

引火归元中药热熨对慢性萎缩性胃炎患者的 护理干预

杜细雨

贵州中医药大学第一附属医院消化内科, 贵州 贵阳

收稿日期: 2025年6月7日; 录用日期: 2025年7月6日; 发布日期: 2025年7月15日

摘 要

目的: 观察引火归元中药热熨对慢性萎缩性胃炎(脾肾阳虚型)患者的护理干预。方法: 选择在我科就诊的慢性萎缩性胃炎(脾肾阳虚型)患者72例为研究对象, 根据治疗的先后顺序分为A组和C组各36例。A组给予中药热熨治疗, C组予引火归元中药热熨, 治疗2周后比较两组临床疗效、中医症候积分、住院天数、患者的满意度。C组患者胃脘胀痛、嗳气、反酸、不思饮食等中医症候积分明显低于A组。差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 基于中医扶阳引火归元法中药热熨对治疗慢性萎缩性胃炎(脾肾阳虚型)患者能明显改善临床疗效、缓解症状, 缩短住院天数, 提高患者的护理满意度, 值得推广。

关键词

中医扶阳理论, 慢性萎缩性胃炎, 脾肾阳虚型, 引火归元, 中药热熨

On Chronic Atrophic Gastritis (Spleen-Kidney-Yang Deficiency Type) Nursing Intervention for the Patients

Xiyu Du

Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang Guizhou

Received: Jun. 7th, 2025; accepted: Jul. 6th, 2025; published: Jul. 15th, 2025

Abstract

Objective: To observe the nursing intervention of patients with chronic atrophic gastritis (spleen and kidney Yang deficiency type). **Methods:** 72 patients with chronic atrophic gastritis (spleen and kidney Yang deficiency) in our department were selected as study subjects and divided into group

A and group C according to the order of treatment. Group A was treated with traditional Chinese medicine, and group C was treated with traditional Chinese medicine. After 2 weeks of treatment, the clinical efficacy, TCM syndrome points, hospitalization days and patient satisfaction of the two groups were compared. In group C, the points of TCM symptoms such as epigastric distension, belching, acid reflux and negative diet were significantly lower than that in group A. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Based on the method of traditional Chinese medicine, TCM hot ironing can significantly improve the clinical effect, relieve the symptoms, shorten the number of hospital days for the patients with chronic atrophic gastritis (spleen and kidney Yang deficiency), and improve the patients' nursing satisfaction, which is worth promoting.

Keywords

Chinese Medicine Help Yang Theory, Chronic Atrophic Gastritis, Spleen and Kidney Yang Deficiency Type, Fire to Yuan, Chinese Medicine Hot Ironing

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性萎缩性胃炎是一种以胃黏膜上皮和腺体萎缩为特征的慢性消化系统疾病。在该疾病中,胃黏膜变薄,黏膜基层增厚,可能伴有幽门腺化生和肠腺化生,或有不典型增生[1]-[3]。该疾病通常表现为上腹部隐痛、胀满、嗳气,食欲不振,或消瘦、贫血等原因多样,如幽门螺杆菌感染,饮食习惯,免疫因素,胆汁或十二指肠液反流等都可能致成本病[4]。中老年人或受到重金属如铅、汞、铜及锌的接触者更易受到影响。由于多数慢性胃炎患者无任何症状,因此难以获得确切的患病率。我国内镜诊断慢性萎缩性胃炎比例为 17.7%,病理诊断为 25.8% [5]。萎缩性胃炎与幽门螺杆菌(Hp)感染有关,目前我国 Hp 感染率为 52.2%左右且感染率随年龄增加而升高[6]。除 Hp 感染外,自身免疫性胃炎也可导致胃黏膜萎缩,约 20% 的 50~74 岁人群中抗壁细胞抗体阳性(该抗体与自身免疫性胃炎相关)胃癌高发区慢性萎缩性胃炎的患病率高于胃癌低发区[7]。现今在治疗方面,将祛除病因,削弱胃粘膜炎症反应、改变腺体萎缩,减轻症状作为目的;治疗时尽量基于病因实施针对性干预。目前对 CAG 的治疗主要是参照《中国慢性胃炎诊治指南(2022 年,上海)》[8]。用药主要包括促胃动力药、抑酸护胃药、消化酶制剂、根除 HP 药、胃粘膜保护剂,若病人合并明显精神心理症状,可配伍抗焦虑或抗抑郁药[9]。中医治疗疾病可体现出明显优势,同时获得较稳定的远期疗效。中医扶阳学派是扶助人体的正气,即以扶阳的理法方药通过回阳、通阳来达到救助机体真阴及其所属的阴津、阴血的目的。基于“扶阳”理论,使用引火归原中药热熨治疗 CAG 可修复机体正气,以助祛除病理上的阴邪,纠正阴阳互损,或防止阴阳离绝的现象发生,使机体恢复并维持动态的“阴平阳秘”状态。这故引火归原中药热熨是治疗脾肾阳虚型慢性萎缩性胃炎的重要外治法,在临床上运用广泛。本研究旨在基于中医扶阳引火归元法中药热熨护理对慢性萎缩性胃炎(脾肾阳虚型)患者可缓解症状,缩短住院天数,提高患者的满意度。希望通过本研究能够为 CAG 的治疗提供新方向,同时也为引火归元法中药热熨在医院护理中的应用提供有力的支持。

2. 临床资料

2.1. 病例来源

本研究的参与者均是贵州中医药大学第一附属医院消化内科门诊及住院部的患者,根据纳排标准

选出了 72 名符合本次研究的患者。治疗时段限定在 2023 年 9 月至 2024 年 9 月之间。病例筛选时，在排除其他因素引起 CAG 的前提下，依据患者的临床表现、实验室检查等结果，符合 CAG 的诊断标准。

2.2. 纳排标准

纳入标准参照《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017)》[9]结合脾肾阳虚证诊断标准：主症：胃脘、痞满、胀痛、刺痛或隐痛；次症：① 食少纳呆；② 大便稀溏，倦怠乏力；③ 气短懒言；④ 餐后脘闷；⑤ 症状因情绪因素诱发或加重；⑥ 暖气频作；⑦ 胸胁胀痛；⑧ 反酸烧心；⑨ 面色暗滞；舌脉：舌质淡或有齿痕，苔白，脉沉细。排除、脱落、终止标准：患者治疗配合度不高，未能遵循规定时间进行治疗；因个人因素无法按时完成疗效评估；研究期间，患者对药物出现耐受不良或出现不良反应，需立即退出研究；因失访等导致数据不全，影响试验结果分析；治疗过程中，患者自主决定退出试验；符合以上任一条件者。本研究经贵州中医药大学第一附属医院伦理委员会审批，患者及家属知情并签署知情同意书。

3. 治疗方法与观察指标

3.1. 治疗方法

① 对照组：给予中药热熨治疗：选取党参 30 g、白术 10 g、茯苓 20 g、木香 10 g、砂仁 6 g、丹参 30 g、三七 3 g 在砂锅或者锅里煎熬之后，去汁留渣，将药渣用纱布包裹，热敷于上腹部，可以淋上热药汁，防止散热过快，每次热敷不宜超过 30 分钟。若身体出现不适症状，建议及时前往医院进行就诊，谨遵医嘱治疗，切忌私下自行诊治，避免延误最佳治疗时机。② 治疗组予引火归元中药热熨治疗：选取黑顺片 75 g(先煎 2 小时)、肉桂 20 g、干姜 15 g、黄芪 30 g、川乌、草乌各 30 g(先煎 2 小时)、茯苓 20 g、白术 10 g、太子参 15 g 等药，采用对照相同方法。2 周为一个疗程。

3.2. 观察指标

临床疗效及症状，住院天数及患者的满意度。

安全性评价指标与副作用

① 监测生命体征(体温、心脉、呼吸和血压)。② 检查血细胞分析、肝肾功能、心电图及大小便常规。实验过程中需持续监测患者生命体征，一旦出现不良症状，应及时处理并研究患者情况，详细记录临床表现及处理措施。若发生严重不良反应，应立即停药。

3.3. 疗效评定

3.3.1. 疗效评价准则

评估患者症状改善程度时，可借鉴以下计算方法： $(\text{治疗前得分} - \text{治疗后得分}) / \text{治疗前得分} \times 100\%$ 。以下为具体评判标准：(1) 痊愈：患者症状明显改善，改善率高达 95%以上；(2) 显效：症状明显改善，改善率介于 70%至 95%之间；(3) 有效：症状略有减轻，改善率在 30%至 70%范围内；(4) 无效：症状无显著改善甚至加重，改善率低于 30%。

3.3.2. 临床症状评分标准

根据具体的临床表现采用四级评分制度，包括无、轻、中、重四个等级，主要症状的分数分别为 0、2、4、6 分，次要症状的分数为 0、1、2、3 分。对比治疗前后评分，以评估两组的治疗成效。

3.4. 统计学方法

实验所得数据将通过 SPSS26.0 软件进行分析处理。统计数据时，将采用 χ^2 检验；对于符合正态分布的计量数据，将以 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式呈现，并通过相关检验进行对比。在等级数据对比中，运用秩和检验，以 $P < 0.05$ 作为判断差异具有统计学意义的临界点。

4. 结果

4.1. 一般资料比较

在本项研究中，依据纳排标准，入选 72 名患儿，根据治疗的先后顺序分为 A 组和 C 组，每组各 36 例，对照组男性 20 例，女性 16 例，年龄 40~75 岁，平均年龄 (60 ± 17.28) ，病程 (8.25 ± 0.15) 年。治疗组男性 18 例，女性 18 例，年龄 40~75 岁，平均年龄 (61.20 ± 17.21) 岁，病程 (8.25 ± 0.24) 年， $(P = 0.574 > 0.05)$ 。两组受试者，分别采用 χ^2 检验， $\chi^2 = 0.063$ ， $P = 0.082 > 0.05$ ，差异无统计学意义。年龄采用独立样本 t 检验， $P = 0.580 > 0.05$ ，差异无统计学意义；病程用独立样本 t 检验，差异无统计学意义；以上说明性别、年龄、病程均无统计学差异，两组具有可比性 $(P = 0.574 > 0.05)$ 。

4.2. 临床疗效对比

经过 2 周的治疗，观察组与对照组的疗效上升至 83.33% 与 66.67%，C 组的治疗效果明显大于 A 组，两组数据具有统计学意义 $(P < 0.05)$ ，具结果见表 1。

Table 1. Comparison of clinical efficacy between the two groups
表 1. 两组临床疗效对比

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	Z	P
C 组	36	2	8	20	6	83.33%	-3.274	<0.001
A 组	36	0	10	14	12	66.67%		

注：疗效分析用秩和检验分析， $Z = -3.274$ ， $P = 0.001 < 0.05$ 。

4.3. 两组治疗前后症状积分比较

经过 2 周的治疗，两组治疗前患者胃脘胀痛、嗝气、反酸、不思饮食等症状积分均无统计学意义 $(P > 0.05)$ ，具有明显可比性；经 A 组给予中药热熨治疗，C 组予引火归元中药热熨分别治疗后，C 组胃脘胀满、胃脘疼痛、嗝气、反酸、不思饮食等积分均较前明显降低，具有统计学意义 $(P < 0.05)$ 。结果见表 2。

Table 2. Comparison of symptom scores before and after treatment in two groups
表 2. 两组治疗前后症状积分比较

症状	C 组		A 组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
胃脘胀痛	4.69 ± 1.31	1.56 ± 1.50^{ab}	4.56 ± 1.27	3.88 ± 2.03^{ab}
嗝气	4.31 ± 1.36	0.88 ± 1.24^{ab}	4.25 ± 1.22	1.63 ± 1.29^{ab}
反酸	4.56 ± 1.57	2.44 ± 2.48^{ab}	2.22 ± 0.75	0.94 ± 0.84^{ab}
不思饮食	2.34 ± 0.79	1.35 ± 1.31^{ab}	4.25 ± 1.22	2.69 ± 1.22^{ab}

注：a 表示组内治疗前后的比较 $P < 0.05$ ，b 表示组间比较 $P < 0.05$ 。

4.4. 两组患者住院天数比较

治疗前两组患者的住院时间无明显差异性($P>0.05$), 经过 2 周的治疗后, C 组的住院时间由(18.69 ± 2.45)天明显缩短到(10.35 ± 2.14)天, A 组住院时间由(18.54 ± 1.41)天明显缩短到(11.58 ± 3.12)天, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。结果见表 3。

Table 3. Comparison of hospitalization days between the two groups
表 3. 两组住院天数比较

组别	治疗前	治疗后	Z	P
C 组	18.69 ± 2.45	10.35 ± 2.14	-1.145	<0.001
A 组	18.54 ± 1.41	11.58 ± 3.12		

注: 住院天数用秩和检验分析, $Z = -1.145$, $P = < 0.01$ 。

4.5. 两组患者护理满意度调查比较

经过 2 周治疗后, 调查结果表明, C 组的满意度(77.78%)比 A 组的满意度(66.67%)明显增高(表 4)。

Table 4. Comparison of two groups of satisfaction survey (%)
表 4. 两组满意度调查比较(%)

组别	例数	满意	中立	不满意	满意度
C 组	36	28	2	6	77.78%
A 组	36	24	6	6	66.67%

注: 满意度: 满意人数/总人数。

5. 结论

慢性萎缩性胃主要以胃痛、反酸、恶心、腹胀、消化不良等为其主要临床表现[10] [11]。一般认为, 胃黏膜发生萎缩并非由正常细胞一跃而变成萎缩细胞, 而是一个逐渐演变多步骤癌变过程。目前, 由慢性胃炎→胃黏膜萎缩→肠上皮化生→异型增生→胃癌的发展模式已成为多数学者所认可。但其病因尚不完全清楚, 幽门螺杆菌(Hp)感染引起的胃肠道黏膜浸润和预防因素的损害是其主要病因[12]。故根除 Hp 是治疗 CAG 的根本大法, 中医药更是防治 CAG 的重要手段。慢性萎缩性胃炎属于中医学“痞满”的范畴, 也可归于“胃脘痛”、“呕吐”、“泛酸”“嘈杂”等病症的范畴[13]。基本是由饮食失宜、劳倦失常、情志失调、外邪侵袭等引起, 病名最早见于《黄帝内经》。在胃痛的认识上总结其病因病机、症状比较准确。孟景春[14]教授认为引起的萎缩中阴伤比较少见, 而是脾肾阳虚型居多, 故引火归元法是治疗脾肾阳虚型慢性萎缩性胃炎的根本大法。主要由于胃粘膜固有腺体萎缩及相邻结构病理改变累及周围组织结构, 出现与胃镜学改变相应的临床表现的疾病[15]。慢性萎缩性胃炎是症状最轻、临床常见的癌前病变, 胃镜学上没有明显的退变, 仅会出现花斑颗粒样改变, 须病理活检确认[16]。时乐、陆晓芬等[17]采用中药热奄包治疗脾胃虚寒型慢性胃炎后疗效显著, 简便易行。

而引火归元中药热熨理论来源于扶阳派, 历经近 200 年的传承、探索、总结和升华, 至今已形成了一套完整成熟的扶阳医学理论体系, 以及用之于临床实践而皆效的理法方药。在临床实践中, 扶阳医学重视阳气, 强调扶阳。以火立极, 扶正护阳是扶阳医学的理论核心; 善用姜、桂、附是扶阳医学的显著特点; 坎离既济、延年益寿是扶阳医学的终极目标。

本项研究中我们发现在引火归元中药热熨与中药热熨治疗的治疗过程中, C 组效果明显好于 A 组。两组患者的临床疗效 C 组明显大于 A 组, 两组数据具有统计学意义($P < 0.05$), 但 C 组疗效明显。然患者胃脘胀满、胃脘疼痛、嗳气、反酸、不思饮食等症状积分均较前明显降低, 具有统计学意义($P < 0.05$), 但经过护理后 C 组比 A 组积分降低。而 C 组的住院时间由(18.69 ± 2.45)天明显缩短到(10.35 ± 2.14)天, A 组住院时间由(18.54 ± 1.41)天明显缩短到(11.58 ± 3.12)天, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 故经过治疗后 C 组住院时间明显缩短而患者的满意度 C 组(77.78%)比 A 组的满意度(66.67%)明显增高, 故 C 组比 A 组满意度大。综上所述, 采用引火归元法中药热熨对治疗慢性萎缩性胃炎(脾肾阳虚型)患者的临床护理时, 使用扶阳引火归元法中药热熨对治疗慢性萎缩性胃炎(脾肾阳虚型)患者能明显改善临床疗效、缓解症状, 缩短住院天数, 提高患者的护理满意度, 且不增加药物不良反应。本研究所选取的样本数较少, 未来需更多的样本以作更深入的研究。

参考文献

- [1] 张毅娜, 朱景茹, 谢雅莉, 等. 胡任教授从“解郁通降”论治慢性萎缩性胃炎癌前病变经验[J]. 云南中医中药杂志, 2024, 45(11): 11-13.
- [2] 陈硕, 李江辉, 洪嘉辉, 等. 消痞汤对脾胃虚弱证慢性萎缩性胃炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2024, 46(10): 3288-3292.
- [3] 周映彤. 疏肝和胃加减汤治疗慢性萎缩性胃炎治疗前后患者病理组织的改善情况[J]. 黑龙江医药, 2024, 37(5): 1121-1124.
- [4] 马刚, 张西青, 马臻, 等. 黄芪建中汤联合合募配穴灸法辅助治疗脾胃虚寒型幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中华养生保健, 2024, 42(15): 16-19.
- [5] 黎永鸿. 加减荆芥连翘汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床回顾性分析[D]: [硕士学位论文]. 广州: 南方医科大学, 2024.
- [6] 邓萱怡. 疏肝调胃汤治疗慢性萎缩性胃炎(肝胃不和证)的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 太原: 山西省中医药研究院, 2024.
- [7] 刘福杨, 许孝林. 健脾消萎汤加减小香砂养胃丸治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(6): 72-74.
- [8] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎诊治指南(2022 年, 上海) [J]. 胃肠病学, 2023, 28(3): 149-180.
- [9] 李军祥, 陈諒, 吕宾, 等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [10] 林春梅, 张双喜, 罗琼熙, 等. 基于长桑君脉法运用小建中汤合大柴胡汤治疗平人型慢性萎缩性胃炎的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(7): 1722-1729.
- [11] 任浩, 李阳, 文玉利, 等. 任顺平教授治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察及经验分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2024, 32(7): 614-616, 622.
- [12] 田锋亮, 刘薇. 从“燥与湿兼”论治慢性萎缩性胃炎的思路与方法[J]. 环球中医药, 2024, 17(9): 1835-1838.
- [13] 余静雯, 陈伟. 陈伟基于“胃以通为补”理论病证结合治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 浙江中西医结合杂志, 2024, 34(5): 393-394, 397.
- [14] 刘舟, 张卫华, 骆殊. 孟景春教授论治慢性萎缩性胃炎的临床经验[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(5): 486-488.
- [15] 韩平武. 四君子汤合连朴饮化痰治疗脾胃湿热型慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 广西中医药, 2024, 47(4): 12-14.
- [16] 张弛, 廖苏丹, 苏钢. 血清胃泌素-17、胃蛋白酶原及 PGR 在慢性萎缩性胃炎诊断中应用价值[J]. 临床和实验医学杂志, 2024, 23(16): 1704-1707.
- [17] 时乐, 陈玲, 李梅霞. 中药热奄包治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(9): 61-63.