

中西医结合治疗联合健康教育干预消化性溃疡临床观察

刘欣

杭州市第一人民医院, 浙江 杭州 310016

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗联合健康教育干预消化性溃疡患者的效果。方法: 纳入 84 例消化性溃疡患者, 随机分为观察组与对照组各 42 例, 2 组患者均经中西医结合治疗, 对照组予常规指导, 观察组予健康教育, 比较 2 组的临床疗效、依从度和满意度。结果: 观察组有效率为 97.6%, 高于对照组的有效率 (83.3%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组依从性好率与满意率分别为 95.2%、100%, 均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 消化性溃疡患者经中西医结合治疗, 且给予健康教育, 临床疗效良好, 可有效改善预后, 且患者依从性好、满意度高, 值得临床推广应用。

[关键词] 消化性溃疡; 中西医结合疗法; 健康教育

[中图分类号] R573.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0077-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.038

消化性溃疡不仅受病理因素影响, 心理因素也对疾病预后具有重要影响。对疾病认知程度不够、不良情绪、不良生活习惯等均会影响预后。因此给予消化性溃疡患者行健康教育具有重要的临床意义^[1]。本研究纳入的消化性溃疡患者均经中西医结合治疗, 观察组在此基础上行健康教育, 效果良好。现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 经胃镜检查及消化道钡餐检查诊断为消化性溃疡。

1.2 辨证标准 肝胃不和证, 患者表现为食欲不振, 口干口苦, 神疲乏力、大便稀, 舌淡、苔薄, 脉弦。脾胃虚寒证, 患者表现为神疲乏力, 空腹痛甚, 便溏, 舌苔白, 脉细弱。胃阴不足证, 患者表现为大便干燥, 口干、舌燥, 舌红、苔少, 脉细数。

1.3 纳入标准 经胃镜检查确诊; 幽门螺杆菌检查显示阳性; 表现为不同程度的上腹部疼痛、反酸、饱胀、烧心等症状; 知情同意。

1.4 排除标准 患有肿瘤、癌性溃疡的患者; 伴有严重溃疡合并症的患者; 中途失访者。

1.5 一般资料 纳入 2012 年 10 月—2014 年 10 月于本院治疗的 84 例消化性溃疡患者, 采用随机数字表法分为观察组与对照组各 42 例, 观察组男 25 例, 女 17 例; 年龄 36~67 岁, 平均(58.1±12.5)岁; 胃溃疡 19 例, 十二指肠溃疡 23 例。对照组男 27 例, 女 15 例; 年龄 35~66 岁, 平均(55.9±10.7)

岁; 胃溃疡 20 例, 十二指肠溃疡 22 例。2 组性别、年龄、疾病类型等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2 组患者均经中西医结合治疗, 在此基础上, 对照组给予常规指导, 进行用药、饮食等简单讲述性指导, 观察组给予健康教育。

2.1 中西医结合治疗方法 西医治疗: 奥美拉唑肠溶胶囊, 每次 20 mg, 每天 2 次; 阿莫西林胶囊, 每次 0.5 g, 每天 3 次。中医治疗: 根据中医证型进行治疗。肝胃不和证, 疏肝和胃, 以四逆散加减治疗, 处方: 白芍、柴胡各 12 g, 枳实、延胡索各 10 g, 木香 8 g, 甘草 6 g。脾胃虚寒证, 温中健脾, 以黄芪建中汤合香砂六君子汤加减治疗, 处方: 饴糖 25 g, 黄芪 20 g, 党参 12 g, 茯苓、白芍、白术、木香、炮姜、陈皮、制半夏各 10 g, 甘草 6 g, 大枣 6 枚。胃阴不足证, 益胃养阴, 以益胃汤合芍药甘草汤加减治疗, 处方: 玄参、玉竹、白芍、生地黄、沙参各 15 g, 麦冬 12 g, 陈皮 10 g, 川贝母、甘草各 8 g。每天 1 剂, 水煎成 150 mL, 温服。15 天为 1 疗程。上述治疗时间连续 3 月。

2.2 健康教育方法 在入院到出院后均对观察组患者进行健康教育, 且主要涉及到心理指导、用药指导、饮食指导及运动指导 4 方面。行健康教育可保障护理工作细化到住院每一天, 以避免护理工作的盲目性。

2.2.1 心理指导 由于生物因素、心理因素、社会因素相互作用的影响, 患者易产生焦躁、压抑、焦虑等不良情绪。护理

[收稿日期] 2015-05-03

[作者简介] 刘欣 (1986-), 女, 主治医师, 研究方向: 消化内科。

人员同患者与家属多交流, 详尽为患者讲解疾病的发病原因、治疗方法、预后等, 针对性给予患者情感支持, 增加患者对疾病的认知。告知患者长期的不良情绪会导致胃酸分泌增加、疼痛加重、溃疡复发, 嘱患者在日常生活中应保持良好心态, 身心放松, 积极乐观, 以促进溃疡愈合。

2.2.2 用药指导 指导患者遵医嘱服药, 详尽为患者讲解用药剂量、方法、时间与相关注意事项等。同时告知患者用药期间可能发生的不良反应, 并鼓励患者及时向医护人员反映自身的不良反应, 以便及时控制且更改用药与治疗方式。

2.2.3 饮食指导 合理饮食可有效提高疗效, 具有重要临床意义。告知患者宜食用易于消化、热量充足、富含蛋白质与维生素类的食物。饮食应保持清淡, 细嚼慢咽, 不宜过饱。睡前不宜饮食, 保持愉快放松的精神状态。对于消化性溃疡急性期且存在合并症的患者, 需少吃多餐, 禁止饮用浓茶、咖啡等饮料, 还应注意适量饮用牛奶, 因牛奶会刺激胃酸分泌; 禁止食用过热、过冷、油炸类食物, 戒烟忌酒, 以防溃疡复发。

2.2.4 运动指导 告知患者可经运动促进康复, 通常选择全身运动, 配合适当按摩治疗。根据患者年龄、病情、体质、兴趣等, 推荐适宜的运动。如饭后散步、摩腹可促进消化吸收, 避免饭后进行剧烈运动, 通常可在饭后 1 h 进行较大的运动, 需注重全身与局部运动结合。此外还需指导患者进行反复松弛训练, 提高抗应激效果, 促进自身康复。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 自制患者依从度调查问卷, 采用评分制, 问卷包括用药、饮食及运动 3 方面内容, 每题有“是”、“否” 2 个选项, 是 5 分, 否 0 分, 共计 20 题。低于 70 分即依从性差, 高于 70 分即依从性良好。自制满意度调查问卷, 采用评分制, 问卷包括心理护理质量、病房环境质量及护理人员服务质量 3 方面内容, 每题有“满意”、“不满意” 2 个选项, 满意 5 分, 不满意 0 分, 共计 20 题。低于 70 分即满意, 高于 70 分即不满意。2 种问卷分发给全部患者作答后回收问卷, 进行统计分析。

3.2 统计学方法 经 SPSS 18.0 统计学软件行数据分析, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈: 临床症状消失, 影像学检查示溃疡黏膜恢复正常; 好转: 临床症状显著减轻, 影像学检查示溃疡黏膜明显改善; 无效: 临床症状无变化甚至恶化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组有效率为 97.6%, 高于对照组的有效率(83.3%), 差异有统计学意义($\chi^2=5.983$, $P < 0.05$)。

4.3 2 组依从度与满意度比较 见表 2。观察组依从性良好率与满意率分别为 95.2%、100%, 均高于对照组, 差异均有统计学意义($\chi^2=6.938$ 、7.320, $P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	好转	无效	有效率(%)
观察组	42	24	17	1	97.6
对照组	42	21	14	7	83.3

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表 2 2 组依从度与满意度比较

组别	n	依从性良好	满意
观察组	42	40(95.2)	42(100)
对照组	42	32(76.2)	36(85.7)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

消化性溃疡是较为常见的消化道疾病, 其病灶主要位于胃与十二指肠, 临床主要表现为慢性、节律性及周期性上腹部疼痛, 还会伴有反酸、烧心、穿孔等症状。若未及时治疗会导致消化道出血、穿孔等严重并发症^[2]。西医治疗主要经抑制分泌胃酸、保护胃黏膜、杀灭幽门螺杆菌控制病情, 常用药物中的奥美拉唑属质子泵抑制剂, 可有效抑制胃蛋白酶分泌, 保持消化道内环境相对碱性条件; 阿莫西林可有效抑制幽门螺杆菌生长, 促进溃疡愈合。消化性溃疡在中医中属胃痛范畴, 发病与饮食、情志有关。患者长期恼怒、焦虑伤肝, 肝气不舒, 肝郁乘脾, 导致脾胃功能失调; 长期饮食不均衡, 会导致脾胃受损, 气机郁滞, 引起胃脘痛, 时间长则影响气血运行, 加重血瘀气滞。本研究纳入最为常见的 3 种证型患者, 其中肝胃不和证是由肝气郁滞、横逆犯胃导致, 选择四逆散加减治疗可疏肝和胃; 脾胃虚寒证多由脾气虚证发展而成, 或肾阳虚、火不生土导致, 选择黄芪建中汤合香砂六君子汤加减可温中健脾; 胃阴不足证是由过食辛辣、积热于内, 或情志不畅、气郁化火导致, 选择益胃汤合芍药甘草汤治疗可益胃养阴。

消化性溃疡发病可受到遗传因素、胃酸及胃蛋白酶异常分泌、长期精神紧张、恼怒焦虑情绪、药物副作用等因素的影响, 因此给予患者健康教育具有重要临床意义, 心理指导可帮助患者缓解不良情绪, 知晓良好心态对本病的康复有促进作用, 可改善预后^[3]; 用药指导可保证治疗效果, 并能让医护人员及时处理不良反应; 饮食指导可使患者注意饮食均衡, 尽量减少饮食因素对溃疡的不良刺激; 运动指导可提高抗应激效果, 促进自身康复。

本研究对 2 组患者行依从性与满意情况调查, 依从性差主要表现为患者不按时按量用药、未合理均衡饮食, 未进行有效运动恢复等, 其原因主要为护理人员指导不到位, 未强调正确用药、饮食及运动的重要性; 不满意主要体现在患者仍有不良情绪, 认为病房环境差、护理人员服务不到位等, 其原因主要为护理人员工作不严谨, 未重视患者心理护理、病房打扫及自身态度对患者的影响等。针对以上问题, 护理人员应严格做好心理、用药、饮食及运动等指导工作, 保持病房干净整洁,

积极主动与患者交流,建立良好的护患关系,提高患者的治疗积极性^[4]。

本研究结果显示,观察组临床疗效优于对照组,依从性好率与满意率均高于对照组。提示消化性溃疡患者经中西医结合治疗,且给予健康教育,临床疗效良好,可有效改善预后,且患者依从性好、满意度高,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 周宁,郑丽维,张冬梅,等.中西医结合护理消化性溃疡的研究进展[J].中华现代护理杂志,2012,18(21):

2593.

[2] 王海燕,顿晓熠,柏愚,等.中国上消化道出血的临床流行病学分析[J].中华消化内镜杂志,2013,30(2):83.

[3] 曹楠,余学,张旭光.心理干预对消化性溃疡患者焦虑抑郁情绪的影响[J].中国健康心理学杂志,2011,19(3):290-291.

[4] 王婷.护理结局分类系统在消化性溃疡患者健康教育中的应用[J].中国健康教育,2014,30(3):273-275.

(责任编辑:吴凌)

中西药结合治疗重度溃疡性结肠炎临床观察

张礼辉

杭州经济技术开发区白杨街道社区卫生服务中心,浙江 杭州 310018

[摘要] 目的:观察中西药结合治疗重度溃疡性结肠炎的临床疗效。方法:选取 86 例脾气虚弱型重度溃疡性结肠炎患者,随机分为对照组和治疗组,2 组均给予美沙拉嗪肠溶片联合双歧三联活菌肠溶胶囊的基础治疗,治疗组在此基础上加用补脾益肠丸口服,28 天后观察 2 组的临床疗效。结果:对照组总有效率 81.0%,治疗组总有效率 95.5%,2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:补脾益肠丸与美沙拉嗪肠溶片、双歧三联活菌肠溶胶囊联合治疗重度溃疡性结肠炎疗效明确。

[关键词] 溃疡性结肠炎;重度;中西医结合疗法;补脾益肠丸;美沙拉嗪肠溶片;双歧三联活菌肠溶胶囊;临床疗效

[中图分类号] R573.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 09-0079-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.039

溃疡性结肠炎属炎症性肠炎的一种,临床表现为腹痛、腹泻、便血、便中带黏液等,严重的还可出现恶心、呕吐、发热、败血症、电解质紊乱、脱水等症状^[1]。该病属慢性结肠性疾病,病程较长,且病情复杂、发展较快,治疗不当易发生继发性感染、癌变,甚至造成死亡^[2]。本院临床上采用中西药结合的方法治疗重度溃疡性结肠炎患者,疗效良好,现报道如下。

1 临床资料

选择 2014 年 3—12 月在本院治疗的 86 例溃疡性结肠炎患者。所有患者符合《对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见(2007 年,济南)^[3]中溃疡性结肠炎的诊断标准,均采用过激素治疗,确诊为重度溃疡性结肠炎;中医辨证分型为脾气虚弱型,症见乏力、纳差、便溏、大便次数增多、腹部隐痛,

舌质淡、苔白厚,脉浮滑;签署患者知情同意书,同意参加本次临床研究。排除:18 岁以下、70 岁以上的患者,孕期或哺乳期患者,合并其他胃肠道溃疡病以及肿瘤的患者,合并其他自身免疫疾病的患者,肝、肾功能不全的患者,影响该病诊断、治疗和疗效判定的患者。根据住院顺序随机分为对照组和治疗组。对照组 42 例,男 25 例,女 17 例;年龄(43.5 ± 7.3)岁;病程(57.5 ± 15.7)月。治疗组 44 例,男 26 例,女 18 例;年龄(46.2 ± 9.4)岁;病程(60.5 ± 17.2)月。2 组性别、年龄、病程、病情等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 服用美沙拉嗪肠溶片和双歧三联活菌肠溶胶囊作为基础治疗。具体服用方法为:美沙拉嗪肠溶片(葵花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司),每天 3 次,每次口服 0.5 g;

[收稿日期] 2015-04-03

[作者简介] 张礼辉 (1975-),男,副主任医师,研究方向:全科医疗。