艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎

张爱华 杨琳娜

(河南省信阳市第二人民医院消化内科 信阳 464000)

摘要:目的:探究艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎患者的疗效。方法:选取 2017 年 3 月~2019 年 5 月收治的胆汁反流性胃炎患者 94 例,根据治疗方案不同分为常规组和实验组,各 47 例。常规组采用艾司奥美拉唑、多潘立酮治疗,实验组采用艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁治疗。对比两组疗效、症状积分、胃镜积分及血清胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II 水平。结果:实验组治疗总有效率高于常规组($P<0.05$);治疗后实验组胃镜积分、症状积分及血清胃蛋白酶原 I、胃蛋白酶原 II 水平均低于常规组($P<0.05$)。结论:艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎,可促进患者症状改善,调节胃肠激素水平,效果显著。

关键词:胆汁反流性胃炎;铝碳酸镁;艾司奥美拉唑;多潘立酮

中图分类号:R573.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.11.037

胆汁反流性胃炎(Bile Reflux Gastritis, BRG)属慢性胃炎,易反复发作迁延难愈。现阶段,临床对 BRG 尚无特效治疗手段,多在合理饮食的基础上给予抑酸剂、胃黏膜保护剂、胃动力促进剂等治疗^[1]。研究指出,胃动力促进剂、质子泵抑制剂、胆汁酸络合药物联合应用于 BRG 患者,可起到协同增效的效果,减轻胃黏膜损伤,改善临床症状^[2]。本研究选取胆汁反流性胃炎患者为研究对象,旨在探究艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 3 月~2019 年 5 月收治的 BRG 患者 94 例,根据治疗方案不同分为常规组和实验组,各 47 例。两组基线资料均衡可比($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

一般资料		常规组(n=47)	实验组(n=47)	t/u/ χ^2	P
性别(例)	男	30	31	0.047	0.829
	女	17	16		
年龄(岁)		25~72(44.87±7.93)	24~73(45.38±8.26)	0.305	0.761
病程(个月)		5~31(15.09±4.28)	5~33(15.42±4.51)	0.364	0.717
腹痛程度[例(%)]	0 级	2(4.26)	3(6.38)	0.468	0.640
	1 级	17(36.17)	18(38.30)		
	2 级	21(44.68)	20(42.55)		
	3 级	7(14.89)	6(12.77)		
胃镜检查严重程度[例(%)]	II 级	29(61.70)	31(65.96)	0.184	0.668
	III 级	18(38.30)	16(34.04)		

1.2 选取标准 (1)纳入标准:均经胃镜检查确诊,严重程度分级 II~III 级;伴不同程度上腹疼痛、胆汁性呕吐、反酸等症状;患者及家属知情同意。(2)排除标准:既往有慢性肝胆胰病史;既往有胃肠手术史;长期使用抗凝药物治疗;伴严重心、肝、肾疾病;对本研究药物过敏。

1.3 治疗方法 两组治疗期间均严禁食用辛辣刺激食物。

1.3.1 常规组 早餐前 0.5 h 口服艾司奥美拉唑镁

肠溶片(国药准字 J20180046),20 mg/次,1 次/d;同时,餐前 0.5 h 口服多潘立酮片(国药准字 H20123058)10 mg,3 次/d。持续治疗 1 个月。

1.3.2 实验组 于常规组基础上餐后嚼服铝碳酸镁咀嚼片(国药准字 H20093606),1 g/次,3 次/d。持续治疗 1 个月。

1.4 观察指标 (1)疗效。(2)两组治疗前后症状积分,包括腹痛、呕吐胆汁、腹胀、恶心。严重程度:无为 0 分;有轻微不适感为 1 分;明显但不影响生活为 2 分;严重影响生活为 3 分。发作频率:无为 0 分;每月发生为 1 分,每周发生为 2 分,每天发生为 3 分。两种积分相加为症状积分。(3)两组治疗前后胃镜积分,其中胃腔胆汁:0 分为无,1 分为少量胆汁,2 分为中量胆汁,3 分为大量胆汁;充血水肿:0 分为无,1 分为黏膜散在水肿、充血,2 分为部分黏膜明显水肿、充血,3 分为黏膜广泛水肿、充血;糜烂:0 分为无,1 分为无出血点、糜烂,2 分为无糜烂灶,3 分存在局部糜烂。(4)两组治疗前后血清胃蛋白酶原 I(PG I)、胃蛋白酶原 II(PG II)水平,空腹抽取 3 ml 静脉血,离心,取血清,以酶联免疫吸附法测定。

1.5 疗效判定标准 胃黏液清亮,幽门口无黄绿色液体为痊愈;胃黏液清亮,幽门口存在少许胆汁反流物为显效;胃黏液黄绿色液体量及颜色减轻,少量反流物溢出为有效;未达到上述标准为无效。将痊愈、显效、有效计入总有效。

1.6 统计学分析 运用 SPSS21.0 统计学软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃镜积分对比 治疗后实验组胃镜积分低于常规组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组胃镜积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	胃脘胆汁		充血水肿		糜烂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	47	2.15± 0.63	0.34± 0.23*	2.58± 0.31	0.27± 0.15*	1.11± 0.42	0.28± 0.09*
常规组	47	2.12± 0.71	0.65± 0.29*	2.55± 0.34	0.75± 0.31*	1.09± 0.45	0.49± 0.14*
t		0.217	5.742	0.447	9.555	0.223	8.650
P		0.829	<0.001	0.656	<0.001	0.824	<0.001

注:与同组治疗前相比,*P<0.05。

2.2 两组症状积分对比 治疗后实验组症状积分低于常规组(P<0.05)。见表 3。

表 3 两组症状积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	腹痛	呕吐胆汁	腹胀	恶心
治疗前	实验组	47	3.48± 0.86	2.79± 0.76	4.20± 1.05	3.09± 0.84
	常规组	47	3.57± 0.93	2.85± 0.83	4.17± 1.02	3.18± 0.95
	t		0.487	0.366	0.141	0.487
治疗后	实验组	47	0.61± 0.29*	0.28± 0.07*	0.68± 0.34*	0.45± 0.12*
	常规组	47	1.32± 0.76*	0.54± 0.35*	1.41± 0.82*	0.96± 0.41*
	t		5.984	4.994	5.638	8.184
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

注:与同组治疗前相比,*P<0.05。

2.3 两组 PG I、PG II 水平对比 治疗后实验组血清 PG I、PG II 水平均低于常规组(P<0.05)。见表 4。

表 4 两组 PG I、PG II 水平对比($\mu\text{g/ml}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	PG I		PG II	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	47	171.38± 19.27	98.63± 15.76*	16.05± 3.08	10.84± 2.09*
常规组	47	173.52± 21.05	119.82± 17.85*	16.19± 3.15	13.06± 2.38*
t		0.514	6.101	0.218	4.805
P		0.608	<0.001	0.828	<0.001

注:与同组治疗前相比,*P<0.05。

2.4 两组疗效对比 实验组治疗总有效率高于常规组(P<0.05)。见表 5。

表 5 两组疗效对比[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
实验组	47	27(57.45)	14(29.79)	5(10.64)	1(2.13)	46(97.87)
常规组	47	20(42.55)	10(21.28)	9(19.15)	8(17.02)	39(82.98)
χ^2						4.424
P						0.035

3 讨论

研究认为, BRG 发病机制可能在于胃部幽门松弛, 幽门螺杆菌感染, 胃肠激素水平异常, 十二指肠内容物(胆汁、溶血性卵磷脂、胰酶、胆盐等)反流入胃, 溶解胃黏膜胆固醇及磷脂, 使胃黏膜屏障遭到破坏, 进而引起氢离子、胃蛋白酶渗入胃黏膜, 诱发胃黏膜炎症^[3]。BRG 患者若未得到及时有效治疗, 可诱发胃溃疡及严重化生性胃炎, 甚者诱发癌变^[4]。

现阶段, 抑酸剂联合胃动力促进剂仍为治疗

BRG 的主要方案。多潘立酮为常用胃动力促进剂, 可促进十二指肠协调性收缩, 增加胃蠕动节律, 有效抑制胆汁反流^[5]。质子泵抑制剂为目前效果最为理想的抑酸剂, 艾司奥美拉唑为其代表药物, 可迅速抑制胃酸及十二指肠内容物分泌, 促进胃黏膜修复^[6]。而铝碳酸镁活性成分水化碳酸氢氧化镁铝具有独特层状网络结构, 可迅速中和胃酸, 并与胆汁酸选择性结合, 维持胃内适宜酸性环境^[7]。本研究结果显示, 实验组总有效率高于常规组, 治疗后实验组症状积分、胃镜积分均低于常规组(P<0.05), 表明艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁治疗 BRG 可促进患者症状改善, 效果显著。本研究还发现, 治疗后实验组血清 PG I、PG II 水平低于常规组(P<0.05), 表明艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁治疗可降低 BRG 患者血清 PG I、PG II 水平, 减轻胃黏膜损伤。

综上所述, 艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁治疗 BRG, 可促进患者症状改善, 调节胃肠激素水平, 效果显著。

参考文献

[1]侯叶廷, 苏秉忠, 闫文全. 胆汁反流性胃炎胃动力及幽门螺杆菌感染情况的临床研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(5): 753-755.
 [2]汪晓柏, 方清流. 莫沙必利、埃索美拉唑和铝碳酸镁治疗 RBG 患者的效果分析[J]. 河北医药, 2019, 41(17): 2610-2612, 2616.
 [3]黄璠, 朱云清. 熊去氧胆酸对原发性胆汁反流性胃炎的疗效观察[J]. 西南国防医药, 2017, 27(11): 1218-1220.
 [4]苗中兴, 王玉杰, 徐皓. 熊去氧胆酸联合莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(2): 146-147.
 [5]高红霞, 泮托拉唑、多潘立酮片和铝碳酸镁三联治疗慢性胃炎的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(16): 35-37.
 [6]巩小琳, 张秋丽, 程晓华, 等. 枸橼酸莫沙必利联合埃索美拉唑治疗胃食管反流病的临床探讨[J]. 临床研究, 2018, 26(6): 119-121.
 [7]龚隆辉, 赖锦茂, 吴坤凤, 雷贝拉唑、莫沙必利、铝碳酸镁联合治疗胆汁反流性胃炎的临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(6): 119-121.

(收稿日期: 2020-10-25)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!