅相成, 提高了术后胃瘫的治疗效果, 而且操作安全、经济、简便易行, 易于被患者接受, 值得在临床推广使用。

## 参 考 文 献

- [1] 李荫山. 消化道手术后影响消化功能的主要并发症及处理[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(8): 457.
- [2] BAR-NATAN M, LARSON GM, STEPHENS G, et al. Delayed gastric emptying after gastric surgery[J]. Am J surg, 1996, 172(1): 24-28.
- [3] 吴功侃, 孙忠义, 赵荣宇, 等. 胃大部切除术后功能性排空延迟综合征的诊断与治疗[J]. 普外临床, 1993, 8(5): 306-308.
- [4] 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.
- [5] 李蕊, 米白堂, 杨道贵, 等. 腹部术后胃瘫综合征的诊治体会[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(24): 93-94.
- [6] 王燕, 蔡洪荣. 针刺治疗术后胃瘫综合征疗效观察[J]. 中国中医急诊, 2008, 17(3): 306-308.
- [7] 陆伟慧, 徐静艳, 李成. 针刺募合穴为主治疗术后胃瘫 19 例[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(1): 46-47.
- [8] 张尚华, 杜静静, 闫玉洁, 等. 甲氧氯普胺穴位注射配合心理干预对术后胃瘫综合征临床效果的影响[J]. 环球中医药, 2015, 8(5): 597-599.
- [9] 陈继理. 仕乐生胶囊治疗食管贲门癌术后残胃功能性排空障碍 60 例[J]. 实用中医内科杂志, 2004, 18(5): 458.
- [10] 燕敏, 晏才杰. 胃排空及其胃术后改变的力学机制[J]. 国外医学消化系统疾病分册, 1990, 4(4): 234.
- [11] 胡玉瑛, 郑继萍. 穴位注射促进腹部术后肠功能恢复 34 例报告[J]. 贵阳中医学院学报, 2000, 22(4): 33-34.
- [12] 王溪, 梁小宁, 周春宁, 等. 通腑冲剂直肠高位滴注的临床应用与研究[J]. 中国中药杂志, 2001, 26(11): 781-783.

(收稿日期: 2015-11-22)

(本文编辑: 董历华)