

## 和胃理气汤治疗腹部非胃手术后胃瘫 16 例临床观察

朱锦腾<sup>1)</sup>, 杨春平<sup>1)</sup>, 叶仁群<sup>1)</sup>, 曾穗德<sup>2)</sup>

(1) 深圳市宝安区中医院, 广东 深圳 518133; 2) 广东省人民医院胃肠外科, 广东 广州 510060)

**[摘要]** **目的** 观察和胃理气汤治疗腹部非胃手术后胃瘫的疗效及对患者体表胃电图的影响. **方法** 在常规西医治疗基础上, 将 33 例腹部非胃手术后胃瘫患者随机分为治疗组 16 例和对照组 17 例, 治疗组从胃管注入和胃理气汤 30 mL, 每日 3 次; 对照组从胃管注入生理盐水 30 mL 和多潘立酮粉末 10 mg, 每日 3 次. 分别观察治疗前 1 d 及治疗后 7 d 症状体征、记录胃管引流量、体表胃电图的变化, 并对两组疗效和体表胃电图改变进行统计学分析. **结果** 治疗组总有效率为 81.3% 对照组总有效率为 47.1%, 2 组总有效率比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗组正常胃电节律明显高于对照组 ( $P < 0.05$ ). **结论** 和胃理气汤治疗腹部非胃手术后胃瘫, 疗效可靠, 副作用小, 值得临床推广应用.

**[关键词]** 和胃理气汤; 腹部非胃手术后; 胃瘫综合征; 疗效观察; 胃电图

**[中图分类号]** R256.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003 - 4706 (2012) 08 - 0095 - 04

## Clinical Observation of Heweiliqu Decoction in the Treatment of 16 Cases of Gastroparesis after Non-gastric Abdominal Operation

ZHU Jin - teng<sup>1)</sup>, YANG Chun - ping<sup>1)</sup>, YE Ren - qun<sup>1)</sup>, ZENG Hui - de<sup>2)</sup>

(1) Traditional Chinese Medical Hospital in Bao'an District of Shenzhen City, Shenzhen Guangdong 518133; Dept. of Gastrointestinal Surgery, People's Hospital of Guangdong, Guangzhou Guangdong 510060, China)

**[Abstract]** **Objective** To observe the effects of Heweiliqu decoction on gastroparesis after non-gastric abdominal operation and cutaneous electrogastrogram of patients. **Methods** On the basis of conventional treatment by Western medicine, 33 cases of gastroparesis after non-gastric abdominal operation were randomly divided into treatment group (16 cases) and control group (17 cases). Patients in the treatment group were given Heweiliqu decoction (30 mL, daily 3 times) from the stomach tube, patients in the control group were given saline (30 mL) and domperidone powder (10 mg, 3 times a day) from the stomach tube. The symptoms and signs, nasogastric drainage, and electrogastrogram changes were recorded and observed 1 days before and 7 days after treatment, and the efficacy and electrogastrogram changes between the two groups were statistically analyzed. **Results** The total effective rate was 81.3% in treatment group and 47.1% in control group, the difference was statistically significant between two group ( $P < 0.05$ ). Normal gastric electric rhythm in treatment group was obviously higher than the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Heweiliqu decoction in the treatment of gastroparesis after non-gastric abdominal operation, is reliable and effective, with less side effects, so it is worthy of clinical application.

**[Key words]** Heweiliqu decoction; Non-gastric abdominal operation; Gastroparesis syndrome; Clinical observation; Electrogastragram

术后胃瘫综合征 (postsurgical gastroparesis syndrome, PGS) 即术后功能性胃排空障碍

(functional delayed gastric emptying, FDGE), 主要表现为胃动力异常, 是腹部手术后常见的并发症,

**[基金项目]** 广东省中医药局基金资助课题 (2010302)

**[作者简介]** 朱锦腾 (1967~), 男, 广东深圳市人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事普外科临床工作.

多见于上腹部手术后,特别是胃手术后较常见的并发症。但腹部非胃手术后亦可发生胃瘫,由于这种胃瘫发生率低且病因不清楚,单纯西医治疗疗效差,常被误诊误治,甚至再次手术探查,往往造成不良后果。2011年1月至2012年2月,深圳市宝安区中医院应用纯中药制剂和胃理气汤经胃管注入治疗腹部非胃手术后胃瘫16例,并与多潘立酮经相同途径治疗17例进行对照观察,结果如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

33例PGS均为深圳市宝安区中医院普外科住院部患者,依入院先后顺序随机分2组。治疗组16例,男10例,女6例;男女比列5:3;年龄32~78岁,平均53.8岁;胆石症胆囊切除+T管引流术后4例,绞窄性肠梗阻3例,大肠癌术后2例,外伤性脾破例脾切除术后2例,十二指肠球溃疡穿孔修补术后2例,肝破裂肝修补术后2例,急性阑尾炎穿孔1例。对照组17例,男11例,女6例;男女比列11:6;年龄30~80岁,平均54.2岁;胆石症胆囊切除+T管引流术后3例,绞窄性肠梗阻4例,大肠癌术后2例,外伤性脾破例脾切除术后2例,十二指肠球溃疡穿孔修补术后3例,肝破裂肝修补术后1例,急性阑尾炎穿孔2例。2组一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

参照复旦大学中山医院 PGS 的诊断标准<sup>[1]</sup>:

(1)胃引流量超过800 mL/d持续时间超过10 d; (2)经1项或多项检查提示无胃流出道机械性梗阻; (3)无明显水、电解质及酸碱失衡; (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 治疗方法

**1.3.1 一般治疗** 首先是进行心理辅导,向患者及家属解释清楚,告知 PGS 是能够治愈的并发症,以增强患者的信心,消除其不良心理因素。其次是禁食、持续胃肠减压,维持水、电解质及酸碱平衡,3%温盐水洗胃,3次/d。

**1.3.2 营养支持** 33例患者均于确诊后实施营养支持,首先胃镜下将鼻肠营养管置于十二指肠内,通过鼻肠营养管给予肠内营养,2组各有1例患者

不能耐受肠内营养,改行全胃肠外营养。33例患者均无电解质紊乱及营养并发症出现,无明显体重减轻。

**1.3.3 中药治疗(治疗组)** 和胃理气汤(组方:党参、白术、茯苓、黄芪各30 g,甘草6 g,大黄、陈皮、半夏、厚朴、枳实、桃仁、赤芍各10 g,鸡内金15 g),每日1剂,浓煎至100 mL,抽空胃管后分3次从鼻肠营养管或胃管注入,30 mL/次左右,夹管2 h后再开放胃管引流。

**1.3.4 西药治疗(对照组)** 从胃管注入生理盐水30 mL和多潘立酮粉末10 mg,每日3次。

**1.3.5 疗程** 2组均治疗7 d。

### 1.4 胃电图检测方法及判断标准

**1.4.1 检测方法** 患者清醒状态下空腹、仰卧位,使用合肥华欣电子技术研究所生产的新型双导智能胃肠电图仪记录胃电图,电极分别置于剑突与脐连线中点左旁开4 cm和右旁开3 cm处,接地电极置于右小腿内踝处,参考电极置于右手腕内侧,分别记录30 min。

**1.4.2 判断标准** 2.4~3.7次/min的胃电节律占65%者视为正常胃电节律,胃电节律<2.4次/min为胃电节律过缓,胃电节律>3.7次/min为胃电节律过速<sup>[2-3]</sup>。根据胃电图的正常胃电节律百分比、结合临床症状体征,以判断胃蠕动恢复情况及拔管时间。

### 1.5 疗效标准<sup>[2]</sup>

治愈:腹胀消失,无恶心,胃管引流量<300 mL/24 h,夹管无不适则拔除胃管;好转:腹胀减轻,胃管引流量>300 mL/24 h,胃管夹闭后又感腹胀;无效:腹胀无缓解,恶心,胃管引流量没有明显减少,仍需胃肠减压。

### 1.6 观察项目

分别于治疗前1 d和治疗后7 d记录相关胃电图结果及胃管引流量;观察治疗后症状体征。

### 1.7 统计学处理

数据使用 SPSS 软件包进行统计分析。计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2组患者治疗7 d后与治疗前体表胃电图结果比较见表1。治疗7 d后两组患者临床疗效比较见表2。治疗组总有效率明显高于对照组,2组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 1 2 组治疗前后体表胃电图结果比较

Tab. 1 Comparison of surface electrogastrogram before and after treatment between two groups

组别	n	正常	过缓	过快
治疗组				
治疗前	16	1	12	3
治疗后	16	10*	5	1
对照组				
治疗前	17	2	13	2
治疗后	17	4	10	3

与对照组治疗后正常节律比较, \* $P < 0.05$ .

表 2 2 组临床疗效比较

Tab. 2 Comparison of clinical effects between two groups

组别	n	治愈	好转	无效	总有效 (%)
治疗组	16	7	6	3	81.3*
对照组	17	4	4	9	47.1

与对照组比较, \* $P < 0.05$ .

### 3 讨论

术后胃瘫综合征是指腹部手术后因胃动力障碍所引起的临床症候群, 是一种非机械性的梗阻, 导致功能性胃排空迟缓, 是临床胸腹部大手术后常见并发症之一, 发病率为 2% ~ 4%<sup>[4,5]</sup>. 多见于胃大部分切除手术后, 其原因多由于手术对胃的直接影响所造成的; 而继发于腹部其它脏器手术患者比较少见, 其病因及机制不清楚<sup>[6,7]</sup>, 治疗也较复杂. 胃运动功能正常是保证胃排空的前提, 如果胃电节律过快或过缓及紊乱, 均可引起胃排空迟缓<sup>[8]</sup>, 导致患者出现上腹部饱胀、恶心、呕吐及胃引流量增多. 胃电图作为一种非侵入性胃功能检查方法, 可以通过胃电节律间接反映胃瘫患者胃动力情况, 可为胃动力异常的患者提供重要依据及指导临床治疗. 胃肠动力的恢复是腹部术后处理中较棘手的问题<sup>[9]</sup>, 西医治疗包括禁食、胃肠减压、维持水电解质酸碱平衡、营养支持、促胃动力药物应用等. 但胃肠减压时间过长会增加患者不适, 易引起咽部疼痛糜烂、口腔溃疡等. 促胃动力药物吗丁啉和红霉素治疗胃瘫有一定的效果, 但其临床应用仍有局限及副作用大(吗丁啉受到药物剂型限制, 经胃管给药不便, 红霉素容易引起恶心、呕吐、腹泻, 长期运用易引起菌群失调), 单纯西医在治疗术后胃瘫方面治疗疗程较长、副作用大.

该病属中医“痞满”、“呕吐”之范畴, 中医

认为, 腹部手术多损伤中焦脾胃脉络, 耗伤人体气血, 并因刀伤而致血瘀气滞, 中焦气机不畅, 脾胃运化失常, 胃失和降而出现腹胀、饮食不下、呕吐等虚实夹杂之证.

根据本病的临床特点, 在全身调理的基础上, 以补虚泻实的中医原则, 应用健脾益气、行气通腑、和胃降浊、活血化瘀的中药方剂和胃理气汤进行治疗, 方中用党参、黄芪、茯苓、白术、炙甘草健脾益气为君药, 半夏、枳实、厚朴、陈皮行气导滞、和胃降浊以调畅气机为臣药, 佐以大黄、桃仁、赤芍活血化瘀、通腑泄浊, 辅以鸡内金醒脾开胃, 消食和中, 诸药合用可扶正祛邪、标本兼治, 共奏理气除胀、健脾和胃之功, 可促进胃肠蠕动, 改善胃部血液循环, 提高胃动力, 促进炎症吸收, 同时可恢复消化功能, 以促进食欲, 对缓解腹部手术后之胃瘫症状有较好效果. 现代药理研究证实<sup>[10]</sup>, 黄芪能延长小肠峰电位和发放时间, 促进十二指肠、空肠运动和紧张度. 党参、白术均有调节胃、十二指肠平滑肌运动, 加速其收缩, 或调节小肠 M 细胞分泌胃动素作用. 行气药和活血药有消炎抗菌、改善胃肠血液循环、促进胃肠蠕动的作用<sup>[11,12]</sup>. 半夏、枳实、厚朴、陈皮可促进胃排空, 提高胃动力<sup>[13]</sup>; 大黄能显着提高结肠带平滑肌细胞的电兴奋性, 增加慢波和峰电位发放频率, 从而促进其收缩运动<sup>[14]</sup>.

本研究证实, 和胃理气汤通过药物间不同的作用机制, 具有健脾益气、行气通腑、和胃降浊、活血化瘀功效. 攻补兼施, 效专力宏, 能有效改善术后胃肠功能, 恢复胃动力, 临床疗效满意, 而且没有明显的副作用, 值得临床推广应用.

### [参考文献]

- [1] 秦新裕. 手术后胃瘫综合征的研究进展[J]. 中华胃肠外科杂志, 2002, 5(4): 234-235.
- [2] 姜伟青, 彭保国, 鲁海婷, 等. “和胃通降合剂”保留灌肠治疗术后胃瘫的临床研究[J]. 江苏中医药, 2008, 40(10): 32-33.
- [3] 柯美云, 周吕. 胃电图检查及其评判标准(试行)[J]. 基础医学与临床, 2001, 21(增刊): 112.
- [4] 吴阶平, 裘法祖, 黄家驷. 外科学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 1992: 1075.
- [5] 刘凤林, 秦新裕. 根治性胃大部分切除术后胃瘫综合征的回顾性研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2005, 5(4): 245.
- [6] 胡灏, 苏永权, 卢广明. 中西医结合治疗腹部非胃手术

(下转第 101 页)

- 体构建理念及基本组织架构[J]. 中国普外基础与临床杂志,2007,14(3):399-403.
- [4] 朱咏梅,江丽屏. 门诊随访腹膜透析患者对护理需求的调查分析[J]. 国际医药卫生导报,2009,12(23):110-112.
- [5] 刘加林,陈晨,梁传余,等. 临床随访模式的探讨[J]. 医学与哲学,2005,12(26):59-60.
- [6] 翁子毅,杨明,杜鹃,等. 不同年龄组结直肠癌的临床病理特点[J]. 实用医学杂志,2009,25(17):2897-2899.
- [7] 姜风华,刘理慧,姜光红. 电话随访在中青年冠心病患者遵医行为中的作用[J]. 齐鲁护理杂志,2009,21(15):16-19.
- [8] 杨宏志,张传珉,张涌泉,等. 青年人结直肠癌71例临床分析[J]. 结直肠肛门外科,2009,6(15):398-404.
- [9] 杜毅,孟凡红. 男性更年期综合征治疗概况[J]. 光明中医,2011,4(26):849-852.
- [10] 宁小红,王毓洲,应红艳,等. 肿瘤生存者随访模式和数据管理的初步探讨[J]. 癌症进展,2010,(3):54-59.

(2012-04-14 收稿)

(上接第97页)

- 后胃瘫14例[J]. 中医药导报,2008,14(7):69-70.
- [7] 孙启龙,吴清,孙保德,等. 非胃手术后胃瘫6例临床分析[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(8):468-470.
- [8] 阎晟玺,杨金国,王刚,等. 止酸方对反流性食管炎体表胃电图的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(27):4264-4265.
- [9] 鲁海婷,姜伟青,彭保国. 和胃通降合剂治疗腹部手术后胃瘫30例[J]. 陕西中医,2009,30(1):43-44.
- [10] 毛秉豫,黄国锋. 健脾理气中药对功能性消化不良患者胃肠动力及血浆胃动素作用的研究[J]. 新中医,2003,(5):31-33.
- [11] 郭晓军,冯继光,胡克杰,等. 鸡内金降脂、抗凝及改善血液流变学作用的实验研究[J]. 中医药信息,2000,17(4):68.
- [12] 李晶,刘亚娴,李英,等. 加减麦冬汤对食管癌、贲门癌术后患者胃排空的影响[J]. 河北医科大学学报,2002,23(4):233.
- [13] 田爱平. 半夏泻心汤加减方治疗肿瘤术后胃瘫的随机对照临床研究[J]. 癌症进展,2010,8(4):401-403.
- [14] 杨文秀,金正根,许文晓. 大承气汤和大黄对豚鼠结肠平滑肌电活动的影响[J]. 中国中西医结合杂志,1993,13(1):34-36.

(2012-05-10 收稿)