

研究氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗胃食管反流病伴焦虑情绪患者的临床疗效

宋丰前

娄底市中心医院 52 病室 湖南娄底 417000

【摘要】目的 探讨氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗胃食管反流病 (GERD) 伴抑郁焦虑患者的疗效。**方法** 将 180 例 GERD 伴抑郁焦虑患者按随机数字表法分为对照组和观察组各 90 例。两组患者均口服奥美拉唑, 观察组在此基础上口服氟哌噻吨美利曲辛片, 两组均治疗 8 周。比较两组患者治疗前后反流性疾病诊断问卷 (RDQ) 评分、GERD 症状评分、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)、汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 评分及临床疗效。**结果** 治疗后, 观察组患者 RDQ 的症状评分及频率评分、HAMD 及 HAMA 评分均低于治疗前及对照组, 且总有效率高于对照组 (均 $P < 0.05$); 观察组患者 GERD 症状评分中的 A、C 项目评分低于治疗前及对照组, B 项目评分高于治疗前及对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗 GERD 伴抑郁焦虑患者疗效显著, 可以有效改善患者抑郁焦虑状态。

【关键词】 胃食管反流病; 抑郁; 焦虑; 氟哌噻吨美利曲辛片; 奥美拉唑

【中图分类号】 R571

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 11-94-03

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是指患者由于食管括约肌功能不全或者食管体部运动异常引起胃内容物反流进入食管, 患者可因胃食管腔过度接触胃液而出现反酸、胃灼热、胸骨后烧灼感等一系列消化系统临床症状。根据内镜检查是否出现食管黏膜破溃糜烂分为反流性食管炎以及非糜烂性胃食管反流病 (non-erosive gastroesophageal reflux disease, NERD)。其中 60%-70% 的 GERD 患者为 NERD, 多存在不同程度的抑郁焦虑。质子泵抑制剂 (proton pump inhibitor, PPI) 是治疗 GERD 的首选药物^[1], 然而存在抑郁焦虑的 NERD 患者单纯使用 PPI 治疗时疗效不佳。临床研究显示, 内脏感觉神经敏感性增高是 NERD 发生的重要原因之一。氟哌噻吨美利曲辛是复方制剂, 小剂量的氟哌噻吨可调节多巴胺受体, 促进多巴胺的合成及释放, 进而提高突触间神经递质的水平, 具有一定抗抑郁焦虑作用^[2]。本研究探讨氟哌噻吨美利曲辛联合奥美拉唑治疗 GERD 伴抑郁焦虑患者的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2016 年 3 月至 2018 年 9 月医院收治的 GERD 伴抑郁焦虑的患者 180 例作为研究对象, 随机将其平均分为 2 组, 各 90 例, 其中对照组: 女性 66 例, 男性 24 例, 年龄 (38.2±2.1) 岁, 病程为 (9.3±1.3) 月, BMI (22.1±1.0) kg/m², GERD 类型为 RE 24 例, NERD 66 例; 观察组: 女性 62 例, 男性 28 例, 年龄 (37.9±2.3) 岁, 病程为 (9.1±1.1) 月, BMI (21.5±0.9) kg/m², GERD 类型为 RE 22 例, NERD 68 例; 纳入标准: (1) 符合蒙特利尔 GERD 诊断标准^[3], 患者临床表现为反酸胃灼热, 伴有胸骨后不适、胸痛、口苦、口中泛酸等症状, 持续时间 ≥ 6 个月, 反流性疾病问卷 (Reflux Disease Questionnaire, RDQ)^[4] 评分 ≥ 12 分; (2) 患者汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton for Rating Scale Anxiety, HAMA)^[4] 评分 > 14 分, 汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton Rating Scale for Depression, HAMD)^[4] 评分 > 20 分; (3) 无其他消化系统疾病, 无合并其他精神类疾病。排除标准: (1) 合并恶性肿瘤、消化道溃疡、消化道出血者; (2) 因手术或其他外界因素导致食管括约肌异常而出现食管反流者; (3) 长期服用损害消化道黏膜药物者; (4) 消化道霉菌感染者; (5) 入组前 2 周内服用过抑酸药物, 入组前服用过抗抑郁焦虑药物, 对本研究所用药物过敏者。按随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 每组 90 例。两组患者年龄、性别、病程、体质指数 (body mass index, BMI)、GERD 类型等一般资料比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

两组患者均口服奥美拉唑 20mg/次, 1 次/d。观察组在此基础上口服氟哌噻吨美利曲辛片 1 粒/次, 2 次/d, 4 周为 1 疗程,

两组均治疗 2 个疗程。

1.3 评价指标

1.3.1 RDQ 评分

RDQ 总分包括发作症状程度评分和疾病发作频率评分。(1) 发作症状程度评分: 自觉无症状记 0 分; 临床症状不明显或在医师提醒后才注意到记 1 分; 临床症状明显, 影响生活及工作记 3 分; 临床症状明显, 严重影响生活质量, 且需药物治疗记 5 分; 症状程度在 1-3 分记 2 分, 程度在 3-5 分记 4 分。(2) 发作频率评分: 症状消失记 0 分, 发作频率每周 ≤ 1d 记 1 分, 每周发作 2d 记 2 分, 每周发作 3d 记 3 分, 每周发作 4-5d 记 4 分, 每周发作 6-7d 记 5 分。记录患者治疗前后 RDQ 评分情况。

1.3.2 临床疗效

(1) 显效: 治疗后 RDQ 评分较治疗前降低 > 80%; (2) 有效: RDQ 评分较治疗前降低 50%-80%; (3) 无效: RDQ 评分降低 < 50%。总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。

1.3.3 GERD 症状评分^[5]

采用 GERD 问卷进行评分, GERD 问卷分为 A、B、C3 个项目。A 为反流症状评分, 包括烧灼感及反流情况, 无症状为 0 分, 1 次/周为 1 分, 2-3 次/周为 2 分, ≥ 4 次/周为 3 分; B 为消化道其他症状, 包括上腹部不适及恶心, 无症状为 3 分, 1 次/周为 2 分, 2-3 次/周为 1 分, ≥ 4 次/周为 0 分; C 为生活质量评分, 包括睡眠情况及用药情况, 无失眠、不需用药为 0 分, 1 周失眠 1 次为 1 分, 1 周失眠 2-3 次为 2 分, 1 周失眠 ≥ 4 次为 3 分。记录两组患者治疗前后的 GERD 症状评分。

1.3.4 焦虑抑郁评分

采用 HAMD 量表评价抑郁情况, 包括 17 项, 评分为 0-4 分; 采用 HAMA 量表评价患者焦虑情况, 评分为 0-4 分。HAMD、HAMA 总分越高提示焦虑抑郁越严重。记录两组患者治疗前后 HAMD、HAMA 评分情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以例数或百分比表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 等级资料的比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 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

对照组 90 例患者: 显效 22 (24.4%) 例, 有效 38 (42.2%) 例, 无效 30 (33.3%) 例; 观察组 90 例患者: 显效 32 (35.6%) 例, 有效 48 (53.3%) 例, 无效 10 (11.1%) 例。观察组患者治疗总有效率为 88.9% (80/90), 高于对照组的 66.7% (60/90) ($\chi^2=6.512$, $P=0.038$)。观察组患者疗效优于对照组 ($u=7.219$, $P=0.001$)。

2.2 两组患者治疗前后 RDQ 评分比较

治疗前, 两组患者 RDQ 评分中的症状及频率评分比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。治疗后, 两组患者症状评分

及频率评分均低于治疗前, 且观察组评分均低于对照组 (均 $P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 两组患者治疗前后 RDQ 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	症状评分		t 值	P 值	频率评分		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	90	19.24±2.01	7.22±1.49	32.228	<0.001	18.29±2.08	5.71±1.78	30.828	<0.001
对照组	90	19.28±2.07	11.22±1.89	19.309	<0.001	18.32±2.01	9.79±1.90	20.687	<0.001
t 值		0.708	11.148			0.679	10.509		
P 值		3.402	<0.001			2.98	<0.001		

2.3 两组患者治疗前后 GERD 症状评分比较

治疗前, 两组患者 A、B、C3 个项目评分比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。治疗后, 观察组患者 A、C 项目评分低于对照组及治疗前, B 项目评分高于对照组及治疗前 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.4 两组患者治疗前后 HAMD、HAMA 评分比较

治疗前, 两组患者 HAMD、HAMA 评分差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。治疗后, 两组患者 HAMD、HAMA 评分均低于治疗前, 且观察组低于对照组 (均 $P < 0.05$)。见表 3。

表 2: 两组患者治疗前后 GERD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	A 项目		t 值	P 值
		治疗前	治疗后		
观察组	90	5.44±1.01	2.02±0.90	16.957	<0.001
对照组	90	5.48±1.07	3.52±1.01	8.937	<0.001
t 值		0.532	7.442		
P 值		2.329	<0.001		

表 2 续

组别	n	B 项目		t 值	P 值	C 项目		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	90	1.03±0.28	4.41±0.38	48.038	<0.001	5.49±0.92	1.21±0.34	29.268	<0.001
对照组	90	1.02±0.31	3.09±0.40	27.442	<0.001	5.42±0.91	2.89±0.42	16.931	<0.001
t 值		1.231	16.038			0.298	20.857		
P 值		0.988	<0.001			3.921	<0.001		

表 3: 两组患者治疗前后 HAMD、HAMA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	HAMD		t 值	P 值	HAMA		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	90	52.34±5.01	21.21±4.45	18.509	<0.001	46.97±4.34	22.71±4.28	19.191	<0.001
对照组	90	52.78±5.10	36.12±4.89	31.159	<0.001	46.92±4.21	30.30±4.0	26.689	<0.001
t 值		0.873	15.132			0.769	8.687		
P 值		3.872	<0.001			3.912	<0.001		

3 讨论

患者不同的心理应激状态会导致不同程度的胃蠕动增加及胃酸分泌增多, 功能性胃肠疾病与患者精神心理因素有密切关系^[6]。胃肠道是受中枢神经系统、肠神经系统及自身神经系统共同调节的器官。肠神经系统由分布于消化道壁内的神经成分组成, 可独立调控胃肠道功能。而胃肠道不仅为消化器官, 还具有内分泌及免疫调节功能, 是一个神经-内分泌-免疫多系统组成的机体调控网络。有研究表明, 存在胃肠道疾病的患者常伴随精神心理异常因素^[7]。此类患者对传统 PPI 及促胃肠动力药物不敏感, 多存在精神心理问题, 如抑郁焦虑及其他心理不适, 这可能与脑-肠神经系统及神经递质释放有关。有研究显示, 联合使用抗精神病类药物可显著缓解 NERD 患者的机体及精神异常状况^[8]。目前评估 GERD 疗效主要以患者主观评价为主, 其中 GERDQ 量表及 RDQ 量表均是目前临床常用的评价量表, 包括患者自我感觉临床症状及心理状况的评估, 其评估效能与消化专科医师的水平相当。

氟哌噻吨美利曲辛片为复合制剂, 主要成分为小剂量氟哌噻吨及美利曲辛, 均具有双相抗抑郁作用, 小剂量应用可提高患者兴奋度, 减轻由临床症状带来的精神心理障碍, 改善患者对疾病主观感受的同时还可以增加患者的用药依从性, 且几乎无不良反应^[9], 与 PPI 联合用于治疗 GERD 伴焦虑抑郁是遵循目前推崇的生物-心理-社会医学模式。

氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗 NERD 患者, 其临床疗效显著, 可改善患者 GERDQ 评分。本研究结果显示, 治疗后, 观

察组患者 RDQ 的症状评分及频率评分均低于对照组及治疗前, 治疗总有效率高于对照组, GERD 评分优于对照组 (均 $P < 0.05$), 与上述文献报道结果相似。相关研究发现, 氟哌噻吨美利曲辛片联合质子泵抑制剂治疗 NERD 伴焦虑抑郁患者可改善焦虑抑郁状态。本研究结果显示, 观察组患者治疗后 HAMA、HAMD 评分低于治疗前水平及对照组 ($P < 0.05$)。提示氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑可以改善 GERD 患者抑郁焦虑状态。

综上所述, 氟哌噻吨美利曲辛片联合奥美拉唑治疗 GERD 伴抑郁焦虑患者临床疗效显著, 可以有效改善患者胃食管反流症状及抑郁焦虑状态。

参考文献

- [1] 王伟伟, 王亚雷, 许建明, 等. 胃食管反流病患者焦虑抑郁状态及其对治疗的影响[J]. 安徽医科大学学报, 2014(6): 856-858, 859.
- [2] 赵本田, 王红. 难治性胃食管反流病患者食管动力学特点及发病原因研究进展[J]. 山东医药, 2016, 56(39): 100-102.
- [3] 上海黛力新临床协作组. 氟哌噻吨美利曲辛联合多潘立酮治疗伴有焦虑抑郁状态的功能性消化不良患者的疗效研究[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(7): 441-445.
- [4] 白班俊, 黄国美. 兰索拉唑联合莫沙必利治疗老年胃食管反流的疗效与安全性[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(4): 945-946.
- [5] 周海川, 谢崇凡, 吴启斌. 埃索美拉唑联合铝碳酸镁治疗

(下转第 100 页)

手术临床疗效的优劣性一直存在着争议。本次研究针对两种术式在浅表层膀胱癌患者治疗中进行了对比,本次研究结果提示,观察组患者通过采取 HOLRBT 术式,该组患者术中出血量、膀胱冲洗时间、住院天数等相关手术指标均较对照组更优。同时该组患者术后复发率以及尿道狭窄、膀胱穿孔等并发症率均较对照组患者明显更低^[4]。本次研究结果提示,在浅表层膀胱癌患者治疗中,应用 HOLRBT 术式效果更优,且安全性更高,能够显著降低患者术后复发率,同时可降低术后并发症风险,有利于促进患者术后尽快康复。这与苏学勇等人^[5]的研究结果相似,进一步表明了 HOLRBT 术式在浅表层膀胱癌患者治疗中的优势效果。分析原因,可能在于 TURBT 手术在术中操作较为复杂,在操作过程中若发生切割产生高频电流过大无法实现最优状态容易引起患者出血^[5]。同时切割电极产生的大量高频电流将穿过患者膀胱组织对闭孔神经产生刺激性作用,因此对患者器官及组织均会形成影响。因此 TURBT 术式的术中出血量和术后并发症风险均较 HOLRBT 术式更高。

综上所述,在浅表层膀胱癌患者治疗中,采取 HOLRBT 术式能够取得更优疗效,可显著降低患者术后并发症风险和复发风险,

可进一步优化手术指标,该手术方案值得应用并推广。

参考文献

- [1] 陈俊生.经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术和经尿道膀胱肿瘤电切术治疗浅表层膀胱癌的疗效和安全性[J].现代诊断与治疗,2015,26(09):2070-2071.
- [2] 雷普,卜小斌,高飞等.经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术和膀胱肿瘤电切术治疗浅表层膀胱癌的疗效比较[J].现代泌尿外科杂志,2014,19(02):108-110.
- [3] 陈伟.经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术与经尿道膀胱肿瘤电切术治疗浅表层膀胱癌的疗效和安全性:对比研究[J].中国全科医学,2014,17(02):223-225.
- [4] 杨亚汉.经尿道钬激光切除术与经尿道电切术治疗浅表层膀胱癌的疗效对比研究[J].现代诊断与治疗,2018,29(10):1527-1528.
- [5] 苏学勇,潘翔,刘永昌.经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术和膀胱肿瘤电切术治疗浅表层膀胱癌的效果比较[J].中国当代医药,2018,25(11):75-77.

(上接第95页)

胃食管反流病的临床疗效[J].实用临床医药杂志,2013,17(16):65-67.

[6] 孙振钢.胃食管反流病老年患者精神心理因素、自主神经功能与疾病症状的关系[J].中国老年学杂志,2013,33(18):4448-4449.

[7] 屈亚威,王伟岸,张晓,等.精神心理因素与难治性胃

食管反流病发病关系的研究[J].胃肠病学和肝病学杂志,2015,24(12):1445-1447.

[8] 陈一萍,王彩花,李惠春,等.质子泵抑制剂联合氟哌噻吨美利曲辛对伴焦虑抑郁的非糜烂性胃食管反流病的治疗作用[J].中华消化杂志,2013,33(7):437-440.

[9] 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.

(上接第96页)

固定方式进行治疗效果理想,可以减少病人的疼痛,降低损伤,促进治疗满意度,应用价值显著高于常规治疗,具有临床推广价值。

参考文献

[1] 马志国,闫厚军,郭永军.急诊微创技术应用无头加压螺钉治疗踝部骨折30例[J].临床军医杂志,2013,41(5):547.

[2] 陈兵乾,薛峰,盛晓文,等.俯卧位后外侧入路手术治疗旋后外旋型踝部骨折的疗效分析[J].实用骨科杂志,2016,

22(12):1132-1134.

[3] 巫宗德,彭亮,王小兵,等.腓骨中下段骨折闭合复位经皮内固定术应用于踝部骨折的临床观察[J].四川医学,2014,35(9):1215-1216,1217.

[4] 浦玉良.不同手术方法治疗踝部骨折的临床疗效对比分析[J].中国实用医药,2015,11(11):54-55.

[5] 杨衡,王军,石波,等.探究关节镜监视下踝部骨折复位固定的治疗效果[J].中国医疗器械信息,2016,22(10):15-16.

(上接第97页)

具有统计学意义($P > 0.05$);同时相较于单一的甲硝唑栓治疗效果(87.86%),甲硝唑栓联合雌激素软膏对老年性阴道炎患者的临床疗效更加的确切(96.43%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,对老年性阴道炎患者的临床治疗过程中,积极应用甲硝唑栓联合雌激素软膏治疗,可以改善患者激素水平,有助于患者临床症状缓解,治疗效果优异,于临床中进行应用的意义以及推广的价值均较为显著。

参考文献

[1] 张雪.甲硝唑栓联合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的应用[J].中国医药指南,2018,16(27):41-42.

[2] 沙仁美.甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎

的疗效分析[J].中国医药指南,2018,16(26):174-175.

[3] 方爱华.复方甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎疗效分析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2018,5(26):82-83.

[4] 张霞.雌激素软膏联合甲硝唑栓治疗老年性阴道炎的临床效果观察[J].北方药学,2018,15(07):95-94.

[5] 袁娟.甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的疗效观察[J].大医生,2018,3(05):73-74.

[6] 毛慧群.老年性阴道炎采用甲硝唑栓联合雌激素软膏治疗的效果研究[J].中国现代药物应用,2018,12(01):107-108.

[7] 赵凤杰,张岩军.甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的疗效分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(22):177.

(上接第98页)

本次试验结果。

由本次试验可以看出,对陈旧性不稳定型骨质疏松性脊柱骨折患者给予经皮椎体成形术治疗可取得较好的疗效,建议将此术式在临床中推广应用。

参考文献

[1] 梁旭东,潘峰.PKP治疗陈旧性不稳定型骨质疏松性脊柱骨折临床分析[J].中国社区医师,2017,33(28):46-46.

[2] 要艳普.经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性脊柱骨折的疗效[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(a4):85-86.

[3] 闵有宝,祝宗华,徐文联.经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性脊柱骨折[J].中外医疗,2013,32(4):115-116.