

甘羟铝片联合四联药物治疗复发性消化性溃疡的疗效观察

迟桂春

作者单位: 545203 广西,柳城县沙埔镇卫生院

作者简介: 迟桂春(1961-),男,大学专科,主治医师,研究方向:胃黏膜保护剂的临床应用及消化性溃疡的治疗。E-mail:13907828147@126.com

[摘要] **目的** 观察甘羟铝片联合四联药物(质子泵抑制剂、枸橼酸铋钾、呋喃唑酮、阿莫西林)治疗复发性消化性溃疡的疗效。**方法** 选取复发性消化性溃疡患者 84 例,随机分治疗组和对照组,分别给予甘羟铝片联合四联疗法或以四联疗法治疗,总疗程均为 14 d。**结果** 疗程结束时,治疗组总有效率为 97.6%,对照组总有效率为 88.1%,两组疗效差异无统计学意义($P>0.05$),但是治疗组症状完全缓解天数少于对照组($P<0.05$)。两组幽门螺杆菌转阴率和溃疡愈合率差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 以甘羟铝片联合四联疗法与以四联疗法治疗复发性消化性溃疡均安全、有效,但是以甘羟铝片联合四联疗法缓解症状更快,依从性更好,是治疗复发性消化性溃疡较好的方案。

[关键词] 甘羟铝片; 兰索拉唑; 四联疗法; 幽门螺杆菌

[中图分类号] R 573.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)08-0764-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.08.25

Efficacy of gan hydroxyl aluminum combined with quadruple drug therapy in recurrent peptic ulcer CHI Gui-chun. Shapu Hospital of Liucheng County, Guangxi 545203, China

[Abstract] **Objective** To observe efficacy of gan aluminum hydroxyl combined with quadruple therapy (proton pump inhibitor, bismuth potassium citrate, furazolidone and amoxicillin) in the treatment of recurrent peptic ulcer. **Methods** Eighty-four patients with recurrent peptic ulcer were randomly divided into treatment and control groups who were willing to receive the gan hydroxyl aluminum combined with quadruple therapy or quadruple therapy respectively, the total course of treatment was 14 days. **Results** In the end of treatment, the total effective rate was 97.6% in the treatment group, the total effective rate was 88.4% in control group. There is no statistically significant difference between two groups ($P>0.05$), but in the treatment group, the number of days of symptoms resolved was less than the control group ($P<0.05$). In negative rates of both *Helicobacter pylori* and ulcer healing rates there were no significant differences between two groups ($P>0.05$). **Conclusion** The gan hydroxyl aluminum combined with quadruple therapy and quadruple therapy in the treatment of recurrent peptic ulcer are safe and effective, but the gan hydroxyl aluminum combined with quadruple therapy is faster in relieving symptoms, and has better compliance. It is a better solution for treating recurrent peptic ulcer.

[Key words] Gan hydroxyl aluminum; Lansoprazole; Quadruple therapy; *Helicobacter pylori*

幽门螺杆菌(Hp)与消化性溃疡(PU)的关系已被公认,胃酸过多的消化性溃疡要抑酸,Hp阳性者要予杀菌治疗,目前国内外多主张四联疗法,三联疗法逐渐被四联疗法所取代。本文分析以甘羟铝片联合四联药物治疗复发性消化性溃疡的疗效与安全性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 入选标准 选取 2009-01~2011-01 在我院门诊及住院诊治的复发性消化性溃疡患者:(1)符合 PU 诊断标准^[1],年龄 20~70 岁;(2)纤维胃镜检查诊断为胃溃疡和(或)十二指肠溃疡,溃疡大小为 3~18 mm,溃疡数目 1~2 个,并排除癌症患者;(3)3

周内没有应用质子泵抑制剂、H₂受体拮抗剂、铋剂、抗生素、胃黏膜保护剂、益生菌等;(4)治疗期间禁用其他药物;(5)无药物过敏史;(6)用14C-尿素呼气试验(14C-UBT)检查Hp结果都显示阳性者^[2];(7)经三联疗法治疗2周后,第8周纤维胃镜检查及14C呼气试验确定已根除Hp,溃疡已经愈合,复发时间在3个月~2年的消化性溃疡患者;(8)治疗方案得到患者知情同意。

1.2 排除标准 (1)纤维胃镜诊断为穿凿性溃疡、胃底部溃疡、胃溃疡合并重度异型增生者或者癌症患者;有特殊原因的胃及十二指肠溃疡,如胃泌素瘤、肝硬化;(2)合并心、脑、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病和精神病患者;(3)妊娠和哺乳期妇女;(4)过敏体质或对多种药物过敏者;(5)治疗前1个月内曾应用抗生素、H₂受体拮抗剂、铋剂及质子泵抑制剂者;(6)酗酒及滥用药物者;(7)年龄<20岁或>70岁者;(8)在治疗前60d内发生并发症而进行手术者;(9)复合性溃疡及多发性溃疡(同时有2个以上溃疡,但不包括2个溃疡)或巨大溃疡(直径≥20 mm)^[2]。

1.3 一般资料及分组 入组的复发性消化性溃疡患者84例,随机分为两组:治疗组42例,其中男性19例,女性23例;年龄20~69(35.2±3.4)岁;十二指肠溃疡25例、胃溃疡17例。对照组42例,其中男性20例,女性22例,年龄20~70(34.2±3.8)岁;十二指肠溃疡26例、胃溃疡16例。两组在年龄、性别、病种、溃疡大小等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.4 治疗方法 治疗组和对照组均给服奥美拉唑20 mg/次,2次/d,枸橼酸铋钾240 mg/次,2次/d,呋喃唑酮100 mg/次,2次/d,阿莫西林1 000 mg/次,2次/d,口服;治疗组在此基础上加用甘羟铝片500 mg/次,3次/d。两组总疗程均为14 d。

1.5 观察指标及疗效判定

1.5.1 临床指标 治疗前后记录患者疼痛、嗝气、烧心、反酸、腹胀等症状,治疗后疼痛消失时间。记录治疗期间出现的任何与用药有关的临床症状及不良反应。

1.5.2 溃疡愈合率 停药45 d后复查胃镜,观察溃疡愈合情况。愈合:纤维胃镜下溃疡及炎症均消失,或纤维胃镜下溃疡消失,周围仍有炎症;未愈合:纤维胃镜下溃疡未完全愈合,周围仍有炎症。

1.5.3 Hp根除率 Hp根除率用14C-UBT检查为依据,治疗结束45 d后行14C-UBT检测。

1.5.4 安全指标 治疗前后查肝、肾功能及血电解质,血、尿、粪常规检查,并记录不良反应发生率。

1.6 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件对数据进行处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 两组疗效比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组疗效比较[n(%)]

组别	例数	疗效			总有效率
		显效	有效	无效	
治疗组	42	26	15	1	41(97.6)
对照组	42	23	16	3	39(92.9)
Z_c/χ^2	-		3.52		4.26
P	-		>0.05		>0.05

2.2 两组治疗后症状缓解天数比较 治疗组症状完全缓解天数为(3.35±1.34)d,对照组为(8.44±2.06)d,两组比较差异有统计学意义($t=13.423$, $P<0.01$)。

2.3 两组治疗后幽门螺杆菌根除率比较 疗程结束45 d后,治疗组14C-UBT阴性39例,阳性3例,14C-UBT阴转率为92.9%;对照组14C-UBT阴性37例,阳性5例,14C-UBT阴转率为88.1%,两组Hp转阴率差异无统计学意义($\chi^2=0.553$, $P>0.05$)。

2.4 两组治疗后溃疡愈合率比较 治疗组溃疡愈合38例,未愈合4例,愈合率为90.5%;对照组溃疡愈合36例,未愈合6例,愈合率为85.7%,两组溃疡愈合率差异无统计学意义($\chi^2=0.454$, $P>0.05$)。

2.5 安全指标结果 疗程结束后做肝、肾功能,血电解质,血、尿、粪常规检查,两组检查结果均未发现异常。

3 讨论

消化性溃疡是指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡,即胃溃疡和十二指肠溃疡,因溃疡的发生和形成与胃酸-胃蛋白酶的消化作用有关而得名。经过多年的临床研究已证实,Hp感染与活动性溃疡的关系确切,十二指肠溃疡的Hp感染率为95%,胃溃疡的Hp感染率为86%,Hp感染是PU的一个重要的致病因素^[3]。国内外大量资料表明,在根除了Hp以后,绝大多数PU患者得到痊愈,溃疡的年复发率下降到3%以下^[4]。临床上治疗Hp相关性PU的方

案很多,评价不一,但是确切的是抗溃疡和抗 H_p 治疗同时进行者疗效肯定,并且 PU 复发率低。质子泵抑制剂为脂溶性,能快速通过细胞膜,加上胶体铋剂治疗,有强烈抑制胃酸分泌作用,致 H_p 不能生长。目前已证明,在体内具有杀灭 H_p 作用的抗生素有克拉霉素、阿莫西林、甲硝唑(或替硝唑)、四环素、呋喃唑酮、左氧氟沙星等^[5]。近年来世界不少国家和我国的一些地区 H_p 对甲硝唑和克拉霉素的耐药性在不断增加;左氧氟沙星和四环素不良反应较多;阿莫西林的原发和继发耐药都极少见;呋喃唑酮可引起周围神经炎和溶血性贫血等不良反应,但耐药性较少见,价廉,所以呋喃唑酮和阿莫西林可作为治疗消化性溃疡的首选抗生素药。以上四联疗法能有效杀灭 H_p 起到根治的目的。甘羟铝片化学名称为二羟基氨基乙酸铝,可中和胃酸,降低胃内酸度并通过降低胃酸使胃蛋白酶活性降低,改善上腹部疼痛及因胃酸增多引起的临床症状,并有收敛、止血的作用,有利于溃疡的愈合。

综上所述,甘羟铝片联合四联疗法或以四联疗法治疗复发性消化性溃疡均有效并且安全,而以甘羟铝片联合四联疗法缓解症状更快、依从性更好。因此在基层医院,则优先推荐使用甘羟铝片联合四联疗法治疗复发性消化性溃疡。

参考文献

- 1 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第10版. 北京:人民卫生出版社,2005:1872-1873.
- 2 郑筱萸,主编. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:153.
- 3 薛 艳,周丽雅,林三仁,等. 主要酸相关疾病演变和幽门螺杆菌感染10年情况分析[J]. 中华消化内镜杂志,2007,24(2):109-111.
- 4 Hopkins RJ, Girardi LS, Turney EA. Relationship between Helicobacter pylori eradication and reduced duodenal and gastric ulcer recurrence: a review[J]. Gastroenterology, 1996, 110(4):1244-1252.
- 5 胡品津. 内科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2008:393.

[收稿日期 2011-03-14][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

学术交流

中医豁痰祛瘀法结合西医常规治疗急性脑梗死50例的临床观察

李定锋

作者单位:538100 广西,东兴市妇幼保健院内儿科

作者简介:李定锋(1969-),男,大学本科,医学学士,在职研究生,主治医师,研究方向:神经内科疾病诊治。E-mail:1780969961@qq.com

[摘要] **目的** 观察豁痰祛瘀法结合西医常规治疗急性脑梗死的疗效。**方法** 将确诊的100例急性脑梗死患者随机分为两组,对照组50例予西医常规治疗,治疗组50例在西医常规治疗基础上予豁痰祛瘀法治疗。疗程均为2周。观察两组临床疗效及血液流变学的变化。**结果** 治疗组治愈8例,显效27例,有效15例,无效2例,总有效率为96%;对照组治愈4例,显效18例,有效21例,无效5例,总有效率为90%。治疗组疗效优于对照组($P < 0.01$);治疗组治疗后全血黏度(高切、低切)、血浆黏度和纤维蛋白原与治疗前比较差异均有统计学意义($P < 0.05$);与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 豁痰祛瘀法治疗急性脑梗死疗效满意,可起到降低血液黏稠度,改善血液流变性,改善脑部供血,有利于神经功能恢复的作用。

[关键词] 急性脑梗死; 豁痰祛瘀法; 中医药疗法

[中图分类号] R 743.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)08-0766-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.08.26