

复方嗜酸乳杆菌联合四联疗法治疗幽门螺旋杆菌感染 消化性溃疡的效果

张静文

(河南省南阳市第二人民医院内镜科 南阳 473003)

摘要:目的:探讨复方嗜酸乳杆菌联合四联疗法治疗幽门螺旋杆菌感染消化性溃疡的治疗效果。方法:选取 2018 年 1 月~2020 年 2 月收治的幽门螺旋杆菌感染消化性溃疡患者 90 例为研究对象,按随机数字表法分为对照组和治疗组,各 45 例。对照组行常规四联疗法治疗,治疗组在此基础上加用复方嗜酸乳杆菌治疗。对比两组临床疗效、临床症状积分、幽门螺旋杆菌根除率及不良反应发生情况。结果:治疗组治疗总有效率为 95.56%,高于对照组的 71.11%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组上腹痛、上腹饱胀、呕吐、反酸积分等临床症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组幽门螺旋杆菌根除率较对照组高,不良反应发生率较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:四联疗法联合复方嗜酸乳杆菌治疗幽门螺旋杆菌感染消化性溃疡患者能够提高临床疗效,减轻临床症状,提高幽门螺旋杆菌根除率,减少不良反应发生,促进患者康复。

关键词:消化性溃疡;幽门螺旋杆菌;四联疗法;复方嗜酸乳杆菌

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.02.035

幽门螺旋杆菌(*Helicobacter Pylori*, Hp)是一种螺旋弯曲、多鞭毛、末端钝圆、单极的革兰阴性细菌,能通过共用碗筷、水源、唾液等多种途径传染,是引起消化性溃疡、十二指肠炎等多种胃肠道疾病的主要致病因素^[1-2]。对于 Hp 感染消化性溃疡患者治疗的关键在于根除 Hp,四联疗法是目前临床治疗本病的常用手段,能够有效根除 Hp 感染,改善病情。但随着临床治疗发现,受 Hp 耐药、抗菌药物不良反应等因素影响,Hp 根除率有所下降,影响治疗效果^[3]。复方嗜酸乳杆菌能够对 Hp 生长、定植形成抑制,提高 Hp 根除率,还能减少四联疗法所致的胃肠道不良反应,提高患者治疗依从性,逐渐应用于临床^[4]。本研究分析复方嗜酸乳杆菌联合四联疗法治疗 Hp 感染消化性溃疡的治疗效果,为临床治疗提供参考依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 1 月~2020 年 2 月收治的 Hp 感染消化性溃疡患者 90 例为研究对象。按随机数字表法分为治疗组和对照组,各 45 例。治疗组男 25 例,女 20 例;年龄 22~75 岁,平均年龄(45.21 ± 4.48)岁;胃溃疡 24 例,复合溃疡 8 例,十二指肠球部溃疡 13 例。对照组男 27 例,女 18 例;年龄 23~73 岁,平均年龄(45.17 ± 4.40)岁;胃溃疡 22 例,复合溃疡 11 例,十二指肠球部溃疡 12 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入选标准 纳入标准:临床表现为上腹痛、上腹饱胀、反酸等;经尿酸氧化酶试验确诊 Hp 阳性,经病理学和胃镜检查确诊为 Hp 感染消化性溃疡;

签署知情同意书;入组前 2 周末接受抗菌药物治疗。排除标准:过敏体质;严重肝肾功能不全;哺乳期或妊娠期;胃癌;合并全身感染。

1.3 治疗方法 对照组给予常规四联疗法治疗。口服阿莫西林胶囊(国药准字 H31021098),2 次/d,0.5 g/次;口服泮托拉唑钠肠溶胶囊(国药准字 H20093083),2 次/d,40 mg/次;口服克拉霉素胶囊(国药准字 H20066480),2 次/d,250 mg/次;口服复方铝酸铋片(国药准字 H23021337),3 次/d,1~2 片/次。治疗组在对照组治疗基础上,加用复方嗜酸乳杆菌(国药准字 H10940114)治疗,2 次/d,1 g/次。两组均连续治疗 6 周。

1.4 观察指标 (1)临床疗效。溃疡面消失,瘢痕形成成为显效;与治疗前相比,溃疡面减小 $>50\%$,周围黏膜伴有炎症为有效;与治疗前相比,溃疡面积减小 $<50\%$,临床症状无明显改善为无效。有效率+显效率=总有效率。(2)两组 Hp 根除率。(3)临床症状积分。如上腹痛、上腹饱胀、呕吐、反酸等,无须服药,3 d 以上发作 1 次或他人提醒感觉存在症状或症状减轻为 1 分;存在部分轻微症状,隔天发作 1 次或不影响正常生活为 2 分;症状明显,每日发作 1 次,影响正常生活为 3 分,分值越高则症状越严重。(4)不良反应发生情况。如上腹痛、上腹饱胀、呕吐、反酸等。

1.5 统计学方法 采用 SPSS24.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用比率表示,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 治疗组治疗总有效率较

对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	45	22 (48.89)	10 (22.22)	13 (28.89)	32 (71.11)
治疗组	45	29 (64.44)	14 (31.11)	2 (4.44)	43 (95.56)
χ^2					9.680
P					0.002

2.2 两组临床症状积分比较 治疗组上腹痛、上腹饱胀、呕吐、反酸积分较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	上腹痛	呕吐	反酸	上腹饱胀
对照组	45	1.96± 0.29	1.88± 0.22	1.84± 0.27	1.91± 0.20
治疗组	45	1.15± 0.24	0.76± 0.15	0.65± 0.10	1.21± 0.08
t		14.435	28.216	27.725	21.799
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组 Hp 根除率和不良反应发生情况比较 治疗组 Hp 根除率较对照组高,不良反应发生率较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 Hp 根除率和不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	Hp 根除	不良反应				总发生
			食欲下降	腹泻	头晕	恶心	
对照组	45	35 (77.78)	3 (6.67)	1 (2.22)	3 (6.67)	2 (4.44)	9 (20.00)
治疗组	45	42 (93.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.22)	1 (2.22)	2 (4.44)
χ^2		4.406					5.075
P		0.036					0.024

3 讨论

Hp 感染消化性溃疡临床表现为上腹痛、反酸、上腹饱胀等,发病机制为 Hp 经毒力因子作用在胃黏膜上皮定植,造成局部发生免疫和炎症反应,阻碍局部黏附修复、防御,同时能促进胃泌素分泌、释放,增强 Hp 侵袭强度和力度,损伤十二指肠、胃黏膜或诱发溃疡^[5-6]。以 PPI 为基础的四联疗法是治疗 Hp 感染消化性溃疡的常用方案,其中阿莫西林抑菌作用力较强,能够杀灭 Hp;泮托拉唑属于质子泵抑制剂,能够抑制质子泵 H⁺-K⁺-ATP 酶(位于胃黏膜壁细胞分泌小管上),促使壁细胞内 H⁺转运至胃腔,阻碍胃酸分泌,使胃液内 pH 水平升高,抑酸作用持续且作用强;复方铝酸铋具有抗酸、杀灭 Hp、保护胃黏膜,增强胃黏膜屏障作用,加快黏膜再生,为溃疡面愈合提供有利条件;克拉霉素抗 Hp 作用较强,耐药低且作用持久,各种药物联合治疗能够有效改善患者病情^[7-8]。但由于 Hp 负荷、定植部位、感染、耐药性、毒力因子、类球形变等细菌易变的因素和患者用药依从性、吸烟、口腔 Hp、机体免疫状态等宿主因素影响,难以达到理想的 Hp 根除效果。

本研究结果显示,治疗组治疗总有效率、Hp 根除率高于对照组,上腹痛、上腹饱胀、呕吐、反酸积分和不良反应发生率低于对照组,提示在四联疗法治疗基础上,使用复方嗜酸乳杆菌 Hp 感染消化性溃疡患者能够提高治疗效果和安全性,提高 Hp 根除率,减轻患者临床症状,利于患者病情恢复。复方嗜酸乳杆菌属于肠道菌群调整药物,是由粪链球菌、日本株嗜酸乳杆菌、枯草杆菌、中国株嗜酸乳杆菌等组成,能够分泌具有抗菌效果的分解糖类和物质,如乳酸、过氧化氢、细菌素等,提高肠道酸度,对肠道致病菌繁殖形成抑制,发挥清除 Hp 作用^[9-10]。复方嗜酸乳杆菌能够调节小肠黏膜结合蛋白水平,促进胃黏膜通透性恢复;分泌具有抗细菌黏附的活性物质,使 Hp 对胃上皮腺癌细胞黏附指数下降,还能抑制 Hp 释放白介素 -8 (IL-8) 白介素 -1B (IL-1B),抑制 Hp 致病性,促进患者病情恢复。

综上所述,四联疗法治疗基础上,联合复方嗜酸乳杆菌治疗 Hp 感染消化性溃疡患者,能够提高临床疗效,减轻临床症状,提高 Hp 根除率,减少不良反应发生。

参考文献

[1]张雪莲,王一平,吴维宇,等.四联疗法联合口腔洁治根除消化性溃疡合并幽门螺杆菌感染的疗效研究[J].成都医学院学报,2017,12(5):576-578.

[2]袁元.自拟白术益脾汤联合四联疗法治疗幽门螺杆菌(Hp)阳性消化性溃疡的效果及对创面愈合、胃酸分泌功能的影响[J].四川中医,2018,36(12):89-91.

[3]朱新影,杜娟,赵文娟,等.两种益生菌联合铋剂四联疗法根除幽门螺杆菌疗效分析[J].中华医学杂志,2018,98(28):2246-2249.

[4]朱新影,杜娟,赵文娟,等.不同疗程复方嗜酸乳杆菌片联合四联疗法根除幽门螺杆菌的疗效分析[J].中国微生态学杂志,2017,29(8):909-912.

[5]杨剑,吴万桂.安胃疡胶囊联合西医四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(20):2253-2255.

[6]汪海涛,张杰,蒋晓忠,等.含铋四联疗法联合双歧杆菌四联活菌片治疗幽门螺杆菌感染阳性消化性溃疡疗效观察[J].临床军医杂志,2018,46(3):329-330,333.

[7]石鹏,姚洁.黄连素联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的效果及机制探讨[J].中国医药导报,2019,16(22):77-79,86,封四.

[8]孙广红.埃索美拉唑与奥美拉唑四联疗法对消化性溃疡合并幽门螺杆菌感染患者预后及生活质量影响对比研究[J].山西医药杂志,2018,47(17):2043-2045.

[9]郝婷婷,马晓鹏,袁东红,等.含铋剂四联疗法在消化性溃疡幽门螺杆菌感染根除中的临床价值[J].河北医药,2017,39(5):713-715.

[10]张先俊,程琳,汪秀杰,等.复方嗜酸乳杆菌在首次根除幽门螺杆菌感染胃溃疡失败补救治疗中的应用[J].临床消化病杂志,2019,31(1):12-15.