

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2013.12.015

胃复春联合西药治疗幽门螺杆菌阳性慢性 胃炎脾虚兼热型 30 例

李天望¹, 马吕丽²

(¹ 湖北省中医院 消化科, 湖北 武汉 430060; ² 杭州胡庆余堂药业, 浙江 杭州 310000)

摘要:[目的]观察胃复春片联合西药治疗幽门螺杆菌阳性(Hp⁺)慢性胃炎脾虚兼热型的临床疗效。[方法]60 例 Hp⁺慢性胃炎脾虚兼热型患者随机分为 2 组,各 30 例。对照组口服泮托拉唑钠肠溶胶囊 40 mg,2 次/d 加阿莫西林/克拉维酸钾片 0.92 g,3 次/d 加克拉霉素缓释胶囊 0.5 g,1 次/d;治疗组在对照组治疗的基础上加用胃复春片 1.44 g,3 次/d。2 组疗程均为 14 d,停药至少 1 个月以后复查,观察 2 组疗效及 Hp 根除率等情况。[结果]治疗组症状改善明显,总有效率为 90.0%,对照组为 83.3%($P < 0.05$)。治疗组 Hp 根除率为 90.0%,对照组为 83.3%($P < 0.05$)。2 组患者不良反应均轻微。[结论]胃复春片联合西药治疗 Hp⁺慢性胃炎临床疗效显著,Hp 根除率高,不良反应少。

关键词:幽门螺杆菌; 胃复春; 胃炎,慢性

中图分类号:R 573.3

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2013)12-0657-02

慢性胃炎(CG)是一种消化系统多发、常见疾病,是由多种病因引起的胃黏膜慢性炎症。幽门螺杆菌(Hp)是 CG 的主要病因之一^[1]。我国人群的感染率在 40%~90%,属高感染率国家。现阶段根除 Hp 的首选方案是质子泵抑制剂(PPI)加 2 种抗生素组成的标准三联疗法,但随着抗生素的不规范使用,Hp 对多种抗生素产生耐药,导致 Hp 根除率下降。本研究旨在观察胃复春片联合西药治疗 Hp 阳性 CG 的临床疗效。

1 资料与方法

全部病例选自于 2012 年 6~12 月湖北省中医院消化内科门诊患者。诊断标准参照文献[2]。中医症候诊断标准参照文献[3-4]。同时要有内镜下的明确诊断,¹⁴C-呼气试验结果阳性。排除近半年来使用了其他根除 Hp 药物者,并经胃镜检查有消化系统其他疾病者。随机分为 2 组:对照组 30 例,男 13 例,女 17 例;年龄 23~63 (43.33±12.57)岁。治疗组 30 例,男 12 例,女 18 例;年龄 24~62 (44.36±10.68)岁。2 组患者在性别、年龄、病情轻重度、Hp 阳性、中医症候积分等经统计学分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

对照组:给予标准三联疗法治疗。泮托拉唑钠肠溶胶囊(杭州中美华东制药有限公司生产,规格 40 mg/粒)口服,每次 1 粒,每日 2 次,早晚餐前服用。阿莫西林/克拉维酸钾片[珠海联邦制药股份有限公司中山分公司生产,457 mg (400 mg/57

mg)/片]口服,每次 2 片,每日 3 次,饭后 30 min 服用。克拉霉素缓释胶囊(广州柏赛罗药业有限公司生产,0.25 g/粒)口服,每次 2 片,每天 1 次,中餐间服用。治疗组在对照组治疗基础上加用胃复春片(杭州胡庆余堂药业有限公司,0.359 g/片)口服,每次 4 片,每日 3 次,饭后 30 min 服用。2 组疗程均为 14 d,嘱患者在治疗期间停用与本治疗有直接相关的其他药物治疗,清淡饮食,禁宵夜及生冷辛辣刺激油腻饮食。纳入患者均要求使用单独器具进食,尽量避免交叉感染。

停药至少 1 个月以后复查,观察 2 组疗效、Hp 根除率、中医症候改善等情况。

疗效评定:显效:复查 Hp 转阴,临床症状及体征消失,停药 1 个月,即复查时无复发迹象。有效:复查 Hp 转阴,临床症状及体征基本消失,停药 1 个月,复查时无加重。无效:复查 Hp 结果阳性,临床症状及体征未消失。中医症状疗效评定:根据中医症状分级量化表计分,经统计学处理,比较治疗前后记分变化及组内、组间差别。

采用 SPSS 17.0 统计软件。统计数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料用 t 检验,计数资料及分类资料采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组显效 19 例(63.3%),有效 8 例(26.7%),无效 3 例(10.0%),总有效率 90.0%;对照组显效 17 例(56.7%),有效 8 例(26.7%),无效 5 例(16.7%),总有效率 83.3%,治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

治疗组治疗后 Hp 转阴 27 例,根除率为 90.0%,对照组治疗后 Hp 转阴 25 例,根除率为 83.3%,治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

患者中医症状总积分比较,治疗组治疗前为 19.19 ± 6.01 ,治疗后为 8.26 ± 3.82 ,对照组治疗前为 19.42 ± 5.67 ,治疗后为 10.02 ± 3.98 ,2 组治疗前与治疗后相比,差异有统计学意义($P < 0.05$),2 组治疗药物均能改善 Hp 阳性 CG 脾虚兼热型患者的中医症状,且疗效显著。治疗前后 2 组总积分及各项中医症候评分经组间比较,具有显著差异($P < 0.05$),治疗组在改善 Hp 阳性 CG 脾虚兼热型患者的中医各项症状方面明显优于对照组,尤其是改善胃脘隐痛、纳呆少食效果显著。

3 讨论

西医对 CG 具体的病因和发病机制认识迄今尚未完全阐明,多种原因使胃黏膜攻击因子和防御因子平衡失调,导致胃黏膜炎症损伤的产生,引起胃黏膜神经内分泌免疫网络功能紊乱,胃肠激素分泌失调,黏膜保护因子降低。一般认为,已明确的 CG 发生的主要环节包括 Hp 感染、免疫因素和十二指肠液反流。

Hp 感染是导致 CG 的主要病因,目前 Hp 感染率约占全球 50% 以上, Hp 是一种 S 形微需氧的革兰阴性杆菌,能在人类的胃黏膜长期定植,并持续存在,经若干年后可在易感的个体中造成慢性活动性胃炎、消化性溃疡等疾病的产生。现已明确, Hp 是多种上消化道疾病包括 CG、消化性溃疡和胃癌的重要病因之一^[6]。流行病学调查显示,胃病的发生率与 Hp 感染率呈正相关,且 Hp 感染者胃病的发病率高于非感染者的 4~8 倍。CG 患者 90% 以上可检测出 Hp,用药物根除 Hp 后,胃炎的组织学改变如炎症细胞浸润可以逆转,若再次感染 Hp,炎症改变又会重新出现。

目前常用的根除 Hp 一线治疗方案大体上可分为 PPI 基础和铋剂基础的方案两大类,由一种 PPI 或 1 种铋剂加上克拉霉素、阿莫西林、甲硝唑 3 种抗

生素中的 2 种组成三联疗法,但随着抗生素的不规范使用, Hp 对多种抗生素产生耐药,导致 Hp 根除率下降。

Hp 阳性 CG 脾虚兼热型病机关键为本虚标实,脾胃虚弱为本,兼夹湿热。脾胃是后天之本,能够固护人体正气。正气存内,邪不可干,邪气外犯,正虚不能抗邪而为病。 Hp 感染属中医“邪气”的范畴,脾胃虚弱水湿不运,邪气侵袭,日久化热化火,两者胶结变生湿热,阻于中焦,中焦气机郁滞,运化失调而发病。同时脾胃虚弱,虚热内生,亦可致湿热。湿热内蕴,更适宜 Hp 的生长和繁殖,进一步损伤脾胃正气。

胃复春片主要由红参、香茶菜、炒枳壳组成。红参补气滋阴,益血健胃;香茶菜行气活血、清热除湿;炒枳壳调理气机,加强脾升胃降的疏通作用,防红参补益太过,湿邪停滞;又增强香茶菜行气除湿的功效。三者相互为用,针对本病脾虚兼热证能够起到健脾益气、行气除湿、活血解毒的功效。

根据本课题的研究,胃复春片联合西药在临床上有显著的疗效。不仅提高了 Hp 的根除率,在改善胃脘隐痛、纳呆少食等症状上疗效明显,而且不良反应少,性价比高,患者容易接受。本研究还存在许多不足之处,如病例数量过少,相关研究不完善,希望能在以后的学习研究和临床中得到进一步改善。

参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2006·中国)[S]. 中华消化杂志, 2007, 27(1): 46-46.
- [2] 张万岱, 陈治水, 危北海, 等. 慢性胃炎的中西医结合诊疗方案(草案)[S]. 中国中西医结合杂志, 2004, 12(5): 314-317.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 135-135.
- [4] 周仲英. 《中医内科学》[M]. 6 版, 北京: 中国中医药出版社, 2002: 470-470.
- [5] 许国铭, 李石. 现代消化病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1999: 381-383.

“黏”与“粘”的使用规范

“黏”与“粘”在使用中容易混淆,是常有的事。根据第 5 版的《现代汉语规范词典》的注解,这 2 个字是有区别的。这 2 个字不仅读音不同、字形不同,用法也有差异。《现代汉语规范词典》中将“粘”标为动词,“黏”标为形容词。表示动作,用“黏”的东西使物体连接起来,应选择“粘”,如粘信封、粘连、粘附;像糨糊或胶水等所具有的、能使一个物体附着在另一物体上的性质,用“黏”,如黏附分子,这胶水很黏,麦芽糖黏在一块儿了。