

强化胃黏膜保护方案辅助应用治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎的疗效研究

宋金东 钟兴伟 文时继 刘志红

慢性萎缩性胃炎属于慢性消化系统疾病,幽门螺杆菌(*helicobacter pylori*, Hp)感染是其主要致病因素,因此慢性萎缩性胃炎患者应考虑进行抗Hp治疗^[1]。Hp感染可导致消化性溃疡、胃炎、胃癌等多种疾病, Hp长期在胃部聚集会造成慢性萎缩性胃炎^[2]。随着抗生素的广泛应用, Hp对抗生素的耐药率逐渐上升,以质子泵抑制剂为基础的四联药物方案对Hp的根除率逐渐下降。保护胃黏膜、根除Hp和补充抗氧化剂是Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者的主要治疗方式^[3]。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年1月至2016年12月在德清县人民医院消化内科接受治疗的Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者110例,其中男性57例、女性53例,年龄23~64岁,平均年龄(58.23±7.13)岁;纳入标准:①患者经胃镜及病理检查确诊为慢性萎缩性胃炎;②患者为Hp阳性感染;③患者临床资料完整,且治疗依从性良好;④患者年龄>18岁;⑤患者知情同意且经医院伦理委员会批准。排除标准:①有严重心、肾、肝等疾病的患者;②有免疫系统疾病或血液疾病的患者;③近期接受过相关治疗的患者;④有阿莫西林、克拉霉素、埃索美拉唑、叶酸和替普瑞酮药物禁忌证的患者;⑤妊娠期或哺乳期妇女。将110例患者用随机数表法分为两组,联合组55例和对照组55例。联合组男性28例、女性27例;平均年龄(58.19±7.06)岁;对照组男性29例、女性26例;平均年龄(58.24±7.03)岁。两组患者在年龄、性别方面比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组患者采用四联药物(阿莫西林+克拉霉素+埃索美拉唑+枸橼酸铋钾)治疗,阿莫西林胶囊(由广州白云山制药股份有限公司生产)500 mg

口服,每日三次。埃索美拉唑片(由阿斯利康制药有限公司生产)40 mg口服,每日一次。克拉霉素片(由河南福森药业有限公司生产)250 mg口服,每日二次。枸橼酸铋钾胶囊(由济川药业集团有限公司生产)600 mg口服,每日二次。联合组患者在对照组的基础上加用叶酸和替普瑞酮治疗,叶酸片(由天津力生制药股份有限公司生产)10 mg口服,每日三次。替普瑞酮胶囊[由卫材(中国)药业有限公司生产], 50 mg,每日三次。两组患者均连续治疗12周。

1.3 观察指标 ①治愈:无临床症状,萎缩全部消失;显效:临床症状较轻,固有腺体萎缩消失,胃黏膜以红色为主;有效:临床症状改善,萎缩、血管纹减少;无效:未达到以上标准。总有效率等于治愈、显效及有效之和占总例数的百分比。②记录两组患者腹痛、腹胀、纳差、嗝气、恶心、反酸的发作频率和严重程度,每项满分为10分,发作频率和严重程度各占5分,分数越高表示患者的症状越重。③采用酶联免疫吸附法检测胃泌素水平。记录Hp感染根除情况,快速尿素素试验和尿素呼气试验均为阴性可确定为Hp根除。④统计两组患者的不良反应。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0进行统计学分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较见表1

表1 两组患者的临床疗效比较

组别	n	临床疗效 / 例				总有效率 / %
		治愈	显效	有效	无效	
联合组	55	28	16	8	3	94.55*
对照组	55	15	18	12	10	81.82

注: *: 与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,联合组患者的治愈总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.27, P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后的各项症状积分和总分比较见表2

表2 两组患者的症状积分比较/分

组别		腹痛	纳差	腹胀	恶心	反酸	嗝气	总分
联合组	治疗前	6.87 ± 1.97	6.29 ± 2.12	6.23 ± 2.05	6.59 ± 2.18	5.65 ± 1.84	5.96 ± 1.90	39.33 ± 8.12
	治疗后	3.16 ± 1.39**	3.27 ± 1.42**	1.46 ± 1.15**	3.04 ± 1.37**	1.98 ± 1.13**	2.47 ± 1.42**	13.92 ± 4.17**
对照组	治疗前	6.84 ± 2.01	6.24 ± 2.15	6.18 ± 2.07	6.57 ± 2.17	5.62 ± 1.85	5.93 ± 1.91	39.26 ± 8.14
	治疗后	4.95 ± 1.84*	4.49 ± 1.78*	3.31 ± 1.72*	4.16 ± 1.82*	3.42 ± 1.68*	3.52 ± 1.74*	23.14 ± 5.83*

注: *:与治疗前比较, $P<0.05$; #:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,两组患者治疗前各项症状积分及总分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.08、0.12、0.13、0.05、0.08、0.08、0.05, P 均 >0.05)。联合组和对照组患者治疗后各项症状积分及总分均明显低于治疗前,差异均有统计学意义(t 分别=5.76、3.97、6.63、3.65、5.28、3.47、9.54; 5.14、4.65、7.91、6.31、6.53、6.92、11.94, P 均 <0.05)。联合组患者治疗后的腹痛、腹胀、纳差、嗝气、恶心和反酸症状积分及总分均明显低于对照组治疗后,差异均有统计学意义(t 分别=5.76、4.65、7.91、6.31、6.53、6.92、11.94, P 均 <0.05)。

2.3 两组胃泌素水平及Hp转阴率比较见表3

表3 两组胃泌素水平及Hp转阴率比较

组别	胃泌素 /pmol/L		Hp 转阴 / 例 (%)
	治疗前	治疗后	
联合组	3.29 ± 0.43	7.75 ± 0.84*	50(90.91)*
对照组	3.31 ± 0.42	5.28 ± 0.61	42(76.36)

注: *:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,联合组患者治疗后的胃泌素水平高于对照组, Hp转阴率明显高于对照组,差异均有统计学意义($t=-17.65, \chi^2=4.25, P$ 均 <0.05)。

2.4 不良反应 两组患者均完成整个治疗,治疗过程中未见明显不良反应,血常规及肝、肾功能未见明显异常。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎是胃黏膜发生萎缩性改变的慢性胃炎,患者胃黏膜萎缩变薄,固有腺体萎缩,黏膜层增厚,黏膜层淋巴细胞和浆细胞浸润^[4]。慢性萎缩性胃炎会破坏患者的胃黏膜,形成淋巴滤泡和肠上皮化生,主要表现为反复发作的上腹部隐痛、食欲减退。慢性萎缩性胃炎如果治疗得当其治愈率很高,但是由于部分患者的生活习惯和治疗依从性较

差,因此Hp根除不彻底,复发率升高。

Hp感染、年龄、胃癌家族史、胆汁反流等均是慢性萎缩性胃炎的危险因素, Hp感染会造成胃内攻击因子与防御修复因子失衡,促进胃黏膜萎缩和肠化,造成慢性萎缩性胃炎^[5]。Hp可引起多种胃肠道疾病,如消化性溃疡、慢性活动性胃炎、慢性萎缩性胃炎、胃癌等。Hp定植于胃或十二指肠的黏膜表面,会诱发胃肠道局部出现炎性反应及免疫反应,损害黏膜局部的防御和修复机制,诱发萎缩性胃炎^[6]。Hp是慢性萎缩性胃炎的重要危险因素,根除Hp可减轻慢性萎缩性胃炎患者的胃萎缩和肠化生程度,降低胃癌发病率。

本次研究结果显示,联合组患者治疗后的胃泌素水平高于对照组(P 均 <0.05)。胃泌素可以促进嗜铬样细胞分泌组胺,从而促进壁细胞分泌盐酸,改善胃黏膜的营养与血供及增殖^[7]。此外胃泌素可以促进胃蠕动,增强幽门括约肌的收缩,阻断胆汁反流,利于慢性萎缩性胃炎的治疗。胃黏膜萎缩时,黏膜内腺体减少,胃泌素水平相应下降,因此胃泌素水平可以反映胃黏膜细胞的功能状态。本次研究结果显示,联合组患者的治愈总有效率明显高于对照组,联合组患者治疗后的腹痛、腹胀、纳差、嗝气、恶心和反酸症状积分及总分均明显低于对照组(P 均 <0.05)。慢性萎缩性胃炎发病的原因之一在于患者胃黏膜血流量降低,造成胃黏膜营养不良,分泌功能和胃黏膜屏障功能下降,因此慢性萎缩性胃炎治疗的重要环节是加强胃黏膜保护因子,促进损伤黏膜修复。替普瑞酮是萜烯类胃黏膜保护剂,可以促进胃上皮细胞生长和组织重建,利于血管内皮细胞生长,从而促进黏膜血管的修复和再生,增加胃黏膜血流量,修复胃黏膜。替普瑞酮可以加速胃黏膜和黏液层高分子糖蛋白的合成,提高黏膜中磷脂的浓度,从而提高胃黏膜的防御功能。叶酸是水

溶性B族维生素,主要成分为嘌呤、谷氨酸和对氨基苯甲酸,可以刺激消化道上皮细胞增殖,修复上皮损伤。叶酸通过调节基因甲基化水平合成DNA或RNA,影响胃癌的发展进程;叶酸缺乏会降低原癌基因甲基化水平,增强原癌基因表达水平,促进肿瘤进展;补充叶酸可以减轻胃黏膜损伤,改善萎缩、化生及异型增生的胃黏膜细胞。刘庭玉^[8]等研究结果显示,Hp根除联合叶酸治疗能够减轻慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜炎性反应,改善胃萎缩和肠化生,与本文研究结果相似。当然本次研究尚有不足之处,本次研究样本数过少,还有待扩大样本量研究,其次可延长随访时间,观察患者的远期疗效。

综上所述,叶酸联合替普瑞酮辅助四联药物方案治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎的疗效明显,提高胃泌素水平和Hp转阴率,安全性较好。

参考文献

1 Lee YC,Chen TH,Chiu HM,et al.The benefit of mass eradication of Helicobacter pylori infection:a community-based study of gastric cancer prevention[J].Gut,2013,62(5):676-682.

- 王婷婷,张月苗,张学智,等.荆花胃康胶丸联合PPI三联疗法对幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的效果:多中心随机对照临床研究[J].中华医学杂志,2013,93(44):3491-3495.
- 王胜.慢性萎缩性胃炎120例分析[J].中国基层医药,2013,20(24):3728-3729.
- 孔春雨,吴梅,李昭咏.叶酸联合气滞胃痛颗粒对Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素、sIL-2R及免疫功能影响[J].中国生化药物杂志,2015,35(7):101-103.
- 梁彤,靳艳霞,胡晓红,等.慢性萎缩性胃炎Hp阳性患者不同治疗方案临床效果对比[J].中国中西医结合消化杂志,2016,24(9):719-721.
- 王飞,于庆功,舒敏,等.埃索美拉唑联合抗生素治疗幽门螺杆菌阳性萎缩性胃炎的临床研究[J].疑难病杂志,2013,12(8):600-602.
- 刘烈辉,李捷壮,陈健,等.黄连素对老年慢性萎缩性胃炎患者血清胃蛋白酶原及胃泌素表达的影响研究[J].中国生化药物杂志,2014,34(8):139-141.
- 刘庭玉,庄雅,党旖旎,等.根除幽门螺杆菌联合叶酸口服3个月治疗慢性萎缩性胃炎的长期随访研究[J].中华消化杂志,2016,36(11):734-739.

(收稿日期 2017-04-19)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

单孔全胸腔镜手术治疗纵隔肿瘤的临床分析

郭大为 张志豪 王细勇 肖怀清 兰纲

纵隔肿瘤是胸外科较常见的一类疾病,多数无明显症状,部分可伴有胸闷、乏力、咳嗽、肌力下降等症状。手术切除是治疗纵膈肿瘤的最有效方法^[1],传统的开胸手术或纵劈胸骨手术创伤大,恢复慢。随着胸腔镜技术的发展,胸腔镜下纵膈肿瘤切除逐渐应用于临床。目前,临床上常用的术式为三孔法

或单操作孔(即两孔法),而单孔全腔镜下的纵膈肿瘤切除或全胸腺切除术报道尚少。本次研究回顾性分析26例单孔手术患者,并与传统三孔手术进行比较。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月至2016年5月武警浙江省总队嘉兴医院胸心外科26例纵膈肿瘤病例做为观察组,均在单孔下完成,其中男性11例、女性15例;平均年龄(47.38 ± 2.85)岁;肿瘤大小平均为

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.03.034

作者单位:314000 浙江嘉兴,武警浙江省总队嘉兴医院胸心外科