

分析慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗效果

曾 琼

重庆市江北区中医院 重庆江北 400020

摘要: **目的:** 思考慢性萎缩性胃炎(CAG)患者在临床治疗方面的具体应用与价值。**方法:** 以100例CAG患者为研究对象, 结合具体的治疗方案对其进行平均分组, 一组为参照组, 接受基础治疗方案; 另一组为研究组, 选择中药摩罗丹给予治疗, 对比两组治疗效果。**结果:** 研究组的临床总有效率90.00%、幽门螺旋菌转阴率(78.00%)大于参照组(72.00%)、(34.00%); 在6个月的随访调查中发现, 研究组的复发率是0例(0.00%), 远远低于参照组是11例(22.00%)。**结论:** 中药摩罗丹治疗慢性萎缩性胃炎的疗效显著, 安全性好, 值得临床推广应用。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 消化内科; 临床疗效

引言:

慢性萎缩性胃炎是临床上发病率较高的消化系统疾病, 其发病原理基于患者胃黏膜固有腺体萎缩的病变, 且病变是一种发展速度较慢的炎性病变。患者病情的发展中常会出现肠上皮化生, 患者若在发病后不接受及时的治疗, 将会造成胃癌的产生, 导致患者的生活质量下降, 甚至威胁患者的生命安全。慢性萎缩性的临床发病机制较为复杂^[1], 患者的年龄、家庭生活习惯、家族遗传病史、胆汁反流及是否有幽门螺杆菌的感染等多种因素都会影响到该病的出现。对胃癌的癌前病变, 对其进行慢性萎缩性胃炎及时的诊断, 并根据患者自身机体的实际情况予以治疗, 对癌前病变有所控制, 在优质治疗的实施中可提升患者的治疗疗效, 促使其预后在最大程度上得以改善, 对患者以及本院均发挥这积极意义。基于我院医患的共同需求, 我们以探究慢性萎缩性胃炎患者的消化内科治疗效果为题开展研究。

一、资料与方法

1. 一般资料

根据本院2018年4月至2019年5月期间的消化科接受的CAG患者中随机抽出100例病患, 并按照选择的药物对其分组, 两组患者相关资料对比无差异($P>0.05$), 存在可比性^[2], 详见表1。

表1 两组患者基本资料统计对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(男/女)	平均年龄	平均患病时间	类型(多灶萎缩型/自身免疫型)
参照组	50	32/18	42.5 ± 3.3	31.9 ± 6.6	29/21

姓名: 曾琼 **性别:** 女 **民族:** 汉 **出生年月:** 1987-6 **籍贯:** 重庆 **职称:** 主治医师 **学历:** 本科 **研究方向:** 临床 **邮箱:** zengzengdeyo@sina.cn

续表:

组别	例数	性别(男/女)	平均年龄	平均患病时间	类型(多灶萎缩型/自身免疫型)
研究组	50	28/22	45.1 ± 3.3	36.5 ± 8.2	35/15
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2. 方法

两组患者入院后, 均接受消化内科常规药物治疗方法, 给予患者阿莫西林(H44021351, 0.25g × 36)口服, 0.5g/次, 3次/d。同时, 给予患者克拉霉素(H19990376, 0.25g × 6)口服, 口服250mg/次, 服用2次/d。其与患者果胶铋(H10920072, 50mg × 30)餐前、睡前口服, 150mg/次, 4次/d。若患者出现胃反酸, 则另给予患者奥美拉唑(H20056577, 20mg × 14)口服, 20mg/次, 1次/d。研究组, 给予中药摩罗丹(主要成分: 三七、茵陈、鸡内金等)1丸, 3次/d, 口服。两组疗程均为12d^[3]。

3. 诊断标准

CAG的临床诊断方法是: 结合胃镜观察、临床症状分析等方式给予诊治。对于胃镜观察来说, 需要对病灶分布、萎缩面积等情况进行评估。对于正常人来说, 胃黏膜组织呈现出正常的鲜红色, 假若有萎缩性变化, 则变成暗黄色或暗灰色等, 当萎缩程度加大的话, 局部会出现一些红白相间的异常斑点。另外, 对于局部血管而言, 若出现萎缩的话, 则会形成深红色的网格小动脉或出现上皮组织增生等, 并由此形成粒径较大的结节等, 个别患者具有恶心、胃出血等反应。另外, 对于一些老年患者来说, 因为存在长期的食欲不佳、胃出血、腹胀、贫血等病症, 当然关于诊治来说, 必须要按照临床表现、实际病症等全面考虑来诊断^[4]。

4. 观察指标

①对患者临床治疗前后的临床症状(腹部胀痛、食欲

不佳、消化不良等)变化情况进行评估,其标准有三个:显效、有效和无效。其中,显效是指临床各种异常症状完全不见,经胃镜观察胃黏膜异常形态完全消失,并恢复正常形态。经胃镜观察胃黏膜异常形态逐步恢复;无效:通过一段时间的治疗,病患的临床不适之症并未改善或好转,通过胃镜检查发现胃黏膜并未缓解。②对比所有患者的临床疗效及幽门螺旋菌转阴率和后期的复发情况。

5. 统计学分析

采用 SPSS24.0 分析和处理本文相关数据,计数数据用(例,%)表示,实施 X^2 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,实施t检验。若 $P < 0.05$,则说明差异显著存在统计学价值。

二、结果

1. 对比两组的临床总有效率

通过疗效评价及指标观察能够得出,研究组疗效(90.00%)远超过参照(72.00%),存在统计学价值($P < 0.05$)见表2。

表2 对比两组的临床总有效率(例,%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
参照组	50	19	17	14	36(72.00)
研究组	50	23	22	5	45(90.00)

2. 对比两组幽门螺旋菌转阴率及复发情况

经过为期2周的临床治疗,研究组的Hp转阴率(78.00%)大于参照组(34.00%);研究组的复发率(0.00%)小于参照组(22.00%),组间差异存在统计学价值($P < 0.05$)。详见表3。

表3 对比两组幽门螺旋菌转阴率及复发情况(例,%)

组别	例数	Hp 转阴率	复发率
参照组	50	17(34.00)	11(22.00)
研究组	50	39(78.00)	0(0.00)

三、讨论

在我国慢性萎缩性胃炎的发病率较高,特别随着近些年人们生活和饮食习惯的改变,该类疾病的患病率也呈现出不断上升的趋势,较大程度的影响着患者的身心健康。相关研究指出,幽门螺旋菌(Hp)感染是重要的发生慢性萎缩性胃炎的诱因,临床治疗中以清除Hp为原则,对于患者炎性损伤性的降低、对疾病复发的预防有重要的作用。

慢性萎缩性胃炎的发病原因与感染、饮食、生活习惯等有关,给患者的身体健康和生活均造成了较大影响。研究发现,多数慢性萎缩性胃炎患者伴有Hp感染,故对慢性萎缩性胃炎患者首选抗Hp感染治疗为主^[5]。常规治疗慢性萎缩性胃炎采用三联抗菌疗法,药物有克拉

霉素、果胶秘和阿莫西林,虽然对清除Hp发挥了一定效果,但复发率较高。萎缩性胃炎致病因素较多,主要包括Hp感染、自身免疫等因素,使胃粘膜变薄、黏膜基层增生,且有转变为胃癌的可能性,是胃癌的高危状态。我国慢性萎缩性胃炎发病人数较多,随着人们生活习惯、饮食习惯的变化,慢性萎缩性胃炎的发病率增速较快。幽门螺杆菌、免疫因素等是慢性萎缩性胃炎的发病原因,消除幽门螺杆菌是临床治疗的基础。阿莫西林是常见的广谱抗生素,伴水吞服后,其成分中的内酰胺基水解后可生成肽键,并与患者体内的转肽酶结合后使菌体膨胀破裂,最终死亡。故而阿莫西林可以减少幽门螺杆菌对胃粘膜的刺激,利于患者胃粘膜的修复。果胶秘是一种胃黏膜保护剂,同时有利于胃粘膜上皮细胞分泌,对幽门螺杆菌的活性有良好的抑制作用。奥美拉挫在高酸环境下,其借助二硫键与壁细胞分泌膜的称质子泵结合后形成复合物,进而抑制胃酸分泌。奥美拉挫与阿莫西林联合应用对幽门螺杆菌有协同作用。克拉霉素、奥美拉挫的药物虽然能够在短时间内可以改善患者的临床症状,控制病情,但患者在治疗后比较容易复发[6]。中医认为慢性萎缩性胃炎是由其他胃炎失治误治等原因迁延日久而致,主要有痞、满、胀、痛和纳差等表现,疾病发展往往虚实夹杂,因虚致实,因虚致瘀,病程迁延。摩罗丹能有效改变胃部环境,抑制幽门螺杆菌生长,摩罗丹的成分主要是由百合、茯苓、玄参、乌药、泽泻、麦冬、当归、白术、茵陈、白芍、石斛、九节菖蒲、川芎、三七、地榆、延胡索、蒲黄、鸡内金组成的复方制剂。制剂中当归对痢疾杆菌、霍乱弧菌、变形杆菌、大肠杆菌均有抑制作用;三七总皂甙对某些真菌有较强抑制作用;乌药对胃肠道平滑肌有兴奋和抑制的双向调节作用,促进消化液分泌;鸡内金提高胃液分泌量,酸度和消化能力;茯苓、白术除健脾外,有效提高体液免疫功能;三七、当归、茯苓等皆有促进肝中血清转化的功能;三七具有止胃黏膜出血,减轻胃黏膜炎症作用;茵陈具有利胆作用;鸡内金可增加胃的排空,有效防止胆汁反流,从而避免胆汁损害胃黏膜。

四、结束语

综上所述,观察组采用中药摩罗丹治疗,结果显示疗效明显优于参照组,且无严重不良反应,说明摩罗丹是治疗慢性萎缩性胃炎的有效药物,值得临床推广。

参考文献:

[1]黄莉. 消化内科慢性萎缩性胃炎的临床规范治疗效果分析[J]. 中国医药指南, 2021, 14(21): 13-14.

[2]刘明明.探讨慢性萎缩性胃炎的消化内科规范性治疗的效果[J].世界最新医学信息文摘,2020,16(46):77+80.

[3]陈德良.对慢性萎缩性胃炎患者进行消化内科规范性治疗的效果研究[J].当代医学,2021,22(06):130-131.

[4]朱锦生,史伟.对慢性萎缩性胃炎患者进行消化内科规范性治疗的效果研究[J].当代医药论丛,2020,12(21):254-255.

[5]王华.温胃汤加减联合替普瑞酮治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果及对Hp转阴率、胃黏膜病理变化、胃蛋白酶原的影响[J].国际医药卫生导报,2020,24(24):3789-3793.

[6]胡明富,卢海巧,陈伟琴.替普瑞酮胶囊联合四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J].中国基层医药,2020,26(8):972-975.