



莫沙必利联合黛力新治疗功能性消化不良临床疗效观察

许家峰 (凤凰县人民医院 湖南凤凰 416200)

摘要: **目的** 探讨莫沙必利枸橼酸分散片联合黛力新治疗功能性消化不良的临床疗效及安全性。**方法** 2016年6月至2017年6月共收治212例功能性消化不良患者。根据随机数表法分为对照组和观察组。患者分为对照组和观察组。对照组患者在饭前使用莫沙必利, 5mg/次, 3次/d, 而观察组用莫沙必利联合黛力新治疗1片/次, 2次/d, 治疗1个月观察比较, 两组患者的临床疗效与不良反应发生率。^[1] **结果** 观察组效率(87.72%)显著高于对照组(70.69%), 差异有统计学意义($P < 0.05$), 对照组和观察组的不良反应发生率组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

结论 莫沙必利枸橼酸分散片黛力新联用可有效治疗功能性消化不良, 安全可靠, 副作用少。

关键词: 莫沙必利 黛力新 功能性消化不良

中图分类号: R57 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 20-069-02

该疾病的病因尚未得到充分的阐明, 随着胃排空延迟, 胃敏感性研究的深入, 越来越多的学者认为心理障碍与疾病密切相关。药物治疗如西药多用多潘立酮, 莫沙必利等胃肠动力药物促进治疗效果, 但效果有限。所以找到合适有效的治疗方案已经成为所有医务人员的难题, 作者结合莫沙必利联合黛力新治疗, 效果显著, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

选择2016年6月-2017年6月在我院消化内科212例住院消化不良患者作为研究对象。平均年龄(42 ± 6)岁; 对照组与观察组年龄、病程, 性别组成差异无统计学意义($P > 0.05$)。患者按随机数表法分为对照组和观察组。

入选标准: (1) 焦虑状态, SAS评分为50分。(2) 功能性消化不良患者典型特征; (3) 患者符合2006年罗马国际胃肠病学协会委员会颁布的功能性消化不良诊断(4) 患者年龄大于18岁, 但小于65岁; (5) 患者自愿参与研究并被通知情况; (6) 初中以上患者能够有效沟通医务人员和沟通顺畅。^[3]

排除标准: (1) 严重心脏和肾脏等重要器官功能障碍患者; (2) 严重认知功能障碍或口语交流障碍患者(3) 精神障碍患者, 无完全行为能力; (4) 心肌梗死早期恢复患者; (5) 束支阻滞患者; (6) 心肌梗死患者; (7) 患者均使用单胺氧化酶抑制剂; (8) 对单胺氧化酶抑制剂过敏患者(9) 皮肤过敏患者。(10) 药物试验过敏。^[1]

自己患有肝脏等疾病; (12) 不符合医学常规诊断标准; (13) 女性患者母乳喂养或怀孕, 行动不便。^[4]

1.2 方法

对照组和观察组在完成相关检查后入院治疗: 对照组给予成都西南制药有限公司生产的枸橼酸沙必利分散片治疗, 5mg/次, 3次/d, 饭前服用; 而观察组患者服用莫沙必利联合黛力新用于治疗, 1片/次, 2次/d。

1.3 临床疗效

标准(1) 显效: 1个月, 临床症状明显减轻或完全消失; (2) 有效: 1个月治疗, 临床症状明显改善, 但未完全消失; (3) 无效: 治疗1个月, 患者临床症状无明显变化, 甚至进一步恶化。

1.4 观察指标

症状要点: 腹痛、腹胀、早饱、恶心呕吐。根据否、轻、中、重的症状记录为0, 1, 2, 3点。无效: 功效指数 $< 30\%$; 有效: $70\% > \text{功效指数} \geq 30\%$; 明显: $95\% > \text{疗效指数} \geq 70\%$; 疗效: 疗效指标 $\geq 95\%$ 。疗效指标 = (治疗前 - 治疗后) / 治疗前 $\times 100\%$ 。治疗效果 = (治愈病例数 + 重度病例 + 有效病例) / (精神疾病(RP)), 身体疼痛(BP), 活力(VT), 情绪功能(RE), 精神健康(MH)和整体健康(GH)8个维度, 得分越高, 生活质量越好。^[3] (3) 治疗前后记录SAS评分。^[5]

两组患者症状积分及SAS评分比较

组别	时间	两组患者症状积分及SAS评分比较			
		早饱	恶心呕吐	腹痛	SAS评分
观察组	治疗前	1.39 $\pm$ 0.38	1.15 $\pm$ 0.52	1.43 $\pm$ 0.61	58.09 $\pm$ 3.68
对照组	治疗后	1.42 $\pm$ 0.14	1.17 $\pm$ 0.49	1.42 $\pm$ 0.59	58.1 $\pm$ 3.69

1.5 统计学方法

将所有数据录入EXCEL, 然后将数据输入SPSS16.0软件, 为每个变量进行阳性测试和描述性分析, 测量数据平均值 $\pm$ 标准偏差 ($\bar{x} \pm s$), 第一个数据为正态分布和方差均匀性检验, 如果数据是正态分布和方差 Q_i , 那么组与组之间的测量数据使用t方法检验, 如果数据不符合正态分布或数据绝对比率的显示, 那么组间比较采用 χ^2 方式检验。差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效

表1: 两组功能性消化不良患者临床疗效比较 [实施例(%)]

组别	例数	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)	总有效 (%)
对照组	98	40 (34.48)	42 (36.21)	16 (13.79)	82 (70.69)
观察组	114	62 (54.39)	38 (33.33)	14 (12.23)	100 (87.72)
χ^2 值		4.234	0.153	4.13	4.13
P 值		0.04	0.696	0.042	0.042

观察组患者效率(87.72%)明显高于对照组(70.69%), 差异

有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

2.2 治疗组两组患者不良反应比较

对照组98例, 口干18例, 腹泻9例; 观察组114例, 12例口干, 1例腹泻, 两组患者均无明显的皮疹、头晕、震颤、疲劳、睡眠障碍、烦躁不安、便秘、腹痛, 心悸等不良反应。对照组与观察组的不良反应发生率无显著性差异($P > 0.05$)。对照组与观察组的不良反应发生率无显著性差异($P > 0.05$)。对照组与观察组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

功能性消化不良的原因尚未完全了解, 现在了解的影响更多的是胃肠蠕动功能障碍、胃酸分泌, 幽门螺杆菌感染和心理社会因素等多种因素。在治疗疾病方面主要推广药物、抗酸药, 胃粘膜保护药和幽门螺旋杆菌等结合治疗, 辅以临床疗效方式^[4]。研究发现, 患者经常伴有焦虑和抑郁等负面情绪, 患者的消极情绪大大延缓了患者的胃排空, 引起胃肠道症状。研究报告显示, 加上抗焦虑药物治疗可以达到更满意的效果。^[6] 在本研究中, 212例功能性消化不良患者用两种不

(下转第71页)



显延长,感染风险显著增加,且因血供不足皮瓣在术后可出现坏死现象,有癫痫和皮下积液的风险显著高于颅骨缺损面积较小者^[2-3]。(2)患者合并脑积水时,引发蛛网膜下腔及脑室等处脑脊液循环出现障碍,张力过大时,可出现脑脊液外漏的情况,诱导皮下积液形成,情况严重者,可有癫痫发生^[4-5]。(3)针对如何选择颅骨缺损修补的时机,临床尚无确切定论,但多项研究表明,相较于12个月的晚期修补,早期修补可有效防范术后并发症^[6]。本次研究中,相较间隔 ≥ 3 个月行颅骨修补术者, <3 个月有更低的并发症率,故需依据患者自身情况,对最佳的手术时机选择,早期开展,可对并发症进行防范。(4)应用钛合金修补材料可对钛合金头骨进行个性化调计,可达到精密与缺损部位头骨结合的目的,对脑部组织的损伤有保护作用,且手术操作简单,明显缩短了康复时间,降低了感染和创伤风险。

综上,明确颅骨修补术后引发并发症的独立危险因素,可针对性制定防范对策,尽可能的降低并发症率,以保障术后安全性。

参考文献

[1] 彭飞, 栾金利, 刘壮, 等. 自体颅骨修补术后影响骨瓣吸收的危险因素分析[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2016, 43(3):

206-210.

[2] Song J, Liu M, Mo X, et al. Beneficial impact of early cranioplasty in patients with decompressive craniectomy: evidence from transcranial Doppler ultrasonography[J]. Acta Neurochirurgica, 2014, 156(1): 193-198.

[3] 魏琳, 韩敏, 杜勇建, 等. 高血压性脑出血患者去骨瓣减压术后超早期行颅骨修补术的并发症及其预防措施[J]. 山东医药, 2016, 56(15): 67-68.

[4] 朱剑萍, 孙勇, 张金鹏, 等. CT灌注成像评估大面积颅骨修补术对覆盖皮瓣血供的影响[J]. 实用放射学杂志, 2016, 32(1): 107-110.

[5] 蒋冰洁, 王玉海, 杨理坤, 等. 颅骨修补术后癫痫的相关危险因素分析[J]. 江苏医药, 2016, 42(4): 408-411.

[6] Jeyaraj P. Importance of Early Cranioplasty in Reversing the "Syndrome of Trefine/Motor Trefine Syndrome/Sinking Skin Flap Syndrome" [J]. Journal of Maxillofacial & Oral Surgery, 2014, 14(3): 666-673.

(上接第68页)

疗手段,正常情况下,强化期的住院化疗时间为2-3个月,巩固期在家治疗应以卧床为主,至少治疗12个月。然而,相关数据显示,化疗时间为1年的脊柱结核患者存在较高的复发率^[5]。因此我们对标准化疗方案进行改良,通过缩短强化期治疗时间、延长巩固期治疗时间,同时在强化期增加左氧氟沙星进行治疗,获得了良好疗效。研究结果显示,改良组的总有效率高于标准组,复发率低于标准组,由此提示,改良组的临床疗效优于标准组,即改良化疗方案在活动性肺结核合并脊柱结核治疗中的应用效果优于标准化疗方案。

综上所述,活动性肺结核合并脊柱结核应用改良化疗方案进行治疗的效果显著,复发率低,值得临床推广并应用。

参考文献

[1] 孟小华. 放化疗治疗活动性肺结核合并肺部肿瘤的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10(21): 24-25.

[2] 王谦信. 左氧氟沙星联合抗结核治疗方案治疗脊柱结核30例临床分析[C]// 骨关节结核临床诊断与治疗进展及其规范化专题研讨会. 2015.

[3] 孔瑜. 肺癌合并活动性肺结核临床诊治分析[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(16): 76-77.

[4] 刘长科, 余国政. 肺癌合并活动性肺结核临床诊治分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2016(a01): 119-120.

[5] 吴恩强, 池宏亮, 陈江平. 两种不同化疗方案治疗肺结核合并慢性乙型肝炎患者的疗效分析[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(34): 4823-4825.

(上接第69页)

同的治疗方案治疗。结果显示,观察组总有效率(87.72%)明显高于对照组(70.69%)。与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),对照组和观察组不良反应发生率无统计学意义($P > 0.05$)。这与以前的研究结果一致^[7]。原因可能与以下因素有关:(1)莫沙必利可以促进患者乙酰胆碱的释放,刺激胃肠道的催化作用,从而增强患者的胃肠道运动,改善功能性消化不良患者的胃肠道症状。(2)新型三环抗焦虑和抑郁症混合地塞米松加上小剂量的二氟拉松和甲氧西林,氟哌啶醇的作用与突触前膜多巴胺对本身的调节受体去促进多巴胺的合成和释放,增加多巴胺水平的突触切割并发挥抗抑郁药抗焦虑作用。通过抑制去甲肾上腺素和5-羟色胺的突触膜预摄取来增强单胺神经递质的突触切割来发挥抗抑郁作用。^[7]

莫沙必利是临床上广泛使用的5-HT₄受体激动剂,其作用是精确的,副作用小,通过兴奋性肠内神经从神经元血清素相关受体,改善胃肠道平滑肌蠕动和收缩功能。它也是一种较为常用的临床抗焦虑药物,由美利昔单抗和卤唑啉组成。芬氟沙星可增加突触间隙多巴胺含量,起到抗焦虑作用;美利昔单抗可以抑制突触膜5-羟色胺和去甲肾上腺素的再摄取,从而提高其含量,具有抗抑郁作用。两者的组合具有良好的协同作用,常用于各种焦虑抑郁状态的治疗。

本次研究尚存不足之处,日后的研究可增加样本量,并增加胃肠激素(VIP、CCK)指标,观察治疗前后数值变化情况。如条件允许,还可进行动物造模研究本病与内脏高敏感性的关系,以进一步论证上述结论。

参考文献

[1] (2017,大连)[J]. 中国消化杂志, 2017, 27(12): 832-834.

[2] 郑俊杰, 于祖军, 郑和等. 目的观察功能性消化不良的发病机制[J]. 长江大学学报(自然科学版), 2014, 8(11): 170-173.

[3] 徐敏. 功能性消化不良的发病机制[J]. 老年病学杂志, 2016, 22(4): 375-388.

[4] 李健. 功能性消化不良临床治疗进展[J]. 中国老年学杂志, 2015, 31(13): 2599-2601.

[5] (中南大学心脏科,长沙410083);综合心理干预治疗功能性消化不良的临床疗效[J]. 中国社区医生(医学专业), 2015, 14(5): 86-99.

[6] 温玉鹏黄森权.(7): 147-148.

[7] 王琼芬. 莫沙必利联合Dean新治疗功能性消化不良60例临床观察[J]. 中国健康产业, 2014, 9(1): 48-49.