

见憩室,随访 6 个月~1 年均未见复发,效果满意。

宫腹腔镜联合修补手术治疗剖宫产术后子宫切口憩室可显著改善患者临床症状,且手术出血量少、并发症少,术后恢复快,可作为本病首选治疗方法。

参考文献

1 陶 峰,周 颖,胡卫平,等. 子宫切口瘢痕憩室的研究进展[J]. 中华妇产科杂志,2014,49(1):64-66.

2 Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2013, 20(5):562-572.

3 沈春辉. 宫腹腔镜联合修补 48 例剖宫产术后子宫切口憩室的疗效观察[J]. 临床医学工程, 2014, 21(12):1573-1574.

4 Borges LM, Scapinelli A, de Baptista Depes D, et al. Findings in pa-

tients with postmenstrual spotting with prior cesarean section[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2010, 17(3):361-364.

5 Uppal T, Lanzarone V, Mongelli M. Sonographically detected cesarean section scar defects and menstrual irregularity[J]. J Obstet Gynaecol, 2011, 31(5):413-416.

6 丁景新,陈建亮,张宏伟,等. 宫腹腔镜联合修补剖宫产术后子宫切口憩室[J]. 复旦学报(医学版), 2012, 39(5):506-510.

7 杨丽曼,吴青青. 经阴道三维超声对剖宫产术后子宫切口憩室的诊断价值[J]. 中国现代医生, 2013, 51(26):22-24.

8 杨 萍,赵晓东. 宫腹腔镜联合手术修补剖宫产术后子宫切口憩室的效果分析[J]. 中国临床医学, 2014, 21(6):680-681.

9 曾朝阳,庄晨玉. 两种手术方式治疗剖宫产子宫切口瘢痕憩室的比较[J]. 中南医学科学杂志, 2014, 42(2):166-168.

[收稿日期 2015-11-23][本文编辑 吕文娟]

学术交流

含铋剂四联疗法治疗胃溃疡的临床效果观察

费必秒, 王从俭

作者单位: 530300 广西,横县横州镇卫生院
作者简介: 费必秒(1971-),男,大学专科,主治医师,研究方向:消化内科疾病的诊治。E-mail:282555446@qq.com

【摘要】 目的 探讨含铋剂四联疗法治疗胃溃疡的临床疗效。方法 选取 2014-01~2015-07 因胃溃疡收治的患者 63 例,随机分为两组。治疗组 32 例给予以质子抑制剂(PPI)为基础联合二种抗生素加铋剂的四联疗法,对照组 31 例给予以 PPI 为基础联合二种抗生素的三联疗法,疗程均为 10 d。停药 4 周后复查¹⁴C尿素呼气试验及电子胃镜,观察 Hp 根除率、胃溃疡愈合情况、临床症状及不良反应情况。结果 治疗组治愈 9 例,有效 20 例,无效 3 例;对照组治愈 5 例,有效 16 例,无效 10 例。治疗组疗效优于对照组($Z=2.83, P<0.05$)。治疗组 Hp 根除率为 93.8%,高于对照组的 74.2% ($P<0.05$)。结论 以 PPI 为基础联合二种抗生素加铋剂的四联疗法对胃溃疡有良好疗效,不良反应发生率低,值得临床借鉴和推广。

【关键词】 胃溃疡; 铋剂; 四联疗法; 奥美拉唑
【中图分类号】 R 573 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2016)06-0523-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.06.19

Clinical observation of quadruple therapy containing bismuth in the treatment of gastric ulcer FEI Bi-miao, WANG Cong-jian. The Township Pubic Health Center of Hengzhou, Nanning 530300, China

【Abstract】 Objective To explore the therapeutic effects of quadruple therapy containing bismuth in treatment of gastric ulcer. Methods Sixty-three cases with gastric ulcer were randomly divided into the treatment group($n=32$) and the control group($n=31$). The treatment group was treated with quadruple therapy containing PPI, two antibiotics and bismuth. The control group was treated with triple therapy containing PPI and two antibiotics. The course of treatment lasted for 10 days. ¹⁴C-urea breath test, electronic gastroscope Hp eradication, clinical symptoms and side effects were rechecked 4 weeks after drug withdrawal. Results In the treatment group, 9 cases were cured, 20 cases effective, 3 cases ineffective. In the control group, 5 cases were cured, 16 cases effective and 10 cases were ineffective. There was significant difference in Hp eradication rate between the treatment group (93.8%) and the control group (74.2%). Conclusion Quadruple therapy containing bismuth is effective in treatment of gastric ulcer.

【Key words】 Gastric ulcer; Bismuth; Quadruple therapy; Omeprazole

胃溃疡是消化性溃疡中最常见的一种,主要是指胃黏膜被胃消化液自身消化而造成的超过黏膜肌层的组织损伤。有资料统计男性溃疡患者多于女性^[1]。胃溃疡的主要致病因素包括胃酸分泌过多、幽门螺旋杆菌感染,胃壁黏膜受损等。传统胃溃疡的治疗方法多为以质子泵抑制剂(PPI)为基础联合二种抗生素的三联疗法。但随着细菌耐药性的逐渐增加等因素,原有的三联疗法复发率也逐年增加。针对此种情况,在三联疗法的基础上,含铋剂的四联疗法应运而生并逐步推广。本文于2014-01~2015-07对因胃溃疡在我院住院治疗的患者63例,应用以PPI为基础三联疗法和四联疗法进行治疗,观察两种方法的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014-01~2015-07因胃溃疡在我院住院治疗的患者63例,其中男40例,女23例,年龄17~63岁,患者采用随机数字表法分成两组。治疗组32例,男21例,女11例;年龄17~63(40.81±8.03)岁;病程1~17(7.4±3.1)个月;溃疡1~4个,溃疡最大直径0.2~2.0(7.8±4.1)mm。对照组31例,男19例,女12例,年龄17~63(39.95±9.12)岁;病程1~17.5(7.3±3.8)个月;溃疡1~4个,溃疡最大直径0.3~2.2(7.7±4.6)mm。两组患者在性别、年龄、病程、溃疡程度等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)具有典型消化性胃溃疡的临床表现:长期反复发生的周期性、节律性、缓慢性上腹部疼痛,恶心、呕吐、反酸,给予碱性药物后症状可缓解。(2)患者上腹部局限性深部压痛。(3)胃镜检查可见活动性溃疡灶,溃疡直径2~16mm,溃疡数1~2个。(4)¹⁴C尿素酶呼气试验(¹⁴C-UBT)幽门螺杆菌阳性。

1.3 排除标准 (1)十二指肠溃疡、复合型溃疡、多发性溃疡及瘤性溃疡。(2)合并有严重心脑血管疾病、肝肾功能损害、造血系统疾病患者。(3)妊娠哺乳期妇女、精神障碍、溃疡性出血患者等。(4)4周内服用过肾上腺皮质激素类药物及抗溃疡药物。(5)对本次试验药物或同类药物过敏。

1.4 治疗方法 (1)治疗组以PPI为基础联合二种抗生素加铋剂的四联疗法:奥美拉唑肠溶片(阿斯利康制药有限公司,国药准字J20030104)20mg,2次/d;阿莫西林胶囊(广州白云山制药总厂,国药准字H44021518)1.0g,2次/d;克拉霉素缓释片(江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字H20031041)500mg/次,

1次/d;枸橼酸铋钾(丽珠集团丽珠制药制药厂,国药准字H1090086)220mg/次,2次/d。(2)对照组以PPI为基础联合二种抗生素的三联疗法:奥美拉唑肠溶片(阿斯利康制药有限公司,国药准字J2003-0104)20mg,2次/d;阿莫西林胶囊(广州白云山制药总厂,国药准字H44021518)1.0g,2次/d;克拉霉素缓释片(江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字H20031041)500mg/次,1次/d。两组药物均在餐前1h服用,持续治疗10d。

1.5 观察指标 停药4周复查,将两组患者幽门螺杆菌(Hp)根除率、胃溃疡愈合情况、临床症状及不良反应进行统计比较。

1.6 疗效判定标准 (1)HP根除率:¹⁴C-UBT检查Hp,阴性为根除标准,呈现阳性或无变化表示无效。(2)胃镜下溃疡愈合:溃疡完全愈合,周围炎症消失为愈合;溃疡愈合或溃疡长径与原来比较缩小≥50%,周围炎症仍存在为有效;溃疡灶未见明显愈合,周围炎症仍存在为无效。(3)腹痛、反酸等临床症状:症状消失为治愈,症状有明显减轻为有效,临床症状依然存在无明显改变为无效。

1.7 统计学方法 应用SPSS16.0统计学软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用成组 t 检验,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对照组和治疗组均完成临床观察,无不良事件发生。治疗组Hp根除率为93.8%(30/32),对照组根除率为74.2%(23/31),两组差异有统计学意义($\chi^2=4.51, P<0.05$)。两组疗效比较:治疗组32例,治愈9例,有效20例,无效3例。对照组31例,治愈5例,有效16例,无效10例。两组临床疗效比较差异有统计学意义($Z=2.83, P<0.05$)。

3 讨论

3.1 胃酸分泌过多、Hp感染及胃黏膜保护作用下降是目前公认的引起消化性胃溃疡的主要因素,而Hp感染这一因素的影响尤为突出,有研究表明,80%以上的胃溃疡患者,95%~100%的十二指肠溃疡患者都检出Hp阳性,而在成功根除Hp后,消化性溃疡复发率可降到1~3%^[2]。其机制:Hp可释放大量的尿素酶,在胃中生成氨,从而改变胃的生理条件,造成胃泌素和生长抑制的分泌紊乱;使胃黏膜的疏水性下降;还会直接破坏上皮细胞释放炎性介质,形成氧自由基等,引发胃黏膜局部炎症反应,使

胃酸分泌过多,破坏正常的胃黏膜屏障^[3]。因此针对幽门螺杆菌感染所致的消化性溃疡治疗方案主要以抗菌为主并兼顾抑制胃酸分泌和胃黏膜保护的综合作用,目前以 PPI 加两种抗生素的三联疗法仍作为许多医院的一线方案^[4]。本研究选用的奥美拉唑属于质子泵抑制剂,可抑制胃酸分泌;克拉霉素为大环内酯类抗生素,阿莫西林为青霉素类广谱 β -内酰胺类抗生素,两者在酸性环境下较为稳定,已有研究表明两者对 Hp 皆具有较强的杀灭作用^[5,6]。这三种药物皆为三联疗法中选用的常用药物。但是随着抗生素的广泛应用,Hp 的耐药率逐年增高,Hp 根除率低与其耐药性密切相关,细菌的耐药性逐渐增加,成为消化性胃溃疡治疗失败的一个主要危险因素^[7]。有研究发现,上述被世界广泛应用的三联方案(PPI + 克拉霉素 + 阿莫西林)Hp 根除率已低于 80%^[8,9]。1990 年世界胃肠病会议提出在三联疗法中加入铋剂治疗^[10],2007 年 Maastricht-III 再次提出^[11]。虽然克拉霉素等抗生素耐药率的逐年增高,但含铋剂的四联疗法仍可达到比较满意的根除率,推荐作为一线方案。目前我国也提出可将四联疗法作为根除 Hp 的一线治疗方案^[12]。铋剂主要具有增强胃黏膜屏障的作用,同时与抗生素联合应用后能降低 Hp 对抗生素的耐药性,抑制 Hp 的生长,从而提高根除疗效^[13,14]。本研究采用的枸橼酸铋钾颗粒是临床中常用的铋剂,其作用机制是在胃的酸性环境中可形成弥散性的保护层覆盖于溃疡面上,阻止胃酸、酶及食物对溃疡的侵袭。同时降低胃蛋白酶活性,增加黏膜蛋白分泌,并刺激内源性前列腺合成,从而保护胃黏膜,并对 Hp 起抑制作用。

3.2 本研究结果显示,两组患者治疗后 Hp 根除率、溃疡愈合程度皆有明显改善,但治疗组疗效比对照组更显著,两者差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明以 PPI 为基础联合二种抗生素加铋剂的四联疗法对胃溃疡有良好疗效,不良反应发生率低,值得临床借鉴和推广。

参考文献

- 1 孙丽玲,黄钢丁,曾国群,等. 女性消化性溃疡 6037 例的临床特点分析[J]. 中国临床新医学,2009,2(4):327-330.
- 2 邱世犹,陈文力. 幽门螺旋杆菌根除方案的临床研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析,2002,2(1):50-51.
- 3 杨伶俐,徐帆,李全秀. 幽门螺旋杆菌所致消化性溃疡治疗研究进展[J]. 中国医药导报,2009,6(7):7-9.
- 4 闭伟文,潘其重,陆日坚. 序贯疗法与传统三联疗法根治幽门螺旋杆菌感染的疗效观察[J]. 中国临床新医学,2015,8(5):446-448.
- 5 孙景文. 四联疗法治疗幽门螺旋杆菌感染的疗效观察[J]. 临床医学,2015,35(6):44-45.
- 6 徐小青,孙钦娟,廖静贤,等. 含铋剂和克拉霉素的四联根除方案在幽门螺杆菌一线治疗中的作用[J]. 胃肠病学,2012,17(1):5-9.
- 7 Mégraud F. Current recommendations for Helicobacter pylori therapies in a world of evolving resistance[J]. Gut Microbes, 2013, 4(6):541-548.
- 8 Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier JC, et al. Helicobacter pylori eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus clarithromycin based triple therapy: a randomised, open-label, noninferiority, phase 3 trial[J]. Lancet, 2011, 377(9769):905-913.
- 9 Luther J, Higgins PD, Schoenfeld PS, et al. Empiric quadruple vs. triple therapy for primary treatment of Helicobacter pylori infection: Systematic review and meta-analysis of efficacy and tolerability[J]. Am J Gastroenterol, 2010, 105(1):65-73.
- 10 Misiewicz JJ. The Sydney system: a new classification of gastritis. Introduction[J]. J Gastroenterol Hepatol, 1991, 6(3):207-208.
- 11 Malfertheiner P, Megraud F, O'morain C, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report[J]. Gut, 2007, 56(6):772-781.
- 12 胡伏莲,胡品津,刘文忠,等. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告[J]. 临床药物治疗杂志,2008,6(3):13-18.
- 13 Lambert JR, Midolo P. The actions of bismuth in the treatment of Helicobacter pylori infection[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1997, 11(Suppl 1):27-33.
- 14 Carvalho AF, Fiorelli LA, Jorge VN, et al. Addition of bismuth subnitrate to omeprazole plus amoxicillin improves eradication of Helicobacter pylori[J]. Aliment Pharmacol Ther, 1998, 12(6):557-561.

[收稿日期 2015-11-10][本文编辑 韦颖]

欢迎 订 阅

欢迎 投 稿

欢迎 刊登 广告

本刊地址:广西南宁市桃源路6号,邮编:530021,电话:(0771)2186013

E-mail:zglexyzz@163.com

《中国临床新医学》杂志编辑部