

胃苏颗粒佐治肝胃不和证幽门螺杆菌感染相关性消化性溃疡

潘信良

宁波市鄞州区咸祥中心卫生院内科, 浙江 宁波 315141

[摘要] 目的: 观察胃苏颗粒佐治肝胃不和证幽门螺杆菌感染相关性消化性溃疡临床疗效。方法: 将82例患者随机分为2组各41例, 对照组给予枸橼酸铋钾、奥美拉唑、呋喃唑酮治疗; 观察组在对照组基础上给予胃苏颗粒。比较2组的临床疗效、Hp根除率和复发率。结果: 对照组溃疡愈合率为68.3%, 总有效率为75.6%。观察组溃疡愈合率为73.2%, 总有效率为95.1%。2组溃疡愈合率比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。2组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。对照组Hp根除率87.8%, 观察组Hp根除率为90.2%, 2组Hp根除率比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。观察组复发率为5.13% (2/39), 对照组复发率为29.0% (9/31), 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 胃苏颗粒佐治肝胃不和证幽门螺杆菌感染相关性消化性溃疡疗效确切。

[关键词] 消化性溃疡; 胃苏颗粒; 幽门螺杆菌 (Hp); 中西医结合疗法

[中图分类号] R573.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0069-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.033

幽门螺杆菌(Hp)是消化性溃疡产生和复发的主要因素之一, 消除Hp可以促进消化性溃疡的愈合^[1]。而抗Hp治疗中药物的耐药性和副作用是阻碍治疗的关键^[2-3]。中西医结合治疗消化性溃疡表现了一定的优势。笔者采用胃苏颗粒佐治肝胃不和证Hp感染相关性消化性溃疡, 取得一定的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将2011年1月~2013年7月收治的消化性溃疡患者82例随机分为2组各41例。观察组男19例, 女22例; 年龄22~70岁, 平均(46±1.3)岁; 十二指肠溃疡12例, 胃溃疡16例, 复合性溃疡13例。对照组男18例, 女23例; 年龄21~69岁, 平均(45±1.4)岁; 十二指肠溃疡15例, 胃溃疡17例, 复合性溃疡9例。2组患者性别、文化程度、年龄、疾病分类等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 经过胃镜检查诊断为消化性溃疡。快速尿素酶检测患者Hp显示为阳性。中医诊断为肝胃不和证^[4]。患者在接受治疗前1周内未服用抗生素、抑酸药物或铋剂。排除肝肾功能异常和严重血液疾病患者。本次试验通过本院伦理委员会批准。患者自愿签署试验同意书。

2 治疗方法

2.1 对照组 接受三联疗法。枸橼酸铋钾, 每天2次, 每次240 mg; 奥美拉唑, 每天2次, 每次20 mg; 呋喃唑酮, 每

天2次, 每次200 mg。服药1周。治疗期间禁辛辣刺激性食物, 忌烟酒, 少食多餐, 避免进食难消化或坚硬的食物, 按时吃饭, 规律饮食。

2.2 观察组 在对照组的基础上接受胃苏颗粒, 每天3次, 每次1袋。服药1周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察比较2组的临床疗效、Hp根除率和复发率, 记录比较胃肠道症状评分。采用快速尿素酶检测结果转为阴性表明Hp根除。胃肠道症状和疼痛程度评分标准如下: 无症状记为0分; 轻度症状, 完全能活动记为1分; 中度症状, 干扰正常活动, 记为2分; 重度症状, 表示无法继续从事正常活动, 记为3分。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0软件对数据进行统计学分析。组间计数资料比较用 χ^2 检验, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依照《中药新药临床研究指导原则》的疗效标准进行评定。溃疡愈合: 溃疡处于瘢痕期; 有效: 溃疡缩小面积 $\geq 50\%$; 无效: 溃疡缩小面积 $< 50\%$ 。总有效率=(溃疡愈合例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$; 溃疡愈合率=溃疡愈合例数/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。对照组溃疡愈合率为68.3%, 总有效率为75.6%。观察组溃疡愈合率为73.2%,

[收稿日期] 2014-06-26

[作者简介] 潘信良 (1975-), 男, 主治医师, 主要从事普内科工作。

总有效率为 95.1%。2 组溃疡愈合率比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	溃疡愈合	有效	无效	溃疡愈合率(%)	总有效率(%)
对照组	41	28	3	10	68.3	75.6
观察组	41	30	9	2	73.2	95.1

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组 Hp 根除率比较 对照组 Hp 转阴 36 例, Hp 根除率 87.8%, 观察组 Hp 转阴 37 例, Hp 根除率 90.2%。2 组 Hp 根除率比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。

4.4 2 组胃肠道症状评分、复发率比较 治疗前, 胃肠道症状评分观察组为 (1.68 ± 0.55) 分, 对照组为 (1.70 ± 0.45) 分; 治疗后, 胃肠道症状评分观察组为 (0.25 ± 0.05) 分, 对照组为 (0.26 ± 0.04) 分; 治疗前、治疗后 2 组间比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。随访 3 月, 观察组复发率为 5.13% (2/39), 对照组复发率为 29.0% (9/31), 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

4.5 不良反应 对照组便秘 1 例、恶心 2 例、食欲减退 2 例, 观察组便秘 2 例、恶心呕吐 1 例。2 组患者均未出现严重不良反应。

5 讨论

消化性溃疡是临床常见的消化道疾病, 该病的发病机制尚不清楚。现公认消化性溃疡的发病机制为致溃疡因子增强与黏膜保护因子遭到保护。Hp 感染被认为是引起消化性溃疡的主要病因之一。根除 Hp 是治疗消化性溃疡的关键。临床上常采用胶体铋、质子泵抑制剂和抗生素联用的方案。本研究采用了呋喃唑酮、奥美拉唑、枸橼酸铋钾三联疗法, 其中胶体铋剂枸橼酸铋钾与溃疡面有较好的亲和力, 形成保护膜。此外胶体铋剂还可以引起 Hp 细胞质空泡样变, 从而杀灭病菌。奥美拉唑是质子泵抑制剂, 具有强大的抑制胃酸作用。呋喃唑酮是一种广谱抗生素, 通过抑制乙酰辅酶 A 发挥抑菌作用^[5-6]。

胃苏颗粒由紫苏梗、陈皮、佛手和枳壳等药物组成。胃苏颗粒中的主要化学成分为弗辛林、紫苏梗、橙皮苷、柚皮苷等^[7]。紫苏梗发汗解表、行气宽中, 临床可以改善脾胃气滞症状。陈皮具有理气健脾、燥湿的作用, 临床可改善胸脘胀满、湿浊中阻, 现代药理研究表明, 陈皮中的挥发油可以促进

消化液分泌, 甲基陈皮苷具有较明显的抗溃疡和抗炎作用。佛手具有理气和中、燥湿的作用, 临床可以改善肝郁气滞和脾胃气滞。枳壳破气、消积。多种药物联合使用共同发挥理气止痛、消胀和胃的作用, 有研究显示胃肠道感染损伤与胃动素和胃泌素具有相关性。胃苏颗粒可以改善胃动素和胃泌素水平。胃苏颗粒临床被用于治疗肝胃不和证胃痛、慢性胃炎、消化性溃疡等病症^[8-9]。

本试验中观察组溃疡愈合率、Hp 根除率与对照组相当 ($P > 0.05$)。观察组总有效率和复发率情况优于对照组 ($P < 0.05$)。可见, 胃苏颗粒佐治肝胃不和证 Hp 感染相关性消化性溃疡疗效确切。

[参考文献]

- [1] 沈丽莲. 幽门螺杆菌感染相关性胃病中医药研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(7): 257-258.
- [2] 翟瑞庆, 翟红运. “阳和建中汤”治疗复发性幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 48 例临床观察[J]. 江苏中医, 2010, 42(10): 36-37.
- [3] 唐净, 王少峰. 两种治疗方案对消化性溃疡患者幽门螺杆菌的根除疗效比较[J]. 苏州大学学报: 医学版, 2007, 27(2): 277-278.
- [4] 崔桂娟, 刘立华, 李会英. 消化性溃疡的辨证论治[J]. 河北中医, 2010, 32(5): 686-687.
- [5] 马姝均. 三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(2): 113-114.
- [6] 金涛, 乔玉山. 愈溃合剂治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 50 例临床观察[J]. 中医药导报, 2007, 2(13): 32-33.
- [7] 赵沈娟, 黄新兰, 石晶萍, 等. 胃苏颗粒的质量标准研究[J]. 中国药事, 2009, 23(1): 70-71.
- [8] 刘秀华, 孟庆阳. 胃苏颗粒对尿毒症性胃十二指肠损害患者血清胃泌素水平的影响[J]. 山东中医杂志, 2007, 26(2): 97-98.
- [9] 马艳君, 黄芩汉. 慢性胃炎中医辨证分型与血清胃泌素和胃动素表达相关性研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(33): 4914-4915.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)