

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.20.033

清热运脾汤联合胃三联对寒热错杂型幽门螺杆菌感染相关性胃炎的疗效评价

刘少康, 马 燕

新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市中医医院脾胃病科, 新疆乌鲁木齐 830000

摘要:目的 探讨清热运脾汤联合胃三联对寒热错杂型幽门螺杆菌(Hp)感染相关性胃炎的疗效。方法 选择该院收治的 120 例寒热错杂型 Hp 感染相关性胃炎患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组(60 例)和对照组(60 例),10 例患者最后退出研究,最终观察组 53 例,对照组 57 例。治疗结束后对照组采用胃三联药物治疗,观察组在服用胃三联药物的基础上联合服用清热运脾汤。分析观察组和对照组患者中医症候积分、疗效、Hp 转阴率及不良反应率。结果 治疗后,两组患者症候积分均下降,但观察组患者症候积分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者有效率为 90.6%,高于对照组的 73.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组 Hp 转阴率为 86.8%,高于对照组的 66.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组不良反应发生率为 7.5%,低于对照组的 24.6%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 清热运脾汤联合胃三联治疗寒热错杂型 Hp 感染相关性胃炎,可改善 Hp 感染,减轻临床症状,且不良反应少。

关键词:幽门螺杆菌感染; 相关性胃炎; 清热运脾汤; 临床疗效

中图分类号:R446.5;R573.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)20-3024-03

慢性胃炎是最常见的胃部疾病,而幽门螺杆菌(Hp)感染是胃炎常见的危险因素之一^[1]。Hp 常寄生于胃黏膜组织,往往通过多种机制致胃黏膜活动性炎症,以胃痛、嗝气、腹胀、反酸、食欲不振等为常见表现,病程较长且易于复发^[2]。目前,临床上认为根除 Hp 感染能减轻慢性胃炎患者临床症状、改善患者病情。现代西医以三联或四联药物治疗 Hp 感染相关性胃炎为主,但随着 Hp 耐药性的出现,严重影响三联药物的疗效^[3]。中医上主要根据病症范畴及病机对症下药,尤其是在 Hp 感染相关性胃炎方面有不错的疗效^[4]。本研究采用清热运脾汤联合胃三联治疗寒热错杂型 Hp 感染相关性胃炎,以评价其临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 2 月至 2017 年 8 月本院收治的 120 例寒热错杂型 Hp 相关性胃炎患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组(60 例)和对照组(60 例)。在治疗过程中,因依从性差或个人原因退出本研究 10 例,其中观察组 7 例(依从性差 4 例,个人原因 3 例),对照组 3 例(依从性差 1 例,个人原因 2 例)。最终纳入本研究 110 例,观察组 53 例,其中男 32 例,女 21 例,年龄 25~65 岁,平均(42.5±7.5)岁;对照组 57 例,其中男 34 例,女 23 例,年龄 30~68 岁,平均(43.8±8.2)岁。两组患者年龄、性别等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 Hp 感染的诊断标准 以全国 Hp 感染若干问题共识作为诊断标准^[5],以¹³C 尿素呼气试验(¹³C-

UBT)检测 Hp,若¹³C-UBT ≥ 5 诊断为 Hp 阳性,¹³C-UBT < 5 诊断为 Hp 阴性。

1.2.2 胃炎的诊断标准 慢性胃炎的诊断采用内镜诊断,以 2012 年中华医学会消化分会的共识意见作为标准^[6],若镜下出现黏膜红斑或出血点,或斑块、或充血、或渗出等表现可诊断为非萎缩性胃炎;若镜下出现黏膜红白相间,皱襞平坦乃至消失,部分黏膜血管显露等表现可诊断为萎缩性胃炎。

1.2.3 中医症候的诊断标准 寒热错杂证的诊断参照《中医内科学》中医辨证分类^[7],即主要症状完全符合,次要症状至少符合 1 项。主要症状有胃痛和/或胃痛、胃脘喜暖、口苦干。次要症状有恶心呕吐、反酸、烧灼感、纳差、嗝气;舌质红、淡,苔白、黄,脉沉迟、数。

1.3 排除标准 (1)近期做过腹部手术者;(2)妊娠期妇女;(3)合并严重心脑血管肾等疾病者;(4)依从性差者。

1.4 治疗方法 对照组采用胃三联药物治疗,兰索拉唑,口服,每日 2 次,每次 15 mg,阿莫西林,口服,每日 2 次,每次 1 g,克拉美索分散片,口服,每日 2 次,每次 0.5 g,4 周为 1 个疗程;观察组在服用胃三联药物的基础上联合服用清热运脾汤,清热运脾汤方剂由黄连(5 g)、黄芩(5 g)、干姜(6 g)、制半夏(6 g)、桂枝(9 g)、白芍(9 g)、黄芪(15 g)、蒲公英(30 g)组成,每日 1 剂,水煎服用,每日 2 次,4 周为 1 个疗程。

1.5 观察指标 待疗程结束后,采用¹³C-UBT 检测观察组和对照组患者 Hp,比较两组患者治疗前后症候积分情况、疗效、不良反应。疗效评价以积分值 $> 95\%$ 为治愈, $> 70\% \sim 95\%$ 为显效, $30\% \sim 70\%$ 为有

效, <30% 为无效, 有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.6 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组患者间比较采用 *t* 检验; 计数资料以例数或百分率表示, 两组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学

意义。

2 结果

2.1 两组患者症候积分比较 见表 1。治疗后两组患者症候积分均下降, 但观察组患者症候积分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者症候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	症状总积分		胃痛		胃胀	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	53	19.43 ± 3.83	6.48 ± 1.21 ^{#*}	2.15 ± 0.85	1.05 ± 0.57 ^{#*}	4.58 ± 1.25	0.89 ± 0.25 ^{#*}
对照组	57	19.11 ± 3.35	12.59 ± 2.35 [#]	1.98 ± 0.94	1.54 ± 0.41 [#]	4.42 ± 1.05	2.05 ± 0.89 [#]

组别	n	纳差		暖气		口苦干		胃脘喜暖	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	53	3.84 ± 1.42	0.92 ± 0.45 ^{#*}	4.01 ± 1.04	1.04 ± 0.88 ^{#*}	4.11 ± 0.65	0.88 ± 0.15 ^{#*}	3.35 ± 0.88	0.65 ± 0.12 ^{#*}
对照组	57	3.98 ± 1.45	1.89 ± 0.65 [#]	4.12 ± 1.11	2.35 ± 1.25 [#]	4.25 ± 0.55	2.22 ± 0.35 [#]	3.48 ± 0.95	1.65 ± 0.35 [#]

注: 与对照组治疗后比较, * $P < 0.05$; 与本组治疗前比较, # $P < 0.05$

2.2 两组患者疗效比较 见表 2。观察组患者有效率为 90.6%, 高于对照组的 73.7%, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.262, P < 0.05$)。

表 2 两组患者疗效比较

组别	n	治愈(n)	显著(n)	有效(n)	无效(n)	有效率(%)
观察组	53	20	14	17	5	90.6
对照组	57	15	15	12	15	73.7

2.3 两组患者 Hp 转阴率比较 见表 3。观察组患者 Hp 转阴率为 86.8%, 高于对照组的 66.7%, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.163, P < 0.05$)。

表 3 两组患者 Hp 转阴率比较

组别	n	阳性(n)	阴性(n)	转阴率(%)
观察组	53	7	46	86.8
对照组	57	19	38	66.7

2.4 两组患者不良反应比较 见表 4。观察组患者发生不良反应 4 例, 不良反应发生率为 7.5%, 对照组发生不良反应 14 例, 不良反应发生率为 24.6%, 两组不良反应发生率比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.809, P < 0.05$)。

表 4 两组不良反应比较

组别	n	恶心(n)	呕吐(n)	腹泻(n)	头晕(n)	不良反应发生率(%)
观察组	53	2	1	0	1	7.5
对照组	57	3	4	2	5	24.6

3 讨论

根据有关数据报道, 我国 Hp 感染率高达 50% ~ 80%, Hp 感染相关性胃炎是我国常见的消化道疾

病^[8]。有研究发现, 长期 Hp 感染相关胃炎可能发展为消化性溃疡或胃癌, 严重影响人们生命健康和生活质量^[9]。

西医治疗 Hp 感染相关性胃炎, 通常以质子泵抑制剂加抗生素治疗为主, 但长期服用抗生素不仅会产生耐药性 Hp, 使治疗效果大大降低, 还会产生恶心、呕吐、腹泻, 甚至出现肠道菌群失调等不良反应^[10]。因此, 寻找一种耐药性低、不良反应少、治疗效果好的治疗方案很有必要。

中医认为 Hp 是邪气范畴, Hp 感染相关性胃炎则是邪气经口而入, 侵犯脾胃, 而久驻于脾胃, 因而胃气壅滞, 久郁而化热^[11]。大数据分析表明, Hp 感染主要病机为脾胃升降、寒热虚实错杂、气机阻滞, 而辩证论认为 Hp 感染相关性胃炎分为 4 型, 分别为寒热错杂、胃阴亏虚、脾胃寒热、肝郁气滞^[4]。寒热错杂是常见的症候, 主要表现为胃痞、胃脘痛、呕吐恶心、反酸等症状。本研究采用清热运脾汤联合胃三联对寒热错杂型 Hp 感染相关性胃炎进行治疗, 清热运脾汤由黄连、黄芩、干姜、制半夏、桂枝、白芍、黄芪、蒲公英组成, 有温热脾胃、扶正祛邪的作用, 常用于治疗寒热交杂相关性胃炎^[12]。

本研究发现, 治疗后观察组患者症候积分低于对照组, 观察组患者有效率为 90.6%, Hp 转阴率为 86.8%, 高于对照组的 73.7%、66.7%, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者不良反应发生率为 7.5%, 低于对照组的 24.6%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 清热运脾汤联合胃三联治疗寒热错杂型 Hp 感染相关性胃炎, 可改善 Hp 感染, 减轻临床症状, 且不良反应少。

参考文献

[1] MALFERTHEINER P, MEGRAUD F, O' MORAIN C A, et al. Management of helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence consensus report[J]. Gut, 2017, 66(1):6-30.

[2] 苏青,徐三平. 幽门螺旋杆菌的研究进展[J]. 临床消化病杂志, 2014, 26(3):132-133.

[3] 崔璨璨,李长锋,张斌. 幽门螺旋杆菌感染治疗方案的研究现状和进展[J]. 吉林大学学报(医学版), 2017, 43(6):1287-1290.

[4] 谢春娥,薛晓轩. 中医药治疗幽门螺杆菌相关性胃病的研究进展[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2013, 20(1):53-56.

[5] 胡伏莲,胡品津,刘文忠,等. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告(2007·庐山)[J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 47(1):73-76.

[6] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 现代消化及介入诊疗, 2007, 12(1):55-62.

[7] 倪伟. 内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:507.

[8] 刘文忠. “第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告”解读[J]. 胃肠病学, 2017, 22(6):321-324.

[9] O'CONNOR A, O' MORAIN C A, FORD A C. Population screening and treatment of helicobacter pylori infection[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2017, 14(4):230-240.

[10] ANAGNOSTOPOULOS G K, TSIAKOS S, MARGANTINIS G, et al. Esomeprazole versus omeprazole for the eradication of Helicobacter pylori infection: results of a randomized controlled study[J]. J Clin Gastroenterol, 2018, 38(6):503-506.

[11] 唐丹丹,王翼洲. 中医治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎研究进展[J]. 社区医学杂志, 2016, 14(4):84-86.

[12] 张晓园. 清热运脾汤合胃三联治疗寒热错杂型幽门螺杆菌感染相关性胃炎[J]. 山西中医, 2018, 34(2):6-8.

(收稿日期:2019-01-21 修回日期:2019-05-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.20.034

不同剂量美托洛尔治疗 AMI 疗效及对心功能、血清 CK、CK-MB、Cys-C 和 GDF-15 水平的影响

高永红¹, 黎庆伟^{1△}, 杨柳², 张丹丹³, 王燕¹

1. 上海市金山区亭林医院心血管内科, 上海 201505; 2. 上海市松江区泖港镇社区卫生服务中心, 上海 201600; 3. 上海市金山区亭林镇社区卫生服务中心, 上海 201505

摘要:目的 探讨不同剂量美托洛尔治疗急性心肌梗死(AMI)疗效及对心功能、血清肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、胱抑素 C(Cys-C)和生长分化因子-15(GDF-15)水平的影响。方法 选取上海市金山区亭林医院 2016 年 1 月至 2017 年 12 月 240 例 AMI 患者作为研究对象,分为 A、B、C 组,每组各 80 例,每日分别给予美托洛尔 25、50、100 mg 分 2 次口服,治疗 6 个月,比较 3 组患者临床疗效、心功能改善情况及 CK、CK-MB、Cys-C 和 GDF-15 水平。结果 A 组患者治疗有效率为 63.75%,低于 B 组的 85.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$);B 组患者治疗有效率又低于 C 组的 92.50%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。C 组患者心功能指标左室舒张末容积(LVEDV)、左室收缩末容积(LVESV)、左室舒张末内径(LVEDD)均低于 A 组和 B 组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);C 组患者心功能指标左室射血分数(LVEF)高于 A 组和 B 组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);C 组患者血清指标 CK、CK-MB、Cys-C、GDF-15 水平均低于 A 组和 B 组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。3 组患者治疗期间药物不良反应发生情况差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 高剂量美托洛尔可有效提高 AMI 患者临床疗效,改善心功能,降低血清 CK、CK-MB、Cys-C 和 GDF-15 水平,且药物不良反应相对于低剂量组无明显差异。

关键词:美托洛尔; 急性心肌梗死; 心功能; 生长分化因子-15

中图分类号:R446.1;R542.2+2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)20-3026-03

急性心肌梗死(AMI)是急性冠状动脉综合征类型的一种,发病机制与冠状动脉粥样硬化、斑块破裂或血小板激活等因素相关,患者临床症状表现为剧烈胸痛、急性循环功能不全及心率异常^[1]。美托洛尔作为β受体阻滞剂,可通过选择性抑制心脏β1受体达到控制患者临床症状的目的,因此,在AMI治疗中得到了广泛关注^[2]。在实际治疗应用过程中,美托

洛尔用药剂量存在一定争议,小剂量对机体的改善作用有限,大剂量增加了患者脏器功能的压力,因此,准确把握美托洛尔用药剂量,对AMI患者的治疗有重要意义^[3]。本研究通过比较美托洛尔3种不同服药剂量患者的临床疗效、心功能改善情况、血清指标水平、不良反应发生情况,阐述了不同剂量美托洛尔对AMI患者的治疗作用,现报道如下。

△ 通信作者, E-mail:13761746013@163.com。