

以實證醫學檢討制酸劑使用之合理性

作者：郭英調

台北榮民總醫院感染科

制酸劑(antacid)是常見於處方簽之藥品。已有長久使用經驗。許多醫師及民眾以「保護胃」的觀念來使用制酸劑。在開立其它藥品時，若認為「胃不好」時，加上制酸劑以「保護胃」。其效果應以實證醫學的方法來重新檢討。

本報告將文獻搜尋後證據的品質(Quality of Recommendation)分成三級。第一級證據為超過一個以上有隨機分配及對照組的臨床試驗證實。(Evidence from > 1 properly randomized, controlled trial.)第二級證據為其他臨床試驗或觀察性研究。(clinical trials without randomization, from cohort or case-controlled analytic studies.)第三級證據為專家意見、共識會議結論或描述型研究(Evidence from opinion of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or report of expert committees)

過去制酸劑使用大多用於「消化性潰瘍」。近幾年在「消化性潰瘍」致病機轉方面的進步，已確認壓力及口味重(刺激性)的食物並不會導致潰瘍。潰瘍是因在胃部「幽門螺旋桿菌」感染所導致。以實證醫學方法搜尋，僅能找到使用於胃食道逆流疾病(Gastro-Esophageal Reflux Disease, GERD)，俗稱"火燒心"(Heartburn)的症狀治療。亦即用於在上腹部心窩處產生一種不舒服的燒灼感時，給予制酸劑來減輕症狀。以制酸劑來治療「消化性潰瘍」相關症狀，實證醫學的推薦程度為專家意見(第三級證據)。(1) 但若不是潰瘍造成之症狀，即所謂 **non-ulcer dyspepsia**，有隨機分配臨床試驗證實無效。(第二級證據)(2) 預防潰瘍需氫離子阻斷劑(proton pump inhibitor)等其他藥物才能達到。制酸劑是無用的(4)(第一級證據)

但使用類固醇時，加上制酸劑以「保護胃」的使用方式，已有隨機分配臨床試驗證實，因急性腎衰竭比率過高，不如使用 **sucralfate** 較理想。(5) 使用類固醇是否真能造成潰瘍，尚無研究證實。僅有專家意見認為該加上制酸劑。

至於制酸劑併用其他藥品，已有藥理學的報告認為不當(如附表)，特別是和抗生素合併使用，對治療效果影響明顯，應該避免或禁止。

參考資料

1. Soll AH. Medical treatment of peptic ulcer disease: practice guidelines. *JAMA* 1996;275(8):622-9
2. Nyren O, Adami HO, Bates S, Bergstrom R, Gustavsson S, Loof L, Nyberg A. Absence of therapeutic benefit from antacids or cimetidine in non-ulcer dyspepsia. *New England Journal of Medicine*. 314(6) 339-43, 1986
3. Roth SH: Efficacy of antacid therapy for NSAID-induced symptomatic gastropathy. *PRACT. GASTROENTEROL.* 18(11) 14-15+18+20, 1994
4. Agrawal NM, Campbell DR, Safdi MA, Lukasik NL, Huang B, Haber MM for the NSAID-Associated Gastric Ulcer Study Group. Superiority of lansoprazole vs. ranitidine in healing non-steroidal anti-inflammatory drug-induced gastric ulcers. *Arch Intern Med* 2000;160:1455-61.
5. Cannon LA, Heiselman D, Gardner W, Jones J. Prophylaxis of upper gastrointestinal tract bleeding in mechanically ventilated patients. A randomized study comparing the efficacy of sucralfate, cimetidine, and antacids. *Archives of Internal Medicine*. 147(12) 2101-6, 1987 Dec

併用藥物	說明
Tetracyclines	併用形成不可溶的螯合物，降低 Tetracyclines 之吸收 達 50-90%(Nguyen et al, 1989; D'Arcy & McElnay, 1987) 對 IV 者，亦干擾其腸肝循環，降低半衰
Aspirin	尿液 PH 增加，使 salicylate 在腎小管之再吸收降低， serum salicylate levels 降低(Feldman & Carlstedt, 1974; Levyet et al, 1975; Shastri, 1985) 約降低 salicylate 濃度 30-70%(Hansten & Hayton, 1980; Gibaldi et al, 1974)
Quinolone	併用時，含金屬離子之制酸劑，與 quinolones 類在 體內形成螯合物，而降低生體可用率(Anon, 1992; Shiba et al, 1992) 與鎂離子併用，約下降 22%生體可用率，與 Al(OH) ₃ 併用約下降 44%(Shiba et al, 1992)
Cleocin	Cleocin 之吸收約減少 60%(McCall et al, 1967; MoGehee et al, 1968)