

# 促胃肠动力药物治疗功能性消化不良系统的疗效分析

朱小杰

(东港区石臼街道社区卫生服务中心 山东日照 276800)

**摘要:** 目的: 对比不同 GMD 药物治疗 FD 的临床效果。方法: 选择 2017.5~2019.5 收治的 160 例 FD 病例, 根据用药不同分组, 每组 40 例。A 组用药为快力、B 组用药为为力苏、C 组用药为胃复安、D 组用药为吗丁啉。对比各组治疗结果, 用药安全性。结果: A、B、C 三组疗效各组间对比,  $p > 0.05$ ; 但 D 组与其他三组对比,  $p < 0.05$ 。A、B、D 三组各组间安全性对比,  $p > 0.05$ ; C 组与其他三组对比,  $p < 0.05$ 。结论: 四种 GMD 在缓解功能性消化不良的不同症状方面有各自的优势, 但从安全性上考虑, 甲氧氯普胺不良反应更多, 建议临床依据病人病情选择用药。

**关键词:** 促胃动力药物; 功能性消化不良; 疗效分析; 不良反应

FD 的病因比较复杂, 可由心理、环境、社会因素诱发, 也可能与胃肠运动紊乱等原因有关, 与多数的胃肠道疾病表现相似, FD 也表现为腹痛、恶心、暖气等, 尽管 FD 不危及病人生命, 但对病人生活和工作造成了巨大的影响<sup>[1]</sup>。GMD 是目前临床上针对 FD 的首选药物, 它能够促进胃肠道内溶物向前移动, 帮助胃排空, 从而缓解症状。快力、为力苏、胃复安、吗丁啉是最常见的四种 GMD, 它们在缓解 FD 多种症状上获得了国内外学者的肯定。由于目前对四种药物同时进行疗效对比、安全性对比研究报道较少, 为探讨不同促胃动力药的疗效和安全性, 以帮助临床选择药物提供依据, 本研究以 2017.5~2019.5 收治的 160 例 FD 患者为例展开分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2017.5~2019.5 收治的 160 例 FD 病例, 纳入标准: (1)确诊 FD<sup>[2]</sup>; (2)≥18 岁; (3)自愿参与研究。排除标准: (1)对本组用药过敏者; (2)不能遵循医嘱者; (3)不同意参与研究者。根据用药不同分组, A 组男女比例为 19: 21, 年龄(42.15 ± 13.62)岁; B 组男女比例为 11: 9, 年龄(44.74 ± 13.47)岁; C 组男女比例为 1: 1, 年龄(43.08 ± 12.55)岁; D 组男女比例为 23: 17, 平均(43.15 ± 14.26)岁。本研究经伦理委员会批准, 将各组患者资料纳入 SPSS20.0 分析对比,  $p > 0.05$ 。

### 1.2 方法

A 组病人给予 5mg 快力(鲁南贝特制药, 国药准字 H19990317), po, tid; B 组病人给予 50mg 为力苏(成都恒瑞制药, 国药准字 H20030389)治疗, tid, 嘱患者于饭前服用; C 组病人给予 10mg 胃复安(濮阳市汇元药业, 国药准字 H41023553), po, tid; D 组病人给予 10mg 吗丁啉(江西捷众制药, 国药准字 H20033864), tid, 嘱患者每日饭前服用。所有患者均连续用药 4 周。

### 1.3 观察指标

根据常见病疗效评价指南, 显效: 患者不适症状发生频率、严重程度为 0 级, 不影响生活; 有效: 不适症状 0~I 级, 生活基本不受影响; 无效: 不适症状 II 级, 或自觉症状无改善。总有效率=(显效率+有效率)/40 × 100.00%。观察对比两组安全性。

### 1.4 统计学

采用 SPSS20.0 软件分析, 疗效和安全性数据均为计数资料, 采用 n(%)表示, 利用  $\chi^2$  检验, 当  $P < 0.05$  时表示差异显著。

## 2 结果

### 2.1 各组疗效对比结果

A、A、B、C 三组疗效各组间对比,  $p > 0.05$ ; D 组与其他三组对

比  $p < 0.05$ , 详见表 1。

表 1 各组疗效对比结果[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
A 组(n=40)	23(57.50)	14(35.00)	3(7.50)	92.50
B 组(n=40)	22(55.00)	16(40.00)	2(5.00)	95.00
C 组(n=40)	25(62.50)	12(30.00)	4(10.00)	90.00
D 组(n=40)	17(42.50)	11(27.50)	12(30.00)	70.00

注: 与其他三组对比,  $p < 0.05$ 。

### 2.2 各组安全性对比结果

A、A、B、D 安全性各组间对比,  $p > 0.05$ ; C 组与其他三组对比,  $p < 0.05$ , 详见表 2。

表 2 各组安全性对比结果[n(%)]

组别	腹泻	便秘	头痛	恶心	合计
A 组(n=40)	2(5.000)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(5.00)
B 组(n=40)	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	2(5.00)
C 组(n=40)	3(7.50)	1(2.50)	1(2.50)	3(7.50)	8(20.00)
D 组(n=40)	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)

注: 与其他三组对比,  $p < 0.05$ 。

## 3 讨论

FD 可见于各个年龄阶段, 小儿和老年人比较常见, 其发生和发展过程比较复杂, 尽管研究报道的文献较多, 但尚没有准确的病因, 在已经报道的文献中, 多数研究者认为 FD 可能内脏敏感、胃肠道功能紊乱、HP 感染等直接因素有关, 也与身心情绪、生活环境等间接因素有关。首先, 内脏敏感可能与肠神经系统功能异常有关, 当肠神经功能异常时, CGRP 和 SP 等物质增加, 导致病人受体表达增强、胃机械扩张引起消化不良。其次, 胃肠道功能紊乱时胃排空减慢、胃部活动失常、协调运动减弱, 引起病人腹胀、餐后上腹饱满等消化道运动紊乱等表现; HP 感染也是 FD 常见的病因, 感染 HP 后胃部黏膜自身防御和修复能力失衡, 导致溃疡等情况出现, 因而诱发消化不良。另外, 一些心理因素、生活因素也间接诱发 FD, 很多学者指出精神应激与 FD 发病密切相关, 病人若长期处于焦虑、抑郁状态下, 负性应激可能促使 CRF 分泌增加, 引起内脏过敏、胃排空延迟[3]。由此可见, FD 的病因复杂, 治疗起来也有一定的难度。FD 的发病率高, 但死亡率低, 尽管一般不危及病人生命, 但对病人身心造成的影响也不容忽视。尽早确诊、尽早治疗可获得满意的效果。目前, 临床上针对 FD 的治疗药物大多有以下几种, 抑酸药物、GMD 药物、HP

