

· 综述 ·

中医药治疗幽门螺旋杆菌感染相关疾病的研究进展

楚振荣

东南大学附属中大医院中医科, 江苏 南京 210044

摘要: 幽门螺旋杆菌(Hp)作为一种致病菌,不仅与胃肠道疾病密切相关,还和其他系统疾病有联系,因此治疗和预防 Hp 感染尤为重要。中医药治疗 Hp 感染相关疾病疗效肯定,价格低廉,不良反应少,治疗后复发率低,长期应用无耐药性。本文将中医药对 Hp 感染相关疾病的治疗进展进行综述。

关键词: 幽门螺旋杆菌; 中医; 病因; 病机; 中药; 中西医结合; 针灸

中图分类号: R 256.3 R 57 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-8182(2019)12-1731-04

1983 年澳洲科学家 Marshall 和 Warren^[1]在胃黏膜的标本中分离出幽门螺旋杆菌(Hp),作为一种致病菌,Hp 仅在人类之间相互传播,除了通过口-口、粪-口和医源性途径外,还可以经过水源性传染^[2]。由于 Hp 传染性强、传播范围广,受到地域、生活习惯、职业类别及经济水平的影响,其在发展中国家的发病率明显高于发达国家,而我国平均发病率为 59%,且近年来呈上升趋势^[3-5]。世界卫生组织在 1994 年将 Hp 确定为 I 类致癌原,研究证实 Hp 感染不仅与胃肠道疾病有关^[6],而且还和其他系统疾病息息相关,甚至诱发肿瘤^[7-8]。人体一旦感染 Hp 后,难以自行清除,除非依靠药物或者胃黏膜发生结构性的改变(如严重肠化生)导致细菌无法定植而自动消失^[9]。目前,Hp 对西药尤其是对克拉霉素及甲硝唑的耐药性升高^[10],临床上多推荐四联疗法作为首选治疗方案^[11-12]。但中医药治疗幽门螺旋杆菌感染有其独特的优势,不仅疗效肯定、不良反应少,而且价格低廉,长期服用不会产生耐药性^[13]。本文将中医药对 Hp 感染相关疾病的治疗进展综述如下。

1 中医病因病机

中医古代文献并无幽门螺旋杆菌相关记载,因此临床上多根据其引起的相关症状来进行概述。Hp 感染相关疾病的患者多表现为口苦、口气秽浊、胃脘疼痛、胀满、嗝气泛酸、反流烧心、恶心呕吐、食欲不振等,归属于祖国医学“胃痛”、“痞满”、“吐酸”、“嘈杂”、“呕吐”、“呃逆”等范畴。中医认为疾病的病因不外乎内因、外因及不内外因,Hp 作为一种致病菌,应归属于中医“厉气”、“邪气”、“毒邪”范畴。孙莉^[14]认为脾胃虚弱是 Hp 感染的病理基础,后逐渐形成气滞、血瘀、郁热、湿阻等病理变化,为 Hp 附着、繁殖、致病提供了客观条件,正如李东垣所说:“百病皆由脾胃衰而生也”。吴文珍^[15]总结其恩师周晓波的临床经验,也认为脾胃虚弱为发病基础,湿热中阻为 Hp 致病首发因素,气机不畅为进展关键,气滞血瘀为久病之果,情志失调多为发病诱因,临床论治时多辨证分为湿热中阻、脾胃气滞、气滞血瘀、脾胃虚弱四个证型。周强等^[16]通过

回顾性分析 220 例 Hp 感染患者,发现其中有 124 例服用中药汤剂或中成药的患者,根据中医证候分析出现频率由高到低分别是寒热错杂证、脾虚湿热证、脾胃不和证、脾胃虚弱证、气滞血瘀证。张向东^[17]研究 320 例 Hp 感染患者的中医证型分布,发现脾胃湿热证占比 35.62%,脾胃虚弱证(含虚寒)占比 25.00%,肝胃不和证占比 17.50%,胃阴不足证占比 12.50%,气滞血瘀证占比 9.38%。

由此可见,本病多本虚标实、虚实夹杂,脾胃虚弱是为虚,气滞、湿热、血瘀是为实,诚如经云“正气存内,邪不可干”、“邪之所凑,其气必虚”,当人体正气亏虚,饮食不节损伤脾胃,导致脾胃虚弱,Hp 乘虚侵袭,邪正相争,阻滞气机升降,酿生湿热、瘀血等病理产物,相互作用形成复杂的病机表现,进而形成疾病。

2 治疗方法

2.1 中医单方治疗 研究已经证实,单味中药可以有效的抑制或根除 Hp 感染,目前主要的观点集中在清热解毒药及扶正祛邪药,其中前者更具优势。林意姍等^[18]使用中医传承辅助系统软件对中医药治疗 Hp 感染的文献进行数据挖掘,将 108 首方剂纳入分析,其中共有 30 种中药的使用频次 ≥ 10 次,大致可分为扶正药和祛邪药两类,扶正药出现频次由高到低分别包括甘草、党参、白术、白芍、茯苓、黄芪等,祛邪药则分别是黄连、蒲公英、半夏、陈皮、延胡索、黄芩等。秦巍^[19]通过临床实验证明,Hp 对黄连具有高敏感性,对黄芩、大黄、大青叶、丹参、地榆、延胡索、吴茱萸、甘草等具有中敏感性,对三七、桂枝、生地黄、党参、川厚朴、柴胡等具有低敏感性。李江等^[20]通过计算中药乙醇提取物对于体外菌株的最小抑菌浓度发现,大黄及黄连的抑菌作用最强,黄芩的抑菌作用较弱,而败酱草则无明显的抑菌作用。Shi 等^[21]研究中药乙醇提取物对 Hp 尿素酶活性的抑制作用时发现,中药厚朴及决明子的乙醇提取物可以明显抑制尿素酶活性。多个研究已经证实大蒜素具有较强的抗菌活性,大蒜素是大蒜中的蒜氨酸被蒜氨酸酶转化而来,其中起主要抗菌活性的物质是二十四烷、十六烷

酸、二稀丙基硫化物等,大蒜素不仅可以有效地预防或减少 Hp 感染,还能抑制其生长,最重要的是还可以降低胃癌的发病风险^[22]。

总体来说,相关文献中常用的抗 HP 感染的中药包括:黄连、黄芩、黄柏、大黄、蒲公英、金银花、厚朴、鱼腥草、土茯苓、白花蛇舌草、紫花地丁、鸦胆子、木香、香附、桂枝、吴茱萸、高良姜、党参、黄芪、甘草、延胡索、丹参、田三七等^[23-24]。然而,中医重视整体观念,单味药治疗无法兼顾复杂的病机变化,因此临床使用单味药治疗 HP 感染较少,大多从整体出发,辨证论治,标本兼顾,遣方用药,而单味药的研究可以为临床复方用药提供更多选择。

2.2 中医辨证治疗 赵冬梅等^[25]辨证治疗 76 例肝胃不和型 Hp 感染性胃溃疡患者,随机分为两组,对照组采用西药治疗,具体方案为阿莫西林 1 g bid + 奥美拉唑 20 mg bid + 克拉霉素 500 mg bid 服用 1 周,后改用奥美拉唑 20 mg qd 继续服用 5 周,研究组采用柴胡疏肝散辨证加减治疗,连服 4 周为 1 个疗程,结果显示,不仅两组的中医证候有效率、溃疡愈合率差异有统计学意义($P < 0.05$),而且研究组患者的 Hp 清除率为 86.70%,相比于对照组的 65.8%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。武晓磊等^[26]将符合标准的 60 例慢性胃炎患者随机分为两组,其中观察组的 Hp 阳性率为 60.00%,对照组则为 56.67%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗方法对照组采用雷贝拉唑肠溶胶囊 20 mg qd + 枸橼酸莫沙必利 5 mg tid,观察组予以四逆泻心汤(柴胡 15 g、白芍 15 g、枳实 15 g、清半夏 12 g、党参 9 g、干姜 9 g、黄连 3 g、黄芩 9 g、大枣 9 g、炙甘草 9 g)辨证治疗,早晚餐后各一次,2 周为 1 个疗程,治疗后两组的总有效率分别为 56.70%、100.00%,差异有统计学意义($P < 0.001$),两组治疗后 Hp 阳性率均下降,比较有统计学意义($P < 0.05$)。廖宝斌^[27]对 120 例 Hp 感染性胃病进行中药辨证治疗,对照组采用三联疗法(甲硝唑 0.6 g qd + 阿莫西林 1.0 g qd + 奥美拉唑 20 mg qd),实验组则采用中药辨证治疗,如肝气犯胃证采用柴胡疏肝散,阴虚胃燥证采用麦门冬汤加味,脾胃虚寒证采用扶阳助胃汤,肝胃郁热证采用化肝煎合左金丸加减,结果显示实验组总有效率为 96.70%,对照组总有效率为 80.00%,两组间对比有统计学意义($P < 0.05$),提示中药在针对 Hp 感染有其治疗优势。

2.3 中医自拟方治疗 张训景等^[28]选用自拟安胃促愈汤治疗 130 例 Hp 感染的消化性溃疡患者,随机分为两组,对照组予四联疗法(埃索美拉唑 20 mg bid + 阿莫西林 1 g bid + 克拉霉素 0.5 g bid + 胶体果胶铋 150 mg tid),观察组在此基础上加用自拟安胃促愈汤(炙黄芪 20 g、桂枝 15 g、生蒲黄 15 g、香附 15 g、炒五灵脂 15 g、白芨 15 g、制乳香 10 g、炙甘草 8 g, bid),两组疗程为 8 周,结果显示两组的总有效率、Hp 根除率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),提示自拟安胃促愈汤联合四联疗法可以有效提高 Hp 根除率,降低胃液 pH 值,调节 OPN 和 β -catenin 水平,减轻消化性溃疡患者的临床症状。陆贤燕等^[29]对入选 85 例 Hp 阳性辨证属于湿热中阻证的患者随机分为两组,对照组予以标准三联疗法(奥美拉唑 20 mg bid + 克拉霉素 500 mg bid + 阿莫西林 1.0 g bid),治疗组予以

自拟灭菌运脾汤 + 奥美拉唑 20 mg bid,具体方药为苍术 10 g、茯苓 10 g、炙甘草 6 g、白芍 10 g、黄芪 10 g、党参 10 g、炙鸡内金 6 g、姜半夏 10 g、黄连 5 g、白花蛇舌草 15 g、蒲公英 30 g、丹参 10 g、三七 3 g、砂仁 3 g,通过比较两组治疗 4 周后 Hp 清除率发现,治疗组相比于对照组差异有统计学意义($P < 0.05$)。翟建宁等^[30]将 118 例符合脾虚湿热型的 Hp 感染性胃炎患者按照随机数字表法分为两组,对照组予以西药治疗,方案为阿西林胶囊 1.0 g bid + 奥美拉唑肠溶片 20 mg bid + 克拉霉素缓释胶囊 0.5 g bid,观察组在其基础上加用益气化湿方治疗,每天早晚分 2 次温服,具体方药为蒲公英 20 g、败酱草 20 g、白术 15 g、党参 15 g、淮山药 15 g、茯苓 15 g、薏苡仁 15 g、陈皮 10 g、黄连 10 g、木香 10 g、佩兰 10 g、砂仁 6 g、甘草 3 g,2 组均连续治疗 1 个月,结果显示两组的总有效率及 Hp 阴转率比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),而且观察组的胃黏膜状况要优于对照组。

2.4 中成药治疗 张清等^[31]将符合纳入标准的 120 例 Hp 相关性胃炎随机分为两组,对照组予以西药治疗(奥美拉唑 20 mg bid + 阿莫西林 1.0 g bid + 克拉霉素 0.5 g bid,10 d 后改为奥美拉唑 20 mg bid + 铝碳酸镁 1.0 g tid,连续服用至 4 周),观察组予以其院内制剂三黄清胃丸(半夏泻心汤 + 大黄加减),疗程为 4 周,结果显示观察组电子胃镜及¹⁴C-DPM 测试 Hp 转阴率分别 96.22% 和 95.00%,相比于对照组的 83.93% 和 83.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组的总有效率为 93.33% 明显高于对照组的 78.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。陶海燕等^[32]选取 80 例符合标准的脾胃湿热证 Hp 阳性慢性胃炎患者,随机分为两组,对照组予以三联疗法(阿莫西林胶囊 1.0 g bid + 克拉霉素胶囊 0.5 g bid + 兰索拉唑胶囊 30 mg bid),研究组在其基础上加服荆花胃康胶丸 160 mg tid,两组连续治疗 4 周,治疗后两组的 Hp 根除率分别为 80.00% 和 95.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示荆花胃康胶丸可以提高 Hp 的清除率,同时可以改善中医证候积分,降低患者体内血清炎性因子水平。徐岩等^[33]通过研究 82 例需要进行 Hp 根除治疗的患者发现,对照组使用西药治疗(雷贝拉唑 20 mg bid + 左氧氟沙星 0.1 g tid + 阿莫西林 1.0 g bid)14 天后, Hp 根除率为 78.05%,总有效率为 80.49%,而实验组在给予西药基础上加用蒲地蓝消炎口服液 10 ml tid 治疗 14 d 后, Hp 根除率和总有效率明显高于对照组,分别为 97.56% 和 97.56%,而且并不会增加患者的不良反应。

2.5 中西医结合治疗 卫团利^[34]将 92 例 Hp 感染十二指肠溃疡患者随机分为两组,对照组采用西药治疗(奥美拉唑肠溶胶囊 20 mg bid + 克拉霉素胶囊 0.5 g bid + 阿莫西林胶囊 0.5 g bid),观察组在其基础上联合半夏泻心汤加减治疗,2 周后两组 Hp 清除率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),而且观察组在总体有效率和中医证候积分改善方面均明显高于对照组。谢昭敏等^[35]选取 68 例辨证属于脾胃虚寒型的 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组,对照组采用西药治疗(雷贝拉唑 20 mg bid + 铝碳酸镁 1.0 g tid),观察组在其基础上辨证加用黄芪建中汤治疗,8 周后观察组的总有效率为 94.12%,相比于对照组的 73.53%,差

具有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明黄芪建中汤可以显著改善患者症状, 降低血清 TNF- α 、IL-6 及 CRP 水平, 提高治疗有效率。王保健等^[36]研究 120 例 Hp 相关性胃溃疡患者, 随机分为对照组和观察组, 前者予以四联疗法 (泮托拉唑 40 mg bid + 克拉霉素 500 mg bid + 枸橼酸铋钾 0.6 g bid + 阿莫西林 1 000 mg bid 治疗 14 天, 后继续服用泮托拉唑 40 mg bid 持续 4 周), 后者在其基础联用加味清中汤 (茯苓 30 g、陈皮 20 g、草豆蔻 15 g、法半夏 15 g、梔子 15 g、黄连 15 g、甘草 6 g) 辨证治疗, 治疗结果显示观察组的 Hp 治疗有效率 (90.00%) 明显高于对照组 (66.67%), 而且两组在临床疗效、中医证候积分、血清炎症因子、胃肠激素及 PG I 比较均有统计学意义 ($P < 0.05$), 这充分说明清中汤加味配合西药治疗可以调节体内胃肠激素及 PG I 水平, 提高 Hp 根除率, 改善患者临床症状。

2.6 其他治疗 赵昕等^[37]选取 100 例¹³C 尿素呼气试验为阳性的患儿, 随机分为两组, 对照组采用奥美拉唑 0.4 ~ 0.8 mg · kg⁻¹ · d⁻¹ qd (晨起餐前) + 克拉霉素 15 mg · kg⁻¹ · d⁻¹ bid (餐后) + 替硝唑 10 · kg⁻¹ · d⁻¹ bid (餐后), 观察组在其基础上, 选足三里、中脘穴为主穴交替施平补平泻法, 留针 1 min, 随证取配穴, 每日 1 次, 6 d 为 1 个疗程, 停 1 d 后再行第 2 个疗程, 两组疗程均为 2 周, 结果发现观察组的临床总有效率和临床症状积分优于对照组, 而且观察组的 Hp 转阴率亦明显高于对照组。孙丽香等^[38]将 931 例 Hp 阳性胃十二指肠溃疡病患者根据自愿原则分为两组, 对照组予以奥美拉唑肠溶片 20 mg bid + 阿莫西林胶囊 1.0 g bid + 呋喃唑酮 0.2 g bid 治疗 2 周后, 单给奥美拉唑肠溶片 20 mg bid 再治疗 2 周, 研究组在其基础上进行双胃脘、中脘、双足三里穴位埋线治疗, 结果显示研究组的总有效率明显高于对照组, 研究组的 Hp 感染程度评分明显低于对照组, 而且并未有不良反应发生。马锋^[39]研究中药混合液对 Hp 的抑制中发现, 中药黄芩、金银花、蒲公英以一种固定浓度水平混合后, 可以提升口腔 Hp 的抑菌率至 97.20%, 一方面可以有效地抑制口腔中 Hp 的生长, 另一方面还能预防、治疗牙龈疾病。

3 小结与展望

随着抗生素耐药性的增强, 临床学者们希望通过研究新型的抗菌药物和抗菌疫苗来降低 Hp 的发病率, 但目前研究尚不全面, 此时中医药治疗 Hp 感染的优势越发突出, 临床上相关研究亦日益增加。中医强调整体观念及辨证论治, 上述大量的临床研究显示, 单纯中医药治疗或中西医结合治疗相对于西药治疗, 一方面可以通过调节人体阳气抵御外邪, 提高根除 Hp 的效率, 另一方面可以减少西药的副作用, 降低疾病的复发率。

然而, 目前本病的证型尚未完全统一, 需要整合多方面的建议形成统一的辨证分型意见, 建立统一的中医证候疗效评价标准, 同时进行多中心、大样本、随机双盲、系统性、前瞻性的临床实验研究, 向分子生物学领域倾斜, 探讨中医药起效的有效成分及作用机制, 从而为中医药治疗 Hp 感染相关疾病提供更多的科学依据。

参考文献

- [1] Warren JR, Marshall B. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis [J]. Lancet, 1983, 1 (8336): 1273 - 1275.
- [2] 苏青, 徐三平. 幽门螺旋杆菌的研究进展 [J]. 临床消化病杂志, 2014, 26(3): 132 - 133.
- [3] 安仕刚, 夏英, 鲁力, 等. 对幽门螺杆菌感染流行病学特点的调查研究 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(4): 42 - 44.
- [4] 万毅, 徐勇勇, 薛富波, 等. 性别间和家庭聚集的幽门螺杆菌感染的 Meta 分析 [J]. 中华流行病学杂志, 2003, 24(1): 54 - 57.
- [5] 王焰, 谭玉洁, 马莉, 等. 贵阳市花溪区幽门螺杆菌流行病学调查研究 [J]. 贵州医药, 2011, 35(5): 454 - 456.
- [6] 卢圆媛, 尹伶. 幽门螺杆菌感染与疾病相关性研究进展 [J]. 实用医学杂志, 2018, 34(20): 3486 - 3489.
- [7] 王伟, 张倩, 曹志群, 等. 幽门螺杆菌致病机制的中西医研究进展 [J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(1): 152 - 154.
- [8] 杨成, 崔梅花. 幽门螺杆菌致病因子及其致病机制研究进展 [J]. 世界华人消化杂志, 2017, 25(10): 857 - 864.
- [9] 刘文忠. “幽门螺杆菌胃炎京都全球共识” 解读 [J]. 胃肠病学, 2015, 20(8): 449 - 456.
- [10] 李梦迪, 郑松柏. 幽门螺杆菌耐药的流行病学研究现状 [J]. 胃肠病学, 2019, 24(1): 47 - 50.
- [11] 崔璨璨, 李长峰, 张斌. 幽门螺杆菌感染治疗方案的研究现状和进展 [J]. 吉林大学学报 (医学版), 2017, 43(6): 1287 - 1290.
- [12] Dore MP, Lu H, Graham DY. Role of bismuth in improving Helicobacter pylori eradication with triple therapy [J]. Gut, 2016, 65(5): 870 - 878.
- [13] 李妍, 刘华一. 幽门螺杆菌相关性胃炎中医药研究进展 [J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(27): 3500 - 3502.
- [14] 孙莉. 浅谈幽门螺杆菌感染的中医药治疗 [J]. 中医临床研究, 2013, 5(15): 52.
- [15] 吴文珍, 周晓波. 周晓波治疗 Hp 相关性慢性胃炎经验 [J]. 四川中医, 2017, 35(12): 1 - 4.
- [16] 周强, 陶琳, 赵鲁卿, 等. 中医药个体化辨证方案联合标准四联疗法根除幽门螺杆菌 220 例回顾性分析 [J]. 北京中医药, 2018, 37(7): 625 - 627.
- [17] 张向东. Hp 相关性胃炎的中医证型的临床观察 [J]. 中医临床研究, 2016, 8(13): 89 - 90.
- [18] 林意珊, 江锋. 基于中医传承辅助系统的幽门螺杆菌感染用药规律研究 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(36): 117 - 120.
- [19] 秦巍. 黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型胃溃疡 45 例 [J]. 河南中医, 2013, 33(3): 341 - 342.
- [20] 李江, 成虹, 高文, 等. 不同中药提取物对幽门螺杆菌耐药菌株体外抗菌活性研究 [J]. 现代中医临床, 2015, 22(2): 21 - 23, 28.
- [21] Shi DH, Liu YW, Liu WW, et al. Inhibition of urease by extracts derived from 15 Chinese medicinal herbs [J]. Pharm Biol, 2011, 49(7): 752 - 755.
- [22] 刘正茹, 田山, 董卫国. 大蒜素治疗幽门螺杆菌相关疾病研究进展 [J]. 疑难病杂志, 2018, 17(9): 959 - 962.
- [23] 甘英辉, 严欢, 程正, 等. 中药治疗幽门螺杆菌感染的研究进展 [J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(2): 141 - 143.
- [24] 杨丽华, 李惠义. HP 感染性胃炎的中药治疗及实验研究进展

- [J]. 中医药研究, 2000(4): 54-55.
- [25] 赵冬梅, 程华丽. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型 Hp 阳性胃溃疡 38 例[J]. 河南中医, 2017, 37(4): 646-648.
- [26] 武晓磊, 郝文杰, 郭军. 四逆泻心汤治疗慢性胃炎的临床疗效观察[J]. 世界中医药, 2019, 14(4): 974-977, 981.
- [27] 廖宝斌. 中药汤剂治疗幽门螺杆菌感染性胃病临床效果分析[J]. 黑龙江中医药, 2017, 46(3): 10-11.
- [28] 张训景, 张颖颖. 自拟安胃促愈汤联合西医四联疗法治疗 Hp 阳性消化性溃疡疗效观察[J]. 中国中医急症, 2018, 27(6): 1066-1068.
- [29] 陆贤燕, 陈小芳, 徐惠明, 等. 灭菌运脾汤加减治疗幽门螺旋杆菌临床研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(76): 31-32.
- [30] 翟建宁, 金小晶. 益气化湿方联合西药治疗幽门螺杆菌感染性胃炎患者对胃黏膜的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(8): 1895-1898.
- [31] 张清, 杨永和, 蔡敏, 等. 三黄清胃丸治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的安全性和有效性系统评价[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(5): 1165-1166.
- [32] 陶海燕, 陆燕, 黄晓宇. 荆花胃康胶丸治疗 HP 阳性慢性胃炎临床观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(2): 159-160.
- [33] 徐岩, 郑丽丽, 崔柳, 等. 蒲地蓝消炎口服液联合三联药物根除幽门螺杆菌的临床疗效[J]. 中国实用医药, 2017, 12(26): 130-132.
- [34] 卫团利. 半夏泻心汤佐治 Hp 感染十二指肠溃疡 46 例临床观察[J]. 国医论坛, 2019, 34(1): 11-12.
- [35] 谢昭敏, 陈楚华, 吴志雄. 黄芪建中汤辅助治疗对脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的影响[J]. 赣南医学院学报, 2018, 38(6): 545-548.
- [36] 王保健, 梁华, 顾文芬, 等. 清中汤加味配合西药治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡疗效评价[J]. 四川中医, 2018, 36(8): 80-83.
- [37] 赵昕, 周鸿飞. 针灸治疗小儿幽门螺杆菌相关性胃炎疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2015, 7(1): 37-39.
- [38] 孙丽香, 李荣清, 赵海军, 等. 中医穴位埋线配合 PPI 方案治疗幽门螺杆菌感染疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(31): 3499-3500, 3503.
- [39] 马锋. 抑制口腔幽门螺杆菌的中药组方的研制[D]. 广州: 南方医科大学, 2011.

收稿日期: 2019-06-20 编辑: 王国品

· 护 理 ·

热敏灸干预痔病鞍麻术后恶心呕吐的临床效果

洪艳燕, 郭秀君, 吴琼, 朱晓月, 徐晶晶, 刘翠, 李健

南京中医药大学附属南京中医院, 江苏 南京 210000

摘要: **目的** 探讨热敏灸干预鞍麻术后引起恶心呕吐的临床疗效。**方法** 将 2017 年 5 月至 2018 年 8 月住院的 83 例痔病鞍麻术后出现恶心呕吐的患者随机分为观察组(43 例)和对照组(40 例), 观察组与对照组分别采用热敏灸及传统艾灸治疗, 穴位均选取内关、中脘、足三里穴, 灸后 6、12、24、48 h 进行观察、记录, 均每日 1 次, 连续 3 d。根据 WHO 的麻醉后恶心呕吐(PONV)评定标准, 观察两组 PONV 症状的缓解情况。**结果** 两组患者在干预 6 h 后 PONV 评分差异明显, 有统计学意义($P < 0.05$), 但其余时间无统计学差异($P > 0.05$)。临床疗效: 观察组与对照组的总有效率分别为 74.41%、45.00%, 两组临床疗效差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 热敏灸可以更好地改善痔病鞍麻术后患者早期的 PONV 症状, 提高治疗效果。

关键词: 热敏灸; 痔病; 鞍麻术后; 麻醉; 麻醉后恶心呕吐

中图分类号: R 714.25 R 445.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2019)12-1734-03

麻醉后恶心呕吐(PONV)发生率约为 20%~30%^[1], 研究发现术后患者难以忍受的 10 个副作用中, 恶心排第四位, 而呕吐位居首位^[2]。临床针对 PONV 大多选择药物治疗, 但副作用多、费用贵, 且单一使用某一种药物通常效果不佳, 近十年内 PONV 发生率没有显著降低^[3]。中医护理技术如穴位贴敷、

艾灸等干预 PONV 不仅疗效明显, 且无创价廉, 易行安全。热敏灸是以“辨敏施灸”为核心的热敏化腧穴悬灸新疗法^[4-10], 目前其已在许多疾病及症状治疗和缓解上开展了临床研究, 但在防治麻醉术后恶心、呕吐的研究较少。本院肛肠中心运用热敏灸干预痔病鞍麻术后恶心、呕吐, 现报道如下。