

雷贝拉唑治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡疗效观察

吴德员

(江西省永修县恒丰中心卫生院 永修 330322)

摘要:目的:探讨应用雷贝拉唑治疗幽门螺杆菌(HP)相关性胃溃疡的临床效果。方法:选取 96 例 HP 相关性胃溃疡患者,随机分为观察组和对照组,对照组采用阿莫西林、克拉霉素联合雷尼替丁治疗,观察组采用阿莫西林、克拉霉素联合雷贝拉唑治疗,观察两组疗效、HP 根除情况、溃疡愈合情况和药物不良反应。结果:治疗后,观察组疗效明显优于对照组;且治疗前后,两组临床症状差异明显($P<0.05$);两组不良反应发生率无显著差异($P>0.05$)。结论:雷贝拉唑联合阿莫西林、克拉霉素治疗 HP 相关性胃溃疡的疗效确切,安全可靠,值得临床应用推广。

关键词:胃溃疡;幽门螺杆菌;雷贝拉唑;疗效观察

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.049

胃溃疡是临床常见消化系统疾病。近年来,随着经济发展和人们生活方式以及饮食结构的变化,胃溃疡的发病率逐渐升高。幽门螺杆菌(HP)感染是重要的胃溃疡发病原因^[1],药物治疗胃溃疡的有效途径即根除 HP。质子泵抑酸剂具有良好的抑酸作用,在临床治疗中得到广泛应用。目前,临床多采用联合药物治疗方案,本文分析雷贝拉唑联合阿莫西林、克拉霉素治疗 HP 相关性胃溃疡的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2012 年 2 月~2014 年 2 月收治的幽门螺杆菌相关性胃溃疡患者 96 例,男 57 例,女 39 例;年龄 23~74 岁,平均年龄 45.5 岁;所有患者经胃镜检查 and 快速尿素酶检测确诊,HP 呈阳性,均无并发十二指肠溃疡;溃疡直径 0.5~1.5 cm;病程 0.5~9 年,平均病程 3.5 年。临床主症表现为:烧心、反酸、腹胀、腹痛、恶心呕吐等消化道症状。排除消化道恶性肿瘤患者,有胃肠道、幽门梗阻、胃出血手术史者,严重心肝肾肺功能不全者,对青霉素过敏者,妊娠期或哺乳期妇女;所有患者在过去 4 周内未应用非甾体抗炎药物及抗生素。根据随机数字表法,将患者分为观察组和对照组,每组 48 例,两组性别、年龄、临床症状、病情、病程等资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者入院后,均给予对症治疗和幽门螺杆菌根除治疗。观察组:给予雷贝拉唑、阿莫西林、克拉霉素联合治疗。饭后服用雷贝拉唑 10 mg,2 次/d,阿莫西林 1 000 mg,2 次/d,克拉霉素 500 mg,2 次/d^[2]。对照组:给予雷尼替丁、阿莫西林、克拉霉素联合治疗。口服雷尼替丁 150 mg,2 次/d,阿莫西林、克拉霉素剂量同观察组。均连续治疗 14 d。4 周后,进行胃镜复查,观察患者临床症状改

善情况、幽门螺杆菌根除率、胃溃疡愈合情况以及药物不良反应。

1.3 疗效判定 显效:患者临床症状明显改善或基本消失,胃镜检查 HP 呈阴性,溃疡处遗留瘢痕或黏膜修复;有效:患者临床症状有所缓解,胃镜检查 HP 下降,溃疡处黏膜仍存在 1 个以上溃疡面,但与治疗前相比减少;无效:患者临床症状无改善甚至加重,胃镜检查 HP 仍呈阳性,溃疡处并无变化。

1.4 统计学处理 本次研究患者的临床资料与数据均采用 SPSS17.0 统计学软件处理,计量资料采用均数加减标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,计数资料采用 t 检验,组间对比采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效对比 见表 1。观察组总有效率明显高于对照组,差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组疗效对比[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	48	30(62.50)	15(31.25)	3(6.25)	45(93.75)
对照组	48	14(29.17)	22(45.83)	12(25.00)	36(75.00)
χ^2		4.086	3.265	1.798	4.216
P		0.043	0.065	0.306	0.041

2.2 两组观察指标对比 治疗后,观察组患者中 43 例 HP 转阴性,HP 转阴率为 89.58%;对照组中 35 例 HP 转阴性,HP 转阴率为 72.92%;两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。且治疗前后,两组胃镜检查情况差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 两组不良反应情况对比 观察组患者中 1 例出现恶心呕吐,1 例出现头痛,不良反应发生率为 4.17%;对照组患者中 2 例出现乏力、纳差,1 例出现腹泻,不良反应发生率为 6.25%;两组差异无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗前后肝肾功能、血常规、尿常规检查无异常,不良反应均未经特殊处理。

3 讨论

胃溃疡是临床常见病、多发病,发病诱因较多,例如遗传因素、过度劳累、情绪波动较大、饮食失调、酗酒、胃酸过多分泌、应用非甾体抗炎症药物、感染幽门螺杆菌等^[3]。其中 HP 是造成胃溃疡的主要致病因素,会改变患者机体的生理功能,引发胃穿孔甚至危及生命。HP 具有很强的生存力,若未及时清除,会导致疾病复发,因此治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的关键是根除 HP,抑制胃酸分泌^[4]。相关研究和实践显示,根除 HP 能够有效缩短抑酸剂治疗疗程,促进溃疡愈合,降低胃溃疡复发率,并减少了并发症发生率。

在体外,多种抗生素都会对 HP 产生作用,但在机体内,单一抗生素的疗效并不显著,因此临床通常采取联合药物治疗方案。雷贝拉唑属于质子泵抑制剂,能够在胃壁细胞中活化,与胃腔中的质子泵相结合,对胃酸分泌产生抑制作用。虽然该药的质子泵抑制方式并无特殊性,但在吡唑环和苯并咪唑环上的基团不同^[5],提高了雷贝拉唑向黄烯酸形式的活化转化速度,抑制酸离子的速度更快。雷贝拉唑主要通过非酶代谢,个体差异较小,不会与其他药物产生

较大影响,安全性更高^[6]。联合应用抗菌药物和雷贝拉唑,可以有效降低胃腔中的 pH 值,在强酸环境中增强了抗生素杀菌的效果,有利于清除幽门螺杆菌。

阿莫西林和克拉霉素是胃溃疡药物治疗中的常用药,联合雷贝拉唑的疗效确切。本次研究结果表明,观察组疗效明显优于对照组,有效缓解了患者反酸、烧心、腹胀、腹痛等临床症状,有利于溃疡愈合;HP 转阴率明显高于对照组,说明雷贝拉唑可以有效根除幽门螺杆菌,有利于患者恢复;两组患者药物不良反应情况无明显差异,说明应用雷贝拉唑联合药物治疗 HP 相关性胃溃疡的不良反反应少,具有可行性和安全性,可作为临床首选治疗方案。

参考文献

[1]刘洪利,王晓,庞洪全.幽门螺杆菌相关性胃溃疡患者应用联合疗法治的疗效分析[J].牡丹江医学院学报,2013,34(1):25-26
[2]唐晓舟.联合疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的疗效分析[J].中国医药指南,2012,10(16):28-29
[3]程芳.雷贝拉唑三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡近期及远期疗效观察[J].医学信息,2010,23(5):61-62
[4]党宁.雷贝拉唑三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡疗效观察[J].中国实用医药,2013,8(12):166-167
[5]刘庆镭,叶顺群.雷贝拉唑三联疗法治疗 HP 相关胃溃疡[J].当代医学,2011,17(29):144-145
[6]吴君.雷贝拉唑三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡的疗效观察[J].中国高等医学教育,2011,24(4):132-133

(收稿日期:2014-11-14)

中西医结合治疗功能性消化不良 62 例疗效观察

饶应良

(四川省宣汉县胡家中心卫生院 宣汉 636154)

关键词:功能性消化不良;中西医结合疗法;消痞和胃汤

中图分类号:R573

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.050

功能性消化不良(functional dyspepsia,FD)是一种临床上常见的功能性胃肠病^[1],临床表现为上腹胀、上腹痛、痞满、胃灼热、早饱、食欲不振、暖气、恶心、呕吐等消化道症状。病情迁延,常经年累月,或反复发作,严重影响患者的生活质量。笔者自 2013 年 5 月~2014 年 1 月运用中西医结合治疗功能性消化不良 62 例,取得了较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 124 例患者均为我院门诊患者,随机分为治疗组和对照组各 62 例。治疗组男性 33 例,女性 29 例;年龄 16~72 岁,平均年龄 32.65 岁;病程 2 个月~10 年,平均 4.32 年。对照组男 35 例,女 27 例;年龄 18~71 岁,平均 33.21 岁;病程 1 个月~11 年,平均 4.87 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 所有病例均符合中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会 2003 年制定的 FD 诊断标准^[2]及罗马 III 诊断标准^[3],具备下列条件之一:(1)上腹饱胀,餐后加重;(2)上腹疼痛;(3)早饱;(4)上腹烧灼感。病程超过 1 个月,或在 1 年内累计超过 12 周。在全面病史采集和体格检查的基础上,经内镜等检查排除了反流性食管炎、消化性溃疡、消化道肿瘤及肝、胆、脾、胰等器质性疾病。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 枸橼酸莫沙必利胶囊,5 mg/次,3 次/d;胃酸分泌过多者加奥美拉唑肠溶胶囊,20 mg/次,2 次/d。两药均饭前 30 min 服用。

1.3.2 治疗组 在对照组基础上加用自拟中药消痞和胃汤治疗,基本方:柴胡 15 g、川芎 15 g、陈皮 20 g、佛手 20 g、枳实 15 g、苍术 20 g、白术 20 g、茯