

猴头菌提取物颗粒联合幽门螺杆菌根除术 治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察

何东凌

(广东省河源市人民医院消化内科, 广东河源 517000)

慢性萎缩性胃炎 (*chronic atrophic gastritis*, CAG) 是指胃黏膜已发生萎缩性改变的慢性胃炎, 是由于胃黏膜上皮受到反复损坏所致, 多由幽门螺杆菌 (Hp) 感染引起, 感染率随年龄增加而升高。我国属于幽门螺杆菌高感染率国家, 感染率为 40%~70%^[1]。目前诊断主要依靠胃镜和胃黏膜活检。本院采用猴头菌提取物颗粒联合幽门螺杆菌根除术治疗幽门螺杆菌感染的慢性萎缩性胃炎患者取得了较好疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2007 年 4 月~2010 年 10 月河源市人民医院消化内科门诊及住院的慢性萎缩性胃炎患者 240 例, 均经胃镜及病理活检确诊, 并通过快速尿素酶试验证实为 Hp 感染。将其按随机数字大小随机分为治疗组和对照组各 120 例, 其中治疗组男 65 例、女 55 例, 平均年龄为 57.4 ± 14.5 岁, 平均病程为 16.1 ± 5.2 年; 化生程度: 轻度 28 例, 中度 40 例, 重度 20 例; 增生程度: 轻度 35 例, 中度 17 例。对照组男 65 例、女 55 例, 平均年龄为 55.8 ± 15.3 岁, 平均病程为 15.7 ± 4.3 年; 化生程度: 轻度 26 例, 中度 42 例, 重度 16 例; 增生程度: 轻度 38 例, 中度 16 例。两组患者性别、年龄、病程、病情等一般资料无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

参照中华医学会消化病学分会制定的《中国慢性胃炎共识意见》^[2]中相关诊断标准, 并

结合胃镜检查及病理活检进行诊断。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准: ①符合上述诊断标准; ②自愿参加本试验并签署《知情同意书》者。

1.3.2 排除标准: ①合并严重消化性溃疡出血, 胃黏膜有重度异型增生或病理诊断有恶变者; ②合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者; ③妊娠或准备妊娠妇女、哺乳期妇女; ④过敏体质或对多种药物过敏者; ⑤不遵守医嘱, 依从性差的患者。

1.4 治疗方法

治疗组给予猴头菌提取物颗粒 (山西康欣药业有限公司生产) 每次 3g, 3 次/天; 奥美拉唑 40mg/天、阿莫西林 2g/天、甲硝唑 800mg/天, 分 2 次口服; 用药 7 天后停止服用奥美拉唑、阿莫西林及甲硝唑, 共治疗 14 周。对照组则口服枸橼酸铋钾颗粒, 每次 1 袋, 3 次/天; 奥美拉唑 40mg/天、阿莫西林 2g/天、甲硝唑 800mg/天, 分 2 次口服; 用药 7 天后停止服用奥美拉唑、阿莫西林及甲硝唑, 共治疗 14 周 (停用其它含铋药物)。两组患者均停药 1 个月后复查胃镜及病理活检。

1.5 疗效评定标准

1.5.1 临床疗效标准: **显效:** 临床症状消失或基本消失; **有效:** 临床症状有所改善或明显减轻; **无效:** 临床症状无改善或加重。

1.5.2 Hp 根除情况: 参照《对幽门螺杆菌若干问题的共识意见 (2003·中国)》^[3]的相关标准。

选用快速尿素酶试验检测阴性, 在根除治疗结束后进行内镜下活检复查, 在胃窦取一块黏膜送检。所有患者在治疗前、后均在胃镜下取病

变胃黏膜三块行病理检查,内镜和病理医师由固定医师担任。

1.5.3 病理疗效标准: 显效:胃黏膜萎缩、肠化和(或)异型增生改善2个级差以上;**有效:**胃黏膜萎缩、肠化和(或)异型增生改善1个级差;**无效:**未达到有效标准,甚至加重。

1.6 统计学方法

计量资料以均值加减标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间均值比较采用独立样本 t/t' 检验;计数资料以频数(f)和率值或构成比(P)表示,无序分类资料采用 Pearson χ^2 检验,四格表资料改用 Fisher 确切概率法,均由 SPSS 15.0 统计软件进行统计分析;有序分类资料以频数(f)和平均 Ridit 值(\bar{R})表示,采用 Ridit 分析,由 PEMS 3.1 统计软件进行统计分析。 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗组显效 60 例,有效 48 例,无效 12 例,总有效率为 90.0%;对照组显效 48 例,有效 48 例,无效 24 例,总有效率为 80.0%。两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$),治疗组高于对照组。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|-----|---------------|---------------|---------------|------------------|
| 治疗组 | 120 | 60 (50.0%) | 48 (40.0%) | 12 (10.0%) | 108 (90.0%) * |
| 对照组 | 120 | 48 (40.0%) | 48 (40.0%) | 24 (20.0%) | 96 (80.0%) |

注:与对照组比较, * $P < 0.05$;

2.2 Hp 根除情况

治疗后,治疗组检测出 Hp 阳性 8 例,根除率为 93.3%;对照组检测出 Hp 阳性 28 例,根除率为 76.7%。两组根除率比较有显著性差异($P < 0.05$),治疗组高于对照组。见表 2。

表 2 治疗 12 周后两组病理改善情况比较

| 组别 | 例数 | 阳性 | 阴性 | 合计 | 根除率 |
|-----|-----|----|-----|-----|--------|
| 治疗组 | 120 | 8 | 112 | 120 | 93.3%* |
| 对照组 | 120 | 28 | 92 | 120 | 76.7% |
| 合计 | 240 | 36 | 204 | 240 | 85.0% |

注:与对照组比较, * $P < 0.05$;

2.3 胃黏膜萎缩疗效

治疗组显效 28 例,有效 64 例,无效 28 例,总有效率为 76.7%;对照组显效 8 例,有效 48 例,无效 64 例,总有效率为 46.7%。两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$),治疗组高于对照组。见表 3。

表 3 两组胃黏膜萎缩疗效比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|-----|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| 治疗组 | 120 | 28 (23.3%) | 64 (53.3%) | 28 (23.3%) | 92 (76.7%) * |
| 对照组 | 120 | 8 (6.7%) | 48 (40.0%) | 64 (53.3%) | 56 (46.7%) |

注:与对照组比较, * $P < 0.05$;

2.4 胃黏膜肠化生疗效

治疗组显效 24 例,有效 48 例,无效 16 例,总有效率为 81.8%;对照组显效 8 例,有效 52 例,无效 24 例,总有效率为 71.4%。两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$),治疗组高于对照组。见表 4。

表 4 两组胃黏膜肠化生疗效比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|----|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| 治疗组 | 88 | 24 (27.3%) | 48 (54.5%) | 16 (18.2%) | 72 (81.8%) * |
| 对照组 | 84 | 8 (9.5%) | 52 (61.9%) | 24 (28.6%) | 60 (71.4%) |

注:与对照组比较, * $P < 0.05$;

2.5 胃黏膜不典型增生疗效

治疗组显效 12 例,有效 24 例,无效 16 例,总有效率为 69.2%;对照组显效 8 例,有效 24 例,无效 22 例,总有效率为 59.3%。两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$),治疗组高于对照组。见表 5。

表 5 两组胃黏膜不典型增生疗效比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|-----|----|----|----|-------|
| 治疗组 | 120 | 12 | 24 | 16 | 69.2% |
| 对照组 | 120 | 8 | 24 | 22 | 59.3% |

| | | | | | |
|-----|----|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| 治疗组 | 52 | 12 (23.1%) | 24 (46.2%) | 16 (30.8%) | 36 (69.2%) * |
| 对照组 | 54 | 8 (14.8%) | 24 (44.4%) | 22 (40.7%) | 32 (59.3%) |

注:与对照组比较, *P<0.05;

2.6 不良反应

两组患者疗程结束后经复查一般体检项目、三大常规、心电图、肝功能、肾功能等检查均未发现明显异常改变。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎(CAG)多年来一直是消化领域研究的热点,这是因为慢性萎缩性胃炎是各种慢性胃炎发展变化的结果,典型表现为腺体破坏、萎缩、消失、黏膜变薄。CAG临床多发、易反复、难以治愈,伴中度或中度以上异型增生和不完全性大肠上皮化生者易演变为癌变,被列为癌前状态之一,癌变率为2%~8%^[4]。减轻或阻止癌前状态的发展,是目前降低胃癌发生率的有效措施之一。研究证实Hp感染是引起许多消化道疾病的主要致病菌,是胃癌发生的潜在因素,因此非常有必要治疗慢性萎缩性胃炎和根除Hp。目前治疗主要有三联疗法和四联疗法,药物不良反应较大、依从性差及耐药问题均使疗效受到不同程度的影响,根除失败率也随之上升^[5]。随着抗生素的广泛应用和幽门螺杆菌根除治疗的普遍开展,幽门螺杆菌对常用抗生素的原发和继发耐药率呈逐年上升趋势。随着幽门螺杆菌耐药株的不断增多,对其根除的困难亦随之增加,加重了患者的经济负担,还由于抗生素存在不同程度的毒副作用,其使用受到了一定限制。

研究发现,猴头菌提取物颗粒冲剂能够明显改善慢性萎缩性胃炎患者的腹痛、饱胀、食欲不振和暖气等临床症状,其内镜和病理表现也有明显改善;且猴头菌提取物颗粒冲剂能够有效地杀灭幽门螺杆菌(Hp),消除慢性萎缩性胃炎的主要促发因素,从而有效抑制病理性炎症,改善临床症状^[6]。同时,猴头菌多糖可增强胃黏膜上皮细胞对H⁺的防御机能,促进黏膜

修复^[7];其所含猴头多糖、维生素C和微量元素硒有较强的抗氧化作用,对Hp所致的细胞脂质过氧化损害有保护作用。另外,当胃黏膜受到损伤时,猴头菌提取物颗粒所含的有效成分猴头多糖、多肽及多种营养成分(氨基酸、微量元素及维生素C等),对胃黏膜上皮的再生、修复和溃疡愈合有显著效果^[8,9],从而减轻了口服药物的胃肠道反应,同样也促进了受损肠黏膜的修复。除上述营养物质外,猴头菌提取物颗粒含有的微量元素铝、铋、镁盐等能抑制胃蛋白酶活性,并能黏附于损伤的胃黏膜表面形成一层保护膜,减轻对胃黏膜的损伤。其原因可能是因为猴头菌提取物颗粒可以通过多条途径保护胃黏膜,而枸橼酸铋钾的作用方式则比较单一。

综上所述,猴头菌提取物颗粒可通过多条途径保护胃黏膜,并提高胃的耐受性,有效改善慢性萎缩性胃炎的病理发展。同时,猴头菌提取物颗粒能够提高机体免疫力,抑制肿瘤生长。所以在治疗慢性萎缩性胃炎、改善Hp根除率、改善胃黏膜萎缩、肠化生和不典型增生等病理学方面优于胃黏膜保护剂枸橼酸铋钾,且无不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山,内科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:618.
- [2] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2006,11(11):674-684.
- [3] 中华医学会消化病学分会.对幽门螺杆菌若干问题的共识意见[J].中华全科医师杂志,2005,4(1):33-35
- [4] 王敏.慢性萎缩性胃炎的治疗概况与前景[A].2006年消化系统疾病学术年会暨胰腺疾病专题讲座论文汇编[C].2006.
- [5] 周殿元,陈焯.幽门螺杆菌感染的药物治疗新进展[J].世界华人消化杂志,2005,13(2):15.
- [6] 潘超雄,陈立军,许燕云.猴头菌片治疗慢性胃炎及消化性溃疡的临床疗效观察[J].海南医学院学报,2004,10(4):260-261.
- [7] 李翔,孙权,侯议,等.谓葆冲剂治疗慢性浅表性胃炎临床观察[J].中国中医药信息杂志,2004,11(9):

826-827

[8] 赵兰平,张三明.多肽对小鼠酒精性胃黏膜损伤影响的观察[J].张家口医学院学报,2004,21(3):12.

[9] 江必武,吴玉芳,李桂珍.猴头菌提取物颗粒预防胃、十二指肠溃疡复发的临床疗效观察[J].中国基层医药,2007,14(4):140-141

