

# 艾灸治疗危重症患者胃肠功能障碍临床疗效观察

王路娥 丁开方 杨东星 高巧变

(河北省沧州中西医结合医院东院区重症医学科 沧州 061001)

**摘要:**目的:观察艾灸治疗危重症患者胃肠功能障碍的临床疗效。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 12 月收治的胃肠功能障碍危重症患者 80 例,随机分为对照组和治疗组,各 40 例,对照组采用常规西医基础治疗,治疗组在常规西医治疗基础上采用艾灸治疗,对比两组临床疗效及胃肠功能障碍复发情况。结果:治疗组总有效率为 95.0%,对照组总有效率为 80.0%,治疗组总有效率高于对照组( $P<0.05$ );治疗组复发率为 35.0%,对照组复发率为 70.0%,治疗组复发率明显低于对照组( $P<0.05$ )。结论:艾灸能有效治疗危重症患者胃肠功能障碍,加快患者康复进程,改善危重症患者生活质量。

**关键词:**胃肠功能障碍;艾灸;危重症

中图分类号:R574.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.035

自 20 世纪 80 年代以来,胃肠道在全身炎症反应及多器官功能障碍(Multiple Organ Dysfunction Syndrome, MODS)中的作用越来越受到重视<sup>[1]</sup>。研究显示,约 62% 的 ICU 患者至少会出现 1 种胃肠功能障碍临床症状,并且胃肠功能与患者预后密切相关<sup>[2]</sup>。中医学认为肾为先天之本,脾为后天之本,胃肠道疾患尤其是慢性胃病以虚证较为多见,治疗也多以温补为主。我院采用艾灸治疗危重症患者胃肠功能障碍取得了良好的效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 1 月~2017 年 12 月我院收治的胃肠功能障碍危重症患者 80 例,按照随机数字表法分为对照组和治疗组,各 40 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 两组一般资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	男(例)	女(例)	年龄(岁)	既往患有严重胃肠道病史(例)
治疗组	40	22	18	65.25±10.12	12
对照组	40	25	15	67.46±8.96	10

**1.2 治疗方法** 两组均给予相同的基础治疗,包括肠内营养、补液、促胃肠动力药物、预防多器官衰竭等。治疗组在基础治疗基础上采用艾灸治疗。艾灸盒对患者腹部关元、天枢、中脘、神阙、气海等穴位进行温和灸,2 次/d,20~40 min/次,平均 30 min。4 周为 1 个治疗疗程,两组均随访 3 个月。

**1.3 观察指标** 胃肠功能评分:采用 2008 年 MODS 病情严重程度胃肠功能评分。0 分:肠鸣音无减弱,隐血试验阴性,未出现呕血及黑便;1 分:肠鸣音减弱或消失,隐血试验阳性;2 分:肠鸣音减弱或消失并出现黑便;3 分:肠鸣音消失并出现呕血。APACHE II 评分:包括三部分,即急性生理评分、年龄评分及慢性健康评分。临床疗效判定标准:痊愈,所有临床症状和体征全部消失;显效,主要临床症状和体征消失,胃肠功能评分减少 $\geq 70\%$ ,APACHE II

评分改善 $\geq 60\%$ ;有效,主要症状和体征部分好转,胃肠功能评分减少 $\geq 30\%$ 但 $<70\%$ ,APACHE II 评分改善 $\geq 30\%$ 但 $<60\%$ ;无效,主要症状体征无改善甚至加重,胃肠功能评分减少、APACHE II 评分改善均 $<30\%$ 。胃肠功能障碍复发率:两组随访 3 个月,统计胃肠功能障碍复发情况。

**1.4 统计学分析** 数据用 SPSS19.0 统计学软件分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验,计数资料以%表示,行  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 治疗组总有效率为 95.0%,对照组总有效率为 80.0%,治疗组总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	40	19	5	8	8	32(80.0)
治疗组	40	28	7	3	2	38(95.0)
$\chi^2$						7.929
P						$<0.05$

**2.2 两组复发情况比较** 治疗组复发率为 35.0%,对照组复发率为 70.0%,治疗组复发率明显低于对照组( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组复发情况比较

组别	n	复发(例)	未复发(例)	复发率(%)
对照组	40	28	12	70.0
治疗组	40	14	26	35.0
$\chi^2$				9.825
P				$<0.05$

## 3 讨论

欧洲重症医学会(European Society of Intensive Care Medicine, ESICM)2012 年对急性胃肠功能障碍进行了系统定义,并描述了重症患者胃肠功能障碍的临床症状。将胃肠功能定义为消化、吸收、屏障、免疫及内分泌功能<sup>[3-4]</sup>,并在会议上提出血流灌注、

胃肠道的分泌及蠕动、肠道 - 微生物协调的相互作用是保证肠道功能的重要因素这一论点。急性胃肠功能障碍主要的治疗方法包括胃肠减压, 早期肠内营养, 特异性营养底物的选择, 改善肠道灌注及微循环, 使用胃肠道促动力药物等<sup>[5]</sup>。但无论是急性胃肠功能障碍的发病机理、诊断、分级, 还是急性胃肠功能障碍的治疗都有待进一步明确, 尤其是治疗上缺乏针对性难以满足临床诊治需求<sup>[6-7]</sup>。

中医学认为肾为先天之本, 脾为后天之本, “内伤脾胃, 百病由生” “先天养后天, 后天滋先天”, 脾肾阳虚则脾胃气弱, 无法化生精气, 脾失运化, 肾失摄纳, 从而导致全身精气虚损, 疾病缠绵不愈<sup>[8]</sup>。温补脾肾是在中医学“整体观念”与“辨证论治”思想指导下制定的治疗原则, 对促进患者胃肠动力恢复、提升营养支持效率有重要的意义。温补之法, 莫过于灸法。重症医学科患者病势较急, 病情较重<sup>[9]</sup>。正邪相争日久, 正气耗伤, 伏邪日久, 病性多为虚实夹杂, 因此脾胃虚寒是危重症患者最常见的疾病证候。本研究中所有患者所选取的穴位为关元、天枢、中脘、神阙、气海等, 施灸后均具有调理脾胃、温阳止泻等作用。人体的正常生命活动有赖于气血的推动作用, 气行则血行, 气止则血止, 血气在经脉中流行, 完全依靠“气”的推送。艾灸通过温热刺激推动气血在血液中运行, 使阳气得温, 继而布散全身, 达到温补脏腑的作用。同时艾灸的温热刺激传导作用于机体后

产生与疗效密切的相关生物信息, 并通过相关途径增加机体的保护潜能, 增强机体的适应性及抗损伤能力, 达到温补的效果<sup>[10]</sup>。综上所述, 在常规西医治疗的基础上加用艾灸治疗危重症患者胃肠功能障碍, 能提高疗效, 减少患者胃肠功能障碍复发率, 加快患者康复进程, 改善患者生活质量。

参考文献

[1] Brun P, Scarpa M, Marchiori C, et al. Saccharomyces boulardii CNCM I-745 supplementation reduces gastrointestinal dysfunction in an animal model of IBS[J]. Plos One, 2017, 12(7):e0181863  
 [2] Reintam Blaser A, Jakob SM, Starkopf J. Gastrointestinal failure in the ICU[J]. Curr Opin Crit Care, 2016, 22(2):128-141  
 [3] 虞文魁. 急性胃肠功能障碍的认知与困惑[J]. 医学研究生学报, 2015, 28(5):449-453  
 [4] 张炎, 陈明祺, 姜建东, 等. 基于“胃气”思想应用益气通腑法干预危重症患者胃肠功能障碍的探析[J]. 中国中医急症, 2017, 26(7):1200-1203  
 [5] 汪华学, 赵士兵, 吴强, 等. 3321 例 ICU 重症患者急性胃肠功能障碍的发生及其预后[J]. 中华解剖与临床杂志, 2014, 19(2):126-128  
 [6] 吴丽, 潘霞, 容英, 等. 早期肠道复苏对危重症病人急性胃肠功能障碍的防治作用[J]. 现代医院, 2014, 14(4):89-90  
 [7] 韦海涛, 刘丽, 杨国丽, 等. 生大黄联合肠内营养对危重症患者胃肠功能的保护作用[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(24):6130-6131  
 [8] 刘畅, 杨秀捷, 赵昕, 等. 消胀贴神阙穴贴敷辅助治疗脓毒症胃肠功能障碍的中医证候疗效观察[J]. 北京中医药, 2018, 37(3):276-279  
 [9] 李莉, 赵云燕, 罗小星, 等. 补中益气汤联合肠内营养治疗危重症患者胃肠功能障碍的临床观察[J]. 中国中医急症, 2017, 26(7):1281-1283  
 [10] 邱书瑾, 鱼涛. 四君子汤联合大承气汤灌肠干预重症胃肠道功能障碍及血清学指标分析[J]. 山西医药杂志, 2018, 47(22):2698-2701

(收稿日期: 2019-04-15)

# 不同抗体型幽门螺旋杆菌感染者胃黏膜功能状态的实验研究

闻华 张润玲 莫丽美 郑俊胜

(中国科学院大学深圳医院 广东深圳 518107)

**摘要:**目的:探讨不同抗体型幽门螺旋杆菌感染者胃黏膜功能状态。方法:选取 2018 年 2 月~2019 年 1 月行幽门螺旋杆菌抗体分型检测结果为阳性的 332 例患者纳入试验组, 另选取同期行幽门螺旋杆菌抗体分型检测结果为阴性的患者 300 例纳入对照组, 测定所有入选者胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II 和胃蛋白酶原比值, 比较幽门螺旋杆菌阳性、阴性患者胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II、胃蛋白酶原比值水平; 比较不同幽门螺旋杆菌抗体分型胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II、胃蛋白酶原比值水平, 并分析胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II、胃蛋白酶原比值水平与幽门螺旋杆菌抗体分型的相关性。结果:试验组胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II 水平较对照组高, 胃蛋白酶原比值水平较对照组低, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); II 型幽门螺旋杆菌感染者胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II 水平较 I 型幽门螺旋杆菌感染者低, 胃蛋白酶原比值水平较 I 型幽门螺旋杆菌感染者高, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 经 Pearson 相关性分析, 胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II 与幽门螺旋杆菌抗体分型呈负相关( $r < 0, P < 0.05$ ), 胃蛋白酶原比值与幽门螺旋杆菌抗体分型呈正相关( $r > 0, P < 0.05$ )。结论:不同抗体型幽门螺旋杆菌感染与胃黏膜功能状态有密切联系, 血清胃蛋白酶原水平变化有助于鉴别幽门螺旋杆菌抗体分型, 可为临床治疗方案的制定、患者预后评估提供重要依据。

**关键词:**幽门螺旋杆菌感染; 不同抗体型; 胃黏膜功能状态

中图分类号: R573

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.036

胃部疾病是临床常见病、多发病, 近年来随着人们饮食结构及生活习惯的不断改变, 胃部疾病发生率不断增加, 严重影响人们日常生活。临床研究显

示, 幽门螺旋杆菌(Helicobacter Pylori, Hp)感染是诱发胃部疾病常见病因, Hp 依据其细胞毒素可分为 I 型 Hp 感染和 II 型 Hp 感染, 而不同分型 Hp 感染诱