

中西医结合治疗胃大部切除术后 胃功能性排空障碍 42 例

李战华*, 王彦

(江西省消防总队医院, 江西 南昌 330009)

笔者于 1990 年~ 2007 年采用中西医结合方法治疗胃大部切除术后胃功能性排空障碍 42 例, 取得了比较满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

42 例均为本院患者, 男 29 例, 女 13 例; 年龄 34~ 70 岁, 平均 54.6 岁; 原发疾病: 胃溃疡 18 例, 十二指肠溃疡 10 例, 胃癌 13 例, 十二指肠肿瘤 1 例; 手术方式: 胃空肠毕罗 I 式吻合术 19 例, 毕罗 II 式吻合术 16 例, 胃空肠 RONX(Y 吻合术 7 例; 本组胃功能性排空障碍均发生于术后 4~ 12 d, 其中 4~ 5 d 停止胃肠减压后即出现症状者 20 例, 术后 6~ 8 d 进流质饮食后出现症状者 14 例, 术后 9~ 12 d 改半流质饮食后出现症状者 8 例。诊断均符合以下胃功能性排空障碍标准: (1) 术后 7 d 仍需行胃肠减压或者停止胃肠减压进食流质饮食或由流质饮食改为半流质饮食后再次出现胃潴留症状而行胃肠减压者。(2) 检查提示无胃流出道机械性梗阻征象。(3) 胃引流量大于 $800 \text{ mL} \cdot \text{d}^{-1}$, 持续时间超过 7 d。(4) 无明确水电解质酸碱失衡。(5) 无引起胃排空障碍的基础疾病如糖尿病、结缔组织疾病等。

[收稿日期] 2008-12-17

[通讯作者] * 李战华, Tel: (0791) 6558055

2 治疗方法

给予持续胃肠减压、补液及营养支持, 维持水电解质平衡。伴有低蛋白血症者给予纠正。3% 高渗温盐水洗胃, 2 次/d, 完全胃肠外营养或胃肠内营养与静脉补给相结合, 给予足够的能量。给予促胃肠道动力的西药: 胃复安 $40 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$, 静脉滴注或肌内注射; 西沙比利 10 mg 于洗胃后胃管注入, 2 次/d。中药治疗: 给予大承气汤加减: 炒莱菔子 15 g , 酒大黄 12 g (后下), 厚朴 15 g , 炒枳实 12 g , 芒消 9 g (溶服), 木香 10 g , 黄芪 15 g 。1 剂/d, 分 2 次经胃管注入, 闭管 2 h。在中西药治疗的基础上一配合针灸疗法: 取足三里穴, 每天针刺 1 次, 每次留针 30 min。

3 疗效标准

痊愈: 腹部症状体征消失, 夹闭胃管观察 36 h 无不良反应, 上消化道造影证实胃蠕动良好。无效: 腹部症状体征无明显改善, 夹闭胃管观察出现腹胀、恶心、呕吐等症状。

4 结果

42 例患者中, 其中 2 例无效, 有效率占 95.2%。40 例于治疗后 6~ 35 d 恢复胃动力, 其中 2 周内恢复 27 例, 4 周内恢复 10 例, 4 周后恢复 3 例。

5 讨论

胃大部切除术后胃功能性排空障碍病人, 在常规支持疗法的基础上, 应用胃复安、西沙比利等促胃肠道动力药, 对治疗有一定的疗效, 但其临床应用有局限性。腹部手术后脾胃受损, 胃肠通降功能失常, 导致胃功能性排空障碍。根据六腑以通为用、以降为顺的理论, 笔者采用针刺足三里, 可以帮助缓解肠胃道痉挛, 具有和胃降逆的功效, 使肠道通畅。中药大承气汤是苦寒攻下的代表方剂, 具有峻下热结, 降逆通便的功能; 加入莱菔子、木香可行气止痛, 健脾消食; 方中加入黄芪用以补气升阳、益气固表、缓脾胃, 以避免使用了大量的苦寒药后, 会出现中气下陷, 体虚的症状。采用口服西药、针刺穴位、中药灌肠的方法可增强胃大部切除术后胃功能性排空障碍病人的胃肠蠕动, 促进胃肠功能恢复有明显的疗效。