



莫沙比利与替普瑞酮治疗功能性消化不良的疗效对比

何明君

玉林陆川县人民医院内二科 广西玉林 537700

【摘要】目的 对比探究莫沙比利与替普瑞酮治疗功能性消化不良的临床疗效。**方法** 基于本院自2015年5月-2016年5月期间收治的60例功能性消化不良患者的临床资料,按照临床治疗方式的不同,将其分为观察组(实施莫沙比利治疗)和对照组(实施替普瑞酮治疗),两组各30例,观察比较两组患者的临床疗效以及治疗前后,患者对临床治疗工作的总评分(满意度)变化情况。**结果** 观察组30例患者中,有11例患者治愈,15例患者临床治疗显效,其总有效率86.67%(26/30)明显的高于对照组66.67%(20/30)($P<0.05$),具有统计学意义;治疗前,两组患者对临床治疗工作的总评分(期待值)无显著差异($P>0.05$),治疗后,观察组患者对临床资料工作的总评分明显的高于对照组($P<0.05$),且与治疗前相比,总评分的上升幅度明显的高于对照组($P<0.05$)。**结论** 莫沙比利治疗功能性消化不良,与替普瑞酮相比,其疗效更加显著,患者的认同和接受度更高。

【关键词】 莫沙比利; 替普瑞酮; 功能性消化不良; 临床疗效; 满意度

【中图分类号】 R573 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561(2017)01-020-02

功能性消化不良是一种临床常见的胃肠病,其临床症状主要有:上腹部疼痛、餐后饱腹感^[1],目前,该病的临床治疗主要为药物治疗。基于此,本次调查以本院自2015年5月-2016年5月期间收治的60例功能性消化不良患者为研究对象,对比探究莫沙比利与替普瑞酮治疗功能性消化不良的临床疗效,作出如下报告。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取60例功能性消化不良患者(2015年5月-2016年5月期间在本院接受临床治疗)作为本次调查的研究对象,且将其分为对照组和观察组(各30例)——根据患者所选用的临床治疗方式不同。对照组30例患者均进行替普瑞酮治疗,其中男患者19例,女患者11例,他们的(19-73)岁,平均年龄为(46.3±2.5)岁;观察组30例患者均进行莫沙比利治疗,其中男患者18例,女患者12例,他们的年龄为(20-75)岁,平均年龄为(46.7±2.8)岁。本次调查研究的所有患者均符合功能性消化不良诊断标准,均伴随不同程度的上腹部腹痛、腹胀、烧灼感等症状,均无代谢紊乱疾病,均无心、肾、肝、肺等脏器疾病,均签署了知情同意书。

1.2 方法

对照组:替普瑞酮治疗,即:3次/d,饭后口服50mg的替普瑞酮(由杭州中美华东制药有限公司提供,生产批号为:120648,国药准字号为Z10910036);观察组:莫沙比利治疗,即:3次/d,饭后口服5mg的莫沙比利(由江西金水宝制药有限公司提供,生产批号为:130452,国药准字号为:Z10890005)。两组患者均需要坚持治疗8周,观察比较两组患者的临床疗效以及治疗前后,患者对临床治疗工作的总评分(满意度)变化情况。

1.3 疗效判定标准

将治愈、显效和无效设置为本次调查研究的所有患者消化不良患者的临床治疗效果三个判定等级,治愈:患者的胃肠功能恢复正常水平且临床症状完全消失,生活质量显著改善;有效:患者的临床症状有所缓解,胃肠功能、生活质量均有所提高,但是均不明显;无效:患者的病情无法控制,甚至胃肠功能丧失。

1.4 统计学意义

分析、总结、归纳(采用软件SPSS20.0)本次调查所有数据,采用%表示所有的计数资料(用 χ^2 检验),采用($\bar{x} \pm s$)表示所有计量资料(用t检验)。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组30例患者中,有11例患者治愈,15例患者临床治疗显效,其总有效率86.67%(26/30)明显的高于对照组

66.67%(20/30)($P<0.05$),具体情况详见表1。

表1 临床治疗效果(n%)

组别	例数	治愈	显效	有效	总有效
观察组	30	11(36.67%)	15(50.00%)	4(13.33%)	86.67%(26/30)
对照组	30	7(23.33%)	13(43.33%)	10(33.33%)	66.67%(20/30)
χ^2	/	4.218	2.856	6.209	8.597
p	/	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 患者对临床治疗工作的总评分(满意度)变化情况

治疗前,两组患者对临床治疗工作的总评分(期待值)无显著差异($P>0.05$),治疗后,观察组患者对临床资料工作的总评分明显的高于对照组($P<0.05$),且与治疗前相比,总评分的上升幅度明显的高于对照组($P<0.05$),具体情况详见表2。

表2 比较两组患者药物治疗前后对临床治疗工作的总评分变化情况($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	临床治疗前	临床治疗后	上升幅度
观察组	30	5.27±0.85	17.64±2.51	12.67±1.08
对照组	30	5.34±0.79	11.94±1.04	6.82±0.89
t	/	0.038	5.972	6.628
p	/	>0.05	<0.05	<0.05

(注:患者对临床治疗工作的总评分越高,表示越满意,反之,越不满意)

3 讨论

多年的临床实践经验证实:功能性消化不良往往与内脏敏感性异常、胃肠动力障碍、精神状态、自身免疫力、是否感染等内外在因素具有密切的相关性^[2],其中胃肠动力障碍是最重要致病因素。因此,该病的临床治疗重点为:调节胃肠动力^[3]。

近年来,莫沙比利被广泛的应用于功能性消化不良的临床治疗之中,莫沙比利作为一种新型的胃肠促动力药,具有特殊的苯甲酰胺结构,同时是一种5-HT₄选择性受体激动剂^[4],能够有效的提高延迟胃排空以及内脏过敏,从而起到提升临床疗效的作用。另外,替普瑞酮作为常规胃黏膜保护剂,同样的在功能性消化不良的临床治疗中具有一定的应用价值,是通过增加患者的胃黏膜血流量、提升前列腺素,缓解胃黏膜炎症^[5],但是所产生的临床疗效是有限的。

本次调查以本院自2015年5月-2016年5月期间收治的60例功能性消化不良患者为研究对象,对比探究莫沙比利与替普瑞酮治疗功能性消化不良的临床疗效,其结果显示:观察组(实施莫沙比利治疗)30例患者的临床治疗总有效率86.67%(26/30)明显的高于对照组(实施替普瑞酮治疗)66.67%(20/30)($P<0.05$),且治疗后,观察组患者对临床

(下转第21页)



解热镇痛药的合理应用

李晓峰

上海市奉贤区中医医院 201499

【摘要】解热镇痛药为一类具有解热、镇痛药理作用，同时还有显著抗炎、抗风湿作用的药物。因此，本类药物又称为解热镇痛抗炎药。其临床使用广泛，然而滥用或加大剂量应用，可产生显著的副作用和不良反应。故如何合理使用该类药物的一个值得关注的问题。

【关键词】米非司酮；甲氨蝶呤；异位妊娠

【中图分类号】R96 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-9561 (2017) 01-021-01

在临床上，解热镇痛药是经常应用的。常用的解热镇痛药有水杨酸钠、阿司匹林、扑热息痛、安乃近、消炎痛、地塞米松、板蓝根等。由于解热镇痛药的解热和镇痛作用不尽相同，在应用时注意合理选择，正确应用。

1 解热镇痛药的作用机理

要掌握和了解发热、疼痛的发生机理以及各种解热镇痛药物的作用特点，根据病人的具体情况正确合理选用解热镇痛药。

1.1 当细菌、病毒或某些炎性分泌物等致热源作用于丘脑下部的体温调节中枢时，使周围血管收缩，散热减少，组织氧化分解加速，产热增加，使体温上升。解热镇痛药作用于体温调节中枢，通过血管扩张、出汗等增加散热，于是使体温下降。但正常体温不受解热镇痛药影响。

1.2 疼痛的发生机理是由于前列腺素、激肽、组织胺、5-羟色胺、乙酰胆碱、高渗和低渗溶液、酸性和碱性物质、钾离子等物质刺激了末梢神经感受器所致。解热镇痛药能对抗这些物质，从而起到止痛、消炎、抗风湿等作用。最近有研究证明，阿司匹林能抑制炎症区的前列腺素合成，阻抑末梢神经受体对激肽等化学介质的敏感性，因此能缓解疼痛。它还能够直接作用于丘脑体温调节中枢，从而不仅使炎症所致的疼痛得到缓解，还可以使高热消退。

各种解热镇痛药的解热、镇痛、抗风湿作用的强度是不一样的。解热作用以安乃近为最强，其次为扑热息痛、阿司匹林，控制癌性发热则以消炎痛为优。镇痛作用较弱的是消炎痛，它的镇痛作用仅适用于牙痛、神经痛、肌肉关节痛、痛经等，对创伤性疼痛、内脏平滑肌痛、灼伤痛等几乎无效。抗风湿作用则以水杨酸钠、阿司匹林为最佳。中草药的解热、消炎、抗风湿作用较弱，较缓慢，但副作用小，可根据病情选用。

2 解热镇痛药的毒副作用

解热镇痛药与许多药物相比，相对来说比较安全，但也有一定的副作用，如果应用不当，则毒副作用更大。

2.1 阿司匹林对胃粘膜的刺激很大，病人服药后可产生

胃肠道反应，甚至使胃粘膜糜烂出血；还可以引起过敏反应，使某些哮喘病人，特别是内源性哮喘病人出现（不能耐受阿司匹林综合症）。有些人在吞服阿司匹林或含有阿司匹林的药物后，几分钟至几小时即出现大量清水鼻涕、脸发红、恶心呕吐、肠绞痛、腹泻、支气管哮喘、哮喘音及紫绀等，并可导致哮喘持续状态。有些病人则表现为荨麻疹。

2.2 先消炎痛可引起恶心呕吐、胃出血、头痛、头晕、幻觉、神经错乱、臆病样症状、骨髓抑制、粒细胞减少、肝损害、黄疸、谷丙转氨酶升高等。

2.3 安乃近用以治疗老年、幼儿、毒血症较重、过高热等病人易引起虚脱，也可引起过敏反应，如荨麻疹、药物热、渗出性红斑甚至剥脱性皮炎，还可抑制骨髓造血系统而发生粒细胞减少症、血小板减少性紫癜，甚至再生障碍性贫血。

3 应用解热镇痛药的注意事项

3.1 在发热、疼痛的原因及性质为明了前不随意应用解热镇痛药，以免掩盖症状误诊而产生不良后果。

3.2 掌握解热镇痛药的应用范围：在感染性炎症、高热时可用解热镇痛药作为辅助治疗；对低热者，因疗效不明显，可不必应用；为解除或缓解神经痛、痛经、腰背痛、偏头痛、牙痛等症状，可考虑选用；治疗风湿性、类风湿性关节炎、骨髓炎、肩关节周围炎等；用阿司匹林预防短暂性脑缺血发作、心肌梗塞再发及脑血管栓塞形成等，可小剂量、长期服用。

3.3 用药前询问患者有无过敏史，以免产生过敏反应。对一些易引起造血系统抑制的解热镇痛药，须定期检查病人的血常规。

3.4 妊娠早期或有严重肝、肾损害时，禁用或慎用解热镇痛药。

3.5 注意解热镇痛药的配伍禁忌。阿司匹林不宜与酒精、肝素、氨甲喋呤等配伍使用。给嗜酒病人较大剂量的阿司匹林有可能增加胃肠道出血的危险性。与肝素合用，可能引起或加重出血。与抗癌药物合用时，有可能使毒性反应增加。

3.6 在用药过程中若出现毒副作用时，应及时减量或停药，必要时应采取相应的治疗措施。

(上接第20页)

床资料工作的总评分(17.64±2.51分)明显的高于对照组(11.94±1.04分)(P<0.05)，与治疗前比，其上升幅度12.67±1.08分(由5.27±0.85分上升到17.64±2.51分)明显的高于对照组6.82±0.89分(由5.34±0.79分上升到11.94±1.04分)，这都充分的证明了莫沙比利治疗功能性消化不良更加具有优势。

综上所述，莫沙比利治疗功能性消化不良，与替普瑞酮相比，其疗效更加显著，患者的认同和接受度更高，值得进一步推广应用。

参考文献：

[1] 李凤英，徐卫东，徐亚茹等. 功能性消化不良药物治

疗的比较研究[J]. 辽宁医学院学报, 2015, (4):22-25.

[2] 刘辉. 莫沙比利联合帕罗西汀治疗功能性消化不良疗效观察[J]. 河北医药, 2012, 34(17):2595-2596.

[3] 幸君华, 李朝鹏. 柴胡疏肝丸联合莫沙比利片治疗肝胃不和型功能性消化不良[J]. 南昌大学学报(医学版), 2012, 52(3):42-45.

[4] 杨林辉, 刘贵伦. 六味能消胶囊联合莫沙比利对功能性消化不良患者胃动力的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(8):808-809.

[5] 董志超, 王云溪, 歧红阳等. 莫沙比利联合舒肝解郁胶囊与单药应用治疗功能性消化不良的临床疗效观察[J]. 现代预防医学, 2012, 39(7):1848-1850.