

# 中西医结合治疗胃切除术后胃排空障碍的临床观察

刘忠伟<sup>1</sup> 张美华<sup>1</sup> 谢启明<sup>1</sup> 邹瞭南<sup>2</sup>

(1 肇庆医学高等专科学校附属医院外科 广东肇庆 526020; 2 广东省中医院胃肠外科 广州 510120)

**摘要:**目的:探讨中西医结合治疗胃切除术后胃排空障碍的临床疗效。方法:选择 2013 年 12 月~2015 年 8 月我院接治的行胃切除手术患者 64 例,按治疗方法的不同将 64 例患者分为观察组和对照组,对照组 32 例患者采用常规西医治疗,观察组 32 例患者在对照组治疗基础上结合中医治疗,分析两组患者治疗后的临床疗效。结果:观察组总有效率为 96.9%,对照组总有效率为 87.5%,两组比较差异具有统计学意义( $P<0.01$ )。观察组 32 例患者中,3 例患者有暖气症状,4 例患者有呕吐症状,1 例患者有腹痛症状,在术后(37.4±4.6) d 恢复胃动力;对照组 32 例患者中,6 例患者有暖气症状,9 例患者有呕吐症状,3 例患者有腹痛症状,在术后(41.8±5.4) d 恢复胃动力。结论:中西医结合治疗胃切除术后胃排空障碍具有疗效好、症状轻及少的优点,值得临床推广使用。

**关键词:**胃切除手术后胃排空障碍;中西医结合疗法;疗效

中图分类号:R656.61

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.012

胃切除手术后胃排空障碍是指由于胃部恶性肿瘤、胃溃疡、胃穿孔等疾病需行胃切除手术后无机械性梗阻因素所引起胃无力、排空延迟的症状,也叫作胃瘫,是胃部手术后较常见的并发症之一<sup>[1]</sup>。而中西医结合治疗不仅能起到健脾健胃的功效,还能有效的缓解患者胃切除手术后的临床症状<sup>[2]</sup>。本研究对行胃大部切除术后的 64 例患者分别采用不同治疗方法的疗效进行对比。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选择 2013 年 12 月~2015 年 8 月我院接治的行胃大部切除手术患者 64 例为研究对象,所有患者均在知情同意下完成本研究。按治疗方法的不同将 64 例患者分为观察组和对照组各 32 例。对照组男 19 例,女 13 例,年龄 27~74 岁,平均年龄为(34.9±6.8)岁,原发病:胃癌 22 例,十二指肠球部溃疡 5 例,胃穿孔 5 例;观察组男 17 例,女 15 例,年龄 29~77 岁,平均年龄为(36.1±7.2)岁,原发病:胃癌 24 例,十二指肠球部溃疡 4 例,胃穿孔 4 例。两组患者在年龄、性别等方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 给予所有患者胃肠减压、禁食、维持水和电解质平衡、促进胃肠动力恢复等治疗。对照组采用西医治疗方法:胃复安(规格 5 mg,国药准字 H32021007)10 mg/次,每天 3 次;吗叮啉(规格 10 mg,国药准字 H20093426)10 mg/次,每天 3 次;西沙比利(规格:5 mg,国药准字 H20040235)5 mg/次,每天 1 次,捻碎后经胃管注入并夹管 2 h,并酌情使用抗生素。观察组则在对照组基础上加用中医治疗方法:在胃管中注入中药汤剂,具体配方:黄芪 12 g、党参 12 g、当归 10 g、白术 10 g、厚朴 8 g、陈皮 8 g、枳实 8 g、桃仁 8 g、赤芍 8 g、半夏 8 g、大黄 8 g、生

姜 6 g、柴胡 5 g,加 800 ml 水煎至 300 ml 后分 3 次注入;并结合中药保留灌肠,以上配方加 600 ml 水煎至 200 ml 后分 2 次进行保留灌肠。

**1.3 疗效标准**<sup>[3]</sup> 临床症状基本消失,能够进食流质饮食则为显效;临床症状有所减缓,能够进食流质饮食,但伴有上腹部不适、暖气症状则为有效;临床症状没有改变,进食困难,伴有恶心、呕吐、暖气、上腹部不适等症状则为无效。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

**1.4 统计学分析** 数据处理采用 SPSS13.0 统计学软件,计数资料采用卡方检验,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验, $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 观察组总有效率为 96.9%,对照组总有效率为 87.5%,两组比较差异具有统计学意义( $P<0.01$ )。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	32	24(75.0)	7(21.9)	1(3.1)	31(96.9)
对照组	32	13(40.6)	15(46.9)	4(12.5)	28(87.5)
$\chi^2$ 值					2.800 1
P值					0.005 1

**2.2 两组患者术后 2 个月症状比较** 观察组 32 例患者中,3 例患者有暖气症状,4 例患者有呕吐症状,1 例患者有腹痛症状,在术后(37.4±4.6) d 恢复胃动力;对照组 32 例患者中,6 例患者有暖气症状,9 例患者有呕吐症状,3 例患者有腹痛症状,在术后(41.8±5.4) d 恢复胃动力;两组比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

胃切除手术后胃排空障碍又叫作胃瘫,尤其是在胃癌根治术、十二指肠切除术中最为常见,其主要

与手术创伤、术后进食过早、患者精神紧张等多方面因素有关。主要的临床症状有上腹部胀痛、恶心、呕吐、暖气、反酸等<sup>[4]</sup>，在治疗上主要以维持水盐平衡、洗胃、禁食、胃肠减压、止酸、营养支持等西医疗法为主，但是患者的疗效不佳。而中医认为健脾益气养胃才是关键，而中西医结合治疗对胃切除手术后胃排空障碍则起到了至关重要的作用。中医认为，脾胃互为表里，脾升胃降，才能够共同完成对食物的消化与吸收，由于行胃部切除手术后耗气伤血，使胃失和降，所吃的食物便停留在胃脘处，随着胃气的上逆就造成了患者出现呕吐、暖气的症状<sup>[5]</sup>。因此，治疗以通为主，如何解决健运失司、中气不足才是解决该病的关键。在本药方中黄芪、党参、白术主要起到健脾益气养胃的作用；厚朴、当归、枳实则有行气破积的作用，并且厚朴还对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等具有不同程度的抗菌和抑菌的作用，能够降低术后对伤口处的感染；而枳实可以对小肠平滑肌钙离子的浓度起到调节作用，不仅能够降低胃肠平滑肌的张力及起到解痉作用，而且还能使胃肠兴奋起到增进逆蠕动的作用；桃仁、赤芍有活血化瘀的作用，能够促进残胃的恢复和吻合血供，有效的改善微循环；陈皮则有行气止痛的作用；半夏、生姜、柴胡则有温胃止呕、和胃降逆的作用；大黄具有通里攻下的作用

<sup>[6]</sup>。相关研究显示，中西医结合治疗在胃切除手术后胃排空障碍上能明显的降低患者术后的症状，并且加快患者胃动力的恢复<sup>[7]</sup>。本研究结果显示，观察组总有效率为 96.9%，明显高于对照组；观察组患者术后 2 个月症状及恢复胃动力时间均少于对照组，同样也证明了本研究中中医的配方能有效的起到缓解患者胃切除手术后胃排空障碍，促进患者胃动力的恢复，减少患者术后的临床症状反应。综上所述，中西医结合治疗胃切除手术后胃排空障碍具有疗效好、症状轻及少的优点，值得临床推广使用。

参考文献

[1] 陈飞,季加孚.腹部手术后胃瘫综合征的诊治进展[J].中国实用外科杂志,2013,33(4):340-343  
 [2] 韩芳,赵兵,孟源,等.胃大部分切除后胃瘫综合征 28 例临床治疗疗效分析[J].现代预防医学,2012,39(10):2618-2619  
 [3] 李连顺,李玉民,焦作义.胰十二指肠切除术后胰胃吻合和胰肠吻合安全性与疗效的 Meta 分析 [J]. 中国普通外科杂志,2015,24(3):319-326  
 [4] 向进见,田夫,李明忠,等.腹部手术后胃瘫 40 例临床分析[J].重庆医学,2010,39(1):90-91  
 [5] 徐金芳,虞立平,王悦.腹部手术后功能性胃排空障碍的护理体会 [J].江苏医药,2012,38(21):2635-2636  
 [6] 曲义坤,刘伟新,张英海,等.中西医结合疗法对腹部手术后患者胃瘫的预防作用[J].中国老年学杂志,2013,33(9):2194-2195  
 [7] 府剑英,熊佩华,梁瑾.腹部手术后胃瘫综合征的中西医结合疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2013,33(12):1708-1710

(收稿日期: 2016-01-07)

(上接第 6 页)

[2] De Carcer G, Malumbres M. A centrosomal route for cancer genome instability[J]. Nat Cell Biol, 2014, 16(6): 504-506  
 [3] Zou J, Zhang D, Qin G, et al. BRCA1 and FancJ cooperatively promote interstrand crosslinker induced centrosome amplification through the activation of polo-like kinase 1[J]. Cell Cycle, 2014, 13(23): 3685-3697  
 [4] Salisbury JL, Whitehead CM, Lingle WL, et al. Centrosomes and cancer [J]. Biol Cell, 1999, 91(6): 451-460  
 [5] Joshi HC, Palacios MJ, McNamara L, et al. Gamma-tubulin is a centrosomal protein required for cell cycle-dependent microtubule nucleation[J]. Nature, 1992, 356(6364): 80-83  
 [6] Job D, Valiron O, Oakley B. Microtubule nucleation[J]. Curr Opin Cell Biol, 2003, 15(1): 111-117  
 [7] Iemura K, Kamemura K, Miwa M. Assessment of the centrosome amplification by quantification of gamma-tubulin in Western blotting [J]. Analytical Biochemistry, 2007, 371(2): 256-258  
 [8] 卢虹, 杨宏, 蔡扬. 口腔鳞癌中心体扩增与 p53 STK15 蛋白表达相关性[J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40(13): 775-778  
 [9] Wang G, Jiang Q, Zhang C. The role of mitotic kinases in coupling the centrosome cycle with the assembly of the mitotic spindle [J]. J Cell Sci, 2014, 127(Pt19): 4111-4122

[10] Hyun SY, Hwang HI, Jang YJ. Polo-like kinase-1 in DNA damage response[J]. BMB Rep, 2014, 47(5): 249-255  
 [11] Kishi K, van Vugt MA, Okamoto K, et al. Functional dynamics of Polo-like kinase 1 at the centrosome [J]. Mol Cell Biol, 2009, 29(11): 3134-3150  
 [12] Oliveira JC, Pezuk JA, Brassesco MS, et al. PLK1 expression and BI 2536 effects in childhood acute lymphoblastic leukemia [J]. Pediatr Blood Cancer, 2014, 61(7): 1227-1231  
 [13] Zhang Z, Zhang G, Kong C. High expression of polo-like kinase 1 is associated with the metastasis and recurrence in urothelial carcinoma of bladder[J]. Urol Oncol, 2013, 31(7): 1222-1230  
 [14] 李世灵, 蔡扬, 于燕妮, 等. 口腔癌及癌前病变中 PLK1 蛋白表达及其意义[J]. 临床实验病理学杂志, 2010, 26(1): 107-108  
 [15] Doxsey SJ. Centrosomes as command centres for cellular control[J]. Nat Cell Biol, 2001, 3(5): E105-108  
 [16] Johmura Y, Soung NK, Park JE, et al. Regulation of microtubule-based microtubule nucleation by mammalian polo-like kinase 1[J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 2011, 108(28): 11446-11451  
 [17] Yamamoto Y, Matsuyama H, Kawachi S, et al. Overexpression of polo-like kinase 1 (PLK1) and chromosomal instability in bladder cancer[J]. Oncology, 2006, 70(3): 231-237

(收稿日期: 2016-02-21)