

腺炎中西医结合诊治指南》<sup>[9]</sup>指出,中医药治疗重症急性胰腺炎应辨证论治,全身感染期、热毒炽盛者,免疫典型失调,极易诱发全身多脏器功能衰竭,治疗原则宜清热解毒、活血化瘀、通里攻下、益气营血。

清胰承气汤结合清胰汤和大承气汤的基本方,方中大黄具攻积滞、清湿热、泻火凉血、祛瘀解毒的功效;厚朴行气化湿、温中止痛;枳实具有消痰癖、祛停水、逐宿食、破结胸、通便闭的功效;白芍平肝止痛、养血调经、敛阴止汗;木香行气止痛、健脾消食;山栀清热泻火、解毒凉血;柴胡可和解表里、疏肝升阳;延胡索行气止痛、活血散瘀;红藤通经活络、散瘀止痛、理气行血;丹参活血祛瘀、通经止痛、凉血消痛、全方共奏行气活血、温中止痛、活血化瘀的功效。在现代药理研究中,大黄可抑制单核巨噬细胞释放炎症细胞因子,减轻机体炎症反应和靶器官损害,增强胃肠道蠕动功能,改善机体免疫功能<sup>[6]</sup>;丹参能改善血液流变学异常状态,促进血液流动,增加局部血流灌注,改善机体微循环,促进胰腺组织恢复正常<sup>[7]</sup>。

本研究结果显示,治疗后,观察组的血清淀粉酶、IL-6 和 TNF- $\alpha$  水平均低于对照组,差异均有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 观察组的腹痛消失时间、排气时间和住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义,

$P < 0.05$ 。说明清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎,可发挥抗炎镇痛作用,减轻机体炎症反应,促进患者腹痛尽快消失,恢复排气。而且观察组的病死率为 0.00%, 低于对照组的 14.63%, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。说明中西医结合治疗重症急性胰腺炎患者,可促进免疫恢复,降低病死率,提高治疗效果。综上所述,清胰承气汤联合西药治疗重症急性胰腺炎,可降低机体炎症反应,缩短患者腹痛时间,促进患者尽快排气。

参考文献

[1]李力,黄玲,徐萍,等.重症急性胰腺炎预后危险因素分析[J].中华胰腺病杂志,2015,15(3):150-153

[2]中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组.中国急性胰腺炎诊治指南(2013,上海)[J].中国实用内科杂志,2013,33(7):73-78

[3]中华医学会外科学分会胰腺外科学组.急性胰腺炎诊治指南(2014版)[J].中华消化外科杂志,2015,14(1):1-5

[4]李静,傅强,余杨梓.清胰承气颗粒对重症急性胰腺炎患者感染期免疫反应的影响[J].山东医药,2014,54(8):9-11

[5]中国中西医结合学会普通外科专业委员会.重症急性胰腺炎中西医结合诊治指南(2014年,天津)[J].临床肝胆病杂志,2015,31(3):327-331

[6]张博,朱建光.浅析大黄在《伤寒杂病论》中的应用及其现代药理机制[J].中医学报,2017,32(5):766-769

[7]胡波,范红伟,马广骏.丹参有效单体 IH764-3 药理作用研究及其临床应用前景述评[J].白求恩医学杂志,2016,14(2):233-235

(收稿日期: 2018-11-17)

# 七味胃痛胶囊合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡疗效

王晓娜

(河南省郑州市第三人民医院消化内科 郑州 450000)

**摘要:**目的:观察七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌(HP)阳性胃溃疡患者的疗效。方法:选取 2016 年 7 月~2018 年 2 月我院收治的 103 例 HP 阳性胃溃疡患者作为研究对象,根据治疗方案的不同分为对照组 51 例和研究组 52 例。对照组采取雷贝拉唑四联疗法治疗,研究组在对照组的基础上加用七味胃痛胶囊治疗,比较两组的疗效、中医证候积分、不良反应发生率、HP 根除率和复发率。结果:研究组的总有效率为 98.08%,高于对照组的 84.31%,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 治疗 6 周后,两组的中医证候积分均较治疗前降低,且研究组的中医证候积分低于对照组,差异均有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 研究组的 HP 根除率为 96.15%,高于对照组 82.35%,差异有统计学意义,  $P < 0.05$ ; 两组的不良反应发生率和复发率相比较,差异无统计学意义,  $P > 0.05$ 。结论:采取七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡患者,能提高 HP 根除率,改善患者的中医证候积分,临床疗效显著,且不良反应发生率和复发率均较低。

**关键词:**胃溃疡;幽门螺杆菌;七味胃痛胶囊;雷贝拉唑四联疗法

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.010

胃溃疡属发病率和复发率均较高的疾病,有数据显示,胃溃疡的总发生率为 11.6%, 复发率为 69.5%, 防治形势异常严峻<sup>[1]</sup>。幽门螺杆菌(HP)感染、胃蛋白酶和胃液消化作用是胃溃疡发病的主要因素,其主要临床表现为胃灼热、食欲降低、反酸、嗝气、上腹胀满和疼痛等,极大地影响了患者的日常学习、工作和生活。近年来,随着中医对胃溃疡病理机

制研究的不断深入,使中医治疗胃溃疡获得了较大突破。本研究旨在观察七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡患者的疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月~2018 年 2 月我院收治的 103 例 HP 阳性胃溃疡患者作为研究对

象,根据治疗方案的不同分为对照组 51 例和研究组 52 例。对照组女 23 例,男 28 例;年龄 21~76 岁,平均年龄(47.34±11.08)岁;病程 1~8 年,平均病程(4.51±1.22)年。研究组女 21 例,男 31 例;年龄 22~77 岁,平均年龄(46.52±10.56)岁;病程 1~8 年,平均病程(4.37±1.19)年。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批同意。

1.2 纳入标准 符合西医《内科学》<sup>[2]</sup>相关标准者;符合《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>相关标准者:胃脘部隐隐作痛,喜温喜按,神疲乏力,面色苍白,纳呆少食,呕吐,手足不温,苔薄白,脉沉细;HP 阳性者;知晓本研究并签订同意书者。

1.3 排除标准 合并肠溃疡的患者;既往有胃肠手术史者;合并严重肾、肝功能障碍者;依从性差不愿配合治疗者;妊娠期或哺乳期女性。

1.4 治疗方法 治疗期间,两组患者均应遵医嘱适量运动、规律休息、调整情绪并禁烟禁酒。

1.4.1 对照组 采取雷贝拉唑四联疗法治疗。口服雷贝拉唑(国药准字 H20040715)10 mg,1 次/d;口服克拉霉素(国药准字 H20120012),0.25 g/次,2 次/d;口服阿莫西林(国药准字 H20041621),0.5 g/次,3 次/d;口服枸橼酸铋钾(国药准字 H10920051),0.6 g/次,2 次/d。连续治疗 6 周。

1.4.2 研究组 采用四联疗法联合七味胃痛胶囊(国药准字 Z20026459)治疗,四联疗法中的药物用法剂量同对照组;口服七味胃痛胶囊 2 g/次,3 次/d。连续治疗 6 周。

1.5 观察指标及疗效标准 (1)比较两组的疗效。(2)比较两组治疗前后的中医证候积分。包括嗝气、纳差、腹胀和恶心呕吐等,按照正常、轻度、中度和重度分别记为 0 分、1 分、2 分和 3 分。(3)比较两组的 HP 根除率和不良反应发生情况。(4)随访 3 个月,统计两组的复发率。(5)疗效判定标准:治疗 6 周后,胃痛、腹胀等临床症状无明显改善或病情加重,胃镜检查显示胃溃疡面积缩小 $\leq 49\%$ 为无效;治疗 6 周后,胃痛、腹胀等临床症状明显改善,胃镜检查显示 $49\% <$ 胃溃疡面积缩小 $< 90\%$ 为有效;治疗 6 周后临床症状完全消失,胃镜检查显示胃溃疡基本愈合,胃溃疡面积缩小 $\geq 90\%$ 为显效。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 $\chi^2$ 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 两组疗效比较 研究组的总有效率为 98.08%,高于对照组的 84.31%,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]

组别	n	无效	有效	显效	总有效
研究组	52	1(1.92)	30(57.69)	21(40.38)	51(98.08)
对照组	51	8(15.69)	34(66.67)	9(17.65)	43(84.31)
$\chi^2$					4.512
P					0.033

2.2 两组中医证候积分比较 治疗 6 周后,两组的中医证候积分均较治疗前降低,且研究组的中医证候积分低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗 6 周后
研究组	52	14.63±2.52	4.45±1.23
对照组	51	14.54±2.56	7.62±1.41
t		0.180	12.166
P		0.858	0.000

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组的不良反应发生率相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	皮疹	腹泻	失眠	总发生
研究组	52	0(0.00)	1(1.92)	1(1.92)	2(3.85)
对照组	51	1(1.96)	1(1.96)	1(1.96)	3(5.88)
$\chi^2$					0.001
P					0.982

2.4 两组的 HP 根除率和复发率比较 研究组的 HP 根除率为 96.15%(50/52),高于对照组的 82.35%(42/51), $\chi^2=4.653$ , $P=0.032 < 0.05$ 。随访 3 个月,两组均无脱落病例,研究组复发 4 例,对照组复发 7 例,研究组的复发率为 7.69%(4/52),与对照组的 13.73%(7/51) 比较,差异无统计学意义, $\chi^2=0.983$ , $P=0.322 > 0.05$ 。

## 3 讨论

胃溃疡为消化系统多发疾病,由于胃酸分泌过多可导致胃黏膜损害和防御失衡,同时 HP 在胃上皮繁殖,在高胃酸环境下可引起炎症反应,进一步加重溃疡症状<sup>[2]</sup>。雷贝拉唑四联疗法为雷贝拉唑+阿莫西林+克拉霉素+枸橼酸铋钾联合应用,能有效减少胃酸分泌,杀死幽门螺旋杆菌,改善患者症状,其疗效已得到临床证实<sup>[4]</sup>。但临床治疗中发现,长期西医治疗不良反应较多,且治疗后复发率较高<sup>[5]</sup>。

中医认为,胃溃疡属“胃脘痛”范畴,其病理机制

为情志失调、饮食不节、脾胃损伤、胃失温煦、中焦虚寒，治则以健胃、行气、散寒、止痛等为主。七味胃痛胶囊含有木香、鸡内金、肉桂、高良姜、荜茇、吴茱萸等中药，其中木香、鸡内金具有消食、行气、健胃、止痛等功效；肉桂、高良姜、荜茇、吴茱萸联合应用能降逆、温中、止痛、散寒、行气、消食。诸药配合，具有健胃、行气、散寒、止痛之功效。有研究证明，七味胃痛胶囊能调节机体消化系统和神经内分泌系统，增强肠胃蠕动，抑制胃酸，促进排空，且能改善胃局部血液循环，促进溃疡愈合<sup>[6]</sup>。左娅<sup>[7]</sup>的研究中，采用七味胃痛胶囊联合三联用药治疗胃黏膜病变取得了显著的效果。本研究结果显示，研究组的总有效率为 98.08%，高于对照组的 84.31%，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ；治疗 6 周后，两组的中医证候积分均较治疗前降低，且研究组的中医证候积分低于对照组，差异均有统计学意义， $P < 0.05$ 。说明采取七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡患者，能显著改善患者的中医证候积分，提高临床疗效。研究组的 HP 根除率为 96.15%，高于对照组 82.35%，差异有统计学意义， $P < 0.05$ ；两组的不良反

应发生率和复发率相比较，差异无统计学意义， $P > 0.05$ 。提示采用七味胃痛胶囊联合西医四联疗法治疗能进一步提高 HP 根除率，且复发率和不良反应发生率均较低，具有较高的用药安全性。综上所述，采取七味胃痛胶囊联合雷贝拉唑四联疗法治疗 HP 阳性胃溃疡患者，能提高 HP 根除率，改善患者的中医证候积分，临床疗效显著，且不良反应发生率和复发率均较低。

参考文献

[1]阮巍山,夏冰清,叶建明,等.大剂量雷贝拉唑钠肠溶胶囊联合含铋剂四联疗法根除幽门螺杆菌的临床效果观察[J].中国处方药,2017,15(11):11-13  
 [2]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版北京:人民卫生出版社,2013:369-375  
 [3]国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.135-139  
 [4]王建业,赵书章,陈卿奇,等.雷贝拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的疗效分析[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(1):89-91  
 [5]欧阳艳君,张艳梅,李炳东,等.雷贝拉唑三联疗法对活动期胃溃疡患者组织学愈合质量及溃疡复发的作用分析[J].现代中西医结合杂志,2014,23(20):2196-2198  
 [6]云海顺.七味胃痛胶囊的临床疗效观察[J].中国处方药,2014,12(3):89  
 [7]左娅.七味胃痛胶囊联合三联用药治疗胃黏膜病变的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2015,8(23):62

(收稿日期: 2018-11-18)

## 环孢素 A 联合司坦唑醇治疗慢性再生障碍性贫血患者的疗效

张振江 李志春 杨晓哲 纪国超 袁本超 孙富英  
 (河南省濮阳市人民医院血液科 濮阳 457000)

**摘要:**目的:分析环孢素 A 联合司坦唑醇治疗慢性再生障碍性贫血患者的疗效。方法:选取我院 2015 年 9 月~2017 年 9 月收治慢性再生障碍性贫血患者 84 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,每组 42 例。对照组予司坦唑醇治疗,观察组予环孢素 A、司坦唑醇联合治疗。比较两组疗效,治疗前后 PLT、WBC、血清 VEGF 水平,网织红细胞绝对值及不良反应发生情况。结果:观察组总有效率明显高于对照组, $P < 0.05$ ;治疗后,观察组 PLT、WBC、血清 VEGF 水平明显高于对照组, $P < 0.05$ ;治疗后,观察组网织红细胞绝对值明显高于对照组, $P < 0.05$ ;两组不良反应发生率比较,无显著性差异( $P > 0.05$ )。结论:环孢素 A 与司坦唑醇联合治疗慢性再生障碍性贫血患者,可提高 PLT、WBC 水平,改善造血微环境、骨髓造血功能,疗效显著,安全性高。

**关键词:**慢性再生障碍性贫血;环孢素 A;司坦唑醇

中图分类号:R556.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.01.011

慢性再生障碍性贫血是由生物、物理、化学等因素引起的,以造血组织功能障碍、全血细胞减少为特点的疾病,临床表现为出血、感染、贫血等,病情迁延不愈,临床治疗较为困难<sup>[1-2]</sup>。相关研究证实,慢性再生障碍性贫血患者多伴造血干细胞功能障碍及免疫抑制<sup>[3]</sup>。司坦唑醇可促进造血细胞增殖及蛋白质合成,缓解骨髓抑制。环孢素 A 为强效免疫抑制剂,可调节 T 细胞亚群比例,抑制造血负调控因子释放。本研究旨在探讨环孢素 A、司坦唑醇联合治疗慢性再生障碍性贫血患者的临床效果。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 9 月~2017 年 9

月慢性再生障碍性贫血患者 84 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组与观察组,每组 42 例。对照组女 18 例,男 24 例;年龄 21~67 岁,平均(39.62± 7.35)岁;骨髓涂片:骨髓增生低下 32 例,骨髓增生极度低下 10 例。观察组女 16 例,男 26 例;年龄 20~69 岁,平均(40.17± 7.65)岁;骨髓涂片:骨髓增生低下 31 例,骨髓增生极度低下 11 例。两组一般资料比较,无显著性差异( $P > 0.05$ ),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:均经外周血涂片、骨髓病理学等检查确诊;患者及其家属均知晓参与本研究,并自愿签署知情同意书。排除标准:伴严