

参考文献

[1]刘新桥,王玲.正气散加减治疗慢性胃炎对患者生活质量、炎性因子水平的影响[J].中国中药杂志,2019,44(1):181-185
[2]田英.探讨益生菌联合铋剂四联治疗 Hp 阳性慢性胃炎患者的临床疗效与安全性[J].中国医师杂志,2019,21(4):601-603
[3]张石裕.舒肝解郁胶囊治疗慢性胃炎伴抑郁患者的疗效分析[J].现代诊断与治疗,2018,29(10):1533-1535
[4]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)[J].中华消化杂志,2017,37(11):721-738
[5]中华中医药学会脾胃病分会.胃痛病中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(13):166-1170
[6]梁标.奥美拉唑联合左氧氟沙星与克拉霉素三联疗法治疗慢性胃炎的疗效[J].实用中西医结合临床,2016,16(2):69-70
[7]刘辉,何春艳.铋剂四联疗法对慢性胃炎患者临床症状及胃泌素的影响[J].贵州医药,2018,42(1):54-57
[8]王丽红.香砂六君子丸协同"四联疗法"治疗脾胃虚弱合 Hp 型慢性胃炎的疗效分析[J].中医药信息,2018,35(5):86-89
[9]王长建,马秀明.自拟理气和胃汤治疗肝胃不和型慢性胃炎临床观察[J].世界中西医结合杂志,2019,14(3):392-395
[10]陈国鹏,张俊,刘燕妮.半夏泻心汤加减法结合胃泰舒颗粒治疗慢性胃炎的疗效及安全性分析[J].山西医药杂志,2018,47(18):2219-2221
(收稿日期:2019-06-17)

胀满、口苦等,故肝胆互为表里^[9]。中医认为治疗此病应以舒肝理气、和胃健脾为治疗原则^[10]。柴龙牡蛎汤中,柴胡可疏肝解郁、降逆除满;龙骨、牡蛎平肝解毒、安神固敛;大黄消积通便、泻热解毒;太子参益气健脾、固本扶正;半夏和胃止呕、降逆止痛;黄芪益气通尿、固表生新;桂枝散寒化气、通阳止痛;炙甘草滋阴养气;黄连泻火解毒;黄芩清热止血;白芍养血镇痛。诸药共用可疏肝利胆、健脾和胃。本研究结果显示,观察组治疗总有效率显著高于对照组($P<0.05$);观察组治疗后血清 CRP、TNF- α 、IL-6 水平及胃黏膜积分均低于对照组($P<0.05$)。说明柴龙牡蛎汤结合西药治疗慢性胃炎患者的疗效显著,可有效减轻患者机体炎性反应,促进胃黏膜恢复,具有较高的临床应用价值。

埃索美拉唑联合白眉蛇毒血凝酶治疗消化性溃疡并出血

兰云

(河南省焦作市第三人民医院 焦作 454172)

摘要:目的:观察埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗消化性溃疡并出血的临床疗效。方法:选取 2016 年 12 月~2018 年 10 月治疗的 82 例消化性溃疡并出血患者为研究对象,根据治疗方法不同分为对照组与观察组,每组 41 例。对照组给予奥美拉唑联合白眉蛇毒血凝酶治疗,观察组给予埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗。比较两组临床治疗效果、住院时间、止血时间以及再次出血率。结果:观察组治疗总有效率(95.12%)明显高于对照组(73.17%),住院时间、止血时间、再次出血率均低于对照组($P<0.05$)。结论:埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗消化性溃疡并出血疗效显著,止血效果快,再次出血率低,临床价值较高,值得推广。

关键词:消化性溃疡并出血;埃索美拉唑;奥美拉唑;白眉蛇毒血凝酶

中图分类号:R573.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.038

消化性溃疡是一种内科常见急症,由于胃酸过多分泌,不断刺激十二指肠黏膜与胃黏膜,加上受到幽门螺杆菌感染,导致患者抵抗机制减弱所引起的。该病的特点为发病较急、周期性发病且恢复较为缓慢,常见症状为呕血、黑便等^[1-2]。若患者得不到及时治疗,则会引发较大、较快的出血,严重者还会出现失血性休克,危及患者生命安全。对于消化性溃疡并出血,临床常用的治疗方式为给予质子泵抑制剂抑制胃酸分泌,同时给予止血等治疗^[3-4]。本研究以我院消化性溃疡并出血患者为研究对象,旨在观察埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 12 月~2018 年 10 月于我院治疗的 82 例消化性溃疡并出血患者为研究对象,根据治疗方法不同分为对照组与观察组,每组 41 例。对照组男 29 例,女 12 例;年龄 25~67 岁,平

均(46.41±5.49)岁;胃溃疡 18 例,十二指肠溃疡 23 例。观察组男 27 例,女 14 例;年龄 26~67 岁,平均(46.68±5.51)岁;胃溃疡 20 例,十二指肠溃疡 21 例。两组患者一般资料比较无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:经内镜检查患者出现活动性溃疡出血;72 h 内出现黑便(经隐血试验呈阳性)或呕血等上消化道出血的临床症状;患者对本次研究知情,并且签署知情同意书。排除标准:孕妇、哺乳期妇女;对本次研究使用药物过敏者;患有消化道肿瘤者;无法明确上消化道出血原因者。本研究得到本院医学伦理委员会的批准和认可。

1.3 治疗方法 两组患者入院后均给予常规治疗,如禁食、卧床休息、补液、抗感染等,同时给予白眉蛇毒血凝酶止血治疗,取 2 U 白眉蛇毒血凝酶(国药准字 H20041730)加入 0.9%氯化钠注射液 100 ml 中静脉滴注,1 次/d,持续给药 3 d。在此基础上,对照

组给予奥美拉唑注射液（国药准字 H20045074）40 mg 加入 0.9%氯化钠注射液 100 ml 中静脉滴注，2 次 /d，持续给药 5 d。观察组给予注射用埃索美拉唑（国药准字 H20093314）40 mg 加入 0.9%氯化钠注射液 100 ml 中静脉滴注，1 次 /12 h，持续给药 5 d。

1.4 观察指标 比较两组临床治疗效果、住院时间、止血时间以及住院期间再次出血率。疗效标准：治疗 48 h 内，大便隐血试验呈阴性，无呕血或便血，为显效；治疗 72 h 内，患者呕血次数得到明显减少或仅有少量便血，为有效；治疗 72 h 后，便血、呕血等次数无任何变化，为无效。总有效 = 有效 + 显效。

1.5 统计学分析 研究数据采用 SPSS20.00 软件处理，计数资料以百分比表示，进行 χ^2 检验，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，进行 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗后，观察组总有效率（95.12%）明显高于对照组（73.17%）， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	41	8(19.51)	22(53.66)	11(26.83)	30(73.17)
观察组	41	14(34.15)	25(60.98)	2(4.88)	39(95.12)
χ^2					4.567
P					<0.05

2.2 两组住院时间、止血时间比较 治疗后，观察组住院时间、止血时间明显低于对照组， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组住院时间、止血时间比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	住院时间(d)	止血时间(h)
对照组	41	8.61± 3.76	47.12± 5.21
观察组	41	5.29± 1.32	30.19± 4.86
t		4.161	11.882
P		<0.01	<0.01

2.3 两组再出血率比较 对照组再出血率为 12.20% (5/41)，观察组再出血率为 0.00%，观察组再出血率明显低于对照组， $P < 0.05$ 。

3 讨论

消化性溃疡发病机制较为复杂，胆汁反流、幽门螺杆菌感染、遗传因素以及胃酸分泌过多，均可引起该病的发生，其中幽门螺杆菌感染是最为常见的原因。据研究调查统计^[5]，由幽门螺杆菌感染引发消化性溃疡的患者比例达 80%。当患者感染幽门螺杆菌后，会干扰到机体胃酸分泌中的反馈机制，促进消化性溃疡的发生，其中以壶腹部溃疡最为明显，当溃疡部位蔓延至大血管时，则容易导致大出血，出血严重

者病情难以控制，致死率约 10%，老年患者的致死率高达 30%~50%^[6-8]。在常规补充血容量、止血、维持水电解质平衡基础上给予抑制胃酸分泌，减少过度胃酸刺激对病情的影响为治疗关键。埃索美拉唑为新型质子泵抑制剂，是奥美拉唑异构体，通过特异性抑制胃壁细胞分泌的具有 H^+K^+ATP 酶活性的次磺酰胺化合物，迅速与 H^+K^+ATP 酶上半胱氨酸巯基结合，形成使 H^+K^+ATP 酶活性失活的二硫键，阻滞胃酸分泌的最终环节，达到抑制胃酸分泌的作用^[9]。此外，埃索美拉唑还可通过提高胃内 pH 值，诱导机体血小板发挥止血作用，利于血小板聚集、血液凝固后不轻易被解聚，增强止血效果；同时，还可通过降低胃蛋白酶活性，改善胃黏膜血流，增强胃黏膜抵抗力，且该药生物利用度较奥美拉唑高，静脉给药后可维持较长时间的血药浓度，半衰期在 2 h 以上^[10]。

本研究结果显示，观察组治疗总有效率（95.12%）明显优于对照组（73.17%），住院时间、止血时间、再次出血率均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。说明埃索美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗消化性溃疡并出血疗效显著，止血效果快，再次出血率低。综上所述，奥美拉唑与白眉蛇毒血凝酶联合治疗消化性溃疡并出血的临床疗效显著，能有效缩短患者的出血时间，降低患者的再次出血率，临床价值较高，值得推广。

参考文献

[1]张瑞亮.66 例消化性溃疡镜下止血后 PPI 口服与静脉给药临床观察[J].河南医学高等专科学校学报,2017,29(5):442-443

[2]周磊,苏楚霞,李淳南,等.无痛内镜下注射止血联合大剂量埃索美拉唑治疗消化性溃疡出血的临床研究[J].中国当代医药,2017,24(25):20-22

[3]滕晓丽,杨林,时昭红,等.内镜止血联合 PPI 抑制剂静脉泵入治疗老年消化性溃疡出血的临床疗效[J].内科急危重症杂志,2018,24(1):56-57

[4]杨晶.康复新液联合埃索美拉唑镁治疗消化性溃疡的临床应用分析[J].中国现代药物应用,2018,12(21):113-114

[5]刘洪琪,李宪忠,高峰,等.幽门螺杆菌感染与非甾体抗炎药致消化性溃疡并出血的相关性研究[J].中华医院感染学杂志,2014,(17):4283-4284,4287

[6]孙广红.埃索美拉唑与奥美拉唑四联疗法对消化性溃疡合并幽门螺杆菌感染患者预后及生活质量影响对比研究[J].山西医药杂志,2018,47(17):49-51

[7]王丽丽.分析不同质子泵抑制剂为主(埃索美拉唑、奥美拉唑)的三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡效果比较[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(1):110

[8]侯云峰.温中健脾汤联合埃索美拉唑镁肠溶片治疗消化性溃疡合并出血 84 例[J].中医研究,2018,31(1):14-16

[9]董学涛,刘艳迪.埃索美拉唑联合泮托拉唑剂治疗消化性溃疡并发胃出血的临床疗效观察[J].实用临床医药杂志,2018,22(3):109-111

[10]范则晓,程海燕.埃索美拉唑标准剂量间歇给药与大剂量持续给药治疗消化性溃疡出血的效果对比[J].国际消化病杂志,2019,39(1):53-56