



• 临床研究 •

雷贝拉唑、多潘立酮联合替普瑞酮治疗反流性食管炎的疗效观察

李榕萍 (福州市第二医院消化内科, 福州, 350001)

摘要:目的 研究雷贝拉唑、多潘立酮联合替普瑞酮治疗反流性食管炎的疗效。方法 将 2015 年 1 月至 2016 年 1 月我院门诊就诊的 90 例反流性食管炎患者随机分为对照组和观察组 (各 45 例), 对照组予以雷贝拉唑、多潘立酮治疗, 观察组予以雷贝拉唑、多潘立酮、替普瑞酮联合治疗, 比较两组治疗效果及不良反应情况。结果 治疗后, 观察组和对照组治疗总有效率分别为 90.52% 和 61.31%, 治疗后, 对照组和观察组患者临床症状积分均较治疗前的积分值显著减小, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后临床症状积分较对照组减少, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 不良反应发生率均为 4.44%, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 雷贝拉唑、多潘立酮、替普瑞酮联合治疗反流性食管炎疗效佳, 不良反应少, 值得在临床上推广。

关键词: 雷贝拉唑 多潘立酮 替普瑞酮 反流性食管炎

中图分类号: R571 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 09-094-02

反流性食管炎 (reflux esophagitis, RE) 是临床上消化系统中常见的一种较为严重的炎性病变, 是胃部、十二指肠处的内容物反流进入食管引起狭窄、溃疡、癌变, 主要表现为反酸、烧心、胸骨后疼痛等临床症状, 且反复发作, 难以治愈, 对患者的生活及生命健康产生严重影响^[1-3]。本研究将雷贝拉唑、多潘立酮、替普瑞酮联合起来治疗反流性食管炎, 旨在探讨三者联合后对患者的临床疗效如何, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 1 月至 2016 年 1 月在我院门诊就诊的反流性食管炎患者 90 例, 随机均分为对照组和观察组, 各 45 例, 其中对照组男 21 例, 女 19 例, 年龄 42—58 岁, 平均 (51.2±4.7) 岁, 病程 4 个月—5 年, 平均病程 (16.3±6.2) 月; 观察组男 18 例, 女 22 例, 年龄 40—59 岁, 平均 (50.1±4.5) 岁, 病程 3 个月—5 年, 平均病程 (15.4±5.8) 月。所有患者均符合 1999 年中华医学会消化内科学会制定的反流性食管病 (炎) 诊断及治疗方案 (试行), 表现出不同程度的反酸、烧心、呃逆、胸痛等症状, 部分患者表现出下咽疼痛, 研究前经过胃镜检查均能观察到反流性食管炎的表现。根据我国反流性食管炎胃镜检查诊断及分级标准, 其中观察组 I 级 9 例, II 级 13 例, III 级 23 例; 对照组 I 级 10 例, II 级 12 例, III 级 23 例。排除标准: 慢性溃疡; 恶性癌变; 研究前服用胃黏膜保护剂、质子泵抑制剂及 H₂ 受体阻断剂; B 超、心电图、内镜及实验室检查等检查患者患有严重心、溃疡病、肝、肾等疾病; 交流困难、意识障碍、精神统方面的疾病的患者; 患者治疗中出现严重不良反应; 中途退出治疗患者; 未按研究标准进行治疗的患者; 研究治疗中仍需进行或更换为其他治疗方案的患者。所有患者及其监护人均同意参与本项研究并签署知情同意书。两组患者在性别、年龄方面、病程等比较无显著性差异, 具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

所有患者均根据研究要求进行治疗。根据医嘱, 对照组患者口服雷贝拉唑, 10mg*14 片, 每天一次, 每次 20mg, 同时口服多潘立酮片, 10mg*30 片, 每天 3 次, 每次 10mg。观察组在对照组患者用药基础上口服替普瑞酮, 每天 3 次, 每次 50mg。所有患者均治疗 8 周后, 比较两组患者临床疗效及不良反应情况。所有患者在治疗期间都控制饮食, 避免食用刺激的食物, 严格遵守良好的生活作息及饮食习惯, 减少烟酒、酒的摄入; 所有患者治疗期间每 2 周进行胃镜检查。

1.3 观察指标

治疗后, 观察如下指标: ①临床症状, 标准如下: 根据典型临床症状烧心、反酸、吞咽困难或疼痛、胸骨疼痛为标准进行评分, 分值为 0—3, 其中 0 分为患者治疗后未出现以上症状; 1 分为患者症状较轻, 略有感觉; 2 分为患者以上症状表现较明显, 但对日常生活影响较小; 3 分为患者以上症状明显, 对日常生活影响很大。②治疗效率, 治疗后根据治疗前后胃镜检查给予治疗有效率评价。胃镜检查分级为 I 级

表现为病变处呈点状或条状分布, 发红、糜烂, 未融合; II 级表现为病变部位呈局部条状, 发红、糜烂, 有融合; III 级表现为病变部位广泛, 发红、糜烂, 融合。疗效评价标准为痊愈: 食管炎症消失; 有效: 病变部位改善大于 / 等于 1 个等级; 无效: 病变部位未改变或恶化。总有效率 = (痊愈 + 有效) / 总例数 × 100%。③不良反应发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件分析, 计数资料及率的比较采用 χ^2 检验, 计量资料以均数标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

治疗后, 观察组总有效率为 93.3%, 对照组 71.1%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1: 两组治疗效果比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
对照组	45	15 (33.3)	17 (37.8)	13 (28.9)	32 (71.1)
观察组	45	22 (48.9)	20 (44.4)	3 (6.7)	42 (93.3) *

注: 与对照组相比, $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后临床症状积分比较

治疗后, 两组临床症状积分均较治疗前均显著减小, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后临床症状积分较对照组减小, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2: 两组患者治疗前后临床症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	45	7.8±0.7	2.5±1.1
观察组	45	7.9±0.8	1.0±0.6

2.3 两组治疗后不良反应情况

观察组治疗中出现 1 例恶心, 1 例便秘, 不良反应发生率为 4.44%; 对照组出现 1 例口干, 1 例恶心, 不良反应发生率为 4.44%, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

反流性食管炎是消化道系统的一种严重的炎症疾病, 是上消化道动力障碍的疾病, 主要是因为食管和胃交界处抵抗胃内容物反流进入食管的屏障功能、食管壁对反流物的清除能力以及胃的排空能力减弱, 导致胃内容物中的损伤因子如胃酸、胆盐、胃蛋白酶、胰酶等因子反流, 刺激、损害食管黏膜, 其根本原因在于保护因子和损伤因子的失衡^[4]。随着社会发展和生活水平的提高, 反流性食管炎发病率逐渐上升, 尤其是人们的生活和饮食习惯发生了很大变化 (生活作息不规律、饮食习惯差等) 增加了反流性食管炎的发生率。临床上对于反流性食管炎的治疗原则是: 一是增强食管泵和食管黏膜屏障等保护因素的能力, 二是降低反流物酸度、减少胃食管反流等损伤因素。研究认为对于缓解反流性食管炎的症状及快速愈合损伤黏膜与胃酸的控制密不可分, 一般临床上鉴别反流胃液对食管黏膜的侵袭力能力的极限值是胃



内 pH=4, 当 pH <4 时, 说明胃液中含有活性胃蛋白酶, 能够导致反流发生, 对食管黏膜有损伤, 因此治疗反流性食管炎的有效方法是将胃内 pH 提高至大于 4^[5]。同时, 在治疗反流性食管炎的过程中, 对患者生活方式的干预也是至关重要的, 在本研究中, 治疗期间会对吸烟、酗酒、肥胖 [体重指数 (BMI) > 25 kg/m²] 的患者给予戒烟、戒酒、减肥等的明确禁止, 做到少食及减少对巧克力、高脂肪、咖啡等高脂高糖食品及刺激性食物等的摄入, 尽量减低患者腹压, 并且尽量减少如抗胆碱能药、钙离子拮抗剂、三环类抗抑郁药、 β_2 肾上腺素能受体激动剂、多巴胺受体激动剂、茶碱等减低胃食管动力的药物的使用。反流性食管炎对食管黏膜损伤的主要因子是反流物中的胃酸, 质子泵抑制剂对反流性食管炎的治疗机理在于对胃壁细胞的 H⁺-K⁺-ATP 酶的抑制作用, 通过对胃酸分泌的最后环节的阻断, 对胃酸分泌的作用进行抑制, 该类药物的起效特点是强烈、持久, 并且质子泵抑制剂具有抑制幽门螺杆菌、减少分泌胃蛋白酶等两个消化道损害因素的作用。因此, 质子泵抑制剂对治疗胃食管反流病等酸相关性疾病有良好的治疗效果, 但在引用奥美拉唑、泮托拉唑等第一代质子泵抑制剂药物的过程中, 大量研究和临床资料发现, 这类药物在临床使用中可有抑酸作用慢、药动学个体差异大、多发生药物代谢性相互作用、疗效不稳定、不良反应多等缺点。新一代质子泵抑制剂——雷贝拉唑具有更强的抑酸效果, 其作用机理是部分可逆结合 H⁺-K⁺-ATP 的酶, 其特点是对基础、餐后的胃酸分泌的抑制作用迅速有效, 解离常数较高, 抑酸作用个体差异小、起效更快、持久、稳定、强大。多潘立酮的作用机理是对胃肠壁其作用, 对胃肠道的收缩、蠕动进行有效调节, 使得胃排空速度加快、食道的蠕动加快, 抑制恶心^[6-7]。替普瑞酮是一种萜烯类胃黏膜保护剂, 其作用机理是促使胃黏膜上皮细胞合成及分泌磷脂、内源性前列腺素、高分子糖蛋白与重碳酸盐, 使得黏膜的防御功能得到明

显提高; 并且能够修复组织、强化抵抗溃疡的形成, 对食管黏膜的损伤修复具有重要意义^[8]。本研究通过将上述三种药物联合使用发现, 其治疗的总有效率较对照组患者的总有效率得到明显提高, 临床症状评分也较对照组明显降低, 在治疗过程中不良反应如恶心、便秘、口干等发生的概率上则没有很大差异, 说明雷贝拉唑、多潘立酮联合替普瑞酮治疗反流性食管炎可以达到很好的治疗效果, 并且不会增加患者用药的不良反应。综上所述, 雷贝拉唑、多潘立酮、替普瑞酮联合治疗反流性食管炎疗效佳, 不良反应少, 值得在临床上推广。

参考文献

- [1] 邓秋枫, 刘丽青, 谢静秋. 埃索美拉唑与奥美拉唑治疗反流性食管炎临床对比研究 [J]. 当代医学, 2012(32):127-128.
- [2] 郑国静, 齐达春. 反流性食管炎的发病机制与治疗 [J]. 中国药理学, 2004, 22(2):266-268.
- [3] 李诗梅. 雷贝拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎疗效观察 [J]. 海南医学, 2012, 23(5):34-36.
- [4] 黄一鲜, 张冬琼, 黎琮毅. 反流性食管炎的诊治进展 [J]. 内科, 2012, 7(1):61-63.
- [5] 张学军. 表现为咽异感症的反流性食管炎 63 例临床误诊分析 [J]. 中国临床新医学, 2012, 5(1):37-38.
- [6] 孙忠实. 质子泵抑制剂的新突破——雷贝拉唑 [J]. 中国药理学杂志, 2003, 38(4):307-309.
- [7] 倪猛, 郑喜胜. 多潘立酮联合复方消化酶治疗老年人功能性消化不良的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(2):416-417.
- [8] 徐敏, 姜丽丽. 新型胃黏膜保护剂——替普瑞酮 [J]. 中国新药杂志, 2001, 10(3):167-170.

(上接第 90 页)
应加重。

中老年人皮肤和皮下组织不断老化, 弹性变差, 在术前设计去除皮肤时应秉承“宁少勿多”的原则。对中老年人应保留一定的眼睑皮肤松弛度, 以协调眼睑和整体。对单纯上睑皮肤松弛者, 一般不要超过设计宽度的 1/2 的去除量为优。如切除上睑皮肤过窄, 上睑仍松弛。臃肿; 如去除过多, 会造成眉下缘与睑缘间的距离过窄, 上睑不能完全闭合, 上睑皱褶过浅或未闭眼时能看到切口线等情况。一般上睑皮肤松弛主要表现在上睑中外 1/3 处。因此去皮时重点在上睑外侧, 内侧尽量少去或不去, 以免造成内眦处张力过大而形成瘢痕。对于下睑皮肤松弛者去除皮肤及眼轮匝肌时, 嘱受术者张口向上凝视, 向外上方提紧皮肤及眼轮匝肌, 宁少勿多, 以免造成睑外翻和睑球分离。眶

内脂肪体应适量切除。切除时应以手指轻压眼睑, 仅切除自然膨出的脂肪, 切勿将脂肪强行拉出剪除, 以免造成眶内脂肪凹陷的畸形。

参考文献

- [1] 赵素炎, 布希, 田彦杰等. 中老年人眼睑整形美容术 75 例临床分析 [J]. 中国中医眼科杂志, 2015, 25(5):344-346.
- [2] 吴浪. 眼睑美容整形术临床分析 [J]. 中外医疗, 2013, 32(10):70-71.
- [3] 杨德娟, 戴霞, 汪丽萍等. 应用术前冰敷减轻眼睑整形术中疼痛的临床效果观察 [J]. 局解手术学杂志, 2014, (5):551-551.
- [4] 王勇, 王超仁, 潘虹等. 眼袋整形术 200 例临床分析 [J]. 当代医学, 2011, 17(11):56.

(上接第 91 页)

疱停止时间、干燥结痂时间及皮疹消退时间均较对照组显著缩短, 进一步证实膦甲酸钠佐治 AIDS 患者 AHZ 对于促进水疱消退具有积极意义。

综上所述, AIDS 患者 AHZ 采用膦甲酸钠、阿昔洛韦、维生素 B1 及甲钴胺等综合治疗能够提高临床疗效, 促进水疱消退, 减轻患者的痛苦并改善其生活质量, 值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1] 杜健群, 卢斯汉, 郭庆等. 艾滋病合并带状疱疹 138 例临床

分析 [J]. 广东医学, 2014, 35(3):423-425.

- [2] 程琰. 综合疗法治疗艾滋病患者急性带状疱疹的临床应用价值 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(8):125-126.
- [3] 杨彤彤, 董玉洁, 艾尼瓦尔等. 艾滋病合并带状疱疹 72 例患者临床及预后分析 [J]. 中华实验和临床病毒学杂志, 2016, (1):58-60.
- [4] 黄显翔, 叶光荣, 张伟等. 膦甲酸钠治疗艾滋病患者合并带状疱疹疗效观察 [J]. 临床医药实践, 2014, 23(4):309-310.
- [5] 冯冬梅, 郑学军, 冀春萍等. 膦甲酸钠治疗带状疱疹疗效观察 [J]. 海峡药学, 2015, (4):170-171.

(上接第 93 页)

- [2] 侯雯莅, 宋瑞, 赵文娟, 等. 乳酸菌阴道胶囊治疗产后混合性阴道炎的疗效观察 [J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(30):5071-5073.
- [3] 苏倩, 卫兵. 乳酸菌阴道胶囊在阴道炎治疗中的临床运用 [J]. 安徽医药, 2013, 6(17):1041-1042.
- [4] 李梅. 乳酸菌阴道软胶囊联合倍美力治疗老年性阴道炎的疗

效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2013, 10(6):10.

- [5] 韩鲜梅. 阴道炎患者不同给药方案对阴道乳酸菌恢复及复发率的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 11(14):21.
- [6] 王小芳. 乳酸菌阴道胶囊在阴道炎治疗中的临床应用 [J]. 大家健康 (学术版), 2014, 11(20):149-150.