

# 曲昔派特治疗胃溃疡的疗效观察

邓雪生

(江西省新建县人民医院 新建 330100)

**摘要:**目的:观察曲昔派特治疗胃溃疡的临床疗效。方法:将 68 例患者随机分为 A、B 两组,A 组 34 例,给予曲昔派特 + 奥美拉唑 + 阿莫西林 + 甲硝唑;2 周后改为曲昔派特 + 奥美拉唑继续治疗 4 周。B 组 34 例,给予硫糖铝 + 奥美拉唑 + 阿莫西林 + 甲硝唑;2 周后改为硫糖铝 + 奥美拉唑继续治疗 4 周。结果:A 组疗效高于 B 组。结论:曲昔派特治疗胃溃疡疗效优于硫糖铝。

**关键词:**曲昔派特;胃溃疡;硫糖铝;对照观察

中图分类号:R 573.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.015

消化性溃疡是十分常见的疾病,多见胃溃疡和十二指肠溃疡,而胃溃疡的死亡率较十二指肠溃疡高<sup>[1]</sup>。幽门螺杆菌(HP)感染为其发病主要因素,另外,遗传因素、吸烟、饮食及心理应激也参与发病。胃溃疡有慢性过程、周期性发作、节律性上腹痛的特点,多为中上腹烧灼样或饥饿样痛,餐后约 1 h 发生,经 1~2 h 后逐渐缓解,至下餐进食后再重复上述节律,少有夜间疼痛发作,除上腹痛外,还有返酸、嗝气、上腹胀、恶心、呕吐、纳差等消化不良症状<sup>[2]</sup>。胃溃疡可发生于胃的任何部位,多数发生于胃角或胃窦小弯,在组织学上,溃疡大多发生在幽门腺区与泌酸腺区交界处的幽门腺区一侧,大多单发,直径一般小于 2cm,典型的溃疡呈圆形或椭圆形,深度自超过黏膜肌层至贯穿肌层而达浆膜层。以秋末和初春多发,有并发上消化道出血、穿孔、幽门梗阻可能,并有 1%癌变,完全治愈一直是人们关注的问题<sup>[3]</sup>。本研究纳入 68 例胃溃疡患者随机分组后观察治疗效果。

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 选择自 2005 年 6 月~2008 年 5 月,因上腹痛诊断为胃溃疡的门诊患者 68 例。其中男 38 例,女 30 例,年龄 35~55 岁,经内镜、病理活检确诊为胃溃疡(A1~2 期),3 d 前停用任何抗溃疡药物治疗。

**1.2 方法** 将 68 例患者随机分为 A、B 两组,每组各 34 例,两组性别、年龄等一般资料比较,均无显著性差异( $P > 0.05$ ),每例患者均在用药前和用药 6 周后接受内镜检查。两组治疗方案:A 组:给予曲昔派特 0.1 g,tid+ 奥美拉唑 20 mg,bid + 阿莫西林 1.0 g,bid + 甲硝唑 0.4 g,tid,2 周后改为曲昔派特 + 奥美拉唑继续治疗 4 周。B 组:给予硫糖铝 1.0 g,tid+ 奥美拉唑 20 mg,bid + 阿莫西林 1.0 g,bid + 甲硝唑 0.4 g,tid,2 周后改为硫糖铝 + 奥美拉唑继续治疗 4 周。

**1.3 观察内容** 治疗前 <sup>14</sup>C 呼气实验,治疗结束 4 周后复查 <sup>14</sup>C 呼气实验,两次复查均为阴性才确认

HP 已根除。胃镜下观察 HP 感染状况(快速尿素酶实验或病理荧光染色阳性为阳性,两项均阴性为阴性),HP 感染:A 组 HP(++)5 例,HP(+++)12 例,HP(++++)17 例;B 组 HP(++)4 例,HP(+++)14 例,HP(++++)16 例。溃疡直径:治疗前 A 组(14.35± 4.05) mm,B 组(14.57± 6.23) mm。溃疡总 S 期(S1 期+S2 期)获得率及 S2 期获得率,S 期即瘢痕期,无苔期;S1 期即内镜下表现为溃疡面消失,瘢痕开始形成,瘢痕中心发红,成为红色瘢痕;S2 期即内镜下表现为再生上皮由红色逐渐变为白色,与周围黏膜颜色一致,成为白色瘢痕。溃疡部位:A 组胃体 2 例,胃角 7 例,胃窦 25 例;B 组胃体 2 例,胃角 8 例,胃窦 24 例。

## 2 结果

**2.1 HP 根除率** A 组 HP(-)32 例,HP(+ )2 例,根除率 94.1%;B 组 HP(-)27 例,HP(+ )5 例,HP(++)2 例,根除率 79.4%。A 组根除率显著高于 B 组( $P < 0.05$ )。

**2.2 S 期获得率及溃疡直径** 胃溃疡治疗 6 周后,A 组 S 期 31 例,S2 期 24 例;B 组 S 期 27 例,S2 期 12 例;S 期获得率分别为 91.2%、79.4%,S2 期获得率分别为 70.6%、35.3%。结果显示 A 组的总 S 期、S2 期获得率明显高于 B 组, $P < 0.05$ 。治疗前后溃疡直径比较见表 1。

表 1 治疗前后溃疡直径变化 ( $\bar{X} \pm S$ ) mm

组别	治疗前溃疡直径	治疗后溃疡直径
A 组	14.35± 4.05	2.18± 1.87
B 组	14.57± 6.23	6.87± 2.32

注:A 组患者溃疡直径的减小程度显著大于 B 组( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

曲昔派特能增加正常胃黏膜、失血胃黏膜及溃疡边缘部胃黏膜的血流量,使胃黏膜耗氧量及 ATP 含量增加,激活黏膜的能量代谢。尤其是对血流量减少的溃疡边缘处黏膜作用更强,能增加胃黏膜多糖含量,增加胃黏膜屏障功能,可促使胃黏膜再生和溃疡底部胶原纤维的发育,加快修复<sup>[4]</sup>。目前已证实,曲昔派特可作用于表皮生长因子及其受体、COX-2、丝裂原激活蛋白激酶信号转导通路、热休克

# 黄连汤加味治疗慢性乙型肝炎肝胃不和证 50 例

宋伟<sup>1</sup> 戚艳<sup>2</sup>

(1 山东省临沂市兰山区人民医院 临沂 276000; 2 山东省临沂市交通医院 临沂 276000)

**摘要:**目的:探讨黄连汤加味对慢性乙型肝炎肝胃不和证患者的治疗效果及可能的机制。方法:随机选择 50 例为治疗组,35 例为对照组,两组均采用常规护肝降酶治疗,治疗组以黄连汤为主方,对照组口服多潘立酮片。结果:治疗组总有效率与对照组比较有显著差异。结论:黄连汤加味对慢性乙型肝炎肝胃不和证患者具有显著改善症状的作用,具有良好的临床应用价值。

**关键词:**慢性乙型肝炎;肝胃不和证;黄连汤

中图分类号:R 512.62

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.016

黄连汤方由黄连、半夏、人参、炙草、干姜、桂枝、大枣组成,全方配伍精当,具有辛开苦降、调和脾胃、顺畅气机的功效。近年来,我们将其作为主方内服,用于治疗慢性乙型肝炎肝胃不和证患者,并与口服多潘立酮治疗的患者作对照,疗效显著。现报道如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照 2000 年中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会在西安联合修订的“病毒性肝炎的诊断标准”<sup>[1]</sup>。

1.1.2 中医诊断标准 主证:脘肋胀闷疼痛或窜痛。兼证:恶心或呕吐,嗝气呃逆,嘈杂泛酸,纳差,性情烦躁易怒,脉弦。凡具备以上主证及两项以上兼证者可诊断为肝胃不和证。

1.1.3 纳入标准 (1)临床上符合慢性乙型肝炎轻、中度及肝胃不和证的诊断标准,无甲、丙、戊、庚型肝炎病毒及 TTV、巨细胞病毒、腺病毒重叠感染。(2)在乙型肝炎发病前无胃肠道疾病。(3)无腹泻。

1.2 病例选择 全部病例均为 2008 年 3 月~2010 年 3 月我科住院患者,符合纳入标准,随机分为治疗组 50 例和对照组 35 例。治疗组男 42 例,女 8 例,年龄 22~60 岁,平均 37.6 岁,病史 1~12 年,平均 3.4 年;对照组男 25 例,女 10 例,年龄 20~57 岁,平均 37.8 岁,病史 8 个月~15 年,平均 3.7 年。两组在年龄、性别、病程及病情等方面差异均无显著性意义( $P>0.05$ ),均有可比性。

蛋白的表达,清除激活的氧自由基,抑制中性粒细胞活化,加强上皮屏障作用,刺激前列腺素生成,减少炎症因子的产生和 COX-2 基因的表达,从而促进溃疡愈合。而硫糖铝在胃酸性环境下形成胶状物与溃疡面上带正电荷的蛋白质结合,形成保护膜,使不受胃酸侵袭,防止氢离子的逆弥散,还具有吸附胃蛋白酶和胆汁酸作用,并能刺激前列腺素的合成和释放,以及吸附表皮生长因子使之在溃疡部位处浓集。本研究中曲昔派特组患者溃疡的愈合效果显

1.3 治疗方法 两组均采用甘利欣、能量合剂等药物对慢性乙型肝炎肝功能异常者进行常规护肝降酶治疗。治疗组在此基础上以黄连汤为主方,加茵陈 30 g,云苓、白术、丹参各 15 g,陈皮、枳壳各 10 g 等药物,1 剂/d,早晚各服 1 次,100~200 mL/次,1 周为 1 个疗程,未达显效以上者服足 2 个疗程。对照组患者口服多潘立酮片,10 mg/次,3 次/d,饭前 30 min 服用,全部治疗 2 周。全部病例均在治疗前 1 周及治疗期间未用其他治疗消化道症状的药物,治疗 2 周后进行评分和统计学分析。

1.4 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 采用半定量的方法,即把治疗前的 6 个主要症状(脘肋胀闷疼痛或窜痛、恶心或呕吐、嗝气呃逆、嘈杂泛酸、纳差、性情烦躁易怒)分别分为轻、中、重 3 级,轻为 5 分,中为 10 分,重为 15 分,先评出治疗前症状总分,治疗结束 2 周后按同一标准计算出治疗后症状的分数,用治疗前总分减去治疗后症状分数,得出疗效分数,再用疗效分数除以治疗前总分,即是临床症状减少的百分比,以此来判定疗效。症状减少  $\geq 95\%$  为治愈;减少 80%~94% 为显效;减少 51%~79% 为有效;减少  $\leq 50\%$  为无效。

2.2 临床疗效 治疗组治愈 12 例,显效 16 例,有效 20 例,无效 2 例,总有效率 96.00%;对照组分别为 3、6、16、10 例,总有效率 71.43%。两组总有效率比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

著优于硫糖铝组。但孕妇、哺乳期妇女、小儿以及肝功能不全患者慎用。

### 参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2006. 1 866-1 876
- [2]于皆平,沈志祥,罗和生.实用消化病学[M].第 2 版.北京:科学出版社,2007.247-250
- [3]王吉耀,廖二元,胡品津.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2006. 419-430
- [4]芮耀诚.实用药物手册[M].第 2 版.北京:人民军医出版社,2007. 448-450

(收稿日期:2010-12-06)