

## ◆临床护理研究◆

## 奥美拉唑联合中医辨证施护干预消化性溃疡病临床研究

应伟红

台州市中心医院(台州学院附属医院)中西医结合科, 浙江 台州 318000

**[摘要]** 目的: 探讨对消化性溃疡患者应用奥美拉唑治疗后配合中医辨证施护干预对其临床疗效以及临床症状恢复的情况。方法: 将收治的100例消化性溃疡患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组(奥美拉唑治疗)和观察组(奥美拉唑与中医辨证施护干预联合治疗), 每组50例。比较2组临床症状恢复情况以及焦虑等负面情绪的影响情况。结果: 经治疗后, 2组负面情绪明显好转( $P < 0.05$ ), 且观察组抑郁自评量表(SDS)的值以及焦虑自评量表(SAS)的值明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。经治疗后, 2组临床症状均有好转, 且观察组各临床症状恢复情况优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 对于消化性溃疡患者, 采用奥美拉唑治疗后配合中医辨证施护干预进行治疗, 可有效缓解临床症状, 改善患者的情绪。

**[关键词]** 消化性溃疡; 中医辨证施护; 奥美拉唑; 临床症状

**[中图分类号]** R573.1; R248.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 06-0272-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.06.083

## Clinical Study on Omeprazole Combined with Chinese Medicine Nursing Based on Syndrome Differentiation Intervening Peptic Ulcer

YING Weihong

**Abstract:** **Objective:** To explore the clinical effect of Chinese medicine nursing based on syndrome differentiation for patients with peptic ulcer after receiving omeprazole, and observe the recovery condition of clinical symptoms. **Methods:** 100 cases of patients with peptic ulcer who were hospitalized and treated in the hospital were enrolled as study subjects, and they were divided into the control group and the observation group randomly, 50 cases in each group. The control group received omeprazole, while the observation group additionally received Chinese medicine nursing based on syndrome differentiation. Compared the recovery condition of clinical symptoms and the effect on such negative emotions as depression in both groups. **Results:** After treatment, negative emotions in both groups were significantly improved ( $P < 0.05$ ), and the scores of self-rating depression scale (SDS) and self-rating anxiety scale (SAS) in the observation group were significantly better than those in the control group, difference being significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the clinical symptoms in both groups were improved, and the recovery condition of clinical symptoms in the observation group was better than that in the control group, difference being significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** For patients with peptic ulcer, the application of Chinese medicine nursing based on syndrome differentiation after treating with omeprazole can effectively relieve clinical symptoms and improve the emotions of patients.

**Keywords:** Peptic ulcer; Chinese medicine nursing based on syndrome differentiation; Omeprazole; Clinical symptoms

消化性溃疡是内科常见慢性疾病, 不易被彻底治愈, 患病周期长<sup>[1]</sup>。患病因素较多, 与饮食、情绪或幽门螺杆菌(Hp)感染等均有较大关联<sup>[2]</sup>。该疾病的主要患病部位为十二指肠以及

胃部, 主要临床症状为疼痛、反酸等, 如长期反复发作, 会演变为出血, 严重影响患者的生活质量<sup>[3]</sup>。故需在患病初期及时采取治疗措施, 控制疾病发展。本研究就奥美拉唑治疗后配合

**[收稿日期]** 2018-12-24

**[作者简介]** 应伟红 (1971-), 女, 主管护师, 研究方向: 中西医护理。

中医辨证施护干预应用于该疾病治疗中的影响进行了探讨,选取笔者收治的100例消化性溃疡患者作为研究对象,现将结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 将2016年5月—2017年5月本院收治的100例消化性溃疡患者作为研究对象,年龄19~78岁,平均(43.87±4.97)岁。采用随机数字表法将研究对象分为2组,各50例。对照组男26例,女24例;年龄19~74岁,平均(42.96±5.77)岁;病程1~12年,平均(6.43±1.98)年;十二指肠溃疡者18例,胃溃疡者21例,混合溃疡者11例。观察组男27例,女23例;年龄21~78岁,平均(43.67±5.26)岁;病程1~11年,平均(6.92±2.66)年;十二指肠溃疡者16例,胃溃疡者19例,混合溃疡者15例。2组患者的溃疡位置、心理状态以及药物过敏史等临床资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 纳入标准 参考文献[4],胃黏膜、病理学等诊断结果均符合消化性溃疡疾病的相关诊断标准;所有患者入院前均未采取其他治疗方案,入院后对治疗方案知情,并签署同意书;未患其他精神类疾病。

1.3 排除标准 对青霉素类等治疗药物过敏者;精神异常者;伴肝、肾等其他严重脏器类疾病者。

## 2 干预方法

2.1 对照组 给予奥美拉唑肠溶胶囊治疗,每次20 mg,早、晚各口服1次;阿莫西林胶囊,每次1 g,早、晚各口服1次;克拉霉素胶囊,每次0.2 g,早、晚各口服1次。3种药物共同给药1周后,单独给予口服奥美拉唑肠溶胶囊3周。

2.2 观察组 行奥美拉唑与中医辨证施护干预联合治疗,奥美拉唑的给药方式以及给药量同对照组患者,同时再给予相应的中医辨证施护干预。具体如下:寒邪客胃证,饮食以清淡、温热、易消化为原则,宜用姜等性温热的食物作调料,忌食生冷和油腻之品。避风寒,多加衣被,防止外感;注意休息,不宜过劳。饮食停滞证,多食宽中理气消食之品,如萝卜、金橘、山楂等,痛剧时应暂时禁食,待病情缓解后,再进流质或半流质饮食;禁忌肥甘厚味及辛辣食物,忌酒;食疗方:曲米粥(神曲15 g、粳米100 g)、陈米粥(陈茶叶5~10 g、粳米100 g);忧思伤脾,脾气愈虚,加重病情,故应避免忧思焦虑的情绪,保持精神愉悦。肝气犯胃证,病室凉爽、通风;饮食清淡、易消化,多食行气解郁之品,悲伤忧郁时暂不进食。忌壅阻气机的食物,如红薯、南瓜、土豆;调摄情志,保持心情舒畅,多听轻音乐等,使气机通畅。肝胃郁热证,每日晨起饮温热水2杯以清胃泻热,饮食多以疏肝解热之品,如菊花晶、荷叶粥;疼痛发作时,宜少食多餐;食后不可即怒,怒后不可即食,进食前后保持平静愉悦的情绪;忌辛辣烟酒、烤熏甜腻之品;恼怒抑郁是导致疼痛的重要原因,故应避免各种情志刺激,使患者心胸开阔,心情舒畅,配合治疗;病室通风,舒适

凉爽;适当参加活动,如做内养功等。瘀血停滞证,饮食给予行气活血之品,如山楂、果茶等,忌食煎炸、粗糙、硬固之品,戒烟酒;病室舒适安静,避免噪音;卧床休养,勿令过劳;患者因疼痛或出血,精神紧张恐惧而悲观,故应安慰患者,疏导情志,树立信心,安心养病。胃阴亏虚证,饮食清淡,宜多食益胃生津之品,如西瓜、梨、甘蔗、番茄、百合、莲子、银耳、甲鱼等,忌辛香温燥及浓茶、咖啡等;病室湿润凉爽,空气新鲜,适当休息,减少活动。脾胃虚寒证,饮食宜温热、营养丰富、易消化之品,少食多餐;多食温中健脾之品,如牛奶、鸡蛋、土豆、大枣、龙眼、鲮鱼、姜、葱、胡椒等,常饮红茶生姜茶,忌生冷、寒凉及肥腻、甜腻之品;居室向阳,室温略高,避风寒,多着衣被。多休息,少劳累,劳逸适度;汤药宜温服,服药后宜进热粥、热饮,以助药力;疼痛时饮生姜红糖汤,以温胃止痛。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 负性情绪情况,以抑郁自评量表(SDS)以及焦虑自评量表(SAS)为依据,根据患者治疗前后的负性情绪情况进行评分,负性情绪越严重,分值越高,测评时需患者家属以及医护人员同时在场,确保量表的准确性以及真实性。临床症状情况,治疗前后根据所有患者腹痛、嗝气、餐后饱胀以及胃部灼热感等程度进行评分,分值与症状严重程度成正比。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0统计学软件进行分析,正态计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验,样本率的比较采用 $\chi^2$ 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 4 干预结果

4.1 2组治疗前后负性情绪情况比较 见表1。经治疗后,2组负性情绪明显好转( $P<0.05$ ),且观察组SDS的值以及SAS的值明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组治疗前后负性情绪情况比较( $\bar{x}\pm s$ ) 分

| 组别例数   | SDS        |                         | SAS        |                         |
|--------|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
|        | 治疗前        | 治疗后                     | 治疗前        | 治疗后                     |
| 对照组 50 | 63.81±4.92 | 49.98±4.77 <sup>①</sup> | 66.38±5.55 | 52.81±5.92 <sup>①</sup> |
| 观察组 50 | 65.02±5.32 | 28.32±4.98 <sup>①</sup> | 67.31±5.01 | 30.01±4.32 <sup>①</sup> |
| $t$ 值  | 1.18       | 22.21                   | 0.88       | 22.00                   |
| $P$    | >0.05      | <0.05                   | >0.05      | <0.05                   |

与本组治疗前比较,① $P<0.05$

4.2 2组治疗前后临床症状改善情况比较 见表2。经治疗后,2组临床症状均有好转,且观察组各临床症状恢复情况优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 5 讨论

消化性溃疡属于消化内科的常见多发性疾病,胃黏膜受酸性胃液消化作用后发生病变形成溃疡,酸性胃液触碰的位置均有可能诱发溃疡,临床高发的疾病位置多为胃部以及十二指肠<sup>[9]</sup>。该疾病属于可预防并可治愈的疾病,但由于患病因素较

表2 2组治疗前后临床症状改善情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 腹痛        |                        | 嗝气                     |                        | 餐后饱胀      |                        | 胃部灼热感     |                        | 分 |
|-----|----|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------|------------------------|-----------|------------------------|---|
|     |    | 治疗前       | 治疗后                    | 治疗前                    | 治疗后                    | 治疗前       | 治疗后                    | 治疗前       | 治疗后                    |   |
| 对照组 | 50 | 3.56±0.44 | 3.01±0.33 <sup>①</sup> | 3.71±0.35 <sup>①</sup> | 3.11±0.32 <sup>①</sup> | 3.82±0.45 | 3.21±0.41 <sup>①</sup> | 3.73±0.38 | 3.09±0.55 <sup>①</sup> |   |
| 观察组 | 50 | 3.61±0.45 | 2.12±0.35 <sup>①</sup> | 3.73±0.34              | 2.01±0.41 <sup>①</sup> | 3.80±0.51 | 1.90±0.25 <sup>①</sup> | 3.75±0.36 | 2.19±0.51 <sup>①</sup> |   |
| t值  |    | 0.56      | 13.08                  | 0.29                   | 14.96                  | 0.21      | 19.29                  | 0.27      | 8.48                   |   |
| P   |    | >0.05     | <0.05                  | >0.05                  | <0.05                  | >0.05     | <0.05                  | >0.05     | <0.05                  |   |

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$

杂, 受环境、遗传、个体抵抗力以及精神等多种因素影响, 彻底治愈率较低, 虽对患者的生命安全无威胁, 但由于其患病周期长、易反复发作, 会对患者的生活质量造成较大影响<sup>[6-7]</sup>。该疾病的主要临床表现为腹部疼痛, 疼痛特点多为周期性, 是由于溃疡处愈合又复发所致, 且疼痛具有时间性, 两餐之间以及夜间疼痛感最为剧烈, 是由于食物消化后胃酸含量最高所致<sup>[8]</sup>。多数患者伴有饭后疼痛、唾液分泌增多、反胃、嗝酸、恶心以及烧心等临床症状。由于该疾病初期临床症状不显著且与胃炎症状相似, 需通过内镜检查、X线钡餐检查、Hp细菌培养等多种检查结果进行鉴别诊断。目前临床对于该疾病的主要治疗方法为药物治疗, 经笔者研究发现, 经以奥美拉唑为主的三联药物治疗该疾病可有效控制疾病发展, 改善患者的各种临床症状。但由于该疾病受情绪因素影响较大, 故需通过合理的护理方法配合治疗, 提高患者的情绪, 使患者积极配合治疗, 提高临床疗效。

由于该疾病患者的消化道黏膜损伤多为受胃酸分泌过多以及Hp感染所致, 故需及时给予抑制胃酸分泌以及杀菌治疗。奥美拉唑是临床应用率较高的胃酸抑制剂, 经口服给药后, 可直接作用于黏膜细胞壁内, 降低 $H^+-K^+-ATP$ 酶的活性, 使迷走神经等活性降低, 从而长久有效的抑制胃酸分泌, 属于第一代质子泵抑制剂。阿莫西林以及克拉霉素属于广谱抗菌药, 阿莫西林对格兰氏阳、阴性菌均有较强的抑菌性, 通过对细菌细胞壁合成进行抑制达到杀菌的目的, 口服给药后迅速起效, 且被杀灭的细菌无再繁殖的可能, 故对Hp有显著的根除作用。克拉霉素是由红霉素衍生而来, 对格兰氏阳性菌抑菌性较佳, 两者药物联合应用可显著提高杀菌效果。由于杀菌时会对黏膜造成一定的刺激后, 故通过三联疗法治疗后, 再单独给药奥美拉唑抑酸, 可有效保护黏膜, 从而显著改善患者的临床症状。通过对患者进行情志护理干预、疼痛护理干预以及饮食护理干预, 通过健康的饮食降低对胃黏膜的刺激, 提高用餐次数, 减少每次用餐量, 可显著降低胃酸分泌量, 并通过让患者正视疾

病, 通过自述等方式释放不良情绪, 使患者积极面对疾病。

综上所述, 给予消化性溃疡疾病患者应用奥美拉唑治疗后配合中医辨证施护干预, 可显著改善腹痛、嗝气以及反酸等临床症状, 并降低患者不良情绪, 有较高的临床应用价值。

### [参考文献]

- [1] 黄利青. 倍他洛克联用奥美拉唑治疗肝炎肝硬化合并消化性溃疡患者疗效观察[J]. 实用肝脏病杂志, 2016, 19(4): 484-485.
- [2] 梁辰飞. 温胆汤加味联合奥美拉唑治疗消化性溃疡的疗效观察和代谢组学变化[J]. 四川中医, 2017, 35(5): 97-98.
- [3] 苏伟新, 陈晨楠. 综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(14): 1763-1765.
- [4] 郭亚蕾, 黄晓燕, 韦玉娜. 紫菀止血汤联合奥美拉唑治疗消化性溃疡出血45例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(8): 198-201.
- [5] 钱宝. 雷贝拉唑联合奥美拉唑治疗幽门螺杆菌感染性消化性溃疡临床评价[J]. 中国药业, 2016, 25(18): 62-64.
- [6] 王莉. 奥美拉唑联合泮托拉唑治疗消化性溃疡的应用价值探讨[J]. 现代消化及介入诊疗, 2017, 22(3): 387-389.
- [7] 李敏, 刘莉. 综合护理干预对消化性溃疡出血患者临床疗效及生存质量的影响[J]. 安徽医药, 2015, 19(6): 1212-1214.
- [8] 王颖. 奥美拉唑、左氧氟沙星、阿莫西林三联疗法治疗消化性溃疡的疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(17): 2115-2117.

(责任编辑: 吴凌, 李海霞)