

马来酸曲美布汀联合肠道益生菌治疗餐后不适综合征的疗效观察

田锋平

功能性消化不良是临床常见的消化系统疾病,因患病率高而越来越受到重视。最新的罗马IV诊断标准沿用罗马III标准,按症状特点将功能性消化不良分为2型,一型以餐后饱胀不适或早饱感为主要表现,称为餐后不适综合征;另一型以上腹痛或上腹部烧灼感为主要症状,称为上腹痛综合征。两者的主要发病机制不同,治疗药物选择的侧重点也不同^[1]。本次研究采用马来酸曲美布汀联合肠道益生菌治疗餐后不适综合征,取得满意疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年9月至2019年9月在安吉县中医医院消化内科就诊的餐后不适综合征患者109例,其中男性48例、女性61例;病程大于6个月,近3个月有餐后饱胀不适或早饱感症状,且每周至少3日;所有患者均符合餐后不适综合征诊断标准^[2],并剔除:①存在器质性胃肠道及肝胆脾疾病者;②伴有重要脏器严重疾病及神经、造血系统疾病等者;③近2周内使用过质子泵抑制剂、铋剂、抗生素者;④对马来酸曲美布汀分散片及双歧杆菌三联活菌胶囊过敏者。所有患者均知情同意,且愿意配合本次研究。按照随机数字表法分为两组:观察组58例,其中男性25例、女性33例;平均年龄(42.73±4.24)岁;对照组51例,其中男性23例、女性28例;平均年龄(40.62±5.53)岁。两组间年龄、性别比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 观察组患者给予马来酸曲美布汀分散片联合双歧杆菌三联活菌胶囊联合治疗方案:马来酸曲美布汀分散片(由浙江昂利康制药股份有限公司生产)0.1 mg 餐前口服,每日3次;双歧杆菌四联

活菌片(由上海信宜药厂有限公司生产)3粒餐后口服,每日3次;对照组予以马来酸曲美布汀分散片0.1 mg 餐前口服,每日3次。两组均连续用药4周,疗程结束后评估疗效。

1.3 评价指标 于治疗前、疗程结束后,比较两组患者症状积分,症状包括:早饱感、餐后饱胀、暖气、食欲不振、泛酸、恶心、呕吐。症状评价包括临床各症状的严重程度和发作频率。症状严重程度以0~3计分。0分:无症状;1分:轻度,患者经提醒方能回忆起有症状;2分:轻度,有症状主诉但不影响日常生活;3分:重度,症状影响日常生活。症状发作频率以0~3计分。0分:无发作;1分:轻度,每周发作≤3次;2分:中度,每周发作4~6次;3分:重度,每周发作≥7次。每个症状积分为严重程度与发作频率之积,症状总评分为每个症状积分之和。疗效评价以计算症状积分下降指数为主。症状积分下降指数(symptom score index, SSRI)=(治疗前症状总评分-治疗后症状总评分)/治疗前症状总评分×100%。疗效评定标准:显效,SSRI≥75%;有效,SSRI在50%~74%;无效,SSRI<50%。以治疗4周末的显效与有效例数计算总有效率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0 统计学分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}±s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验,设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后的症状积分比较见表1

由表1可见,两组患者治疗前症状积分比较,差异无统计学意义($t=0.07, P>0.05$),两组患者治疗4周后,症状积分均明显低于治疗前(t 分别=12.21、7.22, P 均<0.05);且观察组症状积分明显低于对照组($t=-4.26, P<0.05$)。

表1 两组治疗前后症状积分比较/分

组别	治疗前	治疗后
观察组	14.29 ± 6.12	2.47 ± 4.71*#
对照组	13.84 ± 5.95	5.86 ± 4.33*

注:* :与同组治疗前比较, $P < 0.05$; #:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较见表2

表2 两组临床疗效比较

组别	n	显效/例	有效/例	无效/例	有效率/%
观察组	58	29	21	8	86.21*
对照组	51	19	17	15	70.59

注:* :与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=3.98, P < 0.05$)。

2.3 两组不良反应 治疗期间,观察组发生1例口干,对照组发生1例头晕,但症状都不严重,不影响继续用药治疗。

3 讨论

功能性胃肠病是一组根据胃肠道症状分类的疾病,其病理生理机制复杂,涉及胃肠动力障碍、胃肠道低度炎症、肠道菌群、遗传易感等多个因素^[2]。餐后不适综合征主要存在胃排空障碍,因此,促胃动力药广泛用于餐后不适综合征的治疗。荟萃分析显示,促动力药疗效明显优于安慰剂,但这些结果主要来自西沙必利和多潘立酮的研究^[3]。同时,胃底舒张功能受损也是餐后不适综合征的重要病理生理机制。因此调节胃肠动力可能是治疗餐后不适综合征的关键。

马来酸曲美布汀是新型胃肠道运动调节药,可以双相调节胃肠平滑肌运动。其一,通过阻碍细胞膜钾离子通道去极化,增加平滑肌细胞的兴奋性;其二,阻断钙离子通道,抑制钙内流,减少细胞收缩,松弛平滑肌。从药理上分析,曲美布汀更适用于餐后不适综合征的治疗。本次研究中单用马来酸曲美布汀分散片组患者的有效率为70.59%,与杨彩芳^[4]报道观点基本一致。其次,胃肠道感染显著增加了功能性胃肠病的发生,采用量效关系、一致性、特异性等多个指标证实胃肠道感染与肠易激综合征强相关,与功能性消化不良中等相关^[5]。如何

评价益生菌在餐后不适综合征的疗效,文献报道较少。本次研究结果显示,联合治疗下的总有效率明显高于单药治疗(P 均 < 0.05),可见在餐后不适综合征的治疗中加入肠道益生菌可明显提高疗效,改善其临床症状。与刘新宇等^[6]报道基本一致。双歧杆菌三联活菌胶囊是一种肠道益生菌,主要含有粪肠球菌、双歧杆菌、嗜酸乳杆菌,能够补充肠道生理菌群,重建肠道微生态平衡,从而达到改善其消化不良的症状。但感染后的功能性消化不良患者约占总体功能性消化不良的20%^[7],如何筛选出这类感染后的功能性消化不良是临床难题。试用肠道益生菌可能是一种较好的方法。

综上所述,餐后不适综合征病因复杂,在治疗策略上以改善症状为主。在胃肠动力调节药基础上加用肠道益生菌一种临床疗效确切,症状改善明显的治疗方案。然而,本次研究标本量偏少,没有采用区组随机化方案平衡研究的偏倚因素,期望以后扩大样本量,改良随机化分组方案,使用更合理的疗效评定方法^[8],进一步评价胃肠动力调节剂联合肠道益生菌在治疗餐后不适综合征的临床疗效。

参考文献

- 1 孙晓红.功能性消化不良的罗马IV标准解读[S].中华全科医师杂志,2017,16(9):661-663.
- 2 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017年)[S].中国中西医结合消化杂志,2017,25(12):889-894.
- 3 Feinle-Bisset C, Azpiroz F. Dietary and lifestyle factors in functional dyspepsia[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2013, 10(3): 150-157.
- 4 杨彩芳.莫沙必利联合马来酸曲美布汀对功能性消化不良患者治疗效果分析[J].河南医学高等专科学校学报, 2019, 31(3): 305-307.
- 5 宋军,侯晓华.胃肠道感染与功能性胃肠病研究现状[J].胃肠病学和肝病学杂志,2019,28(4):365-367.
- 6 刘新宇,张伟,谭婧.双歧杆菌三联活菌辅助治疗功能性消化不良的可行性[J].中国实用医药,2019,14(11):100-102.
- 7 罗金燕.功能性消化不良的再认识-罗马III标准解读[J].中华内科杂志,2009,48(2):104-105.
- 8 时昭红,胡柳丹,徐丹.功能性消化不良中医药疗效评价方法概述[J].中医杂志,2016,57(4):302-306.

(收稿日期 2019-12-05)

(本文编辑 蔡华波)