

断中的临床应用[J]. 检验医学与临床, 2006, 3(1): 25-26.

[5] 叶萍. 尿微量清蛋白的检测及临床意义探讨[J]. 中华医学实践杂志, 2007, 6(11): 1006-1007.

[6] 栾静, 杨玉, 于海燕. 尿 mAlb 和尿 IgG 的检测在糖尿病肾病早期诊断的临床意义[J]. 中国热带医学, 2010, 10(12): 1494.

(收稿日期: 2011-03-22)

• 临床研究 •

泮托拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎疗效观察

舒祖功, 李景传(解放军 92094 部队卫生队, 广东湛江 524009)

【摘要】 目的 观察泮托拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎的临床疗效。**方法** 将 105 例经内镜检查确诊的反流性食管炎患者随机分为泮托拉唑联合莫沙必利组(联用组)、莫沙必利组、泮托拉唑组各 35 例, 各组分别治疗 4 周, 评价其症状缓解情况及胃镜下表现。**结果** 治疗 4 周后联用组、莫沙必利组、泮托拉唑组的症状缓解总有效率分别为 91.4%、80.0%和 65.7%, 差异均有统计学意义; 胃镜下病变改善有效率分别为 87%、74%、41%, 差异均有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 泮托拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎症状改善迅速, 病变治愈率高, 其临床疗效优于单用泮托拉唑、莫沙必利。

【关键词】 食管炎, 消化性; 泮托拉唑; 莫沙必利; 胃镜检查
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)18-2242-02

反流性食管炎是胃内容物反流入食管, 导致食管黏膜糜烂、溃疡的消化系统常见疾病, 约占胃食管反流疾病的 48%~79%^[1]。2009 年 5 月至 2010 年 1 月, 作者对 105 例反流性食管炎患者分别用泮托拉唑联合莫沙必利(联用组)、莫沙必利、泮托拉唑进行治疗, 现将 3 组临床疗效予以总结、对照如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 反流性食管炎病例 105 例, 其中男 69 例, 女 36 例。均有明显烧心、反酸、胸骨后疼痛等反流症状, 无手术及其他器质性病变, 经内镜检查并根据中华医学会消化内镜学会制订的全国反流性食管病(炎)诊断标准^[2]确诊: (1) 有较典型的反酸、烧心、胸骨后疼痛症状; (2) 胃镜和病理检查均示食管下段炎症改变, 并排除其他消化系统疾病及可致胃肠道症状的其他全身疾病; (3) 年龄 19~65 岁, 病程 1 个月至 2 年; (4) 4 周内未服用抑酸剂和其他影响胃肠道功能的药物; (5) 妊娠和哺乳期妇女除外, 严重心、肝、肺功能不全者除外。105 例患者随机分为联用组(泮托拉唑联合莫沙必利) 35 例, 男 24 例, 女 11 例, 年龄 28~68 岁, 平均 48.1 岁; 泮托拉唑组 35 例, 男 19 例, 女 16 例, 年龄 29~67 岁, 平均 47.2 岁; 莫沙必利组 35 例, 男 21 例, 女 14 例, 年龄 29~69 岁, 平均 47.5 岁。三组年龄、性别、病情、病程及体征比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 联用组: 口服泮托拉唑 40 mg, 每天 2 次, 莫沙必利 5 mg, 每天 4 次; 泮托拉唑组: 口服泮托拉唑 40 mg, 每天 2 次; 莫沙必利组: 口服莫沙必利 5 mg, 每天 4 次。3 组疗程均为 4 周。

1.3 疗效观察及评价标准

1.3.1 主要症状改善及评价 治疗前和治疗后第 2、7、14、21 天观察患者反流、泛酸等症状的改善情况, 记录症状缓解和消失时间。根据症状严重程度记分, 其评分标准为轻度: 患者无主观自觉症状, 需提醒后方能记起有类似症状, 记 1 分; 中度: 有症状主诉, 但不影响生活和工作, 记 2 分; 重度: 有症状主诉, 影响正常生活与工作, 记 3 分。治疗 21 d 后根据积分变化评定疗效。症状消失: 症状总积分下降大于 75%; 症状减轻: 症状积分下降大于 75%; 症状无变化: 症状积分下降小于 50%。

1.3.2 内镜评价标准 治疗后内镜下观察食管炎病变完全消失为愈合, 改善 1 级为显效, 没有变化或恶化为无效。

1.4 统计学处理 采用 SPSS10.0 软件行 χ^2 检验和秩和

检验。
2 结果
2.1 3 组临床症状缓解情况比较 见表 1。联用组治疗 2、4 周后临床症状缓解总有效率均优于泮托拉唑组和莫沙必利组, 差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 1 3 组临床症状缓解情况比较[n(%)]						
组别	n	治疗时间 (周)	显效	有效	无效	总有效率 (%)
联用组	35	2	21	7	7	80.0
		4	28	4	3	91.4
泮托拉唑组	35	2	14	10	11	68.6*
		4	23	5	7	80.0**
莫沙必利组	35	2	10	7	18	48.6*
		4	12	11	12	65.7**

注: 治疗 2 周后与联用组比较, * $P<0.01$; 治疗 4 周后与联用组比较, ** $P<0.01$ 。

2.2 3 组治疗 4 周后内镜评价比较 见表 2。治疗 4 周后内镜复查联用组病变改善总有效率优于泮托拉唑组和莫沙必利组, 差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 2 3 组治疗 4 周后内镜下病变改善情况[n(%)]					
组别	n	愈合	显效	无效	总有效率
联用组	35	20	10	5	85.7
泮托拉唑组	35	17	9	9	74.3*
莫沙必利组	35	9	6	20	42.9*

注: 与联用组比较, * $P<0.01$ 。

2.3 不良反应 本资料中有 2 例出现口干, 1 例心悸不适, 1 例出现头晕, 经对症处理后缓解, 均不影响疗程。治疗后复查肝、肾功能均未见异常。

3 讨论

反流性食管炎是指由于食管下端括约肌功能失调, 胃或肠内容物反流入食管, 引起食管下端黏膜的炎症^[3]。泮托拉唑为质子泵抑制剂, 是通过抑制胃壁细胞 H^+-K^+-ATP 酶, 减少胃

酸分泌,提高胃腔内 pH 值($\text{pH}>4$ 持续 24 h 以上),进而降低反流物内酸的浓度,食管内的 pH 值随之提高且大于 4 以上,降低了 H^+ 对食道黏膜的侵蚀,减轻了泛酸、胃烧灼感等相应症状^[4-5]。莫沙必利为新型胃肠动力药,是强效、选择性 5-羟色胺 4(5-HT₄)受体激动剂,通过兴奋胃肠道胆碱能中间神经元及肌间神经丛的 5-HT₄ 受体,促进乙酰胆碱的释放,从而增加胃肠道运动,促进胃排空。单纯抑酸治疗不能改善胃的动力,也不能从根本上阻止反流^[6]。抑酸药和促胃肠动力药联用,既能抑制胃酸,又能防止胃食管反流,从根本上达到治疗反流性食管炎的目的。本结果表明,单用泮托拉唑或莫沙必利治疗反流性食管炎均有效,但二者侧重点不同,联合用药则二者兼顾,其临床显效率及总有效率与单独用药相比差异有统计学意义($P<0.05$)。虽然治疗过程中可出现一些不良反应,但是经过观察不影响治疗效果和患者的健康指标。故泮托拉唑联合莫沙必利是比较理想的治疗反流性食管炎的方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 于皆平,沈志祥,罗和生.实用消化病学[M].北京:科学

出版社,2007:43.
 [2] 中华医学会消化内镜学会.全国反流性食管病(炎)诊断及治疗方案(试行)[J].中华消化内镜杂志,2000,17(1):60.
 [3] De Gtorgi F, Savarese MF, Attco E, et al. Medical treatment of gastro-oe-sophageal reflux disease [J]. Acta Ctorhtnolaryngol Ital, 2006, 26(5): 276-280.
 [4] 陈婉琬,郑青,陆红.评估以泮托拉唑为基础的三联和四联疗法根除幽门螺杆菌的疗效[J].中华消化杂志,2011,31(1):40-44.
 [5] 夏永红,钱平安,厉旭光.泮托拉唑、伊托必利和铝镁加联合治疗胃食管反流病疗效分析[J].中国现代医生,2011,49(6):59-60.
 [6] 韩艳,张海波.铝碳酸镁联合莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎 60 例[J].中国医疗前沿,2011,6(3):33.

(收稿日期:2011-04-03)

• 临床研究 •

原发性高血压患者血清同型半胱氨酸和超敏 C 反应蛋白及叶酸的变化及意义

高 嵩¹,危春英^{1△},陈开森²(南昌大学第一附属医院:1. 心内科;2. 检验科 330006)

【摘要】 目的 通过研究血清同型半胱氨酸(Hcy)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)和叶酸(FA)在原发性高血压中的变化,探讨其与原发性高血压的关系。**方法** 选择 97 例原发性高血压患者为实验组,46 例健康人为对照组,采用循环酶法测定血清 Hcy,免疫比浊法测定血清 hs-CRP,化学发光免疫分析法检测血清 FA。**结果** 实验组血清 Hcy 及 hs-CRP 值明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$ 和 $P<0.01$),血清 FA 值明显低于对照组,差异也有统计学意义($P<0.05$),FA 与 Hcy 呈负相关。**结论** 原发性高血压患者 Hcy、hs-CRP 水平增高可能在疾病的发生发展中起着重要作用,是心脑血管疾病的独立危险因素;FA 可能对改善高血压患者的血管内皮功能有一定作用。

【关键词】 高血压; 同型半胱氨酸; C 反应蛋白质; 叶酸

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)18-2243-02

原发性高血压是严重威胁人类健康的慢性疾病,其发病机制十分复杂。近年来研究证明,血浆同型半胱氨酸(Hcy)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)浓度增加与发生心脑血管疾病的危险程度呈正相关,是心脑血管疾病发生的独立危险因子^[1],而叶酸(FA)可以有效降低 Hcy 浓度^[2]。本文通过研究 Hcy、hs-CRP 和 FA 在原发性高血压中的变化,探讨其与原发性高血压的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照 2005 年《中国高血压防治指南》标准,将 2009 年 12 月至 2010 年 6 月到南昌大学第一附属医院心内科就诊的原发性高血压患者 97 例设为实验组,其中男 58 例,女 39 例,年龄 56~89 岁,平均(67.5±10.6)岁。健康对照组为健康体检成人 46 例,其中男 26 例,女 20 例,年龄 53~78 岁,平均(65.6±9.9)岁。所有入选者均排除继发性高血压,严重肝、肾功能障碍,甲状腺功能障碍,急、慢性炎症,巨幼细胞性贫血等疾病,全部研究对象均测定血清 Hcy、hs-CRP、FA 指标。

1.2 方法 被检者均晨起空腹抽取静脉血 3~5 mL,注入真

空采血管中,离心分离血清待测。Hcy 和 hs-CRP 分别采用循环酶法和增强免疫比浊法检测,仪器为奥林巴斯公司 AU2700 全自动生化分析仪,实验试剂由北京九强公司提供。FA 采用化学发光免疫分析法检测,使用西门子公司公司的 ADVIA centaur XP 全自动免疫分析仪及原装试剂。均严格按操作规程操作。正常参考值 Hcy 为 5~15 $\mu\text{mol/L}$,hs-CRP 为 0.0~2.5 mg/L ,FA 为 3~17 $\mu\text{g/L}$ 。

1.3 统计学处理 所有资料用 SPSS 11.0 统计软件进行数据分析,数据用 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间比较采用成组 t 检验,Hcy 与 FA 之间的关系采用直线回归分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组血清 Hcy、hs-CRP、FA 测定结果比较 原发性高血压组血清 Hcy、hs-CRP 明显高于对照组,而 FA 则明显低于对照组,差异均有统计学意义,见表 1。

2.2 血清 Hcy 水平与 FA 的关系 对两组血清 Hcy 与 FA 的关系进行直线相关分析结果显示,Hcy 与 FA 水平呈负相关,相关系数(r)=-0.402, $P<0.01$ 。

△ 通讯作者,E-mail:wey666888@126.com。