

连朴饮加减联合西药序贯疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎临床观察

沈丽霞

湖州市南浔区菱湖人民医院内科, 浙江 湖州 313018

[摘要] 目的: 观察连朴饮加减配合西药序贯疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎的疗效。方法: 将120例慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染患者随机分为2组各60例。对照组予西药序贯疗法治疗, 治疗组予连朴饮加减联合西药序贯疗法治疗, 疗程为4周。比较2组的疗效, 统计2组的Hp根除率, 治疗前后评定症状积分。结果: 总有效率治疗组为98.33%, 对照组为83.33%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后, 2组症状积分均较治疗前下降($P < 0.01$), 治疗组症状积分低于对照组($P < 0.01$)。对照组Hp阴性38例, 根除率为63.33%, 治疗组Hp阴性48例, 根除率为80.00%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 连朴饮加减配合西药序贯疗法能降低患者的临床症状积分, 提高Hp的根除率, 其临床疗效优于单纯的西药序贯疗法, 值得进一步研究。

[关键词] 慢性胃炎; 幽门螺杆菌(Hp); 中西医结合疗法; 连朴饮; 序贯疗法

[中图分类号] R573.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0067-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.032

自从1983年幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)被澳大利亚科学家Marshall和Warren发现并分离出来之后, 慢性胃炎的治疗发生了质的飞跃^[1]。大量的胃炎、胃和十二指肠溃疡乃至胃癌的研究开始涉足于Hp。研究证实了Hp是导致各类消化道疾病的重要致病因素。我国的感染率高达50%以上, 一直居高不下, 大量研究表明根除Hp后, 由Hp所导致的相关性疾病的复发率明显降低^[2]。所以对于Hp相关疾病的治疗, 根除Hp是关键。由于近年来广谱抗生素的滥用, 使得Hp菌株的耐药性不断上升, 药物的副作用、耐药性、复发率以及肠道菌群紊乱等问题相继出现, 为此需要寻求一种既有效又低副作用的治疗方法。通过大量的临床研究, 我们发现从中西医结合的角度根除Hp是一条有效的治疗途径。中医辨证论治大大降低了西药抗Hp的副作用, 还可增效。本研究旨在探讨连朴饮加减联合西药序贯疗法能否提高慢性胃炎(脾胃湿热证)Hp的根除率并缓解相关症状。报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择纳入2013年1月—2014年10月本院消化内科确诊为Hp阳性的120例慢性胃炎患者, 通过网上申请随机号的方式, 将120例患者随机分为对照组和治疗组各60例。对照组男34例, 女26例; 年龄24~63岁, 平均(48.4±

11.8)岁; 病程1~12年, 平均(6.8±4.3)年。治疗组男35例, 女25例; 年龄22~65岁, 平均(47.1±12.3)岁; 病程1~13年, 平均(6.5±3.9)年。2组性别、年龄等经过统计学分析, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。所有患者详细询问病史, 签署知情同意书。

1.2 诊断标准 慢性胃炎的确诊主要是根据内镜和病理的检查结果来确诊^[3]。内镜的确诊: ①非萎缩性慢性胃炎: 可见镜下有红斑, 黏膜有颗粒状凸起的粗糙表现, 并有出血点或者是充血水肿; ②萎缩性胃炎: 黏膜在镜下主要表现为红白相间, 以白色为主, 有颗粒状或者结节样的表现, 有血管显现。如果并见有胆汁反流入胃, 糜烂或者是黏膜出血, 可以诊断为慢性胃炎伴有胆汁反流、慢性糜烂性胃炎等。病理学确诊: 每个患者均取窦小弯、体小弯、胃角3个部位的组织进行病理检查, 对组织进行组织学分析, 对镜下发现有Hp感染的直接报告慢性胃炎Hp(+); 同时对组织病理进行分级, 如萎缩、肠上皮化生、活动性炎症等。

1.3 Hp感染检测^[4] 需用2种不同原理检测方法均证明为阳性, 可用以下2种方案中的任何一种: 活检病理组织嗜银染色和¹³C或¹⁴C尿素呼气试验; 快速尿素酶试验和活检病理组织嗜银染色或¹⁴C尿素呼气试验。

1.4 中医辨证标准 参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意

[收稿日期] 2015-02-05

[作者简介] 沈丽霞(1974-), 女, 主治医师, 研究方向: 消化内科疾病。

见(2011年天津)》^[9]制定,辨证属脾胃湿热证,主症:胃脘痞闷(堵闷)或胀痛;次症:胃脘灼热,口苦,口臭,恶心或呕吐,尿黄,胸闷。舌质红、苔黄腻或黄厚。

1.5 纳入标准 ①经过胃镜、病理学检查确诊为慢性胃炎,经¹⁴C尿素呼气试验或者是病理检查等诊断为Hp阳性;②患者3个月内未服用过任何抗生素及质子泵抑制剂;③没有其他系统疾病,包括肿瘤;④抗Hp治疗的同时不服用其他药物;⑤依从性较好,能够按照研究要求服药。

1.6 排除标准 ①年龄不满20周岁的患者;②有其他系统疾病的患者;③治疗前伴有上消化道大出血的患者;④无法正常交流,精神疾病患者;⑤依从性差,不能按时服药,同时用药期间需要服用其他药物的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 西药序贯疗法^[9]:采用标准的10天序贯法进行治疗,在治疗的前5天服用阿莫西林胶囊(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司,每次0.5g)、奥美拉唑肠溶片(上海信谊天平药业有限公司,每次20mg),早晚饭前服药,每天2次;后5天服用克拉霉素胶囊(修正药业集团长春高新制药有限公司,每次250mg)、替硝唑片(重庆华邦制药有限公司,每次0.5g)、奥美拉唑肠溶片,早晚饭前服药,每天2次。连续治疗10天。

2.2 治疗组 10天西药序贯法加口服连朴饮加减方治疗。组方:薏苡仁30g,芦根20g,石菖蒲、陈皮、法半夏、藿香、白术、茯苓各15g,焦栀子12g,制厚朴、苍术各10g,黄连(姜汁炒)6g。每天1剂,常规水煎分2次服用。治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 主要疗效指标:Hp根除率,以¹³C或¹⁴C尿素呼气试验为检测手段,于停用西药(30±3)天作检测。次要疗效指标:症状积分量表测评:每例病例共进行2次症状积分测评,主要症状根据无、轻、中、重记0、2、4、6分,次要症状记0、1、2、3分,积分越高表示病情越重。于用药前1次、停用西药(30±3)天作检测。

3.2 统计学方法 使用SPSS21.0统计软件处理数据。数值如果服从正态分布,用t检验;不服从正态分布,用非参数检验。分类变量服从正态分布,用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)》^[9]中的疗效标准进行评估。①痊愈:所有的上消化道不适症状消失;②显效:主要的上消化道症状有明显的改善;③有效:主要的上消化道症状有明显的好转;④无效:上消化道症状没有改善,甚至加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为98.33%,对照组为83.33%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=8.11, P < 0.01$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	25	15	10	10	83.33
治疗组	60	34	18	7	1	98.33 ^①

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后症状积分情况比较 见表2。治疗后,2组症状积分均较治疗前下降($P < 0.01$),治疗组症状积分低于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后症状积分情况比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	60	10.84±4.21	4.23±1.09 ^②
对照组	60	11.48±8.96	5.17±1.14 ^①

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.01$

4.4 2组Hp根除率比较 治疗后,对照组Hp阴性38例,根除率为63.33%,治疗组Hp阴性48例,根除率为80.00%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.11, P < 0.05$)。

5 讨论

Hp相关性胃炎在中医学属胃脘痛、痞满等范畴,与脾胃虚弱、饮食不节、感受外邪相关,主要病位在胃,与肝、脾等脏腑相关,病机为中焦气机不利,升降失衡,属于本虚标实之证,脾胃虚弱为本,郁热、痰凝、气滞等病理产物为标。前期大量研究收集了该病的辨证分型与Hp感染的相关性,发现脾胃湿热型是发病率最高的证型,其次为肝胃不和型、脾胃虚弱型、胃阴不足型、胃络瘀血型^[6-7]。目前,中西医结合疗法在根除Hp、改善临床症状、促进黏膜炎症的愈合、减少复发率等方面均表现出良好的治疗作用^[8]。本组连朴饮加减方中以制厚朴、苍术燥湿行气,藿香、石菖蒲化湿醒脾,黄连清热燥湿,法半夏、陈皮健脾燥湿,焦栀子凉血止血,芦根清热生津,薏苡仁清热化湿,白术、茯苓健脾化湿,全方共奏清热化湿、和中醒脾之功。

本研究结果表明,连朴饮加减配合西药序贯疗法能降低患者的临床症状积分,提高Hp的根除率,其临床疗效优于单纯的西药序贯疗法,值得进一步研究。

[参考文献]

[1] 齐洪军. 中药抗幽门螺旋杆菌研究进展[J]. 陕西中医, 2011, 32(6): 763-765.
 [2] 陈治水, 陈宁. 中西医结合在幽门螺杆菌感染治疗中的地位与作用[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(4): 273-276.
 [3] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2013, 18(1): 24-36.
 [4] Zaman C, Osaki T, Hanawa T, et al. Helicobacter pylori

- represses proton pump expression and inhibits acid secretion in human gastric mucosa[J]. Gut, 2010, 59(7): 874-881.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011 年天津)[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738-743.
- [6] 劳绍贤, 周正, 林文良, 等. 建立慢性浅表性胃炎脾胃湿热证诊断标准的探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2004, 21(5): 365-367.
- [7] 李兴华, 江玉, 郝小鹰. 连朴饮合半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎 55 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(15): 293-297.
- [8] 陈治水, 陈宁. 中西医结合在幽门螺杆菌感染治疗中的地位与作用[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(4): 273-276.
- (责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

安肠止痛汤结合西药治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察

李元红

嘉峪关市酒钢医院普外科, 甘肃 嘉峪关 735100

[摘要] 目的: 观察安肠止痛汤结合西药治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效。方法: 将 90 例患者随机分为 2 组, 对照组 45 例予西药常规治疗, 观察组在对照组基础上加用安肠止痛汤治疗, 观察治疗前后中医症状评分、肠易激综合征特异性生活质量量表 (IBS-QOL) 和生活质量评分 (SF-36), 评价 2 组临床疗效。结果: 总有效率观察组为 91.11%, 对照组为 71.11%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组腹部不适症状、腹胀、大便次数、大便性质等评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 IBS-QOL 评分较治疗前降低, SF-36 评分较治疗前升高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组上述指标改善较对照组更显著 ($P < 0.05$)。结论: 安肠止痛汤结合西药治疗腹泻型肠易激综合征, 可有效缓解腹胀、排便紧迫感、腹泻等症状, 有利于提高临床疗效。

[关键词] 腹泻型肠易激综合征; 安肠止痛汤; 中医症状评分; 临床疗效

[中图分类号] R574.4 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0069-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.033

肠易激综合征是缺乏生物学、胃肠道结构异常等的胃肠功能紊乱疾病, 与肠道感染、精神状态等有关。其中, 腹泻型肠易激综合征的发病率相对较高, 占 63% 左右。有研究指出, 肠易激综合征具有反复发作的特点, 若未进行积极干预治疗, 可能降低人们生活质量^[1]。腹泻型肠易激综合征临床常伴随腹痛、黏液便、糊状便等症状, 中医学认为其属于泄泻范畴, 与脾胃虚弱、肝气郁结、运化失调、气机升降失调等有关。笔者观察了安肠止痛汤结合西药常规治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合《肠易激综合征》^[2]中相关诊断标准; ②无器质性病变; ③治疗依从性较高; ④病程大于 3 月; ⑤签

署知情同意书。

1.2 排除标准 ①妊娠期或哺乳期妇女; ②严重心肺功能障碍; ③合并肠梗阻、结肠癌、直肠癌等疾病; ④酒精或药物滥用史; ⑤入组前 30 天曾用抗生素和止泻药物治疗。

1.3 一般资料 观察病例均为 2012 年 4 月—2014 年 4 月本院收治的 90 例腹泻型肠易激综合征患者, 年龄 25~57 岁, 平均 (42.06±2.62) 岁; 病程 9 月~8 年, 平均 (4.26±0.84) 年。所有患者采用掷骰子法随机分为对照组和观察组, 各 45 例。2 组年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予得舒特 (法国 Abbott Products SAS) 50 mg, 口服, 每天 3 次。

[收稿日期] 2014-11-06

[作者简介] 李元红 (1970-), 男, 副主任医师, 研究方向: 普外科。