

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素^[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, $P<0.01$ 。

表 1 两组血清 Hcy、hs-CRP、FA 测定结果比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	Hcy ($\mu\text{mol/L}$)	hs-CRP (mg/L)	FA(ng/L)
原发性高血压	97	15.21 $\pm$ 6.66*	5.62 $\pm$ 3.11**	5.89 $\pm$ 1.85*
健康对照组	46	9.55 $\pm$ 2.51	1.56 $\pm$ 0.58	8.70 $\pm$ 2.77

注:与健康对照组比较,* $P<0.05$;** $P<0.01$ 。

3 讨 论

原发性高血压是威胁人类健康的主要疾病之一,它的发病机制十分复杂。但近年大量研究认为 Hcy 是引起血压升高及血管重构的病理生理基础。Hcy 是一种含硫氨基酸,是蛋氨酸的中间代谢产物,在体内由甲硫氨酸转甲基后生成^[3],其本身并不参与蛋白质的合成,若缺乏叶酸将干扰 Hcy 甲基化,造成 Hcy 增高^[4]。高 Hcy 可引起内皮细胞肥大、受损,血管弹性膜断裂及紊乱,内皮下水肿及纤维组织积聚,中层平滑肌细胞肥大、增生,并移行到内皮下,使间质胶原纤维增加,血管壁僵硬,导致高血压^[5]。本研究结果显示,原发性高血压患者血清 Hcy 水平明显升高,这可能是病因之一。

CRP 是一种炎症反应时相蛋白,可在炎症反应时显著升高,是急慢性炎症非特异而敏感的标志物之一。目前 hs-CRP 在心血管方面的研究报道较多,认为 hs-CRP 及炎症反应参与了原发性高血压的发生和发展,是一个被低估而未被充分利用的指标。高浓度 CRP 直接参与局部和全身炎症反应,损伤血管内皮细胞,内皮细胞释放的 NO 及前列腺素减少,使其舒张血管、抗血栓、抗病原的特性丧失,这些改变在高血压的病理过程中起着重要作用^[6],证明原发性高血压患者亦存在血管内皮细胞受损及炎症反应。本研究也发现原发性高血压患者 hs-CRP 水平明显高于对照组,符合上述观点。

FA 在细胞内可转化为甲基四氢叶酸,是 Hcy 降解途径中重新合成蛋氨酸的甲基供体。因此,FA 缺乏可导致 Hcy 降解代谢通路受阻,血中 Hcy 累积,从而造成内皮细胞损伤。研究表明,在心脑血管疾病患者中,FA 浓度与 Hcy 水平呈明显负相关^[7]。本研究结果与之相符($r=-0.402,P<0.01$)。目前国内已经有学者应用依那普利和叶酸复合制剂治疗原发性高血压,结果发现其控制高血压和高 Hcy 的效果显著优于单纯

使用依那普利^[8]。
综上所述,原发性高血压患者存在内皮细胞受损及炎症反应,Hcy 和 hs-CRP 水平在原发性高血压的发生、发展中起重要作用,定期进行 Hcy 和 hs-CRP 水平的测定,可为原发性高血压的发生和病情进展提供一定的判断依据;而定期为老年人进行血清 FA 浓度测定,对高血压的预防和治疗有积极意义。

参考文献

[1] 李建忠,郜红琴,马菊芬. 血浆同型半胱氨酸超敏 C-反应蛋白与心脑血管疾病关系的探讨[J]. 长治医学院学报, 2007,21(3):224-225.

[2] Moat SJ, Lang D, McDowell IF, et al. Folate, homocysteine, endothelial function and cardiovascular disease [J]. J Nutr Biochem, 2004, 15(2): 64-79.

[3] 陈健,张金枝,程龙献. 高同型半胱氨酸血症:心脑血管疾病的独立危险因素[J]. 心血管病学进展, 2000, 21(2): 7578.

[4] 刘虹,李勇,李松,等. 同型半胱氨酸与心血管疾病的研究进展[J]. 中华儿科杂志, 2000, 38(7): 460-461.

[5] Sehnyder G, Roffi M, Pin R, et al. Decreased rate of coronary restenosis after lowering of plasma homocysteine levels[J]. N Eur J Med, 2001, 345(19): 1593-1600.

[6] Vallance P, Collier J, Bhagat K. Infection, inflammation, and infarction: does acute endothelial dysfunction provide a link? [J]. Lancet, 1997, 349(9062): 1391-1392.

[7] Cantu C, Alonso E, Jara A, et al. Hyperhomocysteinemia, low folate and vitamin B12 concentrations and methylene tetrahydrofolate reductase mutation in cerebral venous thrombosis[J]. Stroke, 2004, 35(8): 1790-1794.

[8] 李建平,霍勇,刘平,等. 马来酸依那普利叶酸片降压、降同型半胱氨酸的疗效和安全性[J]. 北京大学学报:医学版, 2007, 39(6): 614-618.

(收稿日期:2011-04-02)

• 临床研究 •

莫西沙星三联疗法根除幽门螺杆菌疗效观察

成迎晖(江苏省盐城市第一人民医院干部保健办公室 224001)

【摘要】 目的 观察以莫西沙星、阿莫西林、埃索美拉唑三联疗法根除幽门螺杆菌感染的临床疗效和耐受性。
方法 选择幽门螺杆菌感染患者 66 例,随机分为观察组 34 例,对照组 32 例。观察组采用莫西沙星(每次 400 mg, 1 次/天)、阿莫西林(每次 1 000 mg, 2 次/天)、埃索美拉唑(每次 20 mg, 2 次/天),治疗 7 d 后继续用埃索美拉唑,每次 20 mg, 1 次/天,连用 4 周。对照组采用克拉霉素(每次 500 mg, 2 次/天)、阿莫西林(每次 1 000 mg, 2 次/天)、埃索美拉唑(每次 20 mg, 2 次/天),治疗 7 d 后继续用埃索美拉唑每次 20 mg, 1 次/天,连用 4 周。疗程结束后行¹⁴C 尿素酶呼气试验检测幽门螺杆菌,对比两组幽门螺杆菌根除率,并评价耐受性。
结果 观察组幽门螺杆菌根除率为 91.2%,对照组为 75.0%,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。
结论 莫西沙星三联疗法对幽门螺杆菌的根除率明显优于克拉霉素三联疗法。

【关键词】 螺杆菌; 幽门; 螺杆菌感染; 莫西沙星; 阿莫西林; 埃索美拉唑; 克拉霉素
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.035 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)18-2244-02

幽门螺杆菌(helicobacter pylori, HP)感染是慢性胃炎、消化性溃疡、胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤以及胃癌等疾病的主

要病因之一,上述疾病中根除 HP 具有非常重要的意义。近年来,HP 对大环内酯类,尤其是对克拉霉素的耐药率呈逐年上