

# 消化内科慢性萎缩性胃炎的临床规范治疗效果分析

吴兰洲

东阳市江北街道社区卫生服务中心 浙江 东阳 322100

**摘要:**目的:探究消化内科慢性萎缩性胃炎的临床规范治疗效果。方法:选取2021年5月~2022年6月于我院接受治疗的94例慢性萎缩性胃炎患者为研究对象,按照数字随机法进行分组,其中对照组和实验组各有患者47例,对照组采取常规方法治疗,实验组采取临床规范治疗,对两组治疗效果、GAS和ET水平、HP转阴率进行比较。结果:实验组GAS水平高于对照组,ET水平低于对照组,HP转阴率高于对照组,治疗总有效率高于对照组,比较结果差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:在消化内科慢性萎缩性胃炎治疗中,临床规范治疗方法可以降低ET水平,提高GAS水平、HP转阴率以及治疗总有效率,从而改善治疗效果,该方法值得进一步推广应用。

**关键词:**消化内科;慢性萎缩性胃炎;临床规范治疗

慢性萎缩性胃炎是一种常见于临床的慢性胃病,主要症状为恶心、上腹疼和腹泻等<sup>[1]</sup>。引起慢性萎缩性胃炎的因素有很多,如遗传、免疫、感染以及饮食等,其中饮食是引起病变的重要因素之一,很多患者都是因为饮食不规律或饮食不健康而发病<sup>[2]</sup>。临床治疗慢性萎缩性胃炎主要以控制饮食、合理生活以及用药为主,治疗期间必须戒烟和戒酒。相对于常规治疗而言,临床规范治疗可以减少并发症,改善治疗效果,促进患者康复。本研究主要对临床规范治疗的效果进行了分析,具体内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2021年5月~2022年6月于我院接受治疗的94例慢性萎缩性胃炎患者为研究对象,按照数字随机法进行分组,其中对照组和实验组各有患者47例,对照组接受治疗的患者包括22例男性和25例女性,年龄23~67,均龄(53.26±3.54)岁,实验组接受治疗的患者包括20例男性和27例女性,年龄25~71,均龄(54.32±2.85)岁。患者一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。纳入标准:①经胃肠镜诊断为慢性萎缩性胃炎;②主症表现为恶心、上腹疼、腹泻等;③签署知情同意告知书<sup>[3]</sup>。排除标准:①恶性肿瘤、精神疾病、认知和沟通障碍者;②脏器功能不全、消化异常、内分泌不全或紊乱者;③凝血功能不全、药物过敏者<sup>[4]</sup>。

### 1.2 方法

对照组:常规治疗。治疗药物:阿莫西林、克拉霉素、奥美拉唑、果胶铋、硫酸铝、潘立酮。阿莫西林、克拉霉素和奥美拉唑用于抗菌,目的是清除肠胃中的幽门螺杆菌,改善肠胃菌落环境,实现菌落平衡。阿莫

西林0.5g,3次/d,克拉霉素250mg,2次/d,奥美拉唑20mg,1次/d;餐前、睡前口服果胶铋150mg,4次/d;餐前1h、睡前使用硫酸铝抗酸,1g/次,4次/d。潘立酮用于治疗上腹饱胀、胆汁反流,口服,20g/次,餐前30min服用,连续治疗14d。

实验组:规范性治疗。常规治疗基础上服用替普瑞酮,替普瑞酮的作用是缓解胃黏膜糜烂,减少胃酸对胃黏膜的刺激,50mg/次,3次/d,餐后30min服用,持续治疗14d。

### 1.3 观察指标

GAS和ET水平:与治疗前、治疗7d、治疗14d检查患者GAS和ET含量。

HP转阴率:治疗前、治疗后半年随访,结合病理学检查和尿素酶检查判断HP转阴情况,HP转阴率=转阴例数/47×100%。

治疗效果:显效:恶心、上腹疼和腹泻或胃出血等体征消失,胃肠镜检查胃黏膜为红润;有效:恶心、上腹疼和腹泻或胃出血等体征消失或明显缓解,胃肠镜检查胃黏膜为红白相间;无效:显效:恶心、上腹疼和腹泻或胃出血等体征基本无变化或加重,胃肠镜检查胃黏膜继续溃疡。治疗总有效=(有效+显效)/47×100%。

### 1.4 统计学分析

研究结果数据应用统计学软件SPSS23.0完成处理,计量资料、计数资料分别用 $\bar{x} \pm s$ 、( $n, \%$ )表示,差异性分别对应 $t$ 检验、 $\chi^2$ 检验;检验依据: $P < 0.05$ ;差异显著,有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 GAS和ET水平比较

治疗前,对照组和实验组的GAS和ET水平差异比较

无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗7d、14d后, 两组患者的GAS和ET水平均发生一定程度的变化。在GAS水平方面, 实验组患者的GAS水平治疗前为 (103.28±8.63) g/L, 治疗14d后为 (187.23±11.27) g/L, 而对照组患者经过14d治疗, GAS水平仅为 (156.81±10.69) g/L, 实验组患者的GAS水平改善效果优于对照组, 比较结果差异

有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。在ET水平方面, 实验组患者的ET水平治疗前为 (87.36±6.75) g/L, 治疗14d后为 (59.63±5.72) g/L, 而对照组患者经过14d治疗, ET水平仅为 (65.29±6.21) g/L, 实验组患者的ET水平改善效果优于对照组, 比较结果差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 两组患者GAS和ET水平比较[n,  $\bar{x} \pm s$ ]

组别	例数	GAS水平 (g/L)			ET水平 (g/L)		
		治疗前	治疗7d	治疗14d	治疗前	治疗7d	治疗14d
对照组	27	102.32±8.94	132.71±9.37	156.81±10.69	87.65±6.38	76.29±4.52	65.29±6.21
实验组	27	103.28±8.63	143.64±10.59	187.23±11.27	87.36±6.75	67.58±3.15	59.63±5.72
<i>t</i>		0.401	4.016	10.176	0.162	8.215	3.483
<i>P</i>		0.670	0.000	0.000	0.871	0.000	0.001

## 2.2 HP转阴率比较

对照组HP转阴率例数为32例, 转阴率为68.1%, 实验组HP转阴率例数为42例, 转阴率为89.4%。实验组患者HP转阴率明显高于对照组, 比较结果差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组患者HP转阴率比较[n, %]

组别	例数	转阴例数	未转阴例数	转阴率 (%)
对照组	47	32	15	68.1
实验组	47	42	5	89.4
$\chi^2$				6.351
<i>P</i>				0.012

## 2.3 治疗效果比较

对照组显效例数为16例, 有效例数20例, 总有效例数36例, 治疗总有效率为76.6%, 实验组显效例数为25例, 有效例数18例, 总有效例数43例, 治疗总有效率为91.5%, 比较结果差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组患者治疗效果比较[n, %]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	47	16	20	11	76.6
实验组	47	25	18	4	91.5
$\chi^2$					3.887
<i>P</i>					0.049

## 3 讨论

慢性萎缩性胃炎主要由于胃黏膜长期受到刺激导致胃黏膜的结构和功能发生损坏导致的, 该病症在我国有很高的发病率<sup>[5]</sup>。临床研究发现, 主要表现为非特异性消化不良症状, 如上腹痛、腹胀、餐后饱胀及早饱感, 进食可加重或减轻。还可见食欲减退、暖气、反酸、恶心等症状。部分患者还可出现消瘦、乏力、健忘、焦虑、

抑郁等精神症状。可能出现面色苍白、头晕、乏力等表现, 这是胃黏膜有明显糜烂时, 胃黏膜长期少量出血引起缺铁性贫血所致。可能出现疲软、舌炎、轻微黄疸、肢体麻木等情况, 这是自身免疫性胃炎患者由于维生素B12吸收不良导致的恶性贫血及神经系统症状。慢性萎缩性胃炎可能与幽门螺杆菌有关, 这种细菌容易在胃肠道中存活, 携带人群可能发病, 也可能无任何症状, 但是在一些某些人群中, 对幽门螺杆菌的抵抗力较差, 容易出现胃部黏膜炎症, 并发展为慢性萎缩性胃炎。此外, 胆汁逆流并与胃酸混合液是引起胃黏膜损伤的重要因素, 胆汁逆流会影响幽门括约肌功能, 进而带来发病风险<sup>[6]</sup>。此外, 服药也是影胃黏膜的关键因素之一, 如布洛芬、阿司匹林等非甾体抗炎药在抑制环氧化酶活性时会降低前列腺素的合成, 使胃黏膜屏障变薄, 进而增加损伤和感染风险。因此, 为了保护胃黏膜, 应尽可能减少长期服用对胃部黏膜产生影响的药物, 避免药物削弱胃黏膜功能, 导致胃炎、溃疡和出血等发生。

免疫系统异常也会引起慢性萎缩性胃炎, 特别是患有免疫性疾病, 由于免疫系统异常, 自身细胞和组织会受到免疫系统攻击, 一旦胃黏膜上皮细胞受到免疫系统攻击并出现损伤, 就会引起胃黏膜受损<sup>[7]</sup>。除了以上原因之外, 不健康饮食习惯和生活习惯也会诱发慢性萎缩性胃炎, 目前临床上很多一部分患者都是因为饮食习惯不良发病的。很多患者长期进食刺激性食物, 这些食物进入胃肠道后持续刺激胃黏膜, 从而引起慢性萎缩性胃炎。慢性萎缩性胃炎患者往往伴随着消化不良、胃部不适、胃酸不足以及腹泻或便秘等症状, 这些症状极容易引起患者营养不良, 进而导致其他病症风险发生。

治疗慢性萎缩性胃炎的主要方法为服药, 其中以抗菌

和中和过量胃酸为主，抗菌主要使用对幽门螺旋杆菌有作用的药物，如文章提到的阿莫西林、克拉霉素和奥美拉唑等，中和胃酸主要使用硫酸铝<sup>[8]</sup>。抗菌主要目的是改善肠胃菌落环境，减少幽门螺旋杆菌对肠胃的刺激，从而避免胃黏膜受到损伤。中和胃酸不仅可以减少胃酸对胃黏膜的刺激和伤害，而且能够缓解消化不良和疼痛等症状。常规治疗过程中往往忽视胃黏膜糜烂带来的印象，从而导致治疗效果变差，替普瑞酮可以缓解胃黏膜糜烂，减少胃酸对胃黏膜的刺激，从而改善治疗效果。

本研究表明，治疗7d、14d后，两组患者的GAS和ET水平均发生一定程度的变化，实验组患者的GAS水平改善效果优于对照组，ET水平改善效果优于对照组；对照组HP转阴率例数为32例，转阴率为68.1%，实验组HP转阴率例数为42例，转阴率为89.4%，实验组患者HP转阴率明显高于对照组；对照组治疗总有效率为76.6%，治疗总有效率为91.5%，实验组治疗总有效率明显高于对照组，比较结果差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。此外，治疗过程中发现，实验组患者不良反应发生率相对于对照组较低，这可能与替普瑞酮缓解胃黏膜糜烂，防止并发症发生有关。可见，临床规范治疗能够有效改善治疗水平，对于患者病症康复具有积极作用。

综上所述，在消化内科慢性萎缩性胃炎治疗中，临床规范治疗方法可以降低ET水平，提高GAS水平、HP转阴率以及治疗总有效率，从而改善治疗效果，该方法值

得进一步推广应用。

#### 参考文献

- [1]李盼盼. 慢性萎缩性胃炎患者护理中整体护理干预对患者睡眠质量的影响研究 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10 (06): 1396-1398.
- [2]李岩,王垂杰. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的现状和问题及展望 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31 (06): 469-472.
- [3]白斯右愣. 蒙医药治疗慢性萎缩性胃炎对胃功能影响的临床研究[D]. 内蒙古民族大学, 2023.
- [4]丛军,凌江红,李莉等. 莪连颗粒治疗慢性萎缩性胃炎伴癌前病变的随机多中心双盲双模拟平行对照研究 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31 (05): 340-345.
- [5]黄俊旗. 三七生胃丸联合四联疗法治疗Hp感染慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[D]. 湖北民族大学, 2023.
- [6]胡兴萍,廖述利,詹雅珍. 胃祺饮联合西药治疗慢性萎缩性胃炎胃络瘀血证临床研究 [J]. 新中医, 2023, 55 (08): 64-68.
- [7]黄小玲,林尤冠,林道壮. 慢性萎缩性胃炎患者血清和胃黏膜组织中hsa-miR-122-5p的表达及临床意义 [J]. 国际消化病杂志, 2023, 43 (02): 121-124.
- [8]程显星. 铝碳酸镁联合奥美拉唑、山莨菪碱治疗老年慢性萎缩性胃炎的效果及对胃肠功能的影响 [J]. 临床合理用药, 2023, 16 (11): 90-93.