

雷贝拉唑治疗消化性溃疡的临床治疗效果

王恒 宣浩然 梁泽润

(联勤保障部队第 967 医院 116000)

摘要:目的: 探讨雷贝拉唑治疗消化性溃疡的临床效果。方法: 选取本院消化内科于 2023 年 1~12 月收治的 100 例消化性溃疡患者, 根据不同用药方法纳入 A 组与 B 组, 每组 50 例。A 组予以奥美拉唑治疗, B 组予以雷贝拉唑治疗, 对比 2 组患者的症状缓解时间(腹痛、腹胀、恶心、泛酸)、临床疗效、不良反应(头晕、失眠、便秘、腹泻)。结果: B 组的症状缓解时间短于 A 组, $P < 0.05$; B 组的总有效率高于 A 组, $P < 0.05$; 2 组的不良反应发生率相近, $P > 0.05$ 。结论: 雷贝拉唑治疗消化性溃疡的临床效果较好, 有助于患者症状得到快速缓解, 且不良反应少, 可推行。

关键词:雷贝拉唑; 消化性溃疡; 症状缓解时间; 临床疗效; 不良反应

消化性溃疡指发生于胃、十二指肠的慢性溃疡, 属于临床上的多发病、常见病^[1]。该病的形成因素较多, 其中酸性胃液对粘膜的消化作用是主要因素^[2]。该病的典型症状包括腹痛、腹胀、恶心、呕吐等胃肠道症状以及呕血、黑便等消化性溃疡出血等症状, 部分患者会出现腹部压痛、包块, 严重者致消化性溃疡穿孔^[3]。因此, 临床针对该病应及早予以诊断及治疗。本文为探讨雷贝拉唑治疗该病的有效性, 就 100 例病历资料展开对照研究, 汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院消化内科于 2023 年 1~12 月收治的 100 例消化性溃疡患者, 根据不同用药方法纳入 A 组与 B 组, 每组 50 例。A 组: 男 27 例, 女 23 例; 年龄 18~64 (40.46 ± 7.68) 岁; 体质指数 19~28 (23.40 ± 1.70) kg; 病程 1~6 (3.05 ± 0.94) 年; 溃疡直径 6~20 (12.06 ± 3.11) mm。B 组: 男 28 例, 女 22 例; 年龄 18~64 (40.49 ± 7.65) 岁; 体质指数 19~28 (23.43 ± 1.67) kg; 病程 1~6 (3.08 ± 0.92) 年; 溃疡直径 6~20 (12.08 ± 3.09) mm。2 组一般资料比较, $P > 0.05$ 。

1.2 入组要求与排除规定

入组要求: (1) 病历完善; (2) 符合临床诊断要求; (3) 自愿参与研究。

排除规定: (1) 胃穿孔、胃出血; (2) 合并其他脏器疾病;

(3) 癌症; (4) 传染病; (5) 免疫系统疾病; (6) 精神病; (7) 孕产妇; (8) 药物过敏。

1.3 方法

2 组均口服克拉霉素片, 0.25g/次, 2 次/d; 口服阿莫西林胶囊 1.0g/次, 2 次/d。A 组同时予以奥美拉唑治疗, 即口服奥美拉唑肠溶胶囊, 20mg/次, 1 次/d, 治疗 4 周。B 组同时予以雷贝拉唑治疗, 即口服雷贝拉唑肠溶片, 10mg/次, 1 次/d, 治疗 4 周。

1.4 观察指标

(1) 症状缓解时间: 症状包括腹痛、腹胀、恶心、泛酸。

(2) 临床疗效: 分为①治愈: 症状消失, 溃疡面消失; ②显效: 症状基本消失, 溃疡面基本消失; ③有效: 症状改善, 溃疡面明显缩小; ④无效: 症状未改善, 溃疡面缩小不明显; 总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。

(3) 不良反应: 头晕、失眠、便秘、腹泻。

1.5 统计学方法

运用 SPSS 22.0 系统, 计数资料以 % 表示, 行 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验, $P < 0.05$ 为有差异。

2 结果

2.1 症状缓解时间对比

B 组的症状缓解时间短于 A 组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表1 症状缓解时间对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

分组	例数	腹痛	腹胀	恶心	泛酸
A组	50	5.23 ± 1.04	5.42 ± 1.10	5.98 ± 1.31	5.15 ± 0.98
B组	50	4.01 ± 0.87	6.29 ± 1.15	7.11 ± 1.52	6.09 ± 1.13
t值	-	6.362	3.821	3.982	4.444
P值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 临床疗效对比

B组的总有效率高于A组, P<0.05。见表2。

表2 临床疗效对比[n(%)]

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
A组	50	13	18	11	8	42(84.00)
B组	50	21	19	8	2	48(96.00)
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.000
P值	-	-	-	-	-	0.046

2.3 不良反应对比

2组的不良反应发生率相近, P>0.05。见表3。

表3 不良反应对比[n(%)]

分组	例数	头晕	失眠	便秘	腹泻	总发生率
A组	50	2	1	0	1	4(8.00)
B组	50	3	1	1	1	6(12.00)
χ^2 值	-	-	-	-	-	0.444
P值	-	-	-	-	-	0.505

3 讨论

消化性溃疡的方法包括药物治疗、饮食疗法和手术治疗等。药物治疗是最主要的治疗方法, 效果较好, 且易被患者接受。克拉霉素、阿莫西林、奥美拉唑的三联疗法是治疗该病的常用药物治疗方案, 可使患者的症状得到一定的缓解, 效果肯定^[4]。雷贝拉唑有较好的抑酸作用, 对基础胃酸和由刺激引起的胃酸分泌均有抑制作用^[5]。该药主要通过抑制胃壁细胞上的H⁺/K⁺-ATP酶来减少胃酸分泌, 从而缓解胃部不适等症状, 具有起效快、抑酸效果强、作用时间长的优势。将该药与克拉霉素、阿莫西林联用, 能够更快缓解患者症状, 加快病情控制。

本文结果中, B组症状缓解时间短于A组, 总有效率高于A组, 提示B组的治疗效果更好, 可见雷贝拉唑治疗可进一步提高疗效, 有利于患者康复。安全性方面, 2组的不良反应发生率相近, 提示雷贝拉唑与奥美拉唑的安全性相当。

综上, 雷贝拉唑治疗消化性溃疡的临床效果较好, 有助于患者症状得到快速缓解, 且不良反应少, 可推行。

参考文献:

[1]陈秀挺,钱柯锦,丁丽英,等.雷贝拉唑联合内镜止血术对女

性更年期消化性溃疡患者胃肠功能和炎症细胞因子水平的影响[J].中国妇幼保健,2022,37(6):1118-1121.

[2]郑露,张燕,李鸿,等.雷贝拉唑和奥美拉唑联合抗生素治疗Hp相关消化性溃疡的疗效及安全性荟萃分析[J].湖北民族大学学报(医学版),2023,40(1):34-38,45.

[3]陈帅,葛旭辉.康复新液联合雷贝拉唑三联疗法治疗消化性溃疡的临床效果及对NO、IL-17水平的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(1):42-44.

[4]张光只,李均.双歧杆菌四联活菌片联合雷贝拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌感染性消化性溃疡的效果及对肠道菌群的影响[J].临床医学研究与实践,2023,8(18):61-64.

[5]张海峰.雷贝拉唑联合克拉霉素对消化性溃疡患者症状缓解效果及复发情况的影响[J].现代诊断与治疗,2021,32(14):2219-2220.

作者简介:王恒 出生年月:1985年1月 性别:男 籍贯:辽宁省抚顺市 民族:汉;学历:本科 科室:干部病房科 目前职称:主治医师;主要研究方向:中医内科学

4 临床护理