增高的假象;而当 Hp 感染后期,随着胃黏膜腺体出现萎缩,胃酸的分泌减少,进而降低了 PG I 水平。PG II 水平与胃底黏膜病变具有密切联系,当机体出现假幽门腺化生、胃上皮化生及异型增生、胃底腺萎缩时,其水平可显著提升。PGR 可反映胃黏膜萎缩及恶变情况^[10-11]。

本研究结果显示,试验组 PG I、PG II 水平较对照组高,PGR 水平较对照组低,可见机体发生 Hp 感染后可损伤胃黏膜功能,降低 PGR 水平,提升 PG I、PG II 水平。II 型 Hp 感染者 PG I、PG II 水平较 I 型 Hp 感染低,PGR 水平较 I 型 Hp 感染高,可见 I 型 Hp 感染者胃黏膜的损伤要明显重于 II 型 Hp 感染者。Pearson 相关性分析显示,PG I、PG II 与 Hp 抗体分型呈负相关 ($r < 0$),PGR 与 Hp 抗体分型呈正相关 ($r > 0$),说明胃黏膜萎缩进展情况及恶变情况与 Hp 抗体分型呈正相关。由上可知,Hp 抗体分型与胃黏膜功能状态有密切联系。综上所述,不同抗体型 Hp 感染与胃黏膜功能状态有密切联系,血清 PG 水平变化有助于鉴别 Hp 抗体分型,可为临床治疗方案的制定、患者预后评估提供依据。

参考文献

[1]黄根,方念,王农荣.反流性食管炎与幽门螺旋杆菌关系的分析[J].实用中西医结合临床,2014,14(9):40-41

[2]刘卫东,美丽克扎提,惠文佳,等.不同类型幽门螺杆菌感染与萎缩性胃炎进展的关系[J].中华消化杂志,2018,38(4):222-225

[3]林骏,徐良,刘尧,等.血清幽门螺杆菌抗体分型检测在健康体检中的临床意义[J].现代诊断与治疗,2018,29(11):1810-1811

[4]陶伟,李亚俊,杨力.慢性胃炎、胃溃疡及胃癌患者血清胃蛋白酶原水平的研究[J].宁夏医科大学学报,2011,33(11):1054-1057,1118

[5]徐林,付明生,蔡勋全,等.胃黏膜病理与幽门螺杆菌和胃蛋白酶原的相关性分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2017,26(8):918-920

[6]何星,徐凯进,黄伟,等.幽门螺杆菌感染与胃黏膜“血清学活检”指标及病理改变的相关性分析[J].中华临床感染病杂志,2019,12(1):50-55

[7]杜奕奇,蔡全才,廖专,等.中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案)(2017年,上海)[J].胃肠病学,2018,23(2):92-97

[8]高川,马敏俊,何志刚,等.慢性胃病患者胃蛋白酶原水平与幽门螺杆菌感染的相关性分析[J].现代实用医学,2017,29(6):755-757

[9]屈天生,王富成,蔡月银.胃癌患者血清胃蛋白酶原变化及其幽门螺杆菌感染的相关性研究[J].国际检验医学杂志,2018,39(15):1835-1837

[10]曾昭静.胃蛋白酶原在萎缩性胃炎中的研究进展[J].基层医学论坛,2019,23(4):573-574

[11]陈春春,罗和生,张维兰,等.血清胃蛋白酶在慢性胃部病变中的相关研究[J].临床消化病杂志,2018,30(6):400-403

(收稿日期: 2019-06-12)

柴龙牡蛎汤结合西药治疗慢性胃炎的价值研究

曾震军 杨国红 #

(河南中医药大学第一附属医院肝胆脾胃科 郑州 450046)

摘要:目的:探讨慢性胃炎患者应用柴龙牡蛎汤结合西药治疗的临床价值。方法:将我院 2017 年 6 月~2019 年 4 月收治的 60 例慢性胃炎患者随机分为对照组和观察组各 30 例。对照组采取常规西医治疗,观察组在对照组基础上给予柴龙牡蛎汤治疗。比较两组临床疗效、血清炎症因子及胃镜黏膜积分。结果:观察组治疗总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$);观察组治疗后血清 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- α 、白细胞介素-6 水平及胃黏膜积分均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论:柴龙牡蛎汤结合西药治疗慢性胃炎的效果显著,可有效减轻血清炎症因子水平,利于胃黏膜恢复,值得临床推广。

关键词:慢性胃炎;柴龙牡蛎汤;中西结合疗法;炎症因子

中图分类号:R573.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.037

慢性胃炎是消化系统高发病。慢性胃炎患者约占接受临床胃镜检查 80%~90%,终末期癌变率约为 4%。其病因目前尚未完全明确,可能是由胃部黏膜慢性炎性及萎缩性病理改变引起^[1-2]。近年来,随着我国主流生活节奏的加快及人们不良饮食习惯的增多,慢性胃炎发病率呈上升趋势,且逐渐年轻化^[3]。本研究旨在探讨慢性胃炎患者应用柴龙牡蛎汤结合西药治疗的临床价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院 2017 年 6 月~2019 年 4 月收治的 60 例慢性胃炎患者随机分为对照组和观察

组各 30 例。对照组男 18 例,女 12 例;年龄 22~73 岁,平均年龄 (46.34± 6.28) 岁;病程 1~11 年,平均病程 (5.33± 2.89) 年;慢性萎缩性胃炎 10 例,慢性浅表性胃炎 20 例。观察组男 17 例,女 13 例;年龄 23~75 岁,平均年龄 (46.83± 6.62) 岁;病程 1~10 年,平均病程 (5.26± 2.84) 年;慢性萎缩性胃炎 11 例,慢性浅表性胃炎 19 例。两组一般资料比较,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批准,所有患者签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准:符合《中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)》^[4]慢性胃炎诊断标

通信作者:杨国红, E-mail: yangguohong123@126.com

准;符合《胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)》^[5]胃脘痛诊断标准,患者苔黄且薄,舌质偏红,以胃脘痛、口苦及胀满等为主症,呃逆、反酸、纳差等为次症;有幽门螺旋杆菌(HP)感染。(2)排除标准:有胃部手术史及癌症者;有严重器质功能障碍及免疫疾病者;妊娠、备孕及哺乳期女性;精神障碍者;对本研究药物过敏者。

1.3 治疗方法 对照组接受常规西医治疗。左氧氟沙星(国药准字 H20064117)0.2 g 口服,2 次/d;奥美拉唑(国药准字 H20103406)10 mg 口服,1 次/d;克拉霉素(国药准字 H20063814)0.25 g 口服,2 次/d;枸橼酸铋钾(国药准字 H53022118)220 mg 口服,2 次/d。观察组在对照组基础上结合柴龙牡蛎汤治疗。方剂组成:柴胡 10 g、龙骨 20 g、牡蛎 20 g、太子参 10 g、炙甘草、大黄各 6 g;半夏、桂枝、黄连、黄芩各 10 g,黄芪、白芍各 20 g;纳差者加鸡内金、枳壳各 10 g;疼痛重者加川楝子、延胡索各 6 g;反酸重者常规西医治疗煨瓦楞、乌贼骨各 10 g;两胁胀痛者加香附、郁金各 10 g。水煎,餐后温服,1 剂/d,早晚各 1 次。两组均连续治疗 2 周。

1.4 观察指标 (1)比较两组临床疗效。治愈:胃镜检查可见黏膜大体恢复至正常,临床症状消失;显效:胃镜检查可见黏膜炎性反应及临床症状大致消失;有效:胃镜检查可见病变的黏膜组织 50%及以上好转,黏膜炎性反应及临床症状有所缓解;无效:临床症状以及胃镜检查可见胃黏膜炎性反应无改善或加重。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×

100%。(2)治疗前后抽取两组患者空腹静脉血,低速离心 10 min,分离血清,采用酶联免疫吸附法检测血清 C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子(TNF- α)及白细胞介素-6(IL-6)水平。(3)比较两组治疗胃镜黏膜积分。胃镜黏膜积分评估标准:经胃镜检查胃内糜烂病灶数>10 个,或遍布弥散性糜烂病灶为 4 分;弥散性糜烂病灶遍布 3 个区域,胃内合计病灶数 $\leq$ 10 个,或每区域糜烂病灶数 $\leq$ 6 个为 3 分;局限性糜烂,病灶数>2 个但 $\leq$ 5 个为 2 分;局部性糜烂,病灶 $\leq$ 2 个为 1 分;黏膜无糜烂为 0 分。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率显著高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	7(23.33)	14(46.67)	1(3.33)	8(26.67)	22(73.33)
观察组	30	16(53.33)	11(36.67)	2(6.67)	1(3.33)	29(96.67)
χ^2						4.706
P						0.011

2.2 两组血清炎性因子水平比较 治疗前,两组血清 CRP、TNF- α 、IL-6 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组血清 CRP、TNF- α 、IL-6 水平均较治疗前明显降低,且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组血清炎性因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CRP(mg/L)		TNF- α (IU/ml)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	17.06 $\pm$ 2.20	9.56 $\pm$ 1.57*	99.28 $\pm$ 10.27	58.29 $\pm$ 8.44*	212.74 $\pm$ 14.25	169.60 $\pm$ 11.34*
观察组	30	17.07 $\pm$ 2.19	6.43 $\pm$ 1.22*	99.30 $\pm$ 10.25	40.16 $\pm$ 7.13*	212.75 $\pm$ 14.28	139.49 $\pm$ 11.10*
<i>t</i>		0.018	8.622	0.008	8.988	0.003	10.393
P		0.986	0.000	0.994	0.000	0.999	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后胃黏膜积分比较 治疗前,两组胃黏膜积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组胃黏膜积分较治疗前明显降低,且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组胃黏膜积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	<i>t</i>	P
对照组	30	2.44 $\pm$ 0.62	1.25 $\pm$ 0.41	8.769	0.000
观察组	30	2.45 $\pm$ 0.63	0.47 $\pm$ 0.15	16.746	0.000
<i>t</i>		0.062	9.786		
P		0.951	0.000		

3 讨论

慢性胃炎主要是由幽门螺旋杆菌引起的胃黏膜

炎症,其发病还与遗传因素、免疫因素及饮食不规律等不良习惯有关^[6]。慢性胃炎可导致胃黏膜恶性病变风险上升,对患者生命安全造成较大影响,故早期给予有效措施以预防及延缓胃部恶性病变具有重要意义。CRP、TNF- α 及 IL-6 等炎症因子在慢性胃炎后续发展进程中起着重要作用^[7]。

中医学将慢性胃炎归于“胃脘痛”范畴^[8]。本病发于胃,与脾、胆、肝密切相关。肝气通畅,为疏泄用,以促胆汁分泌;胆为纳藏,其汁入肠,助脾胃化五谷,调运精微于五常。若肝气瘀阻,疏泄难调,则胆汁紊乱,难化运五谷,排泄受阻,遂有失降之症,即纳差、

胀满、口苦等,故肝胆互为表里^[9]。中医认为治疗此病应以舒肝理气、和胃健脾为治疗原则^[10]。柴龙牡蛎汤中,柴胡可疏肝解郁、降逆除满;龙骨、牡蛎平肝解毒、安神固敛;大黄消积通便、泻热解毒;太子参益气健脾、固本扶正;半夏和胃止呕、降逆止痛;黄芪益气通尿、固表生新;桂枝散寒化气、通阳止痛;炙甘草滋阴养气;黄连泻火解毒;黄芩清热止血;白芍养血镇痛。诸药共用可疏肝利胆、健脾和胃。本研究结果显示,观察组治疗总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$);观察组治疗后血清 CRP、TNF- α 、IL-6 水平及胃黏膜积分均低于对照组 ($P < 0.05$)。说明柴龙牡蛎汤结合西药治疗慢性胃炎患者的疗效显著,可有效减轻患者机体炎性反应,促进胃黏膜恢复,具有较高的临床应用价值。

参考文献

[1]刘新桥,王玲.正气散加减治疗慢性胃炎对患者生活质量、炎性因子水平的影响[J].中国中药杂志,2019,44(1):181-185
 [2]田英.探讨益生菌联合铋剂四联治疗 Hp 阳性慢性胃炎患者的临床疗效与安全性[J].中国医师杂志,2019,21(4):601-603
 [3]张石裕.舒肝解郁胶囊治疗慢性胃炎伴抑郁患者的疗效分析[J].现代诊断与治疗,2018,29(10):1533-1535
 [4]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].中华消化杂志,2017,37(11):721-738
 [5]中华中医药学会脾胃病分会.胃痛胸中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(13):166-1170
 [6]梁标.奥美拉唑联合左氧氟沙星与克拉霉素三联疗法治疗慢性胃炎的疗效[J].实用中西医结合临床,2016,16(2):69-70
 [7]刘辉,何春艳.铋剂四联疗法对慢性胃炎患者临床症状及胃泌素的影响[J].贵州医药,2018,42(1):54-57
 [8]王丽红.香砂六君子丸协同"四联疗法"治疗脾胃虚弱合 Hp 型慢性胃炎的疗效分析[J].中医药信息,2018,35(5):86-89
 [9]王长建,马秀明.自拟理气和胃汤治疗肝胃不和型慢性胃炎临床观察[J].世界中西医结合杂志,2019,14(3):392-395
 [10]陈国鹏,张俊,刘燕妮.半夏泻心汤加减法结合胃泰舒颗粒治疗慢性胃炎的疗效及安全性分析[J].山西医药杂志,2018,47(18):2219-2221
 (收稿日期:2019-06-17)

埃索美拉唑联合白眉蛇毒血凝酶治疗消化性溃疡并出血

兰云

(河南省焦作市第三人民医院 焦作 454172)

摘要:目的:观察埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗消化性溃疡并出血的临床疗效。方法:选取2016年12月~2018年10月治疗的82例消化性溃疡并出血患者为研究对象,根据治疗方法不同分为对照组与观察组,每组41例。对照组给予奥美拉唑联合白眉蛇毒血凝酶治疗,观察组给予埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗。比较两组临床治疗效果、住院时间、止血时间以及再次出血率。结果:观察组治疗总有效率(95.12%)明显高于对照组(73.17%),住院时间、止血时间、再次出血率均低于对照组($P < 0.05$)。结论:埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗消化性溃疡并出血疗效显著,止血效果好,再次出血率低,临床价值较高,值得推广。

关键词:消化性溃疡并出血;埃索美拉唑;奥美拉唑;白眉蛇毒血凝酶

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.038

消化性溃疡是一种内科常见急症,由于胃酸过多分泌,不断刺激十二指肠黏膜与胃黏膜,加上受到幽门螺杆菌感染,导致患者抵抗机制减弱所引起的。该病的特点为发病较急、周期性发病且恢复较为缓慢,常见症状为呕血、黑便等^[1-2]。若患者得不到及时治疗,则会引发较大、较快的出血,严重者还会出现失血性休克,危及患者生命安全。对于消化性溃疡并出血,临床常用的治疗方式为给予质子泵抑制剂抑制胃酸分泌,同时给予止血等治疗^[3-4]。本研究以我院消化性溃疡并出血患者为研究对象,旨在观察埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年12月~2018年10月于我院治疗的82例消化性溃疡并出血患者为研究对象,根据治疗方法不同分为对照组与观察组,每组41例。对照组男29例,女12例;年龄25~67岁,平

均(46.41±5.49)岁;胃溃疡18例,十二指肠溃疡23例。观察组男27例,女14例;年龄26~67岁,平均(46.68±5.51)岁;胃溃疡20例,十二指肠溃疡21例。两组患者一般资料比较无明显差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:经内镜检查患者出现活动性溃疡出血;72h内出现黑便(经隐血试验呈阳性)或呕血等上消化道出血的临床症状;患者对本次研究知情,并且签署知情同意书。排除标准:孕妇、哺乳期妇女;对本次研究使用药物过敏者;患有消化道肿瘤者;无法明确上消化道出血原因者。本研究得到本院医学伦理委员会的批准和认可。

1.3 治疗方法 两组患者入院后均给予常规治疗,如禁食、卧床休息、补液、抗感染等,同时给予白眉蛇毒血凝酶止血治疗,取2U白眉蛇毒血凝酶(国药准字H20041730)加入0.9%氯化钠注射液100ml中静脉滴注,1次/d,持续给药3d。在此基础上,对照