

· 临床报道 ·

腹部手术后胃瘫综合征的中西医结合疗效观察

府剑英 熊佩华 梁 瑾

术后胃瘫综合征 (postsurgical gastroparesis syndrome, PGS) 是指腹部手术后继发的以胃排空障碍为主要特征的胃动力紊乱综合征。胃流出道及其远端无机械性梗阻是诊断 PGS 的必要条件。PGS 是腹部手术后常见的早期并发症,多见于胃大部切除术后,也见于其他腹部非涉胃性手术。PGS 一旦发生,症状顽固,持续时间长,并发症多。本研究采用中西医结合治疗术后胃瘫 41 例,疗效较好,总结如下。

资料与方法

1 诊断标准 PGS 诊断参考《术后胃瘫的诊断与治疗》^[1]: (1) 经一项或多项检查提示胃流出道无机械性梗阻; (2) 胃引流量 >800 mL/天,持续时间超过 10 天; (3) 无明显水、电解质及酸碱平衡紊乱; (4) 无引起 PGS 的基础疾病,如糖尿病、结缔组织病等; (5) 无应用影响平滑肌收缩的药物。

2 纳入及排除标准 纳入标准:符合诊断标准;签署知情同意书。排除标准:存在消化道梗阻因素。

3 一般资料 选择 2010 年—2011 年苏州大学附属第一医院 PGS 患者 41 例,其中男 27 例,女 14 例,年龄 44 ~ 80 岁,平均 61.2 岁。涉胃手术 28 例,其他腹部手术 13 例。涉胃手术中近端胃根治术 4 例,其中 1 例胸腹联合切口;远端胃根治术 20 例,其中 Billroth II 式吻合 19 例;球溃穿孔修补手术 2 例;Whipple 手术切除部分胃及十二指肠 2 例。非涉胃手术中,胆囊切除术 + T 管引流术 4 例,其中 1 例 + 胆管切开取石;结肠癌根治性手术 2 例,其中 1 例 + 肝楔形切除术;胃底贲门周围血管离断术 + 脾切除术 2 例;直肠癌 Dixon 手术 2 例;空肠远端间质瘤手术 1 例;卵巢肿瘤行盆腔清扫术 2 例。按抽签法分为对照组 (18 例) 和治疗组 (23 例)。对照组 18 例,男 12 例,女 6 例,年龄 44 ~ 80 岁,平均 (62.2 ± 4.2) 岁,涉胃手术 12 例,其他腹部手术 6 例。治疗组 23 例,男 15 例,女

8 例,年龄 46 ~ 79 岁,平均 (64.5 ± 7.1) 岁,涉胃手术 16 例,其他腹部手术 7 例。两组性别、年龄、手术情况比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 治疗方法 所有病例均在术后 8 ~ 10 天 PGS 发生后开始治疗直至症状缓解。对照组: (1) 严格禁食禁饮; (2) 出现症状后立即重插胃管,持续胃肠减压,记录胃管引流量; (3) 给予必要的心理鼓励消除过度的紧张焦虑; (4) 以 3% 温盐水洗胃,每日 2 次; (5) 静脉营养支持,补充足够的热量、蛋白质、维生素、氨基酸和微量元素,预防水电解质平衡紊乱。PGS 持续 1 周不能恢复者,加置十二指肠空肠营养管,顶端需置于胃肠吻合段远端或空肠内固定,过渡至肠道内全营养补充; (6) 胃动力药:如莫沙必利 5 ~ 10 mg,每天 3 次。

治疗组:在对照组相同治疗方法的基础上,加用中药煎剂胃内保留法。基本方:生大黄 10 g,枳壳 30 g,枳实 30 g,三棱 30 g,莪术 30 g,生甘草 20 g。化裁:吻合口充血水肿明显加黄连、芍药;胃引流量大者加用猪苓、桂枝;胃液隐血试验阳性生大黄加倍剂量;胃液呈草绿色胆汁样加郁金、金钱草;舌苔垢腻厚浊加苍术、厚朴。中药每天 1 剂,每剂浓煎 200 mL $\times 2$ 袋,温盐水洗胃毕,以中药 1 袋自胃管内注入后,夹闭胃管,保留 2 h 以上。留胃时间以患者无明显腹胀为度,逐渐延长至 4 h,再负压引出,每日 2 次。一般 5 ~ 7 天后中药回引流逐渐减少至无。

5 观察指标及方法 (1) 拔除胃管时间:当胃肠减压管每昼夜引流量低于 100 mL,或出现饥饿感,自胃管内注入半流质饮食后夹管 4 h 无回流,判断胃排空已初步恢复,胃内压力减少,可拔除胃管,逐步过渡为进食半流质 - 软食,撤除空肠营养管。(2) 确认 PGS 恢复:拔除胃管后观察 3 ~ 5 天,当进食固体食物后,腹胀呕吐无反复,可确认 PGS 已痊愈。

6 统计学方法 所有数据应用 SPSS 13.0 软件进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,统计学分析采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

两组胃液引流量 <100 mL/时间、拔除胃管时间,

作者单位:苏州大学附属第一医院中西医结合科(江苏苏州 215006)

通讯作者:熊佩华, Tel:13962197588 E-mail:xiongpeihua2003@medmail.com.cn

DOI: 10. 7661/CJIM. 2013. 12. 1708

确认 PGS 恢复时间比较(表 1) 41 例经治疗后在发生 PGS 后 12~41 天恢复胃动力,治愈率 100%。治疗组各指标较对照组降低($P < 0.05$),治愈恢复时间更短。

表 1 两组胃液引流量 < 100 mL/时间、拔除胃管时间及确认 PGS 恢复时间比较 (天, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃液引流量 < 100 mL 时间	拔除胃管 时间	确认 PGS 恢复时间
对照	18	17.1 ± 2.5	21.8 ± 5.8	27.4 ± 7.5
治疗	23	$9.2 \pm 3.7^*$	$10.3 \pm 2.4^*$	$15.1 \pm 3.5^*$

注:与对照组比较, $*P < 0.05$

讨 论

PGS 近年来有逐渐增多的趋势,可能与临床医生重视了该病的预防与保守治疗有关,其发病率在 1.2%~10.2%^[1-3]。PGS 的病因和确切的发病机制尚不清楚,有研究认为:高龄、术前存在幽门梗阻、腹部手术时间 > 4 h、Billroth II 式吻合远端胃癌根治术、精神紧张、合并有糖尿病、低蛋白血症等均是 PGS 发生的高危因素^[2,4],涉胃手术 PGS 发生率显著高于非涉胃手术^[5]。外科手术通过多种途径激活了抑制性交感神经反射系统,使胃肠交感神经活性增强,通过抑制胃肠神经丛的兴奋神经元,抑制胃动力,还通过交感神经末梢释放儿茶酚胺直接与胃平滑肌细胞膜上的 α 和 β 受体结合来抑制平滑肌细胞收缩,这一神经因素被认为是产生 PGS 的主要原因^[6];手术中迷走神经的损伤、离断,直接影响了胃近端张力性收缩,减弱了胃窦部研磨食糜的蠕动性收缩,引起固体胃物滞留和排空延迟,这可能也是胃底贲门周围血管离断术等易于发生 PGS 的原因;许多胃肠肽类激素(如胃泌素、胰泌素、生长抑素、神经降压素、胆囊收缩素、胰高糖素、前列腺素等)均可对胃肠运动起调节作用,如胃泌素主要来自胃窦和十二指肠黏膜的 G 细胞,有强力的促胃肠运动作用和刺激胃酸分泌,胃窦切除后这种作用的平衡被打破,胃肠肽类激素水平的术后紊乱在 PGS 发病中可能有一定作用,胃动素受体激动剂-红霉素使胃轻瘫患者延迟的胃排空增快佐证了这一点。胃电节律紊乱被认为是 PGS 发生后的又一重要病因^[7],手术损伤、缺氧、麻醉降低了自然的胃电频率,使得异位胃电起搏点的存在和控制成为可能,如胃大部切除范围包含胃起搏点区域部分或全部,则对胃动力影响更加明显,因而有报道使用胃电起搏治疗 PGS,显示有一定效果^[8]。

关于 PGS 的诊断国内外尚未形成统一的诊断标

准,国内多参照复旦大学中山医院的诊断标准^[1]。同位素-99mTc 的标记餐胃排空测定被认为是诊断 PGS 的金标准,双核素标记餐可同时测定固相和液相胃排空,无创可定量可重复,但缺点是价格昂贵。本研究通过典型的临床表现,无止痛剂、麻醉药等药物影响,无肠梗阻,经胃镜及上消化道造影除外胃输出样机械性梗阻,见到排空延迟现象而确诊。

PGS 属于中医“痞证”范畴,中医学认为腹部手术后,陈淤留滞,气血受损,中焦气机郁结,脾胃升降失常,因虚而实,气滞血郁,是本病的主要发病机理,病变部位在胃腑,而“六腑以通为用”,治以行气通腑泄浊,理气以通滞郁之阻隔,通瘀以重建中州之气机升降。本试验采用方剂为本科室经验方,方中生大黄具有泄下降气、泻浊通瘀之功;枳实、枳壳善行肠胃之气滞,动物实验已证实枳实可促进胃排空^[9];三棱、莪术活血清热、祛瘀生新;甘草和胃建中。诸药合用可促进胃内瘀陈的祛除,重建胃内环境,直接兴奋胃平滑肌,加速胃蠕动和排空功能的快速恢复。

PGS 一旦发生,往往持续很长时间,长时间禁食和持续胃肠减压,增加了患者的焦躁和痛苦,严重干扰了手术后的复原进程,延长了住院时间,由此导致的营养不良,水电酸碱平衡紊乱的增多进一步影响了患者的康复。耐心的治疗和细致的护理很重要,胃肠减压应充分,过早拔管和进食会使患者症状再度加重,应尽快建立和接受肠内全营养治疗,肠内营养治疗者明显比肠外营养支持治疗者胃动力的恢复时间要快,肠内营养可以维持肠道黏膜结构和功能的完整,刺激消化道激素的分泌和调整,促进胃蠕动恢复^[10]。

本研究表明,中西医结合治疗具有明显的优势,加用中药灌胃保留的治疗组较对照组的 PGS 恢复时间显著加快($P < 0.05$),方法简便易用,价格低廉,无副作用,值得临床推广。

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] 闫保功. 术后胃瘫综合征的危险因素分析[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(3): 35.
- [3] 王东,谭广,巩鹏,等.胃大部切除术后胃瘫综合征的治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(2): 157-159.
- [4] 张鸣杰,张国雷,袁文斌.胃大部切除术后胃瘫综合征的临床危险因素分析[J]. 临床外科杂志, 2007, 15(10): 683-684.
- [5] 陈生贵,黄琼芳,张福鑫,等.中药预防腹部手术后胃瘫[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2010, 16(1): 53-54.

- [6] 秦新裕. 胃十二指肠溃疡外科治疗不同术式与胃肠动力的关系[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(1): 59-60.
- [7] 史俊涛, 邹游, 童宜欣, 等. 术后胃瘫的诊断与治疗[J]. 神经损伤与功能重建, 2008, 3(3): 206.
- [8] Lin Z, Forster J, Sarosiek I, et al. Effect of high frequency gastric electric stimulation on gastric myoelectric activity in gastroparesis patients [J].

Neturogastroenterol Motil, 2004, 16(3): 205-212.

- [9] 林江, 唐静芬, 蔡淦. 枳实消痞丸对大鼠胃排空影响的实验研究[J]. 中华消化杂志, 1999, 19(1): 45-47.
- [10] 黎介寿. 肠内营养 - 外科临床营养支持的首选途径[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(2): 67.

(收稿: 2012-08-17 修回: 2013-07-03)

抗炎通管汤、康妇消炎栓联合再通抗粘连药物治疗 输卵管通而不畅不孕症患者疗效观察

姜云清

输卵管阻塞是导致女性不孕的一个主要原因, 其中输卵管不完全性阻塞是最常见类型, 约占女性不孕原因的 20%~40%^[1]。治疗输卵管因素不孕的方法很多, 目前常用的有宫腔腹腔镜联合手术、COOK 导丝介入治疗等, 对通而不畅的输卵管, 浙江省江山市妇幼保健院进行无创治疗, 疗效满意, 现报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 输卵管通而不畅不孕症诊断标准^[2]: (1) 婚后夫妻同房, 性生活正常; (2) 男方精液常规检查无异常; (3) 未避孕 2 年未受孕; (4) 月经结束后 3~7 天行子宫输卵管泛影葡胺造影证实为两侧输卵管通而不畅或一侧输卵管通而不畅; (5) 月经规律, 有排卵。

2 纳入及排除标准 纳入标准: 符合诊断标准; 患者自愿并签署知情同意书; 患者能耐受通液造影术。排除标准: (1) 生殖系统先天缺陷或畸形; (2) 遗传、内分泌功能异常或免疫因素至不孕; (3) 生殖器、盆腔急性炎症或结核; (4) 输卵管阻塞; (5) 肿瘤; (6) 造影剂过敏; (7) 严重心、肺、肝、肾和造血系统疾病; (8) 精神病。

3 一般资料 121 例均为 2010 年 1 月—2012 年 5 月江山市妇幼保健院妇产科门诊两侧或一侧输卵管通而不畅不孕症患者, 区组随机化分为中西医结合治疗组(治疗组, 63 例)和期待疗法对照组(对照组, 58

例), 两组一般资料比较(表 1), 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 治疗方法 两组患者均采用西医治疗, 在第 1 个月月经结束后 3~7 天经阴道子宫输卵管再通抗粘连药物(庆大霉素 8 万 U, 浙江瑞新药业股份有限公司, 生产批号: 20100310; 糜蛋白酶 4000 IU, 上海第一生化药业有限公司, 生产批号: 1012237; 地塞米松 10 mg, 天津药业集团新郑股份有限公司, 生产批号: 1004213; 溶于 20 mL 生理盐水中) 1 次。术后第 2 个月连续 B 超监测排卵, 卵泡成熟时(卵泡直径 ≥ 18 mm)指导同房时间, 同房后 48~72 h B 超确认排卵。

治疗组造影经血干净后即可结合中医治疗, 每晚睡前将康妇消炎栓(含猪胆粉、苦参、蒲公英、地丁、穿心莲、败酱草、芦荟等成分, 2.8 g, 葵花药业集团伊春有限公司, 生产批号: 101026,) 1 枚置入直肠达 7~10 cm 处, 经期停用, 连用 15 天, 1 个月经周期为 1 个疗程, 共用 2 个月经周期。同时服用抗炎通管汤(方药组成: 大血藤 20 g 土茯苓 12 g 忍冬藤 20 g 薏苡仁 12 g 败酱草 15 g 穿山甲 6 g 蒲公英 15 g 路路通 15 g 丹参 15 g 炒杜仲 20 g 地龙 12 g 红藤、巴戟天、制香附、山茱萸、桂枝、甘草各 10 g, 由本院中药房煎制, 水煎至 200 mL, 每日分 2 次于早晚口服, 连用 15 天), 可随症加减, 在每次月经结束后服用。1 个月经周期为 1 个疗程, 治疗 1~6 个疗程, 确定妊娠后停药。

5 观察指标及方法 从监测排卵月开始随访, 连续追踪半年。观察患者治疗后妊娠情况: (1) 宫内妊娠: 血 β -HCG 升高, B 超见宫内妊娠囊; (2) 异位妊娠:

基金项目: 江山市科技计划项目[No. 江科综(2011)46 号]

作者单位: 浙江省江山市妇幼保健院妇产科(浙江江山 324100)

Tel: 0570-4026570, E-mail: fbyjq@126.com

DOI: 10.7661/CJIM.2013.12.1710