

- [6] Freeth A, Prajuabpansri P, Victory JM, et al. Assessment of selenium in Roux-en-Y gastric bypass and gastric banding surgery [J]. *Obes Surg*, 2012, 22(11): 1660 - 1665.
- [7] Worni M, Østbye T, Shah A, et al. High risks for adverse outcomes after gastric bypass surgery following failed gastric banding: A population-based trend analysis of the United States [J]. *Ann Surg*, 2013, 257(2): 279 - 286.
- [8] 汤聪, 梁文丰, 岑宏, 等. 袖状胃切除及胃旁路手术对合并肥胖 2 型糖尿病近、远期疗效的 Meta 分析 [J]. *中华普通外科学文献 (电子版)*, 2014, 6(4): 321 - 331.
- [9] 杨静, 张朝军, 郑宏庭, 等. 胃转流手术治疗肥胖 2 型糖尿病短期疗效观察 [J]. *第三军医大学学报*, 2012, 34(21): 2222 - 2223.
- [10] Rubino F, Gagner M, Gentileschi P. The early effect of the Roux-en-Y gastric bypass on hormones involved in body weight regulation and glucose metabolism [J]. *Ann Surg*, 2014, 24(2): 236 - 242.
- [11] Modarressi A, Balagué N, Huber O, et al. Plastic surgery after gastric bypass improves long-term quality of life [J]. *Obes Surg*, 2013, 23(1): 24 - 30.
- [12] Seyfried, F., Lannoo, M., Gsell, W. et al. Roux-en-Y gastric bypass in mice - surgical technique and characterisation [J]. *Obes Surg*, 2012, 22(7): 1117 - 1125.
- [13] 杨素兰, 马波, 武育卫, 等. 57 例 2 型糖尿病胃转流术后患者临床效果及管理现状分析 [J]. *中国医师进修杂志*, 2012, 35(19): 14 - 17.
- [14] Wang G, Agenor K, Pizot J, et al. Accelerated gastric emptying but no carbohydrate malabsorption 1 year after gastric bypass surgery (GBP) [J]. *Obes Surg*, 2012, 22(8): 1263 - 1267.
- [15] Carucci LR, Turner MA. Radiologic evaluation following Roux-en-Y gastric bypass surgery for morbid obesity. [J]. *Eur J Radiol*, 2012, 53(3): 353 - 365.
- [16] Service GJ, Thompson GB, Service FJ. Hyperinsulinemic hypoglycemia with nesidioblastosis after gastric-bypass surgery [J]. *N Eng J Med*, 2012, 353(3): 249 - 254.
- [17] 徐定银, 金凯, 戴华卫, 等. 胃转流手术对 2 型糖尿病患者糖代谢的影响 [J]. *实用医学杂志*, 2011, 27(5): 795 - 797.
- [18] Spivak H, Abdelmelek MF, Beltran OR, et al. Long-term outcomes of laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the United States [J]. *Surg Endosc*, 2012, 26(7): 1909 - 1919.
- [19] Hagen ME, Pugin F, Chassot G, et al. Reducing cost of surgery by avoiding complications; The model of robotic Roux-en-Y gastric bypass [J]. *Obes Surg*, 2012, 22(1): 52 - 61.
- [20] Nguyen NQ, Game P, Bessell J. Outcomes of Roux-en-Y gastric bypass and laparoscopic adjustable gastric banding [J]. *World J Gastroenterol*, 2013, 19(36): 6035 - 6043.

收稿日期: 2014 - 11 - 18 修回日期: 2014 - 11 - 26 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎合并糜烂患者 72 例的临床治疗

姚兰杰

驻马店市中心医院消化内科, 河南 驻马店 463000

摘要: 目的 评价不同方法对幽门螺杆菌(Hp)阳性慢性非萎缩性胃炎合并糜烂的临床疗效。方法 选择 2010 年 3 月至 2013 年 3 月收治的 72 例 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎合并糜烂患者, 按照随机对照原则分为对照组和观察组, 每组各 36 例。对照组患者采取单纯三联疗法(含质子泵抑制剂), 予以口服 20 mg 埃索美拉唑 + 0.5 g 克拉霉素 + 0.5 g 替硝唑, 每日 2 次。观察组患者在对照组治疗的基础上予以餐前温水口服 3.2 g 清胃止痛微丸, 每日 3 次。两组患者疗程均为 1 周。全部患者在治疗结束后 2 周进行胃镜复查及治疗结束 6 周后进行¹⁴C 尿素呼气检查。对两组患者治疗后症状改善情况、Hp 根除率、胃镜下疗效评价及不良反应进行比较分析。结果 观察组的症状缓解率显著高于对照组(88.9% vs 63.9%, $P < 0.05$)。观察组胃镜下检查总有效率(88.9% vs 69.4%)及 Hp 根除率(72.2% vs 33.3%)显著高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。观察组 1 例患者在治疗过程中出现大便次数增多, 1 d 后自行消失。结论 采用三联疗法联合清胃止痛微丸较单纯三联疗法治疗 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎合并糜烂, 在缓解患者症状、提高 Hp 根除率方面临床疗效更佳。

关键词: 幽门螺杆菌; 慢性胃炎; 三联疗法; 质子泵抑制剂; 清胃止痛微丸

中图分类号: R 573 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674 - 8182(2015)01 - 0047 - 03

慢性胃炎属于消化系统的常见疾病, 而幽门螺杆菌(H· pylori, Hp)感染为其主要病因。目前全世界人口一半以上均存在 Hp 感染, 我国 Hp 感染率也较

高,为 42.0%~64.0%^[1-3]。而对 Hp 进行根除则能显著提高胃炎及消化性溃疡等疾病的治愈率。因临床抗生素的滥用, Hp 的耐药性呈现增高趋势,从而使根除难度提升。有研究称,对三联疗法[含质子泵抑制剂(PPI)]的用药组合进行不断调整,可有效降低 Hp 的耐药情况^[4-5],也有报道称,联合中药治疗能使疗效进一步提升^[6]。本文对 36 例 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎并糜烂患者采用含 PPI 的三联疗法联合清胃止痛微丸进行治疗,并与 36 例未联用清胃止痛微丸的对照组进行 Hp 根除率和临床疗效的观察对比,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2010 年 3 月至 2013 年 3 月收治的 72 例 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎合并糜烂患者,全部患者均经胃镜及病理检查确诊为慢性非萎缩性胃炎合并糜烂,且均予以¹⁴C 尿素呼气检查显示为 Hp 感染。临床上均表现为程度不一的上腹疼痛,部分患者存在反酸及烧心症状。按照随机对照原则分为对照组和观察组,每组各 36 例。对照组男 19 例,女 17 例;年龄 19~51 岁,中位年龄 43.2 岁。对照组男 20 例,女 16 例;年龄 21~52 岁,中位年龄 45.5 岁。全部患者近期内均未服用过胃动力药物、抗酸剂、抗生素及非甾体抗炎药等对治疗效果可能产生影响的药物,无消化道溃疡及出血、穿孔、慢性萎缩性胃炎,无妊娠及哺乳期妇女,无胃肠病手术史,无心、肝、肾等器官严重功能障碍,无精神疾病患者,全部患者均能配合治疗。两组患者中位年龄及性别、病情程度构成(见表 1)等比较差异无统计学意义(P 均 >0.05)。全部患者均对本研究知情同意,并签署了由我院伦理委员会制定的知情同意书。

1.2 方法 对照组患者采取单纯三联疗法,予以口服 20 mg 埃索美拉唑+0.5 g 克拉霉素+0.5 g 替硝唑,每日 2 次。观察组患者在对照组治疗的基础上予以餐前温水口服 3.2 g 清胃止痛微丸,每日 3 次。两组患者疗程均为 1 周。对全部患者在治疗过程中的不良反应进行观察,治疗结束 2 周后进行胃镜复查,治疗结束 6 周后进行¹⁴C 尿素呼气复查。比较分析两组患者治疗后症状改善情况、Hp 根除率、胃镜下疗效评价及不良反应。

1.3 评价标准

1.3.1 病情程度及症状缓解评价 病情程度分度:按患者的上腹痛、反酸及嗝气等症状分为:轻度(1 级,未能明显感知),中度(2 级,可感知症状但未对生活造成影响),重度(3 级,有症状且能对生活造成影响)。症状缓解评价:以治疗后病情程度由重度转为中度、轻度,或中度转为轻度为缓解;无转变则为未缓解^[7]。

1.3.2 胃镜下疗效评价 在治疗结束 2 周后对两组患者胃镜下检查结果按照改良 Lanza 评分法进行评估。0 分:无糜烂;1 分:糜烂处于 1 个区域且数目不超过 2 个;2 分:糜烂处于 1 个区域且数目为 3~5 个;3 分:糜烂出现在两个区域;4 分:糜烂处于 3 个或以上区域且数目在 10 个以上。胃镜下疗效评价标准:0 分为治愈;积分较治疗前降低为有效;积分较治疗前无变化或上升为无效^[8];总有效率=(治愈+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.3 Hp 根除情况评估 两组患者治疗结束 6 周后予以¹⁴C 尿素呼气检查,如结果显示阴性,则为根治成功。

1.4 统计学方法 全部数据均输入 SPSS 19.0 统计学软件进行处理。组间中位数的比较采用非参数 u 检验;组间病情程度构成情况的比较采用秩和检验;组间治疗后症状缓解率、Hp 根除率及胃镜下总有效率的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者症状缓解率 对照组治疗后症状缓解率为 63.9%;观察组治疗后症状缓解率为 88.9%。观察组的症状缓解率显著高于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2 = 6.24, P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者胃镜下临床疗效及 Hp 根治率 治疗 2 周后胃镜下复查结果显示,观察组患者总有效率为 88.9%,对照组为 69.4%,观察组显著高于对照组($\chi^2 = 4.13, P < 0.05$)。见表 2。治疗 6 周后¹⁴C 尿素呼气检查观察组转阴性 26 例(72.2%);对照组转阴性 12 例(33.3%),观察组 Hp 根除率显著高于对照组($\chi^2 = 10.92, P < 0.01$)。

2.3 两组患者治疗过程中的不良反应 治疗中,除观察组 1 例患者出现大便次数增多并在持续 1 d 后症状自行消失,余患者均未出现其他不良反应。

表 1 两组患者治疗前病情程度及治疗后症状缓解情况比较

组别	例数	治疗前病情程度(例)			治疗后症状缓解情况(例)			
		重度	中度	轻度	重度转中度	重度转轻度	中度转轻度	症状缓解[例(%)]
对照组	36	23	13	0	11	2	10	23(63.9)
观察组	36	25	11	0	15	6	11	32(88.9) ^a

注:与对照组比较, $\chi^2 = 6.24$,^a $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者胃镜下临床疗效比较

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效[例(%)]
对照组	36	5	20	11	25(69.4)
观察组	36	12	20	4	32(88.9) ^a

注:与对照组比较, $\chi^2 = 4.13$,^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

Hp 为慢性活动性胃炎的致病因子之一,不仅与非溃疡性消化不良症状的发生有着重要的关系,且对胃癌的诱发有着重要的影响^[9-10]。因此,对 Hp 采取有效的根除措施能使消化性溃疡的发生率显著下降。而 Hp 相关慢性非萎缩性胃炎属于 Hp 根除治疗的适应证。目前,对 Hp 根除的手段主要为 PPI 为基础的三联疗法或四联疗法^[11-13]。但目前因抗生素的大量应用,Hp 的耐药性问题普遍存在,对替硝唑的耐药率已达 40% 以上,对克拉霉素的耐药率也在 20% 以上^[14],因此,对 Hp 的根除效果远远不能满足要求。

清胃止痛微丸包括白芍、黄连、白芨、地榆及鸡内金 5 种中药,目前主要用于治疗胃热性浅表性胃炎及根除 Hp。清胃止痛微丸通过对 Hp 及胃酸分泌进行抑制,并使胃黏液得到补充,从而对胃黏膜产生保护作用,并减少炎症反应,加快溃疡的愈合速度,从而达到治疗效果,并减少了溃疡的复发^[15]。本研究通过三联疗法的基础上联合清胃止痛微丸对 36 例 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎并糜烂患者进行治疗,结果显示,观察组上腹痛、反酸及暖气等症状的缓解率(88.9%)显著高于对照组(63.9%),胃镜下检查总有效率(88.9%)及 Hp 根除率(72.2%)均显著高于对照组(69.4%,33.3%),提示三联疗法联合清胃止痛微丸能显著缓解患者的症状,提高临床疗效。但本研究中,无论观察组还是对照组,其 Hp 根除率均未达到 80% 以上,这可能与以下因素有关:未对纳入研究的患者进行抗生素的耐药检测,两组患者可能存在 Hp 对替硝唑或克拉霉素的较强耐药性。因此,治疗前对患者进行耐药检测对改进治疗方案及提高 Hp 根除率也有着十分重要的意义。

总之,三联疗法联合清胃止痛微丸治疗 Hp 阳性慢性非萎缩性胃炎合并糜烂较单纯三联疗法能显著缓解患者上腹痛、反酸及暖气等临床症状,并提高其

Hp 根除率,临床疗效更佳,同时,应加强治疗前耐药性检测,以进一步提高 Hp 根除效果,并预防复发。

参考文献

- [1] 张万岱,胡伏莲,萧树东,等. 中国自然人群幽门螺杆菌感染的流行病学调查[J]. 现代消化及介入诊疗,2010,15(5):265-270.
- [2] 陈志恒,徐灿霞,罗玲,等. 长沙市体检人群幽门螺杆菌感染与胃黏膜改变及血脂的关系[J]. 中南大学学报(医学版),2014,39(3):265-269.
- [3] 陈意振,姚麒,刘颖,等. 幽门螺杆菌感染流行病学的多因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,2013,23(3):543-544.
- [4] 徐海燕. 泮托拉唑、阿莫西林和甲硝唑联合治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡疗效观察[J]. 重庆医学,2010,39(15):2065-2066.
- [5] 张红,李旺泉. 治疗幽门螺杆菌感染的研究进展[J]. 医学综述,2013,19(2):329-332.
- [6] 姚希贤,姚冬梅. 中药联合“三联疗法”治疗幽门螺杆菌感染[J]. 现代消化及介入诊疗,2010,15(2):104-107.
- [7] 刘网儿,状平,魏金文,等. 荆花胃康胶丸联合三联疗法根除幽门螺杆菌疗效评估[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2013,34(21):3185-3186.
- [8] 张青,张琳,田景奎,等. 中药结合三联疗法治疗幽门螺旋杆菌阳性慢性胃炎的研究进展[J]. 亚太传统医药,2011,7(10):193-194.
- [9] 姜宗丹,张振玉,徐晓军,等. 大剂量质子泵抑制剂三联和四联方案治疗幽门螺杆菌感染 120 例临床观察[J]. 中华消化杂志,2014,34(7):483-484.
- [10] 曹雪源,贾志芳,马洪喜,等. 血清抗幽门螺杆菌 IgG 抗体、胃蛋白酶原水平与胃癌发病的相关性分析[J]. 中国实验诊断学,2012,16(6):1026-1028.
- [11] 刘浩,李燕,刘锋. 中药联合 PPI 三联疗法治疗幽门螺杆菌性消化性溃疡 45 例临床观察[J]. 中医药导报,2012,18(6):28-30.
- [12] 苏连明,艾江,孔祥红,等. 艾普拉唑、阿莫西林、左氧氟沙星三联法治疗幽门螺杆菌感染的临床观察[J]. 实用药物与临床,2013,16(1):24-25.
- [13] 崔梅花,魏红,雷晓燕,等. 含复方尿囊素四联疗法治疗幽门螺杆菌感染慢性胃炎的疗效[J]. 中华消化杂志,2014,34(5):297-301.
- [14] 吕农华,祝荫. 幽门螺杆菌耐药的现状与对策[J]. 中华消化杂志,2011,31(1):66-68.
- [15] 郑茜,韩柳,林美好,等. 清胃止痛微丸挥发油化学成分的气相色谱-质谱分析[J]. 医药导报,2013,32(6):786-788.

收稿日期:2014-09-18 修回日期:2014-10-12 编辑:石嘉莹