

● 医学护理 ●

引用:邓娟娟,邓琼琪,罗尧岳. 穴位敷贴联合三联疗法对脾胃虚弱型 Hp 相关性胃病的护理效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2021,37(6):94-96,177.

穴位敷贴联合三联疗法对脾胃虚弱型 Hp 相关性胃病的护理效果观察

邓娟娟¹, 邓琼琪², 罗尧岳²

(1. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007;

2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208)

[摘要] 目的:探讨中药穴位敷贴联合三联疗法对脾胃虚弱型 Hp 相关性胃病的护理效果。方法:选取脾胃虚弱型 Hp 相关性胃病患者 74 例为研究对象,将其随机分为观察组和对照组,每组各 37 例,最终 2 组各脱落 3 例。对照组采用西医常规治疗与护理,观察组在对照组基础上采用中药穴位敷贴,连续干预 2 周后观察 2 组 Hp 清除情况、中医证候积分以及不良反应。结果:干预后 Hp 根除率观察组为 85.29%(29/34),对照组为 76.47%(26/34),2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。中医证候疗效总有效率观察组为 97.06%(33/34),对照组为 88.24%(30/34),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。2 组中医证候暖气、上腹痛、纳差及总积分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者服药临床不良反应中消化系统、神经系统分值差异均有统计学意义($P<0.05$),而皮肤及附件分值差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:中药穴位敷贴虽对 Hp 根除效果不明显,但在中医证候改善方面具有优势,且在一定程度上能减少患者服药期间的不良反应。

[关键词] 幽门螺杆菌相关性胃病;穴位敷贴;三联疗法;护理效果

[中图分类号] R259.73 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.038

幽门螺杆菌(helicobacter pylori, Hp)是一种微需氧的革兰氏阴性细菌,呈螺旋形,其对外界生存环境要求较高,并通过刺激胃黏膜引起一定的免疫因子改变,从而导致持续性炎症^[1-2]。目前认为 Hp 感染可引起包括胃癌在内的各种胃部疾病,是慢性胃炎和消化性溃疡的主要病因^[3],其在全球自然人群的感染率超过 50%^[4]。中医学将其归为“邪气”范畴,所谓“邪之所凑,其气必虚”,Hp 感染的总体病机为本虚标实。目前, Hp 相关性胃病的西医治疗以抑酸、抗 Hp 和对症治疗为主,但效果不太理想,且存在一定的毒副作用。本研究选用具有散寒、温阳、止痛等功效的中药制成敷贴,在常规治疗的基础上于补正气、健脾胃的穴位进行中贴敷,观察其对脾胃虚弱型 Hp 相关性胃病的护理效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 6~9 月于湖南中医药大学第一附属医院脾胃科门诊就诊并使用三联

疗法治疗的 Hp 相关性胃病患者 74 例,将其随机分为观察组与对照组,每组各 37 例。观察组脱落 3 例,其中出现敷贴不良反应而终止干预 1 例,未按时复查 1 例,失访 1 例,最终纳入 34 例;对照组脱落 3 例,其中主动退出 2 例,未按时复查 1 例,最终纳入 34 例。观察组中,男 20 例,女 14 例;平均年龄(39.06 ± 11.05)岁;居住于城镇 24 例,农村 10 例;已婚 28 例,未婚 6 例;有吸烟史 18 例;病程 ≤ 1 年 11 例, >1 年、且 ≤ 6 年 18 例, >6 年、且 ≤ 10 年 3 例, >10 年 2 例;文化程度小学及以下 6 例,初中 5 例,中专或高中 13 例,大专及以上 10 例。对照组中,男 13 例,女 21 例;平均年龄(44.44 ± 11.54)岁;居住于城镇 21 例,农村 13 例;已婚 31 例,未婚 3 例;有吸烟史 12 例;病程 ≤ 1 年 9 例, >1 年、且 ≤ 6 年 15 例, >6 年、且 ≤ 10 年 7 例, >10 年 3 例;文化程度小学及以下 4 例,初中 11 例,中专或高中 12 例,大专及以上 7 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。

基金项目:湖南省中医药科研计划项目(201735);湖南省研究生科研创新项目(CX2017B450)

第一作者:邓娟娟,女,医学硕士,护士,研究方向:中医护理

通讯作者:罗尧岳,男,医学博士,教授,研究方向:中医护理, E-mail:943629127@qq.com

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 1) 参照《幽门螺杆菌若干临床方面的共识意见(2003·安徽桐城)》^[5]《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》^[6]《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)》^[7]的诊断标准制定。2) 有Hp现症感染(组织学、尿素酶、细菌培养、¹³C或¹⁴C尿素呼气试验任1项阳性);胃镜提示浅表性胃炎,或糜烂性胃炎,或反流性胃炎,或胃溃疡,或十二指肠溃疡。

1.2.2 中医辨证标准 参照《消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)》^[7]《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)》^[8]制定脾胃虚弱证辨证标准。1) 主症:胃脘隐痛,喜按喜暖;2) 次症:食后胀满,纳呆少食,大便稀溏,神疲乏力;3) 舌脉:舌质淡有齿痕、苔薄白,脉沉细。具备主症2项加次症1项,或主症第1项加次症2项,结合舌脉、胃镜即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1) 符合上述西医诊断及中医辨证标准;2) 2周内未使用过可能影响检测结果的药物,如质子泵抑制剂、H₂受体拮抗剂、铋剂及抗生素等;3) 年龄18~65岁;4) 无肝肾功能损伤;5) 自愿配合治疗并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发病;2) 患有精神病;3) 对研究所用药物过敏;4) 妊娠或哺乳期妇女;5) 由于病情变化而自行退出或失访等未能完成治疗。

2 干预方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗及护理。1) 药物治疗。雷贝拉唑钠[卫材(中国)药业生产,批准文号:国药准字H20061220,规格:20 mg/片]口服,20 mg/次,2次/d;阿莫西林克拉维酸钾(昆明源瑞药业生产,批准文号:国药准字H20080167,规格:281.25 mg/片)口服,562.5 mg/次,2次/d;克拉霉素(江苏恒瑞药业生产,批准文号:国药准字H20031041,规格:500 mg/片)口服,500 mg/次,2次/d^[9]。2) 常规护理。治疗期间忌食生冷、辛辣、坚硬等刺激性及不易消化食物,保证睡眠充足,注意劳逸结合,保持心情舒畅。

2.2 观察组 在对照组治疗与护理的基础上加用中药穴位敷贴干预。选取细辛、延胡索、附子各900 g,白芥子45 g(白芥子发泡作用强,故以上药物比例为1:1:1:0.05),烘干(60℃)粗粉碎,低温粉碎,加水制成水相,加油相辅料(聚丙烯酸钠等)混

匀,真空搅拌,涂布,干燥,切片,灭菌,包装。制成4.2 cm×5 cm大小的水凝胶剂中药药饼,每贴约含中药1.42 g。取制备好的中药敷贴,贴于气海、关元、脾俞、足三里等穴位,4 h后撕去敷贴胶布(若有不适可提前撕去),抹去残留药膏即可,1次/d。

2组均连续干预2周。

3 效果观察

3.1 观察指标 1) Hp清除情况。治疗前、后经¹⁴C呼气试验检查,复查时间为停药4周后。Hp检测值<100时为阴性,≥100为阳性,具体可分为(-)(+)(++)(+++)4种情况,后3种情况均为Hp感染。2) 中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]对中医证候(反酸、嗝气、上腹痛、纳差)按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分,并计算疗效指数。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。3) 不良反应。参照相关文献^[11-12]综合抗生素及Hp治疗中消化系统、神经系统、皮肤及附件出现的不良反应临床表现,各症状每出现1次计1分。

3.2 疗效标准 1) Hp疗效标准。参照《第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[13]制定。根除:Hp检测结果为阴性;显效:Hp检测结果降低二级;有效:Hp检测结果降低一级;无效:Hp检测结果未降级。2) 中医证候疗效标准。参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)》^[8]制定。痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行统计分析,符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。等级资料及不符合正态分布的计量资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2组Hp根除率比较 Hp根除率治疗组与对照组分别为85.29%和76.47%,2组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。(见表1)

3.4.2 2组中医证候疗效比较 中医证候疗效总有效率观察组为97.06%,对照组为88.24%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。(见表2)

表 1 2 组 Hp 根除率比较[例(%)]

组别	例数	根除	显效	有效	无效
观察组	34	29(85.29)	0	1(2.94)	4(11.76)
对照组	34	26(76.47)	1(2.94)	6(17.65)	1(2.94)
Z 值		-0.662			
P 值		0.508			

表 2 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	34	14(41.18)	13(38.24)	6(17.65)	1(2.94)	33(97.06)
对照组	34	8(23.53)	7(20.59)	15(44.12)	4(11.76)	30(88.24)
Z 值					-2.641	
P 值					0.008	

3.4.3 2 组干预前后中医证候总积分比较 2 组干预前中医证候总积分差异无统计学意义 ($P>0.05$);干预后,2 组中医证候总积分均有降低,仅观察组组内比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$),组间比较,差异亦有统计学意义 ($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组干预前后中医证候总积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后	Z 值	P 值
观察组	34	5.29 $\pm$ 2.83	3.50(2.00,5.00)	-3.394	0.001
对照组	34	5.32 $\pm$ 2.65	4.00(3.00,6.00)	-1.105	0.269
t/Z 值		0.043 ^{α}	-0.874 ^{θ}		
P 值		0.966	0.027		

注: α 为 t 检验结果; θ 为 χ^2 检验结果。

3.4.4 2 组干预后各项中医证候积分比较 干预后 2 组嗝气、上腹痛、纳差积分组间比较,差异均有统计学意义 ($P<0.05$);但 2 组反酸积分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。(见表 4)

表 4 2 组干预后各项中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	反酸	嗝气	上腹痛	纳差
观察组	34	0.78 $\pm$ 0.04	0.96 $\pm$ 0.22	1.24 $\pm$ 0.29	1.22 $\pm$ 0.31
对照组	34	0.69 $\pm$ 0.16	1.39 $\pm$ 0.69	1.98 $\pm$ 0.36	1.02 $\pm$ 0.12
t 值		1.089	2.713	4.597	3.256
P 值		0.346	0.031	0.019	0.042

3.4.5 2 组不良反应分值比较 2 组消化及神经系统中不良反应分值比较,差异均有统计学意义 ($P<0.05$);而皮肤及附件分值比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。(见表 5)

表 5 2 组不良反应分值比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	消化系统	神经系统	皮肤及附件
观察组	34	4	2	2
对照组	34	10	6	2
Z 值		-2.449	-2.000	-1.000
P 值		0.014	0.046	0.317

4 讨 论

4.1 中药穴位敷贴对 Hp 根除情况的影响 本研

究观察组与对照组 Hp 根除率分别为 85.29%、76.47%,对比使用同种类抗生素三联疗法的根除率 80%^[14],观察组略高于此水平,而对照组略低于此水平,但 2 组根除率差异无统计学意义 ($P>0.05$),说明单纯的中药穴位敷贴对 Hp 根除效果不明显。本研究中,观察组与对照组根除失败率分别为 14.71%、23.53%,其中无效率分别为 11.76%、2.94%。究其原因,最主要可能是抗生素的耐药性,其次是患者缺乏服药的依从性^[15],故患者就诊时应充分了解按时服药对根治 Hp 具有重要意义。同时有文献显示,吸烟影响 Hp 的根除效果^[15],但本研究中 2 组患者吸烟状况差异无统计学意义 ($P=0.143$)。

4.2 中药穴位敷贴对脾胃虚弱型 Hp 相关性胃病中医证候的影响 本观察结果显示,观察组的上腹痛、嗝气、纳差症状改善更为明显,Hp 相关性胃病病机为本虚标实,中药穴位敷贴既能健脾养胃,又能制约抗生素“苦寒”之性所致不适,可达扶正祛邪之效。有研究显示,在合理使用穴位贴敷法的情况下,通过药物刺激穴位,可缓解患者的不适症状,调和阴阳^[16]。

4.3 中药穴位敷贴对脾胃虚弱型 Hp 相关性胃病不良反应的影响 罗勇等^[17]指出滥用抗生素导致肠道正常菌群紊乱而引起腹泻,还可使肠道生理性细菌减少,多糖发酵成短链脂肪酸亦减少,未经发酵的多糖不易被吸收,滞留于肠道引起渗透性腹泻。抗生素所致的变态反应、毒性作用还可导致吸收障碍性腹泻;同时,有些抗生素是胃动素受体的激动剂,胃动素可刺激胃窦和十二指肠收缩,因此可能导致腹泻、肠痉挛和呕吐等消化系统不良反应。而神经系统主要出现的不良反应为疲劳、头晕、头痛,均可因虚而致。本观察结果显示,2 组消化、神经系统中不良反应分值比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$),可能与使用具有补气温阳、健脾和胃功效的中药穴位敷贴有关。其机制还有待进一步研究。

本研究结果显示,穴位敷贴联合三联疗法在改善脾胃虚弱型 Hp 相关性胃病患者的中医证候方面效果优于单纯常规护理,且在一定程能度上能减少患者服药期间的不良反应。今后研究可在此基础上考虑适当增加样本量和延长观察时间,可开展各项血液生化指标检测以进一步加深研究,达到预期目标。
(下转第 177 页)

表1 黄精样品水分、灰分、浸出物及多糖含量测定结果

编号	水分	灰分	浸出物	多糖
S1	12.15±0.18	2.52±0.02	85.02±0.63	13.42±0.09
S2	9.96±0.17	2.29±0.06	83.60±1.25	16.04±0.18
S3	11.29±0.30	2.39±0.02	73.44±1.33	15.96±0.47
S4	12.63±0.24	2.53±0.08	66.12±0.43	12.37±0.11
S5	11.74±0.09	1.55±0.04	80.27±1.58	15.64±0.28
S6	14.46±0.32	1.76±0.03	68.59±0.83	15.80±0.13
S7	9.56±0.04	2.60±0.08	76.47±0.73	4.89±0.06
S8	9.83±0.14	2.55±0.04	70.25±1.06	5.39±0.02
S9	9.17±0.06	2.71±0.06	74.18±1.49	6.90±0.11
S10	11.01±0.13	2.56±0.04	83.81±0.77	4.64±0.10
S11	9.28±0.14	2.53±0.05	68.65±1.88	5.72±0.06
S12	10.03±0.13	2.57±0.05	59.21±0.87	6.84±0.12

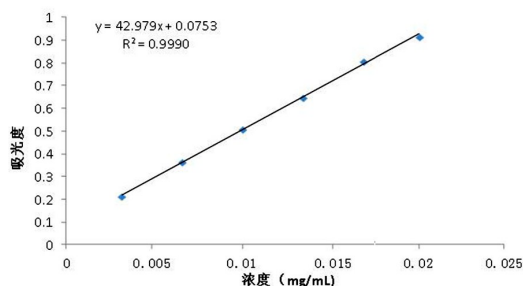


图4 黄精多糖含量测定标准曲线图

4 讨 论

传统的药材及饮片方法工艺流程繁琐复杂,多次的清洗、润药及干燥等易造成有效成分的流失,且生产周期长、

成本高。药材“产地加工-炮制一体化”可有效缩短工艺流程,降低生产成本及减少药效成分的流失,是药材及饮片加工的发展趋势。目前已有部分药材的“产地加工-炮制一体化”加工方法被纳入至《中华人民共和国药典》中。本研究按照《中华人民共和国药典(2020年版一部)》的相关规定,对“产地加工-炮制一体化”技术加工的黄精药材及饮片的外观性状、显微鉴别、薄层色谱鉴别、水分、灰分、浸出物、多糖含量进行系统研究,发现其各项检验项目符合其中的规定,说明“产地加工-炮制一体化”生产的黄精药材及饮片质量合格,可以用于临床。

参考文献

- [1] 刘京晶,斯金平. 黄精本草考证与启迪[J]. 中国中药杂志, 2018,43(3):631-636.
- [2] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(2020年版一部)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2020.
- [3] 王慧,袁德培,曾楚华,等. 黄精的药理作用及临床应用研究进展[J]. 湖北民族学院学报:医学版,2017,34(2):58-60.
- [4] 刘玉萍,付桂芳,曹晖. 黄精及其制剂在抗糖尿病方面的药理学研究及临床应用[J]. 中国中药杂志,1998,23(7):438.
- [5] 高红莉,刘方永,万学英,等. 黄精及其制剂的临床应用进展[J]. 泰山医学院学报,2004,25(5):490-493.
- [6] 高中礼,张景龙,宋世刚. 黄精的药理研究与临床应用[J]. 长春中医药大学学报,1999,15(2):52.
- [7] 陈丽霞,王建科,连薇薇,等. 黄精药材蒸制及切制一体化的工艺研究[J]. 微量元素与健康研究,2017,34(6):31-33.

(收稿日期:2021-03-16)

(上接第96页)

参考文献

- [1] OLUWOLE FS. Helicobacter pylori: a pathogenic threat to the gastric mucosal barrier[J]. African Journal of Medicine & Medical Sciences, 2015, 44(4): 289.
- [2] BLANKFIELD RP. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer[J]. New England Journal of Medicine, 2002, 346(1): 65-67.
- [3] FURUTA Y. Diversity in genome and epigenome of helicobacter pylori[J]. Nippon Saikingaku Zasshi, 2015, 70(4): 383-389.
- [4] MALFERTHEINER P, MEGRAUD F, O' MORAIN CA, et al. Management of helicobacter pylori infection—the maastricht iv/ florence consensus report[J]. Gut, 2012, 61(5): 646-664.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 幽门螺杆菌若干临床方面的共识意见(2003·安徽桐城)[J]. 中华内科杂志, 2004, 43(4): 79-80.
- [6] 张万岱, 陈治水, 危北海, 等. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12(5): 314-317.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 733-737.
- [8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中

西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(3): 172-177.

- [9] 陈志强, 蔡光先. 中西医结合内科学[M]. 北京: 科学出版社, 2012.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [11] 曾凡德. 试论抗生素不良反应的特点及预防措施[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(14): 106-108.
- [12] 庞春梅, 舒建昌, 张晓燕, 等. 序贯疗法补救根除幽门螺杆菌感染的疗效观察[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2010, 19(6): 546-547.
- [13] 刘文忠, 谢勇, 成虹, 等. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(6): 358-363.
- [14] 康迎波, 陈新, 朱哲, 等. 阿奇霉素三联疗法对比克拉霉素三联疗法根治幽门螺杆菌感染的 Meta 分析[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(17): 2814-2817.
- [15] 汪海涛, 张杰, 蒋晓忠, 等. 影响幽门螺杆菌根除率的多因素分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2017, 20(6): 657-660.
- [16] 范锋超, 黄文仲. 穴位敷贴治疗脾胃虚寒型胃脘痛观察[J]. 健康前沿, 2018, 27(12): 219.
- [17] 罗勇, 冷阳, 吴云来. 中医敷贴法联合西医内科基础疗法治疗抗生素相关性腹泻的临床疗效分析[J]. 医学综述, 2018, 24(12): 2493-2496.

(收稿日期:2020-09-28)