

[文章编号] 1007-0893(2023)17-0048-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.17.014

半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床疗效

周芳 陈云斌

(石城县中医院, 江西 石城 342700)

[摘要] 目的: 探析半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床疗效。方法: 选择2021年4月至2023年5月期间石城县中医院收治的慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者, 从中抽取68例作为研究对象, 以随机数字表法作为分组方式将患者划分为观察组和对照组, 各34例。对照组患者以含铋剂四联疗法进行治疗, 观察组患者以半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法进行治疗, 比较两组患者的症状积分、炎症指标、胃肠激素水平和治疗效果。结果: 治疗后观察组患者在腹胀、腹痛、嗝气、反酸、早饱等症积分方面均较对照组更低, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者血清白细胞介素-2(IL-2)、IL-6、IL-10水平均较对照组更低, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者血清胃泌素水平低于对照组, 生长抑素水平高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者治疗总有效率(91.18%)高于对照组(70.59%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床疗效确切。

[关键词] 慢性胃炎; 幽门螺杆菌感染; 半夏泻心汤; 含铋剂四联疗法

[中图分类号] R 573.3 **[文献标识码]** B

慢性胃炎为消化科临床常见性、多发性病症类型, 为典型胃黏膜慢性炎症反应性疾病, 发病因素复杂多样, 其中以幽门螺杆菌感染治疗难度最高, 患者在病症确诊后应尽早开展对症治疗, 以避免病症恶化下引发胃溃疡、胃癌等严重疾病^[1], 危害患者身体健康及生命安全。含铋剂四联疗法为临床常用治疗方法, 尽管对幽门螺杆菌的清除效果明显, 但长时间用药下患者易产生耐药性, 导致远期疗效下降。而半夏泻心汤作为中药方剂, 用药副作用少见、安全性高且不易产生耐药性^[2], 治疗优势明显。而中西医结合治疗能够在有效清除幽门螺杆菌感染的同时, 可明显改善患者临床症状表现, 为此, 本研究主要针对慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者使用半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法的治疗效果进行研究分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2021年4月至2023年5月期间石城县中医院收治的慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者, 从中抽取68例作为研究对象, 以随机数字表法作为分组方式将患者划分为观察组和对照组, 各34例。观察组男性19例, 女性15例; 年龄22~70岁, 平均年龄(45.63 ±

10.48)岁; 病程1~7年, 平均病程(2.53 ± 0.87)年; 病症类型: 浅表型20例、萎缩型12例、糜烂型2例。对照组男性20例, 女性14例; 年龄21~75岁, 平均年龄(45.81 ± 10.52)岁; 病程1~8年, 平均病程(2.51 ± 0.88)年; 病症类型: 浅表型21例、萎缩型10例、糜烂型3例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。石城县中医院医学伦理会认证并批准实施(编号SC-202106006)。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1)经《中国慢性胃炎共识意见》^[3]判定为慢性胃炎症状; (2)¹⁴C呼吸实验结果显示幽门螺杆菌阳性; (3)临床表现为腹胀、腹痛、嗝气、反酸和早饱; (4)基础资料完整; (5)对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1)其它类型消化系统疾病; (2)重要脏器功能性疾病; (3)免疫系统疾病; (4)药物过敏; (5)精神疾病; (6)长期服用非甾体类抗炎药; (7)恶性肿瘤疾病; (8)妊娠期或哺乳期女性; (9)不遵从; (10)研究中途退出。

1.3 方法

1.3.1 对照组 以含铋剂四联疗法进行治疗, 使用药物为奥美拉唑(苏州中化药品工业有限公司, 国药准

[收稿日期] 2023-07-21

[作者简介] 周芳, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科学。

字 H20051864)、克拉霉素(台山市化学制药有限公司, 国药准字 H20067404)、阿莫西林(上海信谊万象药业股份有限公司, 国药准字 H31020363)和胶体果胶铋(宜昌人福药业有限责任公司, 国药准字 H20080314)。奥美拉唑给药方式为餐前 30 min 或餐后 1 h 口服, 每次 20 mg, 每日 2 次; 克拉霉素给药方式为口服, 每次 0.25 g, 每日 2 次; 阿莫西林给药方式为口服, 每次 0.5 g, 每日 3 次; 胶体果胶铋给药方式为餐前、睡前温水冲服, 每次 0.15 g, 每日 4 次。治疗 30 d。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予半夏泻心汤加减治疗, 半夏泻心汤基本方: 半夏 15 g, 炙甘草 9 g, 黄芩 9 g, 干姜 9 g, 人参 9 g, 黄连 3 g, 大枣 4 枚。临床加减: 并发寒邪犯胃症状者加乌药 5 g、吴茱萸 3 g; 并发脾胃虚寒症状者加川椒 5 g、砂仁 2 g; 并发肝胃不和症状者加柴胡 7 g、白芍 6 g、枳壳 3 g; 并发阴虚症状加石斛 8 g、北沙参 8 g、玉竹 3 g、天花粉 3 g; 并发心火旺盛症状者加栀子 10 g; 并发瘀血伤络症状者加蒲黄 10 g、五灵脂 7 g、鸡血藤 7 g、郁金 3 g; 并发明显疼痛症状者加没药 5 g、乳香 5 g、延胡索 5 g; 并发呕血、便血症状者加白及 8 g、仙鹤草 8 g、三七粉 5 g; 并发反酸嗝气症状者加海螵蛸 5 g、贝母 7 g、瓦楞子 8 g、柿蒂 8 g; 并发食欲不振症状者加鸡内金 5 g、山楂 12 g、神曲 6 g。每日 1 剂, 经 250 mL 清水浸泡 30 min 后置入砂锅煎煮, 大火煮沸, 文火熬制 40 min, 取汁 150 mL, 于早晚温服, 治疗 30 d。

1.4 观察指标

1.4.1 症状积分 评定内容涵盖腹胀、腹痛、嗝气、反酸和早饱, 采取 4 级评分法, 无症状(0 分)、症状轻微(1 分)、症状明显(2 分)、症状严重(3 分)^[4], 以高分代表患者症状严重、以低分代表患者症状较轻。

1.4.2 炎症指标 抽取患者静脉血 3 mL, 装入封闭容器内送至实验室进行血清离心, 离心速度 3000 r·min⁻¹, 离心半径 30 cm, 时间 15 min, 取上层血清作为检测标本, 通过酶联免疫吸附试验检测患者的炎症指标, 包含白细胞介素-2(interleukin-2, IL-2)、IL-6 和 IL-10^[5]。

1.4.3 胃肠激素 抽取患者晨起空腹静脉血 3 mL, 在血清分离(离心速度 3000 r·min⁻¹, 离心半径 30 cm, 时间 15 min)和取血清标本后用放射免疫分析法测定患者治疗前后的胃肠激素水平, 包括胃泌素和生长抑素^[6]。

1.4.4 治疗效果 治愈: 各项临床症状全部消失, 病理活检显示病灶消失; 显效: 主要临床症状消失, 病理活检显示腺体萎缩等病变明显减轻, 胃镜检查后显示黏膜病灶缩小幅度在 75% 以上; 有效: 各项临床症状有

所改善, 病理活检显示腺体萎缩等病变稍有减轻, 胃镜检查后显示黏膜病灶缩小幅度在 50% 以上但小于 75%; 无效: 未达上述任一标准^[7]。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 28.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后各项症状积分比较

治疗后观察组患者在腹胀、腹痛、嗝气、反酸、早饱等症积分方面均较对照组更低, 差异具有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗后各项症状积分比较 (*n* = 34, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	腹胀	腹痛	嗝气	反酸	早饱
对照组	1.03 ± 0.12	1.20 ± 0.11	0.99 ± 0.08	0.98 ± 1.02	1.01 ± 1.00
观察组	0.41 ± 0.05 ^a	0.38 ± 0.04 ^a	0.48 ± 0.07 ^a	0.37 ± 0.06 ^a	0.34 ± 0.04 ^a

注: 与对照组比较, ^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗后炎症指标比较

治疗后观察组患者血清 IL-2、IL-6、IL-10 水平均较对照组更低, 差异具有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗后炎症指标比较 (*n* = 34, $\bar{x} \pm s$, ng·mL⁻¹)

组别	IL-2	IL-6	IL-10
对照组	4.11 ± 0.16	4.06 ± 0.93	3.94 ± 0.87
观察组	2.03 ± 0.27 ^b	2.84 ± 0.20 ^b	2.15 ± 0.18 ^b

注: IL-1 白细胞介素。与对照组比较, ^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较

治疗前两组患者的血清胃泌素、生长抑素水平比较, 差异无统计学意义(*P* > 0.05); 治疗后观察组患者胃泌素水平低于对照组, 生长抑素水平高于对照组, 差异具有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较

(*n* = 34, $\bar{x} \pm s$, ng·mL⁻¹)

组别	时间	胃泌素	生长抑素
对照组	治疗前	96.33 ± 9.18	6.15 ± 0.85
	治疗后	74.94 ± 6.02	9.81 ± 1.02
观察组	治疗前	96.36 ± 9.17	6.12 ± 0.87
	治疗后	65.15 ± 5.33 ^c	12.33 ± 1.58 ^c

注: 与对照组治疗后比较, ^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率(91.18%) 高于对照组(70.59%), 差异具有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 4。

表4 两组患者治疗总有效率比较 [n = 34, n (%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	6(17.65)	11(32.35)	7(20.59)	10(29.41)	24(70.59)
观察组	10(29.41)	12(35.29)	9(26.48)	3(8.82)	31(91.18) ^d

注：与对照组比较，^dP < 0.05。

3 讨论

慢性胃炎在胃部疾病发病率中位居首位，病因多见幽门螺杆菌感染、刺激性物质、长期药物、胆汁反流、X线照射、环境变化、精神紧张、生活不规律等^[8]，具复杂性和多样性特点，其中以幽门螺杆菌感染最为多见。目前，临床针对慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者治疗主要为药物治疗，而含铋剂四联疗法为典型西药治疗方式，通过奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林和胶体果胶铋四种药物的联合应用，以实现幽门螺杆菌根除、减轻炎症^[9]，但西药治疗多为表象治疗，加受患者耐药性影响，远期疗效不够理想，在这种情况下，临床需探寻更有效的治疗方案，以实现慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者的有效治疗。

中医学认为，慢性胃炎主要从属胃脘痛、呃逆或痞满^[10]，多受脾胃虚弱、外邪入侵、饮食不节、情志失调等因素影响，患者脾胃损伤且运化失常，进而表现为腹胀、腹痛、暖气、反酸或早饱，治疗方向主要集中在益气、健脾、清热、燥湿方面。半夏泻心汤作为治疗慢性胃炎的常用中药之一，基础药方组成药物为半夏、炙甘草、黄芩、干姜、人参、黄连和大枣，半夏具有燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结功效，炙甘草具有滋阴养血、益气通阳、复脉定悸功效，黄芩具有泻实火、除湿热功效，干姜具有温中散寒、回阳通脉、温肺化饮功效，人参具有温补元气、回阳救逆、生津功效，黄连具有清热燥湿、泻火解毒功效，大枣具有补脾胃、益气血、安心神、调营卫、和药性功效，诸药合并以实现寒热平调、消痞散结效果，在随症加减治疗下更能够保障病症治疗针对性和有效性。因中药药效温和、更加重视治本，用药后患者基本无不良反应发生，并随用药时间延长，患者体内症状逐渐减轻，身体机能和健康改善明显，加之我国中医发展历史悠久，因而中药治疗下患者的接受度更高。在与含铋剂四联疗法联合应用下，真正实现“标本兼治”的治疗目的^[11]，切实改善患者症状表象、调节内里，以加速病症痊愈，帮助患者早日恢复身体健康及正常社会生活。

本研究结果表明：观察组患者在腹胀、腹痛、暖气、反酸、早饱等症积分方面相较对照组明显更低，差异具有统计学意义(P < 0.05)。可知半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法能够减轻患者症状表现。观察组患者的各项炎症指标和胃泌素相较对照组更低，生长抑素较

对照组更高，差异具有统计学意义(P < 0.05)。了解到半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法能够减轻炎症、改善胃肠激素水平。另外，观察组患者治疗总有效率(91.18%)高于对照组(70.59%)，差异具有统计学意义(P < 0.05)。提示半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法可大幅提高治疗总有效率，研究结果与李笑梅等^[12]结果基本一致。

综上所述，慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染患者使用半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法治疗取得了理想的治疗效果，更易于减轻炎症及病症表现，切实改善患者胃肠功能。

[参考文献]

- [1] 薛静. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的临床效果分析[J]. 北方药学, 2020, 17(6): 109-110.
- [2] 马佳乐, 李慧臻, 王振兴, 等. 半夏泻心汤联合三联或四联疗法治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的Meta分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(8): 567-572, 579.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 中华消化杂志, 2006, 5(11): 182-184.
- [4] 张亚峰, 冯秉涛, 郭丽. 半夏泻心汤加减方辅助治疗根除幽门螺杆菌失败的慢性胃炎(寒热错杂型)患者的效果及其对血清胃蛋白酶原水平的影响[J]. 辽宁医学杂志, 2022, 36(1): 47-50.
- [5] 凌福斌, 申昌沉, 彭联平, 等. 含铋剂四联疗法对幽门螺杆菌感染合并胃轻瘫患者免疫功能的影响[J]. 吉林医学, 2021, 42(12): 2931-2933.
- [6] 张云娥, 史艺璇, 梅琴. 铋剂改良四联疗法治疗幽门螺杆菌感染活动性慢性胃炎患者的临床价值[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(34): 94-96, 99.
- [7] 邱建钊. 半夏泻心汤联合西医治疗在幽门螺杆菌感染初治患者中的综合应用价值[J]. 中外医学研究, 2021, 19(29): 150-153.
- [8] 陈伟. 中药方剂结合含铋剂四联疗法在慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染中的治疗效果[J]. 中国社区医师, 2021, 37(26): 99-100.
- [9] 吴立国, 马民凯, 秦维, 等. 加减半夏泻心汤治疗慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染的效果[J]. 中国医药导报, 2021, 18(23): 140-143.
- [10] 曾向忠. 半夏泻心汤加减联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的效果观察[J]. 智慧健康, 2021, 7(10): 116-118.
- [11] 王其杰. 半夏泻心汤联合含铋剂四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌感染的效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(17): 3194-3196.
- [12] 李笑梅, 吴张浩, 张伟. 半夏泻心汤加减辅助三联疗法对幽门螺杆菌感染萎缩性胃炎患者疗效分析[J]. 贵州医药, 2020, 44(2): 285-287.