

- [12] 曹长杰, 刘学勤, 张广亚, 等. 丙戊酸钠结合富马酸喹硫平对双相障碍躁狂患者临床疗效及 BRMS、SDSS 评分的影响 [J]. 中南医学科学杂志, 2022, 50 (1): 125-127.
- [13] 张庆辉, 艾立英, 陈伟, 等. 丙戊酸盐联合团体认知行为疗法对双相情感障碍患者的炎症因子水平及生活质量的影响 [J]. 临床药物治疗杂志, 2021, 19 (10): 71-75.
- [14] 李洁, 李奕, 彭顺梅. 不同治疗方案对中老年双相抑郁发作患者认知功能的影响 [J]. 临床误诊误治, 2019, 32 (9): 39-43.
- [15] 常桂花. 双相情感障碍共病代谢综合征患者血清同型半胱氨酸水平及与认知功能的相关性分析 [J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47 (2): 285-288, 303.

[文章编号] 1007-0893(2024)09-0091-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.09.027

伊托必利、奥美拉唑联合氟哌噻吨美利曲辛治疗功能性消化不良的疗效

李璐 王秀敏 孟敏

(安阳市人民医院, 河南 安阳 455000)

[摘要] 目的: 研究伊托必利、奥美拉唑联合氟哌噻吨美利曲辛对功能性消化不良患者胃肠排空率、症状缓解率及不良反应的影响。方法: 选择 2020 年 1 月至 2022 年 12 月于安阳市人民医院接受治疗的 98 例功能性消化不良患者, 采用随机数表法分对照组和观察组, 各 49 例。对照组患者使用伊托必利、奥美拉唑治疗, 观察组患者在对照组基础上联合氟哌噻吨美利曲辛治疗, 比较两组患者临床疗效、胃肠排空率、症状缓解率、血清一氧化氮 (NO)、乙酰胆碱酯酶 (AChE)、胆囊收缩素 (CCK)、P 物质 (SP)、胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII)、胃泌素 -17 (G-17) 水平及不良反应。结果: 观察组患者总有效率 89.80%, 高于对照组 71.43%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后发生餐后饱胀、嗝气、早饱症状缓解率均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后肠排空率和胃排空率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后血清 NO、CCK 水平低于对照组, AChE、SP 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后血清 PGI、PGII 及 G17 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 伊托必利、奥美拉唑联合氟哌噻吨美利曲辛治疗功能性消化不良可提高胃肠排空率, 改善临床症状。

[关键词] 功能性消化不良; 伊托必利; 奥美拉唑; 氟哌噻吨美利曲辛

[中图分类号] R 333.2 **[文献标识码]** B

功能性消化不良是一种由胃和十二指肠功能紊乱引起的症状, 主要表现为厌食、上腹部隐痛、嗝气、恶心、腹胀、呕吐, 其主要分为上腹痛综合征和餐后不适综合征两个亚型, 且具有反复发作、发病率高的特点^[1], 严重影响患者的生活质量和健康状况。患者常常会产生抑郁、焦虑等情绪, 并且可以通过内分泌系统和自主神经影响胃肠道功能。临床研究表明^[2], 功能性消化不良的治疗药物包括胃肠动力药、抑酸药、抗幽门螺杆菌药等, 主要包括伊托必利和奥美拉唑等。氟哌噻吨美利曲辛可改善患者不良情绪, 从心理层面上治疗功能性消化不良。本研究主要分析伊托必利、奥美拉唑联合氟哌噻吨美利

曲辛对功能性消化不良患者胃肠排空率、症状缓解率及不良反应的影响, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月至 2022 年 12 月于安阳市人民医院接受治疗的 98 例功能性消化不良患者, 采用随机数表法分对照组和观察组, 各 49 例。观察组男性 25 例, 女性 24 例; 年龄 31~65 岁, 平均 (45.01 ± 8.25) 岁; 体质量 41~82 kg, 平均 (56.20 ± 6.05) kg; 病程 2~5 年, 平均 (3.87 ± 1.00) 年。对照组男性 22 例, 女性 27 例; 年龄

[收稿日期] 2024-03-01

[作者简介] 李璐, 女, 主治医师, 主要从事消化内科工作。

28~59岁,平均(43.87±7.25)岁;体质量39~82kg,平均(55.28±6.59)kg;病程2~5年,平均(3.67±1.03)年。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。本研究经医学伦理委员会审批通过(编号2023-LW-20)。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合功能性消化不良罗马III诊断标准^[3]中功能性消化不良;(2)有餐后饱胀不适、厌食、上腹部隐痛、嗝气、恶心、腹胀、呕吐等症至少1项;(3)3个月内没有腹部手术史且心、肾、肝脏均正常,无治疗史、病变史;(4)近期未服用调节胃肠动力的药物或精神病药物;(5)患者精神正常,且知情同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1)有腹部手术史;(2)肠道、胆、胰等器质性病变;(3)妊娠期或哺乳期的女性;(4)经B超、胃镜等检查证实为食管炎、胃及十二指肠溃疡或糜烂、胃新生物和肝胆胰等脏器器质性疾病。

1.3 方法

所有患者入院后均给予规范西医治疗,并且给予适当的心理辅导帮助患者减轻精神压力,提供健康饮食。对照组患者使用伊托必利(修正药业集团长春高新制药有限公司,国药准字H20061281)服用剂量:50mg·次⁻¹,3次·d⁻¹,饭前服用。奥美拉唑(广东彼迪药业有限公司,国药准字H44023977)2次·d⁻¹,20mg·次⁻¹。观察组患者在对照组的用药基础上加服氟哌噻吨美利曲辛(丹麦灵北制药有限公司,国药准字H20171104,每片含氟哌噻吨0.5mg和美利曲辛10mg)2片·d⁻¹:早晨及中午各1片;严重患者早晨的剂量可加至2片·次⁻¹,2次·d⁻¹。两组患者均以4周为1个疗程,均治疗1个疗程。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效 分别统计两组患者治疗前后各症状人数,根据临床症状总评分的变化计算症状积分改善百分率。症状改善百分率(%)=(治疗前症状人数-治疗后症状人数)/治疗前症状人数×100%。疗效判断标准^[4]如下,显效:症状积分改善百分率≥75%;有效:50%≤症状积分改善百分率<75%;改善:25%≤症状积分改善百分率<50%;无效:症状积分改善百分率<25%;恶化:治疗后症状积分改善百分率为负数。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4.2 症状缓解率 分别对两组患者治疗前后餐后饱胀、嗝气、早饱指标的缓解率进行统计分析。

1.4.3 胃肠排空率 患者当天空腹8h,均给予200g米饭、50g咸菜和200mL水作为标准试验餐,10min内吃完。标准试验餐进食10min内均匀分次口服下20根不透光的钡条(直径×长为1mm×10mm的钡条)。透

视并拍摄腹部X线平片,需统计拍摄部X线平片内残留钡条数,并计算排空率。排空率=(20-胃内或肠内钡条残留数)/20×100%。

1.4.4 血清指标 取受检者空腹静脉血5mL,分离血清后,采用硝酸还原酶法检测血清一氧化氮(nitric oxide, NO)水平,采用放免分析法检测血浆内乙酰胆碱酯酶(acetylcholin esterase, AchE),采用酶联免疫吸附试验法(购自赫澎生物科技有限公司的试剂盒)检测血清胆囊收缩素(cholecystokinin, CCK)、P物质(substance P, SP),采用酶联免疫吸附试验法(试剂盒购自Biohit公司)检测血清胃蛋白酶原I(pepsinogen, PGI)、胃蛋白酶原II(pepsinogenII, PGII)和胃泌素-17(gastrin-17, G-17)水平。

1.4.5 不良反应率 比较两组患者治疗后头晕、嗜睡、腹泻、上腹痛、恶心、呕吐等不良症状发生率。

1.5 统计学分析

采用SPSS 20.0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 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率89.80%,高于对照组71.43%,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较 [n=49, n(%)]

组别	显效	有效	改善	无效	总有效
对照组	20(40.82)	15(30.61)	2(4.08)	12(24.49)	35(71.43)
观察组	24(48.98)	20(40.82)	3(6.12)	2(4.08)	44(89.80) ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后症状缓解率比较

观察组患者治疗后发生餐后饱胀、嗝气、早饱症状缓解率均高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者治疗前后症状缓解率比较 (例)

组别	餐后饱胀			嗝气			早饱		
	治疗前	治疗后	缓解率/%	治疗前	治疗后	缓解率/%	治疗前	治疗后	缓解率/%
对照组	18	8	55.6	35	10	71.4	28	11	60.7
观察组	20	4	80.0 ^b	32	3	90.6 ^b	29	4	86.2 ^b

注:与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后胃肠排空率比较

两组患者治疗后肠排空率和胃排空率显著高于治疗前,且观察组患者治疗后肠排空率和胃排空率高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表 3 两组患者治疗前后胃肠排空率比较
($n = 49, \bar{x} \pm s, \%$)

组别	时间	肠排空	胃排空
对照组	治疗前	52.23 ± 10.21	8.27 ± 3.21
	治疗后	72.12 ± 12.32 ^c	39.12 ± 10.24 ^c
观察组	治疗前	55.01 ± 10.89	8.45 ± 3.01
	治疗后	88.12 ± 15.21 ^{cd}	60.21 ± 18.12 ^{cd}

注：与同组治疗前比较，^c $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^d $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后血清指标比较

两组患者治疗后血清 NO、CCK 水平相比治疗前降低，血清 AchE、SP 水平相比治疗前升高，且观察组患者治疗后血清 NO、CCK 水平低于对照组，血清 AchE、SP 水平高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。两组患者治疗后血清 PGI、PGII、G17 水平相比治疗前降低，且观察组患者治疗后血清 PGI、PGII 及 G17 水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 4 两组患者治疗前后血清 NO、AchE、CCK、SP 水平比较
($n = 49, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	NO / $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	AchE / $\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$	CCK / $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$	SP / $\text{pg} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	65.21 ± 3.25	5.99 ± 0.34	268.21 ± 30.10	38.25 ± 5.21
	治疗后	45.21 ± 3.01 ^e	7.98 ± 0.39 ^e	198.24 ± 29.68 ^c	42.21 ± 6.00 ^e
观察组	治疗前	65.87 ± 3.11	6.03 ± 0.37	271.25 ± 32.14	37.88 ± 4.98
	治疗后	31.28 ± 3.87 ^f	9.12 ± 0.42 ^{ef}	152.98 ± 25.10 ^{ef}	45.36 ± 6.12 ^{ef}

注：NO — 一氧化氮；AchE — 乙酰胆碱酯酶；CCK — 胆囊收缩素；SP — P 物质。

与同组治疗前比较，^e $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^f $P < 0.05$ 。

表 5 两组患者治疗前后血清 PGI、PGII 及 G17 水平比较
($n = 49, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	PGI/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	PGII/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	G17/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	115.20 ± 5.35	16.87 ± 2.25	7.21 ± 0.38
	治疗后	94.21 ± 4.99 ^g	9.58 ± 0.95 ^g	2.54 ± 0.39 ^g
观察组	治疗前	117.25 ± 5.25	15.28 ± 2.80	7.38 ± 0.36
	治疗后	85.21 ± 3.87 ^{gh}	7.21 ± 0.89 ^{gh}	1.68 ± 0.34 ^{gh}

注：PGI — 胃蛋白酶原 I；PGII — 胃蛋白酶原 II；G17 — 胃泌素 -17。

与同组治疗前比较，^g $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^h $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者不良反应率比较

两组患者头晕、嗜睡、腹泻、上腹痛、恶心、呕吐等不良症状发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 6。

表 6 两组患者不良反应率比较 ($n = 49, \text{例}$)

组别	头晕	嗜睡	腹泻	上腹痛	恶心	呕吐
对照组	8	6	6	10	10	3
观察组	7	8	9	11	12	2

3 讨论

导致功能性消化不良的因素包括心理因素和生理因素，其中生理上的功能性消化不良会因心理、环境等因素的影响进一步加重，并导致恶性循环。伊托必利胃肠促动力药，适用于功能性消化不良引起的各种症状，如餐后饱胀、上腹不适、恶心、食欲不佳等。奥美拉唑治疗消化不良的生理因素效果较好，但对功能性消化不良的心理因素治疗效果不明显^[5]。氟哌噻吨美利曲辛是一种抗抑郁药物，可以提高多种神经递质的含量，调节中枢神经功能达到抗抑郁等不良情绪的作用^[6]。三药联合使用有助于从患者心理、生理两个层面进行针对性治疗功能性消化不良。本研究在常规治疗基础上给予氟哌噻吨美利曲辛治疗，发现观察组患者临床症状改善率和治疗有效率均高于对照组，结果说明氟哌噻吨美利曲辛辅助治疗胃功能性消化不良可提高临床疗效，原因可能为不良情绪是功能性消化不良发生的重要影响因素，而氟哌噻吨美利曲辛治疗可改善不良情绪，起到协同治疗作用。研究发现^[7]，氟哌噻吨美利曲辛片联合常规治疗对功能性消化不良的有效率显著高于常规治疗，本研究结果与其一致。

胃肠排空功能障碍是功能性消化不良重要的动力学影响因素之一，胃肠排空率是评估胃肠排空功能的指标，当人情绪抑郁时，人的交感神经张力较强心率下降，胃肠运动较为兴奋胃肠排空率会显著降低^[8]。本研究中发现观察组患者胃肠排空率显著升高，结果说明氟哌噻吨美利曲辛辅助治疗可以提高胃肠排空能力，原因可能是氟哌噻吨美利曲辛改善患者情绪并与促进胃肠动力学的药物治疗起到协同治疗作用。研究表明氟哌噻吨美利曲辛可以提高胃肠排空率，其原因可能是氟哌噻吨美利曲辛刺激患者的上消化道，并促进乙酰胆碱分泌，同时不会与多巴胺 D 受体产生拮抗^[9]。

患者血清内的 AchE、SP、NO、CCK 水平是胃肠道稳态的重要调节因素，其在胃肠功能疾病发生密切相关。NO 是神经元兴奋抑制剂，对消化道运动起抑制作用。AchE 肠胃动力兴奋剂，可以促进十二指肠的运动，其含量过高会导致消化不良。本研究发现观察组患者血清 AchE 和 SP 水平显著升高、NO、CCK 水平显著降低，结果说明氟哌噻吨美利曲辛可以通过刺激多巴胺受体，调节多巴胺的合成和释放从而调节肠胃的激素分泌，保持肠胃的稳态。PGI 和 PGII 是胃蛋白酶原的两个亚型，PGI 可以有效反应胃部黏膜的形态和功能，由胃底腺主细胞、黏液颈细胞分泌，当胃黏膜损伤、胃酸分泌过多时，表现为机体 PGI 含量上升；PGII 由颈黏液细胞、胃窦黏膜腺体、胃底腺等多种腺体分泌，当胃底腺腺管萎缩、胃上皮化生等情况发生时，表现为机体 PGII 含量升高；G17 是一种体内含量较高的胃肠激素，在调节消化道功

能中起关键作用, G17 处于高值状态时, 说明患者的胃内部存在炎症^[10]。本研究结果显示, 观察组患者治疗后血清 PGI、PGII 和 G17 含量显著降低, 说明使用氟哌噻吨美利曲辛能有效降低患者胃酸分泌和胃部炎症, 改善胃黏膜功能和腹痛症状。本研究中发现, 两组患者在安全性方面无显著差异。

综上所述, 在常规使用伊托必利、奥美拉唑治疗的基础上使用氟哌噻吨美利曲辛可以提高胃、肠排空率并有效调节肠胃激素和血清指标从而提高功能性消化不良患者临床疗效。

[参考文献]

- [1] TALLEY N J. Functional dyspepsia: Advances in diagnosis and therapy [J]. Gut & Liver, 2017, 11 (3): 349-357.
- [2] 田亚欣, 王凤云, 张娇, 等. 功能性消化不良的常用方剂及药对规律总结 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 3 (21): 182-185.
- [3] 赵思宁, 梁列新. 罗马 III 与罗马 IV 标准诊断功能性消化不良的差异 [J]. 右江民族医学院学报, 2018, 3 (2):

7-11.

- [4] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国消化不良诊治指南 [J]. 中华消化杂志, 2007, 27 (12): 832-834.
- [5] 梁光好, 王敬枪. 三九胃泰与奥美拉唑联合应用治疗功能性消化不良疗效及安全性 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 9 (5): 389-391.
- [6] 金洁, 丁一. 氟哌噻吨美利曲辛抗抑郁焦虑治疗对慢性胃炎患者促炎和抗炎因子水平影响的研究 [J]. 国际消化病杂志, 2016, 36 (5): 295-298.
- [7] 汤净, 陈军, 谭琰, 等. 氟哌噻吨美利曲辛片联合常规治疗对功能性消化不良效果观察 [J]. 临床消化病杂志, 2016, 28 (1): 16-19.
- [8] 邹燃, 徐芸, 杨云, 等. 电针对功能性消化不良大鼠胃肠动力及胃窦组织 SS 的影响 [J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 18 (6): 14-17.
- [9] 赵石有, 陆代梅, 吕宝琴. 莫沙必利联合氟哌噻吨美利曲辛片治疗功能性消化不良的临床疗效观察 [J]. 世界临床医学, 2016, 10 (21): 18-21.
- [10] 胡嘉滨, 金瑞环, 叶方益. 穴位贴敷联合雷火灸治疗功能性消化不良的疗效观察及其对血清 PGI、PGII、G-17 的影响 [J]. 中国中医药科技, 2019, 26 (5): 706-708.

[文章编号] 1007-0893(2024)09-0094-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.09.028

聚髌器固定与张力带加环扎固定在髌骨下极粉碎性骨折手术中的临床效果

吴久海 裴小玲 郑 弟

(宜昌市第五人民医院, 湖北 宜昌 443007)

[摘要] 目的: 探究聚髌器固定与张力带加环扎固定在髌骨下极粉碎性骨折手术中的临床效果。方法: 选取宜昌市第五人民医院近 5 年收治的 62 例髌骨下极粉碎性骨折手术患者, 按照治疗方案差异分为对照组 (33 例) 与观察组 (29 例)。观察组患者实施张力带加环扎固定, 对照组患者实施聚髌器固定。比较两组患者的临床疗效、膝关节活动范围 (ROM) 与膝关节功能 Bostman 评分、各项手术指标、疼痛情况以及并发症发生情况。结果: 观察组患者的治疗总有效率为 96.55%, 高于对照组的 81.82%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者的膝关节活动度及 Bostman 评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的手术时间、骨折愈合时间均短于对照组, 术中出血量少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后 3 d、7 d 及 3 周疼痛评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 张力带加环扎固定法在治疗髌骨下极粉碎性骨折中效果更好, 因其可以提供更稳定的固定力, 有效抵抗张应力和剪切力, 防止骨折块的移位和旋转。

[关键词] 髌骨下极粉碎性骨折; 聚髌器固定; 张力带加环扎固定

[中图分类号] R 683 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2024-03-20

[作者简介] 吴久海, 男, 副主任医师, 主要研究方向是骨关节创伤。