

两组药物治疗老年人幽门螺杆菌感染的疗效观察

陈华 赵洁

(上海市杨浦区四平社区卫生服务中心 上海 20092)

摘要 目的:比较两种方法治疗社区老年人幽门螺杆菌感染(*Helicobacter pylori*, *H. pylori*)的疗效及安全性。**方法:**选择社区有消化不良症状,经碳13呼气试验*H. pylori*阳性的老年患者236例。随机均分为两组。A组予以奥美拉唑、阿莫西林、克拉霉素三联药物,B组给予奥美拉唑、枸橼酸铋钾、左氧氟沙星、阿莫西林四联药物,疗程均为7d。观察两组症状改善情况及不良反应的发生率,停药1个月后采用碳13呼气试验观察*H. pylori*根除率。**结果:**A组和B组*H. pylori*根除率分别为77.2%和92.4%,差异有统计学意义($P<0.05$);两组治疗后消化不良症状均得到改善,上腹痛及腹胀的缓解率B组好于A组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组不良反应发生率无明显差异($P>0.05$)。**结论:**四联疗法的*H. pylori*根除率和症状缓解率较三联疗法为优,是社区治疗*H. pylori*感染的理想方案。

关键词 老年人 消化不良 幽门螺杆菌 联合治疗

中图分类号:R573 文献标识码:A 文章编号:1006-1533(2013)12-0023-03

Observation of treatment of helicobacter pylori infection of the elderly with drugs in two groups

CHEN Hua, ZHAO Jie

(Siping Community Health Service Center of Yangpu District, Shanghai 20092, China)

上海地区人群幽门螺杆菌(*H. pylori*)的感染率为66.4%,是国内高感染地区之一^[1]。*H. pylori*是慢性胃炎、消化性溃疡的主要致病因素,与胃癌有密切关系,随着年龄增加,*H. pylori*感染率也明显增长^[2]。为探讨社区老年人*H. pylori*感染治疗的最佳方案,我们采用两组不同的药物进行对照治疗研究,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

2011年10月-2013年2月四平社区卫生服务中心门诊的胃部不适患者。纳入标准:①年龄60~75岁;②有上腹痛、反酸、烧心、腹胀等消化不良症状,无上消化道出血者;③经碳13呼气试验*H. pylori*阳性患者;④最近4周内未接受抗*H. pylori*治疗和两周内未服用影响*H. pylori*治疗的药物;⑤无严重的心、肺、肝、肾病史,无药物过敏史。

符合条件对象共236例,采用数字表法随机分为两组。A组118例,年龄60~75岁,平均(66.3±5.2)岁;其中男50例,女68例;消化道症状:上腹痛72例,反酸69例,烧心38例,腹胀36例;B组118例,年龄

60~75岁,平均年龄(67.8±4.8)岁;其中男54例,女64例;消化道症状:上腹痛77例,反酸72例,烧心41例,腹胀34例。一般资料比较,两组无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 方法

A组:采用奥美拉唑20mg、阿莫西林1g、克拉霉素500mg,2次/d,连服7d;B组:采用奥美拉唑20mg、阿莫西林1g、枸橼酸铋钾220mg、左氧氟沙星200mg,2次/d,连服7d。服用枸橼酸铋钾需与奥美拉唑需间隔2h以上。

1.3 评价方法

自制临床症状问卷,内容包括消化道症状和不良反应,患者根据自我感觉自行填写。

采用碳13尿素呼气试验定性分析,阴性即为*H. pylori*已根除。

1.4 统计学方法

采用SPSS 13.0软件分析,两组间比较采用 χ^2 检验,

$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 *H. pylori* 根除率比较

治疗后 A 组 *H. pylori* 根除 91 例, 根除率为 77.2%; B 组 *H. pylori* 根除 109 例, 根除率为 92.4%, 两组患者 *H. pylori* 根除率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 1)。

表 1 两组幽门螺杆菌根除率比较

组别	例数	阴性	阳性	根除率 (%)
A 组	118	91	27	77.2
B 组	118	109	9	92.4

2.2 两组消化道症状缓解率比较

两组患者治疗后消化不良症状均改善, 上腹痛及腹胀的缓解率 B 组好于 A 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 2)。

表 2 两组消化道症状缓解率比较 $n(\%)$

组别	上腹痛		反酸		烧心		腹胀	
	<i>n</i>	缓解数 (%)	<i>n</i>	缓解数 (%)	<i>n</i>	缓解数 (%)	<i>n</i>	缓解数 (%)
A 组	72	61(84.7)	69	63(91.3)	38	35(92.1)	36	25(69.4)
B 组	77	73(94.8)*	72	69(95.8)	41	38(92.7)	34	31(91.2)*

注: * 两组比较, $P < 0.05$

2.3 不良反应

A 组不良反应 2 例 (1.7%), B 组不良反应 3 例 (2.5%); 两组不良反应发生率无统计学差异 ($P > 0.05$)。不良反应主要为: 恶心、乏力、食欲不振、头晕、腹泻, 便秘, 在完成治疗后消失。

3 讨论

H. pylori 感染与胃肠道疾病关系密切, 在有消化不良症状的人群中 *H. pylori* 感染率更高^[3]。*H. pylori* 能合成一种蛋白水解酶和脂解活性酶, 引起胃黏液的过度水解和胃黏液中的脂肪降解, 损伤胃十二指肠的黏液屏障和黏膜屏障, 引起炎症、糜烂和溃疡, 导致上腹痛, 反酸, 烧心, 腹胀等消化不良症状发生。根除 *H. pylori* 对预防溃疡复发、缓解胃炎症状和预防癌变有重要意义。2003 年中华医学会消化病学分会《幽门螺杆菌共识意见 (2003·安徽桐城)》^[4] 推荐的 *H. pylori* 根除方案中, 一线方案为质子泵抑制剂加 2 种抗生素或铋剂加 2 种抗生

素, 疗程 7 d。其中质子泵抑制剂加阿莫西林和克拉霉素方案, 在一段时间内因其 *H. pylori* 根除率高、不良反应少、依从性好而作为首选方案。但是随着根除治疗的普遍开展, 幽门螺杆菌的耐药性呈上升趋势^[5]。胡伏莲等^[6] 认为对甲硝唑和克拉霉素的耐药是幽门螺杆菌根除失败的主要原因。选择新型有效的抗 *H. pylori* 药物, 成为提高根除率的关键因素。本研究中 A 组采用奥美拉唑 + 阿莫西林 + 克拉霉素 7 d 方案, *H. pylori* 根除率只有 77.2%, 而 B 组采用奥美拉唑 + 阿莫西林 + 枸橼酸铋钾 + 左氧氟沙星 7 d 方案, *H. pylori* 根除率为 92.4%; B 组 *H. pylori* 根除率明显好于 A 组。在 B 组方案中, 左氧氟沙星与许多抗菌药物间无交叉耐药性, 对幽门螺旋杆菌具有良好的抗菌活性, 而耐药率明显低于克拉霉素^[7]; 阿莫西林尽管应用广泛, 但幽门螺杆菌耐药仍少见, 故左氧氟沙星和阿莫西林可作为根除幽门螺杆菌抗生素之较好选择。枸橼酸铋钾是胃和十二指肠黏膜保护剂, 在胃肠道很少吸收, 在酸性环境中与炎性渗出的蛋白结合, 形成一层防止酸和胃蛋白酶侵蚀的保护屏障, 同时降低了胃蛋白酶的活性, 有效促进溃疡的愈合和炎症消失, 还可以渗透到黏膜层杀灭幽门螺杆菌, 也具有抗幽门螺杆菌作用; 因其不宜与抑酸剂同服, 故在 B 组方案中与奥美拉唑服用间隔 2 h 以上, 使疗效更佳。通过本研究我们发现, 奥美拉唑 + 阿莫西林 + 枸橼酸铋钾 + 左氧氟沙星 7 d 方案 *H. pylori* 根除率高, 能明显改善患者消化不良症状, 对腹痛、腹胀的缓解尤为明显, 不良反应少, 是社区全科医师治疗 *H. pylori* 感染, 尤其是有腹痛、腹胀症状的社区老年人 *H. pylori* 感染患者的一种较为理想的方案。

参考文献

- [1] 陈世耀, 刘天舒, 樊晓明, 等. 上海地区幽门螺杆菌感染及其危险因素调查 [J]. 中华医学杂志, 2005, 85(12): 802-806.
- [2] Nabwera HM, Logan RP. Epidemiology of *Helicobacter pylori*: transmission, translocation and extragastric[J]. J Physiol Pharmacol, 1999, 50(5): 711-722.
- [3] Bazzoli F, Luca DL, Pozzato P, et al. *Helicobacter pylori* and functional dyspepsia: review of previous studies and commentary on new data[J]. Gut, 2002, 50(Suppl 4): 33-35.
- [4] 中华医学会消化病学分会. 幽门螺杆菌共识意见 (2003·安徽桐城)[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(2): 126-127.
- [5] 童锦禄, 冉志华, 沈骏, 等. 10 天序贯疗法与标准三联疗法治疗幽门螺杆菌感染荟萃分析 [J]. 胃肠病和肝病杂志, 2008, 17(2): 106-109.

慢性支气管炎患者炎症反应物水平与分期的关系

凌伟明

(上海市静安区南京西路社区卫生服务中心 上海 200041)

The relationship between the levels of the inflammatory reactants of the patients with chronic bronchitis and the staging

LIN Weiming

(Nanjingxilu Community Health Service Center of Jingan District, Shanghai 200041, China)

慢性支气管炎是老年人的常见病和多发病, 严重危害老年人的健康。研究老年人慢性支气管炎的炎症反应, 从而了解患者的防御能力, 对指导治疗及愈后判断有重要意义。为此, 我们于 2012 年对在本中心住院治疗的 30 例老年慢性支气管炎患者分别测定 C- 反应蛋白 (CRP), 肿瘤坏死因子 (TNF) 的水平, 比较急性发作期和缓解期水平的不同。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2011 年 11 月 -2012 年 4 月我中心门诊和住院的老年慢性支气管炎患者 30 例, 所有患者符合《内科学》慢性支气管炎诊断标准: 咳嗽、咯痰或伴有喘息, 每年发病持续 3 个月以上, 并持续 2 年或 2 年以上, 经 X 线、呼吸功能检查明确诊断。

分期根据 1979 年全国慢性支气管炎临床专业会议修订的《慢性支气管炎的诊断标准》^[1], 急性发作期: 一周内出现脓性或黏液脓性痰, 痰量明显增多或伴有其它炎症表现。慢性迁延期: 指病人有不同程度的咳、痰、喘症状, 迁延不愈; 或急性发作期症状一个月后仍未恢复到发作前水平。将患者分为急发期组 30 例, 其中男 20 例, 女 10 例。平均年龄 (75.0 ± 3.4) 岁; 缓解期组 28 例, 其中男 18 例, 女 10 例, 平均年龄 (74.6 ± 6.5) 岁。另外在健康老年人中选取 20 例为对照组。所有患者都知

情同意, 自愿配合检查。

1.2 方法

C- 反应蛋白采用胶乳凝集半定量法, 试剂盒由上海市医学化学研究所提供, 有清晰凝集者为阳性。肿瘤坏死因子测定, 以鼠成纤维细胞 (L929) 为靶细胞, 通过细胞毒法测定血清或体液中 TNF 浓度。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 软件, 计量数据用 *t* 检验。

2 结果

2.1 慢性支气管炎不同分期的 CRP 比较

慢性支气管炎急性发作期患者 CRP 平均为 15.3 mg/L, 其中 CRP > 10 mg/L 占 93.3%; 慢性迁延期患者 CRP 平均为 8.3 mg/L, 其中 > 10 mg/L 占 10.7%; 正常对照组 CRP 平均值为 3.3 mg/L。两两比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

2.2 慢性支气管炎不同分期 TNF 比较

慢性支气管炎急性发作期患者 TNF 平均为 69.1 u/ml; 慢性迁延期患者 TNF 平均为 70.7 u/ml; 正常对照组 TNF 平均值为 39.5 u/ml。急性发作期与缓解期患者 TNF 水平基本相同, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但均显

[6] 胡伏莲, 谢勇. 中国幽门螺杆菌耐药状况以及耐药对治疗的影响—全国多中心临床研究 [J]. 胃肠病学, 2007, 12(9): 525-530.

[7] 邹军, 杨昭徐, 覃卓明. 左氧氟沙星抗幽门螺旋杆菌的

试验室评价和临床研究 [J]. 中华医学杂志, 2003, 83(23): 1778-1781.

(收稿日期: 2013-04-25)