

# 四联疗法应用于中老年胃溃疡患者治疗中的价值分析

程亚丽

(甘肃省通渭县马营镇中心卫生院内科 甘肃通渭 743306)

**摘要:** 目的: 临床采用四联疗法治疗中老年胃溃疡, 分析治疗效果。方法 分析在 2020 年 4 月-2022 年 3 月期间到我院就诊的中老年胃溃疡患者临床治疗效果, 主要选取 122 例患者进行分组分析, 两组患者均接受四联疗法治疗, 对照组 61 例接受三联疗法, 试验组 61 例接受四联疗法, 对比治疗效果。结果 治疗前试验组、对照组四项胃粘膜形态学指标 (炎症细胞浸润程度、腺体密度、黏膜厚度、黏膜形态) 以及血清 SOD、TFF2 指标数据对比差异较小, 无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后试验组四项胃粘膜形态学指标 (炎症细胞浸润程度、腺体密度、黏膜厚度、黏膜形态) 数据均低于对照组, 血清 SOD、TFF2 指标均高于对照组, 试验组治疗总有效率、Hp 转阴率以及溃疡愈合率均高于对照组, 不良反应发生率低于对照组, 两组比较差异显著, 具有学术性意义 ( $P<0.05$ )。结论 临床应用四联疗法治疗中老年胃溃疡取得了比较确切的效果, 具有临床应用和推广的价值。  
**关键词:** 四联疗法; 中老年胃溃疡; 效果分析

在消化性溃疡疾病中胃溃疡比较常见, 主要是因为患者的胃粘膜出现损伤之后导致修复系统失去平衡所导致, 感染幽门螺杆菌是最常见的一种发病原因。三联疗法主要是指一种 PPI 抑制剂联合两种抗生素进行治疗的方法<sup>[1]</sup>。近些年, 随着临床收治的胃溃疡患者数量不断增加, 临床三联疗法的治疗效果也受到了一定的影响。为有效提升临床治疗效果, 临床开始选用四联疗法治疗胃溃疡, 临床疗效相对良好, 患者病情复发率明显降低。本次研究主要选取 122 例中老年胃溃疡患者分组对比三联疗法与四联疗法的治疗效果, 现报道结果如下:

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 4 月-2022 年 3 月于本院治疗的胃溃疡中老年患者 122 例, 随机将其划分为对照组与试验组各 61 例。对照组中共有 29 例男性患者, 32 例女性患者, 最大 65 岁, 最小 37 岁, 均值 ( $48.79 \pm 4.33$ ) 岁; 最长患病 11 年, 最短 2 年, 均值 ( $5.87 \pm 1.44$ ) 年。试验组中共有 31 例男性患者, 30 例女性患者, 最大 66 岁, 最小 39 岁, 均值 ( $48.64 \pm 4.20$ ) 岁; 最长患病 12 年, 最短 2 年, 均值 ( $5.29 \pm 1.04$ ) 年。纳入标准: ①入选患者经过临床检查之后确诊为胃溃疡; ②入选患者进行 13C 呼气试验结果为阳性; ③入选患者临床并未接受过根除 Hp 治疗。排除标准: ①患者正处于哺乳期或者妊娠期; ②患者部分器官存在严重疾病; ③患者具有胃切除手术史。比较两组年龄、性别等相关资料, 无统计学差异 ( $P>0.05$ ), 可以比较。

### 1.2 方法

采用三联疗法治疗对照组患者, 指导患者口服阿莫西林 500mg/次, 每日口服 2 次克拉霉素 250mg/次, 每日口服 2 次奥美拉唑 20mg/次。连续接受 10d 治疗。

采用四联疗法治疗试验组患者, 在对照组患者治疗基础上加用胃粘膜保护剂, 指导患者口服果胶铋 2 次, 每次 20mg。连续接受 10d 治疗。

### 1.3 观察指标

1.3.1 对比试验组、对照组治疗前后胃粘膜形态学指标。炎症细胞浸润程度、腺体密度: 以悉尼慢性胃炎分类标准直观模拟评分法作为参照, 满分为 3 分, 共计分作 4 级, 得分为 0 分表明正常, 得分为 1 分表明为轻度异常, 得分为 2 分表明为中度异常, 得分为 3 分表明为重度异常<sup>[2]</sup>。黏膜厚度: 0 分为正常, 1 分为厚度减少未超过 50%, 2 分为厚度减少范围在 50%-66.67% 范围内, 3 分表明厚度减少超过 66.67%<sup>[3]</sup>。黏膜形态: 观察患者黏膜腺体形态和排列, 0 分为正常, 1 分表明存在不规则、不均匀以及轻度扩张情况, 3 分表明大小不均、形态不规则且扩张明显, 2 分表明在 1~3 分之间<sup>[4]</sup>。

1.3.2 对比试验组、对照组临床治疗总有效率、Hp 转阴率以及溃疡愈合率。

1.3.3 对比试验组、对照组治疗前后血清 SOD、TFF2 指标差异。在治疗前及治疗后采集患者空腹静脉血 5mL, 采集肘部静脉血, 以 2500r/min 转速进行离心处理, 取上清液, 使用水溶性四氮唑法对 SOD 指标进行检测, 应用酶联免疫吸附法对 TFF2 指标进行检测。

1.3.4 对比试验组、对照组治疗期间不良反应发生率, 主要包括食欲不振、腹泻、恶心、腹胀。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据, 计量资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较方差用独立样本的 t 检验。计数资料采用 (%) 表示, 用  $\chi^2$  检验,

以  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 对比两组胃粘膜形态学指标

治疗之前两组患者各项胃粘膜形态学指标之间数据对比无显著性差异 ( $P>0.05$ ); 接受治疗后两组胃粘膜形态学指标数据明显降低, 其中试验组数据明显优于对照组, 差异显著 ( $P<0.05$ )。详见表 1。

表 1 试验组、对照组胃粘膜形态学指标 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	炎症细胞浸润程度		腺体密度		黏膜厚度		黏膜形态	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	61	2.05 ± 0.16	0.28 ± 0.09	1.55 ± 0.20	0.84 ± 0.15	1.06 ± 0.04	0.20 ± 0.03	1.54 ± 0.16	0.30 ± 0.07
对照组	61	2.03 ± 0.14	0.39 ± 0.15	1.52 ± 0.19	1.09 ± 0.27	1.05 ± 0.09	0.33 ± 0.07	1.53 ± 0.15	0.45 ± 0.03
t	-	0.735	4.911	0.849	6.322	0.793	13.332	0.356	15.383
P	-	0.464	<0.001	0.398	<0.001	0.429	<0.001	0.722	<0.001

### 2.2 对比两组治疗效果

试验组治疗总有效率、Hp 转阴率以及溃疡愈合率均比较高, 对照组治疗总有效率、Hp 转阴率以及溃疡愈合率均比较低 ( $P<0.05$ )。详见表 2。

表 2 试验组、对照组临床治疗效果 [n(%)]

组别	例数	治疗总有效率	Hp 转阴率	溃疡愈合率
试验组	61	58 (95.08)	56 (91.80)	55 (90.16)
对照组	61	51 (83.61)	48 (78.69)	47 (77.05)
$\chi^2$	-	4.219	4.171	3.979
P	-	0.040	0.041	0.046

### 2.3 对比两组血清指标

治疗之前两组患者血清 SOD、TFF2 指标数据对比无显著性差异 ( $P>0.05$ ); 接受治疗后两组血清 SOD、TFF2 指标数据明显升高, 其中试验组数据明显高于对照组, 差异显著 ( $P<0.05$ )。详见表 3。

表 3 试验组、对照组血清 SOD、TFF2 指标 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	SOD (U/ml)		TFF2 (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	61	64.17 ± 7.26	101.23 ± 9.78	73.07 ± 5.39	120.05 ± 8.67
对照组	61	64.02 ± 7.19	96.08 ± 10.03	73.19 ± 5.48	115.19 ± 10.04
t	-	0.115	2.871	0.122	2.861
P	-	0.909	0.005	0.903	0.005

### 2.4 对比两组不良反应发生率

试验组不良反应发生率更低, 对照组较高 ( $P<0.05$ )。详见表 4。

表 4 试验组、对照组不良反应发生率 [n(%)]

组别	例数	食欲不振	腹泻	恶心	腹胀	总发生率
试验组	61	1 (1.64)	0 (0.00)	1 (1.64)	0 (0.00)	2 (3.28)
对照组	61	3 (4.92)	3 (4.92)	4 (6.56)	4 (6.56)	14 (22.95)
$\chi^2$	-	-	-	-	-	10.358
P	-	-	-	-	-	0.001

(下转第 15 页)

(上接第 13 页)

### 3. 结论

随着经济发展,人们日常生活节奏速度越来越快,临床收治的胃溃疡患者数量也随之增加。胃溃疡属于一种慢性溃疡疾病,受到个人生活以及遗传等因素的影响,胃溃疡患者临床会出现腹痛、反酸、饱胀暖气、呕血、黑便等症状,如果情况严重患者还会出现幽门梗阻、大出血、胃穿孔等情况,甚至发展成为胃癌,导致患者身体健康与生命安全受到严重威胁,临床中老年患者数量较多。导致患者发生这一疾病的原因比较多,其中最常见的一种原因为感染 Hp。根据调查可知,大多数胃溃疡患者检测 Hp 均为阳性。临床若未及及时对这一疾病展开治疗对影响到患者的生活质量<sup>[5]</sup>。

临床治疗胃溃疡的主要原则为根治幽门螺杆菌,降低不良反应,改善预后,避免复发。所以临床一般采取三联疗法展开治疗,主要应用两种抗生素、一种质子泵抑制剂。在三联疗法当中克拉霉素、阿莫西林、奥美拉唑是最为常见的治疗方式,能够有效对患者胃酸分泌及幽门螺杆菌进行抑制,使患者临床症状得到有效改善,促进愈合消化道黏膜。奥美拉唑属于一种强有力的质子泵抑制剂,能够有效阻断分泌胃酸,降低胃酸侵蚀消化黏膜;阿莫西林属于 β-内酰胺类抗菌药物之一,克拉霉素属于氨基糖甙类抗菌药物之一。临床联合应用上述三种药物能够从多种途径入手彻底抑制和消除幽门螺杆菌,抑制分泌胃酸,减少胃粘膜受到胃酸的刺激,促进患者疾病快速愈合。但是,根据研究可知,因为患者之间存在个体化差异,所以部分患者临床接受三联疗法的治疗效果相对较差<sup>[6]</sup>。虽然此种治疗方法能够在一定程度上使患者临床症状得到改善,但是彻底根治幽门螺杆菌的难度比较高,会在一定程度上导致整体治疗效果受到影响。且患者在进行治疗期间会产生一定的耐药性,导致降低临床治疗效果,增加复发率。为有效根除幽门螺杆菌,提升临床治疗效果,临床需要采取四联方式进行治疗。

果胶铋属于一种胃粘膜保护剂,临床比较常见,可有效对胃蛋白酶、胃酸进行综合,有效缓解患者溃疡表面受到的刺激,起到保护胃粘膜的作用。根据研究表明,在三联疗法的基础上加用果胶铋进行四联治疗可有效促进愈合溃疡,使胃粘膜形态得到良好改善,治疗效果比较好<sup>[7]</sup>。果胶铋可以在酸性环境当中形成一种在溃疡表面覆盖的扩散保护膜,可有效防止溃疡受到食物、酶以及胃酸的侵蚀。不仅如此,果胶铋还能够

使患者胃蛋白酶活性得到有效降低,使其粘蛋白分泌增加,促进释放前列腺素,使胃粘膜得到有效保护。SOD 是一种抗氧化酶,在人体当中占据着主要地位,该指标水平降低患者氧自由基会受到一定的损伤,导致发生胃溃疡;TFF2 主要是在胃窦内进行表达,与胃溃疡之间也存在着比较密切的关系,主要起到调节分泌胃粘液糖蛋白的作用,可促进移动、修复胃肠道上皮细胞。临床采取四联疗法治疗胃溃疡可增强血清 SOD、TFF2 指标在患者机体当中的活性表达,对愈合胃溃疡十分有利。经过本次研究可知,接受四联疗法治疗的试验组治疗总有效率更高,各项临床指标得到了比较良好的改善,不良反应发生率较低,与接受三联治疗的对照组相比具有显著性统计学差异 (P<0.05)。

综上所述,临床采取四联疗法治疗中老年胃溃疡患者效果良好,与三联疗法进行比较胃粘膜形态学指标以及血清学指标改善更为明显,治疗期间患者不易发生不良反应,治疗效果比较理想,值得在临床应用和推广。

### 参考文献

- [1]刘婷婷,陈锦锋,韩宇斌,陈锴,邓健敏.四联疗法联合柴胡舒肝散治疗 Hp 阳性胃溃疡患者的临床疗效及其对患者生活质量的影响[J].内科,2022,17(02):198-200.
- [2]王聪.四联疗法对不同 CYP2C19 型幽门螺杆菌相关性胃溃疡患者基质金属蛋白酶和金属蛋白酶组织抑制剂 1 表达的影响[J].中国药物与临床,2022,22(03):208-211.
- [3]刘云红.标准四联疗法与序贯疗法治疗幽门螺杆菌所致胃溃疡临床疗效的比较研究[J].航空航天医学杂志,2021,32(12):1477-1478.
- [4]郑思彤.埃索美拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌感染胃溃疡患者炎症介质及胃肠激素的影响[J].医疗装备,2021,34(23):118-119.
- [5]罗海勇,黎琪,含阿莫西林、呋喃唑酮的四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的疗效及安全性分析[J].临床合理用药杂志,2021,14(33):144-146.
- [6]王欢.泮托拉唑四联疗法与酪酸梭菌活菌联用对幽门螺杆菌阳性胃溃疡患者的疗效及对肿瘤坏死因子-α、白细胞介素-6、白细胞介素-8 水平的影响[J].中国药物经济学,2021,16(11):87-90.
- [7]王春,陈丽康,陈梦梦,王才党.疏肝和胃愈疡方联合四联疗法治疗 Hp 阳性胃溃疡 44 例[J].中国中医药科技,2021,28(05):816+867.