

引用:邹利艳. 旋覆代赭汤联合针刺治疗胃癌术后胃瘫综合征 31 例[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(4): 52-54.

旋覆代赭汤联合针刺 治疗胃癌术后胃瘫综合征 31 例

邹利艳

(沁阳市中医院, 河南 沁阳, 454550)

[摘要] 目的:观察旋覆代赭汤联合针刺治疗胃癌术后胃瘫综合征的临床效果。方法:将 62 例胃癌术后胃瘫综合征患者随机分为 2 组, 每组各 31 例。2 组患者均进行基础治疗, 包括抗感染、纠正水电解质平衡、胃肠减压等。在此基础上, 对照组采用西医常规治疗, 治疗组采用旋覆代赭汤联合针刺治疗。对比 2 组综合疗效及中医症状积分。结果:治疗组和对照组的总有效率分别为 96.77% (30/31) 和 80.65% (25/31), 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组中医症状积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:旋覆代赭汤联合针刺治疗胃癌术后胃瘫综合征获得理想临床效果, 症状消退, 胃功能得到改善。

[关键词] 胃癌; 胃瘫综合征; 旋覆代赭汤; 针刺疗法

[中图分类号] R259.739 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.04.021

随着胃癌患病人数的增长, 该病已经成为严重危害人类生命健康的疾病。胃癌早期患者可以实施手术治疗, 但是手术刺激会增强胃肠交感神经活动,

约有 0.4% ~ 5.0% 的患者术后患上胃瘫综合征^[1]。该病的表现主要是由胃非机械性梗阻所造成的胃排空障碍、胃肠蠕动减弱等, 部分患者会持续较长

作者简介: 邹利艳, 女, 主治医师, 研究方向: 中医肿瘤学

升高, 在肝硬化形成腹水的过程中有重要影响^[3-4]。中医学根据本病的临床表现, 将其归为“臌胀”范畴。本病主要涉及肝、脾、肾三脏, 体内气机疏泄失常、开阖失度, 导致气血瘀阻, 水气停滞, 最后形成本虚标实之臌胀。治疗以调畅气机、活血利水为法。

刘渡舟曾论述半夏泻心汤:“半夏与干姜, 辛开而温可散脾气之寒; 黄芩与黄连, 苦泻而寒可降胃气之热; 人参、甘草、大枣甘温, 和脾胃、补中气, 使中焦升降功能恢复”^[5]。本方中半夏、干姜辛开; 少量黄芩苦寒而下; 将人参换为黄芪, 与大枣健脾益气兼利水; 因甘草会使水钠潴留, 故不用; 泽泻、茯苓、白术健脾利水; 猪苓、川芎活血、利水; 诸药配合, 调畅气机、调和脾胃、利水活血。黄芪可促进血清和肝脏蛋白质的更新, 有明显的保肝、利尿作用; 白术能保肝、利胆、利尿; 猪苓、茯苓、泽泻均具有利水、保肝、护肝作用^[6]。逐水膏方中均为峻下逐水药, 口服必然伤及正气, 遂可峻药缓图。而肚脐位于腹部正中, 通过各经脉与各器官紧密相联, 中药贴敷可使药物通过皮肤进入血循环, 调节机体各

系统, 改善脏器功能达到治疗目的。穴位敷贴则外治能减轻腹水, 逐水膏贴敷神阙穴, 使药物缓慢吸收, 有效发挥通利二便的作用。

本研究结果显示, 口服半夏泻心汤加味联合神阙穴贴敷逐水膏可有效减少腹水量, 改善肝功能, 减少并发症, 提高肝硬化腹水患者的生活质量, 延长患者的生存期, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 中华中医药学会脾胃病分会. 肝硬化腹水中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3065-3068.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2011年, 海南)[J]. 北京中医药, 2012, 31(11): 868-872.
- [3] 邹波, 张鑫垚. 一氧化氮和内毒素水平在肝硬化合并肝肾综合征中的作用研究[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(3): 526-527.
- [4] 张艳, 雷鸣, 孙庆芳. 肝硬化患者血浆内毒素、内皮素-1 和一氧化氮水平变化及相关性研究[J]. 国际检验医学杂志, 2012, 33(21): 2572-2575.
- [5] 王惠英, 曹圣荣. 半夏泻心汤方证探微[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(9): 76-77.
- [6] 李淋, 黄文权, 唐令. 五皮饮合柴胡疏肝散加减化裁治疗肝硬化腹水的临床疗效[J]. 中国药物经济学, 2014, 9(S1): 91-92.

(收稿日期: 2019-06-11)

时间,给健康带来损伤的同时,还会降低生活质量。临床上常通过胃肠减压、促进胃肠运动等方式来改善病症,但是见效较慢、容易复发。笔者采用旋覆代赭汤联合针刺治疗胃癌术后胃瘫综合征 31 例,取得显效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2018 年 2 月至 2019 年 2 月期间收治的胃癌术后胃瘫患者 62 例,将其随机分为 2 组,每组各 31 例。治疗组中,男 16 例,女 15 例;年龄 49~82 岁,平均(65.67±7.14)岁;胃癌术毕 I 式吻合 12 例,胃癌术毕 II 式吻合 19 例。对照组中,男 17 例,女 14 例;年龄 47~81 岁,平均(64.82±7.56)岁;胃癌术毕 I 式吻合 13 例,胃癌术毕 II 式吻合 18 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 符合《术后胃瘫的诊断与治疗》^[2]中的诊断标准。术后 1 周末恢复胃肠蠕动功能,或是胃癌术后已恢复肛门排气、拔除胃管,在进食流质或半流质食物后,有上腹饱胀、呕吐、恶心等胃潴留表现;术后未使用吗啡、山莨菪碱、阿托品等影响胃平滑肌收缩的药物;胃镜检吻合口大小正常,胃流出道不存在机械性梗阻;超过 7 d,胃引流量每天>800 ml。

1.3 纳入标准 1)符合胃瘫的诊断标准;2)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)意识模糊;2)合并神经系统疾病、严重心脑血管疾病、甲状腺功能减退、糖尿病;3)出现酸碱平衡、水电解质紊乱等情况;4)对研究所用药物或治疗方法不耐受。

2 治疗方法

所有患者均进行基础治疗,包括抗感染、纠正水电解质平衡、胃肠减压等。

2.1 治疗组 采用旋覆代赭汤联合针刺治疗。旋覆代赭汤:旋覆花 10 g,代赭石 30 g,泽兰 10 g,厚朴 5 g,炙甘草 5 g,砂仁 5 g,佩兰 10 g,大枣 10 g,法半夏 9 g,党参 10 g。泛酸者,加用瓦楞子 20 g、海螵蛸 20 g;恶心者,加用姜半夏 9 g、陈皮 9 g;呃逆者,加用柿蒂 5 g、丁香 5 g;胃痛者,加用九香虫 10 g、延胡索 30 g。合并阳虚者,加用炮附子 9 g、桂枝 5 g;合并肝郁者,加用郁金 10 g、柴胡 10 g;合并血瘀者,加用莪术 9 g、三七 3 g、丹参 10 g;合并血虚者,加用鸡

血藤 30 g、当归 10 g。舌红脉虚、久病体弱者,加竹茹 5 g、陈皮 10 g;苔黄腻者,加用黄连 5 g、黄芩 5 g;苔白腻者,加用藿香 10 g。诸药加清水煎煮至 200 ml,每次抽取 60 ml 经胃管注入,每天 3 次,连续 4 周。针刺治疗:穴位包括下巨虚、上巨虚、足三里、内关、关元、气海、上脘、中脘、下脘,施针后采用平补平泻手法,留针 30 min,每周 5 次。

2.2 对照组 采用西医常规治疗。西沙必利片(山东齐康药业有限公司,批准文号:国药准字 H20050853,规格:5 mg/片),每 6~8 h 胃管注入 10 mg,同时静脉滴注红霉素(陕西君寿堂制药有限公司,批准文号:国药准字 H61023223,规格:250 mg/瓶),每次 250 mg。另采用抗感染、纠正水电解质平衡、胃肠减压等对症支持治疗。

2 组均治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)2 组中医症状积分。分别记录 2 组患者治疗前后的中医症状积分,症状包括小便黄赤、大便干结、口苦、呃逆、呕吐、恶心、腹部胀满,症状消失为 0 分、轻度为 1 分、中度为 2 分、重度为 3 分,症状积分为每个症状积分之和。

3.2 疗效标准 参照文献^[3]拟定。显效:无呕吐、恶心、腹胀等症状,可以进食流质或半流质食物;有效:症状有所缓解,偶有反复;无效:症状无明显改善或恶化。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析,以率(%)和均数±标准差($\bar{x} \pm s$)分别表示计数资料和计量资料,分别采用 χ^2 和 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组达 96.77%,高于对照组的 80.65%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	18(58.06)	12(38.71)	1(3.23)	30(96.77) ^a
对照组	31	15(48.39)	10(32.26)	6(19.35)	25(80.65)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后中医症状积分比较 2 组中医症状积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,

差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	症状积分
治疗组	31	治疗前	18.13 ± 8.27
		治疗后	9.54 ± 6.68 ^{ab}
对照组	31	治疗前	18.24 ± 8.53
		治疗后	13.65 ± 7.04 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

胃瘫发生于胃大部分切除的患者,由于胃肠延迟排空,而导致患者常表现出恶心、腹痛、胃肠气、饱腹感等症状。该病的产生与术后腹腔感染、精神状态、术后禁食等相关,西医治疗主要采用肠外营养支持、纠正水电解质平衡和低蛋白血症、胃肠减压等对症治疗,以及西沙必利和红霉素注入胃管内治疗,以缓解病症。但是西医治疗存在一定毒副作用,且治疗费用相对较高,增添患者经济负担。近些年来中医二联疗法备受关注,特别是中药汤剂和针刺联合治疗,不仅操作方便、效果显著,而且安全性高、费用低廉。

胃瘫综合征在中医学中属于“痞满”“胃缓”等范畴,是由于腹部手术损伤脾胃,导致胃不降浊、脾不升清、气滞血瘀或痰浊内生,中焦阻滞则则浊气内滞、腑气不通。中医学认为该病的病位在胃,与脾密切相关。病机为气机阻滞、胃失和降,治疗当以健脾益胃、导滞消痞、促胃通降为主。

旋覆代赈汤是治疗胃虚气逆痞证的常用方,具有下气化痰、和胃降逆的功效。方中君药为旋覆花和代赈石,前者降气止呕、消痰行水,后者重镇降逆、驱浊下冲、止呕、解郁烦;臣药为半夏,降逆祛痰,合生姜和胃降逆、温阳化痰;辅药以党参益气健脾,与大枣、甘草合用益气和胃;砂仁醒脾开胃;厚朴消除胀满;泽兰祛瘀消痞;佩兰醒脾开胃。诸药合用,共奏健脾和胃、理气除胀之效。现代药理学研究发现,藿香、厚朴能加速胃肠道平滑肌收缩,加快十二指肠、胃部排空;半夏能调节分泌胃肠激素,改善胃液滞留症状^[4]。另外,该方能对胆碱能系统进行调节,还能对阿托品造成的胃底容受性舒张起到拮抗作用,能改善因副交感神经功能障碍所致的胃动力减弱情况,是促进胃癌术后胃瘫恢复的有效

药物^[5]。

针刺治疗选取脾胃相关穴位,其中足三里为胃经穴位,针刺该穴能通络止痛、消腹胀、理气血、健脾运;中脘是胃之募穴,针刺该穴能促进胃肠消化水谷、调理中焦、升清降浊、温通腑气;上脘、中脘、下脘3个穴位相互协助,能调理胃肠吸收水谷、腐熟、受纳;中脘与气海相配能升阳补气;足三里、中脘与内关相配,能调理气机、升清降浊。

此次研究结果显示,总有效率治疗组为96.77%,高于对照组的80.65%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。另外,2组治疗后中医症状积分均降低,治疗组降低幅度大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。由此可知,旋覆代赈汤合针刺治疗与单纯西药治疗比较,能让患者更快减轻呕吐、恶心、腹胀等症状,缩短胃瘫缓解时间,恢复胃肠功能,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 张晶晶,徐钧,董永红.根治性远端胃切除术后发生胃瘫综合征危险因素的研究进展[J].肿瘤研究与临床,2018,30(5):351.
- [2] 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.
- [3] 张强,侯栋升,姚立彬,等.胃癌患者根治性远端胃大部切除术后胃瘫综合征的相关因素及治疗方案[J].实用临床医药杂志,2018,22(7):53-56.
- [4] 郭金伟,葛惠男.半夏泻心汤合旋覆代赈汤治疗反流性食管炎临床观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(2):187-189.
- [5] 李运峰,卢华峰,张德丽.加味旋覆代赈汤对反流性食管炎的有效性及其临床安全性的研究[J].世界中医药,2017,12(8):119-122.

(收稿日期:2019-04-25)

声 明

为适应我国信息化建设,扩大本刊及作者知识信息交流渠道,本刊已许可多家网络媒体和数据库以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文,其作者文章著作权使用费已采取版面费适当折减与赠送样刊两种形式给付。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明;如作者不同意文章被收录,请在来稿时向本刊声明,本刊将作适当处理。