

蒲元和胃胶囊联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎的临床分析

刘盟

(河南省郑州市第七人民医院 郑州 450006)

摘要:目的:探讨蒲元和胃胶囊联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎的效果。方法:采集我院 2018 年 1 月~2020 年 2 月收治的 126 例反流性食管炎患者的临床资料,将采用雷贝拉唑治疗的 65 例患者归为对照组,采用蒲元和胃胶囊联合雷贝拉唑治疗的 61 例患者归为观察组。比较两组治疗前、治疗 2 个月后中医证候积分、胃肠激素水平。结果:治疗 2 个月后,两组胃脘痞胀、胃脘疼痛、嗳气频作积分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗 2 个月后,两组血清胃动素、胃泌素水平均高于治疗前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:蒲元和胃胶囊联合雷贝拉唑治疗可改善反流性食管炎患者临床症状,调节胃肠激素水平。

关键词:反流性食管炎;雷贝拉唑;蒲元和胃胶囊;胃肠激素

中图分类号:R571

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.05.032

反流性食管炎(RE)为临床常见的消化系统疾病,主要由于抗反流屏障遭到破坏、胃十二指肠功能异常、食管清除能力下降等因素导致^[1]。烧心、胃内容物反流为 RE 患者典型症状,部分病情较为严重者可因食管黏膜糜烂而致出血,需及时采取有效治疗以保证患者预后^[2]。目前,临床多采用质子泵抑制剂治疗 RE,其中以雷贝拉唑较为常见,可抑制胃酸分泌,近期疗效较好,但停药后复发率极高。中医学认为,RE 属“胃脘痛”范畴,多由内伤饮食、情志不畅导致肝气郁滞、胃失和降^[3],而蒲元和胃胶囊具有行气和胃止痛之功效。本研究将蒲元和胃胶囊与雷贝拉唑联合应用于 RE 患者治疗中,探究其疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院 2018 年 1 月~2020 年 2 月收治的 126 例 RE 患者的临床资料,根据治疗方法不同分为对照组 65 例和观察组 61 例。对照组男 34 例,女 31 例;年龄 31~62 岁,平均 (46.14 ± 2.52) 岁;病程 4 个月~7 年,平均 (3.57 ± 1.26) 年。观察组男 32 例,女 29 例;年龄 34~67 岁,平均 (45.96 ± 2.30) 岁;病程 3 个月~8 年,平均 (3.61 ± 1.22) 年。两组一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[4]中相关诊断标准:典型的反流综合征且无报警症状;质子泵抑制剂试验有效;内镜食管炎存在;24 h pH 监测呈阳性。中医参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]辨证属肝胃气滞证,主症:胃脘痞胀疼痛;次症:嗳气频作;苔薄白,脉弦。

1.3 入组标准 (1)纳入标准:符合上述中西医诊断标准;临床资料保存完整。(2)排除标准:合并十二指肠溃疡、胃癌等胃部疾病;有食管、胃部手术史;参与研究前 10 d 服用 H₂ 受体阻断剂。

1.4 治疗方法 两组均行常规治疗,口服盐酸雷尼替丁片(国药准字 H33021449),0.15 g/次,2 次/d。对照组在常规治疗基础上口服雷贝拉唑钠肠溶片(国药准字 H20052136),20 mg/次,1 次/d,连续治疗 2 个月。观察组于对照组基础上口服蒲元和胃胶囊(国药准字 Z20090720),4 粒/次,3 次/d,饭后 30 min 服用,连续治疗 2 个月。

1.5 观察指标 (1)中医证候积分:比较两组治疗前、治疗 2 个月后中医证候积分,包括胃脘痞胀、胃脘疼痛、嗳气频作,其中每项均以 0 分为无症状,1 分为轻度症状,2 分为中度症状,3 分为重度症状。(2)胃肠激素:采集两组治疗前、治疗 2 个月后空腹静脉血,使用上海恒远生物科技有限公司提供的试剂盒并经酶联免疫吸附法检测血清胃动素(MTL)、胃泌素(GAS)水平。

1.6 统计学方法 采用 SPSS24.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,行 t 检验,计数资料用率表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较 治疗前,两组胃脘痞胀、胃脘疼痛、嗳气频作积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 2 个月后,两组胃脘痞胀、胃脘疼痛、嗳气频作积分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

时间	组别	n	胃脘痞胀	胃脘疼痛	嗳气频作
治疗前	观察组	61	2.28± 0.37	2.07± 0.51	2.28± 0.31
	对照组	65	2.21± 0.43	2.03± 0.52	2.31± 0.38
	t		0.977	0.436	0.484
	P		0.331	0.664	0.629
治疗 2 个月后	观察组	61	0.22± 0.11*	0.24± 0.18*	0.34± 0.11*
	对照组	65	0.98± 0.22*	1.07± 0.25*	1.18± 0.46*
	t		24.279	21.266	13.891
	P		0.000	0.000	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组胃肠激素水平比较 治疗前,两组血清

MTL、GAS 水平比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗 2 个月后，两组血清 MTL、GAS 水平均高于治疗前，且观察组高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组胃肠激素水平比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

时间	组别	n	MTL (ng/L)	GAS (pg/ml)
治疗前	观察组	61	232.77± 22.19	114.67± 11.33
	对照组	65	234.52± 23.13	115.81± 11.61
	t		0.433	0.557
治疗 2 个月后	观察组	61	324.70± 30.38*	168.18± 17.25*
	对照组	65	287.91± 28.82*	135.22± 12.32*
	t		6.976	12.400
	P		0.000	0.000

注：与同组治疗前比较，* $P<0.05$ 。

3 讨论

RE 是由多种因素综合作用引起的慢性炎症反应，发病机制主要有以下 3 点：（1）食管下段括约肌出现松弛，食道黏膜的完整性遭受破坏，从而导致黏膜溃疡、糜烂；（2）食管蠕动发生障碍，使得酸性物质排空延迟，进而促进食管反流；（3）食管抗反流屏障异常，致使胃内容物逆向流入食管，引发反流性食管炎^[9]。目前，抑制胃酸分泌、促进胃肠动力为临床治疗 RE 的一线方案，但 RE 病情易反复，常规治疗疗程较长，需联合其他药物以进一步提高治疗效果。

中医学认为，RE 属“胃脘痛”范畴，病位在胃，与肝、脾密切相关。胃气郁滞，胃失和降，不通则痛。饮食不节，损伤脾胃、胃气壅滞，或感受外邪，致胃脘气机阻滞，或情志失调，伤肝损脾、肝失疏泄，横逆犯胃、胃气阻滞，继而发病，故治疗原则应以行气和胃止痛为主。本研究结果显示，治疗 2 个月后，观察组胃脘痞胀、胃脘疼痛、嗳气频作积分均低于对照组，且血清 MTL、GAS 水平均高于对照组，提示蒲元和胃胶囊联合雷贝拉唑治疗可有效改善 RE 患者临床症状，调节胃肠激素水平。雷贝拉唑作为第二代质子泵抑制剂，可选择性地作用于壁细胞质子泵上，并使其失去活性，进而发挥抑酸作用，还可通过释放乙酰胆碱，增加食管下部的括约肌张力，并在溃疡表面

形成保护膜，促进胃部组织的再生与修复，进而调节血清 MTL、GAS 水平^[7-8]。蒲元和胃胶囊是由延胡索、香附、乳香、蒲公英、白矾、甘草组成的复合制剂，其中延胡索理气止痛；香附可行气解郁、调经止痛；乳香可调气活血、定痛消肿；蒲公英消肿散结；白矾收湿敛疮；甘草调和诸药。全方合用，共奏行气止痛之功效^[9]。同时现代药理研究证实，延胡索不仅具有镇痛作用，还可增加胃黏膜血流量，降低胃液酸度，抑制胃蛋白酶的分泌^[10]；香附中的石油醚、乙酸乙酯具有较好的镇痛效果，通过阻止痛信号的传导，有效降低胃内灼烧感，同时香附水煎剂可改善胃肠运动活性，促进胃排空；蒲公英对幽门螺旋杆菌有抑制作用，在胃炎、食管炎中具有较好的治疗效果，且蒲公英乙酸乙酯与正丁醇可有效促进胃肠蠕动，改善 RE 患者临床症状。因此，蒲元和胃胶囊联合雷贝拉唑治疗可产生协同作用，进一步调节 RE 患者胃肠激素水平，减轻胃脘灼痛、泛酸等症状。综上所述，蒲元和胃胶囊联合雷贝拉唑治疗 RE 的效果显著，可有效改善患者临床症状，调节胃肠激素水平。

参考文献

[1]刘芳,姚树坤,王慧芬,等.氟哌噻吨美利曲辛片联合常规方法治疗难治性反流性食管炎的临床研究[J].中日友好医院学报,2016,30(2):67-69.
[2]谢姐,莫沙必利联合雷贝拉唑钠肠溶片治疗老年性反流性食管炎疗效评价[J].蚌埠医学院学报,2017,42(6):743-746.
[3]李运峰,卢华峰,张德丽,加味旋覆代赈汤对反流性食管炎的有效性 及临床安全性的研究[J].世界中医药,2017,12(8):1836-1839.
[4]王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010.210-211.
[5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012.9.
[6]王薇,石蕾,许乐.马来酸曲美布汀治疗老年反流性食管炎患者中的 疗效观察[J].中华老年医学杂志,2016,35(5):511-516.
[7]张菊芳,金浩,刘朵,等.氟哌噻吨美利曲辛联合雷贝拉唑治疗反流 性食管炎的临床观察[J].中国药房,2015,26(6):734-736.
[8]廖安辉.雷贝拉唑与四逆散治疗反流性食管炎的效果及对血浆胃 动素、胃泌素指标的改善作用[J].湖南师范大学学报(医学版), 2018(4):181-184.
[9]马红录,张贞鲁.蒲元和胃胶囊联合奥美拉唑和多潘立酮治疗反流 性食管炎的疗效观察[J].现代药物与临床,2016,31(11):1746-1749.
[10]尚坤,李敬文,常美月,等.延胡索药理作用研究[J].吉林中医药, 2019,39(1):108-110.

(收稿日期: 2020-09-27)

(上接第 36 页)疗食管癌可获得满意疗效,可降低肿 瘤标志物水平,改善免疫功能,对患者预后生存有利。

参考文献

[1]沙夕林.微创食管癌根治术治疗食管癌的临床有效性及安全性分 析[J].山西医药杂志,2020,49(14):1831-1833.
[2]金丹,陈柯宇,吴明勇,等.消癌平胶囊联合顺铂和替加氟治疗晚期 食管癌的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(7):2127-2131.
[3]王程浩,韩泳涛.2020 年中国临床肿瘤学会《食管癌诊疗指南》解读 [J].肿瘤预防与治疗,2020,33(4):285-290.
[4]任雪姣,王澜,陈丽滢,等.食管癌钡餐造影结合 CT 近期疗效评价标 准的临床应用研究[J].中华放射肿瘤学杂志,2018,27(5):449-454.

[5]王若峥,张国庆.肿瘤放射治疗学[M].北京:北京科学出版社,2010.89-102.
[6]皋文君,刘砚燕,袁长蓉.国际肿瘤化疗药物不良反应评价系统:通 用不良反应术语标准 4.0 版[J].肿瘤,2012,32(2):142-144.
[7]程蒙蒙,余明金,荣辉,等.消癌平注射液联合同步放化疗治疗食管 癌的临床观察[J].中国临床医生杂志,2018,46(10):1207-1211.
[8]王祁民,孙利民,许剑峰.通关藤及其制剂消癌平抗肿瘤的相关性研 究[J].临床误诊误治,2017,30(12):102-105.
[9]鲁煜,张临友.食管癌和胃癌的免疫治疗现状[J].国际免疫学杂志, 2020,43(3):347-351.
[10]朱秀峰,李媛媛,岳永花,等.通关藤多糖的提取工艺及免疫调节作 用研究[J].中国中药杂志,2012,37(4):457-460.

(收稿日期: 2020-10-17)