

奥美拉唑联合枳术宽中胶囊治疗胃食管反流病

王 燕¹, 周 力^{2*}, 黄 妍², 张永宏²

(1. 贵阳医学院附属肿瘤医院, 贵州 贵阳 550004; 2. 贵阳医学院附院 消化科, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] 目的: 观察奥美拉唑联合枳术宽中胶囊对非糜烂性胃食管反流病(NERD)的治疗效果。方法: 120例 NERD 患者随机分成3组, 奥美拉唑组(对照组1)40例, 奥美拉唑联合吗丁林组(对照组2)40例, 奥美拉唑与吗丁林联合枳术宽中胶囊组(观察组)40例, 治疗8周后, 观察患者治疗前后临床症状改善情况及症状积分。结果: 3组治疗后临床症状均有明显改善, 症状积分较治疗前显著下降($P < 0.05$), 观察组症状积分与对照组比较有显著差异($P < 0.05$)。结论: 奥美拉唑与吗丁林联合枳术宽中胶囊治疗 NERD 疗效优于单用奥美拉唑及奥美拉唑联合吗丁林组。

[关键词] 非糜烂性反流病; 奥美拉唑; 吗丁林; 枳术宽中胶囊

[中图分类号] R571.9 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2011)03-0302-02

胃食管反流病(GERD)是以烧心、反酸等症状为主要表现的疾病, 除症状外, 胃镜检查及24 h pH检测是诊断的主要依据之一, 但有65%~70%的GERD在胃镜下食管黏膜未见糜烂, 故又称非糜烂性反流病(NERD)。抑酸是目前治疗NERD的主要措施, 质子泵抑制剂(PPI)是目前最常用的药物, 但复发率较高。对2007年1月~2010年10月120例NERD患者, 采用PPI联合枳术宽中胶囊治疗, 报道如下。

1 资料和方法

1.1 病例选择

消化内科门诊就诊患者120人, 男68人, 女52人, 年龄(58 ± 4)岁, 病程2月~5年。采用GERD研究协作组推出的反流性疾病问卷(reflux disease questionnaire, RDQ), 评分达12分为诊断临界值, 而内镜下无食管炎表现; 患者2周内未服用过抑酸、保护胃黏膜及影响食管胃动力药物; 排除消化性溃疡病、卓-艾综合征、食管癌及胃癌、有食管及胃手术史、严重肝肾功能不全及心血管疾病、可致肠道症状的全身性疾病、妊娠及哺乳期妇女。患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 病例分组 120例患者治疗前作临床症状评分, 随机分成3组, 奥美拉唑组(对照1组)40例, 男23例, 女17例, 年龄(58 ± 6)岁; 奥美拉唑

联合吗丁林组(对照2组)40例, 男25例, 女15例, 年龄(54 ± 4)岁; 奥美拉唑与吗丁林联合枳术宽中胶囊组(观察组)40例, 男20例, 女20例, 年龄(56 ± 8)岁。3组患者在性别、年龄、病程、病情轻重方面无显著差异($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2.2 治疗方案 在改善生活方式及饮食习惯基础上, 观察组予奥美拉唑肠溶片20 mg, 口服, 每日2次; 吗丁林10 mg口服, 每日3次; 枳术宽中胶囊(山西康友药业有限公司生产, 批准文号: 国药准字Z20020003, 每粒含量为0.43 g)3粒, 口服, 每日3次。对照1组予以奥美拉唑肠溶片20 mg, 口服, 每日2次。对照2组予以奥美拉唑肠溶片20 mg, 口服, 每日2次; 吗丁林10 mg口服, 每日3次。3组疗程均为8周, 治疗中避免使用其它与治疗本病相关的药物。治疗8周后进行症状评分。

1.3 疗效观察及评价标准

1.3.1 临床症状评分 选择反酸、烧心、胸痛和反食作为典型胃食管反流症状^[1,2], 症状严重程度评估标准: 症状不明显, 医师提示时发现为1分; 症状明显, 影响日常生活, 偶尔服药为3分; 症状非常明显, 影响日常生活, 需长期服药治疗为5分。症状介于1分和3分之间为2分, 介于3分和5分之间为4分, 最高为20分。症状出现频率评估标准: 症状出现频度 <1 d/周、1 d/周、2~3 d/周、4~5 d/周以及6~7 d/周分别记为1、2、3、4及5分, 最高为20分。总分为严重程度及频率评分的总和, 最高

为 40 分。

1.3.2 疗效评定标准 临床症状疗效评定:痊愈:治疗后症状完全消失;显效:症状积分降低 >50%,但未完全消失;有效:临床症状积分降低 25% ~ 50%,但未完全消失;无效:临床症状积分降低 < 25%。症状有效率(%)=(痊愈+显效)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 Excel 统计软件处理计数资料以率表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 症状程度疗效评价

治疗 8 周后,3 组的症状程度积分均较治疗前显著改善(*P* < 0.05),观察组症状有效率 85%,显著高于对照 1 组(64%)和对照 2 组(63%),3 组差异有显著性(*P* < 0.05)。

2.2 症状频度疗效评价

治疗 8 周后,3 组的症状频度积分均较治疗前显著改善(*P* < 0.05),观察组症状有效率 90%,显著高于对照 1 组(72%)和对照 2 组(75%),3 组差异有显著性(*P* < 0.05)。

2.3 症状疗效评价

治疗 8 周后,3 组的症状程度和症状频度总积分均较前显著改善(*P* < 0.05),观察组临床症状有效率 88%,显著高于对照 1 组(68%),对照 2 组(70%)(*P* < 0.05);3 组比较差异有显著性(*P* < 0.05)。见表 1。

2.4 不良反应观察

观察患者肝肾功能无明显异常,因服用枳术宽中胶囊有 3 例患者感大便次数增多,自行缓解,未中断治疗方案。

表 1 3 组患者治疗前后症状积分及症状有效率比较

Tab.1 Comparison of efficiency and accumulating points of symptom in patients of the 3 groups before and after treatment

组别	<i>n</i>	症状积分(分)		症状有效率(%)
		治疗前	治疗后	
观察组	40	19.5 ± 7.0	9.3 ± 3.7	88%
对照 1 组	40	19.9 ± 7.3	11.7 ± 4.9	68%
对照 2 组	40	19.0 ± 7.1	11.2 ± 4.2	70%

3 讨论

GERD 是胃肠动力障碍性疾病,可分为糜烂性食管炎(EE)、非糜烂性反流病(NERD)和 Barrett’s 食管(BE)3 种类型^[3],发病机制与胃食管动力障碍、反流物的侵袭作用等有关,一过性食管下括约肌(LES)松弛是引起 GERD 的重要因素,胃液及十二指肠内容物反流均可损伤食管黏膜。食管高敏感性、非酸性反流、心理因素等可能与 NERD 发病相关^[4]。基于 GERD 症状的诊断是有效可行的诊断,24 h pH 值检测及异常反流检测难以在临床广泛使用,内镜检查敏感性不高但对鉴别诊断有意义,采用症状分级计分的方法(RDQ),有助于 GERD 诊断的筛选试验。强力抑酸治疗临床最常用,但单纯抑酸治疗不能改善食管与胃的动力,不能从根本上阻止反流。

中医理论认为,NERD 是胃失和降、胃气上逆是其基本病机,情志不畅、肝气犯胃是其发病关键^[5]。枳术宽中胶囊是以古方“枳术汤”为基础制成,具健脾和胃、理气消痞功效,可增加胃肠动力,调节胃肠功能。

本研究发现,单用奥美拉唑、奥美拉唑联合吗丁林、奥美拉唑联合枳术宽中胶囊治疗,患者症状积分较治疗前改善(*P* < 0.05),观察组较两个对照组差别显著(*P* < 0.05)。观察组用药是在抑酸基础上,增加食管括约肌(LES)压力,减少胃酸及十二指肠内容物反流及其在食管的暴露时间,达到协同作用,而枳术宽中胶囊在促进胃排空^[6]基础上有健脾和胃、理气消痞功效,调节胃肠功能,在治疗过程中无明显不良反应发生,有较好的安全性和耐受性。

4 参考文献

[1] 中国胃食管反流病研究协作组. 反流性疾病问卷在胃食管反流病诊断中的价值[J]. 中华消化杂志,2003 (11):651-654.

[2] Vakil N,Zanten SV, Kahrilas P, et al. GlobalConsensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence - based consensus[J]. Am J Gastroenterol, 2006(8): 1900-1920.

[3] Fass R. Ofman JJ. Gastroesophageal reflux disease should we adopt a new conceptual framework[J]. Am J Gastroenterol,2002(8):1901-1908.

(下转第 305 页)

拉霉素、美满霉素的耐药株比例较低,而喹诺酮类,如环丙沙星、左氧氟沙星、氧氟沙星的耐药株比例相对较高。当根据药敏结果规范使用敏感抗生素后,尿道或宫颈分泌物、尿频、尿急等症状明显缓解。

表 2 107 例解脲脲原体阳性标本对 12 种
抗生素的药敏试验结果

Tab.2 Sensitive test results of the
107 Uu positive samples

抗生素	药物敏感性[n(%)]		
	敏感	中度敏感	耐药
四环素	64(59.8)	23(21.5)	20(18.7)
强力霉素	73(68.2)	18(16.8)	16(15.0)
美满霉素	68(63.6)	21(19.6)	18(16.8)
红霉素	41(38.3)	30(28.1)	36(33.6)
交沙霉素	55(51.4)	22(20.6)	30(28.0)
罗红霉素	51(47.7)	29(27.1)	27(25.2)
阿奇霉素	60(56.1)	22(20.6)	25(23.3)
克拉霉素	69(64.5)	20(18.7)	18(16.8)
司帕沙星	55(51.4)	27(25.2)	25(23.4)
氧氟沙星	40(37.4)	24(22.4)	43(40.2)
左氧氟沙星	45(42.1)	28(26.2)	34(31.7)
环丙沙星	48(44.9)	26(24.3)	33(30.8)

3 讨论

解脲脲原体是沙眼衣原体阴性非淋菌性尿道炎的主要病原体,与男性非淋菌性尿道炎相关的解脲脲原体主要为生物 2 群(血清型 2、4、5、8、9 等)^[3]。解脲脲原体在成年女性泌尿生殖道中的携带率约为 20%,而青春期后的正常男性泌尿生殖道很少携带,成年男性主要通过直接性接触感染解脲脲原体。对解脲脲原体感染的诊断与治疗应慎重,通常根据高危性行为史、典型临床表现及支

原体培养等结果作出综合分析。很多地区或医疗机构由于检测手段的局限,治疗时的盲目用药使耐药率逐年增高,对于由耐药菌株感染的患者采取经验性用药,不但不能有效治疗疾病,还常常可导致病原体耐药性的进一步形成^[4]。喹诺酮类药物因抗菌谱广,安全性好,使用简便,近几年广泛应用于临床,使其对多种病原体的敏感性逐年下降,也是导致对非淋菌性尿道炎治愈率下降的重要因素。

本组解脲脲原体阳性患者喹诺酮类耐药株除司帕沙星外均在 30% 以上,与曹兴午等^[5]统计的结果相似,在选用这类药时应慎重。同时因解脲脲原体感染急性期不规范用药,导致相当部分患者病情迁延或复发,从而转为慢性感染。强力霉素、克拉霉素、美满霉素等药物的耐药率较低,可考虑作为临床一线用药,通常 15~20 d 为一个疗程,在使用 1~3 个疗程后停药一周复查,往往具有明显的疗效,提示在临床诊疗过程中不能凭经验治疗,要根据药物敏感试验选择有效药物,不滥用抗生素,合理用药,以期达到最好的治疗效果。

4 参考文献

[1] 杨红起. 泌尿生殖系标本解脲与人型支原体的药敏分析[J]. 中国误诊学杂志,2004(2):251-252.
[2] 王虹,王彤. 临床抗菌药物合理使用问答[J]. 实用临床医药杂志,2010(13):14-15.
[3] 王千秋,张国成. 性传播疾病临床诊疗指南[M]. 上海:上海科学技术出版社,2007:98.
[4] 王彤,童庆明. 细菌耐药与对策研究[J]. 实用临床医药杂志,2009(1):32-33.
[5] 曹兴午,曹育爱,金合武,等. 生殖道分泌物支原体培养、半定量与耐药率的研究[J]. 中国男科学杂志,2000(3):163-165.

(2011-04-02 收稿,2011-05-03 修回)

(上接第 303 页)

[4] 张峻,徐有青,杨昭徐. Barrett's 食管、糜烂性食管炎及非糜烂性反流病发生机制的比较[J]. 世界华人消化杂志,2009(31):3249-3254.
[5] 陈建水,丘建荣,潘锋,等. 枳术丸加减治胃食管反流病的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志,2004(1):25-

26.
[6] 许翠萍,徐大毅,寇秋爱,等. 枳术宽中胶囊治疗功能性消化不良 403 例的Ⅱ期临床试验[J]. 中国新药与临床杂志,2004(23):493-497.

(2011-03-17 收稿,2011-04-14 修回)