

# Intervention Effect of Acupuncture and Moxibustion on Post Surgical Gastroparesis Syndrome

Wei Wang

Department of Gastrointestinal Surgery, Union Hospital affiliated to Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei, 430022, China

## Abstract

**Objective:** To investigate the effect of acupuncture and moxibustion on abdominal gastroparesis syndrome after operation. **Methods:** 60 cases of patients after abdominal surgery were randomly divided into intervention group and control group, 30 cases each. The control group was given routine postoperative care, and the intervention group was combined with acupuncture therapy on this basis. Acupoint selection: Weishu, Shangwan, Zhongwan, Xiaguan, Tianshu, Qihai, Neiguan, Liangqiu, Zusanli. Once a day, leave for 15min after each gas intake, 10 times for one course of treatment. Observe the gastroparesis syndrome of the two groups of patients. **Results:** Both groups can effectively improve gastroparesis. After the intervention, the recovery time of bowel sounds, the first exhaust and defecation time in the intervention group were shorter than those in the control group ( $P < 0.05$ ), and the difference was statistically significant. **Conclusion:** Acupuncture and moxibustion combined with conventional postoperative treatment can significantly accelerate the recovery of gastrointestinal function after abdominal surgery and reduce the incidence of gastroparesis syndrome.

## Keywords

acupuncture and moxibustion; postoperative abdominal surgery; gastroparesis syndrome

# 针灸对于腹部术后胃瘫综合症的干预效果

王微

华中科技大学同济医学院附属协和医院胃肠外科, 中国·湖北 武汉 430022

## 摘要

**目的:** 探讨针灸对于腹部术后胃瘫综合症的干预效果。**方法:** 将60例腹部术后患者, 随机分为干预组和对照组各30例。对照组给予常规术后护理, 干预组在此基础上配合针灸疗法。取穴: 胃俞、上腕、中腕、下腕、天枢、气海、内关、梁丘、足三里。每天1次, 每次得气后留置15min, 10次为1个疗程。观察两组患者的胃瘫综合症情况。**结果:** 两组均能有效改善胃瘫状态。干预后, 干预组肠鸣音恢复时间、首次排气及排便时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ ), 差异具有统计意义。**结论:** 针灸配合常规术后处理能明显加快腹部术后胃肠功能的恢复, 减少胃瘫综合症的发生率。

## 关键词

针灸; 腹部术后; 胃瘫综合症

## 1 引言

术后胃瘫综合征 (postsurgical gastroparesis syndrome, PGS) 是以胃排空障碍为主要表现的胃动力紊乱综合征, 是一种非机械性的梗阻, 多见于胃肠道上腹部手术 (尤其是胃大部切除术) 后, 亦可见于中下腹部手术, 以呕吐、大量胃液潴留为主要临床表现, 多由胃排空迟缓、胃蠕动无力或无蠕动及胃运动功能失常所致, 又称手术后功能性排空障碍, 是胃肠道腹部手术后常见并发症之一, 临床上生率为 0.47%~28%<sup>[1]</sup>, 经保守治疗可恢复。

由于胃瘫综合征发生后住院时间延长, 医疗费用增加,

此外长期留置胃管造成身心不适, 各种检查带来的痛苦, 这些都会给患者及家属带来很大的心理压力<sup>[2]</sup>。依据现代中医学理论发展, 选择胃肠经相对应穴位, 采取一种恰当的针灸治疗方案, 可以健脾和胃、消食导滞、降逆利水。因此收集我院 2018~2019 年胃肠道腹部术后患者相关资料, 选择性给予针灸治疗, 以期获得有效预防胃瘫综合症的治疗方法, 为以后临床及研究提供参考。

## 2 资料与方法

### 2.1 一般资料

本病例观察均来自本院胃肠外科腹部手术后患者, 共计

60例, 男性35例, 女性25例; 年龄46~77岁(平均年龄59岁); 病程2~39天。其中, 胃癌术后22例, 食管癌术后15例, 结肠癌术后10例, 贲门癌术后8例, 直肠癌术后3例, 胰腺癌术后2例。将其随机分为2组, 2组患者性别、年龄、基础疾病比较无显著性差异( $P>0.05$ ), 具有可比性。

## 2.2 诊断标准

诊断依据有: (1) 手术后数H停止胃肠减压, 进食流质或半流质饮食后, 再度出现胃排空障碍时, 查体发现上腹部饱满或隆起, 轻度压痛, 振水音阳性, 肠鸣音可减弱; (2) 胃肠减压引流最大800ml/d; (3) 内镜检查未发现机械性梗阻征象; (4) 无明显水、电解质紊乱和酸碱失衡; (5) X线检查示130%泛影角造影, 可见胃蠕动减弱或消失。动态观察可见造影剂点状或线状通过吻合口, 显示胃排空迟缓, 数小时可见远端空肠显影<sup>[3]</sup>。

## 2.3 方法

(1) 对照组术后常规禁食, 持续胃肠减压, 静脉营养维持水电解质平衡, 给与消炎、护胃、止吐、促进胃肠道蠕动等相关药物输注。

(2) 干预组在对照组的基础上, 主穴: 胃俞、上脘、中脘、下脘、天枢、气海、内关、梁丘、足三里。脾胃阳虚者加灸胃俞、公孙; 湿热壅滞者加阴陵泉、内庭; 肝气犯胃者加阳陵泉、太冲; 中焦气滞者加膻中, 操作: 胃俞穴用平补平泻法, 使针感传到胃部, 不留针; 余穴常规进针20~35mm, 有针感后行小幅度高频率捻转补法, 施术1min, 以获得感传为佳, 留针15min, 每日1次, 10次为1个疗程。

(3) 观察指标, 以手术结束时算起, 记录术后肠鸣音恢复时间、首次排气及排便时间。

## 3 结果

### 3.1 两组治疗效果比较

针对两组治疗效果比较详见表1。

表1 两组治疗效果

组别	例数	胃肠减压量 (ml/d)	首次排气时间 (h)	首次排便时间 (h)	总治疗时间 (d)
干预组	30	269.34±74.34*	38.45±17.78*	52.56±11.99	13.45±2
对照组	30	382.23±80.45	54.34±15.34	68.34±14.29	18.56±4

注: \* 与对照组比较,  $p$  小于 0.05。

### 3.2 干预组和对照组

干预组在胃肠减压量、肛门首次排气时间、首次排便时间、总治疗时间等方面的疗效均优于对照组, 1个疗程结束时干预组总有效率高于对照组, 提示针刺对胃瘫综合征患者的胃肠蠕动有促进作用, 能加速胃肠功能恢复, 缩短治疗时间, 提高临床疗效, 值得在临床上推广应用。

## 4 讨论

胃瘫综合征的发病机制尚不十分明确, 治疗存在一定棘手性。一般认为与下列因素有关。

(1) 与吻合口水肿、输出袢痉挛、水及电解质失调有关, 上述症状导致小肠蠕动功能紊乱, 使食糜传递阻力增加。

(2) 也有资料显示, 胃瘫发生主要与手术创伤有关, 其原因有以下四个方面: ①手术导致交感神经系统激活, 激活的交感神经纤维不仅可通过抑制胃肠神经丛的兴奋神经元抑制胃动力, 还可以通过交感神经末梢释放的儿茶酚胺直接与胃平滑肌细胞膜上的 $\alpha$ 、 $\beta$ 受体结合抑制平滑肌细胞收缩。这是产生术后胃瘫的主要原因, 同时也是腹部非胃手术产生胃瘫的可能原因。②手术过程中损伤迷走神经, 从而影响胃肠动力。③手术损伤了胃的完整性, 导致胃排空障碍。④手术导致胃肠道激素的分泌和调节紊乱, 从而影响胃动力等<sup>[4]</sup>。

(3) 饮食因素。术后进食过早或进高脂、高蛋白饮食, 易造成胃液潴留, 加重胃壁水肿, 这是造成术后胃瘫的可能原因。脂肪作用于十二指肠和空肠上段黏膜产生一种抑制胃液分泌的激素(肠抑胃素)使胃动力降低。因此术后早期要避免进高脂、高蛋白特别是高脂饮食<sup>[5]</sup>。

(4) 严重的营养不良、低蛋白血症、精神紧张可能是胃瘫的易发因素。

此外, 有关胃肠道术后胃瘫综合征的西药常规治疗方法有保守治疗和西药治疗。

### 3.1 保守治疗

保守治疗包括严格禁食、持续胃肠减压, 有助于胃肠道的休息, 减轻胃肠道压力, 促进胃肠动力的恢复。严密监测水、电解质失衡状态, 积极补液, 以保证水、电解质及酸碱平衡, 促进胃肠动力的恢复。给予肠内或肠外营养支持, 补充足够的热量、蛋白质、维生素及微量元素, 对于保证胃肠道及机体的正常代谢、纠正负氮平衡有重要作用<sup>[6]</sup>。

### 3.2 西药治疗

近年来,部分报道指出应用胃肠动力药有良好效果。胃复安为多巴胺DJ受体阻断剂,并且有激活5-羟色胺(5-HT<sub>1</sub>)受体及轻度抑制的作用。可提高静止状态胃肠道括约肌张力,增加食道下端括约肌张力防止胃内容物返流,增加胃、食道蠕动,促进胃排空,促进幽门及十二指肠扩张,促进十二指肠和空肠蠕动。腹部术后患者胃肠蠕动恢复的快慢直接影响患者组织修复及疾病的康复,久不排气易出现腹胀腹痛,切口裂开,愈合缓慢甚至发生肠粘连、肠梗阻,同时易发生应激性胃肠黏膜病变和屏障受损、菌群移位、肠源性感染等系列并发症。由于排气前不能进食、服药,长期输液,易出现电解质紊乱,导致胃瘫综合征加重。部分患者经过传统治疗,并未明显改善,给患者及家属带来很大的压力,针灸疗法对于胃瘫综合征具有一定效果,此并发症在中医被定义为“呕吐”“胃反”范畴,具体观点为,脾胃在腹部手术后气血津液,水谷精微散布失常,胃肠蠕动无力,三焦雍滞,脉络损伤,胃失和降,脾失健运,致血瘀气滞、中焦受阻,进而出现呃逆、呕吐、恶心等症状。治宜温通益气,疏调肠胃气机,消胀除满。本次研究选择主穴的理念基础为胃俞是足太阳膀胱经的常用腧穴之一,具有健脾和胃降逆之功效;中脘为胃、腑会的募穴,为手少阳、太阳、足阳明经交会穴,与上脘、下脘相配合,具有和胃健脾、消积化滞功效;足三里为足阳明胃经合穴,通降胃气;三穴相合,调和肠胃,消胀除满。内关为阴维交会

穴,又为手厥阴之络,手厥阴脉历络三焦,有宣通上中二焦气机效果;天枢为大肠募穴,对足三里行针刺可起到双向调节胃蠕动作用;气海为盲之原穴,有益气助阳、调经固经之功效。诸穴配伍可疏通经络、理气活血、和胃降逆、补益脾胃,进而加快胃肠功能恢复进程。温针具有消肿散结、温通经络、祛湿逐寒、行气活血、防病保本、回阳救逆的作用。艾叶微温,主灸百病,联合应用,可显著提高临床效果。

通过临床数据收集,针灸对于腹部术后的胃肠减压量、肛门首次排气时间、首次排便时间、总治疗时间等方面确实有明显的疗效,临床上胃肠道腹部术后患者出现胃瘫相关症状时,应尽早配合针灸疗法,以有效缓解患者不舒适的状况,促进其快速康复。

### 参考文献

- [1] 李军.胃大部切除术后排空障碍的病因及诊治分析[J].临床医药实战,2012(05):340.
- [2] 刘滢.腹部手术后功能性胃排空障碍相关因素及预防措施[J].岭南现代临床外科,2012(01):35.
- [3] 廖伟敏,张陵武.腹部手术后功能性胃排空障碍21例临床分析[J].医学临床研究,2011(10):1982.
- [4] 陈孝平.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2010.
- [5] 周仲建.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.
- [6] 王军式,陈理国,张显华,等.针刺治疗对开腹术后胃肠蠕动恢复的影响[J].西南国防医药,2009(08):795.