

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2014.07.16

胃复春联合三联疗法治疗幽门螺杆菌 阳性胃溃疡临床观察

杨思为, 刘锡坚, 甄会莲, 罗国亮
(佛山市中医院三水医院 内一科, 广州 佛山 528100)

摘要:[目的]观察胃复春联合三联疗法(枸橼酸铋雷尼替丁片、阿莫西林分散片、克拉霉素缓释片)对幽门螺杆菌(Hp)阳性胃溃疡的临床疗效,及对Hp根除率、胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)的影响。[方法]将Hp阳性的胃溃疡患者176例随机分为两组,治疗组92例、对照组84例。对照组使用三联疗法,治疗组在对照组基础上加服胃复春;服药10天后,对照组单独口服枸橼酸铋雷尼替丁片4周;治疗组在服用枸橼酸铋雷尼替丁片基础上加服胃复春片4周。观察两组的临床疗效、Hp根除率、胃泌素、胃动素水平。[结果]治疗组总有效率95.65%,优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组Hp根除率91.30%,优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组治疗后胃泌素水平低于治疗前水平,亦低于对照组治疗后水平,其差异均有统计学意义($P<0.05$)。[结论]胃复春联合三联疗法抗Hp治疗方案能有效根除幽门螺杆菌,降低胃泌素水平,对幽门螺杆菌阳性胃溃疡能起到较好的治疗效果。

关键词:胃复春片;三联疗法;胃溃疡;幽门螺杆菌;胃泌素

中图分类号:R 573.3

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2014)07-0402-03

胃溃疡是消化系统常见疾病之一,可发生在不同年龄,其发病与多种因素有关,如幽门螺杆菌(Hp)感染、胃十二指肠运动异常、饮食、精神等^[1]。各种因素相互作用,导致其反复发作,严重影响人们的健康。我院采用胃复春联合三联法(枸橼酸铋雷尼替丁片、阿莫西林分散片、克拉霉素缓释片)治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡、中医证属脾胃虚弱者,效果显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2013年1月~2013年12月于我院治疗的胃溃疡患者176例,其中男86例,女90例,年龄20~70岁。均经胃镜、病理确诊为胃溃疡,行14C呼气试验结果为阳性,中医证属脾胃虚弱^[2]。随机分为治疗组92例,对照组84例。两组性别、年龄、病程等一般资料差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组口服枸橼酸铋雷尼替丁片0.4 g/次,2次/d;阿莫西林分散片1 g/次,2次/d;克拉霉素缓释片0.5 g/次,2次/d,连续服用10 d。治疗组在对照组基础上加用胃复春4片/次,3次/d。在服药10天后,对照组单独口服枸橼酸铋雷尼替丁片0.4 g/次,2次/d,连用4周;治疗组在服用枸橼酸铋雷尼替丁片基础上服用胃复春片4片/次,3次/d,连

用4周。治疗前后,分别对临床表现(胃痛、胃胀、恶心、呕吐、嗝气、食欲减退)进行积分评估(按轻重程度分别记0、1、2、3分)、胃镜检查、Hp检查、胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)检查。

1.3 疗效评价标准

疗效评价标准参照《消化性溃疡中医诊疗共识意见》^[2]。

疗效评价标准:显效:治疗后临床症状好转 $\geq 70\%$,溃疡面达愈合期(H2期);有效:治疗后临床症状好转 $\geq 30\%$,溃疡面积缩小 $>50\%$;无效:治疗后临床症状改善 $<30\%$,溃疡面积无变化或缩小不到50%。总有效率=[(显效例数+有效例数)/总例数] $\times 100\%$ 。

临床症状疗效指数采用尼莫地平法计算:疗效指数=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

根除Hp标准:14C呼气试验阴性。

1.4 统计学处理

应用SPSS 10.0软件进行统计,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两者患者临床治疗效果比较

治疗组总有效率(95.65%)高于对照组(86.90%),两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	92	39	49	4	95.65 ¹⁾
对照组	84	21	52	11	86.90

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$

2.2 两组幽门螺杆菌根除率比较

治疗组 Hp 根除率达 91.30%, 高于对照组, 两组比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表2 两组患者幽门螺杆菌根除率比较

组别	例数	根除	未根除	根除率/%
治疗组	92	84	8	91.30 ¹⁾
对照组	84	67	17	79.76

与对照组比较,¹⁾ $P<0.05$

表3 两组患者胃泌素、胃动素比较

ng/L, $\bar{x} \pm s$

组别	胃泌素 GAS		胃动素 MTL	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	198.90 $\pm$ 18.40	130.11 $\pm$ 20.78 ¹⁾²⁾	200.32 $\pm$ 71.40	209.41 $\pm$ 37.56
对照组	189.84 $\pm$ 17.41	170.23 $\pm$ 30.65	210.3 $\pm$ 69.91	204.34 $\pm$ 40.31

与治疗组治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$; 与对照组治疗后比较,²⁾ $P<0.05$

3 讨论

胃溃疡在中医中属“胃痛”、“胃痞”等范畴, 中医学认为该病多由外邪犯胃、饮食不节、情志不畅等致脾胃气虚、胃络瘀血, 进一步导致食滞、痰饮等病理产物的产生, 其反过来又可影响脾胃气机的升降和气血的化生, 加重脾胃虚弱, 气虚血不行, 瘀血更甚, 使疾病缠绵不愈, 易于复发, 反复出现胃痛、胃胀、恶心、呕吐、嗝气、食欲减退等表现。

胃复春片由人参、香菜茶、枳壳(炒)组成, 方中人参大补元气; 香菜茶清热解毒、活血化瘀; 枳壳理气消积除痞, 全方具有健脾益气、活血解毒作用, 起到扶正祛邪之功效, 符合胃溃疡脾气虚弱、瘀血内生之病机。本研究采用胃复春联合三联疗法(枸橼酸铋雷尼替丁片、阿莫西林分散片、克拉霉素缓释片)治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡, 取得较好疗效, 总有效率达 95.65%, 并发现能提高幽门螺杆菌根除率、降低胃泌素水平, 不影响胃动素水平。有关研究发现, 胃动素通过作用于肠道神经系统中的胃动素神经元, 触发消化间期移行性运动复合波(MMC) III 相的发生, 而本治疗方案不影响患者胃动素水平, 这与万小平等^[3]发现的幽门螺杆菌感染的消化性溃疡患者胃动素增高存在不一致的地方, 有待进一步研究。目前考虑本方案高治疗率与幽门螺杆菌根除及降低

2.3 两组胃动素、胃泌素比较

治疗前, 两组胃泌素比较差异无统计学意义, 两组胃动素比较差异无统计学意义。

在胃泌素方面, 治疗组治疗后与治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗组治疗后与对照组治疗后比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 对照组治疗后水平较对照组治疗前水平下降, 其差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

在胃动素方面, 治疗组治疗后水平较治疗组治疗前上升, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 对照组治疗后水平较对照组治疗前下降, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后两组比较, 差异无统计学意义。见表 3。

胃泌素水平相关。研究已证明, 幽门螺杆菌感染^[4]、胃泌素^[5]是引起溃疡的重要原因, 其损伤局部的胃黏膜, 增加侵袭因素胃泌素和胃酸分泌, 削弱黏膜的防御和修复机制, 导致溃疡形成。根除幽门螺杆菌能有效治愈溃疡, 缩短溃疡愈合时间^[6], 而胃复春能抑制幽门螺杆菌^[7], 随着 Hp 的根除, 患者血浆中的胃泌素水平明显下降^[8], 从而降低胃黏膜组织中的胃酸分泌, 促进溃疡愈合。

胃溃疡是临床常见的消化系统疾病之一, 与多种因素密切相关, 可导致消化道出血、穿孔, 甚至癌变可能, 严重影响生命健康, 因此寻求一种能够有效治疗胃溃疡、减少复发率的治疗方案至关重要。本研究治疗方案能有效根除幽门螺杆菌, 降低胃泌素水平, 疗效好, 值得进一步应用研究。

参考文献

- [1] 陈灏珠, 林果为. 实用内科学[M]. 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1981—1984.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化性溃疡中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 941—944.
- [3] 万小平, 张建忠, 陈波, 等. 幽门螺杆菌感染对消化性溃疡患者胃肠动力及胃肠激素的影响[J]. 基础医学与临床, 2001, 21(4): 347—350.
- [4] 胡伏莲, 周殿元. 幽门螺杆菌感染的基础与临床[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2002: 369—371.

- [5] 尹崇高,李洪利,杨晓.胃泌素、生长抑素在胃溃疡发病中的作用[J].实用全科医学,2008,6(6):563—564.
- [6] 何运梯,林玉如,邹淑清,等.兰索拉唑、痢特灵、阿莫西林及果胶铋联合根治幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的临床研究[J].中国医药导报,2010,7(35):49—50.
- [7] 陈岩,王杭勇,严杰.胃复春片对幽门螺杆菌抑制作用的实验研究[J].浙江临床医学,2008,10(7):907—908.
- [8] 胡文华,徐彩朴.幽门螺杆菌相关性胃炎、溃疡病与胃泌素、生长抑素关系的研究[J].第三军医大学学报,1996,18(2):102—105.

中华中医药学会第二十六届全国脾胃病学术交流会议通知

各位相关专家:

由中华中医药学会脾胃病分会主办,安徽中医药大学第二附属医院、安徽省中医药学会、安徽省中医院承办的第二十六次全国脾胃病学术交流会议及“消化病中西医诊治新进展”培训班,定于2014年8月21~24日在安徽合肥市举办。您的论文已被录用,将作为大会正式代表参加大会交流。现将会议有关事宜通知如下:

一、会议地点:

合肥天鹅湖大酒店。地址:合肥市政务文化新区东流路888号(近南二环路)。联系电话:0551-63536666。

二、会议日程:

①8月21日:9:00~19:00报到;19:00~21:00召开脾胃病分会常委会议及年度工作会议。②8月22~23日:大会学术交流。③8月24日:离会。

三、交通路线:

机场:距离合肥新桥国际机场约50公里,乘坐出租车约50分钟,价格在100元左右;机场巴士3号线(6:00~18:30)可直达酒店。

火车站和长途汽车站:距离合肥火车站和长途汽车站20公里,乘坐出租车约30~40分钟,价格在40元左右;火车站可乘129路公交车到合肥市政务中心西下车,步行5分钟即到。

四、收费标准:

每位代表会务费(包括资料费)800元。食宿由会议统一安排。会务费、住宿费及差旅费等回单位报销。

五、特别提示:

1. 大会发言采用PPT形式,请务必提前1周将演讲PPT发送至piweibing001@sina.com,发言时间要求具体见会议议程(后期通过邮件发发送,发言者将同时短信通知)。请发言代表提前准备,以便大会交流。本次会议将记国家级I类继续教育学分12分。

2. 请各位代表务必自行定好返程票,并将订房信息填写回执中。回执请于2014年7月31日前电话(短信)发送回执到蔡杰主任(13965089273)。

六、联系方式:

会务联系人:安徽中医药大学第二附属医院院办主任 蔡杰(13965089273)。

未尽事宜,请与学会副秘书长赵鲁卿(15101019831)联系。

中华中医药学会

2014年5月28日