

• 临床经验 •

胃舒散联合呋喃唑酮和克拉霉素治疗幽门螺杆菌阳性胃炎的疗效

郑宗茂, 吴灵飞, 王炳周, 李国平

郑宗茂, 吴灵飞, 王炳周, 李国平, 汕头大学医学院第二附属医院消化科
广东省汕头市 515041
广东省中医药管理局资助项目, No. 2003103066
通讯作者: 吴灵飞, 515041, 广东省汕头市东厦北路 69 号, 汕头大学医学院
第二附属医院消化科. lingfeiwu@21cn.com
电话: 0754-8915810 传真: 0754-8346543
收稿日期: 2005-04-20 接受日期: 2005-04-27

摘要

目的: 观察以胃舒散为主的三联疗法(胃舒散、呋喃唑酮和克拉霉素)治疗幽门螺杆菌(*H pylori*)阳性胃炎的临床效果及其对病理组织学的影响。

方法: 对 80 例 *H pylori* 阳性胃炎患者随机分为二组. 治疗组: ($n = 47$) 服用胃舒散 2.0 g, 呋喃唑酮 0.1 g, 各 3 次/d, 克拉仙 0.25 g, 2 次/d. 1 wk 后再继服胃舒散 5 wk. 对照组: ($n = 33$) 服用三九胃泰 1 包, 2 次/d, 共 6 wk. 治疗前及疗程结束后进行临床症状评分、*H pylori* 检测. 1 a 后进行内镜检查以了解组织学改变. *H pylori* 检测采用 Warthin-Starry 银染色法、 ^{14}C -尿素呼气试验或快速尿素酶试验, 2 项阳性定为 *H pylori* 感染, 2 项阴性为 *H pylori* 根除。

结果: 6 wk 治疗结束后, 治疗组临床症状总有效率 89.3%, *H pylori* 根除率为 87.2%; 对照组分别为 69.7% 和 0 ($P < 0.01$). 治疗组慢性活动性炎症明显减轻, 胃萎缩程度及肠上皮化生较治疗前好转 ($P < 0.05$).

结论: 以胃舒散为主的三联疗法具有较好根除 *H pylori* 的效果, 有效减轻胃黏膜活动性炎症, 改善萎缩性胃炎的组织学状态并阻止胃癌前病变进展。

郑宗茂, 吴灵飞, 王炳周, 李国平. 胃舒散联合呋喃唑酮和克拉霉素治疗幽门螺杆菌阳性胃炎的疗效. 世界华人消化杂志 2005;13(12):1482-1484
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1482.asp>

0 引言

慢性胃炎是一种临床常见疾病, 近年研究表明, 幽门螺杆菌(*H pylori*) 是其主要病因^[1]. *H pylori* 本身及其产生的毒素可破坏胃黏膜屏障, 影响胃上皮细胞的分泌功能、黏膜的完整性及快速修复能力, 并使病变加重. 如何控制胃黏膜炎症, 改善或逆转其组织学状况是治疗的关键^[2]. 我们采用中西医结合的方法治疗 *H pylori* 阳性胃炎取得满意疗效, 报告如下。

1 材料和方法

1.1 材料 2002/2004 门诊患者共 80 例. 诊断标准参照《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》(试行方案)^[3]以及《慢性胃炎的分类及纤维胃镜诊断标准、萎缩性胃炎

的病理诊断标准》(试行方案)^[4]制定. 患者均自愿参加, 有下列情况之一则排除在本研究之外: (1) 长期服用非甾体类消炎药; (2) 怀孕及哺乳期妇女; (3) 近期服用铋剂及抗生素; (4) 合并幽门梗阻; (5) 伴其他系统严重疾病. 随机分为治疗组和对照组. 治疗组 47 例, 男 28 例, 女 19 例; 年龄 42.1 ± 14.5 岁. 对照组(三九胃泰组) 33 例, 男 18 例、女 15 例, 年龄 38.8 ± 15.5 岁, 两组年龄、性别、病情等方面均具可比性。

1.2 方法 三联治疗组给予胃舒散 2.0 g, 呋喃唑酮 0.1 g, 各 3 次/d, 克拉仙 0.25 g, 2 次/d. 1 wk 后再继服胃舒散 5 wk. 三九胃泰组: 服用三九胃泰 1 包, 2 次/d, 共 6 wk. 观察项目及标准: (1) 临床症状: 包括胃脘痛、腹胀、嗝气、反酸、胃纳减少、大便改变 5 项, 参照 1989-11 中国中西医结合消化系统专业委员会南昌会议制定的《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》(试行方案)^[3], 按症状轻重, 分别记 0-3 分, 无此症状记 0 分. 6 wk 疗程结束后进行临床症状评分. 显效: 症状程度减轻 2 分及以上; 有效: 治疗后症状程度减轻 1 分; 无效: 治疗后症状无改善或加重. (2) 内镜及组织学评定: 参照全国慢性胃炎研讨会共识意见^[2]及我们从前的研究方法^[5]: 分别按部位(胃窦、胃体部) 各取活检组织行 HE 染色及病理学检查, 根据炎症的程度分为无、轻度、中度及重度四级. 慢性炎症以淋巴细胞及浆细胞浸润为特征, 活动性炎症则以中性粒细胞浸润为指标. 腺上皮及固有膜内均无中性粒细胞浸润为正常; 固有膜中出现中性粒细胞浸润为轻度; 在腺上皮及固有膜内均可见散在中性粒细胞则为中度; 若在上皮层中呈聚集状态或见于黏膜全层、腺体损伤则为重度. 萎缩及肠上皮化生: 萎缩指胃的固有腺体减少, 幽门腺萎缩是幽门腺减少或由肠化腺体替代, 胃底(体)腺萎缩是指胃底(体)腺假幽门腺化生、肠上皮化生或腺体本身减少. 萎缩及肠上皮化生亦按轻、中、重分级. 1 a 后进行内镜复查. 显效: 上述病理程度降低 2 级; 有效: 降低 1 级; 无效: 内镜及活检无明显改变或加重. (3) *H pylori* 感染: 采用 Warthin-Starry 银染色法、 ^{14}C -尿素呼气试验或快速尿素酶试验. 如果 2 项试验阳性则诊断 *H pylori* 感染, 复查时如果 2 项阴性则视为 *H pylori* 已被根除。

统计学处理 应用 SASS 10.0 软件进行统计学处理. 2 样本率的比较采用四格表资料的 χ^2 检验, 多样本率的比较采用行 \times 列表的 χ^2 检验. $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效及 *H pylori* 根除率 治疗组 47 例, 6 wk 治

疗结束后临床症状总有效率 89.3%;对照组 33 例,总有效率 69.7%,二组有显著性差异($P<0.01$)。治疗组 *H pylori* 根除 41 例, *H pylori* 根除率为 87.2%;对照组无 1 例 *H pylori* 根除;二组有高度显著性差异($P<0.001$)。

2.2 组织病理学改变 治疗组中浅表性胃炎总有效率 84.0%,萎缩性胃炎总有效率 63.6%;对照组浅表性胃炎总有效率 55.06%,萎缩性胃炎总有效率 30.7%。治疗组与对照组相同病理组织学类型进行比较,治疗组疗效明显优于对照组,均有高度显著性差异($P<0.01$,表 1)。

表1 慢性胃炎治疗前后病理组织学改变

	组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	浅表性	25	13	8	4	84.0
	萎缩性	22	2	12	8	63.6 ^a
对照组	浅表性	20	4	7	9	55.0 ^b
	萎缩性	13	0	4	9	30.7 ^d

^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ vs 治疗组浅表性胃炎; ^d $P<0.01$ vs 治疗组萎缩性胃炎。

3 讨论

*H pylori*已被确认为是慢性活动性胃炎及消化性溃疡的主要致病因子,对于 *H pylori*阳性的消化性溃疡患者,应行 *H pylori*根除治疗已达成共识^[4-6]。*H pylori*在人胃内感染率高且大量定植,但早期感染临床表现轻微,提示 *H pylori*是对人类致病性较弱的细菌。然而,一旦感染 *H pylori*则终生带菌并引起组织学胃炎,还可引起消化性溃疡、萎缩性胃炎,并在此基础上出现肠上皮化生和不典型增生,甚至引起胃癌^[7]。据文献报道,慢性浅表性胃炎及萎缩性胃炎患者中 *H pylori*检出率为 60-85%^[8]。*H pylori*在不同人群中的致病性差异与 *H pylori*的基因型、表现型及机体的反应性密切相关。*H pylori*能合成一种蛋白水解酶和脂解活性酶,引起胃黏液的过度水解和胃黏液中的脂质降解,使胃黏液层的结构发生崩解,破坏胃和十二指肠黏膜的屏障,使胃酸和胃蛋白酶进一步损害胃黏膜,引起黏膜的炎症、糜烂和溃疡^[1]。*H pylori*产生的大量弱毒素被机体相应抗体中和可能是其延缓发病的重要原因。

慢性胃炎属中医“胃脘痛”、“心下痞”范畴,病变部位在胃,但与肝、脾等密切相关。胃与脾以膜相连,胃主受纳,腐熟水谷,以和降为顺;脾主运化、转输,以上升为常,二者在生理上互相配合。在中医学中胃炎多因外邪犯胃,饮食伤胃,情志不畅致胃气阻滞,胃失和降而致病。其基本证候一般分为虚、实二证,临床上以实证多见。若气机不调,胃络痹阻,痰瘀互结,郁久化热,则灼伤胃膜;若饮食劳倦,生冷刺激致胃失和降,脾失健运,痰浊内生,脾胃同病;若长期情志不舒致肝气郁结,肝气犯胃,则肝胃不和。久病入络,焦虑劳倦太过,则可渐见气虚之症。慢性胃炎早期多表现为

实证,病久则出现虚证,表现为胃脘胀满、疼痛、食欲减退、嗝气、乏力等症状。治疗以益气健脾、疏肝理气、活血化瘀为原则。不少经典中药方剂如三九胃泰在临床中广泛应用即是例证。我们认为气机阻滞,瘀血内阻是 *H pylori*相关性胃炎的早期病理变化。本研究我们以三九胃泰为对照,观察以中西复合药物胃舒散为主的三联疗法对 *H pylori*阳性胃炎的治疗效果,结果表明临床症状总有效率 89.3%,与文献报道相一致^[9]。

胃舒散是一种含铋的中西医结合复方散剂,其主要中药成分木香、陈皮、大黄、甘草等温中和胃,行气消胀,石膏蒲和铋剂可改变 *H pylori*生存环境并具黏膜保护作用,对提高溃疡愈合质量、减轻慢性炎症并恢复其功能起一定作用^[7]。严光俊 *et al*^[10]报道中药金不换(一种土大黄)有抑制胃酸、胃蛋白酶的作用,并在体外能显著抑制 *H pylori*生长,具有体内杀灭 *H pylori*的功能。其他学者亦报道了中药杀灭 *H pylori*的效果^[11-13]。在我们既往的研究中,单一的胃舒散对 *H pylori*根除率达 41%^[14],联合呋喃唑酮与阿莫西林 2wk 治疗对 *H pylori*根除可达 90-93%^[6, 15]。在本研究中,以克拉仙替代阿莫西林采用 1 wk 三联疗法对胃炎患者 *H pylori*根除率达 87%,显示出较好杀灭 *H pylori*的效果。

尽管在临床症状上胃舒散与三九胃泰均有较好效果,但进一步比较病理组织学的改变,胃舒散组则明显优于对照组。目前,萎缩、肠化和胃癌的关系已经得到大多数学者的认可。萎缩、肠化是否可以改善或逆转、如何逆转是慢性萎缩性胃炎研究领域的一个重要课题^[1, 7]。在 22 例经胃舒散治疗的萎缩性胃炎中,14 例(63.6%)有效,说明根除 *H pylori*并结合健脾胃中药治疗的确有利于胃黏膜炎症的修复及组织学的好转,其他学者亦有类似报道^[15-16],支持中西医结合的方法可改善萎缩性胃炎病理状况,即其可降低胃癌前期病变的形成及发展成胃癌危险的观点。本研究中治疗组 14 例中有 8 例肠上皮化生较前减轻,虽然病例较少、观察时间不长,但亦显示了较好的前景。根除 *H pylori*是否可阻止肠化及不典型增生的发生有待更长时间、更多病例的多中心观察。

4 参考文献

- 1 中华医学会消化病学分会.幽门螺杆菌共识意见(2003 安徽桐城). 中华消化杂志 2004;24:126-127
- 2 中华医学会消化病学分会.全国慢性胃炎研讨会共识意见. 中华消化杂志 2000;20:199-201
- 3 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会制订.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案). 中西医结合杂志 1990;10:318-320
- 4 全国多中心临床研究协作组.低剂量三联疗法根除幽门螺杆菌的多中心临床研究. 中华消化杂志 1996;16:192
- 5 吴灵飞,王炳周,冯家琳,郑宗茂,李国平,张金池.根除幽门螺杆菌对消化性溃疡合并胃炎及胃泌素的影响. 临床消化病杂志 2004;16:250-252
- 6 吴灵飞,李国平,郑宗茂,王炳周,郑志超,周泽清.胃舒散联合呋喃唑酮和阿莫西林根除幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡及抗复发疗效观察. 中国中西医结合消化杂志 2003;11:226-228
- 7 Marusic M, Babic Z, Nesanovic M, Lucijanic-Mlinac M, Stajcar

- V. Influence of various proton pump inhibitors on intestinal metaplasia in noneradicated *Helicobacter pylori* patients. *World J Gastroenterol* 2005;11:2334-2336
- 8 李克强, 付江. 辨证治疗幽门螺杆菌相关性胃病 168 例. 中国中医药信息杂志 2004;11:902-903
- 9 杨俊, 喻方亭. 中医药治疗幽门螺杆菌相关性胃病的实验研究近况. 新中医 2003;35:71-73
- 10 严光俊, 黄纓, 桂壮. 金不换冲剂治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的疗效研究. 中国中西医结合消化杂志 2003;11:359-360
- 11 冀爱英, 赵文霞, 王智慧, 杨国红, 陈天朝, 贾士奇, 张玉洁. 夏连抑幽胶囊治疗幽门螺杆菌感染性胃炎的临床及实验研究. 中国中西医结合杂志 1999;19:595-598
- 12 简军. 半夏泻心汤治疗幽门螺杆菌相关性胃炎 60 例. 河南中医 2005;25:18-19
- 13 杨国红, 胡研萍. 黄连温胆汤治疗 *Hp* 阳性浅表性胃炎(脾胃湿热证)临床研究. 中国中医急症 2004;13:804-805
- 14 吴灵飞, 郑宗茂, 李国平, 王炳周, 詹海勇, 曾哲, 周泽清. 胃舒散对功能性消化不良的疗效与幽门螺杆菌的关系. 世界华人消化杂志 2002;10:275-278
- 15 吴灵飞, 王炳周, 冯家琳, 郑宗茂, 张金池, 曾哲. 胃食管反流病与幽门螺杆菌相关胃炎及胃肠激素的关系. 世界华人消化杂志 2004;12:1100-1103
- 16 芦茜. 抗菌疗法加叶酸治疗幽门螺杆菌感染慢性萎缩性胃炎. 实用临床医学 2004;5:37

编辑 王瑾晖 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

慢性萎缩性胃炎内镜表现与病理诊断对比分析

王玉波, 杨玉琼, 刘 海, 李国柱, 孙 平

王玉波, 杨玉琼, 刘海, 李国柱, 孙平, 云南省第三人民医院消化内科 云南省昆明市 650011

通讯作者: 王玉波, 650011, 云南省昆明市北京路 292 号, 云南省第三人民医院消化内科. wybd003@sina.com

电话: 0871-6122527

收稿日期: 2005-03-07 接受日期: 2005-04-01

摘要

目的: 探讨慢性萎缩性胃炎(CAG)的内镜下表现与病理结果的关系。

方法: 对同期胃镜诊断为 CAG 的患者 163 例, 于病变处取活检, 对比胃镜描述与病理结果, 揭示 CAG 胃镜表现与病理诊断的相关性。

结果: 163 例胃镜诊断为 CAG 的患者中病理诊断为 CAG 108 例, 慢性胃炎 54 例, 胃癌 1 例, CAG 108 例中伴肠上皮化生 71 例, CAG 伴异型增生 57 例, 胃镜肉眼诊断 CAG 与病理诊断符合率仅 66.26%, 胃镜描述为黏膜粗糙呈颗粒状伴有糜烂者及具有 CAG 各种镜下表现的病检符合率为 87.5% 及 88.89%, 其符合率对比无明显差异($P>0.05$)。且具备上述两种镜下特征的病例, 伴有肠上皮化生率分别为 75% 及 77.78%, 伴有异型增生率分别为 75% 及 66.67%, 而胃镜描述为黏膜红白相间, 以白为主, 血管透见的 CAG 病理检查符合率仅为 51.21%。

结论: 胃镜下诊断 CAG 与病理检查对比符合率较低, 诊断 CAG 应内镜结合病理检查, 缺一不可, 胃镜表现为黏膜粗糙, 呈颗粒状及伴糜烂可能与肠上皮化生及异型增生有关。

王玉波, 杨玉琼, 刘海, 李国柱, 孙平. 慢性萎缩性胃炎内镜表现与病理诊断对比分析. 世界华人消化杂志 2005;13(12):1484-1485
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1484.asp>

0 引言

慢性萎缩性胃炎是指胃黏膜已经发生了萎缩性改变的慢性胃炎, 常伴有肠上皮化生, 胃上皮或化生的肠上皮增生过程中发生发育异常, 可形成异型增生, 表现为细胞异型性和腺体结构的紊乱, 异型增生是癌前病变, 1978 年 WHO 将 CAG 列为胃癌的癌前状态, 为明确病理诊断肠上皮化生及异型增生的胃镜下表现, 提高胃镜下 CAG 的诊断水平及取材部位的阳性率, 提高癌前病变的检出率, 我们对 163 例胃镜诊断为 CAG 的患者进行病检, 对照病检结果, 分析内镜下 CAG 表现与病理检查的相关性。

1 材料和方法

1.1 材料 近期内镜诊断为 CAG 的患者 163 例, 男 95 例, 女 68 例, 年龄 35-85 岁, 平均年龄 61 ± 3 岁. 将胃镜下 CAG 的表现描述如下: I 型: 黏膜红白相间, 以白相为主, 黏膜变薄, 可透见血管纹. II 型: 黏膜花斑样改变, 伴隆起糜烂. III 型: 黏膜粗糙不平, 呈细颗粒状伴糜烂。

1.2 方法 在病变处取 4-6 块组织, 950 mL/L 酒精固定, 常规石蜡切片, 行 HE 染色, 由固定病理医师诊断, 病理学诊断标准依据 2000 年井冈山中华医学会消化分会慢性胃炎内镜诊断标准。

统计学处理 采用 χ^2 检验。

2 结果

胃镜下表现及病理结果比较见表 1, 肉眼判断 CAG 与病理检查符合率仅为 66.26%, 胃黏膜粗糙不平呈细颗粒状