

埃索美拉唑与艾普拉唑治疗消化性溃疡的临床对比研究

张震华, 陈岚

上海交通大学医学院附属瑞金医院药剂科, 上海 200025

摘要: **目的** 比较埃索美拉唑与艾普拉唑治疗消化性溃疡的临床疗效及不良反应。**方法** 选取 2013 年 3 月至 2014 年 2 月接受埃索美拉唑与艾普拉唑治疗的 87 例消化性溃疡患者, 随机分为 A 组 44 例和 B 组 43 例。其中, A 组患者给予埃索美拉唑肠溶片 20 mg, 1 次/d, 口服, 疗程 4 周; B 组患者给予艾普拉唑肠溶胶囊, 10 mg, 1 次/d, 口服, 疗程 4 周。比较两组的临床效果与不良反应。**结果** A 组和 B 组的溃疡愈合率分别为 95.5% 和 83.7%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 总有效率分别为 97.7% 和 95.3%, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。A、B 两组 3 d 内和 1 周内疼痛消失率比较差异均无统计学意义 (84.1% vs 81.4%, $P > 0.05$; 97.7% vs 93.0%, $P > 0.05$)。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 (2.3% vs 4.6%, $P > 0.05$)。**结论** 埃索美拉唑治疗消化性溃疡的愈合率优于艾普拉唑, 两者治疗的总有效率无差异, 且不良反应少而轻微。

关键词: 消化性溃疡; 埃索美拉唑; 艾普拉唑; 质子泵抑制剂

中图分类号: R 574.1 R 656.6⁺2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)03-0332-03

消化性溃疡 (PU) 为临床常见发病。其临床特征为中上腹节律性疼痛, 慢性周期性发作。常表现为呕吐、恶心、饥饿痛、胀痛、胃灼烧感等, 严重甚至出现呕血、黑便、胃穿孔等^[1-4]。近年来, 随着质子泵抑制剂以及抗幽门螺杆菌 (Hp) 标准治疗的临床应用, 其疗效显著提高。本文收集在我院接受门诊治疗的 PU 患者病历, 对埃索美拉唑与艾普拉唑治疗消化性溃疡临床疗效及不良反应进行比较。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 3 月至 2014 年 2 月接受门诊治疗的 PU 患者 87 例, 其中男 50 例, 女 37 例; 年龄 25 ~ 70 (42.0 ± 3.1) 岁。所有患者均经临床及胃镜检查确诊, 且按就诊顺序随机分为 A 组 (治疗组) 44 例和 B 组 (对照组) 43 例。治疗期间排除使用糖皮质激素、抗菌药、非甾体类解热镇痛药及其他抗溃疡药。两组患者在溃疡直径、病情、年龄及性别等比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05)。

1.2 治疗方法 A 组: 给予埃索美拉唑肠溶片 20 mg, 1 次/d, 口服, 疗程 4 周; B 组: 给予艾普拉唑肠溶胶囊, 10 mg, 1 次/d, 口服, 疗程 4 周。治疗前后观察并检测肝肾功能及血/尿常规, 所有患者疗程结束 1 周后均进行胃镜复查。

1.3 疗效判定标准^[5] 主要依据腹痛、消化道症状缓解及消失以及胃镜检查等情况来判定。痊愈: 溃疡完全愈合且无周围炎症; 显效: 溃疡完全愈合但周围仍可见炎症; 有效: 溃疡面积缩小超过 50%; 无效: 溃疡面积缩小少于 50%。其中, 愈合率定义为痊愈率和显效率之和; 总有效率则为有效、显效及痊愈率之和。溃疡疼痛程度分为 4 级: 0 级, 无疼痛; I 级, 疼痛较轻, 无需服药且不影响正常工作; II 级, 中度疼痛, 需服药且影响部分正常工作; III 级, 重度疼痛, 需服药和休息且影响正常工作。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行数据分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 两组有效率的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组有效率比较 所有患者在完成 4 周治疗后均进行胃镜复查。A 组愈合率为 95.5%, 总有效率为 97.7%; B 组愈合率为 83.7%, 总有效率为 95.3%。两组溃疡愈合率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 但总有效率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者治疗后症状改善情况比较 A 组治疗后 3 d 内疼痛消失 37 例 (84.1%), 3 d ~ 1 周疼痛症状消失 6 例 (13.6%), 合计 1 周内疼痛消失率为 97.7%; B 组治疗后 3 d 内疼痛消失 35 例 (81.4%),

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈合率	总有效率
A 组	44	39(88.6)	3(6.8)	1(2.3)	1(2.3)	95.5	97.7
B 组	43	34(79.1)	2(4.7)	5(11.6)	2(4.7)	83.7	95.3
P 值						<0.05	>0.05

3 d~1 周疼痛消失 5 例(11.6%), 合计 1 周内疼痛消失率为 93.0%。两组患者的 3 d 内疼痛消失率和 1 周内疼痛消失率比较差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。

2.3 不良反应情况比较 A 组和 B 组分别有 1 例和 2 例出现不良反应。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。不良反应主要为消化系统反应及皮疹等, 程度均较轻微且可耐受。

3 讨论

PU 是一种多因素诱发疾病, 异常胃酸分泌、Hp 感染等导致消化道黏膜防御-修复机制失衡的因素均可诱发其发病^[6]。一般认为非甾体类解热镇痛药和 Hp 感染为其主要致病因素^[7]。目前, PU 主要治疗手段包括: 根除 Hp、保护胃黏膜屏障、降低胃酸酸度、抑制胃酸分泌、改善胃黏膜血流等。在讨论 PU 治疗措施及发病原因时, 主要考虑胃酸的作用。目前临床常用抗酸治疗药物主要为质子泵抑制剂, 例如奥美拉唑与艾普拉唑等。

质子泵抑制剂主要为苯并咪唑环结构衍生物, 选择性作用于细胞膜 $H^+ - K^+ - ATP$ 酶, 抑制 H^+ 和 K^+ 交换, 从而抑制胃酸分泌^[8]。其可以有效治愈 PU, 同时还可以抑制胃蛋白酶的分泌并调节胃液的总量。

埃索美拉唑是一种新型质子泵抑制剂, 呈弱碱性, 为奥美拉唑的 S-异构体。其通过在壁细胞高酸环境泌酸微管中聚集并被活化, 进而特异性抑制该部位 $H^+ - K^+ - ATP$ 酶活性, 达到抑制刺激所致或基础胃酸的分泌^[9-10]。口服后约 1~2 h 内血药浓度可达峰值。1 次/d 重复给药时, 其绝对生物利用度可高达 89%。此外, 其还具有维持时间长和首过清除率低等特性。因此, 抑酸效果明显, 临床疗效显著^[11]。临床研究也已证实埃索美拉唑 40 mg 对 pH 的控制能力极为优秀^[12]。在 24 h 内, 埃索美拉唑可以更持续更彻底地长效抑制胃酸的分泌, 并且对个体消化道酸度的选择性小, 具有较好的临床疗效预测性^[13]。

艾普拉唑也是一种新型质子泵抑制剂, 与其他质子泵抑制剂的作用机制相类似。艾普拉唑在苯并咪唑环和吡唑环上进行化学基团修饰, 使其具有较为独特药理代特性。首先, 半衰期较长。临床实验研究结果显示, 艾普拉唑的半衰期比第一代质子泵抑制剂

延长达 4 h。体外实验还证实, 艾普拉唑对质子泵抑制作用是奥美拉唑的 16.7 倍。而且, 其夜间抑酸作用强大, 效果显著^[14-15]。此外, 其功能受肝细胞细胞色素同工酶 CYP2C19 基因多态性的影响较小, 对患者代谢类型无选择性, 效果显著稳定且差异小。该药在众多质子泵抑制剂中, 等效剂量较小且安全性高。体外实验已证实, 在单一治疗中, 艾普拉唑可显著抑制 Hp 临床分离菌株的体外活性^[16]。

本研究结果显示, 埃索美拉唑治疗 PU 4 周的溃疡愈合率高于艾普拉唑, 但两者的总有效率差异无统计学意义。临床上可根据患者的情况进行合理用药。

参考文献

- [1] Kamani F, Hessami R, Abrishami A. Benign duodenocolic fistula as a complication of peptic ulcer disease[J]. Gastroenterol Hepatol Bed Bench, 2014, 7(1): 72-75.
- [2] Cheng HC, Wu CT, Chang WL, et al. Double oral esomeprazole after a 3-day intravenous esomeprazole infusion reduces recurrent peptic ulcer bleeding in high-risk patients: a randomised controlled study [J]. Gut, 2014, 63(12): 1864-1872.
- [3] Johnstone AS. Peptic Ulceration of the sophagus with partial thoracic stomach[J]. Br J Radiol, 2014, 16(192): 357-361.
- [4] 潘晶. 埃索美拉唑治疗消化性溃疡的临床研究[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(1): 114-115.
- [5] 王火权, 谭昕, 董晓兰. 埃索美拉唑与奥美拉唑治疗消化性溃疡的疗效对比[J]. 海峡药学, 2012, 24(6): 146-147.
- [6] Lanás A, Polo-Tomas M, García-Rodríguez LA, et al. Effect of proton pump inhibitors on the outcomes of peptic ulcer bleeding: comparison of event rates in routine clinical practice and a clinical trial [J]. Scand J Gastroenterol, 2013, 48(3): 285-294.
- [7] Hernández-Díaz S, Martín-Merino E, García Rodríguez LA. Risk of complications after a peptic ulcer diagnosis: effectiveness of proton pump inhibitors [J]. Dig Dis Sci, 2013, 58(6): 1653-1662.
- [8] Leontiadis GI, Molloy-Bland M, Moayyedi P, et al. Effect of comorbidity on mortality in patients with peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analysis [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(3): 331-345.
- [9] 张义元. 埃索美拉唑在治疗幽门螺杆菌感染的消化性溃疡中的地位[J]. 中国基层医药, 2007, 14(12): 1962-1963.
- [10] 鲍良生, 孔梅. 埃索美拉唑根除 HP 感染消化性溃疡疗效观察 [J]. 中华全科医学, 2010, 8(6): 715-716.
- [11] 许国铭, 钟捷. 质子泵抑制剂-基础与临床 [M]. 上海: 上海科技教育出版社, 2004: 21.
- [12] Brooks J, Warburton R, Beales IL. Prevention of upper gastrointestinal haemorrhage: current controversies and clinical guidance [J]. T-

her Adv Chronic Dis, 2013, 4(5): 206-222.

- [13] Hirano I. Editorial: Should patients with suspected eosinophilic esophagitis undergo a therapeutic trial of proton pump inhibition? [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(3): 373-375.
- [14] Kwon D, Chae JB, Park CW, et al. Effects of IY-81149, a newly developed proton pump inhibitor, on gastric acid secretion in vitro and in vivo [J]. Arzneimittelforschung, 2001, 51(3): 204-213.
- [15] Ho KY, Kuan A, Zano F, et al. Randomized, parallel, double-blind

comparison of the ulcer-healing effects of ilaprazole and omeprazole in the treatment of gastric and duodenal ulcers [J]. J Gastroenterol, 2009, 44(7): 697-707.

- [16] Periclou AP, Goldwater R, Lee SM, et al. A comparative pharmacodynamic study of IY-81149 versus omeprazole in patients with gastroesophageal reflux disease [J]. Clin Pharmacol Ther, 2000, 68(3): 304-311.

收稿日期: 2014-11-18 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

Prolift 盆底重建术对盆腔器官脱垂患者生活质量的影响

陈海英

广东省嘉应学院医学院附属医院妇产科, 广东 梅州 514700

摘要: **目的** 探讨 Prolift 盆底重建术对盆腔器官脱垂 (POP) 患者的治疗效果及其术后生活质量的影响。**方法** 回顾性分析自 2012 年 12 月至 2014 年 6 月收治的 POP 患者 65 例的临床资料, 根据盆腔器官脱垂量化分期法 (POP-Q), II ~ III 度 27 例为对照组; IV 度 38 例为实验组; 以盆底功能影响问卷简表 (PFIQ-7) 评价为指标, 比较术前与术后 6 个月、12 个月生活质量评分, 有无并发症及患者对治疗的满意度。**结果** (1) 两组患者术前 PFIQ-7 评分相当 ($P > 0.05$); 两组术后 6 个月、12 个月 PFIQ-7 评分均较术前明显降低 ($P < 0.05$); 两组术后 6 个月 PFIQ-7 评分比较有统计学意义 ($P < 0.01$), 而术后 12 个月比较无统计学意义 ($P > 0.05$)。 (2) 并发症发生率实验组 (10.5%) 与对照组 (7.4%) 相近 ($P > 0.05$)。 (3) 患者对治疗的满意度实验组 (97.4%) 明显高于对照组 (74.1%), $P < 0.05$ 。**结论** Prolift 盆底重建术对于盆腔器官脱垂患近、中期治疗效果确切, 患者生活质量明显提高。

关键词: Prolift 盆底重建术; 盆腔器官脱垂; 生活质量; 满意度

中图分类号: R 711.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)03-0334-03

盆腔器官脱垂 (POP) 是指由各种原因引起的盆底组织松弛或生理功能缺陷, 造成盆腔器官移位或功能异常, 可给患者带来身心不适, 严重影响生活质量的妇科疾病。一般多发于绝经期中老年妇女, 年龄在 50 岁以上。传统阴道修补术复发率较高, 有研究指出可达 20% ~ 40%^[1-2]。Prolift 盆底重建术可以模拟盆底筋膜的结构对多个部位的盆底缺陷进行修补, 与传统手术相比, 具有手术时间短、术中出血少、近中期疗效确切、并发症少等优点被广泛应用于临床。本文旨在探讨 Prolift 盆底重建术对 POP 患者的治疗效果和生活质量的影响。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾性分析自 2012 年 12 月至 2014

年 6 月收治的 POP 患者 65 例的临床资料, 所有患者均符合国际控尿协会制定的 POP 定量法的分期诊断^[3-4]。根据盆腔器官脱垂量化分期法 (POP-Q), II ~ III 度 27 例为对照组; 年龄 51 ~ 74 (60 ± 2.5) 岁; 合并有高血压 10 例, 糖尿病 8 例; 术前合并有压力性尿失禁 23 例 (85.19%); 体质指数 (BMI) (28.71 ± 4.01) kg/m^2 ; 其中未绝经 2 例; 孕次 3 ~ 5 次; 产次 1 ~ 3 次; 3 例有剖宫产史。IV 度 38 例为实验组, 年龄 50 ~ 75 (60 ± 2.5) 岁; 合并有高血压 13 例, 糖尿病 7 例, 术前合并有压力性尿失禁 33 例 (86.84%); BMI (29.35 ± 3.12) kg/m^2 ; 其中未绝经 5 例; 孕次 3 ~ 6 次; 产次 1 ~ 4 次; 5 例有腹部手术史。两组患者均无瘢痕体质, 无严重心、肝、肾器官功能异常。就诊前分别有尿失禁、阴道有异物感、外阴摩擦不适等临床症状, 实验组症状明显重于对照组。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 术前常规心肝肾功能检查、心电