

# 半夏泻心汤治疗胃癌术后胃轻瘫综合征 32 例疗效观察

周益萍

金坛市中医医院肿瘤科, 江苏 金坛 213200

**[摘要]** 目的: 观察半夏泻心汤治疗胃癌术后胃轻瘫综合征的临床疗效。方法: 将 32 例患者随机分为 2 组各 16 例, 在常规治疗基础上, 治疗组从胃管注入半夏泻心汤 30 mL, 每天 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, 每天 3 次。观察临床疗效。结果: 总有效率治疗组 100.0%, 对照组 75.0%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 半夏泻心汤治疗胃癌术后胃轻瘫综合征的疗效确切。

**[关键词]** 胃轻瘫综合征; 胃癌术后; 半夏泻心汤; 灌胃

**[中图分类号]** R573.9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0154-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.075

胃轻瘫综合征(Gastroparesis Syndrome)是指以胃排空延缓为特征的临床症状群, 主要表现为早饱, 餐后上腹胀、恶心、发作性干呕、呕吐、体重减轻等, 又称胃麻痹、胃无力等。术后胃轻瘫综合征(postoperative gastroparesis syndrome, PGS)称残胃功能排空障碍, 是指腹部手术后继发出现的非机械性梗阻因素引起的以胃排空障碍为主要表现的胃动力紊乱综合征, 是腹部手术尤其是远端胃大部分切除术后常见的并发症之一。笔者应用半夏泻心汤经胃管注入治疗胃癌术后发生胃轻瘫综合征, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 目前关于胃轻瘫的诊断标准尚不统一, 参考近年文献<sup>[1]</sup>报告, 比较公认的标准为: 经 1 项或多项检查提示无胃流出道机械性梗阻, 无明显酸碱和水电解质失衡; 胃肠减压引流量  $\geq 800$  mL/d, 持续时间超过 10 天; 无明显水电解质平衡失调; 无引起胃轻瘫的基础疾病, 如糖尿病、结缔组织病、甲状腺机能减退等; 未应用吗啡等影响平滑肌收缩的药物。

**1.2 一般资料** 观察病例均为本科住院患者, 术前均经纤维胃镜及病理活检明确诊断; 手术方式为根治性远端或近端胃大部切除术及全胃切除术, 术后出现胃轻瘫综合征, 共 32 例。随机分为 2 组各 16 例。治疗组男 10 例, 女 6 例; 年龄 32~73 岁, 平均 57.5 岁。对照组男 8 例, 女 8 例; 年龄 38~76 岁, 平均 58.1 岁。2 组一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 一般治疗** 2 组患者均给予一般治疗, 包括: 心理疏

导, 消除患者心理紧张情绪, 克服心理恐惧; 禁食、持续胃肠减压, 应用 3% 高渗盐水 200 mL 加地塞米松 10 mg 洗胃, 每天 1~2 次, 以减轻胃壁及吻合口水肿; 营养支持, 维持水、电解质及酸碱平衡。2 组疗程均为 7 天, 疗程后评定疗效。

**2.2 治疗组** 给予半夏泻心汤加减治疗。处方: 半夏、黄芩、党参各 10 g, 干姜 6 g, 黄连、炙甘草各 3 g, 大枣 4 枚。每天 1 剂, 由本院自动煎药包装机浓煎至 100 mL, 抽空胃管后分 3 次从鼻肠营养管或胃管注入, 每次 30 mL 左右, 夹管 2 h 后再开放胃管引流。加减法: 腹胀痛者加白芍、佛手各 10 g; 伴胃气上逆者加旋复花(包煎)、竹茹各 10 g; 夹湿浊者加白豆蔻 12 g, 苍术 10 g; 胃脘灼热、口干甚者加石斛 10 g, 蒲公英 30 g; 热重者重用黄连、黄芩; 寒重者重用干姜; 血瘀者加蒲黄、延胡索各 10 g; 痰凝者加枳实、白术各 10 g; 泛酸者乌贼骨 20 g, 白及 10 g。

**2.3 对照组** 从胃管注入生理盐水 30 mL 和多潘立酮粉末 10 mg, 每天 3 次。

## 3 统计学方法

数据使用 SPSS 软件包进行统计分析, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参考相关文献标准<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。

**[收稿日期]** 2014-06-23

**[作者简介]** 周益萍 (1971-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 中西医结合治疗恶性肿瘤。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 100%，对照组为 75.0%，2 组比较，差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	16	12(75.0)	4(25.0)	0	100
对照组	16	6(37.5)	6(37.5)	4(25.0)	75.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

## 5 讨论

在现代医学研究中, 胃轻瘫的发病机制尚未完全明确, 可能与胃壁肌肉、自主神经功能、体液异常有关。目前主要因素归纳如下: 胃大弯胃体中部的起搏点部分或全部丧失, 使残胃不能产生有效的基础电节律和收缩波。手术激活抑制性交感神经反射系统, 抑制胃肠神经丛的兴奋神经元, 从而抑制胃动力; 另一方面, 可以通过由交感神经末梢释放的儿茶酚胺作用于胃平滑肌细胞膜, 抑制其收缩。胃癌根治手术时间长、创伤大, 手术切除胃窦幽门, 使胃张力和蠕动减弱。手术中迷走神经受到损伤, 影响胃肠动力或者由于损伤了胃的完整性, 导致胃排空能力出现障碍; 胃及肠道等器官解剖结构发生变化, 消化道重建方式影响正常生理功能; 手术后胃肠道不能正常分泌激素, 或者调节紊乱, 从而影响胃肠动力; 恶性肿瘤、吻合口水肿、精神紧张、饮食改变、营养失调、机体代谢紊乱及变态反应等因素, 也是可能导致本病的发生。现代医学治疗一般给予促胃动力药物, 如: 外周多巴胺受体阻滞剂, 其代表药物为多潘立酮(吗丁啉), 直接作用于胃肠壁, 增强胃蠕动, 促进胃排空, 协调胃与十二指肠运动。5-羟色胺(5-HT)受体激动剂, 代表药物为西沙必利, 能促进平滑肌强烈收缩, 增加胃、十二指肠的收缩性和协调运动, 减少十二指肠胃反流。大环内酯类药, 代表药物为红霉素, 具有胃动素受体激动剂的作用。

中医学认为, 胃轻瘫综合征属于胃痞、胃脘痛、痞满等范畴。消化系统手术后, 脾胃易受到损伤, 脾失健运, 胃失和降, 传导失司, 升降失调, 清阳不升, 浊气上逆, 中焦受阻, 腑气不通, 以致出现食欲不振、消化不良、吸收差、腹部胀满、恶心和呕吐等症。所以, 本病病位在胃脘, 病变脏腑在脾胃, 以中焦气机不利, 脾胃升降失职为基本病机。六腑以通为用, 胃气以下降为顺。治宜开结除痞、行气导滞。半夏泻心汤

出自《伤寒论》, 由半夏、黄芩、干姜、人参、甘草、黄连、大枣等组成。方中黄芩、黄连苦寒降泄以除热; 干姜、半夏辛温开结以散寒; 人参、大枣、甘草甘温益气以补虚。诸药相配, 寒热并用, 苦降辛开, 补气和胃, 共奏和胃降逆, 开结除痞之效。现代中药药理研究显示, 半夏水煎醇能减少胃液分泌, 降低胃液游离酸度和总酸度, 抑制胃蛋白酶原活性, 保护胃黏膜, 促进胃黏膜修复及抗肿瘤等<sup>[3]</sup>。干姜醇提物经化学分离得姜酚和挥发油 2 种成分, 姜酚可通过激动 M、H<sub>1</sub> 受体而发挥收缩肠管效应, 但对 Ach、组胺无拮抗作用。挥发油对 M、H<sub>1</sub> 受体无激动作用, 却能非竞争性地拮抗 Ach 和组胺对 M、H<sub>1</sub> 受体的激动效应; 干姜醇提物复杂的药理作用系由姜酚和挥发油相互协调、共同作用所致。故干姜醇提物表现类似受体部分激动作用, 即它既可激动 M、H<sub>1</sub> 受体, 又可拮抗 Ach 和组胺对 M、H<sub>1</sub> 受体的激动作用<sup>[4]</sup>。黄连、黄芩能显著增加胃肠平滑肌蠕动及抗菌、抗肿瘤作用<sup>[5]</sup>。党参具有抗胃黏膜损伤与增强黏粘膜的细胞保护作用, 增强胃黏膜屏障功能<sup>[6]</sup>。本观察研究证实, 半夏泻心汤具有健脾益气、行气通腑、和胃降浊、开结除痞功效。攻补兼施, 效专力宏, 能有效改善胃排空延缓症状, 恢复胃动力, 临床疗效满意, 值得临床推广应用。

## [参考文献]

- [1] 秦新裕, 刘凤林. 术后胃瘫的诊断和治疗[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(7): 441.
- [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] 刘守义, 尤春来. 半夏抗溃疡作用机理的实验研究[J]. 辽宁中医杂志, 1992(10): 42.
- [4] 姚秀娟, 迟立群, 姚国杰, 等. 干姜醇提物对豚鼠离体回肠收缩的影响[J]. 西北药学杂志, 1994, 9(1): 27.
- [5] 雷载权, 陈松育, 高学敏, 等. 普通高等教育中医药类规划教材: 中药学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995: 60-61.
- [6] 韦美秀. 党参的药理研究及临床药用概况[J]. 广西医学, 1998, 8(4): 636.

(责任编辑: 黎国昌)