

依卡倍特钠结合常规四联疗法治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎的临床效果研究

翟登星

张北县台路沟乡卫生院 河北 张家口 076450

摘要:目的: 研究依卡倍特钠与常规四联疗法, 对Hp (幽门螺杆菌) 阳性慢性萎缩性胃炎治疗效果。方法: 时间选取2023.03-2024.03一年, 在本院收治的Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者, 将98例病患进行分组治疗, 根据电脑双盲法分两组, 均占例数49, 对照组治疗为常规四联, 观察组在对照组治疗的基础上, 加用依卡倍特钠, 对比两组治疗指标: ①疗效、Hp根除; ②炎症因子; ③病损面积; ④临床症状评分; ⑤不良反应。结果: 观察组患者的临床治疗总有效率、Hp根除率与对照组患者相比显著更高, ($P < 0.05$); 检测炎症因子显示治疗前两组各指标水平无显著差异, ($P > 0.05$), 治疗后, 患者的炎症反应减轻, 各项指标水平均比治疗前更低, 且两组患者相比下观察组显著较低, ($P < 0.05$); 两组患者治疗前的胃镜下病损面积相比无显著差异, ($P > 0.05$), 治疗后均呈现缩小趋势, 观察组患者病损面积显著更比对照组要小, ($P < 0.05$); 症状评估两组患者治疗前各项评分差异不显著, 不存在统计意义 ($P > 0.05$), 治疗后患者的症状比治疗前减轻, 相比两组评分, 观察组均优于对照组, ($P < 0.05$); 统计患者在临床期间出现的不良反应, 两组均无统计意义, ($P > 0.05$)。结论: 临床治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎, 将依卡倍特钠与常规四联疗法结合治疗的效果最显著, 可有效减轻患者的炎症反应, 缩小病损面积, 且不会增加药物不良反应, 利于患者病症缓解, 值得推广。

关键词: 依卡倍特钠; 常规四联疗法; Hp阳性; 慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎作为临床常见的一种消化系统疾病, 主要因Hp (幽门螺杆菌) 感染所致, 具有病程长、易迁延的特点, 临床表现出胃灼热、嗝气及反酸等症状。由于该病与患者的免疫功能低下、遗传、饮食及生活习惯不规律等因素有关, 所以临床通常采取四联疗法进行治疗, 短期疗效显著, 但长期疗效欠佳, 无法彻底消除Hp。

近几年, 临床研究发现^[1-2], 依卡倍特钠属于胃黏膜保护剂, 可有效避免患者的胃黏膜损伤, 加快黏膜细胞的修复, 因此在常规四联疗法基础上应用此药, 利于发挥显著的杀菌作用, 促进Hp根除率及临床整体疗效的提高, 同时即便药物种类增多, 但不会增加药物不良反应, 反而进一步缩小患者的病损面积, 降低炎症反应。为此, 本文选取近年本院收治的98例Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者, 将其分组进行疗法研究, 旨在探讨依卡倍特钠、常规四联疗法相结合的临床疗效, 现作出如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023.03-2024.03一年时间, 本院收治的98例Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者, 对患者行电脑双盲法分组治疗, 每组患者各占49例。对照组患者男性有25例、女性

有24例, 年龄处于24岁-77岁之间, 平均 (56.35 ± 7.16) 岁, 病程持续5个月-7.5年, 平均 (4.23 ± 1.59) 年; 观察组患者中男女比例为26:23, 年龄范围在25岁-76岁, 平均 (56.76 ± 7.21) 岁, 病程最短6个月, 最长7年, 平均 (4.74 ± 1.38) 年。两组对比年龄、病程、性别等资料, 统计差异不大, 适用于本项目研究与比较, ($P > 0.05$)。该项目获得医院伦理委员的批准。

纳入标准: 入选患者在胃镜及胃黏膜病理等检查下, 确诊慢性萎缩性胃炎; 经¹⁴C尿素呼气试验检测结果为阳性, 符合Hp诊断标准; 患者及家属签署知情同意书, 自愿参与且配合。

排除标准: 合并其他炎症性或胃部病变; 精神异常或神经障碍疾病; 近1个月服用研究药物; 药物过敏或禁忌史; 恶性肿瘤病变; 中途退出研究等。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者以常规四联疗法为主: 指导患者口服20g奥美拉唑、220mg枸橼酸铋钾、1000mg阿莫西林、200mg左氧氟沙星, 以上药物每天均服用2次, 持续治疗2周^[3-4]。

1.2.2 观察组患者在常规四联疗法基础上, 加用依卡倍特钠, 口服1.5g, 一天2次, 持续治疗2周^[5-6]。

1.3 观察指标

1.3.1 观察临床疗效：以患者症状及胃镜结果进行评定，若患者临床症状全部消失且胃镜检查显示，病灶痊愈、Hp检查为阴性，代表显效；患者症状减轻且胃镜检查显示，病灶面积缩小60%以上，Hp检查为阴性，代表改善；若患者症状加重，同治疗前没有变化，Hp检查依旧阳性，代表无效。显效率+改善率即总有效率。Hp检测方法：在患者治疗2周且停药28d，以¹⁴C尿素呼气试验进行检测^[7]，结果为阴性即根除。

1.3.2 观察炎症反应：抽取患者3ml的空腹下静脉血，离心处理后取血清，根据化学发光法，对两组治疗前、治疗后hs-CRP（超敏C反应蛋白）进行检测，根据酶联免疫吸附法，测定患者IL-6（白介素6）、TNF-α（肿瘤坏死因子α），准确记录各指标数值。

1.3.3 观察病损面积：治疗前、治疗2周后，胃镜检查两组患者的病损面积，准确记录数值。

1.3.4 观察临床症状：参考中国慢性胃炎共识意见^[8]，

评估两组患者治疗前后的临床症状严重程度，包括腹痛、腹胀、嗝气、反酸，采取4级评分法（0-3分），0分即无症状、1分即症状轻度、2分即症状中度、3分即症状严重，得分越高患者的症状越严重。

1.3.5 观察不良反应：密切监测两组患者治疗期间出现的腹泻、恶心及皮疹/瘙痒等不良反应情况。

1.4 统计学分析

软件SPSS23.0针对研究涉及数据进行分析与统计，对比计量资料由t作出检验，描述形式以($\bar{x} \pm s$)为主，对比计数资料，由 χ^2 进行检验，描述形式以(n, %)率为主，按照P < 0.05作为统计意义的差异标准。

2 结果

2.1 对比两组临床疗效、Hp根除率

如表1可见，观察组患者的总有效率、Hp根除率，相比于对照组患者均远远更高，两组数据差异显著，(P < 0.05)。

表1 两组临床总有效率、Hp根除率比较[n(%)]

组别	例数(n)	显效	改善	无效	总有效率	Hp根除率
观察组(n)	49	31(63.27)	17(34.69)	1(2.04)	48(97.96)	47(95.92)
对照组(n)	49	24(48.98)	16(32.65)	9(18.37)	40(81.63)	41(83.67)
χ^2 值	-	-	-	-	13.957	14.202
p值	-	-	-	-	<0.05	<0.05

2.2 对比炎症因子水平

详见表2数据，治疗前检测两组患者的炎症因子水平，显示观察组和对照组的各项指标的差异不显著，(P

> 0.05)，在临床治疗下，两组患者炎症明显减轻，各指标相比可见，观察组均比对照组较低，(P < 0.05)。

表2 两组炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	hs-CRP(mg/L)		IL-6(ng/ml)		TNF-α(ug/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n)	49	1.47±0.37	0.22±0.01	54.62±5.26	23.65±3.39	2.51±0.49	1.29±0.23
对照组(n)	49	1.46±0.38	0.76±0.27	54.95±5.15	33.51±3.95	2.59±0.46	1.94±0.39
t值	-	0.652	11.739	0.512	10.843	0.388	12.357
p值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 对比两组病损面积

见表3结果，治疗前两组患者胃镜检查显示病损面积无较大差异，不具有统计意义，(P > 0.05)，治疗后，

两组患者病损面积明显缩小，相比之下观察组要比对照组更小，(P < 0.05)。

表3 两组胃镜下病损面积比较($\bar{x} \pm s$), cm²

组别	例数(n)	治疗前	治疗后	t值	p值
观察组(n)	49	5.48±1.07	0.93±0.29	8.359	<0.05
对照组(n)	49	5.39±1.06	2.49±0.71	15.949	<0.05
t值	-	0.438	9.011	-	-
p值	-	>0.05	<0.05	-	-

2.4 对比两组临床症状评分

据表4可知,治疗前患者存在的临床症状评分无较大差异,不具有统计意义, ($P > 0.05$), 治疗之后, 两组

患者的临床症状明显出现改善, 相比各症状评分, 观察组显著更优, 两组数值具有差异, ($P < 0.05$)。

表4 两组临床症状评分比较[$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数 (n)	腹痛腹胀		嗝气		反酸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n)	49	2.28±0.55	0.52±0.05	1.61±0.38	0.66±0.14	1.82±0.41	0.48±0.06
对照组 (n)	49	2.27±0.57	1.23±0.34	1.59±0.34	0.96±0.22	1.83±0.39	0.88±0.17
t值	-	0.154	15.421	0.376	8.223	0.194	16.101
p值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.5 对比两组不良反应

表5显示, 两组患者临床腹泻、恶心、皮疹/瘙痒监测

显示, 观察组不良反应发生率8.16%, 对照组10.20%, 不存在统计意义, ($P > 0.05$)。

表5 两组不良反应发生率比较[n(%)]

组别	例数 (n)	腹泻	恶心	皮疹/瘙痒	发生率
观察组 (n)	49	1 (2.04)	1 (2.04)	2 (4.08)	4 (8.16)
对照组 (n)	49	2 (4.08)	1 (2.04)	2 (4.08)	5 (10.20)
χ^2 值	-	-	-	-	0.944
p值	-	-	-	-	> 0.05

3 讨论

由于Hp阳性慢性萎缩性胃炎, 具有病程长、反复发作等特点, 一旦治疗不及时, 可导致患者出现贫血或者胃出血等不良后果, 甚至诱发癌变。目前临床以药物四联结合治疗为主, 将奥美拉唑、枸橼酸铋钾、阿莫西林、左氧氟沙星四种药物联合治疗, 虽然可缓解患者的临床病症, 短期疗效较为理想, 但长期服用易于增加耐药性, 疗效及Hp根除效果欠佳。

近几年, 临床常用依卡倍特钠进行慢性胃炎的治疗, 该药物作为胃黏膜修复剂, 一旦进入体内, 便可迅速对胃肠道进行保护, 不仅能抑制胃酸分泌, 还能避免腐蚀胃黏膜, 预防损害黏膜细胞, 故而患者的炎症反应随之减轻。因此, 在临床治疗Hp阳性合并慢性萎缩性胃炎中, 采取药物联合疗法, 将依卡倍特钠与四联药物结合, 可整体上提升临床疗效, 彻底根除Hp, 加快病灶的愈合^[9]。文中研究发现, 治疗后观察组患者的临床总有效率、Hp根除率显著比对照组更高, ($P < 0.05$), 说明依卡倍特钠具有清除Hp的作用, 所以五联要比四联的疗效更确切; 治疗后观察组患者炎症因子水平、病损面积、临床症状评分均比对照组患者上述指标更优, ($P < 0.05$), 因此看出, 依卡倍特钠因结合体内胃蛋白酶原, 发挥生物活性的抑制作用, 对胃部血流量的改变和碱性分泌物的增加具有明显效果, 故而降低炎症反应, 缩小病灶的面积, 同时进一步缓解临床症状。两组患者不良反应发生率无显著差异, ($P > 0.05$), 由此可见即便五

联比四联多一种依卡倍特钠, 但却不会增加患者的药物不良反应。

综上所述, Hp阳性慢性萎缩性胃炎的治疗, 通过应用常规四联疗法与依卡倍特钠相结合这一疗法, 疗效显著, 可有效根除Hp, 降低患者机体炎症反应, 加快病症的缓解及病灶的愈合, 且药物不良反应少, 值得临床治疗推广。

参考文献

- [1] 龚玉, 费燕, 茅蕾蕾, 任俊, 陈洁, 王道荣. 革铃胃痛颗粒联合四联疗法治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎患者的疗效及其对胃黏膜的保护作用[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(09):1832-1838.
- [2] 王金萍, 华亚娜, 蔡长春, 朱宇斌. 补气活血汤联合四联疗法治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(18):72-76.
- [3] 邓冬生. 依卡倍特钠联合常规四联疗法治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎的临床效果[J]. 临床合理用药, 2024, 17(15):79-82.
- [4] 杨乃坤. 升阳益胃汤联合常规四联疗法治疗HP阳性慢性萎缩性胃炎(脾胃虚弱证)的效果观察[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(03):28-29.
- [5] 李华丽. 摩罗丹联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(03):33-38.
- [6] 宋丹, 吕哲, 夏莹莹. 胃康汤联合四联疗法治疗抑郁合并Hp感染慢性萎缩性胃炎患者的效果[J]. 慢性病学杂志,

2023,24(12):1891-1893.

[7]史敬朋.依卡倍特钠联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎患者的效果[J].中国民康医学,2023,35(19):52-54.

[8]白骥,岳小娅,雷雅淇,黄晓华,乔江涛,王娜.依卡倍特钠与常规四联疗法对幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎

患者的联合治疗效果[J].慢性病学杂志,2021,22(10):1501-1503.

[9]陈明,易小玉.依卡倍特钠联合四联疗法治疗Hp阳性慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].当代医学,2021,27(13):123-125.