

消化性溃疡患者应用埃索美拉唑的治疗效果观察

张华 叶蕾

山东省济南市章丘区人民医院,山东 济南 250200

【摘要】 目的 研究埃索美拉唑治疗消化性溃疡的临床效果。方法 选取 2018 年 1 月—2020 年 8 月收治的 98 例消化性溃疡患者为研究对象,根据不同治疗方法分为实验组和对照组,每组 49 例。对照组应用奥美拉唑四联疗法进行治疗,实验组应用埃索美拉唑四联疗法进行治疗,对比两组治疗效果。结果 实验组治疗有效率(93.88%)明显高于对照组(79.60%),不良反应发生率则低于对照组,对比两组患者治疗后炎症因子水平,实验组优于对照组,且实验组患者生活质量在治疗后高于对照组, $P < 0.05$ 。结论 消化道性溃疡患者应用埃索美拉唑四联疗法其效果更为显著,加速患者康复,减少患者的复发,具有临床应用推广价值。

【关键词】 消化性溃疡;埃索美拉唑;四联疗法;临床效果

随着经济水平的不断提升,人们的生活节奏不断加快,使大多数人的饮食习惯出现了诸多的不良改变,导致消化系统的发病率越来越高。消化性溃疡是一种比较常见的消化系统疾病,严重的患者非常容易出现消化道出血以及胃和十二指肠的穿孔,患者的身心健康以及生活质量都会受到非常严重的不良影响。在过去该病主要的发病人群以老年人为主,但现阶段受到不良饮食习惯的影响,该病逐渐开始向着年轻化发展。四联疗法是现阶段针对消化性溃疡常用的治疗方法,但是奥美拉唑对胃酸的抑制能力受到限制,治疗后患者的病情比较容易反复,但是埃索美拉唑具有更加强效的抑酸效果^[1]。基于此,本研究本文针对消化性溃疡的患者采用埃索美拉唑四联疗法,观察治疗后的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月—2020 年 8 月收治的 98 例消化性溃疡患者为研究对象,根据不同治疗方法分为实验组和对照组,每组 49 例。对照组男 25 例,女 24 例,年龄 35~67 岁,平均年龄(45.51±3.28)岁,病程在 2~5 年之间,平均病程为(4.09±1.22)年;实验组男 24 例,女 25 例,年龄 36~68 岁,平均年龄(45.46±3.33)岁,病程在 2~5 年之间,平均病程为(4.13±1.17)年。一般资料对比($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者采用奥美拉唑四联疗法,治疗药物

为艾司奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司,国药准字 H20046379,规格 20mg×7 片/盒)+阿莫西林胶囊(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司,国药准字 H44021351,规格 0.25g×12 粒×2 板/盒)+克拉霉素缓释片(海南普利制药股份有限公司,国药准字 H20051296,规格 0.5g×7 片/盒)+胃铋镁颗粒(弘美制药(中国)有限公司,国药准字 H20045610,规格 9 袋/盒)。指导患者在餐前 30 分钟口服艾司奥美拉唑镁肠溶片,20mg/次,每天 2 次;餐后 30min 口服阿莫西林胶囊,4 粒/次,每天 2 次;餐后 30min 口服克拉霉素缓释片,0.5g/次,每天 2 次;餐后 2h 口服胃铋镁颗粒,1 袋/次,每天 3 次。

1.2.2 实验组采用埃索美拉唑四联疗法治疗,将对照组四联组合中的奥美拉唑更换为埃索美拉唑,其他药物使用方法不变,埃索美拉唑选择阿斯利康制药有限公司生产的艾司奥美拉唑镁肠溶片,批准文号为国药准字 H20046380,规格 40mg * 7 片,指导患者口服 20 mg/次,每天 2 次。上述两组患者持续治疗 2 周之后,停止使用抗生素,继续使用另外两种药物治疗 2 周。

1.3 观察指标

(1)比较两组患者的治疗效果,分为显效、有效和无效。显效:患者的临床症状基本消失。有效:治疗后患者的临床症状部分消失。无效:治疗后患者的临床症状没有变化,或更加严重。

(2)对比两组患者不良反应发生率,包括恶心呕吐、腹痛腹泻、头痛、皮疹。

(3)对比两组患者治疗前后血清炎性因子水平变化,包括肿瘤坏死因子(TNF- α)、白细胞介素(IL-6、IL-8)、C反应蛋白(hs-CRP)。

(4)对比两组患者治疗前后生活质量变化,包括物质生活、躯体健康、心理健康、社会功能。

1.4 统计学处理 用 SPSS22.0 统计软件作数据处理,计数资料用(χ^2)校验;计量资料用(t)校验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者治疗效果对比 实验组、对照组患者各 49 例,其中实验组患者显效 28 例,占比 57.14%,有效 18 例,占比 36.74%,无效 3 例,占比 6.12%,总有效率 93.88%(46 例);对照组患者显效 20 例,占比 40.82%,有效 19 例,占比 38.78%,无效 10 例,占比 20.40%,总有效率 79.60%(10 例);两组对比结果 $\chi^2 = 4.4357, P = 0.0371, P < 0.05$ 。

2.2 对比两组患者不良反应发生率 参与本次研究的患者实验组、对照组各 49 例,其中实验组患者出现恶心呕吐 1 例,占比 2.04%,头痛 1 例,占比 2.04%,未出现腹痛腹泻以及皮疹患者,实验组患者不良应用发生率为 4.08%(2 例);对照组患者当中出现恶心呕吐的患者为 4 例,占比 8.16%,头痛 1 例,占比 2.04%,腹痛腹泻患者 2 例,占比 4.08%,皮疹 1 例,占比 2.04%,不良反应的总发生率为 16.32%(8 例),两组对比结果 $X^2 = 4.0091, P = 0.0452$,组间对比具有比较显著的差异($P < 0.05$)。

2.3 对比两组患者治疗前后血清炎性因子水平变化 参与本次研究的患者实验组、对照组各 49 例,治疗前,实验组患者 TNF- α 水平为(103.47 \pm 31.05)ng/L、IL-6 水平为(99.05 \pm 24.18)ng/L、IL-8 水平为(81.74 \pm 21.42)ng/L、hs-CRP 水平为(18.97 \pm 2.46)mg/L;对照组患者 TNF- α 水平为(104.02 \pm 30.84)ng/L、IL-6 水平为(98.87 \pm 24.29)ng/L、IL-8 水平为(81.29 \pm 20.73)ng/L、hs-CRP 水平为(18.87 \pm 2.53)mg/L,上述各项指标对比结果显示 TNF- α ($t = 0.0880, P = 0.9301$)、IL-6($t = 0.0368, P = 0.9708$)、IL-8($t = 0.1057, P = 0.9161$)、hs-CRP($t = 0.1984, P = 0.8432$),组间无显著差异($P > 0.05$)。治疗后,实验组患者 TNF-

α 水平为(65.47 \pm 14.41)ng/L、IL-6 水平为(56.19 \pm 11.86)ng/L、IL-8 水平为(51.26 \pm 18.04)ng/L、hs-CRP 水平为(6.38 \pm 1.82)mg/L;对照组患者 TNF- α 水平为(89.59 \pm 24.13)ng/L、IL-6 水平为(81.86 \pm 18.22)ng/L、IL-8 水平为(71.02 \pm 18.46)ng/L、hs-CRP 水平为(10.35 \pm 2.27)mg/L,上述各项指标对比结果显示 TNF- α ($t = 6.0074, P = 0.0000$)、IL-6($t = 8.2654, P = 0.0000$)、IL-8($t = 5.3589, P = 0.0000$)、hs-CRP($t = 9.5514, P = 0.0000$),实验组优于对照组($P < 0.05$)。

2.4 对比两组患者治疗前后生活质量变化 参与本次研究的患者实验组、对照组各 49 例,治疗前,实验组患者物质生活评分为(78.76 \pm 5.65)分、躯体健康评分为(71.11 \pm 6.73)分、心理健康评分为(80.11 \pm 6.37)分、社会功能评分为(78.11 \pm 6.45)分;对照组患者物质生活评分为(78.17 \pm 5.37)分、躯体健康评分为(71.80 \pm 6.16)分、心理健康评分为(80.83 \pm 6.59)分、社会功能评分为(78.83 \pm 6.31)分,上述各项指标对比结果显示物质生活($t = 0.5298, P = 0.5974$)、躯体健康($t = 0.5294, P = 0.5977$)、心理健康($t = 0.5499, P = 0.5837$)、社会功能($t = 0.5586, P = 0.5778$),组间无显著差异($P > 0.05$)。治疗后,实验组物质生活评分为(86.50 \pm 3.12)分、躯体健康评分为(82.16 \pm 5.48)分、心理健康评分为(88.04 \pm 5.06)分、社会功能评分为(88.37 \pm 5.71)分;对照组物质生活评分为(83.32 \pm 4.56)分、躯体健康评分为(77.52 \pm 4.65)分、心理健康评分为(84.48 \pm 4.80)分、社会功能评分为(85.09 \pm 4.60)分,上述各项指标对比结果显示物质生活($t = 4.0288, P = 0.0001$)、躯体健康($t = 4.5193, P = 0.0000$)、心理健康($t = 3.5730, P = 0.0006$)、社会功能($t = 3.1313, P = 0.0023$),实验组优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨 论

消化性溃疡是一种比较容易反复的疾病,但随着对该病的不断研究,在治疗上有了很大的进展。消化性溃疡如果没有及时的进行有效的治疗,非常容易引起消化道出血,到这个阶段再进行治疗,其难度会更大,治疗效果也会受到影响。因此,针对消化性溃疡要做到早发现,早治疗,在疾病没有向更加严重方向发展的时候就将病情控制住。引起消化性溃疡的因素中以幽门螺杆菌感染最为多见,因此治疗方向主要以消除幽门螺杆菌

为主要手段。幽门螺杆菌是一种具有强大活性的致病菌,是导致胃炎、消化性溃疡甚至胃癌等消化系统疾病的主要原因之一,要想将其根除,患者胃内 pH 值需要长时间处于 6.0 以上,因此,控制胃酸成为治疗的关键^[2]。奥美拉唑是临床常用的质子泵抑制剂,对胃酸具有一定的抑制效果,是一种弱碱性的脂溶性药物,当其处于胃酸中时极易富集,大面积的分布到胃粘膜壁细胞中,通过胃酸的作用,转化成亚硫酸胺,然后与胃粘膜壁细胞所分泌的 H⁺-K⁺-ATP 酶结合,形成复合物,起到抑制胃酸分泌的作用,缓解患者的嗝气、反酸等症状^[3-4]。但埃索美拉唑(Esomeprazole)为奥美拉唑的左旋异构体,与奥美拉唑具有同样的抑酸效果,但是该药物与奥美拉唑相比具有药物起效快、抑酸效果更好的优点,将其代替奥美拉唑作为四联治疗中的质子泵抑制剂,其治疗效果更加理想^[5]。hs-CRP、IL-8、IL-6、TNF- α 在血清中水平上升都会使患者机体的炎症反应加重,并形成恶性循环,埃索美拉唑除了能够高效的抑制胃酸分泌,同样也有提高抗菌药物对细菌的抑制作用,克拉霉素和阿莫西林属于广谱类抗生素,可以有效抑制细菌 DNA 的复制,根除患者体内的幽门螺杆菌且抑制其生长。胃铋镁颗粒是一种复方制剂,可以在患者的溃疡面形成保护膜,对胃粘膜具有一定的修复作用^[6-7]。将上述药物联合使用,可以有效抑制胃酸分泌,根除幽门螺杆菌,进而起到良好的临床治疗效果。本文对比两组患者的治疗效果,实验组患者优于对照组,将两组患者治疗后的不良反应发生率进行对比分析,实验组低于对照组,说明埃索美拉唑不但能够保证更加高效的治疗效果,同时其治疗安全性也比较高,通

过治疗后,实验组患者的炎症因子水平显著降低,且低于对照组,生活质量提高程度也要优于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,消化性溃疡采用埃索美拉唑四联疗法进行治疗,具有更加显著的临床疗效,可以有效抑制胃酸分泌,根除幽门螺旋杆菌,继而提升治疗效果。

参考文献

- [1] 张永喜.埃索美拉唑治疗消化性溃疡的临床疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(19):50,72.
- [2] 韦彬祥,卢肖芳,高峰.埃索美拉唑与奥美拉唑为主的三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡临床疗效的比较研究[J].临床合理用药杂志,2020,13(15):20-22.
- [3] 任杰.基于埃索美拉唑的四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性型消化性溃疡的临床疗效及安全性评价[J].中外女性健康研究,2020,(13):42-43.
- [4] 纪眉.埃索美拉唑四联疗法治疗消化性溃疡的临床疗效及其安全性[J].临床合理用药杂志,2020,13(3):79-80.
- [5] 佟丹.埃索美拉唑治疗消化性溃疡的临床疗效评估[J].中国医药指南,2021,19(15):73-74.
- [6] 蒋玗玲,阳丽,李澄.埃索美拉唑标准剂量间歇性给药方式治疗消化性溃疡出血的效果与安全性分析[J].医药前沿,2021,11(15):51-52.
- [7] 孙佳.探讨埃索美拉唑标准剂量间歇给药治疗消化性溃疡出血的临床效果[J].中国实用医药,2021,16(20):128-130.