

伏诺拉生联合阿莫西林治疗反流病伴Hp感染临床疗效研究

王雪飞

浙江省宁波市奉化区锦屏社区卫生服务中心 浙江 宁波 315500

摘要：目的：探究富马酸伏诺拉生联合阿莫西林对胃食管反流病（GERD）伴幽门螺杆菌（Hp）感染患者的临床症状改善效果及Hp清除情况的影响。方法：选取2023年1月至2025年6月于本院收治的102例GERD伴Hp感染患者作为研究对象，按随机数字表法分为观察组（ $n=51$ ）与对照组（ $n=51$ ）。观察组给予富马酸伏诺拉生联合阿莫西林治疗，对照组给予奥美拉唑联合阿莫西林治疗，两组疗程均为14天。比较两组患者治疗前后的胃食管反流病量表（GerdQ）评分、血清胃泌素-17（G-17）水平、Hp根除率及药物相关不良反应发生率。结果：治疗后，观察组患者的GerdQ评分、G-17水平改善程度均优于对照组，Hp根除率高于对照组（ $P<0.05$ ），而两组间不良反应发生率未见统计学差异（ $P>0.05$ ）。结论：在GERD伴Hp感染的治疗中，富马酸伏诺拉生联合阿莫西林方案在缓解反流症状、调节胃肠激素及根除Hp方面较传统质子泵抑制剂联合方案优势明显，且安全性良好，具备临床推广价值。

关键词：胃食管反流病；幽门螺杆菌；伏诺拉生；阿莫西林；根除率

引言：胃食管反流病（GERD）是消化系统最常见的慢性疾病之一，其发病机制与食管下括约肌功能障碍及酸反流密切相关^[1]。近年来，幽门螺杆菌（Hp）感染在GERD进程中的作用受到广泛关注，有观点认为Hp定植可能通过影响胃酸分泌而改变GERD的临床表现。目前，质子泵抑制剂（PPIs）联合抗生素是GERD合并Hp感染的标准治疗策略，但部分患者存在PPIs快代谢型、抑酸效果不持久等问题，导致症状控制欠佳或Hp根除失败。富马酸伏诺拉生作为一种新型钾离子竞争性酸阻滞剂（P-CAB），具有起效迅速、抑酸稳定且不受CYP2C19基因多态性影响的优势^[2]。本研究通过设计前瞻性对照试验，旨在系统评估伏诺拉生联合阿莫西林对该类患者的实际疗效与安全性，为临床方案的优化选择提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2025年6月于我院收治的GERD伴Hp感染患者共102例。采用随机数字表法将入组对象划分为观察组（51例）与对照组（51例）。观察组中，男性26例，女性25例；年龄范围为22岁至68岁，平均年龄（ 45.23 ± 10.41 ）岁。对照组中，男性24例，女性27例；年龄范围为24岁至70岁，平均年龄（ 46.17 ± 11.03 ）岁。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），表明两组基线资料具备可比性。

纳入标准：①临床表现及内镜检查结果符合《中国胃食管反流病专家共识》中的GERD诊断标准；②13C-

尿素呼气试验结果为阳性，确认存在Hp现症感染；③入组前4周内未使用过抗生素、铋剂或任何抑酸药物。排除标准：①合并消化性溃疡活动期出血、上消化道恶性肿瘤或严重食管狭窄者；②伴有严重心、肺、肝、肾功能障碍者；③处于妊娠或哺乳阶段的女性。本研究方案经本院医学伦理委员会审查并批准，所有研究环节均遵循《赫尔辛基宣言》相关伦理准则执行^[3]。

1.2 治疗方法

对照组患者采用传统三联疗法：奥美拉唑肠溶胶囊（生产厂家：某制药有限公司，规格：20mg/粒），每次20mg，每日2次，早餐前及晚餐前半小时口服；阿莫西林胶囊（生产厂家：某药业集团，规格：0.5g/粒），每次1.0g，每日2次，饭后口服。

观察组患者采用富马酸伏诺拉生片（生产厂家：某制药株式会社，规格：20mg/片），每次20mg，每日2次，早餐前口服；阿莫西林胶囊（生产厂家：某药业集团，规格：0.5g/粒），每次1.0g，每日3次，饭后口服。两组患者的治疗周期均设定为14天。治疗期间，由专责护士对患者进行统一用药指导，并发放用药日记卡，嘱患者每日记录服药情况及有无不适反应。治疗结束后第4周，所有患者返院复查13C-尿素呼气试验以明确Hp根除结果。

1.3 观察指标

（1）胃食管反流病量表（GerdQ）评分：分别于治疗开始前1天及治疗结束后第3天，采用GerdQ量表对患者

近一周内的反流相关症状（包括烧心、反酸、上腹痛、恶心、睡眠障碍及需服用非处方药缓解症状的频率）进行评估，总分范围0~18分，分值越高代表症状越严重。

（2）血清胃泌素-17（G-17）水平：分别于治疗前1天及治疗结束后第1天清晨，采集患者空腹肘静脉血3mL，经离心分离血清后，采用酶联免疫吸附法（ELISA）测定G-17浓度，试剂盒由某生物科技有限公司提供，操作严格遵循说明书步骤。

（3）Hp根除率：治疗结束4周后行¹³C-尿素呼气试验，超基准值（DOB） $\geq 4\%$ 判定为Hp未根除，DOB $< 4\%$ 判定为根除成功，计算两组根除率。

（4）不良反应：包括但不限于腹泻、恶心、头痛、味觉

异常及皮疹等。

1.4 统计学处理

运用SPSS26.0统计学软件，计量资料以“ $(\bar{x}\pm s)$ ”表示，用“*t*”检验，计数资料以[n(%)]表示，用“ χ^2 ”检验。 $P<0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组治疗前后GerdQ评分与G-17水平比较

治疗前，两组患者的GerdQ评分及血清G-17水平基础值接近，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。观察组治疗后的GerdQ评分、G-17水平均明显低于对照组，两组间比较差异同样具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 GerdQ评分及G-17水平对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	GerdQ评分（分）		G-17（pmol/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	51	11.56 $\pm$ 2.34	5.12 $\pm$ 1.87	6.78 $\pm$ 2.15	4.92 $\pm$ 1.68
对照组	51	11.83 $\pm$ 2.41	7.06 $\pm$ 2.03	6.51 $\pm$ 2.09	8.35 $\pm$ 2.11
<i>t</i> 值	-	0.572	5.012	0.641	9.023
<i>P</i> 值	-	0.569	0.000	0.523	0.000

2.2 两组Hp根除率比较

观察组的Hp根除率明显高于对照组，组间差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。具体数据见表2。

表2 Hp根除率对比[n(%)]

组别	例数	根除成功例数	根除失败例数	根除率（%）
观察组	51	47	4	92.16
对照组	51	38	13	74.51
χ^2 值	-	-	-	5.718
<i>P</i> 值	-	-	-	0.017

2.3 两组不良反应发生情况比较

两组不良反应总发生率之间的差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。具体数据见表3。

表3 不良反应发生情况对比[n(%)]

组别	例数	腹泻	恶心	头痛	味觉异常	皮疹	总发生例数	总发生率（%）
观察组	51	3	2	2	1	1	9	17.65
对照组	51	4	3	2	1	1	11	21.57
χ^2 值	-	-	-	-	-	-	-	0.245
<i>P</i> 值	-	-	-	-	-	-	-	0.621

3 讨论

胃食管反流病在临床上呈现出高发且易反复的特点，其病理生理过程涉及胃酸分泌过多、食管黏膜屏障削弱以及胃排空延迟等多重因素。当GERD与Hp感染同时存在时，两者的相互影响使得治疗策略的选择变得更为复杂^[4]。富马酸伏诺拉生归属于新一代P-CAB类药物，其作用机制与PPIs截然不同^[5]。

本研究结果显示，采用伏诺拉生联合阿莫西林治疗的观察组，其治疗后的GerdQ评分显著低于使用奥美拉唑联合方案的对照组（ $P<0.05$ ），提示观察组患者烧心、反酸等主观症状的缓解更为彻底。分析其原因，可能在于伏诺拉生更为强效和稳定的抑酸作用能够更快地升高胃内pH值，减少反流物对食管黏膜的化学刺激，从而加速受损黏膜的修复过程，患者因此获得更显著的症状改

善体验。此外, 观察组治疗后血清G-17水平较对照组明显偏低, 这一现象值得深入探讨。G-17主要由胃窦G细胞分泌, 其释放受到胃内酸度的负反馈调节。当使用PPIs强烈抑制胃酸后, 反馈性地引起G-17水平显著攀升, 长期高胃泌素血症理论上存在诱发神经内分泌肿瘤的潜在风险^[6]。而伏诺拉生虽然抑酸效果强大, 但由于其作用方式为可逆性抑制, 对胃内pH的调控更为精细, 可能对G细胞的反馈刺激相对温和, 因而观察组G-17水平的升高幅度远低于对照组, 这从侧面反映出伏诺拉生在长期用药安全性方面可能更具优势。

在Hp根除这一核心疗效指标上, 观察组92.16%的根除率显著高于对照组的74.51% ($P < 0.05$), 这一结果进一步夯实了伏诺拉生作为抗生素增效剂的临床价值。Hp对阿莫西林的敏感性依赖于细菌的繁殖状态, 而阿莫西林属于繁殖期杀菌剂, 只有在细菌活跃增殖时才能发挥高效的杀灭作用。伏诺拉生凭借其快速且持久的抑酸效力, 使胃内pH长时间维持在高水平, 这一环境不仅有利于阿莫西林保持结构稳定, 还能促进Hp进入繁殖状态以提高其对药物的摄取^[7]。相比之下, 奥美拉唑每日两次给药的抑酸模式存在明显的峰谷波动, 无法保证全天候的稳定pH环境, 这可能是对照组根除率欠佳的重要药理学原因。

关于药物安全性方面, 两组不良反应主要集中在消化系统和神经系统, 表现为腹泻、恶心、头痛等常见反应, 未观察到严重或致命性不良事件。观察组与对照组的不良反应总发生率并无显著差异 ($P > 0.05$), 这表明在阿莫西林基础上加用伏诺拉生并不会额外增加患者的耐受负担。部分患者出现的腹泻可能与阿莫西林引起的肠道菌群失调有关, 而恶心、头痛等症状多在用药初期出现, 随着治疗进程的推进可逐渐缓解, 总体而言两种方案均具备良好的安全窗口。

综上所述, 对于胃食管反流病合并幽门螺杆菌感染的患者, 采用富马酸伏诺拉生联合阿莫西林的短期治疗方案, 相较于以奥美拉唑为基础的传统疗法, 能够更有效地控制反流症状, 避免血清胃泌素水平的过度升高, 并显著提升Hp的根除成功率, 且不增加不良反应风险。该联合方案充分体现了药物作用机制互补的优越性, 为临床实践中该类患者的药物选择提供了一个安全、高效的新思路。

参考文献

- [1]林琪山.富马酸伏诺拉生联合阿莫西林治疗胃食管反流病伴Hp感染患者的临床疗效及对Hp根除率的影响[J].黑龙江医药,2023,36(5):1108-1110.
- [2]张青红,周旋.富马酸伏诺拉生治疗胃食管反流病伴幽门螺杆菌感染患者的临床分析[J].中国医药指南,2026,24(7):87-89.
- [3]陆增学,唐月桂,许拥军,等.盐酸伏诺拉生联合阿莫西林在胃食管反流病伴Hp感染治疗中的应用效果[J].中国处方药,2023,21(4):88-90.
- [4]周华,阚莉平.盐酸伏诺拉生联合阿莫西林治疗胃食管反流病伴Hp感染的效果及对症状积分改善作用[J].中外医学研究杂志,2024,3(12):246-248.
- [5]郭爱丽,王秀敏,代俊娜.雷贝拉唑联合富马酸伏诺拉生治疗胃食管反流病的效果分析[J].罕少疾病杂志,2026,33(1):89-91.
- [6]王栓,黄灿,齐腊梅.伏诺拉生治疗胃食管反流病有效性、安全性及经济性的快速卫生技术评估[J].中国药房,2025,36(7):794-800.
- [7]姬娟娟,范颖英,张彩凤,等.坦度螺酮联合伏诺拉生在难治性胃食管反流病患者中的应用效果[J].临床心身疾病杂志,2025,31(4):25-28,36.