

度明显优于落实传统护理质量管理的对照组患者,同时落实质量改进后护理人员的分诊准确率也明显高于落实前。慈爱萍<sup>[1]</sup>分析认为,持续的护理质量改进是医院质量管理的重要组成部分,柔性管理属于质量改进的一方面,通过柔性管理,能够强化分诊护士“以患者为中心”的理念,使其从患者角度出发,与患者充分沟通交流,有利于和谐医患关系的构筑。

本研究通过采取将柔性管理前与柔性管理后进行对比的方式,就柔性管理对新护士门诊预检分诊服务质量的影响进行了探讨,结果显示,实施柔性管理后,新护士分诊准确率明显提升,患者对护理服务的满意度明显提高,同时护理人员对自身工作的满意度也明显提高。

综上所述,相比于传统的刚性管理,柔性管理能够降低对新护士的不友好,同时各类培训、规章制度的制订也使新护士对预检分诊制度充分了解,有助于其工作的开展,同时管理者的尊重与帮扶也能够提高护理人员对工作的热情,减少其负面情绪的出现,有利于提高其工作效率。

### 参考文献

[1] 曹丽. 急诊预检分诊系统的应用及效果评价[J]. 中国数字医学, 2016, 11(4): 58-60.

[2] 王志敏. 提高门诊护士素质做好预检分诊工作[J]. 中国

伤残医学, 2011, 19(2): 138-139.

[3] 郝瑞生. 柔性管理在门诊管理中的应用[J]. 中华医院管理杂志, 2008, 24(12): 857.

[4] 马桂霞. 探讨门诊管理中柔性管理的应用[J]. 中国保健营养旬刊, 2013, 23(10): 6154-6155.

[5] 余良珍, 张晓乐, 叶天惠, 等. 两种预检分诊模式对三级综合医院儿科急诊分诊质量的影响[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(14): 1283-1287.

[6] 岳筱琪. 浅谈如何提高门诊护士预检分诊的能力[J]. 饮食保健, 2017, 4(15): 114.

[7] 卜敏, 钱玉秀, 黄芝莲. 广州市三甲医院手术室护士职业认同水平及影响因素调查[J]. 广东医学, 2016, 37(12): 1866-1869.

[8] 李志红. 柔性管理在门诊护士管理中的应用[J]. 医院管理论坛, 2015, 32(2): 41-42.

[9] 梁启玲, 陈照坤, 黎裕萍. 柔性管理对骨科门诊预检分诊准确率及满意度的影响[J]. 护理学报, 2017, 24(22): 15-17.

[10] 杨秀兰, 刘江. 持续护理质量改进对门诊预检分诊准确率及满意度的影响[J]. 河北医学, 2015, 21(7): 1201-1204.

[11] 慈爱萍. 研究持续护理质量改进对门诊预检分诊准确率及满意度的影响[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(9): 129-130.

(收稿日期: 2018-09-26 修回日期: 2018-11-18)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 08. 033

## 雷贝拉唑联合莫沙必利治疗胃食管反流的临床效果及对患者食管运动功能的影响

李常军

(湖北省十堰市郧西县人民医院消化内科 442600)

**摘要:**目的 探讨雷贝拉唑联合莫沙必利治疗胃食管反流的临床效果及对患者食管运动功能的影响。方法 选择该院 2016 年 3 月至 2017 年 12 月收治的胃食管反流患者 70 例,分为两组,每组各 35 例。对照组患者给予雷贝拉唑,研究组患者在对照组的基础上再给予莫沙必利,观察记录两组患者不良反应发生率、临床治疗总有效率、食管蠕动压力。结果 研究组患者不良反应发生率低于对照组( $P < 0.05$ );研究组患者临床治疗总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ );两组患者用药后,食管蠕动压力均升高( $P < 0.05$ ),用药前后食管蠕动压力差值差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 雷贝拉唑联合莫沙必利治疗胃食管反流病患者,能提高食管蠕动压力,加强食管运动功能,提高临床治疗总有效率。

**关键词:**雷贝拉唑; 莫沙必利; 胃食管反流; 食管运动功能

中图分类号:R573.9

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)08-1118-03

胃食管反流病属于上消化道疾病,由于胃食管反流,导致食管黏膜损伤。在临床上引起患者出现胃食管反流的因素很多,主要是上消化道功能障碍导致腐蚀性液体(胃酸、胰酶、胆汁酸)产生,治疗胃食管反流病的主要药物是质子泵抑制剂和胃动力药<sup>[1]</sup>。本院在治疗胃食管反流患者过程中,应用雷贝拉唑联合莫

沙必利治疗,取得满意效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2016 年 3 月至 2017 年 12 月收治的胃食管反流患者 70 例,分为对照组和研究组。对照组 35 例,其中男 26 例,女 9 例;年龄 50~78 岁,平均(65.1±7.1)岁;病程 2~11 个月,平均(7.1

±2.3)年;研究组 35 例,其中男 27 例,女 8 例;年龄 49~79 岁,平均(64.8±6.2)岁;病程 1~12 月,平均(6.6±1.8)年。纳入标准:符合中华医学会消化病学分会制订的《中国胃食管反流病共识意见》中关于胃食管反流病定义<sup>[2]</sup>;患者出现反酸、反流、烧心等典型临床症状;入选本研究前 4 星期内未服用促进胃动力药物和抑制酸分泌药物;内镜检查显示食管黏膜出现反流性食管炎症状(无十二指肠溃疡、幽门梗阻等引起继发性反流性食管炎因素;通过质子泵抑制剂试验性治疗及 24 h pH 检测证实食管过度酸反流<sup>[3]</sup>)。排除标准:患者有药物过敏史或其他使用禁忌,难以完成本研究者;患有自身免疫性、传染性、遗传性及代谢性疾病;服用治疗其他疾病药物的患者<sup>[4]</sup>。患者均知情同意本研究,本研究中患者性别、年龄、病程差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性,同时经过医院伦理委员会批准。

**1.2 方法** 对照组:患者每日早晚口服雷贝拉唑[生产厂家:卫材(中国)药业有限公司,国药准字:J20080040,规格:每片 10 mg],每日 2 次,20 毫克/次,持续治疗 8 周<sup>[5]</sup>。研究组:在对照组的基础上,再给予莫沙必利(生产厂家:鲁南贝特药业有限公司,国药准字:I-19990317,规格:每片 5 mg),每日 3 次,饭前或者饭后服用,5 毫克/次,持续治疗 8 周<sup>[6]</sup>。

**1.3 观察指标** 观察记录两组患者不良反应发生率、临床治疗总有效率、食管蠕动压力。按照患者治疗前每周发病次数和临床症状严重程度,将其分为重、中、轻、无 4 级<sup>[7]</sup>。重度:每周发病次数 $\geq 7$ 次,临床症状严重,患者无法正常生活和工作;中度:每周发病次数 4~6 次,临床症状较严重,但未给患者正常工作和生活带来严重影响。轻度:每周发病次数 $\leq 4$ 次,患者可以正常生活和工作;无:患者未出现任何临床症状。临床治疗效果分为 3 等级,分别为显效、有效、无效<sup>[8]</sup>。显效:患者用药治疗后发作次数和临床症状严重程度下降 2 个级别及 2 个级别以上;有效:患者用药治疗后发作次数和临床症状严重程度下降低于 1 个级别;无效:患者用药治疗后发作次数和临床症状严重程度无下降,反而出现加重的情况<sup>[9]</sup>。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析,计数资料以百分率表示,采用  $\chi^2$  检验,计量资料以  $\bar{x}\pm s$  表示,采用  $t$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者不良反应发生率比较** 研究组患者不良反应发生率低于对照组( $P<0.05$ ),见表 1。

**2.2 两组患者临床治疗效果比较** 研究组患者临床治疗总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ ),见表 2。

**2.3 两组患者食管蠕动压力比较** 两组患者用药

后,食管蠕动压力均升高( $P<0.05$ ),用药前后食管蠕动压力差值无明显差异( $P>0.05$ ),具体见表 3。

表 1 两组患者不良反应发生率对比

组别	n	口干(n)	腹泻(n)	头晕恶心(n)	便秘(n)	发生率(%)
对照组	35	3	6	1	0	28.6
研究组	35	2	1	0	1	11.4
$\chi^2$		2.214	4.081	2.203	2.191	6.112
P		$>0.05$	$<0.05$	$>0.05$	$<0.05$	$<0.05$

表 2 两组患者临床治疗效果对比

组别	n	显效(n)	有效(n)	无效(n)	总有效率(%)
对照组	35	17	9	9	74.3
研究组	35	25	9	1	97.1
$\chi^2$		5.344	2.011	5.333	6.825
P		$<0.05$	$>0.05$	$<0.05$	$<0.05$

表 3 两组患者食管蠕动压力比较( $\bar{x}\pm s$ , mm Hg)

组别	用药前	用药后	t	P
对照组	6.3±1.9	8.1±2.4	12.045	$<0.05$
研究组	6.8±2.7	9.9±3.6	16.414	$<0.05$

**3 讨 论**

胃食管反流病是临床较为常见的慢性疾病,除一系列临床症状外,反复发作,我国成年人患病率约为 3.1%,近年来呈现上升趋势。老年人消化功能衰退,食管下括约肌松弛程度更为严重<sup>[10]</sup>。食管下括约肌压力降低后,不能阻止胃酸反流进入食管。除此之外胃食管反流发生的另一原因便是胃食管动力不足,食管蠕动障碍、胃排空延迟,以及清除功能下降等因素导致胃食管反流病发生率升高。胃食管反流病早期临床症状不明显,极易被患者忽视,待就诊时病情已经较重,错过了最佳治疗时间,增加了后期治疗的难度。胃食管反流病首选治疗手段是药物治疗,目前还能通过手术改善食管下括约肌功能,从根本上治愈胃食管反流病。当前此病治疗思路是尽可能减少胃反流内容物,并促进胃排空<sup>[11]</sup>。

胃食管反流病作为消化系统常见疾病之一,主要是由食管下括约肌肌张力低下(或食管下括约肌松弛)反流物侵蚀和攻击患者食管黏膜,从而导致患者正常生活和健康受到影响<sup>[12]</sup>。胃食管反流病是因为食管腔过分接触胃液,从而导致食管黏膜损伤的疾病。在西方国家,胃食管反流病十分常见,发病率随年龄增加而增加,男女发病无差异。我国胃食管反流病发病率与西方国家相比较低,病情较轻。多半胃食管反流病患者内镜下可见溃疡、食管黏膜糜烂等炎症病变。胃食管反流病临床症状轻重不一、表现多样,

临床典型症状便是反酸和烧心<sup>[13]</sup>。烧心常在患者进食后 1 h 出现,胸骨下段向上伸延的强烈灼烧感,弯腰、卧位及腹压增高时加重,酸性胃内容物在不用力 and 无恶心的情况下涌入口腔,反酸常常伴有烧心。胃食管反流病属于消化道动力障碍性疾病,由多种因素造成,单酸、胰酶等存在酸或其他有害物质。正常情况下,食管有防御十二指肠肠内容物及胃酸侵袭的功能,而胃食管反流病是反流物对食管黏膜攻击作用和抗反流防御机制下降的结果。

据临床研究表明,胃酸反流对患者食管上皮细胞造成影响,并且会增宽细胞间隙和增加细胞间通透性,胃酸和蛋白酶也会对患者上皮细胞带来损伤,刺激神经末梢,患者出现疼痛和烧心等典型症状,临床上治疗胃食管反流病的常见手段就是单纯使用抑制剂,但患者食管蠕动力并未改善,胃酸反流从根本上也不能彻底被阻断,临床症状未减轻,对患者生活工作造成巨大影响。针对此现状,应使用抑制剂和促胃肠蠕动力的药物联合治疗。雷贝拉唑作为苯并咪唑的替代品,属于抑制分泌类药物。依附于胃壁细胞表面,通过抑制  $H^+/K^+-ATP$  酶来抑制胃酸大量分泌,无抗  $H_2$  组胺及抗胆碱特性。上述酶系统被看作酸质子泵,雷贝拉唑可以作为胃内质子泵抑制剂阻滞胃酸产生。患者在口服雷贝拉唑 20 mg 后 1 h 内发挥药效,并且在 2~4 h 内血药浓度达到最高,患者首次服用雷贝拉唑 23 h 后可抑制由食物抑制产生的胃酸,抑制率达到 82%,抑制时间可长达 48 h。雷贝拉唑的血浆蛋白结合率可达 97%,硫醚和羧酸为主要代谢产物<sup>[14]</sup>。

莫沙必利作为选择性 5-羟色胺 4 受体激动药,可以促进乙酰胆碱的大量释放,通过刺激胃肠道发挥促动力作用,从而缓解患者功能性消化不良的胃肠道症状(不会影响胃酸的分泌),莫沙必利不会引起心血管不良反应及锥体外系综合征,患者口服此药后被迅速吸收,肝、肾局部组织液及胃肠道中浓度较高,血浆中较少<sup>[15]</sup>。

本研究结果表明,临床治疗总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ ),研究组患者不良反应发生率低于对照组( $P < 0.05$ ),说明雷贝拉唑联合莫沙必利有效提高了胃食管反流病的治疗效果,且患者不良反应减少。

综上所述,临床医师在对胃食管反流病患者治疗时使用雷贝拉唑联合莫沙必利获得良好效果,能降低患者不良反应发生率,提高生活质量。

## 参考文献

[1] 李迪,李增男,薛刚刚,等. 较低剂量氟哌噻吨美利曲辛联

合雷贝拉唑和莫沙必利对非糜烂性胃食管反流病伴述情障碍患者的疗效观察[J]. 中国医药,2016,11(1):62-66.

- [2] 杨晓匿,薛梅,熊德巧,等. 雷贝拉唑联合莫沙必利治疗胃食管反流病临床疗效观察及安全性分析[J]. 医学综述,2016,22(14):2898-2900.
- [3] KINOSHITA Y, HONGO M, KUSANO M, et al. Therapeutic response to twice-daily rabeprazole on health-related quality of Life and symptoms in patients with refractory reflux esophagitis: a multicenter observational study [J]. Intern Med, 2017, 56(10): 1131-1139.
- [4] 杨凡,龚瑞雪. 埃索美拉唑联合枸橼酸莫沙必利对哮喘合并胃食管反流患者肺功能的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(13): 155-156.
- [5] 王静,张燕. 疏肝健脾理气方治疗胃食管反流病疗效及对血管活性肠肽的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(22): 2448-2450.
- [6] 周捷,林科雄,譙敏. 布地奈德福莫特罗粉吸入剂联合泮托拉唑和莫沙必利对哮喘合并胃食管反流病患者肺功能的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(21): 181-183.
- [7] IWAKIRI K, KINOSHITA Y, HABU Y, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015[J]. J Gastroenterol, 2016, 51(8): 1-17.
- [8] 章伟敏,唐世雄,王耀文,等. 清热散结联合泮托拉唑钠及枸橼酸莫沙必利治疗慢性咽炎并胃食管反流的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2017, 15(10): 1725-1727.
- [9] 林常青,胡春玲,李莉群,等. 兰索拉唑联合莫沙必利治疗老年胃食管反流病的临床效果评价[J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(1): 62-65.
- [10] 程毅东. 雷贝拉唑联合氟哌噻吨美利曲辛治疗非糜烂性胃食管反流病伴焦虑抑郁患者的效果[J]. 现代消化及介入诊疗, 2017, 22(2): 223-225.
- [11] 邱伟,方晓华,杨振斌,等. 升降法对胃食管反流病及脑-食管轴的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 66(4): 292-295.
- [12] 杨勇. 氟哌噻吨美利曲辛在伴有焦虑或抑郁的非糜烂性胃食管反流病中的临床应用[J]. 国际消化病杂志, 2016, 36(5): 287-290.
- [13] 高伟,马利荣,陈敏华,等. 自拟疏木运土止咳方结合西医常规疗法治疗胃食管反流性咳嗽临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2017, 39(5): 420-423.
- [14] 马彩虹,李超群,钱韶红,等. 针刺联合黛力新治疗难治性胃食管反流病临床研究[J]. 四川中医, 2016, 14(3): 179-181.
- [15] 林秋水,李健. 中西医结合治疗方案治疗胃食管反流病 54 例临床研究[J]. 现代中药研究与实践, 2017, 51(3): 72-75.

(收稿日期:2018-09-18 修回日期:2018-11-10)