

野苏胶囊联合促胃动力药物治疗非特异性过度嗝气症患者临床疗效观察

王震 张晶晶

(安徽省芜湖市第二人民医院消化内科 芜湖 241000)

摘要:目的:观察野苏胶囊联合多潘立酮治疗非特异性过度嗝气症患者的临床疗效。方法:选取 2014 年 8 月~2016 年 1 月在我院就诊的 56 例非特异性过度嗝气症患者,随机分为治疗组和对照组。对照组采用单一多潘立酮片(10 mg,3 次/d)治疗,治疗组在此基础上联用野苏胶囊(0.99 g,3 次/d)治疗,疗程均为 4 周。治疗结束后比较两组嗝气症状评分、临床疗效、不良反应。结果:治疗 4 周后,两组嗝气症状评分均显著下降($P<0.05$)。治疗组和对照组嗝气治疗总有效率分别为 78.6%和 64.3%,显效率分别为 53.6%和 25.0%($P<0.05$),两组均未出现明显不良反应。结论:对于非特异性过度嗝气症患者,野苏胶囊联合多潘立酮治疗显著提高治疗效果。

关键词:非特异性过度嗝气症;野苏胶囊;多潘立酮

中图分类号:R573 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.09.010

嗝气是一种常见的生理现象,即胃内气体积聚引起一过性食管下括约肌松弛,气体经过食管从口中排出,过度的嗝气以致令人烦恼的病理状态则称为嗝气症。高分辨率食管测压和腔内阻抗技术的发展,为嗝气症的病理生理机制研究提供了客观依据^[1]。然而,嗝气症的临床治疗方案仍然有待进一步探讨。尤其是非特异性嗝气患者,嗝气症状往往较重,常规药物疗效欠佳,症状易反复发作,影响患者生活质量。本研究旨在评价野苏胶囊联合多潘立酮在非特异性过度嗝气治疗中的疗效及安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 8 月~2016 年 1 月在芜湖市第二人民医院收治的以嗝气为主要症状,且诊断为非特异性过度嗝气症患者 56 例,随机分为治疗组和对照组,治疗组 28 例,男 11 例,女 17 例,年龄(43.9 ± 8.5)岁,病程(17.5 ± 9.6)个月;对照组 28 例,男 12 例,女 16 例,年龄(41.2 ± 9.6)岁,病程(23.4 ± 10.9)个月。两组患者在性别、年龄及病程比较均无显著差异($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1)以嗝气为第一主诉及主要症状的门诊患者;(2)符合非特异性过度嗝气症的诊断标准;(3)年龄 18~60 岁;(4)签署知情同意书。采用罗马Ⅲ对非特异性嗝气症的诊断标准:每周至少发生数次反复嗝气,没有过度吞咽空气的证据。诊断前症状出现至少 6 个月,近 3 个月满足以上标准。

1.3 排除标准 (1)对野苏胶囊或多潘立酮片药物过敏者;(2)胃镜检查排除上消化道溃疡、肿瘤、炎症等器质性病变者;(3)明显焦虑、抑郁症患者;(4)有严重的心、肺、肝、肾等慢性疾病;(4)妊娠期或哺乳期妇女。

1.4 给药方法 (1)治疗组给予多潘立酮(10 mg,3 次/d,餐前半小时服用,国药准字 H20033213),联用野苏胶囊 (0.99 g, 餐后半小时服用, 国药准字 Z20000135),对照组服用多潘立酮(10 mg,3 次/d,餐前半小时服用)。疗程均为 4 周。治疗期间禁止服用其他治疗功能性消化不良的药物。

1.5 疗效评价 治疗前、治疗 4 周末根据患者自觉嗝气症状的严重程度进行评分:(1)轻度:1 分,症状轻微,暂不影响工作、生活;(2)中度:2 分,介于轻度和重度之间;(3)重度:严重影响工作、生活。评估疗效:(1)痊愈:嗝气症状完全消失;(2)显效:嗝气症状明显改善;(3)有效:嗝气症状有所缓解;(4)无效:嗝气症状无改变。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。显效率=(痊愈例数+显效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。治疗前、治疗 4 周末检查血、尿、粪常规,肝、肾功能,心电图,每周随访 1 次,观察并记录药物不良反应。

1.6 统计分析 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 研究结果

2.1 治疗前后嗝气症状评分比较 治疗前,治疗组和对照组患者嗝气症状总体评分分别为 61 分和 60 分,在症状轻重分布上无显著差异($P>0.05$)。治疗组治疗后总体评分为 43 分,与治疗前相比评分显著降低($P=0.004<0.01$)。对照组治疗后总体评分为 47 分,比治疗前显著降低($P=0.017<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后嗝气症状评分(例)

组别	n	时间	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)	合计
治疗组	28	治疗前	5	13	10	61
		治疗后	17	7	4	43
对照组	28	治疗前	4	16	8	60
		治疗后	14	9	5	47

2.2 临床疗效 治疗组总有效率为 78.6%，显效率为 53.6%；对照组总有效率为 64.3%，显效率为 25.0%。治疗组显效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P=0.029<0.05$)，两组总有效率比较无显著差异 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较						
组别	n	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
治疗组	28	3	12	7	6	78.6
对照组	28	2	5	11	10	64.3
						显效率 (%)
						53.6
						25.0

2.3 不良反应 两组患者治疗前后查三大常规，肝、肾功能，心电图均无异常发现。两组均未发现失眠、头晕、头痛等不良反应。

3 讨论

嗝气症是一种以反复嗝气为主要特征的功能性胃肠病，罗马III标准中将嗝气症根据发生机制的不同分为两个亚型，即吞气症和非特异性过度嗝气。吞气症患者由于频繁吞咽空气，除嗝气症状外，往往伴随胃肠胀气、排气增多、便秘等临床表现^[2]。非特异性嗝气患者的嗝气模式为胃上嗝气，指气体快速进入食管并快速从口中排出，伴随令人不悦的声音。胃上嗝气时，患者可能通过收缩咽部肌肉使气体进入食管，或者因吸气时胸腔负压增加，食道上下括约肌松弛，空气被吸入食管，再通过腹肌紧张使腹压增高，促使气体排出^[3]。

非特异性嗝气症的发生机制尚未明确。精神心理因素和食管蠕动功能障碍可能参与非特异性嗝气的发病^[4]。负性生活事件和焦虑抑郁状态在嗝气症患者中较为常见。研究发现，胃上嗝气症患者在睡觉、讲话和注意力分散时嗝气次数明显减少^[5-6]。另有假说认为，胃上嗝气可能最初是患者为减轻胸骨后或腹部不适而自我诱导的无意识行为，以后逐渐形成一种习惯^[7]。非特异性嗝气症患者还常合并有胃食管反流及消化不良的症状。食管蠕动功能障碍在胃上嗝气中的作用仍存在争议。近期一项回顾性研究发现 100 例胃上嗝气症患者中有 44 例存在食管蠕动功能下降^[8]。

非特异性嗝气症的治疗方法包括语言治疗、生物反馈、行为治疗和药物治疗等^[4]，但各种治疗方法的疗效仍不明确，缺乏充足临床证据，尤其是国内相关研究较少。对于非特异性嗝气症，首先要关注患

者是否有焦虑情绪，向患者充分解释其过度嗝气是一种行为异常，并非器质性病变，以缓解其对病情的过分担忧。多潘立酮是一种苯丙咪唑类衍生物，强效的外周多巴胺受体拮抗剂，可增强食道的蠕动和食道下端括约肌的张力，促进胃的蠕动和排空，是功能性消化不良的常用药物之一，也能有效改善患者的嗝气症状。野苏胶囊是以野木瓜、白矾、陈皮、碳酸氢钠为主要成分的中成药，具有理气调中、和胃止痛的功效，适用于气滞寒凝所致的胃脘疼痛、腹胀、嗝气等症状。既往有文献报道，野苏胶囊治疗胃病具有良好疗效，与奥美拉唑等西药联用可提高胃病治愈率，并缩短疗程^[9]。本研究发现，野苏胶囊联合多潘立酮能改善非特异性嗝气症患者的嗝气症状，减少嗝气次数，且疗效优于单独服用多潘立酮。野苏胶囊治疗过程中未发现明显不良反应。因此，野苏胶囊是治疗非特异性嗝气症安全、有效的药物，可与多潘立酮联用，提高对嗝气症状的治疗效果。

参考文献

[1]Saleh CM,Bredenoord AJ.Utilization of esophageal function testing for the diagnosis of the rumination syndrome and belching disorders [J].Gastrointest Endosc Clin N Am,2014,24(4):633-642

[2]Hemmink GJ,Weusten BL,Bredenoord AJ,et al.Aerophagia:excessive air swallowing demonstrated by esophageal impedance monitoring [J].Clin Gastroenterol Hepatol,2009,7(10):1127-1129

[3]Kessing BF,Bredenoord AJ,Smout AJ.The pathophysiology,diagnosis and treatment of excessive belching symptoms [J].Am J Gastroenterol,2014,109(8):1196-1203

[4]Joanne LS Ooi,Rukiye Vardar,Daniel Sifrim.Supragastric belching[J].Curr Opin Gastroenterol,2016,32(4):302-309

[5]Bredenoord AJ,Weusten BL,Timmer R,et al.Psychological factors affect the frequency of belching in patients with aerophagia [J].Am J Gastroenterol,2006,101(12):2777-2781

[6]Karamanolis G,Triantafyllou K,Tsiamoulos Z,et al.Effect of sleep on excessive belching a 24-hour impedance-pH study [J].J Clin Gastroenterol,2010,44(5):332 - 334

[7]Kessing BF,Bredenoord AJ,Smout AJ.Mechanisms of gastric and supragastric belching:a study using concurrent high-resolution manometry and impedance monitoring [J].Neurogastroenterol Motil, 2012,24(12):573-579

[8]Koukias N,Woodland P,Yazaki E,et al.Supragastric belching: prevalence and association with gastroesophageal reflux disease and esophageal hypomotility [J].J Neurogastroenterol Motil,2015,21(3): 398-403

[9]娄金华.野苏胶囊治疗胃病 30 例疗效观察[J].实用中西医结合临床,2012,12(6):82

(收稿日期: 2016-08-01)