

察组,TSH 水平高于观察组,差异有统计学意义, $P<0.05$;两组 T_4 指标比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组甲状腺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别		n	T ₃ (nmol/L)	T ₄ (nmol/L)	TSH(mIU/L)
观察组	放射治疗组	22	1.61± 0.41 [*]	107.15± 23.43 [#]	1.43± 0.32 [*]
	放射介入组	17	1.62± 0.33 [*]	111.58± 22.86 [#]	1.26± 0.37 [*]
	放射诊断组	18	1.63± 0.28 [*]	108.43± 22.54 [#]	1.46± 0.36 [*]
	核医学组	3	1.73± 0.25 [*]	94.26± 18.79 [#]	1.45± 0.33 [*]
对照组		6	1.54± 0.29	110.89± 19.87	1.97± 0.25

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$,与对照组比较,[#] $P>0.05$ 。

3 讨论

电离辐射是由间接或直接的电离粒子或二者混合所组成的辐射,可使受作用物质发生电离现象,具有频率高、波长短、能量高等特点,是原子以电磁波形式所传递释放的能量,对组织或器官的损伤程度主要由辐射剂量的大小所决定,且吸收的剂量易造成潜在损害,或取决于辐射类型及对不同组织、器官的敏感性^[4-5]。甲状腺是人体最大的内分泌腺体,极易受到电离辐射影响,产生形态或功能的改变,甲状腺结节是甲状腺异常最为显著的表现^[6]。相关研究显示^[7],约 6%的甲状腺病变可经临床触诊确定,约 70%的甲状腺病变可经超声检查确诊,所检出的甲状腺结节约 10%为甲状腺癌。目前关于电离辐射与甲状腺异常的相关性研究较少,但认为长时间低剂量的电离辐射对放射工作人员甲状腺功能异常可能存在密切的关系。

研究结果显示,观察组中核医学组年总电离辐射剂量明显高于放射治疗组、放射诊断组及放射介入组,但均处于正常水平;比较两组甲状腺结节患病

情况及甲状腺功能,对照组 T_3 水平明显低于观察组,TSH 水平高于观察组,两组 T_4 及甲状腺结节患病率比较差异无统计学意义,说明长期低剂量的电离辐射可引发甲状腺出现单发或多发结节,且可导致甲状腺 T_3 水平上升,TSH 水平下降。分析其原因可能为此次研究的工作人员所接触的电离辐射种类及对接触的电离辐射所产生的应急代偿反应不同^[8]。综上所述,长期接触低剂量电离辐射不会增加放射工作人员甲状腺异常的风险,但对放射工作人员甲状腺功能中 T_3 及 TSH 水平有一定影响。由于此次研究样本量较小,相关研究结果还需进一步进行多样本的验证。

参考文献

[1]楼炜,姚婉,楼敏铭,等.电离辐射反应中 PML 调控 CXCR4 的表达[J].浙江临床医学,2016,18(10):1771-1773
[2]许瑞雪,吴春明,赵永顺,等.电离辐射对人脑胶质瘤细胞 NF- κ B 信号通路的作用及其机制[J].中华神经外科疾病研究杂志,2016,15(4):313-316
[3]杨非,周敏,龚力,等.低剂量电离辐射对放射从业者血小板及白细胞的影响分析[J].中华流行病学杂志,2016,37(12):1578-1582
[4]张万峰,唐侍豪,谭强,等.某离子吸附型稀土矿生产企业电离辐射剂量调查[J].中华劳动卫生职业病杂志,2016,34(8):620-622
[5]宋雷,刘勇,马伟林,等.氟达拉滨联合不同电离辐射对肾癌细胞系 786-O 杀伤效果观察[J].中华放射肿瘤学杂志,2016,25(6):646-651
[6]康红,杨慧,柯少波,等.电离辐射对不同放射敏感性细胞中高迁移率簇蛋白 B₁ 的诱导表达作用[J].中华放射医学与防护杂志,2016,36(7):486-490
[7]何鼎盛,李富业,冀晓丽,等.接触小剂量电离辐射人员职业紧张水平的调查[J].新疆医科大学学报,2016,39(11):1452-1455
[8]董翔.医用射线暴露对医务人员甲状腺功能的影响分析[J].东南大学学报(医学版),2016,35(5):755-758

(收稿日期:2017-03-17)

探讨雷贝拉唑联合莫沙必利治疗糜烂性食管炎的临床效果

崔征

(河南省濮阳市油田总医院消化内科 濮阳 457000)

摘要:目的:探讨雷贝拉唑联合莫沙必利治疗糜烂性食管炎的临床效果。方法:选取 2014 年 1 月~2015 年 5 月我院收治的 100 例糜烂性食管炎患者为研究对象,随机分为对照组和研究组,各 50 例。研究组给予雷贝拉唑联合莫沙必利治疗,对照组给予法莫替丁联合莫沙必利治疗。比较两组治疗总有效率、复发率及不良反应发生率。结果:研究组的总有效率显著高于对照组($P<0.05$),疾病复发率显著低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:雷贝拉唑联合莫沙必利治疗糜烂性食管炎疗效确切,可有效改善临床症状,降低复发率,值得临床推广应用。

关键词:糜烂性食管炎;雷贝拉唑;莫沙必利

中图分类号:R571

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.031

糜烂性食管炎是因各种理化原因所致的食管黏膜损伤,其中以胆汁、胃液反流至食管造成食管黏膜炎症、溃疡、糜烂最为常见。该病主要采取药物治疗,抑酸是治疗关键。目前临床治疗多采用 H2 受体阻

滞剂或质子泵抑制剂联合胃动力药进行治疗,但不同药物的效果有所差异性^[1]。本研究探讨雷贝拉唑联合莫沙必利应用于糜烂性食管炎的临床效果,为进一步完善糜烂性食管炎的临床治疗方案提供依

据。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月~2015 年 5 月我院收治的 100 例糜烂性食管炎患者为研究对象,随机分为对照组和研究组各 50 例。研究组男 30 例,女 20 例;年龄 23~72 岁,平均年龄(50.6± 7.6)岁。对照组男 28 例,女 22 例;年龄 23~73 岁,平均年龄(50.5± 7.8)岁。两组一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 入选标准:符合糜烂性食管炎的诊断标准^[2]。排除标准:药物过敏史;合并其他食管炎性病变;合并严重肝肾功能障碍。所有患者均签署知情同意书。

1.3 治疗方法 研究组给予雷贝拉唑联合莫沙必利治疗:雷贝拉唑(国药准字 H20002851)餐前口服,10 mg/次,2 次/d;莫沙必利(国药准字 H20051719)餐前口服,5 mg/次,3 次/d,持续治疗 8 周;8 周后给予雷贝拉唑晨服、10 mg/次、1 次/d,加用莫沙必利餐前口服、5 mg/次、3 次/d,再持续治疗 24 周。对照组应用法莫替丁联合莫沙必利治疗:法莫替丁(国药准字 H32024220)餐后口服,20 mg/次,2 次/d;莫沙必利餐前口服,5 mg/次,3 次/d,持续治疗 8 周;8 周后给予法莫替丁餐后口服,20 mg/次,1 次/d,再持续治疗 24 周。

1.4 观察指标及标准 随访 6 个月,比较两组治疗总有效率、复发率及不良反应发生率。(1)参照第 14 版《实用内科学》及全国食管病诊断研讨会制定的食管病内镜诊断与分级标准进行疗效评估:内镜表现消失,症状积分为 1~3 分,为显效;内镜分级改善 1 个级别及以上,症状积分在 4~8 分,为有效;内镜分级无变化,症状积分为 9~16 分,为无效。总有效率为显效率与有效率之和。(2)症状积分:为 1 个月内症状(胸痛、烧心、吞咽困难、反酸等症状)严重度(轻微症状计 1 分,影响生活的中度症状计 2 分,严重干扰正常生活的症状计 3 分,无法耐受的症状计 4 分)乘以发作频率(每个月 1 次或 1 次以下计 1 分,每周 1 次或 1 次以下计 2 分,每日 1 次或 1 次以下计 3 分,每日发作计 4 分)^[3]。

1.5 统计学处理 采用 SPSS15.0 软件处理,计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 研究组总有效率显著高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	50	30 (60.00)	19 (38.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
对照组	50	20 (40.00)	22 (44.00)	8 (16.00)	42 (84.00)
χ^2					4.396
P					<0.05

2.2 两组 6 个月后复发率比较 研究组 6 个月后疾病复发 4 例 (8.00%), 对照组复发 11 例 (22.00%),研究组疾病复发率显著低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

2.3 两组不良反应发生率比较 对照组发生轻微腹泻 1 例,未采取任何干预措施,自行好转,研究组未见明显的不良反应发生,两组不良反应发生率比较无显著性差异, $P>0.05$ 。

3 讨论

糜烂性食管炎主要表现为反酸、烧心等症状,属于慢性疾病,极易复发,严重影响患者生活质量。研究发现^[4],糜烂性食管炎的发病率为 2%~8%,在病变的作用下可造成食管黏膜反复损伤及再生,易生成 Barrett 食管。Barrett 食管指不正常的柱状上皮代替了食管远端鳞状黏膜上皮,不仅是糜烂性食管炎的严重病理并发症,也是癌前病变。有学者认为^[5],胃食管反流与糜烂性食管炎、Barrett 食管及食管腺癌具有密切的相关性。因此,抑制反流症状、积极治疗原发病、降低疾病复发率是治疗疾病,预防并发症,改善患者生活质量的关键。

法莫替丁属于 H2 受体抑制剂,可促使肠壁肌释放乙酰胆碱,调节胃、食管、结肠及小肠的运动功能,是治疗糜烂性食管炎的常见药物。但多项研究指出^[6-7],法莫替丁局部作用效果不佳,症状改善时间过短,长期治疗疗效不够理想。雷贝拉唑可抑制胃酸分泌,且作用持久,稳定性及安全性较佳。莫沙必利为 5-HT4 受体激动剂,可有效促进乙酰胆碱释放,强化胃肠道动力,改善消化不良症状。有学者发现^[8],质子泵抑制剂与促动力药物联合应用不仅可以提高临床疗效,还能降低复发率。本研究结果显示,研究组治疗总有效率显著高于对照组,且疾病复发率显著低于对照组($P<0.05$),两组不良反应发生率无明显差异。说明雷贝拉唑联合莫沙必利治疗糜烂性食管炎疗效确切,可有效降低复发率,具有较高的安全性。综上所述,雷贝拉唑联合莫沙必利治疗糜烂性食管炎疗效确切,可有效改善临床症状,降低复发率,值得临床推广应用。

参考文献

[1]王文波.雷贝拉唑与奥美拉唑治疗老年反流性食管炎的内镜疗效对比[J].海南医学院学报,2014,20(12):1644-1647

[2]马慧敏,李一帆,汪燕燕,等.莫沙必利联合质子泵抑制剂治疗胃食管反流病的 Meta 分析[J].中国临床药理学杂志,2015,31(5):384-387
[3]王计.雷贝拉唑对反流性食管炎患者食管动力学指标的影响[J].海南医学院学报,2014,20(2):209-211,215
[4]张莎,刘华一.胃食管反流病中医诊疗经验与实验研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2014,24(8):240-243
[5]史付力.雷贝拉唑和奥美拉唑分别联合莫沙必利治疗反流性食管

炎的疗效比较[J].现代诊断与治疗,2014,25(13):2945-2947
[6]曾云波,程远.莫沙必利联合埃索美拉唑对非糜烂性胃食管反流患者的疗效[J].世界华人消化杂志,2014,22(33):5130-5135
[7]王瀛峰,张继全,吴飞,等.胃食管反流病的中西医结合发病机制及临床治疗的研究进展[J].世界华人消化杂志,2013,21(34):3821-3827
[8]于洋.雷贝拉唑治疗老年非糜烂性胃食管反流患者的临床研究[J].中国民康医学,2015,27(23):39-41

(收稿日期: 2017-03-17)

氟哌噻吨美利曲辛片治疗反流性食管炎

冯军安 王郁杰 秦宝山

(河南省郑州市人民医院消化内科 郑州 450003)

摘要:目的:探讨氟哌噻吨美利曲辛片在反流性食管炎治疗中的应用效果。方法:选择 2016 年 2~12 月我院收治的反流性食管炎患者 96 例为研究对象,随机分为普通组和干预组各 48 例。普通组采用常规疗法,干预组在普通组基础上加用氟哌噻吨美利曲辛片治疗。比较两组患者治疗效果,临床症状缓解时间,治疗前后患者焦虑、抑郁、症状积分的差异。结果:干预组患者治疗效果明显优于普通组($P<0.05$);干预组患者吞咽困难、反酸、黏膜愈合等临床症状缓解时间均短于普通组($P<0.05$);治疗前两组患者焦虑自评量表评分、抑郁自评量表评分、症状积分无显著性差异($P>0.05$),治疗后两组患者焦虑自评量表评分、抑郁自评量表评分、症状积分均明显改善,且干预组优于普通组($P<0.05$)。结论:氟哌噻吨美利曲辛片在反流性食管炎治疗中的应用效果显著,可有效改善临床症状,缓解患者不良心理情绪,提升整体疗效。

关键词:反流性食管炎;氟哌噻吨美利曲辛片;疗效

中图分类号:R571

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.04.032

反流性食管炎是常见的消化系统疾病,患者可出现胸骨后烧灼感、胃食管反流等症状,病程长,迁延不愈,严重影响患者生活和工作,导致焦虑、抑郁等不良心理情绪的出现。随着人们生活节奏的加快及饮食习惯的改变,反流性食管炎的发病率逐年增加^[1-2]。本研究将氟哌噻吨美利曲辛片应用于反流性食管炎联合治疗中,取得良好的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 2~12 月我院收治的反流性食管炎患者 96 例为研究对象,随机分为普通组和干预组各 48 例。干预组男 30 例,女 18 例;年龄 31~76 岁,平均年龄(46.24±2.45)岁。普通组男 32 例,女 16 例;年龄 32~78 岁,平均年龄(46.58±2.25)岁。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 普通组采用常规治疗,给予埃索美拉唑口服,20 mg/次,2 次/d。干预组在普通组治疗基础上加用氟哌噻吨美利曲辛片(含有氟哌噻吨 0.5 mg、美利曲辛 10 mg)口服,1 片/次,2 次/d。两组均治疗 2 个月。

1.3 观察指标 比较两组患者治疗效果,临床症状缓解时间,治疗前后患者焦虑、抑郁、症状积分的差异。疗效标准^[3]:焦虑自评量表评分、抑郁自评量表

评分减少 70%以上,反酸等症状均消失,食管黏膜愈合为显效;焦虑自评量表评分、抑郁自评量表评分减少 50%以上,反酸等症状改善,食管黏膜大部分愈合为有效;未达到上述标准为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。症状积分主要评估反酸、烧心、吞咽困难、胸骨后疼痛等,采用 0~3 分法评价,总分 0~12 分,分数越高症状越严重。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计软件,计数资料以百分比表示,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 两组患者疗效比较 干预组患者疗效明显高于普通组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者疗效比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
普通组	48	16 (33.33)	20 (41.67)	12 (25.00)	36 (75.00)
干预组	48	28 (58.33)	18 (37.50)	2 (4.17)	46 (95.83)
χ^2					4.181
P					<0.05

2.2 治疗前后两组患者焦虑、抑郁、症状积分比较 治疗前,两组患者焦虑、抑郁、症状积分比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后,两组患者焦虑、抑郁、症状积分均有明显改善,且干预组优于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。