

# 康复新液联合铝镁加混悬液对预防慢性胃炎胃镜活检后 并发症的疗效分析

贾纯增<sup>1</sup>, 陈锐<sup>2</sup>, 刘宝岳<sup>1</sup>, 蓝宇<sup>1\*</sup>

(1. 北京积水潭医院, 北京 100035; 2. 北京世纪坛医院, 北京 100038)

**[摘要]** 目的:观察康复新液联合铝镁加混悬液预防慢性胃炎胃镜检查活检后并发症的临床疗效。方法:将276例慢性浅表性胃炎行胃镜活检的患者随机分为干预组和对照组。干预组采用康复新液联合铝镁加混悬液口服治疗,对照组不采取预防药物措施。1周后进行腹部症状评分及粪便隐血试验。结果:干预组胃镜活检后一周的腹痛、腹部烧灼感、大便潜血阳性患者数明显少于对照组( $P<0.05$ );胃镜活检后一周对照组腹部症状评分高于胃镜活检前,干预组腹部症状评分低于胃镜活检前,且两组之间比较亦有显著性差异( $P<0.05$ );胃镜活检后,对照组患者的腹部症状评分明显高于干预组( $P<0.05$ );两组中幽门螺旋杆菌(HP)阳性亚组胃镜活检后一周,存在腹胀和早饱的患者干预组也明显少于对照组( $P<0.05$ );对照组中HP阳性患者胃镜活检后腹部症状评分显著高于活检前及干预组评分( $P<0.05$ )。结论:康复新液联合铝镁加混悬液对预防胃镜活检后并发症安全有效,可避免胃镜活检所致的临床症状加重,尤其是在HP阳性人群中。

**[关键词]** 康复新液; 铝镁加混悬液; 慢性胃炎; 胃镜活检; 并发症

**[中图分类号]** R285;R289;R22;R2-031 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)21-0135-07

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.20202114

**[网络出版地址]** <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20200810.1658.010.html>

**[网络出版日期]** 2020-8-10 17:18

## Clinical Effect of Kangfuxin Solution Combined with Almagate Suspension on Complication of Gastroscopy Biopsy

JIA Chun-zeng<sup>1</sup>, CHEN Rui<sup>2</sup>, LIU Bao-yue<sup>1</sup>, LAN Yu<sup>1\*</sup>

(1. Beijing Jishuitan Hospital, Beijing 100035, China; 2. Beijing Shijitan Hospital, Beijing 100038, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the clinical effect of Kangfuxin solution combined with Almagate suspension on the complication of gastroscopy biopsy. **Method:** Totally 276 cases of chronic superficial gastritis gastroscopy biopsy were divided into treatment group and control group randomly. Treatment group was treated by Kangfuxin solution combined with Almagate suspension, while the control group was given no precautionary measures as usual. Then the patients received the abdominal symptom score and fecal occult blood test (FOBT) after 1 week. **Result:** The cases with abdominal pain, burning sensation and stool occult blood in the control group were more than the treatment group significantly ( $P<0.05$ ). The patients' abdominal symptom score in control group was higher than that before the gastroscopy biopsy, and that was lower in treatment group ( $P<0.05$ ). And the patients' abdominal symptom score of the control group was significantly higher than that of the treatment group after the gastroscopy biopsy ( $P<0.05$ ). Compared with the Helicobacter pylori (HP) -infected subgroup, the incidences of early satiety and ventosity in the control group were higher than those of the treatment group ( $P<0.05$ ). The abdominal symptom score of the patients infected with helicobacter pylori (HP) in control group was significantly higher than that before the

**[收稿日期]** 20200318(020)

**[基金项目]** 北京市科委“首都临床特色应用研究”专项重点项目(Z141107002514018)

**[第一作者]** 贾纯增, 主治医师, 从事消化内科及消化内镜诊治工作, E-mail: jcz\_82@163.com

**[通信作者]** \* 蓝宇, 硕士, 教授, 从事消化内科及消化内镜教学、临床及科研工作, E-mail: 13621014609@163.com

gastroscope biopsy and in the treatment group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Kangfuxin solution combined with Almagate suspension is safe and effective in preventing complications of gastroscope biopsy, especially for patients infected with HP. The method could avoid exacerbating clinical symptoms.

**[Key words]** Kangfuxin solution; almagate suspension; chronic gastritis; gastroscope biopsy; complication

我国是胃癌高发国家,2015年中国癌症数据报告中预估我国每年胃癌新发病例为67.9万例,死亡病例49.8万例,发病率和死亡率均排在恶性肿瘤中的第二位;且我国的胃癌新发病例和死亡病例更是占到全球42.6%和45.0%<sup>[1]</sup>。但我国早期胃癌诊断率低,多数患者发现时即已经为进展期胃癌,即使接受了外科手术治疗,5年生存率仍 $<30\%$ 。中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案)(2017年,上海)中指出,对年龄 $\geq 40$ 岁,且符合下列任一条者,①胃癌高发地区人群;②幽门螺旋杆菌(HP)感染者;③既往患有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎、恶性贫血等胃癌前疾病;④胃癌患者一级亲属;⑤存在胃癌其他风险因素(如摄入高盐、腌制饮食、吸烟、重度饮酒等),可作为我国胃癌筛查目标人群,应进行内镜筛查<sup>[2]</sup>。我国同时也是HP感染大国,普通人群中约有50%的感染率<sup>[3]</sup>,幽门螺旋杆菌感染可导致HP胃炎,HP相关消化不良;它是消化性溃疡的主要病因;可促进胃黏膜萎缩及肠化生的发生发展,是胃癌的主要病因,是预防胃癌最重要可控性危险因素<sup>[4]</sup>。临床工作中,因胃癌筛查和体检项目中HP抗体阳性或尿素酶呼气试验阳性而就诊并进一步行胃镜检查的患者在不断增加。

随着我国人民健康意识的不断提高以及体检项目的不断丰富,基于筛查和体检人群的不断增长,胃镜检查前无上消化道相关症状或症状不明显,且胃镜检查未发现严重器质性疾病,而主要内镜诊断为慢性胃炎的患者为数众多。慢性胃炎患病率高于当地普通人群的HP感染率<sup>[5]</sup>,且多数无自觉症状,有症状的患者也并无特异性临床表现,基本与消化不良症状谱相似<sup>[6-7]</sup>。慢性胃炎的内镜诊断是通过肉眼或特殊成像方法观察到的黏膜炎性变化,与病理结果结合得出最终判断,在接受胃镜检查的人群中,慢性胃炎的内镜下诊断率接近90%<sup>[8]</sup>。慢性胃炎常规内镜下分型诊断与组织学分型诊断符合率不高,如我国慢性萎缩性胃炎的患病率较高,而直接内镜诊断萎缩性胃炎的敏感性偏低,需要进一步结合病理检查结果。内镜诊断慢性

胃炎的患者应根据病变情况和需要进行活检,指南中指出有条件的单位可按照新悉尼系统标准取5块活检,仅用于临床诊断时建议取2~3块组织,分别在胃窦、胃角和胃体部位取活检;可疑病灶处需另取活检<sup>[5]</sup>。

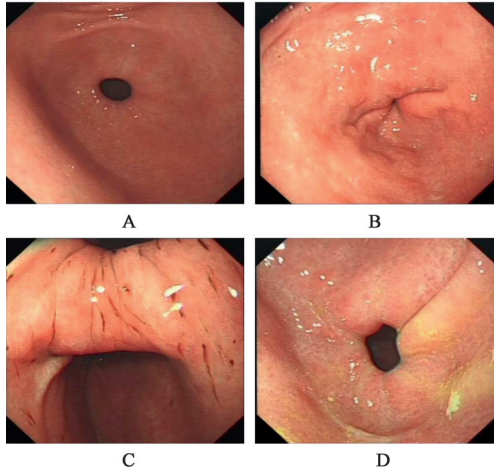
合格的消化道黏膜活检要求标本要足够大,深度也要尽可能达到黏膜肌层<sup>[9]</sup>。活检钳取胃黏膜组织,会造成黏膜损伤、出血,大部分黏膜出血是少量的,自限性的;少部分患者可出现较多出血,活检后需局部喷洒止血药物,如凝血酶,有止血作用的中成药等<sup>[10]</sup>;极少数患者可出现迟发的上消化道大出血<sup>[11]</sup>,笔者曾见过2例胃镜活检后迟发性大出血病例,这种少见的严重并发症可能危及患者生命,并导致医疗纠纷。这提示在日常胃镜检查工作中,要注意观察活检后黏膜出血情况,并应给予相应即时处置及活检后预防措施,避免医源性消化道出血的发生。目前我国大部分医院内镜中心和消化内科专科门诊是分开的,门诊患者在完成内镜检查后,需要等待3~7个工作日的时间,同时取到内镜报告和活检病理报告后,再前往门诊就诊。在这个等待病理报告看门诊的“空档期”,部分患者会出现原有症状加重,或出现新发腹痛、腹部灼烧感、进食后不适等症状。

对因胃镜检查中常规活检致胃黏膜损伤的患者,给予相关药物治疗,应可促进损伤黏膜的修复,减少出血及不适症状的发生。以往众多研究已证实多种药物对糜烂性胃炎,消化性溃疡有效,但未检索到针对胃镜活检后黏膜损伤的用药研究,指南及共识中亦未提及。在实际工作中,应用康复新液联合铝镁加混悬液预防胃镜活检后并发症取得了良好的效果,现报告如下,以期对这庞大的患者人群予以更多关注。

## 1 资料和方法

**1.1 纳入标准** 对于2019年6月至11月于北京积水潭医院行胃镜检查并取活检内镜诊断为浅表性胃炎(轻至中度)的患者(浅表性胃炎内镜下分级:轻度为红斑呈分散或间断线装,中度为红斑呈密集斑点或连续线状),均按照指南要求,在胃窦、胃角

和(或)胃体部位取2~3块活检的患者276例。见图1。



A. 浅表性胃炎; B. 明显萎缩性胃炎伴肠化; C. 出血糜烂性胃炎; D. 严重胆汁反流性胃炎

图1 胃炎纳入及排除图像示例

Fig. 1 Example of inclusion and exclusion of gastritis

**1.2 一般资料** 患者随机分为干预组和对照组,其中干预组172例,对照组104例。在干预组中,男性90例,女性82例;年龄23~65岁,平均(42.37±6.23)岁;术前腹部症状评分0~15分,平均(2.36±1.42)分;对照组中,男性53例,女性51例;年龄分布24~62岁,平均(43.74±5.34)岁;术前腹部症状评分0~17分,平均分(2.12±1.36)分。两组患者基本资料,经统计均无显著性差异,两组具有可比性。见表1。

表1 两组基本资料比较

Table 1 Comparison of basic data of two group

组别	性别		年龄( $\bar{x}\pm s$ ) /岁	术前评分 ( $\bar{x}\pm s$ )/分
	男	女		
干预	90	82	42.37±6.23	2.36±1.42
对照	53	51	43.74±5.34	2.12±1.36

**1.3 排除标准** 凝血功能和(或)血小板计数异常,糖尿病,需长期口服抗凝药或抗血小板药物,检查前一月内曾需服用质子泵抑制剂(PPI)缓解不适症状的患者。并排除内镜下明显萎缩性胃炎表现,出血糜烂性胃炎,严重胆汁反流性胃炎,且未合并其他的上消化道疾病如肿瘤,溃疡病,反流性食管炎,大于5 mm胃息肉等。见图1。

**1.4 干预方案** 干预组患者胃镜活检后当日起予以康复新(四川好医生攀西药业有限责任公司,国药准字 Z51021834,批号 B190407/B190531/

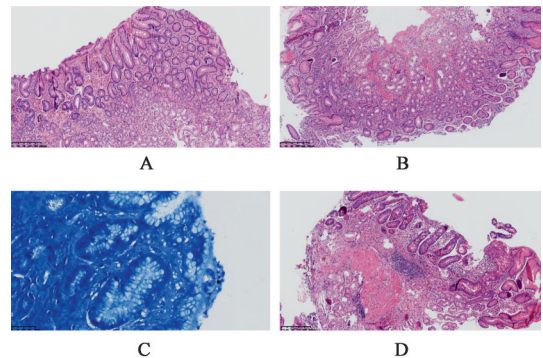
B190636/B190730)10 mL及铝镁加混悬液(扬州一洋制药有限公司,国药准字 H10980322,批号 B190604-2/B190726-4/B190827-7/B190910-4)1.5 g口服,均为每日3次。先口服康复新液,半小时后服铝镁加混悬液,疗程1周;对照组不予以预防性用药,且两组患者1周内均不予以抑酸药及其他黏膜保护剂治疗。1周后,患者复填腹部症状评分表。

**1.5 腹部症状评定标准** 胃镜前及胃镜活检后1周分别留取便常规并填写腹部症状评分表,涉及症状包括:腹痛、腹部烧灼感、腹胀、早饱、反酸、恶心、大便潜血阳性。无腹部症状者为0分;症状不明显,在医生提醒下发现为1分;症状轻微,不影响正常生活为2分;症状明显,影响正常生活,不需服药为3分;症状非常明显,严重影响正常生活,必须持续服药为5分。大便潜血阳性为5分,大便潜血阴性为0分。每名患者填写评分表后,汇总各项评分为腹部症状评分。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 19.0统计分析软件,腹部症状评分以 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间症状计数资料采用 $\chi^2$ 检验,评分比较采用 $t$ 检验,以 $P<0.05$ 为具有显著性差异。

## 2 结果

**2.1 两组患者病理结果比较** 两组患者胃镜活检病理诊断结果无显著性差异,干预组中术后病理诊断,慢性浅表性胃炎轻度111例,中度61例,合并HP感染46例,伴有轻度萎缩和(或)肠上皮化生14例。对照组中术后病理诊断,慢性浅表性胃炎轻度68例,中度36例,合并HP感染35例,伴有轻度萎缩和(或)肠上皮化生8例,见图2,表2。



A. 慢性浅表性炎轻度(HE×10); B. 慢性浅表性炎中度(HE×10); C. 幽门螺旋杆菌感染(甲基蓝染色×40); D. 轻度萎缩伴肠化(HE×10)

图2 胃镜活检病理观察

Fig. 2 Example of pathological results of biopsy

表2 两组术后病理诊断比较

Table 2 Comparison of pathological results between two groups

组别	程度		HP感染		肠上皮化生	
	轻	中	是	否	是	否
干预	111	61	46	126	14	158
对照	68	36	35	69	8	96

## 2.2 两组胃镜后腹部临床症状比较

2.2.1 腹部症状总体比较 干预组胃镜活检一周后较胃镜前,腹痛( $\chi^2=23.89$ ),腹部烧灼感( $\chi^2=$

55.63),便潜血阳性( $\chi^2=8.10$ )的发生情况病例数呈上升趋势,较对照组有显著性差异;腹胀、早饱、反酸、恶心较对照组无显著性差异,两组均未见迟发性显性出血,未见明显药物不良反应,见表3。  
2.2.2 根据HP感染分组比较腹部症状 依据是否存在HP感染分为HP<sup>+</sup>组和HP<sup>-</sup>组,对比相同感染情况组内两组胃镜后临床症状,结果显示干预组中HP感染病例各个症状均较对照组发生率低,HP<sup>+</sup>组在腹痛( $\chi^2=21.29$ ),腹部烧灼感( $\chi^2=39.67$ ),腹胀( $\chi^2=4.13$ ),早饱( $\chi^2=8.02$ ),大便潜血阳性( $\chi^2=4.41$ )差异有统计学意义,HP<sup>-</sup>组在腹痛( $\chi^2=4.13$ ),腹部烧灼感

表3 两组胃镜前后临床症状比较

Table 3 Comparison of clinical symptoms between the two groups before and after gastroscopy

组别	n	评估时间	腹痛	腹部烧灼感	腹胀	早饱	反酸	恶心	大便潜血阳性
干预	172	胃镜前	20	26	17	23	13	11	5
		胃镜后	15 <sup>1)</sup>	18 <sup>1)</sup>	10	17	9	13	8 <sup>1)</sup>
对照	104	胃镜前	18	14	8	12	10	8	4
		胃镜后	33	53	13	21	10	7	15

注:干预组与对照组胃镜后症状比较<sup>1)</sup> $P<0.01$ 。

( $\chi^2=20.43$ ),差异有统计学意义,见表4。

表4 HP感染分组后两组胃镜后临床症状比较

Table 4 Comparison of clinical symptoms after gastroscopy between two groups after HP infection grouping

组别	HP感染	n	腹部						
			腹痛	烧灼感	腹胀	早饱	反酸	恶心	大便潜血阳性
干预	HP <sup>+</sup>	46	13 <sup>1)</sup>	10 <sup>1)</sup>	5 <sup>1)</sup>	12 <sup>1)</sup>	4	5	5 <sup>1)</sup>
对照		35	28	32	10	20	7	2	10
干预	HP <sup>-</sup>	126	2 <sup>1)</sup>	8 <sup>1)</sup>	5	5	5	8	3
对照		69	5	21	3	1	3	5	5

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ (表5同)。

2.3 两组胃镜前后腹部症状评分比较 干预组胃镜后腹部症状评分较胃镜前降低,差异有统计学意义;对照组胃镜后腹部症状评分较胃镜前升高,差异有统计学意义;比较两组治疗前后的腹部症状分差,差异有统计学意义,见表5。

表5 两组胃镜前后腹部症状评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

Table 5 Comparison of abdominal symptom scores before and after gastroscopy between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	胃镜前	胃镜后	差值
干预	172	2.36±1.42	1.23±0.68 <sup>1,2)</sup>	1.13±1.78 <sup>1,2)</sup>
对照	104	2.12±1.36	4.69±2.66 <sup>2)</sup>	-2.57±3.66

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ,与胃镜前比较<sup>2)</sup> $P<0.05$ 。

2.4 HP感染与胃镜前后腹部症状评分比较 分别比较两组HP感染阳性及阴性组胃镜前后症状评分,胃镜前差异无统计学意义,胃镜后干预组评分低于对照组,且差异有统计学意义;比较同一组内HP感染与非感染症状评分,胃镜前后感染组均高于非感染组,差异有统计学意义;对比同一组内相同感染状况下胃镜前后症状评分,结果提示干预组HP阳性亚组及对照组HP阴性亚组胃镜前后腹部症状评分差异无统计学意义,干预组HP阴性亚组及对照组HP阳性亚组胃镜前后评分具有统计学差异,见表6。

表6 两组胃镜前后HP感染与腹部症状评分比较

Table 6 Comparison of HP infection and abdominal symptoms before and after gastroscopy between the two groups

组别	HP感染	n	胃镜前	胃镜后
干预	HP <sup>+</sup>	46	4.28±2.34 <sup>1)</sup>	3.68±2.11
	HP <sup>-</sup>	126	1.84±0.72	1.02±0.63 <sup>2)</sup>
对照	HP <sup>+</sup>	35	4.13±2.77 <sup>1,2)</sup>	9.38±3.16 <sup>1,2)</sup>
	HP <sup>-</sup>	69	1.73±0.85	2.24±0.96

注:与HP<sup>-</sup>比较<sup>1)</sup> $P<0.05$ ,与胃镜前比较<sup>2)</sup> $P<0.05$ 。

## 3 讨论

随着胃镜检查需求的增多,胃镜检查在普通人群中变得越来越普遍,慢性胃炎的检出率也随之提升。因单一依靠内镜诊断慢性胃炎程度和分型的

敏感度较低<sup>[6]</sup>,结合活检组织病理学对于诊断至关重要,2017年中华医学会消化病学分会发表的中国慢性胃炎共识意见中建议活检2~3块组织用于临床诊断,且标本应足够大,达到黏膜肌层<sup>[5]</sup>。按照中华医学会消化内镜学分会在2004年推荐的《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》<sup>[12]</sup>,除去特殊类型外,慢性胃炎的内镜分型主要分为浅表性胃炎,糜烂性胃炎,出血性胃炎及萎缩性胃炎,每一型按照轻中重分为三级。出血及糜烂性胃炎患者急性炎症程度重,无论患者有无明显症状,均应在诊断后即给予抑酸/抗酸和黏膜保护剂等药物治疗;明显的萎缩性胃炎因诊断需要,往往需要更多部位和可疑部位的定点活检,活检块数达5~6块甚至更多,黏膜损伤重,临床也应常规给予抑酸/抗酸,黏膜保护剂和促进黏膜修复药物治疗;严重的胆汁反流性胃炎因存在明确的上消化道动力异常,需给予促动力药及中和吸附胆汁的药物(铝碳酸镁或铝镁加)。而胃镜检查前临床症状不明显的慢性浅表性胃炎患者虽然基数庞大,但往往被忽视,活检后没有常规给予预防性用药,往往会造成腹部症状的出现或加重。很多病人在胃镜检查后1周复诊时会抱怨“胃镜后反而比胃镜前更不舒服了”,这大大降低了患者的满意度和进一步治疗的依从性。

这些不适症状主要为消化不良症候群,包括上腹部出现的疼痛或腹胀、胃部灼热、早饱、餐后胀满感,可伴有恶心、食欲缺乏、呃逆和嗝气等其他症状。西医症状学上参照功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)的分型方法,症状分为餐后不适综合征(postprandial distress syndrome, PDS)和上腹痛综合征(epigastric pain syndrome, EPS),分别对应两组核心症状:上腹痛、上腹烧灼和餐后不适、早饱<sup>[13]</sup>。中医和中西医结合指南中,将上腹痛综合征症状称为“胃脘痛”,餐后腹胀不适综合征症状称为“胃痞”<sup>[14-15]</sup>。在消化不良相关症状中,HP也占有重要作用,多项研究表明<sup>[6,16-18]</sup>,HP感染可通过消化道神经内分泌功能紊乱、胃肠动力及胃敏感性异常等机制导致功能性消化不良。感染HP可直接作用于患者胃壁导致胃酸分泌增加,进而导致上腹痛及上腹灼烧感;消化道神经内分泌功能的紊乱<sup>[19]</sup>,包括胃泌素、生长抑素、胆囊收缩素等分泌异常,也可造成胃酸分泌上升,抑制胃肠道的蠕动,引起胃排空延长收缩减弱,从而导致早饱和餐后不适<sup>[20]</sup>。而症状上以消化不良相关症状为主的慢性胃炎的中医病名诊断中,以胃痛为主症者,诊为“胃脘痛”;

以胃脘部胀满为主症者,诊为“痞满”,基本与消化不良诊断重叠。而对于胃痛或胃脘部胀满症状不明显者,还可根据主要症状诊断为“反酸”“嘈杂”等病<sup>[21]</sup>。本研究纳入观察的症状包含了胃脘痛及痞满两组主症,同时兼顾观察混合症状反酸及嘈杂,符合中西医对于慢性胃炎及消化不良相关症状的概述,但未能按照中医诊断要求进行进一步辩证分型,是笔者知识的局限及本文不足之一。

本研究主要观察的症状中,腹痛和腹部烧灼感属于EPS或胃脘痛范畴,主要为胃酸刺激胃黏膜产生的相关症状,活检后出现的胃黏膜缺损,使得局部胃黏膜屏障功能破坏,从而胃液可直接刺激损伤部位,引起症状;而HP感染患者中,由于存在胃酸分泌增加及胃黏膜敏感性增加的可能,可能导致症状更为明显。腹胀和早饱属于PDS或胃痞范畴,主要为胃容受性减弱,排空延长,收缩减弱导致的症状,活检后的胃黏膜损伤可能介导一系列炎症细胞及细胞因子的释放,可影响HP感染患者胃及十二指肠的感觉和动力,从而诱发了相关症状的加重,这也与以往的一些研究相符<sup>[22]</sup>。本研究结果中提示,HP阳性组活检前后腹部症状计数及评分均高于阴性组,且术后腹痛、腹部烧灼感、腹胀、早饱及便潜血阳性情况明显增多,提示了合并HP感染患者行胃镜检查后更应预防性药物干预的必要性。

康复新液是一种新型的增强免疫的创面修复剂,是由美洲大蠊干燥虫体中提取并精制而成的纯中药制剂。药理研究证实,康复新液可以通过直接吞噬作用抗感染和释放自由基杀灭微生物或分泌白细胞介素-1,干扰素,前列腺素和白三烯等物质来调节炎症和组织再生。多项研究显示<sup>[23-24]</sup>,康复新液能够改善局部微循环、促进受损部位组织中核酸、蛋白质胶原的合成,增强机体免疫功能,使创面皮肤的血液流通性增加,提高细胞生长速度,激活创面的免疫活性细胞,消除炎症及水肿从而促进受损组织的再生修复,提高再生组织的质量。临床上已经将康复新液用于各种消化道炎症的治疗<sup>[25-30]</sup>,并取得了肯定的疗效。铝镁加混悬液是一种液态的具有抗酸性质的黏膜保护剂,其主要成分是十四羟基碳酸铝镁水合物,具有独特的网状结构,能覆盖消化道与黏膜蛋白结合,可中和胃酸,降低胃蛋白酶活性,增强黏膜屏障做作用,还有可逆的吸附胆酸,改善胃、食管黏膜血流,具有保护胃、食管黏膜的作用<sup>[31-32]</sup>。两种药物联合应用,利用了康复新液黏膜修复功能强而铝镁加混悬液覆盖及吸附能

力强的特点,相互协同,大大提升了对胃黏膜的保护和修复功能。

在本次研究中我们发现,若不予以预防用药,胃镜活检后,部分患者出现新增胃肠道症状或原有症状加重,总体腹部症状评分升高,主要表现为腹痛、腹部烧灼感及便潜血阳性。依据HP感染与否进行亚组分析,提示合并HP感染的患者,干预组腹部症状发生率明显低于对照组,并在腹胀,早饱两个症状上较对照组也存在显著差异;活检后症状评分方面,干预组HP阴性活检后评分显著低于活检前,对照组无差异,提示对于非HP感染患者,对于慢性胃炎内镜下活检术后的患者预防性的应用康复新联合铝镁加混悬液,可以明显降低以上症状的发生率,并改善患者腹部不适症状。对于HP感染患者,虽然干预组在活检前后症状上差异无统计学意义,但对照组HP阳性患者术后评分显著高于术前。说明应用联合药物对防止HP阳性患者活检后腹部症状加重有效,但单纯预防性黏膜保护治疗对HP感染患者原有的腹部症状改善效果不明显,根据Maastricht V/Florence共识所述,这部分患者的原有症状可能需要进一步根除HP才能有所改善<sup>[33]</sup>。

综合以上结果,预防应用该联合药物对于预防胃镜活检后的总体效果满意,可防止活检后患者腹部症状加重,尤其对于HP感染者症状加重的预防作用更加明显,且对于非HP感染患者具有改善原有腹部症状效果,这保证了患者进一步接受慢性胃炎相关治疗的依从性和对于胃镜检查的满意度。综上所述,对于胃镜活检患者预防性应用康复新液联合铝镁加混悬液,可以有效的降低活检后并发症的发生,疗效确切、应用方便且经济,能够提升患者依从性及满意度。

#### [参考文献]

- [1] MD C P W, MPH Z R, PHD D B P, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2):115-132.
- [2] 杜奕奇,蔡全才,廖专,等. 中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案,2017年,上海)[J]. 中华消化杂志,2018,38(2):87-92.
- [3] HOOI J K Y, LAI W Y, NG W K, et al. Global prevalence of helicobacter pylori infection: Systematic review and Meta-analysis[J]. Gastroenterology, 2017, 153(2):420-429.
- [4] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告

[J]. 中国实用内科杂志,2017,37(6):509-524.

- [5] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 中华消化杂志,2017,37(11):721-738.
- [6] DU Y B Y X. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey[J]. BMC Gastroenterology, 2014, 14:21.
- [7] KINOSHITA Y, CHIBA T. The FUTURE study group. characteristics of Japanese patients with chronic gastritis and comparison with functional dyspepsia defined by ROME III criteria: based on the large-scale survey, future study[J]. Inter Med, 2011, 50(20):2269-2276.
- [8] JIANG J X L Q, MAO X Y, et al. Downward trend in the prevalence of *Helicobacter pylori* infections and corresponding frequent upper gastrointestinal diseases profile changes in Southeastern China between 2003 and 2012[J]. SpringerPlus, 2016, 5(1):1601.
- [9] 汪鹏,谢静,王雷,等. 中国消化内镜活检与病理学检查规范专家共识(草案)[J]. 胃肠病学, 2014, 19(9):549-553.
- [10] 赵莉,许乐. 致康胶囊治疗糜烂性胃炎胃镜下黏膜活检出血自身对照临床研究[J]. 中国新药杂志, 2014, 23(11):1304-1306.
- [11] 刘磊,王鲜庭. 论述胃镜活检继发上消化道大出血[J]. 医药前沿, 2017, 7(15):174-175.
- [12] 于中麟. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2):77-78.
- [13] 孙晓红. 功能性消化不良的罗马IV标准解读[J]. 中华全科医师杂志, 2017, 16(9):661-663.
- [14] 张声生,赵鲁卿. 功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(6):2595-2598.
- [15] 李军祥,陈諝,李岩. 功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(12):889-894.
- [16] MAZZOLENI L E, SANDER G B, FRANCESCO C F D M, et al. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia: HEROES trial[J]. Arch Intern Med, 2011, 171(21):1929-1936.
- [17] GUNALETCHUMY S P, TEH X, KHOSRAVI Y, et al. Draft genome sequences of Helicobacter pylori isolates from Malaysia, cultured from patients with functional dyspepsia and gastric cancer[J]. J Bacteriol, 2012, 194(20):5695-5696.
- [18] VILAICHONE R, MAHACAHAI V, TUMWASORN S, et al. CagA genotype and metronidazole resistant strain of Helicobacter pylori in functional dyspepsia in

- Thailand [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2011, 26(3): 46-48.
- [19] ARÉVALO-GALVIS A, TRESPALACIOS-RANGELL A A, OTERO W, et al. Prevalence of *cagA*, *vacA*, *babA2* and *iceA* genes in *H. pylori* strains isolated from Colombian patients with functional dyspepsia [J]. *Polish J Microbiol*, 2012, 61(1): 33-40.
- [20] ALFIZAH H, RAMELAH M. Variant of *Helicobacter pylori* CagA proteins induce different magnitude of morphological changes in gastric epithelial cells [J]. *Malaysian J Pathol*, 2012, 34(1): 29-34.
- [21] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. *中华中医药杂志*, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [22] YUAN H, LI X, YANG W, et al. Inducible nitric oxide synthase in the duodenal mucosa is associated with mast cell degranulation in patients with functional dyspepsia [J]. *Ann Clin Lab Sci*, 2015, 45(5): 522-527.
- [23] 杨雯, 王陆陆, 向虹宇, 等. 康复新液对小鼠的免疫调节作用 [J]. *华西药学杂志*, 2011, 26(6): 543-546.
- [24] 李春鸣, 余更生. 康复新液预防 NSCLC 放疗患者急性放射性食管炎的效果观察 [J]. *山东医药*, 2014, 54(4): 98-99.
- [25] 王朋川, 何苗, 张汉超, 等. 康复新液对 2,4-二硝基氯苯联合醋酸诱导大鼠溃疡性结肠炎的影响 [J]. *大理大学学报*, 2016, 1(4): 17-21.
- [26] 汪茂青. 康复新液联合雷尼替丁治疗复发性口腔溃疡疗效分析 [J]. *全科口腔医学杂志电子杂志*, 2019, 6(26): 33, 35.
- [27] 钟俐强, 杨斯皓, 雷开键, 等. 康复新联合 rhG-CSF 防治放射性口腔炎的临床观察 [J]. *现代肿瘤医学*, 2014, 22(8): 1795-1797.
- [28] 罗方梅, 王浩, 唐艳花, 等. 中药内服配合康复新液外涂治疗鼻出血 48 例临床观察 [J]. *中国民族民间医药*, 2014(10): 53, 56.
- [29] 王宏志, 喻德林. 蒙脱石散联合康复新液保留灌肠预防急性放射性直肠炎的临床效果观察 [J]. *中国全科医学*, 2018, 21(z1): 97-98.
- [30] 李海峰, 崔传耀. 胃镜下喷洒并口服康复新液治疗反流性食管炎 168 例 [J]. *中国新药杂志*, 2019, 28(4): 463-466.
- [31] 戴禄寿, 戴益琛. 铝镁加混悬液联合雷贝拉唑治疗糜烂性食管炎临床研究 [J]. *临床军医杂志*, 2013, 41(8): 783-785.
- [32] 赵兴彬, 黑晓东. 雷贝拉唑、莫沙必利和铝镁加联合治疗反流性食管炎的临床疗效 [J]. *中国实用医药*, 2016, 11(18): 193-194.
- [33] 刘文忠. 《幽门螺杆菌感染的处理: Maastricht V/Florence 共识报告》解读 [J]. *胃肠病学*, 2016, 21(10): 577-584.

[责任编辑 顾雪竹]