

雷贝拉唑，奥美拉唑对胃溃疡临床治疗价值分析

杨丹

贵州医科大学第二附属医院 556000

【摘要】目的 探讨胃溃疡临床采用雷贝拉唑及奥美拉唑的治疗价值。方法 选择2022年1月-2023年12月期间我院收治90例胃溃疡患者，依据数字奇偶法随机分为参照组和观察组各45例，参照组采用奥美拉唑四联治疗，观察组采用雷贝拉唑四联治疗，对比两组治疗前后炎症指标变化、溃疡面积、症状改善时间。结果 治疗前两组溃疡面积对比无差异($P > 0.05$)，治疗后观察组溃疡面积明显小于参照组，且各种症状改善时间明显比参照组更短($P < 0.05$)；治疗前两组炎症指标变化无差异($P > 0.05$)，治疗后观察组各项炎症指标变化均优于参照组($P < 0.05$)。结论 胃溃疡患者临床采用雷贝拉唑四联治疗效果更为显著，可快速改善临床多种症状，改善炎症指标水平，对快速缩小溃疡面积以及提高临床治疗效果具有积极价值，值得应用。

【关键词】雷贝拉唑；奥美拉唑；胃溃疡；治疗价值

胃溃疡是临床常见消化系统疾病，主要发生机制在于胃黏膜受到不同程度损伤，导致胃蛋白酶及胃酸分泌过量，从而将胃黏膜的防御屏障破坏。疾病临床症状呈现多样化，多数人群没有太过明显症状，而部分患者出现不同程度的疼痛，常见症状包括上腹部出现不适感以及疼痛，通常在夜间以及饭后疼痛会加重，也会持续向背部发射。也有患者出现明显症状，包括食欲不振、恶心、消化不良、呕吐等，若情况严重时胃溃疡易导致出血、穿孔等多种严重并发症。因此，临床针对胃溃疡及时给予治疗非常关键。胃溃疡临床治疗常用雷贝拉唑以及奥美拉唑，针对两种药物的使用各有优势。本次研究选择胃溃疡患者90例，针对两种药物的治疗效果综合分析，详细如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取90例在我院接受治疗的胃溃疡患者为研究对象，择期2022年1月-2023年12月，依据数字奇偶法以参照组($n=45$)和观察组($n=45$)区分，参照组男性26例，女性19例，年龄23-69岁，均值(45.24 ± 1.25)，观察组男性27例，女性18例，年龄21-71岁，均值(45.25 ± 1.22)，两组基础资料对比无差异($P > 0.05$)，具备可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组患者予以雷贝拉唑四联治疗：雷贝拉唑钠肠溶片（企业名称：成都迪康药业股份有限公司 国药准字 H20040715 规格：20mg）用法：口服，用量：20mg，1次/d；甲硝唑片（企业名称：四川科伦药业股份有限公司 国药准字 H20057236 规格：0.2g）用法：口服，用量：0.4g/次，3次/d；阿莫西林胶囊（生产企业：山东鲁抗医药股份有限公司 国药准字 H19993034 规格：0.25g）用法：口服，用量1g/次，2次/d（每12h1次）；胶体果胶铋胶囊（企业名称：山西云鹏制药有限公司 国药准字 H20059949 规格：50mg）用法：口服，用量：2-3粒（0.1-0.15g）/次，4

次/d，餐前1h及睡前服用^[1]。

1.2.2 参照组采用奥美拉唑四联治疗：奥美拉唑肠溶胶囊（企业名称：海南海灵化学制药有限公司 国药准字 H10920092 规格：20mg）用法：口服，用量：20mg/次，1-2次/d。克拉霉素片（生产企业：江苏恒瑞医药股份有限公司 国药准字 H109700321 规格：0.25g）用法：口服，用量：2片/次，2次/d。阿莫西林及胶体果胶铋胶的使用方法以及使用剂量与观察组相同，均是停止抗生素药物的服用后持续用药6周。两组患者均接受治疗2月后对比治疗效果^[2]。

1.3 指标观察

1.3.1 溃疡面积、症状改善时间

症状包括胃脘痛、胃镜下胃黏膜。

1.3.2 炎症指标

包括白介素-6(IL-6)、C反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)指标。

1.4 统计学分析

数据录入SPSS19.0分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示行t检验，计数资料以(%)代表应于 χ^2 检验， $P < 0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后溃疡面积、症状改善时间对比

治疗前两组溃疡面积对比无差异($P > 0.05$)，治疗后观察组溃疡面积明显小于参照组，且各种症状改善时间明显比参照组更短($P < 0.05$)，见表1。

2.2 比较两组治疗前后炎症指标变化

治疗前两组炎症指标变化无差异($P > 0.05$)，治疗后观察组各项炎症指标变化均优于参照组($P < 0.05$)，如表2。

表1 两组治疗前后溃疡面积、症状改善时间对比 (n, $\bar{x} \pm s$)

分组	例数	溃疡面积 (cm ²)		胃脘痛消失	胃镜下胃黏膜痊愈
		治疗前	治疗后	时间 (d)	时间 (d)
观察组	45	12.35 ± 2.04	1.45 ± 1.34	6.24 ± 1.34	8.34 ± 2.34
参照组	45	12.42 ± 2.15	4.54 ± 1.42	9.24 ± 2.36	11.42 ± 3.15
t	-	0.158	10.617	7.415	5.265
P	-	0.875	0.000	0.000	0.000

表2 比较两组治疗前后炎症指标变化 (n, $\bar{x} \pm s$)

时间	n	分组	IL-6 (pg/ml)	CRP (mg/L)	TNF- α (ng/ml)
干预前	45	观察组	163.24 ± 16.24	13.22 ± 3.23	3.23 ± 0.36
	45	参照组	162.14 ± 16.34	13.35 ± 3.14	3.34 ± 0.16
	-	t	0.320	0.194	1.873
	-	P	0.750	0.847	0.064
干预后	45	观察组	61.34 ± 9.25	7.15 ± 1.12	1.20 ± 0.12
	45	参照组	120.36 ± 2.42	9.35 ± 1.54	2.46 ± 0.49
	-	t	41.408	7.750	16.755
	-	P	0.000	0.000	0.000

3 讨论

随着新时代人们生活方式以及饮食习惯发生巨大变化,也因当下生活以及工作压力不断递增,导致胃溃疡疾病在全球范围内持续上升,严重对人们的生活质量造成影响。发生胃溃疡多数是因非甾体类消炎药物的长期使用,或者感染螺旋杆菌而引发^[1]。非甾体类药物是常见抗炎以及止痛药物,长时间服用会对胃黏膜造成刺激,从而引发胃溃疡的发生风险。螺旋杆菌是在胃黏膜长时间生存的细菌,直接破坏胃黏膜的保护层,进而导致溃疡的形成^[4]。

临床针对胃溃疡的治疗方法呈现多元化,需根据患者溃疡的程度以及引发原因,医生通常都会对症治疗。临床常见以药物治疗为主,包括奥美拉唑四联以及雷贝拉唑四联治疗。奥美拉唑可显著降低胃酸的分泌量,进而缓解胃黏膜形成的损伤以及刺激。奥美拉唑四联治疗能够快速缓解患者出现的胃灼热感以及胃痛情况,药物还具有良好的耐受性以及安全性。将该药物与抗生素药物同时使用,可快速抑制幽门螺杆菌的感染,也可对细菌的繁殖起到抑制作用^[5]。然而奥美拉唑四联治疗方式也易导致一些不良反应,如恶心、头痛等。雷贝拉唑属于有效的抑制剂,可有效抑制胃酸的大量分泌,因胃溃疡的形成多数与胃酸分泌过多有一定联系,通过对胃酸分泌进行抑制,可有效减少胃酸对胃黏膜形成的损伤,也可促进胃溃疡的快速愈合^[6]。雷贝拉唑四联治疗过程中,通过应用雷贝拉唑胃黏膜抑制剂、抗生素等联合应用,常见青霉素类抗生素以阿莫西林为主,可有效杀灭胃内存在的有害细菌,也可避免持续感染对胃黏膜造成严重损伤,进一步促进溃疡的愈合。胶体果胶铋具备抗炎及抗菌作用,可有效缓解胃溃疡症状,也可促进溃疡的快速愈合。甲硝唑片是常见广谱抗生素,主要对幽门螺杆菌起到杀灭作用,可对幽门螺杆菌的

生长以及繁殖起到干扰作用,避免细菌对胃黏膜造成损伤,有助于溃疡的治疗。

本次研究证明,观察者服用雷贝拉唑四联治疗后,炎症指标变化、溃疡面积大小、症状改善时间均优于参照组 ($P < 0.05$)。由此证明,胃溃疡临床采用雷贝拉唑四联治疗效果良好,可促进溃疡面积的快速恢复,也可抑制胃酸的大量分泌,有效控制炎症指标水平,进一步避免胃溃疡的反复发作。

综上所述,胃溃疡临床治疗采用雷贝拉唑四联效果确切,对促进溃疡的快速恢复以及控制炎症指标具有积极意义。

参考文献:

- [1]张鹏飞,王明亚.雷贝拉唑与奥美拉唑治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的临床效果比较[J].临床合理用药,2023,16(23):70-73.
- [2]杨燕舞.雷贝拉唑联合奥美拉唑治疗胃溃疡的临床效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(32):52-55.
- [3]李想,王晓娜.雷贝拉唑与奥美拉唑分别联合克拉霉素、阿莫西林治疗胃溃疡的临床对比研究[J].罕少疾病杂志,2022,29(02):74-75.
- [4]秦文玲,胡松,陈敏,彭解华.雷贝拉唑与奥美拉唑四联疗法对Hp感染胃溃疡患者Hp根除率及炎症因子水平的影响[J].当代医学,2021,27(12):143-144.
- [5]邢影影,孙琪菲,檀楠楠,杨方娜,牛粉霞,李勇.雷贝拉唑与奥美拉唑三联疗法治疗胃溃疡的系统综述与成本效果分析[J].中国药物评价,2020,37(06):497-504.
- [6]钱文毓.雷贝拉唑钠肠溶片、奥美拉唑治疗胃溃疡疗效及药物经济学比较[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(25):4+8.