

# 胃复春片联合氩离子凝固术治疗幽门螺杆菌阴性的隆起糜烂性胃炎临床研究

吕巍巍 宋文冲 刘炳波

威海市立医院药剂科

〔摘要〕观察胃复春片联合氩离子凝固术(APC)治疗幽门螺杆菌阴性隆起糜烂性胃炎(Hp(-)EGP)的疗效。结果表明 APC 加用胃复春片治疗 Hp(-)EGP 疗效满意。

〔关键词〕隆起糜烂性胃炎;胃复春片;氩离子凝固术

〔中图分类号〕R573.3 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2018)07-094-02

隆起糜烂性胃炎(EGP)是1990年悉尼系统提出的胃炎分类类型之一。目前慢性糜烂性胃炎病因及发病机制尚不清楚,多种药物治疗效果并不理想。本院自2002年采用胃复春片联合氩离子凝固术(APC)治疗幽门螺杆菌阴性的隆起糜烂性胃炎(Hp(-)EGP)患者,取得了较好疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

347例均为我院2010年5月至2017年3月胃镜检查确诊为Hp(-)EGP患者。

### 1.2 仪器设备

所用内镜设备为日本奥林巴斯公司GIF-H260型,APC设备为德国ERBE-APC300型氩气高频电刀。

### 1.3 分组

采用SPSS(18.0)按就诊先后随机分为3组。A组115例,男75例,女40例,年龄 $38.6 \pm 7.5$ 岁,病程 $6.0 \pm 1.5$ 年;B组113例,男64例,女49例,年龄 $41.6 \pm 5.5$ 岁,病程 $5.9 \pm 1.7$ 年;C组119例,男78例,女41例,年龄 $43.3 \pm 8.1$ 岁,病程 $5.3 \pm 1.2$ 年。3组年龄、性别、病程经统计学处理无显著性差异( $P > 0.05$ )。

### 1.4 诊断标准

347例患者经临床胃镜及组织病理学检查确诊,符合1990年悉尼胃炎分类法分类。

### 1.5 安全评估

记录治疗前后血尿常规、肝肾功能的改变,用药过程中不良事件,并进行药物相关性分析。

### 1.6 研究方法

1.6.1 A组:埃索美拉唑肠溶片(ASO) 20mg,每日2次;猴头菌提取物颗粒(H TJ) 3g,每日3次;共治疗4周。

1.6.2 B组:ASO 20mg,每日2次;H TJ 3g,每日3次;每周第1天加APC治疗,共治疗4周。

1.6.3 C组:ASO 20mg,每日2次;胃复春片6粒,每日3次;加APC治疗1周,后胃复春片加APC治疗3周。

所有患者在每周第1天进行症状评分并复查胃镜进行糜烂评分,后B、C组患者加APC治疗。治疗1个月后进行症状评分,并行胃镜检查,进行糜烂评分、取病理了解胃粘膜组织病理变化。

### 1.7 统计学方法

统计分析用SPSS(18.0)。计量资料用均数 $\pm$ 标准差

( $\bar{x} \pm s$ )表示,多组比较使用方差分析,等级资料疗效比较采用多个样本比较的秩和检验。

## 2 疗效观察

### 2.1 疗效判定标准

①症状评估:症状评分标准参照GSR S评分表,总分0~24分,对每例患者治疗前及治疗后的总分加以比较统计,对比评价治疗前后临床症状有无改善。②胃镜下疗效评估参考改良Lanza标准。糜烂程度分为0分,1分,2分,3分,4分;③胃黏膜组织病理变化采用Rugge和Genta提出的慢性胃炎分级标准。慢性炎症程度范围从0~IV级,分别记为0、1、2、3、4分。

### 2.2 症状评分

治疗前无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗1周后无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗2周后分别为( $12.1 \pm 0.5$ )分、( $9.7 \pm 0.9$ )分 and ( $8.6 \pm 0.6$ )分,差异有统计学意义(B、C组与A组比较 $P < 0.05$ )。治疗3周后分别为( $11.9 \pm 0.3$ )分、( $7.3 \pm 0.4$ )分 and ( $5.1 \pm 0.9$ )分,差异有统计学意义(C组与A、B组比较 $P < 0.01$ , B组与A组比较 $P < 0.05$ )。治疗结束1月后分别为( $9.7 \pm 0.4$ )分、( $6.1 \pm 0.1$ )分 and ( $3.6 \pm 0.7$ )分,差异有统计学意义(C组与A、B组比较 $P < 0.001$ , B组与A组比较 $P < 0.01$ )。

### 2.3 胃镜评分

A、B、C组患者治疗前无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗1周后三组分别为( $2.5 \pm 0.7$ )分、( $2.2 \pm 1.2$ )分 and ( $2.0 \pm 0.9$ )分,差异有统计学意义(C组与A、B组比较 $P < 0.05$ )。治疗2周后分别为( $2.1 \pm 0.6$ )分、( $1.9 \pm 0.3$ )分 and ( $1.7 \pm 0.7$ )分,差异有统计学意义(C组与A、B组比较 $P < 0.01$ , B组与A组比较 $P > 0.05$ )。治疗3周后分别为( $1.9 \pm 0.8$ )分、( $1.8 \pm 0.1$ )分 and ( $1.3 \pm 0.6$ )分,差异有统计学意义(C组与A、B组比较 $P < 0.01$ , B组与A组比较 $P > 0.05$ )。治疗结束1月后分别为( $1.7 \pm 0.8$ )分、( $1.3 \pm 0.9$ )分 and ( $0.9 \pm 0.4$ )分,差异有统计学意义((C组与A、B组比较 $P < 0.001$ , B组与A组比较 $P < 0.05$ )。

### 2.4 胃黏膜组织病理变化

A、B、C组患者治疗前无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗1周后无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗2周后分别为( $2.2 \pm 0.9$ )分、( $2.0 \pm 0.5$ )分 and ( $1.6 \pm 0.9$ )分,差异有统计学意义(C

组与 A、B 组比较  $P < 0.05$ , B 组与 A 组比较  $P > 0.05$ )。治疗 3 周后分别为  $(2.0 \pm 0.8)$  分、 $(1.8 \pm 0.7)$  分和  $(1.2 \pm 0.8)$  分, 差异有统计学意义 (C 组与 A、B 组比较  $P < 0.01$ , B 组与 A 组比较  $P > 0.05$ )。治疗结束 1 月后分别为  $(1.6 \pm 0.4)$  分、 $(1.3 \pm 0.8)$  分和  $(0.9 \pm 0.4)$  分, 差异有统计学意义 (C 组与 A、B 组比较  $P < 0.001$ , B 组与 A 组比较  $P < 0.05$ )。

### 2.5 安全性评估

两组治疗后无不良事件发生。

## 3 讨论

EGP 又称疣状胃炎、痘疹样胃炎。新悉尼系统和 2006 年《中国慢性胃炎共识意见》将其归属于非萎缩性胃炎的伴表现。临床治疗主要有抑酸、抗幽门螺杆菌、免疫抑制剂等, 但疗效不显著。若炎症持续及上皮组织增生, 可进一步向癌症发展。故有的学者甚至提出了 EGP- 增生 - 胃癌的假说。APC 是一种非接触性电凝固技术, 其能量经电离的氩气控头传导至靶组织表面, 使组织凝固从而破坏病变组织。其主要优点在于该技术不会炭化和气化组织, 其热效应仅限于组织失活、凝固、干燥和干燥后所产生的组织固缩, 有利于组织的修复。由于 APC 为非接触性, 故不会与组织产生粘连, 适用于 EGP 的治疗。

胃复春片是治疗胃病的纯中药制剂, 主要成分红参、香

茶菜、麸炒枳壳, 共奏健脾益气, 活血解毒、行气除痞之功效。还能够改善胃黏膜病变部位血液循环状态, 消除炎症, 促进黏膜再生, 从而有效杀灭幽门螺杆菌, 达到治疗目的。该药同时也有抗炎镇痛、调整胃肠运动功能、促进溃疡愈合作用<sup>[1]</sup>。长期动物实验显示胃复春片用量为临床用量的 50.0 ~ 82.5 倍时未见明显的毒性作用。临床研究显示胃复春片治疗慢性胃炎、消化性溃疡等疾病时不仅能减轻或消除病人的症状, 更重要的是影像学或病理学检查有明显的改善<sup>[1]</sup>。

本研究结果显示, 胃复春片联合 APC 能明显缓解 EGP 的症状、减轻胃粘膜炎症、促进胃粘膜修复, 这可能与胃复春片的抗炎、促进溃疡愈合、调整胃肠运动等机制有关。在不良反应发生率方面, 三种治疗方案均未见严重不良反应的发生, 表明均可安全有效地用于治疗 Hp(-)EGP。

因此, 胃复春片联合 APC 治疗 Hp(-)EGP 有较好疗效, 能明显的减轻患者的症状、减轻胃粘膜炎症、促进糜烂的胃粘膜修复, 而且安全可靠, 值得推广应用。

### [参考文献]

[1] 司志英, 李有才, 靳英. 胃复春片和复方田七胃痛片治疗难治性消化性溃疡 41 例 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(4):175-179.

(上接第 92 页)

坏死因子以及白介素 -II 对机体造血功能的负调节效果, 促使粒细胞 - 单核细胞的集落生成单位数目增多<sup>[4-5]</sup>。

将环孢素 A 与十一酸睾酮联合使用可以获得协调效果, 明显提升再生障碍性贫血患者的临床疗效。本文相关数据体现, 试验组临床有效总计数率相比于对照组指标明显提升,  $P < 0.05$ , 证明数值间统计学意义, 试验组肝功能异常总计数率相比于对照组指标明显下降,  $P < 0.05$ , 证明数值间统计学意义。展示出将环孢素 A 与十一酸睾酮联合治疗方案用于再生障碍性贫血患者治疗中的优势。

综上所述, 对再生障碍性贫血患者开展环孢素 A 与十一酸睾酮联合治疗的效果较佳, 展示重要临床治疗价值。

### [参考文献]

[1] 李源. 使用环孢素 A 联合十一酸睾酮治疗再生障碍性

贫血的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14(6):112-113.

[2] 张玉荣, 王素美, 赵亮等. 慢性再生障碍性贫血患者采用中西医结合治疗的临床机制及作用 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(36):166-166, 167.

[3] 王梅芳, 陈巧, 杨林花等. 复方皂矾丸联合环孢素 A 及十一酸睾酮治疗非重型再生障碍性贫血疗效分析 [J]. 中国药物与临床, 2017, 17(3):396-397.

[4] 宋琳, 彭广新, 武志洁等. ATG/ALG 联合环孢素 A 与环孢素 A 联合雄激素一线治疗输血依赖非重型再生障碍性贫血的疗效比较: 单中心回顾性研究 [J]. 中华血液学杂志, 2016, 37(11):946-951.

[5] 李文静, 孙宇, 赵田华等. 环孢素联合十一酸睾酮对慢性再生障碍性贫血患者 T 辅助细胞水平的影响研究 [J]. 国际检验医学杂志, 2017, 38(15):2088-2090.

(上接第 93 页)

治疗提高该病症的治疗效果十分重要。硝苯地平是钙离子拮抗剂, 该药物起效效果较快, 可有效扩张血管、抑制血管痉挛, 且该药物半衰期较长, 故可发挥较长时间的降压作用, 另外有研究发现该药物不会对患者的血糖、肾功能等等造成不良影响, 临床用药安全性相对较高, 因此对于妊娠期高血压患者同样适用。卡托普利是一种血管紧张素转化酶抑制剂, 该药物可抑制血管紧张素 I 转换为血管紧张素 II, 扩张血管, 促进患者排除钠、钾, 在降压的同时也可有效改善患者的水肿症状<sup>[4-5]</sup>。在此次研究中观察组患者联合使用了硝苯地平及卡托普利, 研究结果显示相较于单纯使用硝苯地平进行治疗的对照组, 观察组患者的临床治疗总有效率为 95.2%, 提高程度明显。对比两组治疗后的血压控制水平, 结果也显示观察组所得效果更为优异。上述研究结果提示联合使用硝苯地平以及卡托普利治疗妊高症对提高该病症的治疗效果具有积极意义。

综上所述, 对产科妊高症患者联合使用硝苯地平以及卡

托普利可有效提高该病症的治疗效果, 帮助患者稳定血压水平, 尽快改善患者的临床症状, 减轻患者患病痛苦, 故值得临床推广。

### [参考资料]

[1] 张桂枝. 硝苯地平和卡托普利联合治疗产科妊娠高血压综合征的效果研究 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 41(18):146-147.

[2] 刘龙云. 硝苯地平和卡托普利联合治疗妊娠高血压综合征的效果观察 [J]. 中外女性健康研究, 2016, 31(18):224-226.

[3] 张美锦. 联合应用硝苯地平和卡托普利治疗原发性高血压的临床疗效分析 [J]. 当代医药论丛, 2015, 27(1):278-279.

[4] 梁黎敏, 董小娟. 硝苯地平与硫酸镁联合治疗妊娠高血压疾病 37 例临床效果分析 [J]. 基层医学论坛, 2015, 45(20):2755-2756.

[5] 余晓梅, 桂定清. 硫酸镁联合酚妥拉明及硝苯地平治疗妊娠高血压综合征的临床效果分析 [J]. 现代预防医学, 2012, 31(23):6137-6138.