

恶性肿瘤术后胃瘫的中医研究进展

衡永青¹, 陈立伟², 付鹏鹏¹

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[关键词] 胃瘫; 肿瘤; 中医治疗; 综述; 学术性

[中图分类号] R259.739 [文献标识码] A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.11.077

术后胃轻瘫综合征(Postsurgical Gastroparesis Syndrome, PGS)是指腹部手术后出现的以胃流出道非机械性梗阻为主要因素引起的, 功能性胃排空障碍为主的胃动力紊乱综合征, 以恶心、呕吐、餐后饱胀感、上腹痛等为主要临床表现, 是腹部手术后常见的早期并发症之一。恶性肿瘤患者手术范围较大, 术后往往联合放化疗, 加之患者长期服用阿片类止痛药物, 全身情况较差, PGS的发生率相对更高^[1], 尤其是胃癌根治术后和胰十二指肠切除术后。目前, 西医治疗术后胃轻瘫尚缺乏主动的干预措施, 多为对症处理, 而中医药依据中医基础理论及经络循行, 结合肿瘤疾患病理学特征, 选择相应的药物及穴位, 为肿瘤患者术后胃轻瘫的针对性治疗提供了较好的临床思路。

1 病因病机

中医学认为, 胃瘫属“痞满”“呕吐”“胃反”等范畴。《千金翼方》有“食不消, 食即气满, 小便数起, 胃痹也”的记载。《伤寒杂病论》载:“满而不痛者, 此为痞”。对于恶性肿瘤术后胃瘫, 现代医家认为, 正气内虚, 脉络受损, 气滞血瘀, 最终导致脾胃升降失司是其病因病机。曹波等^[2]认为肿瘤患者正气内虚, 手术耗伤气血, 肠道正气不足, 失于固摄, 而致腹泻, 加之水谷不化, 中气下陷、肾阳不足等原因, 终成滑脱, 病情危急。姜敏等^[3]认为手术不仅耗伤人体气血, 损伤脾胃脉络, 还导致“脾不升清, 胃不降浊”, 即脾阳虚不足或胃阴寒内盛。高向军^[4]则认为“木不疏土”为其主要病机, 指出肿瘤术后胃瘫以虚为主, 因“虚而不通, 滞而不通”, 常见胃脘胀满疼痛、不欲饮食、周身乏力、汗出气短, 辨病属脾胃之病, 辨证属气滞湿阻之证, 并强调情志的重要性, 由于术后患者担心病情, 出现情志失调而致肝失疏泄、肝郁气滞, 且脾土虚弱不耐肝木的克制, 肝气犯胃犯脾, 导致饮食水湿停滞中焦, 中焦受阻, 腑气不通, 浊气上逆。朱太平等^[5]根据现代手术操作原理提出: 手术过程中的暴露冲洗等操作使寒邪入胃, 水停为饮, 使胃失和降也是其病因病机所在。总之, 恶性肿瘤患者本身存在正虚邪实, 气血亏虚, 脾胃运化无力, 加之手术创伤, 中焦脾胃脉络受损, 气滞血瘀, 中焦气机受阻, 导致脾胃升降失常。

2 辨证分型

沈洋等^[6]认为, 本病属本虚标实, 虚实夹杂, 全身表现

多与正虚相关, 而局部表现则多与病灶局部所存在的邪实相关, 主张将全身和局部分开辨证, 立法不可一味攻邪, 应注意扶正、温阳, 如术后胃瘫主要表现为虚证, 治法是恢复脾阳, 而术后恶心、呕吐及术后腹泻则以平胃降逆与升提气机为主要治法, 主要表现为实证。周琴等^[7]认为脾虚气滞是胰腺癌发生的重要因素, 手术导致气血不足, 脾阳虚弱, 故患者局部多见脾胃阳虚, 气滞血瘀证, 且从局部、阴阳辨证具有优势, 胰腺癌术后胃瘫患者多畏寒, 喜温喜按, 证属阴, 多为阳虚内寒。纪世敏等^[8]研究发现, 胃癌术后胃瘫综合征患者, 表现为呃逆, 呕吐物清冷, 腹胀, 腹痛, 舌淡胖, 苔白腻, 脉细或弦, 属脾胃虚寒、痰饮内停证。疾病的调养, 当从脾胃着眼, 如果其气机受阻, 升降清浊功能下降, 会造成水饮痰湿积聚, 水谷精微吸收失常, 脏腑失于濡养, 疾病难以康复。

3 治疗方法

3.1 方药内服治疗 关于肿瘤术后胃瘫的治疗, 古人就有相关论述, 《秘传证治要诀》载:“邪气作痞宜用疏剂。若气不顺, 逆上为痞, 此乃虚痞, 愈疏而痞愈作, 宜于收补中, 微有疏通之意, 不可十分用香剂, 古方载泄后膈痞, 用理中, 即此意也。”现代医家关于其治疗虽说法不一, 大都以调理脾胃气机为根本。张伟杰等^[9]用小半夏加茯苓汤治疗胃癌术后胃轻瘫, 他认为六腑以通为用, 胃气不通则痛, 痛而呕也, 不通则逆, 逆而吐也, 胃大部切除术后胃平滑肌瘫痪, 治疗应降逆止呕, 疏通腑气, 用西药联合小半夏加茯苓汤配合治疗达到事半功倍的效果。纪世敏等^[10]治疗胃癌术后胃轻瘫, 治疗组在对照组莫沙必利+胃复安治疗的基础上给予降逆理气汤, 结果显示: 降逆理气汤可通过提高白蛋白水平, 改善营养状况, 减轻胃肠及吻合口水肿, 促进胃肠蠕动及排空, 能够促进胃肠功能的恢复。赵栋梁^[11]将94例患者随机分为西医组和中西医结合组, 中西医结合组在西医组治疗的基础上同时配合中药汤剂(处方: 吴茱萸5g、黄连5g、炙甘草6g、木香8g、大黄8g、党参10g、茯苓10g、半夏10g、陈皮10g、白芍12g、白术20g、柴胡15g、郁金15g、瓦楞子20g)加减治疗, 诸药配伍, 共同起到健脾益胃、重镇降逆的作用。结果显示中西医结合组胃肠减压量、拔除胃管时间、术后住院时间均小于单纯西医组。周益萍^[12]用半夏泻心汤加减经胃管注入治疗胃癌术后胃轻瘫, 结果总有效率治疗组为

基金项目: 天津市科技计划项目(编号: 15ZXLC SY00020)

第一作者: 衡永青, 女, 2015级硕士研究生, 研究方向: 中医内科学(肿瘤方向)

通讯作者: 陈立伟, 男, 副主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医内科学(肿瘤方向), E-mail: iron9999@126.com

100.0%,西药组为75.0%,由此可见通过半夏泻心汤健脾益气、行气通腑、和胃降浊、开结除痞,能有效改善胃排空并缓解症状,恢复胃动力,达到攻补兼施、效专力宏的效果。

3.2 中医外治法 肿瘤术后胃瘫的患者在治疗时多数要求禁食水,持续胃肠减压,且患者具有胃排空障碍,中药汤剂很可能会加重胃肠道症状,多不能很好地配合治疗。而中医外治法弥补了这方面的不足,发挥了其在胃轻瘫治疗方面的独特优势。《医学源流论·薄贴论》载:“使药性从毛孔而入其腠理,通经贯络……较之服药尤有力,此至妙之法也。”《理渝辨文》载:“外治之理,即内治之理,外治之药,即内治之药,所异者法耳,医理药性无二,而法则神奇变化。”中医外治法主要有:中药外敷、灌肠、针灸、耳穴贴压等,使药物直达病所,达到内病外治之效。

3.2.1 中药胃管注入或灌肠 佟宛云等^[13]主张本病治疗应以化瘀行气、降逆消导为主,对35例胃大部切除术后继发胃瘫的患者,给予复方大承气汤保留灌肠,观察治疗前1d及治疗6d后的中医症状评分、肠鸣音次数、胃泌素浓度、胃电图的变化,结果总有效率为94.29%,可见复方大承气汤保留灌肠治疗胃大部切除术后可促进胃肠蠕动功能恢复。张勇等^[14]选取88例胃癌根治术后胃瘫患者,根据不同治疗方法分为对照组和试验组,对照组给予奥美拉唑肠溶胶囊,大承气汤经胃管注入和保留灌肠,试验组在对照组治疗的基础上给予西沙必利片治疗。结果显示2组胃液量显著低于治疗前,且试验组治疗后胃液量显著低于对照组;与治疗前相比,2组治疗后血清胃泌素、血浆胃动素水平均显著增高,且试验组血清胃泌素、血浆胃动素水平显著高于对照组。可见奥美拉唑、西沙必利联合中药汤剂大承气汤治疗胃癌根治术后胃瘫的临床疗效显著,安全性高。

3.2.2 穴位贴敷 清代名医徐灵胎指出:“若其病既有定处,在皮肤筋骨之间,可按而得着,用膏药贴之,闭塞其气,使药物从毛孔而入腠理,通经达络,或提而出之,或攻而散之,较服药尤有力。”中药穴位贴敷将中药内外同治与经络学说相结合,通过刺激穴位,使药物从皮肤入腠理,循经入络,发挥药效。左明焕等^[15]采用中药外敷+艾灸治疗肿瘤术后胃瘫综合征65例,先将艾条点燃置于上脘、中脘及神阙穴施灸5min,待局部皮肤温热后将外敷药物敷于以上穴位,再于外敷中药的贴膜上施灸15min,共观察30d。中药胃瘫外敷方药物有木香、香附、枳壳、厚朴、姜半夏、丁香、干姜、肉桂、穿山甲、全蝎、延胡索。结果显示总有效率为96.92%,平均胃肠功能恢复时间为 (13.21 ± 6.27) d。并认为肿瘤术后胃瘫综合征治疗应区别于普通外科术后胃瘫治疗,肿瘤患者以老年人居多,随着年龄增长,脏腑功能减退,阳气不足,加之手术损伤,以脾胃阳虚、虚寒内盛为主,禁忌大寒之清热通腑药,应以温阳行气为治则。赵冬雨等^[16]认为外敷中药应侧重辛香走窜类药物,同时兼顾理气健脾,行气化瘀,促进术后胃肠功能恢复。自制中药外敷方配合口服大柴胡汤治疗术后胃瘫。外敷中药:木香、香附、丁香、厚朴、枳壳、姜半夏各20g,穿山甲10g,当归10g。以上中药粉碎成细末后用蜂蜜调和,贴敷于上脘、中脘、下脘、神阙穴。

结果显示,在常规治疗的基础上,采用大柴胡汤内服及中药外敷治疗可显著提高临床疗效,患者胃肠功能恢复时间显著缩短,免疫功能恢复更快。

3.2.3 穴位注射 宋毅等^[17]对54例胃癌术后胃瘫患者进行了穴位注射治疗和传统疗法的对比观察,在常规治疗的基础上,治疗组取双侧足三里穴位注射甲氧氯普胺10mg,对照组以相同剂量的甲氧氯普胺行上臂三角肌或臀大肌肌肉注射。第2个疗程和第4个疗程时,2组胃液引流量较治疗前均有明显改善,治疗组与对照组相比,其胃液引流量的改善情况较为显著,治疗组的痊愈率、有效率及总有效率均优于对照组,可见穴位注射更有利于胃肠功能的恢复。李艳等^[18]认为,中脘穴可和胃健脾、降逆利水;内关穴能理气止痛、宁心安神;曲池穴属手阳明大肠经,对腹痛吐泻有良效;足三里穴能加强胃的收缩,并能调节胃液分泌和促进胃排空;三阴交穴可缓解腹胀、消化不良。故取中脘为主穴,足三里或三阴交、曲池或内关为配穴,给予新斯的明0.5mg、维生素B₆25mg双侧穴位注射治疗。陈军等^[19]认为本病病性为本虚标实,虚者脾胃亏虚,实者气滞湿阻。治疗当以“和胃降逆、健脾化湿、行气消痞除满”为原则,其将42例肿瘤术后胃瘫患者随机分为2组,对照组采用常规治疗,治疗组在对照组治疗的基础上采取穴位注射联合电针治疗,双侧足三里或上巨虚各注入新斯的明0.2mg,足三里(双侧)、中脘、气海、上巨虚(双侧)、三阴交进行电针治疗,并温针灸气海、足三里或中脘,疗效显著。

3.2.4 耳穴贴压 《灵枢·口问》载:“耳者,宗脉之所聚也。”《黄帝内经》中就有十二经脉、三百六十五络之气都上达于耳的论述,耳与经络脏腑有着密切的联系。耳廓形似一个倒置的胎儿,其上分布着与人体各部位对应的穴区。从现代解剖学来说,耳上分布许多神经,刺激相应的耳穴,可以通过神经来调节相应的脏腑,从而对内脏疾病起到积极的治疗作用。魏秀文等^[20]将168例胃癌根治术患者随机分为对照组和观察组各84例,对照组给予常规护理干预,观察组在常规护理基础上实施早期活动干预联合耳穴贴压,术后5d观察组最大胃耐受容积、最大胃耐受压力和顺应性明显高于对照组($P < 0.05$),且观察组术后胃瘫发生率明显低于对照组。

3.3 针灸治疗

3.3.1 毫针针刺 现代研究发现,针灸治疗能够增加胃肠蠕动,提高胃动力,对胃肠肽类激素有一定影响。马立安等^[21]治疗胃癌术后胃瘫,通过针刺足三里、天枢、内关、脾俞、三阴交,达到补益脾胃、和胃降逆、理气活血、疏通经络之效。刘淑刚等^[22]认为,腹部手术损伤脾胃气机,气血瘀滞导致脾不升清,胃不降浊,日久形成虚实夹杂的症状。选取胸腹部及任脉所点穴位,依次针刺阑门、建里、气海、带脉(双)、章门(双)、梁门(左)、石关(右)、巨阙、阴陵泉(双)、三阴交(双)观察了20例癌症术后胃瘫患者,结果治疗3次后痊愈10例(50.0%),治疗5次后痊愈8例(40.0%),治疗7次后痊愈2例(10.0%)。

3.3.2 电针治疗 牟淑兰等^[23]回顾性分析了 24 例配合电针治疗的腹部术后胃瘫患者,针刺以胃经穴位为主,酌情选取梁门、天枢、大横、气冲、足三里、上巨虚、下巨虚、内庭,配穴内关、阳陵泉、三阴交等,并认为腹部术后脾胃受损,脾失健运,胃失和降,加之脉络损伤,气滞血瘀,腑气不通,以致出现腹胀、呕吐、便秘等症,治疗以疏通气机为主。针刺以胃经为主的穴位采用局部取穴与远端搭配电刺激,能够提高胃肠平滑肌的电兴奋性,从而促进胃排空及肠蠕动。孟振等^[24]将 36 例胃大部切除术后胃瘫患者分为治疗组 24 例和对照组 21 例。治疗组在常规西医治疗的基础上进行电针治疗。结果治疗组治愈率为 87.5%,对照组仅为 50.0%,治疗组治疗后胃液引流量与对照组比较,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。李登科等^[25]将术后胃瘫综合征 37 例随机分为电针组 19 例和传统针刺组 18 例,在采用针刺胃肠下合穴为主治疗的基础上,分别采用电针(足三里、上巨虚、下巨虚、内关等)和传统针刺方法治疗,3 个疗程后显示电针组痊愈 12 例,有效 5 例,无效 2 例,总有效率 90.0%;传统针刺组痊愈 6 例,有效 8 例,无效 4 例,总有效率为 75.5%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.3.3 针药结合 董万斌等^[26]将术后胃瘫综合征患者 52 例,随机分为 2 组,中西医结合组为在常规组治疗基础上配合针刺与中药灌肠治疗,针刺穴位选择:足阳明胃经及足太阴脾经下合穴,其中足三里、三阴交用提插捻转补法,余穴平补平泻。中药灌肠予自拟攻里通下汤(处方:大黄 15g、枳实 15g、厚朴 20g、芒硝 10g、连翘 15g、赤芍 15g、炒莱菔子 25g、川楝子 15g、桃仁 15g、大腹皮 15g)。结果显示:2 组胃肠减压引流量、肠鸣音恢复时间、恢复排气与排便时间、拔除胃管时间、上消化道造影剂排空时间、恶心呕吐腹胀疗效比较,中西医结合组疗效优于常规组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。同时认为远道腧穴,可影响胃肌电活动,改善胃肠动力,对胃黏膜具有保护作用,同时对胃肠道生理活动具有双向调节作用。

4 小 结

肿瘤术后胃瘫是一种慢性功能性疾患,中医学在其治疗方面注重辨证与辨病相结合,内治与外治互补,具有独特的优势,值得应用推广。但是目前也存在一些问题:如缺乏大样本、多中心的随机对照研究及循证医学的证据,研究结果的权威性不足;缺乏统一的疗效评价标准,目前主要以临床疗效观察为主,缺乏对客观量化指标的分析等。今后需进一步明确研究中医药治疗术后胃瘫的机制,发挥中医辨证论治特色,以期形成治疗术后胃瘫疗效肯定、机制明确、易于推广的规范化治疗措施。

参考文献

[1] 田爱平. 半夏泻心汤加减方治疗肿瘤术后胃瘫的随机对照临床研究[J]. 癌症进展,2010,8(4):401-403.
[2] 曹波,李志,邓文玲,等. 真人养脏汤加减治疗结直肠癌术后腹泻疗效观察[J]. 中国全科医学,2011,14(9):1025-1027.
[3] 姜敏,周琴,肖俐,等. 桔梗半夏汤治疗术后胃瘫[J]. 中国中医基础医学杂志,2013,19(5):519-520.

[4] 高向军. 从“木不疏土”探讨肿瘤术后胃瘫综合征的证治[J]. 中国民间疗法,2017,25(5):1-2.
[5] 朱太平,朱彦昭. 中西医结合治疗腹部手术后胃瘫综合征疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志,2009,16(12):78.
[6] 沈洋,胡凯文. 消化系统肿瘤术后胃肠功能紊乱的中医治疗策略[J]. 环球中医药,2015,8(12):1513-1516.
[7] 周琴,左明焕,李泉旺,等. 胰腺癌术后胃瘫的中医治疗[J]. 中国医刊,2013,48(11):21-23.
[8] 纪世敏,李万胜,赵斌. 降逆理气中药空肠营养管滴注治疗胃癌术后胃瘫综合征的临床研究[J]. 中国医药科学,2017,7(6):46-48.
[9] 张伟杰,贺卫超,刘俊. 小半夏加茯苓汤联合莫沙必利治疗胃切除术后胃轻瘫 60 例临床疗效观察[J]. 黑龙江中医药,2016(2):15-16.
[10] 纪世敏,李万胜,赵斌. 降逆理气汤治疗胃癌术后胃瘫综合征的临床疗效[J]. 中国现代医生,2017,55(10):128-130.
[11] 赵栋梁. 中西医结合治疗腹部手术后胃瘫综合征的临床观察[J]. 中国中医药科技,2014,21(3):312-313.
[12] 周益萍. 半夏泻心汤治疗胃癌术后胃轻瘫综合征 32 例疗效观察[J]. 新中医,2014,46(12):154-155.
[13] 佟宛云,阿依古丽,庞瑞. 复方大承气汤保留灌肠治疗胃大部切除术后胃瘫 35 例[J]. 陕西中医,2014,35(9):1133-1134.
[14] 张勇,钱振渊. 大承气汤、奥美拉唑联合西沙必利对胃癌根治术后胃瘫患者血清胃泌素与胃动素水平的影响[J]. 中国生化药物杂志,2017,37(4):143-145.
[15] 左明焕,姜敏,孙韬,等. 中医外治法治疗肿瘤术后胃瘫综合征 65 例临床观察[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2012,19(16):41-42.
[16] 赵冬雨,张宁,沈宏,等. 大柴胡汤及中药外敷辅助治疗术后胃瘫综合征疗效观察[J]. 人民军医,2013,56(6):658-659.
[17] 宋毅,曹锦峰,王强. 穴位注射与传统疗法治疗胃手术后胃瘫综合症的临床对比观察[J]. 中国中医急症,2015,24(8):1455-1457.
[18] 李艳,范晓萍,郭雄波,等. 穴位注射治疗胃手术后胃瘫综合征疗效观察[J]. 中国全科医学,2014,17(1):113-114.
[19] 陈军,何平,赵勇,等. 温针灸加穴位注射治疗术后胃瘫综合征的临床观察[J]. 浙江中医杂志,2015,50(12):907-908.
[20] 魏秀文,黎笑媚,黄海燕,等. 早期活动干预联合耳穴贴压在预防胃癌根治术后胃瘫综合征中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2016,22(6):73-75.
[21] 马立安,张晨,沈苑. 针灸联合肠内营养治疗胃术后胃瘫综合征[J]. 浙江中医杂志,2014,9(9):672.
[22] 刘淑刚,贾楠,安坤杰,等. 针刺脏腑图穴位治疗腹部术后胃瘫 20 例观察[J]. 临床合理用药杂志,2015,8(8B):174.
[23] 牟淑兰,石铁英. 电针对腹部术后胃瘫综合征的干预治疗[J]. 针灸临床杂志,2010,26(11):27-29.
[24] 孟振,窦林,杜广中,等. 电针治疗胃大部切除术后胃瘫综合征疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2012,31(5):321-322.
[25] 李登科,宋辉. 电针特定穴治疗术后胃瘫综合征 19 例[J]. 长春中医药大学学报,2012,28(6):1071-1072.
[26] 董万斌,乔海平,席江伟,等. 针刺与中药灌肠治疗术后胃瘫综合征患者 26 例[J]. 环球中医药,2016,9(6):740-742.