



铝碳酸镁联合治疗胆汁反流性胃炎疗效观察

李 瑶 尤柳萍

(厦门大学附属第一医院杏林分院医务科 福建厦门 361022)

摘要：目的：研究铝碳酸镁联合胃炎康胶囊治疗胆汁反流性胃炎的效果。方法：将2016年9月—2017年9月我院门诊及住院部收治的胆汁反流性胃炎患者88例纳入研究，根据治疗方式的不同分为两组各44例患者，其中单一治疗组实施铝碳酸镁治疗，联合治疗组在此基础上加用胃炎康胶囊，比较两组患者疾病缓解情况及治疗相关评分。结果：治疗前两组患者胃镜评分中充血、水肿、糜烂评分、胆酸与胃酸分泌物无显著差异， $P>0.05$ ，治疗后联合治疗组各项均优于单一治疗组，差异显著， $P<0.05$ ；治疗后联合治疗组各项均优于单一治疗组，联合治疗组疾病总缓解率95.45%明显优于单一治疗组77.27%，差异显著， $P<0.05$ 。结论：铝碳酸镁联合胃炎康胶囊在治疗胆汁反流性胃炎上，临床疗效显著，患者症状及时得到改善，及时保护胃粘膜，有效抑制胃酸分泌。

关键词：胃炎康胶囊；铝碳酸镁；胆汁反流性胃炎

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 14-241-02

胆汁反流性胃炎也被称为碱性反流性胃炎，患者会出现腹痛腹胀等症状，严重者甚至会出现胃粘膜糜烂、出血[1]。主要是由于胃幽门手术等原因导致的，使得胆汁、胰液等内容物流入胃中，使得胃粘膜产生糜烂与出血，降低了胃粘膜的屏障功能，导致胃粘膜出现病变。患者可通过胃镜进行检查，内镜下能够观察到反流现象，并通过患者鼻腔插入胃管到达胃腔，抽吸餐后胃液，测定其中的胆酸含量，观察胆酸胃酸情况，达到确诊的目的[2]。不及时治疗患者会并发出血、溃疡等并发症，反流的胃液更会侵袭咽部，长期的胆汁反流更会出现胃粘膜增生，促使胃癌的发生。本文通过将联合用药纳入其中，内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文研究对象对我院2016年9月—2017年9月收治的胆汁反流性胃炎患者88例，根据治疗方式的不同分为两组各44例患者。其中单一治疗组：男性22例，女性22例，年龄年龄范围22~64岁之间，平均 (41.58 ± 5.10) 岁；联合治疗组：男性21例，女性23例，年龄年龄范围20~62岁之间，平均 (41.87 ± 5.08) 岁。两组患者基础资料比较，组间无显著差异， $P>0.05$ ，能够进行比较。

纳入标准：①患者均出现上腹部胀痛、恶心、口苦等症状纠正者；②胃镜下显示胃粘膜存在胆汁淤块；③无肢体功能障碍患者；④病情较为稳定，无过敏史；⑤患者均知晓本文研究并愿意参加。

排除标准：①存在胃部手术史，消化系统及恶性肿瘤者；②胃粘膜出现重度糜烂患者；③伴有其他消化系统疾病及恶性肿瘤患者；④存在治疗依从性较差者。

1.2 方法

单一治疗组采用铝碳酸镁片（由拜耳医药保健有限公司生产，国药准字H20013410，规格：0.5g），qd，每次服用2片，每天3次。

联合治疗组在对照组基础上使用胃炎康胶囊（贵州瑞成药业有限公司，国药准字Z20043513），每天3次，每次8粒。两组患者均治疗4周。

1.3 观察指标

比较两组患者临床总有效率[3]。疾病缓解率，疾病治愈：治疗后患者恶心、腹胀、口苦等临床症状或体征基础消失，胃镜下检查黏膜炎症反应消失，症状总评分下降70%以上；疾病好转：治疗后患者

相关症状明显改善，胃镜下检查炎症程度减轻，胆汁反流改善，30%≤症状总评分下降<70%；病情无进展：治疗后患者症状与体征无明显改善甚至加重，胃镜下胆汁反流情况无变化。总有效率=（疾病治愈+疾病好转）/例数×100%。

胃镜积分疗效评价：0分为未见黄绿色胆汁；1分为少量胆汁，黏膜充血，但无糜烂及出血点；2分为中量胆汁，部分黏膜出现明显的水肿与充血，未见糜烂灶；3分为黏膜广泛充血，大量胆汁，水肿区出现糜烂[4]。

通过胃管抽取胃液，记录两组患者治疗前后胃液胆酸量和胃酸分泌量。

1.4 统计学处理

使用SPSS19.0统计软件对数据进行统计分析，测量数据表示为平均值±标准偏差 $(\bar{x} \pm s)$ ，计数数据通过 χ^2 检验分析，组间比较使用独立样本t检验进行，配对t检验用于组内比较， $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疾病缓解率比较

联合治疗组疾病总缓解率95.45%明显优于单一治疗组77.27%，差异有统计学意义， $P<0.05$ ，见表1。

表1 两组患者疾病缓解率对比[n=44, (%)]

组别	疾病治愈	疾病好转	病情无进展	总缓解率
单一治疗组	18	16	10	34 (77.27)
联合治疗组	26	16	2	42 (95.45)
χ^2				14.029
P				0.000

2.2 两组患者胃镜观察评分比较

治疗前两组患者胃镜评分中充血、水肿、糜烂评分无显著差异， $P>0.05$ ，治疗后联合治疗组各项均优于单一治疗组，差异显著， $P<0.05$ ，见表2。

表2 两组患者胃镜观察评分对比[n=44, (分)]

组别	充血评分		水肿评分		糜烂评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单一治疗组	2.43±0.54	1.40±0.36	2.26±0.44	1.45±0.34	2.15±0.41	1.40±0.35
联合治疗组	2.41±0.55	0.74±0.24	2.25±0.45	0.54±0.33	2.16±0.40	0.56±0.20
t	0.172	10.119	0.105	12.740	-0.116	13.822
P	0.864	0.000	0.916	0.000	0.908	0.000

2.3 两组患者治疗前后胃内吸出物变化

治疗前两组患者胆酸与胃酸分泌物无显著差异， $P>0.05$ ，治疗

后联合治疗组各项均优于单一治疗组，差异显著， $P<0.05$ ，见表3。

(下转第243页)



• 综合医学 •

与术后 1 周膝关节屈曲度数 $\geq 90^\circ$ 的患者对比, $bP < 0.05$; 与术后 2 周膝关节屈曲度数 $\geq 90^\circ$ 的患者对比, $cP < 0.05$ 。

3 讨论

全膝关节置换术患者术后进行全面及充分的康复训练对恢复膝关节活动度尤为重要[2]。由于全膝关节置换术患者术后第 2 天已经开始出现新的胶原组织, 早期关节运动可将瘢痕对膝关节活动范围限制降到最低, 从而防止患者术后膝关节僵硬, 但康复训练需患者有较高的配合度, 而过于大角度的活动训练会导致患者疼痛感加重, 不利于康复训练的进行, 影响康复训练效果[3]。因此如何选择合适的的时间和训练程度仍需研究完善。

本研究结果显示, 全膝关节置换术患者术后早期膝关节屈曲度数 $\geq 90^\circ$ 的患者术后 1 年膝关节屈曲度数明显高于术后早期膝关节屈曲度数 $< 90^\circ$ 的患者, 且术后 2 周膝关节屈曲度数 $\geq 90^\circ$ 的患者术后 1 年膝关节屈曲度数均明显大于术后 1d 和 1 周膝关节屈曲度数 $\geq 90^\circ$ 的患者。由此可知, 早期的膝关节活动度与远期活动度有关, 且早期膝关节屈曲度数 $\geq 90^\circ$ 是膝关节活动度恢复至最佳的起始条件。但由

于全膝关节置换术患者术后锻炼时常伴有剧烈疼痛过于大角度的膝关节屈曲锻炼则会加剧患者术后疼痛。因此, 建议对全膝关节置换术患者术后早期实施良好的术后镇痛及个性化的康复训练。

综上所述, 全膝关节置换术患者术后早期的屈曲活动度对远期活动度有影响, 应重视全膝关节置换术患者术后的早期膝关节伸屈训练, 但不必过分关注患者术后 1 周内的膝关节屈曲度数, 术后 2 周膝关节屈曲度数 $\geq 90^\circ$ 就可满足远期膝关节活动度对屈曲角度的需求。

参考文献:

[1]吴鸣, 尚希福, 崔俊才, 等. 超早期规范化物理治疗对缩短全膝关节置换术平均住院日的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(7):802-807.

[2]王军霞. 全膝关节置换术后被动与主动活动康复的比较[J]. 中国矫形外科杂志, 2017, 25(15):1384-1389.

[3]郑颖, 周燕芸, 翁艳, 等. 人工全膝关节置换术后早期功能锻炼对康复的影响分析[J]. 福建医药杂志, 2017, 39(6):73-75.

(上接第 241 页)

表 3 两组患者治疗前后胃内吸出物比较[n=44, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	胆酸 (mg/ml-1)		胃酸 (mmol/h-1)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单一治疗组	242.58 $\pm$ 93.58	145.33 $\pm$ 45.87	4.18 $\pm$ 1.02	2.57 $\pm$ 0.98
联合治疗组	240.36 $\pm$ 92.69	85.30 $\pm$ 21.58	4.16 $\pm$ 1.03	1.25 $\pm$ 0.55
t	0.112	7.855	0.092	7.791
P	0.911	0.000	0.927	0.000

3 讨论

胆汁反流性胃炎属于常见的消化科疾病, 多由于消化道手术、胃肠结构异常等因素导致的胆汁、胆酸内容物逆流引起的胃粘膜慢性炎性病变。由于胆汁反流性胃炎程度较轻, 多数患者未引起重视, 但不及时治疗, 使得胃粘膜屏障功能受损[5]。胆汁会破坏胃粘膜粘液中的脂蛋白, 加重胃粘膜屏障的损伤, 出现炎症, 患者主要表现为恶心呕吐、腹痛, 胃镜下黏膜出现水肿, 不及时治疗, 会导致胃溃疡及糜烂[6]。

本文通过将铝碳酸镁片联合胃炎康胶囊纳入其中进行治疗, 结果显示治疗前两组患者胃镜评分中充血、水肿、糜烂评分、胆酸与胃酸分泌物无显著差异, $P > 0.05$, 治疗后联合治疗组各项均优于单一治疗组, 差异显著, $P < 0.05$; 治疗后联合治疗组各项均优于单一治疗组, 联合治疗组疾病总缓解率 95.45%明显优于单一治疗组 77.27%。目前临床上治疗的主要方式为抑制患者胃酸, 增加体内的胃酸代谢, 中和胃酸后, 保护胃粘膜[7]。而铝碳酸镁属于新兴的保护胃黏膜药物, 有较好的胃黏膜屏障保护作用, 增强胃黏膜局部血循环, 促进胃黏膜修复, 并起到良好的抑酸作用, 促进胃黏膜修复。该药物在酸性条件下能够与机体胃内所含有的胆汁充分结合, 在碱性环境下将胆汁释放, 不会对肠内的循环状态造成影响。胃炎康胶囊具有良好的缓解

止痛的作用, 含有白芍、黄连、甘草等中药; 其中白芍具有良好的养血、抗菌效果, 桂枝具有散寒解表, 黄连及时泻胃火, 柴胡具有抗菌镇静作用, 诸药联合有效得到消炎抗菌的作用[8]。两种药物联合使用, 能够及时调节患者胃内的 PH 值, 保证其位置在最佳的范围内, 并保护患者的胃粘膜, 降低可能出现的不良事件。

综上所述, 通过对胆汁反流性胃炎患者实施铝碳酸镁联合胃炎康胶囊治疗, 临床疗效显著, 对患者的胃粘膜产生保护作用, 并改善患者体征与症状, 值得应用。

参考文献:

[1]谢日升, 曾光. 铝碳酸镁片联合莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎疗效的 Meta 分析[J]. 中国药业, 2016, 25(7):27-29, 30.

[2]林勇, 叶丹, 施正超等. 埃索美拉唑、多潘立酮与铝碳酸镁联合治疗胆汁反流性胃炎的临床疗效[J]. 中华全科医学, 2016, 14(3):409-411.

[3]钱浩. 铝碳酸镁联合多潘立酮治疗胆囊切除后胆汁反流性胃炎的疗效评价[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(19):66-69.

[4]康薇, 赵淑艳, 温如臻等. 奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗胆囊切除术后胆汁反流性胃炎的临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(34):55-56.

[5]肖洪玲, 田凌云, 方正清等. 半夏泻心汤合并西药治疗胆汁反流性胃炎临床疗效的 Meta 分析[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(22):2257-2259.

[6]魏小果. 越鞠丸配合熊去氧胆酸治疗肝气犯胃型胆汁反流性胃炎疗效及对血浆 MTL、VIP 影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(4):364-366, 370.

[7]熊利红. 自拟调脾养胃汤对胆汁反流性胃炎患者胃肠激素及血清炎症因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(8):889-891.

[8]冯青青, 杨洋, 彭秋平等. 幽门螺杆菌感染与军人胆汁反流性胃炎伴消化性溃疡的相关性研究[J]. 临床军医杂志, 2015, 43(2):126-128.