

幽门螺杆菌相关的消化性溃疡的中西医治疗近况

★ 张丽红¹ 指导:韩玉山² (1.天津中医药大学 2005 级硕士研究生 天津 300193;2.天津市人民医院消化内科 天津 300121)

关键词:幽门螺杆菌;消化性溃疡;综述

中图分类号:R 57 文献标识码:A

消化性溃疡是消化系统的一种常见病、多发病,其发病率在逐年上升。1983 年 Warren 等发现了幽门螺杆菌(Hp),证实了 Hp 与消化性溃疡密切相关,有些学者提出“无 Hp 无溃疡”的理论。目前研究认为 Hp 感染是其致病和致复发的重要原因。近年来,中西医疗法抗 Hp 治疗消化性溃疡研究取得了较大进展。

1 西医治疗

Hp 相关性消化性溃疡的治疗,制酸药仍需应用,而根除 Hp 菌已成为目前的研究课题,有很多药物均可抑制 Hp,但停药后容易复发,所以必须使用根除药物和联合用药。

1.1 抗 Hp 治疗

1.1.1 一线治疗 目前推荐的一线治疗方案主要有三种,即质子泵抑制剂(PPI,包括奥美拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑等)、铋剂或 RBC(雷尼替丁枸橼酸铋)中的 1 种与 2 种抗生素(阿莫西林+克拉霉素、阿莫西林+甲硝唑、甲硝唑+克拉霉素)的三联疗法(标准剂量),疗程 1 周,Hp 根除率达 85%~98%。三种方案都有较高的 Hp 根除率及溃疡的愈合率,且副反应较少,症状控制迅速。

Niv^[1]发现,在使用推荐的首选方案 PPI+阿莫西林+克拉霉素时,该地区对 PPI 的选择除经济因素外,无其他影响因素。因此,他在人群中直接比较奥美拉唑与兰索拉唑为基础的三联疗法的 Hp 根除率,探讨不同的 PPI 对 Hp 根除率的影响。经 Logistic 回归分析,研究设计的所有影响因素(年龄、性别、适应症、长期使用 PPI 及根除疗法方案)对于治疗后的 Hp 阴性者(根除成功)与阳性者(根除失败)之间的疗效,差异无统计学意义。从而认为,奥美拉唑和兰索拉唑作为不同的 PPI,构成 2 种含 PPI 的三联疗法,但其疗效无显著性差别。McLoughlin

等^[2]认为由于患者较差的依从性和抗生素的耐药性,7 天疗法的 Hp 根除率有所下降。研究发现,10 天疗法有可能成为 7 天一线治疗的候选方案。Kim 经多中心临床试验和荟萃分析显示,PPI+阿莫西林+克拉霉素的 14 天疗效高于 7 天或 10 天疗法。第二届西班牙研讨会关于 Hp 感染治疗达成共识,证明了继有效的首选 Hp 根除疗法(PPI+2 种抗生素)后,延长 PPI 的使用对于十二指肠溃疡患者是不必要的,但胃溃疡患者可以考虑该方案^[3]。Gisbert 等^[4]系统地回顾了含 RBC 三联疗法的 Hp 根除率,并利用随机临床试验的荟萃分析比较了 1 周 PPI 三联疗法和 RBC 三联疗法的治愈率。研究发现,RBC+克拉霉素+阿莫西林、RBC+克拉霉素+硝基咪唑、RBC+阿莫西林+硝基咪唑的治愈率分别为 83%、86%、71%。荟萃分析显示,用克拉霉素+阿莫西林时,RBC 与 PPI 的疗效相当;用阿莫西林+硝基咪唑时,两者疗效也相当;但当用克拉霉素+硝基咪唑时,RBC 的疗效显著高于 PPI(优势比=1.65)。从而得出,合并使用克拉霉素+阿莫西林或阿莫西林+硝基咪唑时,RBC 与 PPI 的三联疗法根除率相当,但用克拉霉素+硝基咪唑时,RBC 的疗效明显高于 PPI 方案。因此,如果选择克拉霉素+硝基咪唑作为 Hp 感染治疗的抗生素时,应当使用 RBC,而非 PPI。

1.1.2 二线治疗方案 对于 Hp 根除失败时,应采用补救疗法或改换新三联疗法为二线治疗策略。四联疗法是 PPI+含铋的传统三联疗法,是作为一线治疗失败后的最佳疗法^[5],又叫补救疗法。目前专家达成共识,PPI+铋剂+甲硝唑+四环素的补救疗法,其根除率可达 95%~100%,且对耐药菌株感染和其他失败者同样有很高的疗效^[6]。新三联疗法就是采用新的 PPI(泮妥拉唑或雷贝拉唑)+2 种

其他抗生素(如呋喃唑酮、左氧氟沙星等),或用 RBC+2 种抗生素治疗,不但可以提高 Hp 根除率,而且也有可能降低 Hp 对抗生素的耐药性。替代疗法应尽量避免使用咪唑类或大环内酯类药物,改用新的药物,如呋喃唑酮、依卡倍特、左旋氧氟沙星等。Togawa 等^[7]使经兰索拉唑+阿莫西林+克拉霉素一线治疗失败的患者,接受 7 天雷贝拉唑+阿莫西林+法罗培南的二线治疗方案。该研究进行的一线疗法的根除率为 76.4%,而此二线方案的再根除成功率达 91.3%。他们认为雷贝拉唑+阿莫西林+法罗培南的二线疗法效果明显,即使对克拉霉素耐药者亦有相同疗效。

1.1.3 10 日序贯疗法 赵氏^[8]将经胃镜检查确诊为有明显异常的慢性胃炎和胃十二指肠溃疡且 Hp 阳性的患者 85 例随机分组,治疗组(43 例)方案为前 5 天奥美拉唑+克拉霉素,后 5 天奥美拉唑+阿莫西林+呋喃唑酮;对照组(42 例)三联疗法为奥美拉唑+阿莫西林+克拉霉素,疗程 7 天。结果治疗组 Hp 根除率为 90.7%,对照组 Hp 根除率为 71.4%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论以奥美拉唑、阿莫西林等组成的 10 日序贯疗法治疗成人 Hp 感染具有疗效高、耐受性和依从性好等优点。

2 中医药治疗

2.1 病因病机

中医学认为本病的病因与情志、饮食、疲倦关系密切。其中情志所伤,肝气犯胃,迁延日久转化为肝胃郁热、脾胃虚弱、胃络瘀结等。在消化性溃疡的发病过程中,有两个突出的病理特点,一是“虚”,即脾胃阳气亏虚,因虚而生内寒;二是“滞”指脾胃气滞、肝郁气滞、以及痰滞、湿滞、食滞、血滞等病理产物。前者是消化性溃疡的病理本质,后者是消化性溃疡的病理表现,即脾气虚弱、瘀血阻络、以至胃粘膜溃烂形成虚实夹杂证,以上诸因素共同作用导致了消化性溃疡的产生和复发。其病位在胃肠,但与脾、肝、胆等脏器密切相关。

2.2 单味中药

近年来,国内学者对临床治疗胃病常用的 53 味中药,进行 Hp 抑菌试验,发现 Hp 对黄连、大黄、桂枝高度敏感,对乌梅、延胡索中度敏感,对三七、厚朴、党参敏感,显示这些中药有较强抑菌作用。黄连主要成份为小檗碱,抗菌谱较广,对 Hp 抑菌较强,并能对抗乙酰胆碱,有解痉作用。大黄能减少胃液分泌,降低胃游离酸及胃蛋白酶活性,有消除 Hp 作用,减轻炎症程度,改善溃疡部位微循环,有利于溃

疡愈合。此外,蒲公英、白花蛇舌草、半枝莲、地锦草、莪术、黄芩等药理证实有杀灭 Hp 的能力,临症时均可选用。

2.3 中药复方

中药复方是临床最常用的抗 Hp 感染的治疗方法,大量的文献研究发现,中药复方抗 Hp 主要有三大特点:一是能直接抑制 Hp,二是能削弱 Hp 的毒性,三是能提高远期疗效减少复发。麦氏等^[9]对消化性溃疡活动期伴 Hp 阳性患者,应用锡类散治疗 4 周后 Hp 转阴率为 63.13%,且 Hp 分布密度明显减低,与治疗前相比有显著性差异。蒋氏等^[10]应用中药复方抑 Hp 的试验显示,清胃冲剂和双黄连口服液在一定浓度下对 Hp 均具有抑菌作用。这些研究的进一步开展,为抗 Hp 的临床研究提供了依据,为探讨中药抗 Hp 的机制研究开拓了新的思路与方法。尚有不少学者^[11-13]应用中成药进行抑制 Hp 的实验,结果表明这些中成药物:蒲公英汤、左金丸、荆花胃康胶丸等都有较强的抑杀 Hp 的作用。

2.4 针灸治疗

高氏等^[14]应用中医辨证确诊肝气郁结消化性溃疡的病例,分为针灸加 H₂ 受体拮抗剂、H₂ 受体拮抗剂、质子泵抑制剂加两联抗生素,三组治疗。结果:治疗组与质子泵抑制剂加两联抗生素组疗效、胃镜、Hp 的观察项目无显著性差异($P>0.05$)与 H₂ 受体拮抗剂相比有显著性差异($P<0.01$)。提示针灸对 Hp 的清除作用可能与提高前列腺素(PG)含量、内啡肽、免疫反应细胞阳性数目,增加细胞保护因子的释放与抗自由基的损伤有关。表明针灸治疗可有效地增强胃粘膜的厚度,缓解胃粘膜细胞线粒体及生物膜的损伤,促进胃粘膜的修复。

3 中西医结合治疗

孔氏^[15]用中药四黄调胃汤(黄芪 20 g,党参、白术、黄芩、黄连、丹参、白及、甘草、厚朴各 15 g,黄柏 10 g,三七粉冲 3 g)联合服替硝唑 1 000 mg/d、阿莫西林 1 000 mg/d、加胶体次枸橼酸铋 480 mg/d,2 周为 1 个疗程。中西结合组 Hp 根除率为 88%,大于西药组,其对改善患者临床症状的效果也优于西药组。表明中西医结合是提高幽门螺杆菌阳性消化性溃疡 Hp 根除率的最佳选择。林氏等^[16]探讨中西医结合治疗幽门螺旋杆菌相关性十二指肠溃疡的临床疗效,将 84 例患者分为为治疗组和对照组;第 1 周采用根除 Hp 三联药物口服,第 2 周继续服用泮妥拉唑;治疗组在服用铋制剂的基础上,口服中药除幽汤(黄连 5 g,熟大黄 5 g,乌梅 10 g,丹参 10 g,三七粉 3 g(冲),法夏 10 g,白及粉 6 g(冲),枳实 10 g,

乙型病毒性肝炎中医研究进展

★ 胥昊 (南京中医药大学 2005 级硕士研究生 南京 210029)

关键词:乙型病毒性肝炎;中医药疗法;综述

中图分类号:R 512.6⁺2 文献标识码:A

慢性乙型肝炎的临床表现与中医学的“黄疸”、“胁痛”、“肝瘟”、“臌胀”等记载颇相类似,目前现代医学尚缺乏理想的治疗方法,而使用中医药治疗,可收到很好的效果。现将近年来中医对慢性乙型肝炎的认识及治疗概况综述如下。

1 病因病机

蒲公英 20 g,黄芪 20 g,炙甘草 6 g,结果显示两组溃疡治愈总有效率分别达 95.1% 及 100%;Hp 根除率达 78% 及 79%;两组比较差异无显著性($P>0.05$)。不良反应发生率分别为 7.3% 及 30.2%;两组差异有显著性($P<0.05$)。表明中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性十二指肠溃疡有较高的治愈率与 Hp 清除率,能减少不良反应的发生,溃疡复发率低。

4 结语

由于对 Hp 致病机制及其治疗的不断深入研究,以往那种“一旦患溃疡将终身难愈”的观点已得到彻底纠正,如何在现代研究的基础上,使中草药抗 Hp 的研究能从病理学、药理学、免疫学等方面进行机理的探讨,是亟待解决的问题,这也为中药抗 Hp 的研究开创了新的应用前景。筛选出最佳的中西医结合治疗方案,有效地抗 Hp 感染,减少溃疡的复发将是临床研究的一项艰巨任务。

参考文献

- [1] Niv Y. Effectiveness of omeprazole - versus lansoprazole - based triple therapy for Helicobacter pylori eradication[J]. Dig Dis Sci, 2005,50(5): 839 - 841.
- [2] McLoughlin RM, O'Morain CA, O'Connor HJ. Eradication of Helicobacter pylori: recent advances in treatment[J]. Fundam Clin Pharmacol, 2005,19(4): 421 - 427.
- [3] Mones J, Gisbert J P, Borda F, et al. Indications, diagnostic test and Helicobacter pylori eradication therapy[G]. Recommendations by the 2nd Spanish Consensus Conference. Rev Esp Enferm Dig, 2005, 97(5): 348 - 374.
- [4] Gisbert J P, Gonzalez L, Calvet X. Systematic review and meta -

analysis: proton pump inhibitor vs. ranitidine bismut h cit rate plus two antibiotics in Helicobacter pylori eradication[J]. Helicobacter, 2005,10(3):157 - 171.

梅氏^[1]认为乙肝的病因有内外两方面,外因多由感受湿热疫毒,内因则和正气亏虚、内伤不足有关,而内外二因相互关联,正虚是发病的基础,湿热疫毒是致病的外因。两者相得,病乃滋生。蔡氏^[2]等提出慢性乙肝属伏邪致病,伏邪为“浊”、“毒”之邪,病位在肝,邪伏部位为血分,浊、毒之邪与慢性乙

- [5] Lee J H, Cheon J H, Park MJ, et al. The trend of eradication rates of second - line quadruple therapy containing metronidazole for Helicobacter pylori infection: an analysis of recent eight years[J]. Korean J Gastroenterol, 2005,46(2): 94 - 98.
- [6] 胡伏莲. 幽门螺杆菌感染治疗方案的评价[J]. 现代消化及介入诊疗, 2003,8(3):143 - 146.
- [7] Togawa J, Inamori M, Fujisawa N, et al. Efficacy of a triple therapy with rabeprazole, amoxicillin, and faropenem as second - line treatment after failure of initial Helicobacter pylori eradication therapy[J]. Hepatogastroenterology, 2005,52(62): 645 - 648.
- [8] 赵大国, 孙玉平, 潘建军. 10 日序贯疗法根除幽门螺杆菌的疗效观察[J]. 中国医师进修杂志, 2006,29(10):24 - 25.
- [9] 麦力强, 王梦玲. 改进锡类散与雷尼替丁对照治疗 PU[J]. 中国综合临床, 2004,20(4):1.
- [10] 蒋振明, 徐国梁, 张存钧, 等. 中药复方对幽门螺杆菌抑菌作用的体外实验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2001,9(2):101 - 102.
- [11] 高忠国, 朱静华. 蒲公英汤加味治疗消化性溃疡 35 例[J]. 实用中医药杂志, 2007,23(1):20.
- [12] 窦艳, 王向东. 荆花胃康胶丸治疗相关性 PU 疗效安全性[J]. 中国新药志, 2004,13(7):650.
- [13] 高群, 曹曙波, 蔺虹, 等. 针灸治疗肝气郁结型消化性溃疡 131 例疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2004,20(4):10 - 12.
- [14] 孔令彪. 中西药结合治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡 86 例临床观察[J]. 北京中医, 2006,25(4):195 - 197.
- [15] 林江, 陶红, 岑敏, 等. 纯西药与中西医结合方案治疗幽门螺杆菌致十二指肠溃疡的疗效比较[J]. 广州医学院学报, 2006,34(1):60 - 61.

(收稿日期:2007-06-10)