

雷贝啦唑联合西沙比利治疗反流性食管炎 50 例 临床观察

黄宝根¹ 杨少华²

(1 江西省吉安县人民医院 吉安 343100; 2 江西省中医药研究院 南昌 330077)

关键词:反流性食管炎;雷贝啦唑;西沙比利

中图分类号:R 571

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0060-02

反流性食管炎(RE)是消化系统常见的疾病,临床表现多样,轻重不一。其发病机制是由于多种因素导致的上消化道运动障碍,胃、十二指肠内容物反流入食管而引起食管黏膜破损所致。我院自 2004 年 6 月~2008 年 6 月应用雷贝啦唑联合西沙比利治疗 50 例反流性食管炎,取得了较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 内镜诊断标准^[1] 正常,食管黏膜没有破损;A 级,一个或一个以上食管黏膜破损,长径小于 5mm; B 级,一个或一个以上黏膜破损,长径大于 5mm,但没有融合性病变;C 级,黏膜破损有融合,但小于 75%的食管周径;D 级,黏膜破损融合,至少达到 75%的食管周径。

1.2 一般资料 92 例均为 2004 年 6 月~2008 年 6 月来我院就诊患者,具有反酸、烧心、胸骨后疼痛等症状,经电子胃镜检查并经病理确诊为 RE,排除食道肿瘤、消化道溃疡及其他原因引起的食管病变,并能定期来我院复诊治疗和复查胃镜者,全部病例均无心、肝、肾功能不全者,无妊娠和哺乳期妇女。92 例患者随机分为两组,治疗组 50 例,男 31 例,女 19 例,年龄 21~65 岁,平均 43 岁;对照组 42 例,男 28 例,女 14 例,年龄 20~64 岁,平均 42 岁。两组患者年龄、性别、胃镜分级、病程差异无显著性,具有可比性。

1.3 治疗方法 治疗组用雷贝啦唑 10mg,口服,每天 1 次,西沙比利 10mg,口服,每天 3 次。对照组用法莫替丁 20mg,口服,每天 2 次,西沙比利 10mg,口服,每天 3 次。两组疗程均为 8 周,并观察

临床症状改善情况和 8 周后内镜下变化。

1.4 疗效判断 显效:临床症状完全消失,镜下反流性食管炎消失。有效:临床症状明显改善,镜下食管炎改善 1 个级别以上。无效:症状无变化,镜下无改变。

1.5 统计学方法 两组疗效比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗结果比较 见表 1、表 2。两组总有效率比较, $P < 0.05$, 有显著差异,治疗组优于对照组。

表 1 两组治疗 8 周后临床疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	26	23	1	98.0
对照组	42	16	18	8	81.0

表 2 两组治疗 8 周后内镜检查结果比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	25	22	3	94.0
对照组	42	15	17	10	76.2

2.2 不良反应 治疗组服药期间有 1 例头晕,2 例稀便。对照组 3 例头晕、乏力、恶心。症状均不严重,不影响治疗。

3 讨论

胃食管反流病主要指反流性食管炎,主要发病机制是抗反流防御机制减弱和反流物对食道黏膜攻击作用的结果^[1],促胃肠动力药和抑酸治疗被公认是治疗 RE 的主要方法。西沙比利是强效选择性 5-羟色胺受体激动剂,通过兴奋肌间神经丛的 5-羟色胺受体,促进神经末梢的乙酰胆碱释放,增加食管下括约肌压力,改善食管蠕动功能,促进胃排空,从而减少胃、十二指肠内容物食管反流及减少其在食管内暴露时间,正常用量时无明显不良反应。雷贝啦唑是质子泵抑制剂(PPD),可作用于壁细胞胃酸分泌,抑制胃酸分泌,从而减少胃酸对食管黏膜的攻击作用。笔者在临床中根据西医学病因病机结合中医学辨证施治,采用中西医结合治疗,在改善微循环、修复病灶等方面,能在多靶点上充分发挥作用,不仅能降低西药的不良反应,而且提高了治疗效果,故治疗组疗效显著优于对照组。

参考文献

[1]张学军,何春涛,张建中,等.皮肤性病学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.156-157

阿托品加黄体酮治疗肾绞痛 68 例

冀志强

(天津市宝坻区海滨医院 天津 301800)

关键词:肾绞痛;阿托品;黄体酮

中图分类号:R 692

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0061-02

肾绞痛是临床泌尿外科常见的急症之一,起病急,疼痛严重,常给患者带来极大痛苦。明确诊断后,一般应用度冷丁(哌替啶)治疗,但其镇痛时间短,往往有副反应,若连续使用,还有成瘾可能^[1]。我们近年应用阿托品加黄体酮治疗肾绞痛,取得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 68 例中男 56 例,女 12 例;年龄 16~49 岁,平均 32 岁。经 B 超检查 58 例,X 线 KUB 平片检查 6 例,逆行造影 4 例,最后诊断:右侧结石 32 例,其中肾脏结石 4 例,输尿管上段结石 6 例,输尿管下段结石 22 例;左侧结石 36 例,其中肾脏结石 6 例,输尿管上段结石 6 例,输尿管下段结石 24 例。结石大小 9mm× 12mm~2mm× 3mm。

1.2 治疗方法 肾绞痛发作时肌肉注射阿托品 0.5 mg 和黄体酮 40 mg,疼痛不能缓解,每隔 6~12 h 重复用药 1 次,共 2~3 d,无效者采用其他方法。

1.3 疗效判定 (1)显效:给药 15 min 后疼痛消失。(2)缓解:给药 30 min 内疼痛逐渐缓解,患者能耐受。(3)无效:给药后疼痛不能缓解或疼痛加重。(4)复发:显效或缓解后 48 h 内再发肾绞痛。

1.4 结果 显效 61 例,占 89.7%;缓解 6 例,占 8.8%;无效 1 例,占 1.5%。复发 9 例,复发率 13.4%,复发者再按原方案给药均得到缓解。仅有 2 例青年女性用药 6 d 后出现阴道少量流血,3 例老年患者用药后出现排尿困难,均于停药后缓解。

2 讨论

肾绞痛大多为肾结石、输尿管结石或其他因素引起尿路梗阻,使输尿管蠕动增强、肾内压升高所致,常引发上腹部和腰部绞痛,输尿管中、下段结石则引起侧腹中下部疼痛,也可发生对侧腰痛^[2]。一般

分泌终末步骤中的关键酶 H^+K^+-ATP 酶,使其不可逆活,能明显减少胃内容物酸度,研究表明 PPI 在维持 24h 胃内 pH 方面优于 H_2 受体阻滞剂,因此作用比 H_2 受体拮抗剂更强,且作用时间持久。PPI 被认为是胃食管反流病药物治疗的金标准,其目的是缓解症状,改善生活质量,治愈或防止黏膜损伤^[3]。

治疗组与对照组在临床症状改善和内镜下食

用阿托品、吗啡、度冷丁等药物治疗,但用药前必须确诊,以免掩盖急腹症症状。

阿托品为竞争性 M 受体阻断药,其作用广泛,能解除平滑肌的痉挛,对多种内脏平滑肌具有松弛作用,尤其是当平滑肌处于过度活动时,其松弛作用更为显著。阿托品肌肉注射后 15~20min 血药浓度达峰值,作用一般持续 4~6h,因此,可治疗肾绞痛。度冷丁主要为 u 型阿片受体激动剂,其作用机制与吗啡相同,肌肉注射后 10min 起效,45min 血药浓度达峰值,持续 3~5h,半衰期约 3h,主要在肝脏代谢,再以结合形式自尿中排泄。但其治疗剂量就可出现不良反应,有眩晕、出汗、恶心、呕吐、口干等,重复用药可致成瘾,短时间反复给予大剂量可引起震颤、肌肉抽搐、瞳孔散大、反射亢进和惊厥^[3]。故尽管其是治疗肾绞痛疗效较好的药物,但由于不良反应而限制其应用。

黄体酮治疗肾绞痛的机制主要是能松弛平滑肌和提高痛阈,并对交感神经有抑制作用,减少了输尿管交感传入纤维的痛觉冲动而起到镇痛作用,其镇痛持久但缓慢^[4,5]。同时因其能抑制醛固酮分泌,影响肾小管上皮细胞对钠水的重吸收,而产生显著的利尿作用。实验研究报道^[6],用黄体酮注射家兔,能明显降低家兔输尿管平滑肌电活动频率,并使尿流量增加。因注射黄体酮可使输尿管平滑肌松弛和扩张,输尿管平滑肌出现有力而有节律性的蠕动,加上利尿作用,有促使结石排出可能。因此,阿托品加黄体酮治疗肾绞痛具有副作用较少、无成瘾性、复发率低等优点,且避免麻醉药品管制问题,值得临床推广应用。

参考文献

[1]陈新谦,金有豫.新编药理学[M].第 14 版.北京:人民卫生出版社,1998.143

管炎愈合性方面比较,差异有显著性($P<0.05$),表明雷贝拉唑联合西沙比利治疗反流性食管炎是安全、有效的方法。

参考文献

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.369,371

[2]于成功,吴寒.质子泵抑制剂的临床应用与研究进展[J].中华消化内镜杂志,2007,24(1):74

(收稿日期:2008-11-25)