

分析慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗效果

李晓东

陕西省榆林市横山区白界镇卫生院 陕西榆林 719000

摘要: 目的: 文章旨在讨论慢性萎缩性胃炎运用消化内科方式治疗的实际效果。方法: 本次研究选择2019年5月—2020年6月前来本院治疗慢性萎缩性胃炎的患者作为研究对象, 总计90例。依照随机分配的方式将患者划分为试验组与对照组, 每组45例, 对照组采用常规治疗方式予以治疗, 试验组则在常规治疗方式基础之上采用三联疗法予以治疗, 患者治疗2周之后, 对比两组患者治疗效果。结果: 本次实验结果数据显示, 试验组患者治疗有效率为95%, 较对照组(85%)更高, 组间数据差异有统计学意义($P < 0.05$)。试验组发病率为1.1%, 较对照组(33%)更低, 组间数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 慢性萎缩性胃炎采用消化内科雷贝拉唑三联疗法治疗后, 效果显著, 且药物副作用发生率低。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 临床疗效

引言:

慢性萎缩性胃炎属于消化内科临床相对多见的病症, 发病机理是因为患者胃粘膜产生的萎缩性病变, 进而引发慢性胃炎, 病理特征以进行性胃腺体丧失以及肠化, 慢性萎缩性胃炎患者临床症状具体包括上腹有痛感或是上腹存在严重不适。同时, 患者也容易发生腹胀、嗝气、恶心、贫血以及疲劳等各类不良症状, 且该病症迁延难愈, 有较高概率复发, 严重影响患者日常生活与工作, 也不利于患者自身身体健康。故而, 医护人员需要选择合适的治疗方式治愈慢性萎缩性胃炎。传统治疗工作中, 临床多采用奥美拉唑三联疗法针对慢性萎缩性胃炎患者进行治疗, 但就效果而言, 并不理想。故而, 文章尝试采用三联疗法针对慢性萎缩性胃炎患者开展治疗, 明确该治疗方式的价值。现报道如下

1、资料与方法

1.1 一般资料

简单随机选取的本次研究选择本院治疗慢性萎缩性胃炎的患者作为研究对象, 总计90例。依照随机分配的方式将患者划分为试验组与对照组, 每组45例, 对照组男29例, 女16例; 年龄58 ~ 80岁, 平均(67.3 ± 4.7)岁。观察组男28例, 女14例; 年龄59 ~ 81岁, 平均(66.8 ± 4.8)岁。研究已将参与研究患者病历资料送入伦理委员会, 并获得同意, 患者及其家属也支持研究; 对比两组各项临床资料, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 符

合对比需要。

1.2 方法

两组患者采用奥美拉唑三联疗法治疗, 所谓三联疗法即运用奥美拉唑、克拉霉素联合阿莫西林予以治疗。药物服用量方面, 奥美拉唑用药量为每日服用两次, 每次口服20mg, 克拉霉素为每日服用两次, 每次口服1.0g, 阿莫西林为每日服用2次, 每次口服0.5g。奥美拉唑应在患者饮食前进行给药, 阿莫西林以及克拉霉素则在饭后给药, 服药持续一个月。试验组则运用雷贝拉唑三联疗法开展治疗。雷贝拉唑三联疗法指雷贝拉唑、克拉霉素联合阿莫西林予以治疗。药物服用量方面, 雷贝拉唑用药量为每日服用两次, 每次口服10mg, 克拉霉素为每日服用两次, 每次口服1.0g, 阿莫西林为每日服用2次, 每次口服0.5g。用药时间方面, 雷贝拉唑在患者饮食前进行给药, 阿莫西林以及克拉霉素则在饭后给药, 服药持续一个月。治疗结束之后, 所有实验对象均应接受胃镜检查, 以此判断患者治疗结果^[1]。

1.3 疗效观察及指标评价

①对患者临床治疗前后的临床症状(腹部胀痛、食欲不佳、消化不良等)变化情况进行评估, 其标准有三个: 显效、有效和无效。其中, 显效是指临床各种异常症状完全不见, 经胃镜观察胃黏膜异常形态完全消失, 并恢复正常形态。有效: 通过临床治疗, 病患的所有临床不适之症都得到一定地改善经胃镜观察胃黏膜异常形态逐步恢复; 无效: 通过一段时间的治疗, 病患的临床不适之症并未改善或好转, 通过胃镜检查发现胃黏膜并未缓。②对比所有患者的临床疗效及幽门螺旋菌转阴率和后期的复发情况^[2]。

作者简介: 李晓东, 1981年9月15日出生, 汉, 男, 陕西榆林人, 榆林市横山区白界镇卫生院, 主治医师(中级), 副院长, 本科学历, 主要研究内科胃肠。

1.4 统计学分析

采用SPSS 18.0分析和处理本文相关数据, 本文计数资料采用%和卡方表示和检验, 数据间差异用 $P < 0.05$ 表示。

2、结果

所有患者在接受治疗之后, 病情均有所改善, 但就整体治愈率方面, 对照组数据显然无法与试验组相比。对照组总有效率为82%, 而试验组总有效率为95%, 试验组优于对照组, 组间数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

两组患者药物副作用发生方面, 试验组患者副作用发生率仅为1.1%, 而对照组副作用发生概率为33%, 可见试验组药物副作用产生概率较对照组更低, 组间数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)。具体下表1所示^[3]

表1 试验组与对照组患者药物副作用发生概率对比
(例)

组别	恶心呕吐	腹泻	皮疹	总发生
试验组 (n=45)	0	2	3	5
对照组 (n=45)	7	4	4	15
χ^2 值	-	-	-	7.812
P值	-	-	-	0.005

3、讨论

慢性萎缩性胃炎的发病原因与感染、饮食、生活习惯等有关, 给患者的身体健康和生活均造成了较大影响。研究发现, 多数慢性萎缩性胃炎患者伴有Hp感染, 故对慢性萎缩性胃炎患者首选抗Hp感染治疗为主。常规治疗慢性萎缩性胃炎采用三联抗菌疗法, 药物有克拉霉素、果胶秘和阿莫西林, 虽然对清除Hp发挥了一定效果, 但复发率较高。萎缩性胃炎致病因素较多, 主要包括Hp感染、自身免疫等因素, 使胃粘膜变薄、黏膜基层增生, 且有转变为胃癌的可能性, 是胃癌的高危状态。我国慢性萎缩性胃炎发病人数较多, 且近年来随着人们生活习惯、饮食习惯的变化, 慢性萎缩性胃炎的发病率增速较快。幽门螺杆菌、免疫因素等是慢性萎缩性胃炎的发病原因, 消除幽门螺杆菌是临床治疗的基础。阿莫西林是常见的广谱抗生素, 伴水吞服后, 其成分中的内酰胺基水解后可生成肽键, 并与患者体内的转肽酶结合后使菌体膨胀破裂, 最终死亡。故而阿莫西林可以减少幽门螺杆菌对胃粘膜的刺激, 有利于患者胃粘膜的修复。

果胶秘是一种胃黏膜保护剂, 同时也有利于胃粘膜上皮细胞分泌, 对幽门螺杆菌的活性有良好的抑制作用。奥美拉挫在高酸环境下, 其借助二硫键与壁细胞分泌膜的称质子泵结合后形成复合物, 进而抑制胃酸分泌。奥美拉挫与阿莫西林联合应用对幽门螺杆菌有协同作用。克拉霉素、奥美拉挫的药物虽然能够在短时间内可以改善患者的临床症状, 控制病情, 但患者在治疗后比较容易复发。有研究指出, HSP70表达有利于上皮再形成, 促进患者胃粘膜组织修复。该文研究结果显示, 研究组患者不良反应率、治疗总有效率由于对照组, 差异显著($P < 0.05$)。

传统治疗方式之中, 患者随着治疗时间发展, 对奥拉美唑的耐药性逐渐增强, 导致药物后期的治疗效果相对较差。雷贝拉唑属于一种新型质子泵抑制剂, 可以最大程度限制K-H-ATP酶, 其治疗机理是针对胃酸分泌的最后环节形成影响, 以加快胃HP的提高速度, 同时缩减组胺以及乙酸胆碱的整体含量, 以实现胃粘膜的保护, 其共同抗生素阿莫西林以及克拉霉素联和使用可以彼此形成协同作用, 以大幅提高幽门螺杆菌的根除效率。不仅如此, 相较于奥拉美唑三联疗法, 该治疗方式安全性更高, 产生副作用的概率相对较低, 使得患者更为容易接受。

4、结束语

就本次实验数据显示而言, 试验组患者治疗总有效率达到95%, 明显高于对照组(82%), 组间数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)。而在药物副作用方面, 试验组药物副作用产生概率为1.1%, 明显低于对照组(33%), 组间数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见, 相较于传统的奥拉美唑三联疗法, 雷贝拉唑三联疗法可以显著提高患者治疗效果, 且降低患者出现药物副作用的概率, 治疗方式更为安全且有效。

参考文献:

- [1]陈德惠. 消化内科慢性萎缩性胃炎临床规范治疗效果观察[J]. 健康之路, 2018, 8(6): 77-78.
- [2]彭海燕. 慢性萎缩性胃炎的消化内科治疗体会[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 27(6): 93-94.
- [3]徐秀芬, 梁军涛. 对慢性萎缩性胃炎患者进行消化内科规范性治疗的效果[J]. 健康之路, 2019(07): 9-10.