

比较莫沙必利与多潘立酮治疗原发性胆汁反流性胃炎的疗效

缪宜宏*

云南民族大学医院副院长办公室,云南 昆明 650500

【摘要】 目的 比较莫沙必利与多潘立酮治疗原发性胆汁反流性胃炎(PBRG)的疗效。方法 在我院就诊的 PBRG 患者中选取 800 例,纳入时间:2013 年 10 月—2018 年 10 月,随机均衡分为两组,每组 400 例,治疗时,对照组选择多潘立酮,观察组选择莫沙必利,对比组间治疗的效果。结果 经治疗后,组间疗效、胆汁反流最长时间、次数对比,观察组均优于对照组($P < 0.05$)。组间发生不良反应的几率对比($P > 0.05$)。结论 与多潘立酮相比,PBRG 治疗时选择莫沙必利,取得了显著的疗效,可有效对胃酸分泌实施抑制,胆汁反流减少,且存在较高的安全性,应用价值较高。

【关键词】 莫沙必利;原发性胆汁反流性胃炎;多潘立酮;安全性

PBRG 属消化系统常见病症的一种,表现为体质量减轻、呕吐胆汁、腹胀、腹痛等,是指十二指肠内容物在多种因素作用下向胃内反流,损伤胃黏膜的屏障,引发慢性炎症,重者可引发胃癌,给患者生活的质量、生命的健康带来直接的影响^[1]。临床目前主要以药物对该症实施治疗,如促胃动力类药物、抑酸类药物等,药物不同其效果也有显著差异存在。莫沙必利、多潘立酮均属促胃动力类药物,在治疗 PBRG 上应用效果均较为显著^[2]。为明确两种药物治疗实际的价值,本文选取我院 800 例患者展开对比研究,治疗时分别给予莫沙必利、多潘立酮,分析二者应用效果,并明确其安全性,详细如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 在我院就诊的 PBRG 患者中选取 800 例,纳入时间:2013 年 10 月—2018 年 10 月,随机均衡分为两组,每组 400 例,其中对照组男 157 例,女 243 例,年龄 18~60 岁,中位数为 39.5 岁,病程 0~6 年,平均(3.40 ± 1.27)年;观察组男 162 例,女 238 例,年龄 18~60 岁,中位数为 39 岁,病程 0~7 年,平均(3.38 ± 1.29)年。组间一般数据对比($P > 0.05$)。

纳入标准:800 例患者均与诊断 PBRG 的标准符合,并确诊;30d 未接受过有关治疗;不存在药物禁忌史、过敏史;800 例纳入患者均认真阅读了本次研究相

关资料,同意加入^[3]。

排除标准:胃肠道接受过手术者;哺乳期、妊娠期、备孕女性;继发性的胆汁反流性胃炎者;依从性较差,难以按要求足疗程、足剂量给药者^[4]。

1.2 方法 800 例患者均给予常规的治疗,口服奥美拉唑(北京康蒂尼药业有限公司,国药准字 H20031216,规格:20mg(按奥美拉唑计)),2 次/d,20~60mg/次;铝碳酸镁(湖南威特制药股份有限公司,国药准字 H20093294,规格:2g:0.5g),餐后 0.5h 咀嚼,3 次/d,1mg/次。

在上述基础上,对照组加多潘立酮片(山西宝泰药业有限责任公司,国药准字 H20010245,规格:10mg),餐前 0.5h 给药,口服,3 次/d,10mg/次。

观察组加莫沙必利(成都康弘药业集团股份有限公司,国药准字 H20031110,规格:5mg),餐前 0.5h 给药,口服,3 次/d,5 mg/次。

两组患者均需接受 4 周不间断的治疗。

1.3 观察指标及评价标准 (1)观察并对比组间疗效,经治疗后,腹痛、反酸等临床体征均消失,胃黏膜在胃镜下未见炎性反应,无红肿,即为显效;经治疗后,腹痛、反酸等临床体征有效缓解,胃黏膜在胃镜下可见红肿面积小于 30%,即为缓解;经治疗后临床体征无变化,甚至加剧,胃黏膜在胃镜下可见红肿面积 $> 30\%$,即为无效^[5]。

* 作者简介:缪宜宏,女,彝族,(1984—),云南省宜良县人,本科,主治医师,主要从事消化内科方向的研究。

(2)观察并对比组间胆汁反流情况,包括 24h 反流最长时间、反流次数。

(3)观察并对比组间发生不良反应的情况,包括头晕、腹泻等。

1.4 统计学处理 SPSS23.0 软件进行处理,相关数据

用%、($\bar{x} \pm s$)表示,检验方法为 t、 χ^2 ,参考标准以 $P < 0.05$ 为准。

2 结 果

2.1 疗效 组间疗效对比($P < 0.05$),见表 1。

表 1 疗效分析(例,%)

组别	例数	无效	缓解	显效	总有效率
对照组	400	103(25.8)	164(41.0)	133(33.3)	74.3
观察组	400	31(7.8)	205(51.3)	164(41.0)	92.3
χ^2					16.741
P					<0.05

2.2 胆汁反流 经治疗后,组间胆汁反流情况对比($P < 0.05$),见表 2。

表 2 胆汁反流情况分析($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	反流最长时间(min/d)		反流次数(次/d)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	400	111.85±13.62	38.88±7.13	26.47±7.37	15.36±3.85
观察组	400	112.08±13.59	24.24±6.15	26.50±7.39	9.86±2.27
t		0.874	6.324	0.481	6.991
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 不良反应 组间发生不良反应的几率对比($P > 0.05$),见表 3。

表 3 不良反应分析(例,%)

组别	例数	头晕	腹泻	其他	合计
观察组	400	20(5.0)	10(2.5)	31(7.8)	15.3
对照组	400	10(2.5)	20(5.0)	10(2.5)	10.0
χ^2					0.496
P					>0.05

3 讨 论

PBRG 属慢性特殊胃炎的一种,胆汁中含有的胆汁酸可引发非特异性组织损伤,损伤胃粘膜,进而引发炎症一系列的炎症。有关资料指出^[6],PBRG 患者胃内胆汁的酸浓度可影响胃粘膜的炎症,二者间关系为正相关。所以,治疗该症关键的一个手段即为减少反流物、结合胆汁^[7]。此外,胃、食管生理的蠕动可维持胃内压力的动态平衡,还可促使胃内食物流向肠腔,但在病理因素作用下,反流持续时间增加、量增大,降低了胃屏障的功能,上述平衡极易出现紊乱,胃部炎症出现。所以,在结合胆汁前提下胃肠动力需改善,胃十二指肠功能协调性得以维持,对胆汁反流预防和减少来讲十分关键^[8]。

铝碳酸镁属强力抗酸剂,可迅速发挥抗酸效果,口服给药后,在胃内可与胃酸直接中和,使胃 PH 值稳定得以维持;还可对胃酸蛋白酶产生作用,与之结合、吸附,可对其活性产生直接抑制,溃疡修复加速^[9]。此外,还可与胆汁酸结合,对溶血磷脂酰胆碱实施吸附,胃黏

膜损害减少或避免。奥美拉唑属质子泵抑制剂,可选择性对胃粘膜壁细胞实施作用,对 $H^+ - K^+ - ATP$ 酶活性产生抑制,进而抑制胃酸的分泌,对胃黏膜屏障实施保护,有助于修复胃粘膜^[10]。

莫沙必利、多潘立酮均为促胃动力类药物,均可对胃酸分泌产生抑制,胃粘膜损伤减少,对胃肠动力恢复十分有利^[11]。但区别在于:后者为多巴胺受体的拮抗剂,可发挥外周阻滞效果,可避免发生呕吐,有助于胃肠道恢复正常的蠕动、张力,胃排空加速^[12]。而前者属选择性 5-羟色胺 4 受体激动剂的一种,有助于神经末梢释放乙酰胆碱,对胃肠道产生刺激,使之促动力效果得以发挥,胃排空加速,且不会对胃酸分泌的功能产生影响,此外,对于肾上腺素 α_1 受体、多巴胺 D_2 受体等,莫沙必利无亲和力,因而不会引发心血管类不良反应,且其影响结肠、小肠运动的作用较小,存在较高的安全性^[13]。

本次结果可见,经治疗后,组间胆汁反流情况对比,观察组优于对照组,且总有效率对比,观察组 92.3% 较对照组 74.3% 高,而组间发生不良反应的几率对比无差

异,提示了PBRG治疗时选择莫沙必利,与多潘立酮相比,疗效更佳。根据肖文杰^[14]研究结果指出,其中文选取78例患者展开对比研究,以莫沙必利、多潘立酮分别治疗PBRG后,其总有效率分别达为92.31%、74.36%,与本文数据基本相符,证实了本文的可信度。

综上所述,相较于多潘立酮,PBRG治疗时,选择莫沙必利疗效更佳,可对胃酸分泌实施有效抑制,胆汁反流减少,且存在较高的安全性,值得广泛推广及应用。

参考文献

- [1] 吴永娜.奥美拉唑联合康复新液治疗慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].临床检验杂志(电子版),2020,9(3):251.
- [2] 皮雪莲.半夏泻心汤为主方加减治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效分析[J].健康必读,2020,2(6):180.
- [3] 孙慧.针刺联合柴胡疏肝散治疗慢性浅表性胃炎的临床疗效及其对胃黏膜修复和情绪状态的影响[J].临床合理用药杂志,2020,13(18):138-140.
- [4] 吴一芳.胃复春片联合兰索拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效及对血清人可溶性白细胞介素-2受体的影响[J].临床合理用药杂志,2020,13(13):55-56.
- [5] 刘永丹.泮托拉唑联合多潘立酮片及铝碳酸镁咀嚼片治疗慢性胃炎的临床观察[J].中国医药指南,2020,18(7):166-167.
- [6] 陈勇,杨睿芊,卞冬雪,等.健脾清幽汤联合四联药物补救治疗幽门螺杆菌感染性慢性胃炎的临床观察[J].中医临床研究,2020,12(25):97-100.
- [7] 王莘.半夏泻心汤加减治疗脾虚胃热型慢性胃炎的效果和安全性评价[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(36):122-123.
- [8] 赵伟.系统性护理干预对反流性胃炎患者的治疗效果及生活质量评估[J].中国保健营养,2020,30(14):207-208.
- [9] 贾鹏.脾胃虚寒型慢性胃炎应用黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗的疗效分析[J].饮食保健,2020,7(9):91-92.
- [10] 薛志敏.中西药结合治疗慢性胃炎幽门螺杆菌感染的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2020,13(8):50-51.
- [11] 苏爽.消化内科临床规范化治疗慢性萎缩性胃炎疗效分析[J].东方药膳,2020,8(5):223.
- [12] 官绍军.黄芪建中汤联合槟榔穴位贴敷治疗寒凝气滞型慢性浅表性胃炎疗效[J].养生保健指南,2020,12(11):108-109.
- [13] 段宏飞,刘超.氟哌噻吨美利曲辛联合常规治疗Hp阳性慢性胃炎并发焦虑抑郁效果研究[J].饮食保健,2020,7(13):77.
- [14] 肖文杰.多潘立酮与莫沙必利治疗原发性胆汁反流性胃炎的疗效及安全性比较[J].临床合理用药杂志,2020,13(11):69-70.