

[文章编号] 1007-0893(2023)16-0119-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.16.037

# 艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊治疗胃食管反流病患者的临床疗效

罗晓敏<sup>1</sup> 朱细梅<sup>2</sup>

(1. 高安市人民医院, 江西 高安 330800; 2. 高安市筠阳街道社区卫生服务中心, 江西 高安 330800)

**【摘要】** 目的: 探究艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊治疗胃食管反流病患者的临床疗效。方法: 选取高安市人民医院 2020 年 2 月至 2023 年 2 月收治的 84 例胃食管反流病患者, 按患者就诊号单双数分组, 就诊号单数者纳入对照组, 就诊号双数者纳入观察组, 各 42 例。对照组患者给予莫沙必利联合铝镁加混悬液治疗, 观察组患者在对照组治疗基础上采用艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊治疗, 比较两组患者治疗总有效率、临床症状改善时间、药物不良反应发生率、治疗前后的食管远端收缩积分水平和炎症因子水平。结果: 治疗后, 观察组患者食管远端收缩积分水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者血清白细胞介素-6、C 反应蛋白、降钙素原水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者反酸、胸痛、烧心、吞咽不适症状改善时间短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者治疗总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 采用艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊治疗胃食管反流病患者, 可改善食管远端收缩功能, 减轻胃食管炎症, 加快胃食管反流症状缓解, 不良反应较少。

**【关键词】** 胃食管反流病; 奥美拉唑; 艾司奥美拉唑**【中图分类号】** R 573 **【文献标识码】** B

胃食管反流病是指胃食管腔过度暴露于胃液中引起胃液反流导致食管黏膜损伤的疾病, 近年来, 我国胃食管反流的发病率逐渐增高, 达 10% 左右<sup>[1]</sup>。该疾病主要由食管酸清除、食管抗反流屏障、食管黏膜防御功能异常引起, 患者表现为胃灼热、吞咽困难等症状<sup>[2]</sup>。目前, 促动力药联合黏膜保护剂是临床常用的治疗方案: 莫沙必利属于促动力药, 其可以刺激乙酰胆碱分泌, 促使胃肠道发挥动力, 以缓解胃消化不良、反酸等症状, 且对胃酸分泌无明显影响; 铝镁加混悬液是一种抗酸保护胃黏膜药物, 可以中和胃酸, 且不影响消化功能。另外, 近年来质子泵抑制剂在胃食管反流病治疗中发挥着越来越重要的作用, 其起效快且可以更长久地抑制胃酸, 例如艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊具有较强的抑酸性, 主要成分埃索美拉唑镁可弥补黏膜保护剂药效持续时间短的不足<sup>[3]</sup>。基于此, 本研究探究 3 种药物联用治疗胃食管反流病患者的临床疗效, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取高安市人民医院 2020 年 2 月至 2023 年 2 月收治的 84 例胃食管反流病患者, 按患者就诊号单双数分组,

就诊号单数者纳入对照组, 就诊号双数者纳入观察组, 各 42 例。对照组中男性 22 例, 女性 20 例; 年龄 25~59 岁, 平均  $(40.89 \pm 7.22)$  岁; 病程 3~12 d, 平均  $(8.79 \pm 2.41)$  d。观察组中男性 25 例, 女性 17 例; 年龄 22~56 岁, 平均  $(40.51 \pm 7.34)$  岁; 病程 3~12 d, 平均  $(8.66 \pm 2.53)$  d。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。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合胃食管反流病诊断标准<sup>[4]</sup>; (2) 上消化道钡餐 X 线、胃镜检查确诊食管黏膜损伤; (3) 出现反酸、胸痛、烧心、吞咽不适症状; (4) 初次接受治疗; (5) 食管测压提示食管运动功能异常; (6) 患者知情同意本研究, 积极配合治疗。

1.2.2 排除标准 (1) 近 1 周采用抑酸药、促胃肠动力药等相关治疗药物; (2) 对本研究所用药物具有过敏反应或禁忌证; (3) 合并胃癌、食管占位性病变; (4) 伴贲门失弛缓症、肠道梗阻; 肝、肾功能障碍; (5) 中途退出研究。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予莫沙必利联合铝镁加混悬液治疗: 餐前 30 min 口服枸橼酸莫沙必利片 (鲁南贝特制

[收稿日期] 2023-06-23

[作者简介] 罗晓敏, 女, 主治医师, 主要研究方向是消化内科方面。

药有限公司，国药准字 H19990317)，用温水送服， $1.5 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ， $3 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ ；餐后 2 h 后口服铝镁加混悬液（扬州一洋制药有限公司，国药准字 H10980322）， $1.5 \text{ mL} \cdot \text{次}^{-1}$ ， $3 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 。持续治疗 2 个月。

1.3.2 观察组 在对照组治疗基础上予以艾司奥美拉唑治疗：餐前口服艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊（正大天晴药业集团股份有限公司，国药准字 H20213071）， $20 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ， $2 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ 。持续治疗 2 个月。

#### 1.4 观察指标

(1) 比较两组患者治疗前、治疗 2 个月后的食管远端收缩积分水平，对其进行高分辨率食管测压，测定从移行区到食管括约肌近端  $> 20 \text{ mmHg}$  远端食管收缩的波幅  $\times$  时限  $\times$  长度，即为食管远端收缩积分水平。

(2) 比较两组患者治疗前、治疗 2 个月后的炎症因子水平，采集其空腹静脉血液 3 mL，以  $3000 \text{ r} \cdot \text{min}^{-1}$  转速进行离心，离心时间 10 min，取血清，并置于  $-50 \text{ }^\circ\text{C}$  冰柜内待测，采用酶联免疫吸附法测定白细胞介素 -6、C 反应蛋白、降钙素原水平。(3) 比较两组患者反酸、胸痛、烧心、吞咽不适症状改善时间。(4) 比较两组患者用药治疗期间出现的不良反应发生率，包括呕吐、腹泻、头晕、头痛等。

#### 1.5 疗效判定标准

采用胃食管反流病自测表 (gastroesophageal reflux disease questionnaire, GERD-Q) 评价两组患者治疗前后疾病发作频率，最高分 18 分，评分越低，表示发作频率越低。根据患者治疗后的得分情况评价其疗效：治疗后，患者反酸、吞咽不适等症状及体征明显消失，胃镜显示食管肿胀、糜烂消失，GERD-Q 评分较治疗前降低 100%，评为痊愈；症状、体征消失或明显缓解，胃镜显示食管肿胀、糜烂面积较治疗前缩小  $\geq 80\%$ ，GERD-Q 评分较治疗前降低  $\geq 80\%$ ，评为显效；症状、体征轻微缓解，胃镜显示食管肿胀、糜烂面积较治疗前缩小  $30\% \sim 79\%$ ，GERD-Q 评分较治疗前降低  $30\% \sim 79\%$ ，评为有效；治疗后，患者未达到上述标准，评为无效。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数  $\times 100\%$ 。

#### 1.6 统计学分析

采用 SPSS 26.0 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  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后食管远端收缩积分水平比较

治疗后，观察组患者食管远端收缩积分水平高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后食管远端收缩积分水平比较

( $n = 42, \bar{x} \pm s, \text{ mmHg} \cdot \text{s} \cdot \text{cm}$ )

组别	治疗前	治疗后
对照组	253.11 ± 66.53	391.09 ± 95.18
观察组	251.83 ± 64.79	512.50 ± 200.24 <sup>a</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后，观察组患者血清白细胞介素 -6、C 反应蛋白、降钙素原水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

( $n = 42, \bar{x} \pm s, \text{ ng} \cdot \text{L}^{-1}$ )

组别	时间	降钙素原	白细胞介素 -6	C 反应蛋白
对照组	治疗前	38.53 ± 5.89	36.73 ± 5.09	17.44 ± 2.60
	治疗后	17.52 ± 5.74	26.67 ± 4.16	11.52 ± 1.29
观察组	治疗前	38.26 ± 5.65	36.42 ± 5.45	17.52 ± 2.50
	治疗后	12.36 ± 5.19 <sup>b</sup>	19.82 ± 4.32 <sup>b</sup>	8.65 ± 1.14 <sup>b</sup>

注：与对照组治疗后比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者症状改善时间比较

观察组患者反酸、胸痛、烧心、吞咽不适症状改善时间短于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者症状改善时间比较 ( $n = 42, \bar{x} \pm s, \text{ d}$ )

组别	反酸改善时间	胸痛改善时间	烧心改善时间	吞咽不适改善时间
对照组	5.25 ± 1.66	3.18 ± 1.28	4.65 ± 1.16	5.01 ± 1.53
观察组	3.34 ± 1.73 <sup>c</sup>	2.49 ± 1.31 <sup>c</sup>	3.02 ± 1.22 <sup>c</sup>	3.55 ± 1.37 <sup>c</sup>

注：与对照组比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者治疗总有效率比较 [ $n = 42, n(\%)$ ]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	8(19.05)	11(26.19)	14(33.33)	9(21.43)	33(78.57)
观察组	11(26.19)	15(35.71)	15(35.71)	1(2.38)	41(97.62) <sup>d</sup>

注：与对照组比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.5 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生率比较 [ $n = 42, n(\%)$ ]

组别	腹泻	头晕	头痛	呕吐	总发生
对照组	1(2.38)	1(2.38)	2(4.76)	0(0.00)	4(9.52)
观察组	0(0.00)	1(2.38)	1(2.38)	0(0.00)	2(4.76)

### 3 讨论

胃食管反流病是指十二指肠、胃内容物反流至食管导致咽喉、气道组织损伤和食管炎发生,并引起烧心、胃酸逆流、胸口闷痛等不适症状,该疾病多见于 40~60 岁人群。正常人体的食管与胃交界处的下食管会在交界位置形成高压带,与膈肌、括约肌和周围韧带协同收缩,形成抗反流屏障。若抗反流屏障受到破坏时,可引发胃食管反流。此外,当人们过度饮食或饮食过快,也会造成胃食管反流<sup>[5-7]</sup>。因此,随着人们饮食行为的改变,胃食管反流发病率也逐渐提升。由于胃食管反流会使刺激性内容物灼伤食管以外的组织,同时食管黏膜与酸清除能力降低,导致大量胃酸滞留在食管内,随着滞留时间延长,会进一步损害食管黏膜,加重胃肠道反流疾病。因此,还需及时诊断与治疗胃食管反流病,恢复食管远端收缩功能,增强高压带,减少胃肠内容物反流,减轻食管黏膜损伤,缓解患者的症状。

目前,胃食管反流病治疗以药物治疗为主,考虑患者个体差异性,尚未提出统一用药方案,将去除病因、控制症状、预防复发作为治疗原则。临床从抑制胃酸、促动力、黏膜保护方面入手,其中莫沙必利属于选择性 5-羟色胺 4 受体激动剂,主要用于消化性疾病治疗,在胃食管反流病中发挥促动力作用,缓解患者恶心、呕吐、暖气、消化不良等症状。此外,莫沙必利可以选择性结合神经元的 5-羟色胺 4 受体,刺激胃肠单胆碱能神经元兴奋,使乙酰胆碱大量释放,进而促进胃、十二指肠运动,使胃内容物排空。铝镁加混悬液是一种黏膜保护剂,可以中和胃酸,缓解胃酸过多引起的烧心、反酸、暖气和腹胀等症状,还可以吸附大量胆酸,保护消化道黏膜。抑制胃酸治疗药物包括组胺 H<sub>2</sub> 受体抑制剂、质子泵抑制剂,但组胺 H<sub>2</sub> 受体抑制剂抑酸效果不及质子泵抑制剂。本研究显示,观察组患者总有效率高于对照组,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),但两组患者不良反应发生率组间比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊是一种质子泵抑制剂,相比于奥美拉唑,该药物药效更持久、更安全,多用于治疗反流性疾病、消化道溃疡,同时该药物属于脂溶性弱碱性药物,口服后可中和消化道中的胃酸,降低胃酸酸性,可缓解胃酸对组织造成的损害<sup>[8]</sup>。

本研究结果显示,治疗后,观察组患者食管远端收缩积分水平高于对照组,反酸、胸痛、烧心、吞咽不适症状改善时间短于对照组,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。表明艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊可促进胃食管反流病患者食管远端收缩功能的恢复。分析原因,食管远端收缩积分可反映患者食管蠕动收缩力度,而食管蠕动收缩力度主要来源于食管下段括约肌基础压力,括约肌是患者食管与胃之间的重要屏障。括约肌功能障碍或压力低下是胃食管反流发生的主要原因,其压力降低主要与食物化

学性刺激和机械性刺激引起胃酸大量分泌,导致胃泌素降低或胃酸增高,造成食管下段括约肌基础压力下降有关,当括约肌缓慢向下偏移时,为胃酸反流提供了有利的环境条件。括约肌运动障碍可降低胃酸清除功能,进而导致食管暴露于酸环境中。胃食管反流病患者的食管黏膜中过度酸暴露会引发食管黏膜损伤,导致食管炎发生,而抑制胃酸分泌,可降低食管黏膜酸暴露,缓解食管黏膜炎症。本研究结果显示,治疗后,观察组患者血清白细胞介素-6、C 反应蛋白、降钙素原水平低于对照组,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。表明艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊可有效减少胃酸分泌,恢复食管蠕动收缩力度,增强食管下段括约肌对胃酸的清除功能,缓解食管黏膜炎症损伤。分析原因,艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊经口服给药后,会选择性分布于肠道、胃、食管黏膜壁细胞,并与胃液中的酸反应,转变成亚磺酰胺活性状态,不可逆结合二硫键与质子泵,生成复合物,能够减少胃液中的胃酸量和胃酸的逆流,控制胃内容物反流至食管,缓解胃酸侵袭食管黏膜,改善食管黏膜炎症<sup>[9-10]</sup>。

综上所述,采用艾司奥美拉唑镁肠溶胶囊治疗胃食管反流病可有效抑制胃酸大量分泌,提升食管运动功能,减少胃酸反流,缓解食管黏膜炎症。

### [参考文献]

- [1] 卡哈尔·吐尔逊,阿地力江·阿力甫,艾山江·阿帕尔,等.喀什地区胃食管反流病流行病学调查及其危险因素分析[J].临床消化病杂志,2022,34(6):409-415.
- [2] 周金池,窦维佳,魏延,等.中国胃食管反流病患者焦虑抑郁患病率的 Meta 分析[J].中国全科医学,2021,24(5):608-613.
- [3] 王海翠,牛美娜,李美荣,等.艾司奥美拉唑、莫沙必利联合铝碳酸镁治疗胃食管反流性咽喉炎的临床疗效[J].中国临床药理学杂志,2022,31(1):41-46.
- [4] 中华医学会消化病学分会.2020 年中国胃食管反流病专家共识[J].中华消化杂志,2020,40(10):649-663.
- [5] 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.
- [6] 沈波,段浩,马瑜瑾.胃力胶囊联合艾司奥美拉唑镁治疗胆汁反流性胃炎的临床研究[J].现代药物与临床,2022,37(3):539-542.
- [7] 陈任书.艾司奥美拉唑、伊索拉唑、莫沙必利联合治疗反流性食管炎的疗效观察[J].数理医药学杂志,2022,35(12):1816-1819.
- [8] 周钢,熊杰.莫沙必利片联合艾司奥美拉唑肠溶胶囊对胃食管反流患者 Demeester 评分及内镜评分的影响[J].当代医药论丛,2022,20(22):108-110.
- [9] 曾圆.艾司奥美拉唑联合莫沙必利和铝镁加混悬液治疗反流性食管炎疗效观察[J].天津药学,2022,34(2):47-50.
- [10] 牛美娜,王海翠,朱双双,等.双倍剂量艾司奥美拉唑、莫沙必利联合坦度螺酮治疗难治性胃食管反流病的疗效[J].实用医学杂志,2022,38(1):90-95.