

中西医结合疗法在 HP 感染性胃炎治疗中的应用效果评价

曾光华

(江西省黎川县龙安中心卫生院 抚州 344600)

摘要:目的:探讨中西医结合疗法在幽门螺旋杆菌(HP)感染性胃炎治疗中的应用效果。方法:将 80 例 HP 感染性胃炎患者随机均分为对照组与观察组各 40 例。对照组仅给予西药进行治疗,观察组在对照组基础上给予中药治疗。比较两组临床疗效、治疗后 HP 转阴率及治疗前后慢性胃黏膜病理组织学改变积分。结果:对照组治疗总有效率为 75.00%,显著低于观察组(92.50%),差异显著($P<0.05$);对照组治疗后 HP 转阴率为 70.00%,显著低于观察组(90.00%),差异显著($P<0.05$);对照组治疗前后慢性胃炎胃黏膜病理组织学积分分别为(2.21± 0.76)分、(1.02± 0.23)分,观察组分别为(2.16± 0.71)分、(0.98± 0.21)分,两组治疗前后积分差异均具有统计学意义($P<0.05$),但两组治疗后积分差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:中西医结合疗法在 HP 感染性胃炎治疗中的应用效果显著,HP 转阴率较高,胃黏膜病理组织学变化明显,应在临床上加以推广应用。

关键词:HP 感染性胃炎;中西医结合疗法;病理组织学

中图分类号:R573.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.043

幽门螺杆菌(HP)具有较强的致细胞病变作用,是引起慢性胃炎的主要原因之一^[1]。目前,临床运用中医药对慢性胃炎及治疗 HP 进行了较为深入的研究。本研究采用中西医结合疗法治疗 HP 感染性胃炎,并与西医治疗的疗效进行对比分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2010 年 5 月~2013 年 5 月入住我院的 80 例 HP 感染性胃炎患者作为研究对象,均经胃镜及病理学检查确诊。其中男 44 例,女 36 例;年龄 21~75 岁,平均(48.09± 12.37)岁;病程 1~15 年,平均(8.11± 1.36)年;浅表型胃炎 34 例,萎缩性胃炎 46 例;肠上皮化生 45 例,异型增生 35 例。排除胃部恶性病变、幽门梗阻以及胃溃疡致胃穿孔、胃出血等严重胃部疾病等,两组患者在治疗前 15 d 以上均未服用过任何抗菌以及抗溃疡类药物^[2]。将患者随机均分为对照组与观察组,两组患者在性别、年龄、病程、胃炎类型以及病理组织学等方面相比,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用西药治疗,给予奥美拉唑(国药准字 H20056577 号)20 mg,2 次/d;羟氨苄青霉素(国药准字 H23020932 号)500 mg,2 次/d;甲硝唑(国药准字 H44024120 号)400 mg,2 次/d。均连续服药 2 周。观察组在对照组基础上给予中药治疗,方药组成:党参、白术、半夏各 12 g,茯苓、陈皮、木香、佛手各 9 g,甘草、砂仁各 4.5 g,白花蛇舌草、莪莢各 30 g,石见穿、谷芽各 15 g。水煎服,1 剂/d,服药 2 周。

1.3 观察指标 观察对比两组患者的疗效、HP 及胃黏膜病理组织学改变积分。胃镜检查时于胃窦部小弯、大弯以及前壁侧取组织各 2 块,慢性炎症分

无、轻、中、重四个级别,分别计为 0、1、2、3 分^[3]。

1.4 疗效评价标准 参考文献相关标准^[4]:治愈:患者腹痛、腹胀、嗝气等症状完全消失,经胃镜及病理学检查,病变胃黏膜恢复至正常水平,经检测 HP 呈阴性;显效:患者腹痛、腹胀、嗝气等症状基本消失,经胃镜及病理学检查,病变胃黏膜基本恢复至正常水平,且 HP 均为阴性;有效:患者腹痛、腹胀、嗝气等症状大部分消失,经胃镜及病理学检查,患者病变胃黏膜 70%恢复,经检测 HP 转阴或者强阳转弱阳;无效:腹部症状未改善或者加重。总有效率=治愈率+显效率+有效率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件分析。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 对照组中治愈 10 例、显效 12 例、有效 8 例、无效 10 例,治疗总有效率为 75.00%;观察组治愈 14 例、显效 19 例、有效 4 例、无效 3 例,治疗总有效率为 92.50%;观察组疗效优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组治疗后 HP 转阴率对比 治疗后,对照组 HP 转阴 28 例,转阴率为 70.00%;观察组 HP 转阴 36 例,转阴率为 90.00%;观察组 HP 转阴率高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后慢性胃炎胃黏膜病理组织学改变积分对比 两组治疗前后胃黏膜病理组织学改变积分均明显降低,且观察组患者降低程度优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后胃黏膜病理组织学改变积分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	40	2.21± 0.76	1.02± 0.23
观察组	40	2.16± 0.71	0.98± 0.21
P 值		>0.05	<0.05

四妙散加味治疗急性痛风性关节炎的疗效分析

李朝晖

(江西省丰城市拖船中心卫生院 丰城 331122)

关键词:急性痛风性关节炎;四妙散;加味治疗

中图分类号:R 589.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.044

痛风主要是因为尿酸代谢出现异常,体内的尿酸过多积聚产生的疾病,其临床特征主要包括急性痛风性关节炎和高尿酸血症。急性痛风性关节炎容易反复发作,引起痛风性肾病以及结石沉淀,严重者会造成急慢性肾功能衰竭甚至关节致残。四妙散具有通痹止痛和清热祛湿的功效,应用于治疗急性痛风性关节炎中效果显著^[1]。本文对我院 2011 年 2 月~2013 年 2 月收治的 90 例急性痛风性关节炎患者分别使用秋水仙碱和四妙散加味进行治疗,并对其临床疗效进行对比观察。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2011 年 2 月~2013 年 2 月收治的 90 例急性痛风性关节炎患者,其中男性 56 例,女性 34 例;年龄 37~51 岁;病程 6 个月~6 年;首次发病 35 例,反复发病 55 例。所有患者均起病急,发病在 48 h 以内临床症状均表现为关节红肿热痛、大便干结、脉滑数以及舌红苔黄腻等,且均经过临床检查确诊,符合中医病证诊断疗效标准^[2]。排除标准:风湿性、损伤性、类风湿性、结核性以及化脓性等关节疾病的患者;关节出现重度畸形和僵硬症状,失去劳动能力的患者;合并精神疾病、心脑血管疾病、肝肾疾病、造血系统等原发性疾病患者。将患者随机分为对照组和观察组各 45 例,两组患者年龄、性别以及病程等基本资料比较无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 使用秋水仙碱治疗:秋水仙碱 1.0 mg,口服,之后每隔 1 h 服用 0.5 mg,直到患者疼痛

症状得到缓解,24 h 内服用总剂量 <6 mg,治疗第二天 0.5 mg/d,20 d 为 1 个疗程。

1.2.2 观察组 给予四妙散加味治疗,处方:黄柏 25 g、薏苡仁 30 g、虎杖 15 g、苍术 10 g、地龙 10 g、牛膝 10 g。疼痛剧烈者加用乳香、没药各 6~10 g;伴肿胀症状者加用泽泻 15 g、车前子 15 g;伴发热者加用银花藤 15 g、石膏 20 g;反复发作者加用续断 8 g、黄芪 10 g。水煎服,2 次/d,1 剂/d,20 d 为 1 个疗程。两组患者在接受治疗期间均保持轻松状态,关节制动,禁止饮酒以及高嘌呤饮食等,多喝水。

1.3 疗效判定 治愈:患者经治疗 1~2 个疗程之后关节红肿以及热痛等症状均消失,关节活动恢复正常,通过血尿检查显示为正常;有效:患者经治疗 2 个疗程后关节肿胀症状以及疼痛症状均得到了缓解,血尿酸检查有所改善;无效:患者经治疗临床症状以及血尿酸检查等均未得到改善,甚至加重^[3]。

1.4 统计学处理 选用软件 SPSS18.0 对观察的数据进行统计学处理,使用 χ^2 检验, $P<0.05$ 则说明存在的差异性具有统计学意义。

1.5 结果 观察组总有效率为 93.3%,对照组总有效率为 77.8%,观察组的临床疗效明显优于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比 例					
组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
观察组	45	22	20	3	93.3
对照组	45	17	18	10	77.8

2 讨论

急性痛风性关节炎容易反复发作,引起痛风性肾病以及结石沉淀,严重者会造成急慢性肾功能衰

血,消食开胃^[4]。综上所述,中西医结合疗法治疗 HP 感染性胃炎的效果显著,HP 转阴率较大,胃黏膜病理组织学变化明显,应在临床推广应用。

参考文献

[1]关尚竹,冯小红.中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性胃病疗效观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(2):16-17
[2]中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组/幽门螺杆菌科研协作组.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,2008,13(1):73-76
[3]李妍,刘华一.中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性胃炎 57 例[J].实用中医内科杂志,2011,25(3):7-9

(收稿日期:2013-08-27)

3 讨论

中医临床研究表明,慢性胃炎的主要发病机制为脾胃虚弱、湿阻气滞,其病程较长,虚实夹杂,缠绵难解。因此,治疗不适合骤用补益,以免“助邪留寇”。本研究中,观察组采用中西医结合治疗,中药方中党参、白术、茯苓及甘草等可补气健脾;半夏、陈皮可燥湿化痰;砂仁、木香化湿,行气,调中;白花蛇舌草、菝葜、石见穿、佛手、谷芽清热解毒,理气活