

慢性萎缩性胃炎患者的消化内科临床治疗体会

尹红胜

湖北省汉川市第三人民医院 湖北 孝感 431600

摘要: 目的: 思考慢性萎缩性胃炎 (CAG) 患者在临床治疗方面的具体应用与价值。方法: 以 100 例 CAG 患者为研究对象, 结合具体的治疗方案对其进行平均分组, 一组为参照组, 接受基础治疗方案; 另一组为研究组, 在基础治疗的同时选择替普瑞酮给予治疗, 对比两组治疗效果。结果: 研究组的临床总有效率 (72.00%)、幽门螺旋菌转阴率 (78.00%) 大于参照组 (90.00%)、(34.00%); 在 6 个月的随访调查中发现, 实验组的复发率是 0 例 (0.00%), 远远不及对照组是 11 例 (22.00%)。结论: 结合此次实验的数据分析发现, CAG 患者在基础用药的作用下联合替普瑞酮能够大大提升临床总有效率, 防治复发, 促使幽门螺旋菌转阴等发挥积极作用, 值得临床广泛实施。

关键词: CAG; 消化内科; 疗效

CAG 的发病原因一般多见于动脉硬化、胃血流量受限、日常饮食不规律、嗜烟嗜酒等, 不良生活习惯是诱发胃黏膜萎缩的关键要素。Hp 感染也是诱发 CAG 疾病的关键诱因, 在临床治疗中促使 Hp 转阴也是治疗过程中的一个重要目的。由于 CAG 患者的临床症状相对非典型, 所以病情轻微时极易察觉, 若病情严重的话, 很有可能诱发胃出血等, 若患者延误治疗, 或者并未接受专业化、规范化地医治, 则会造成病情快速进展。关于 CAG 的治疗来说, 西医药是主要的选择路径, 相关药物的选择及配伍必须要按照患者的病情变化、身体体质等来确定。在接下来的研究中, 我们以 100 例 CAG 患者为实验对象开展相关研究活动。

1. 资料与方法

1. 一般资料

根据本院 2018 年 4 月至 2019 年 5 月期间的消化科接受的 CAG 患者中随机抽出 100 例病患, 并按照选择的药物对其分组, 两组患者相关资料对比无差异 ($P>0.05$), 存在可比性, 详见表 1。

表 1 两组患者基本资料统计对比 ($\pm s$)

组别	例数	性别 (男/女)	平均年龄	平均患病 时间	类型 (多灶 萎缩型/自 身免疫型)
参照组	50	32/18	42.5 ± 3.3	31.9 ± 6.6	29/21
研究组	50	28/22	45.1 ± 3.3	36.5 ± 8.2	35/15
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

筛选原则: 全部患者满足 WHO 对 CAG 的临床诊断要求; 全部患者的临床依从性较强,

非常清楚这一次的实验目的及具体流程, 同时签署了知情同意书。

筛除原则: 存在相对严重的内脏器官障碍疾病者; 胃黏膜组织发生严重癌变者; 拒绝接受临床实验者。

2. 方法

(1) 对照组接受五肽胃泌素治疗

首先, 患者需要接受五肽胃泌素的测定, 测定的结果需要显示患者是无酸或是低酸的状态, 这种情况下患者才能进行治疗。医护人员需要在早餐之前向胃炎患者注射五肽胃泌素, 注射频率不需要很多, 只需保持每日一次的注射频率就好, 在这期间, 医护人员需及时记录患者的身体状况。治疗 3 周之后, 注射频率改为 2 天一次, 医护人员需再次观察患者的治疗效果; 直至治疗第五周之后, 注射的频率需保持在一周一次, 持续治疗三个月之后, 观察患者的治疗效果。

(2) 实验组接受弱酸联合胃蛋白酶合剂治疗

医护人员需要对患者进行弱酸治疗, 但接受弱酸治疗时需要保证患者的机体是无酸或是低酸的状态, 因此护理人员需要给予患者五肽胃泌素的测定, 弱酸治疗需要持续 1 ~ 3 天, 每日 1 匙的剂量为患者提供米醋。患者在接受弱酸治疗时需要结合胃蛋白酶合剂, 胃蛋白酶合剂的治疗仍需要保持 1 ~ 3 天, 每日服用一次便可, 每次的剂量为 10 mL。患者的服药时间需严格控制, 否则会严重影响治疗效果, 最有效的服药时间是饭后半小时, 接受一段时间的治疗后, 需要根据每位患者的实际情况适当增加药剂量, 持续 3 个月治疗后, 观察患者实际情况, 了解治疗的实际治疗效果。

3. 诊断标准

CAG 的临床诊断方法是: 结合胃镜观察、临床症状分析等方式给予诊治。对于胃镜观察来说, 需要对病灶分布、萎缩面积等情况进行评估。对于正常人来说, 胃黏膜组织呈现出正常的鲜红色, 假若有萎缩性变化, 则变成暗黄色或暗灰色等, 当萎缩程度加大的话, 局部会出现一些红白相间的异常斑点。对于局部血管而言, 若出现萎缩的话, 会形成深红色的网格小动脉或出现上皮组织增生等, 并由此形成粒径较大的结节等, 个别患者具有恶心、胃出血等反应。

4. 观察指标

(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解。(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。

5. 统计学分析

本次研究所得数据需要借助于 SPSS24.0 软件展开统计分析，计数数据用 (例, %) 表示，实施 c 2 检验；计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，实施 t 检验。若 $P < 0.05$ ，则说明差异显著存在统计学价值。

2. 结果

1. 对比两组的临床总有效率

通过疗效评价及指标观察能够得出，实验组疗效 (72.00%) 远超过对照组 (90.00%)，存在统计学价值 ($P < 0.05$) 见表 2。

表 2 对比两组的临床总有效率 (例, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
参照组	50	19	17	14	36(72.00)
研究组	50	23	22	5	45(90.00)

2. 对比两组幽门螺旋菌转阴率及复发情况

经过为期 2 周的临床治疗，实验组的 Hp 转阴率 (78.00%) 大于对照组 (34.00%)；实验组的复发率 (0.00%) 小于对照组 (22.00%)，组间差异存在统计学价值 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 对比两组幽门螺旋菌转阴率及复发情况 (例, %)

组别	例数	Hp 转阴率	复发率
参照组	50	39(78.00)	11(22.00)
研究组	50	17(34.00)	0(0.00)

3. 讨论

世界卫生组织将慢性萎缩性胃炎归为胃癌前状态，据不完全统计，慢性萎缩性胃炎患者中约有 20% 会发生癌变。因此，临床一旦确诊，应该立刻配合医师接受个体化治疗。临床治疗慢性萎缩性胃炎的关键为：(1) 明确病因，选择合适的药物；(2) 改变饮食习惯，戒烟酒；(3) 定期复查，预防癌变。莫沙比利为 5-HT₄ 受体激动药，口服后能迅速进入胃肠道中，药理研究证实，口服莫沙比利 0.8 h 后血药浓度达到峰值；该药可促进乙酰胆碱释放，增强胃肠道促动力作用，达到减轻胃肠道症状的目的。瑞巴派特为胃黏膜保护剂，可抑制胆汁反流，减轻炎症，且能促进胃部平滑肌蠕动，有利于胃排空。在本文的研究中发现：研究组的治疗效果、幽门螺旋菌转阴率等数据是比较理想的，其复发率也明显优于参照组，由此来看，这两者存在差异性 ($P < 0.05$)。这说明，此研究结论和其他研究资料中的结果是相同的。

结束语：

关于 CAG 的临床治疗而言，在结合基础治疗的前提下，运用替普瑞酮能够发挥一定的疗效。其能够提升临床总有效率，并且对于降低复发率、提高 Hp 转阴率等发挥积极作用，对 CAG 患者而言，尽早地到医院接受正规筛查与诊治是极其关键的，治疗方案必须要体现出个性化的特点，方可真正地发挥显著疗效。

参考文献：

[1] 孙萍, 王海静. 试论慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗的观察 [J]. 饮食保健, 2019, 27(16): 30-31.

[2] 张楠. 益气养阴化瘀汤治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察 [D]. 湖北中医药大学, 2017.

[3] 姜红, 刘晓宇. 慢性萎缩性胃炎患者的消化内科临床治疗体会 [J]. 国际医药卫生导报, 2018, 24(19): 2980-2982.