

〔文章编号〕 1007-0893(2022)15-0109-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.15.033

莫沙必利片联合奥美拉唑肠溶片治疗胃食管反流的效果

王天锡¹ 庄连珠² 张志太²

(1. 泉州市急救指挥中心, 福建 泉州 362000; 2. 泉州东南医院, 福建 泉州 362018)

〔摘要〕 **目的:** 探究对胃食管反流患者实施莫沙必利片联合奥美拉唑肠溶片治疗的临床疗效。**方法:** 选取 2017 年 2 月至 2020 年 3 月泉州市急救指挥中心收治的胃食管反流患者 106 例, 随机分为对照组与观察组, 每组各 53 例, 对照组给予莫沙必利片常规治疗, 观察组在其基础上联合奥美拉唑肠溶片治疗; 观察两组患者的临床疗效、不良反应发生率以及治疗前后患者胃肠道激素、血清炎症因子水平情况。**结果:** (1) 观察组患者的临床疗效为 96.23%, 与对照组的 83.02% 比较明显更高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); (2) 治疗后, 两组患者的胃肠道激素水平均较治疗前改善, 与对照组患者比较, 观察组的胃动素 (MTL) 水平更高, 胃泌素 (GAS) 水平更低, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); (3) 治疗后, 两组患者的血清炎症因子水平均较治疗前降低, 与对照组患者比较, 观察组的 C 反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 和白细胞介素-6 (IL-6) 均更低, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); (4) 观察组患者治疗期间不良反应发生率为 5.66%, 与对照组的 18.87% 比较明显更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 莫沙必利片联合奥美拉唑肠溶片对胃食管反流患者的临床治疗效果好于莫沙必利片单一治疗, 联合用药可在提高药物疗效的同时改善患者胃肠道激素水平。

〔关键词〕 胃食管反流; 莫沙必利; 奥美拉唑

〔中图分类号〕 R 573; R 969.4 〔文献标识码〕 B

胃食管反流是临床消化系统常见且高发疾病, 主要发生于胃或十二指肠至食管部位, 多因素的联合推动下, 该病临床发生率呈逐年攀升趋势, 患者以“胃灼热、恶心、吞咽困难”等症状为主, 疾病的进一步加重, 会严重影响患者的身心健康和日常生活。临床研究证实^[1], 胃食管反流患者的病情严重程度由食管胃酸暴露时间及程度决定, 而腹内压升高、括约肌压力下降以及食管黏膜屏障功能失调, 都是影响胃食管反流的主要因素。现阶段临床针对胃食管反流患者, 提高疗效、改善预后的关键和根本, 在于尽早确诊并治疗。而使用药物治疗胃食管反流, 不仅需要进行抑酸治疗, 还需与促动力药物相结合。基于此, 笔者探讨了莫沙必利片联合奥美拉唑肠溶片治疗胃食管反流的疗效和价值, 研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时段为 2017 年 2 月至 2020 年 3 月, 研究对象为泉州市急救指挥中心收治的 106 例胃食管反流患者, 随机分为对照组与观察组, 每组各 53 例。对照组: 男、女患者分别为 33、20 例; 年龄 25~75 岁, 平均 (50.26 ± 8.45) 岁; 病程 1~9 个月, 平均 (4.15 ± 1.03) 个月。观察组: 男、女患者分别为 28、25 例; 年龄 26~75 岁,

平均 (50.69 ± 8.78) 岁; 病程 1.5~9 个月, 平均 (4.59 ± 1.22) 个月。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合胃食管反流的诊断标准^[2]; (2) 临床资料完整且在泉州市急救指挥中心接受治疗者; (3) 食管 24 h 氢离子浓度指数 (pH) 检测结果发现存在过度反酸情况; (4) 胃镜检查显示反流性食管炎; (5) 治疗前肝肾功能各指标正常者; (6) 沟通、认知无障碍者; (7) 治疗前 14 d 内未服用相关药物; (8) 患者及其家属对本研究知情且同意参与。

1.1.2 排除标准 (1) 严重消化性溃疡; (2) 器质性精神障碍; (3) 合并食管狭窄; (4) 经质子泵抑制剂治疗无效; (5) 上消化道大出血; (6) 妊娠期、哺乳期者; (7) 心脑血管肺严重疾病者; (8) 生命体征不稳者; (9) 中途退出者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用莫沙必利片治疗; 在医务人员的帮助下完善患者的临床各项检查, 根据检查结果指导患者用药, 药物为枸橼酸莫沙必利片 (亚宝药业集团, 国药准字 H20090158), 饭前口服, 5 mg · 次⁻¹, 3 次 · d⁻¹。

〔收稿日期〕 2022-06-21

〔作者简介〕 王天锡, 男, 副主任医师, 主要从事急救科、消化内科工作。

1.2.2 观察组 在对照组莫沙必利片的用药基础上联合奥美拉唑肠溶片：莫沙必利片服药方式和剂量同对照组，后指导患者加服奥美拉唑肠溶片（沈阳圣元药业有限公司，国药准字H20064652），20 mg·次⁻¹，2次·d⁻¹。

两组患者均持续用药8周。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效：与治疗前相比，药物治疗后患者胸骨后烧灼感、反酸等临床症状基本消失，胃镜检查发现食管黏膜恢复正常视为“显效”。药物治疗后患者反酸、胸骨后烧灼感等症状出现改善且不影响日常生活，胃镜检查发现，与治疗前相比，食管黏膜病变面积减少幅度超过50%视为“有效”。与治疗前相比，药物治疗后患者临床症状无明显改善，胃镜检查发现食管黏膜病变无明显变化，部分患者症状加剧视为“无效”^[3]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(2) 治疗前后胃肠道激素、血清炎症因子水平。胃肠道激素，通过胃动素(motilin, MTL)和胃泌素(gastrin, GAS)展开评价。血清炎症因子水平，通过C反应蛋白(C-reaction protein, CRP)、肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α, TNF-α)和白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)展开评价。(3) 不良反应发生率：主要观察患者治疗期间的头痛、头晕、口干以及腹泻和便秘的发生情况。

上述实验室指标的检测方法如下，治疗前、后清晨，患者空腹状态下采集静脉血5 mL离心处理，分离血清后待检，放射免疫法检测MTL和GAS，酶联免疫吸附法检测TNF-α、IL-6及CRP。

1.4 统计学内容

采用SPSS 22.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用t检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组患者的临床疗效为96.23%，与对照组的83.02%比较明显更高，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

表1 两组患者的临床疗效比较 (n = 53, n(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	24(45.28)	20(37.74)	9(16.98)	44(83.02)
观察组	33(62.26)	18(33.96)	2(3.77)	51(96.23) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后胃肠道激素水平比较

治疗后，两组患者的胃肠道激素水平均较治疗前改

善，与对照组患者比较，观察组的MTL水平更高，GAS水平更低，差异均具有统计学意义($P < 0.05$)，见表2。

表2 两组患者治疗前后胃肠道激素水平比较

(n = 53, $\bar{x} \pm s$, ng·L⁻¹)

组别	时间	MTL	GAS
对照组	治疗前	232.33 ± 20.23	130.23 ± 13.41
	治疗后	255.26 ± 20.56 ^b	120.23 ± 12.11 ^b
观察组	治疗前	232.41 ± 20.45	130.11 ± 13.47
	治疗后	277.25 ± 19.52 ^{bc}	102.23 ± 10.12 ^{bc}

注：MTL—胃动素；GAS—胃泌素。
与同组治疗前比较，^b $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后，两组患者的血清炎症因子水平均较治疗前降低，与对照组患者比较，观察组的TNF-α、CRP及IL-6均更低，差异均具有统计学意义($P < 0.05$)，见表3。

表3 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 (n = 53, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TNF-α/ng·L ⁻¹	IL-6/ng·L ⁻¹	CRP/mg·L ⁻¹
对照组	治疗前	28.56 ± 1.11	6.85 ± 2.32	12.25 ± 2.41
	治疗后	15.23 ± 1.25 ^d	5.13 ± 2.25 ^d	10.23 ± 1.33 ^d
观察组	治疗前	28.15 ± 1.36	6.99 ± 2.45	12.23 ± 2.45
	治疗后	11.23 ± 1.02 ^{de}	4.01 ± 1.22 ^{de}	5.23 ± 1.13 ^{de}

注：TNF-α—肿瘤坏死因子-α；IL-6—白细胞介素-6；CRP—C反应蛋白。
与同组治疗前比较，^d $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^e $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者治疗期间不良反应发生率为5.66%，与对照组的18.87%比较明显更低，差异具有统计学意义($P < 0.05$)，见表4。

表4 两组患者不良反应发生率比较 (n = 53, n(%))

组别	头痛	头晕	口干	腹泻	便秘	总发生
对照组	1(1.89)	2(3.77)	3(5.66)	2(3.77)	2(3.77)	10(18.87)
观察组	0(0.00)	1(1.89)	1(1.89)	1(1.89)	0(0.00)	3(5.66) ^f

注：与对照组比较，^f $P < 0.05$ 。

3 讨论

胃食管反流病由刺激性胃内容物反流入食管所致，会导致患者出现烧灼感、反酸、嗝气等一系列临床症状，病情较为严重者，甚至会引起食管炎症和糜烂，继而对其生活质量造成严重影响。近年来，胃食管反流病在人们生活水平不断提高、饮食结构逐渐改变的情况下，发展成为消化内科的常见和多发病，而人们精神压力的增加和不规律的生活习惯，致使胃食管反流病临床发病率呈逐年攀升趋势^[4]。该病是典型的原发性动力障碍性疾病，食管抗反流屏障减弱已被证实是该病的主要发病机制，

抗反流屏障减弱会降低食管黏膜的抵抗力, 继而导致食管酸清除能力出现异常, 因此临床治疗胃食管反流病, 抑制胃酸分泌是重要措施。而胃食管反流病患者胃酸增加的同时还会导致胃排空延缓的出现而造成胃食管反流, 继而直接损害黏膜。因此, 胃食管反流病的治疗中还需促进胃肠动力^[5]。

本研究结果显示: 观察组临床疗效高达 96.23%, 与对照组临床疗效 83.02% 比较, 观察组临床疗效居较高水平, 观察组不良反应发生率 5.66%, 与对照组 18.87% 比较, 观察组不良反应发生率居较低水平, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。分析原因: 莫沙必利是 5-羟色胺受体激动剂, 选择性较高, 用药后可直接兴奋胃肠道胆碱能神经元, 释放乙酰胆碱的同时对胃肠道运动进行刺激, 增加患者食管下段括约肌张力的同时强化食管黏膜的抵抗和防御胃酸作用, 改善食管清除能力的同时预防食物反流, 但莫沙必利并不能很好的抑制胃酸的分泌^[6]。奥美拉唑是优质的质子泵抑制剂, 特异性较强, 用药后可直接作用于胃黏膜壁细胞, 减少胃酸分泌并抑制胃酸对食管黏膜造成的刺激。在餐前服用两种药物, 可确保患者在进餐时血药浓度达到峰值, 增强胃蠕动同时促进胃排空, 继而缓解临床症状的同时改善患者预后。在莫沙必利的基础上联合奥美拉唑进行治疗, 主要是针对胃食管反流病的发病机制而采取的抑酸剂+促动力剂的典型措施, 以上药物联合使用, 可确保二者发挥协同作用, 减少胃酸分泌、促进胃动力, 减少反流的同时有效减轻胃酸对患者食管黏膜造成的损伤, 促使药物发挥显著疗效的同时改善患者预后^[7]。

胃食管反流病可发展成为临床常见且高发的慢性病, 全国网上调查报告显示, 约有 70% 的被访者, 日常生活质量会遭受胃反酸、上腹部灼痛等症状的影响。但仅有少部分人听说过胃食管反流病, 而在多因素的影响下, 主动就医的人少。胃食管反流其实是由食管胃相连处的贲门口变松所致, 但现阶段临床尚未有根治药物, 只能通过相关药物来减少反流、缓解症状, 降低疾病对黏膜造成的损害, 抗反流的同时防止疾病复发^[8]。本研究中, 观察组患者治疗后胃肠道激素较对照组改善幅度较大, 血清炎症因子水平较低, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 表明莫沙必利片联合奥美拉唑肠溶片治疗胃食管反流, 可改善患者胃肠道激素水平的同时降低血清炎症因子水平。莫沙必利以及奥美拉唑都是现阶段临床治疗胃食管反流病的常见及常用药物; 其中莫沙必

利属于促胃肠道动力药物, 使用后可有效增强十二指肠、胃动力, 而抑制多巴胺 D2 受体活性的同时对十二指肠、胃部运动进行控制。另外该药可通过促使乙酰胆碱分泌而协助胃排空^[8]。除此之外, 莫沙必利还可调控呕吐中枢, 进而发挥镇痛作用^[9]。口服后药物会迅速被机体吸收, 仅需 0.5 h 即可达到血药浓度峰值, 同时该病并不会对自主神经、中枢神经造成影响。奥美拉唑是质子泵抑制剂(具有一定的可逆性), 用药后可有效抑制胃酸分泌从而短时间内提高胃内 pH, 加速形成纤维蛋白凝块的同时治疗胃食管反流病, 且该药的生物利用度较高, 所以可以充分与其他药物开展联合治疗, 提升疗效的同时可改善患者预后。

综上所述, 莫沙必利片联合奥美拉唑肠溶片对胃食管反流患者的临床治疗效果好于莫沙必利片单一治疗, 联合用药可在提高药物疗效的同时改善患者胃肠道激素水平。

〔参考文献〕

- (1) 杨艳. 莫沙必利片联合奥美拉唑镁肠溶片治疗质子泵抑制剂-难治性胃食管反流病患者的临床研究 (J). 中国临床药理学杂志, 2021, 37(21): 2875-2877.
- (2) 李紫梦, 康艳楠, 罗如珍, 等. 胃食管反流病症状管理指南/共识的质量评价 (J). 中国全科医学, 2020, 23(33): 4151-4159.
- (3) 别红军. 氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑、莫沙必利治疗老年非糜烂性胃食管反流病疗效观察 (J). 实用中西医结合临床, 2021, 21(6): 69-70.
- (4) 何婧, 王毅, 周竞, 等. 艾司奥美拉唑联合穴位针灸治疗中虚气逆型胃食管反流病的临床观察 (J). 世界中西医结合杂志, 2021, 16(6): 1079-1083, 1088.
- (5) 王阳, 赵燕颖, 徐涛, 等. 兰索拉唑口崩片联合莫沙必利治疗老年胃食管反流病患者的临床效果研究 (J). 中国实用医药, 2019, 14(14): 98-99.
- (6) 孟丹, 蒋勇前, 徐传藩, 等. 清郁和降汤联合奥美拉唑对支气管哮喘合并胃食管反流病患者气道炎症的影响 (J). 世界中西医结合杂志, 2021, 16(2): 355-358, 362.
- (7) 何方, 赵敏, 曹静. 铝碳酸镁、枸橼酸莫沙必利、奥美拉唑联用对胃食管反流患者的临床治疗效果观察 (J). 中国社区医师, 2020, 36(18): 60, 62.
- (8) 付仕强. 上焦宣痹汤联合奥美拉唑治疗胃食管反流相关咳嗽患儿的疗效及血清炎症因子水平观察 (J). 现代消化及介入诊疗, 2021, 26(8): 1014-1017.
- (9) 李自显, 李丽萍, 张振洋. 莫沙必利+铝碳酸镁咀嚼片联合熊去氧胆酸钠治疗胆汁反流性胃炎疗效观察 (J). 临床心身疾病杂志, 2021, 27(5): 125-127, 133.