

# 连朴饮联合四联疗法治疗幽门螺杆菌感染相关性胃炎（脾胃湿热证）疗效观察

华晖辉<sup>1</sup>，王益<sup>2</sup>

1. 宁波市鄞州区高桥卫生院，浙江 宁波 615010；2. 宁波市中医院，浙江 宁波 315010

**[摘要]** 目的：观察连朴饮联合四联疗法治疗幽门螺杆菌（Hp）相关性胃炎（脾胃湿热证）临床疗效。方法：113例Hp相关性胃炎（脾胃湿热证）患者，随机分为观察组和对照组，对照组57例，采用常规的西医治疗；观察组56例，在常规西医治疗的基础上加用连朴饮治疗疗程为28天。结果：不良反应发生率观察组8.93%，对照组24.56%，2组比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。Hp根除率观察组89.39%，对照组64.91%，2组比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。2组治疗后症状积分均有下降，与本组治疗前比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗后观察组积分下降显著低于对照组，与对照组比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：连朴饮联合四联疗法治疗Hp相关性胃炎（脾胃湿热证）临床效果显著，副作用小，症状改善明显，可提高Hp根除率。

**[关键词]** 幽门螺杆菌（Hp）相关性胃炎；脾胃湿热证；连朴饮；四联疗法

**[中图分类号]** R573.3

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0056-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.024

幽门螺杆菌(Hp)是一种与胃炎、胃及十二指肠溃疡等疾病密切相关的微生物，在以往的治疗过程中，抗生素被极大的滥用，从而导致Hp对抗生素的耐药性极大地提高，给治疗增加难度<sup>[1]</sup>。以克拉霉素分散片、阿莫西林胶囊、交替果胶铋胶囊、雷贝拉唑钠肠溶胶囊四药联合治疗的效果明显。笔者在四药联合基础上加用连朴饮治疗，收到较好的疗效，现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例为2014年1月—2015年1月本院Hp相关性胃炎患者，共113例。随机分为观察组和对照组。观察组56例，男28例，女28例；年龄18~70岁，平均(46.0±8.9)岁。对照组57例，男28例，女29例；年龄19~70岁，平均(44.0±8.8)岁。2组性别、年龄等方面比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )，具有可比性。

**1.2 诊断标准** 西医诊断参照《全国慢性胃炎研讨会共识意见》<sup>[2]</sup>。中医辨证标准：参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>辨证为脾胃湿热证，主要症状：胃脘疼痛，胃脘胀满，胃脘灼热，口苦口臭，大便黏滞，舌红、苔腻，脉滑数。

**1.3 排除标准** ①不符合Hp相关性胃炎脾胃湿热证诊断标准；②患者有精神病史，无法自主配合治疗；③中医辨证有兼夹证者；④患者有心、肝、肺等慢性疾病发作期。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用常规的西药治疗，四联疗法：阿莫西林胶囊(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司，批号20205005)1.0g，每天2次；交替果胶铋胶囊(华北制药股份有限公司，批号FEF1203001)200mg，每天3次；雷贝拉唑钠肠溶胶囊(济川药业集团股份有限公司，批号120299)20mg，每天1次；克拉霉素分散片(扬子江药业集团有限公司，批号12010211)500mg，每天1次。疗程28天。

**2.2 观察组** 在对照组治疗基础上加用连朴饮，处方：厚朴、黄芩、黄连、茵陈、枳壳、陈皮、栀子、紫苏梗各10g，茯苓、清半夏各15g，甘草、木香各6g。胃痛者加川楝子10g，郁金6g；恶心、呕吐者加生姜6g，竹茹10g；腹胀嗳气者加莱菔子8g，大腹皮10g；纳呆者加焦麦芽、鸡内金、焦神曲各10g；便秘者加炒莱菔子30g，大黄10g。每天1剂，早晚分服。治疗28天。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 观察2组药物的不良反应发生情况，Hp根除率，治疗前后证候积分等指标的情况。症状积分：参照文献<sup>[4]</sup>，分别于治疗前及治疗后1月对脾胃湿热证临床症状按无、轻、中、重4级评分，主症分别记0、2、4、6分，次症分别记0、1、2、3分，各项症状记分之和为中医证候总

**[收稿日期]** 2015-08-21

**[作者简介]** 华晖辉(1980-)，女，主治医师，研究方向：脾胃疾病的诊治。

**[通讯作者]** 王益，E-mail: 32441329@qq.com。

积分。

3.2 统计学方法 运用 SPSS13.0 统计软件分析, 计数资料比较采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 行  $t$  检验。

#### 4 结果

4.1 2组不良反应发生率比较 见表1。不良反应发生率观察组 8.93%, 对照组 24.56%, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表1 2组不良反应发生率比较 例

组别	n	不良反应发生率(%)					
		恶心	呕吐	腹泻	便秘	头晕	
观察组	56	1	2	1	1	0	8.93 <sup>①</sup>
对照组	57	3	2	2	4	3	24.56

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.2 2组Hp根除率比较 见表2。Hp根除率观察组89.39%, 对照组64.91%, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表2 2组Hp根除率比较 例

组别	n	Hp根除率				Hp根除率(%)
		治疗前		治疗后		
		Hp阳性	Hp阴性	Hp阳性	Hp阴性	
观察组	56	28	28	6	50	89.39 <sup>①</sup>
对照组	57	26	31	20	37	64.91

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后临床症状积分比较 见表3。2组治疗后症状积分均有下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后观察组积分下降显著低于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后临床症状积分比较  $(\bar{x} \pm s)$  分

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	56	19.61 ± 3.56	6.54 ± 2.72 <sup>②①</sup>
对照组	57	20.73 ± 3.27	12.3 ± 4.35 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

#### 5 讨论

Hp与胃溃疡、食管癌、慢性胃炎及胃黏膜相关淋巴细胞等消化系统疾病相关, 是一种致癌因子, 在1994年国际癌症研究中心的讨论中将其视为I类致癌因子<sup>[6]</sup>。有报道表明, Hp会减少肠化生及胃黏膜萎缩的发生, 在对慢性胃炎患者的治疗中, 根治Hp能够降低胃癌的发病率<sup>[7]</sup>。在对Hp相关性胃炎主要的治疗措施为根除Hp、对症支持治疗及消除病因。近年来, 由于抗生素的广泛应用, 尤其是不合理的应用, 使得Hp对诸多抗生素的耐药性不断的提高, 从而增加了根治的难度。因而在对患者进行四药联合的治疗中, 越来越多的患者开始选择中西药联合的治疗方式。

本病可归属于中医学胃脘痛、痞满等范畴。湿热瘀阻, 正

虚邪实为其发主要病机, 一般与湿热的联系较为紧密<sup>[8]</sup>。而湿热之气在致病时通常具有渐进性、反复性和隐匿性, 而这与Hp相关性胃炎患者的临床表现相吻合。通常Hp相关性胃炎脾胃湿热证患者的胃镜为肿胀、糜烂及胃黏膜充血等现象, 而这些也均符合湿热之病的表现特征<sup>[9]</sup>。叶天士《临证指南医案·湿》曰: “湿阻中焦者, 用竹、朴、姜、半之属, 以温运之, 以苓、泽、腹皮、滑石等渗泄之……用药总以苦辛寒治湿热, 以苦辛温治湿热。”连朴饮方中以黄连、厚朴祛湿清热, 理气和中; 清半夏味苦, 能和胃燥湿; 黄连、茯苓、栀子能清三焦之火, 去热利湿; 炒枳壳、木香、紫苏梗则能醒脾和胃; 甘草可调和诸药。全方共奏清热化湿, 理气和中之功。而克拉霉素分散片、阿莫西林胶囊、交替果胶铋胶囊、雷贝拉唑钠肠溶胶囊四药联合治疗, 能改善患者的症状积分, 提高Hp的根除率, 但副作用明显。

本观察表明, 不良反应发生率观察组8.93%, 对照组24.56%, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。Hp根除率观察组89.39%, 对照组64.91%, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。2组治疗后症状积分均有下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后观察组积分下降显著低于对照组, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。综上所述, 连朴饮联合四联疗法治疗Hp相关性胃炎(脾胃湿热证)临床效果显著, 副作用小, 可提高Hp清除率。

#### [参考文献]

- [1] 中华中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11): 2697-2700.
- [2] 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): 19.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [4] 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意见共识(2011天津)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2012, 17(3): 174.
- [5] 刘文忠. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2012, 17(10): 618-623.
- [6] 徐慧. 幽门螺杆菌感染上消化道疾病的关系[J]. 中国现代医药杂志, 2006, 8(3): 7-8.
- [7] 翟金海, 花海兵, 陈兰, 等. 中医辨证论治Hp相关性慢性胃炎30例[J]. 河南中医, 2015, 35(3): 589-590.
- [8] 田光芳, 刘敏. 连朴饮加减联合四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃炎脾胃湿热证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(3): 32-35.

(责任编辑: 马力)