

两种不同药物组成方案根除幽门螺杆菌的疗效及费用评估

陈晓琴, 王 岚, 郑洲云, 周 力*

(贵阳医学院附院 消化科, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] 目的: 评价两种不同药物组成方案根除幽门螺杆菌(Hp)的疗效及费用。方法: 120例经内镜确诊为消化性溃疡、慢性胃炎, 并¹⁴C呼气试验阳性患者随机分为2组, A组采用质子泵抑制剂(PPI) + 四环素 + 呋喃唑酮 + 阿莫西林, B组用标准四联疗法 PPI + 果胶铋 + 阿莫西林 + 克拉霉素; 两组治疗14 d, 治疗结束4周后复查¹⁴C尿素呼气试验, 比较治疗效果及治疗费用。结果: A组与B组Hp根除率分别为91.67% (55/60) 和90% (54/60), 差异无显著意义($P > 0.05$); A组与B组药品费用分别为136.40元和342.36元, 差异有显著意义($P < 0.01$)。结论: PPI联合四环素、呋喃唑酮及阿莫西林根除消化道HP感染具有治疗效果好、费用低的优点。

[关键词] 胃疾病; 治疗结果; 费用效益分析

[中图分类号] R573 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2011)06-0630-02

Hp感染与多种疾病关系密切^[1], 根除Hp具有十分重要的意义。在过去10年, 由质子泵抑制剂(PPI)加阿莫西林和克拉霉素或灭滴灵的三联治疗被广泛推荐使用, 但当Hp对甲硝唑耐药, 无论是铋剂还是PPI三联疗法对Hp根除率均从原来的80%~90%下降到60%~70%; 而Hp对克拉霉素耐药, 对PPI三联疗法的影响更大, 其Hp根除率从90%降至30%^[2]。根据Hp近年耐药情况, 2009年2月~2011年2月采用国内未见报道的方案与标准四联疗法治疗120例Hp感染的常见上消化道疾病患者, 比较两组根除率和经济费用, 报告如下。

1 材料和方法

1.1 一般资料 选择消化科门诊, 经内镜确诊为消化性溃疡、慢性胃炎, 并¹⁴C呼气试验阳性120例患者。年龄16~72岁, 平均(38.6 ± 11.5)岁。其中, 男性63例, 女性57例; 胃溃疡30例, 十二指肠溃疡50例, 复合溃性溃疡8例, 慢性胃炎32例。所有患者治疗前2周内未接受过抗生素、抑酸药、铋剂等药物治疗。病例按就诊的先后顺序随机分为2组各60例, 2组患者年龄、性别、生活方式及饮食习惯差异无显著意义($P > 0.05$), 治疗前后进行血常规、肝肾功能等检查。

1.2 治疗方法 A组: 奥美拉唑(青岛双鲸药业有限公司, 10 mg × 28片, 28.75元/盒) 20 mg, 2次/d; 四环素(海南制药厂有限公司制药一厂, 0.25 g × 100片, 6.00元/瓶) 500 mg, 3次/d; 呋喃唑酮(天津力生制药股份有限公司) 0.1 g × 100片, 3.00元/瓶) 100 mg, 2次/d; 阿莫西林(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司, 0.5 g × 24片, 23.30元/盒) 1 000 mg, 2次/d, 连用14 d。B组: 奥美拉唑(同A组) 20 mg, 2次/d, 果胶铋(山西安特生物制药股份有限公司, 100 mg × 24片, 20.47元/盒) 100 mg, 4次/d; 阿莫西林(同A组) 1 000 mg, 2次/d; 克拉霉素(江西制药有限责任公司, 0.125 g × 12片, 30.71元/盒) 250 mg, 2次/d。两组均用药14 d。

1.3 疗效评价 治疗结束4周后复查¹⁴C尿素呼气试验。治疗评价标准: ¹⁴C尿素呼气试验阳性为未根除, 阴性为根除。

2 结果

2.1 Hp根除情况(¹⁴C尿素呼气试验) A组与B组根除率分别为91.67% (55/60) 和90% (54/60), 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

* 通讯作者 E-mail: xqchen1398419@yeah.net

2.2 药品费用比较 计算每位患者一个疗程的药品费用,A组与B组分别为136.40元和342.36元,差异有显著意义($P < 0.01$)。

2.3 不良反应 A组有5例出现恶心、纳差,1例出现轻微头晕,1例出现失眠;B组有1例出现轻微皮疹,1例出现轻微头晕,1例出现失眠,2例出现轻微腹泻,3例出现恶心、纳差。两组停药后不良反应均自行消失,两组治疗前后血常规、肝肾功能均无异常改变。

3 讨论

Hp与慢性胃炎、消化性溃疡、胃黏膜相关性淋巴瘤(MALT)及胃癌等密切相关,世界卫生组织已确定其为I类致癌因子。Hp的社会人群感染率高,中国Hp感染率在42%~90%^[3],根除Hp能改善慢性胃炎的症状及愈后,加速消化性溃疡的愈合,显著降低溃疡复发率,从而使溃疡病治愈;根除Hp还可减少早期胃癌术后的复发率、促进淋巴瘤的缩小,甚至使早期低度恶性的B细胞MALT淋巴瘤消退^[1]。第三次全国Hp若干问题共识报告明确了消化性溃疡、早期胃癌术后、胃MALT淋巴瘤及慢性胃炎伴胃黏膜萎缩、糜烂必须根除Hp^[4]。然而,随着Hp对抗生素耐药菌株的增加,一些以往根除率高的治疗方案疗效正在下降,导致每年大量医药费用的消耗,因此寻找疗效好、费用低的方案迫在眉睫。刘苓等^[5]对贵州省幽门螺杆菌临床菌株的分离培养与耐药分析结果表明,四环素、甲硝唑、阿莫西林、克拉霉素耐药率分别为6.67%、63.33%、26.67%、33.33%,其MIC范围均为0.016~256 mg/L^[5],甲硝唑耐药率高达63.33%,其严重程度已不适宜作为常规的推荐方案,故本研究采用了耐药率较低且价廉的四环素、呋喃唑酮,

与标准四联疗法PPI+果胶铋+阿莫西林+克拉霉素比较,评价两组Hp根除率和经济费用。有研究表明适当延长用药时间可提高Hp根除率^[6],故两组均采用14d疗程,结果两组Hp根除率相近,差异无显著意义($P > 0.05$),两组均有少数人出现轻微不良反应,停药后不良反应自行消失。但A组每位患者一个疗程的药品费用仅136.40元,而标准四联疗法的费用是342.36元,A组费用仅为B组的39.84%,两组药品费用相比差异有显著意义($P < 0.01$)。

PPI+四环素+呋喃唑酮+阿莫西林四药联用14d,与标准四联疗法PPI+果胶铋+阿莫西林+克拉霉素比较,Hp的根除率、不良反应两组相比差异无显著意义,但药品费用显著降低,值得在基层医院推广应用。

4 参考文献

- [1] 张健,童竞亚. 幽门螺杆菌感染与胃部疾病[J]. 赣南医学院学报,2002(22)3:296-311.
- [2] 张林,王江滨. 幽门螺杆菌根除治疗失败原因分析[J]. 中华消化杂志,2005(25):124-126
- [3] 胡伏莲. 幽门螺杆菌感染诊疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:11-12.
- [4] 中华医学会消化病学分会 幽门螺杆菌学组/幽门螺杆菌科研协作组. 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告[J]. 胃肠病学,2008(13):42-46
- [5] 胡林,刘苓,周力. 贵州省幽门螺杆菌临床菌株的分离培养与耐药分析. 贵州省消化年会论文汇编,2010:59-60.
- [6] 陆英. 奥美拉唑联合左氧氟沙星三联和四联疗法根除幽门螺杆菌的临床观察[J]. 贵州医药,2010(5):427.

(2011-08-21 收稿,2011-09-13 修回)