

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2015.04.17

胃复春联合三联疗法治疗 Hp 相关性糜烂性胃炎的临床分析

周庆丰¹, 储凌伟²

(¹临安市昌化人民医院 临床药理学室,浙江 杭州 311321;

²临安市昌化人民医院 内科,浙江 杭州 311321)

摘要:[目的]探讨胃复春联合三联疗法治疗幽门螺杆菌(Hp)相关性糜烂性胃炎的临床疗效。[方法]选取 70 例确诊为慢性糜烂性胃炎伴 Hp 感染的患者,随机分为观察组(35 例)和对照组(35 例),对照组患者给予三联疗法(兰索拉唑,30 mg/次,2 次/d;阿莫西林克拉维酸钾 7:1 分散片,914 mg/次,2 次/d;克拉霉素,0.5 g/次,2 次/d)根除 Hp 治疗 2 周,后 2 周单用兰索拉唑,30 mg/次,2 次/d)。观察组患者给予胃复春联合三联疗法(胃复春,4 片/次,3 次/d;兰索拉唑,30 mg/次,2 次/d;阿莫西林克拉维酸钾 7:1 分散片,914 mg/次,2 次/d;克拉霉素,0.5 g/次,2 次/d),根除 Hp 治疗 2 周,后 2 周单用胃复春,4 片/次,3 次/d。观察 2 组患者胃痛、胃胀、反酸等症状缓解时间,¹³C 呼气试验检查 Hp 根除情况和胃镜检查复发情况、药物经济学评价指标、不良反应。[结果]观察组临床有效率(91.4%)明显高于对照组(77.1%),2 组差异有统计学意义($P<0.05$);观察组与对照组临床症状积分较治疗前有明显下降,但观察组患者下降幅度明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$);观察组患者 1 周内临床症状缓解的发生率(97.1%)明显高于对照组(77.1%),2 组差异有统计学意义($P<0.05$);观察组 Hp 根除率为 82.9%,对照组 Hp 根除率为 45.7%,2 组差异有统计学意义($P<0.01$);随访时间 6 个月,随访率 100%,观察组患者共有 8 例复发,对照组患者共有 17 例复发,2 组复发率比较差异有统计学意义($P<0.05$);每增加一个单位效果,观察组的单位成本投入为 18.14 元,对照组的单位成本为 21 元,对照组比观察组多投入 2.86 元;2 组患者在观察期间未出现明显不良反应。[结论]胃复春联合三联疗法治疗 Hp 相关性糜烂性胃炎具有良好的临床疗效,可有效改善患者的临床症状和体征,具有良好远期临床疗效,是一种合理、经济、有效的治疗方案,值得临床推广。

关键词:胃复春;慢性糜烂性胃炎;三联疗法;幽门螺杆菌感染

中图分类号:R573.3

文献标志码:B

文章编号:1671-038X(2015)04-0283-03

慢性糜烂性胃炎(chronic erosive gastritis, CEG)是临床上常见病、多发病,随着生活节奏的不断加快,CEG 的发病率逐年升高,但病因和发病机制尚未完全明确,一般认为与幽门螺杆菌(Hp)感染、药物、自身免疫等因素导致胃黏膜屏障功能受损相关。近年来,随着抗生素的滥用,耐药性 Hp 逐渐增多,传统的三联疗法对 Hp 根除率也已逐渐下降^[1]。有研究发现,某些单味中药及复方制剂具有抗 Hp 及缓解临床症状的作用^[2]。本组采用胃复春联合三联疗法治疗 Hp 相关性糜烂性胃炎取得了良好的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 2 月~2013 年 2 月我院收治的 70 例慢性糜烂性胃炎伴 Hp 感染的患者,所有患者均符合 2000 年全国慢性胃炎研讨会确定的慢性胃炎诊断标准^[3],均行胃镜检查、快速尿酶试验和¹³C 呼气试验证实 Hp 为阳性。均排除消化道溃疡、消化道肿瘤、上消化道出血患者,治疗前 2 周内用过抗生素、PPI、铋剂者,存在严重肝肾等基础疾病者,妊娠

或哺乳期妇女。

按照数字随机方法将 70 例患者分为观察组(35 例)和对照组(35 例),其中观察组男 14 例,女 21 例;年龄 30~65 岁,平均 (45.8 ± 4.5) 岁;病程 1~25 个月,平均 (9.5 ± 3.6) 个月;病变位置:33 例胃窦,19 例胃体及胃底。对照组男 16 例,女 19 例;年龄 32~63 岁,平均 (44.8 ± 4.6) 岁;病程 1~23 个月,平均 (9.2 ± 3.5) 个月;病变位置:34 例胃窦,18 例胃体及胃底。2 组患者在性别、年龄、病程、病变位置比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法

对照组患者给予根除 Hp 标准方案:兰索拉唑,30 mg/次,2 次/d;阿莫西林克拉维酸钾 7:1 分散片,914 mg/次,2 次/d;克拉霉素,0.5 g/次,2 次/d。根除 Hp 治疗 2 周,后 2 周单用兰索拉唑,30 mg/次,2 次/d。观察组患者在对照组的基础上加用胃复春,4 片/次,3 次/d,根除 Hp 治疗 2 周,后 2 周单用胃复春,4 片/次,3 次/d。2 组患者均连续治疗 4 周为 1 个疗程。

1.3 观察指标

依据 2002 年中药新药临床研究指导原则^[4]标

准观察治疗前后 2 组胃痛、胃胀、灼热或烧心、嘈杂等临床主要症状及纳呆、反酸、嗝气、恶心呕吐、大便情况等临床次要症状评分,分为无、轻、中、重度,分别计 0、1、2、3 分。停药 4 周后¹³C 尿素呼气试验检查 Hp 根除情况;观察治疗后 2 组患者不良反应。对所有患者随访 6 个月,并行胃镜检查,观察复发情况。

1.4 疗效评判^[3]

显效:临床症状基本消失,胃镜检查糜烂消失,病理活检糜烂消失或仅剩轻度炎症。有效:临床症状明显减轻,胃黏膜糜烂区明显缩小、减轻≥50%,病理活检糜烂性炎症变为轻度。无效:临床症状稍有好转或无改善,胃镜检查无明显改变,病理活检仍见糜烂。

Hp 根除效果:¹³C 呼气试验为阴性者视作 Hp 根除。

药物经济学评价指标^[5]:增量成本—效果比=平均成本增量/有效率增量(△C/△E)。

1.5 统计学处理

采用 SPSS11.0 统计学软件进行处理分析,临床疗效对比采用 Ridit 分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 *t* 检验,以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效对比

治疗后,观察组临床有效率(91.4%)明显高于对照组(77.1%),2 组差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 1。

表 1 观察组与对照组临床疗效对比 例

组别	例数	显效	有效	无效	有效率/%
观察组	35	25	7	3	91.4
对照组	35	17	10	8	77.1

2.2 临床症状积分对比

治疗后,观察组与对照组临床症状积分较治疗前有明显下降,但观察组患者下降幅度明显优于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.01),见表 2。

表 2 观察组与对照组临床症状积分对比 $\bar{x}\pm s$

组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
观察组	21.5±7.3	5.2±4.3 ¹⁾²⁾	1.2±1.4 ¹⁾³⁾
对照组	21.4±6.9	9.6±5.8 ¹⁾	4.6±4.1 ¹⁾

本组治疗前比较,¹⁾*P*<0.01;与对照组治疗后同期对比,²⁾*P*<0.05、³⁾*P*<0.01。

2.3 临床症状缓解时间对比

观察组患者 1 周内临床症状缓解的发生率(97.1%)明显高于对照组(77.1%),2 组差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 3。

表 3 观察组与对照组临床症状缓解时间对比 例(%)

组别	临床症状缓解时间	
	≤1 周	≤4 周
观察组	34(97.1)	1(2.9)
对照组	27(77.1)	8(22.9)

2.4 Hp 根除率对比

停药 4 周后,2 组患者均行¹³C 呼气试验,观察组 Hp 根除率为 82.9%,对照组为 45.7%,2 组差异有统计学意义(*P*<0.01),见表 4。

表 4 观察组与对照组 Hp 根除率对比 例

组别	HP(+)	HP(-)	合计	根除率/%
观察组	6	29	35	82.9
对照组	19	16	35	45.7

2.5 复发率对比

2 组患者治疗后均获得随访,随访时间 6 个月,随访率 100%。治疗后 6 个月 2 组患者均行胃镜检查,观察组患者共有 8 例复发,对照组患者共有 17 例复发,2 组复发率比较,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 5。

表 5 观察组与对照组复发率对比 例

组别	例数	复发	未复发	复发率/%
观察组	35	8	27	22.9
对照组	35	17	18	48.6

2.6 药物经济学对比

每增加一个单位效果,观察组的单位成本投入为 18.14 元,对照组的单位成本为 21 元,对照组比观察组多投入 2.86 元。见表 6。

表 6 观察组与对照组增量成本-效果比对比

组别	例数	△E/%	△C/元	△C/△E
观察组	35	3.6	75.6	21
对照组	35	5.8	105.2	18.14

2.7 不良反应

2 组患者在观察期间未出现明显不良反应。

3 讨论

幽门螺杆菌(Hp)是引起 Hp 相关性糜烂性胃炎的重要致病因素, Hp 定植于胃黏膜后能产生多种毒素和酶破坏胃及十二指肠屏障,还能促使炎症的发生及免疫反应,从而进一步损伤黏膜屏障,可能造成胃黏膜的萎缩和肠化,因此根除 Hp 是治疗 Hp 相关糜烂性胃炎的重点,可有效改善其临床症状、病程及预后。

目前,临床多采用以质子泵抑制剂(PPI)为基础和以胶体铋(CBS)为基础+两种抗生素的“三联疗法”作为推荐的根除 Hp 治疗方案,但由于根除 Hp 治疗时用药较多,部分药物不良反应大,在应用抗生素不当时可引起菌群失调,霉菌感染等不良反应是导致患者依从性差的主要原因之一。Graham 等^[6]研究报道表示,随着 Hp 对克拉霉素、左氧氟沙星等抗生素耐药率的逐年提高,许多地区标准三联疗法的 Hp 根除率已经低于 80%。在抗生素耐药现象日益严重状况下,不断研发根除 Hp 的新药,包括中西医结合治疗,是避免耐药菌株产生的有效方法。胃复春片由红参、香茶菜及枳壳三味中药组成。其作用机制是抑制胃酸及胃液分泌,降低胃蛋白酶活性^[7]。其中三种药物均有抗炎的作用,红参中主要成分人参多糖具有机体免疫功能、抗炎的作用,枳壳具有抗炎,纠正病理状态下胃肠运动功能,并具有一定镇痛作用。香茶菜能改善局部病变血液循环,促进黏膜再生^[8]。

运用胃复春联合三联疗法治疗 Hp 相关性糜烂性胃炎,研究结果表明,观察组临床有效率(91.4%)明显高于对照组(77.1%),2 组差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者症状积分下降幅度明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$);观察组患

者 1 周内临床症状缓解的发生率(97.1%)明显高于对照组(77.1%),差异有统计学意义($P<0.05$);观察组 Hp 根除率为 82.9%,明显高于对照组 Hp 根除率,2 组差异有统计学意义($P<0.01$)。提示胃复春联合三联疗法具有良好的临床疗效,可有效改善患者的临床症状。且随访 6 个月后,观察组患者共有 8 例复发,明显优于对照组,提示胃复春联合三联疗法具有良好的远期临床疗效。同时依据增量成本-效果比发现,观察组每增加一个单位效果,单位成本投入成本低于对照组,可提示胃复春联合三联疗法是合理、经济的治疗方案,值得临床推广。

参考文献

[1] 成虹,胡伏莲,谢勇,等.中国幽门螺杆菌耐药状况以及耐药对治疗的影响-全国多中心临床研究[J].胃肠病学,2007,12(9):525-530.

[2] 王建平,彭孝纬.单味中药治疗幽门螺杆菌的动物研究[J].胃肠病学和肝病学杂志,2010,19(4):345-346.

[3] 中华医学会消化病学分会.全国慢性胃炎研讨会共识意见[J].中华消化杂志,2000,20(3):199-201.

[4] 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,2002:124-124.

[5] 孙利华.药物经济学与新药研究开发[M].北京:化学工业出版社(现代生物技术与医药科技出版中心),2003:2-7.

[6] GRAHAM D Y, LU H, YANIAOKA Y. A report card to grade Helicobacter pylori therapy[J]. Helicobacter, 2007, 12:275-278.

[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] 崔大江,王志勇.胃复春对慢性胃病患者窦 D 细胞的影响[J].浙江中医学院学报,2003,27(4):34-35.