

胃溃疡患者应用铝碳酸镁咀嚼片联合奥美拉唑的治疗效果分析

裴乐乐 姚磊^{通讯作者}

(江苏省第二中医院 江苏南京 210017)

摘要:目的:探究治疗胃溃疡病人两种不同药物(铝碳酸镁、奥美拉唑)联合使用的效果。方法:参加本次药物疗效研究的受试患者,抽取时间为2021年11月到2022年1月,总人数为60人,利用科室住院号分组,分为对照组(单一用药)和研究组(联合用药),每组研究对象平均为30人,统计研究中和研究后的各项数据,对比最终结果。结果:两个研究组进行对比,用药后两组病人症状积分均降低,研究组分值降低幅度较大,经统计学分析可得P值<0.05;两个研究组进行对比,用药后两组病人胃黏膜均有所愈合,研究组愈合程度更佳,经统计学分析可得P值<0.05;两个研究组进行对比,用药前实验室指标差异值较小,用药后两组实验室指标均有所改善,研究组改善效果更明显,经统计学分析可得P值<0.05;两个研究组进行对比,用药后研究组总不良反应发生率(10.00%)较低,经统计学分析可得P值<0.05。结论:单一用药与联合用药的疗效相比,联合用药的疗效更佳,对患者胃黏膜的损伤较小,适合积极应用到临床胃溃疡疾病的治疗中。

关键词:胃溃疡;铝碳酸镁;奥美拉唑;治疗效果;不良反应

胃溃疡疾病在我院消化内科较为常见。其主要特征为治疗时间长、病情进展慢、易反复发作。据近些年临床研究报道显示,受到人们饮食习惯、生活习惯以及其他外界因素影响,胃溃疡在人群中的发病率持续增长^[1-2]。其主要致病原因是幽门螺旋杆菌感染,受到饮食习惯、生活习惯、遗传等因素影响,伴随病程的不断发展,患者胃部黏膜受到损伤,出现缺血缺氧坏死^[3]。其中大部分患者受到已经坏死胃黏膜刺激,胃部中的炎性介质持续增加,进而刺激淋巴细胞,最终导致溃疡范围逐渐扩大,常见的症状表现为上腹疼痛、干呕反酸、胃部灼烧感,若早期未及时处理,还将诱发胃穿孔、幽门梗阻、消化道出血等并发症,此病长期经久不愈,增加胃部癌变风险,给患者身心带来恶劣影响^[4]。目前临床的治疗原则通过药物建筑防御系统,抵御胃酸,本次药物疗效研究选择在我院进行胃溃疡治疗的60名病人作为受试对象,旨在研究治疗胃溃疡病人两种不同药物(铝碳酸镁、奥美拉唑)联合使用的效果,现取得良好效果,将报告整理如下,供临床参考研究。

1. 基线资料和一般方法

1.1 基线资料

参加本次药物疗效研究的受试患者,抽取时间为2021年11月到2022年1月,总人数为60人,利用科室住院号分组,分为对照组(单一用药)和研究组(联合用药),每组研究对象平均为30人,两组受试患者的具体资料详见表1。以上资料进行对比可得P>0.05,两组差异较小且满足此次研究对比要求。

表1 两组患者资料对比(x±s, n%)

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(年)	病变位置		
		男	女			胃窦	胃角	胃体
研究组	30	17	13	41.54±4.73	2.76±0.96	13	10	7
对照组	30	16	14	40.66±4.81	2.66±0.89	14	11	5
X ²	-	0.0673	0.7145	0.4184	-	-	-	-
p	-	0.7952	0.4778	0.6772	-	-	-	-

1.2 方法

对照组:单一使用奥美拉唑(国药集团工业有限公司生产提供,国药准字H20094110,剂量:20mg*14s)进行治疗,每次服用20毫克,每天于早晚餐后服用两次,服用时不可嚼碎,以防药物在胃内过早释放而影响疗效。坚持服用一个疗程,一个疗程为42天。

研究组:联合使用奥美拉唑和铝碳酸镁片(拜耳医药保健有限公司生产提供,国药准字H20013410,商品名:达喜,剂量:0.5g*10片)进行治疗,每天服用3次,每次服用两片(1克),坚持服用一个疗程,

一个疗程为42天。奥美拉唑的服用方法和疗程与上组一致,使用铝碳酸镁片前,应先排除溃疡型胃癌和肾功能不全患者。

1.3 观察指标

(1)评价两组病人各项具体症状(反酸、恶心、腹部疼痛)积分,积分评定值越低越好。(2)通过胃黏膜愈合指标判定两组恢复情况,其中涉及到的项目包括VECF(血管内皮中的生长因子)、EGF(表皮生长因子)、COX(环氧合酶)。(3)使用采集的静脉血进行离心处理,然后利用免疫法进行IL-8(白细胞介素-8)、IL-10(白细胞介素-10)、TNF-α(肿瘤坏死因子)三项指标的数值;通过Masson(染色法)观察两组受试患者胶原纤维面积沉积,取五次测量的平均值。

1.4 统计学分析

使用spss13.0软件进行统计学处理,其中,为不良反应计数资料,采用卡方检验,症状积分、实验室指标、恢复情况均为计量资料,采用T检验中,若两组数据之间p值小于0.05,则代表患者在以上四方面,具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组症状积分

两个研究组进行对比,用药后两组病人症状积分均降低,研究组分值降低幅度较大,经统计学分析可得P值<0.05,详情见下表。

表2 两组症状积分比较(x±s, 分)

组别	例数	时间	反酸	恶心	腹部疼痛
研究组	30	治疗前	2.64±0.43	2.73±0.62	2.70±0.63
		治疗后	0.43±0.60	0.46±0.21	0.53±0.28
对照组	30	治疗前	2.65±0.56	2.75±0.40	2.69±0.63
		治疗后	1.46±0.34	1.53±0.42	1.38±0.43
t	-	-	0.0776	0.1485	0.0615
P1	-	-	0.9384	0.8825	0.9512
t	-	-	8.1804	12.4807	9.0731
P2	-	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 对比两组恢复情况

两个研究组进行对比,用药后两组病人胃黏膜均有所愈合,研究组愈合程度更佳,经统计学分析可得P值<0.05,详情见下表。

表3 两组恢复情况比较(x±s)

组别	例数	时间	VECF(ng/L)	EGF(ng/L)	COX(U/L)
对照组	30	治疗前	55.34±10.83	156.37±23.02	18.70±9.34

研究组	30	治疗后	113.43 ± 18.60	245.11 ± 21.21	25.43 ± 10.58
		治疗前	54.25 ± 10.86	155.75 ± 22.40	18.29 ± 9.13
		治疗后	145.46 ± 20.34	290.13 ± 26.42	40.38 ± 9.53
t	-	-	0.3893	0.1057	0.1719
P1	-	-	0.6985	0.9162	0.8641
t	-	-	6.3651	7.2781	5.7506

P2	-	-	0.0000	0.0000	0.0000
----	---	---	--------	--------	--------

2.3 对比两组实验室指标

两个研究组进行对比, 用药前实验室指标差异值较小, 用药后两组实验室指标均有所改善, 研究组改善效果更明显, 经统计学分析可得 P 值 < 0.05, 详情见下表。

表 4 两组实验室指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IL-8 (ng/L)	IL-10 (ng/L)	TNF- α (ng/L)	胶原纤维沉积面积 (mm ²)	溃疡直径 (mm ²)
研究组	30	治疗前	57.54 ± 1.71	34.43 ± 1.62	47.60 ± 1.33	75894.51 ± 354.30	15.65 ± 5.13
		治疗后	27.03 ± 1.26	14.43 ± 1.18	24.76 ± 1.71	104296.51 ± 304.24	3.42 ± 1.04
对照组	30	治疗前	57.56 ± 1.66	34.45 ± 1.50	47.59 ± 1.32	75994.53 ± 354.39	15.58 ± 5.11
		治疗后	33.46 ± 3.33	65.13 ± 4.82	28.60 ± 1.36	84856.53 ± 303.20	6.15 ± 1.55
t	-	-	0.0460	0.0496	0.0292	1.0932	0.0530
P1	-	-	0.9635	0.9606	0.9768	0.2788	0.9580
t	-	-	9.8917	55.9606	9.6264	247.8948	8.0108
P2	-	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 对比两组不良反应

两个研究组进行对比, 用药后研究组总不良反应发生率 (10.00%) 较低, 经统计学分析可得 P 值 < 0.05, 详情见下表。

表 5 两组不良反应对比 (n, %)

组别	不良反应				总发生率
	口干	头晕	头痛	细菌感染	
研究组 (n=30)	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	3/10 (10.00)
对照组 (n=30)	3 (10.00)	3 (10.00)	2 (6.67)	2 (6.67)	10/30 (33.33)
X ²	-	-	-	-	4.8118
P	-	-	-	-	0.0283

3. 讨论

当胃部中的盐酸浓度到达一定程度后, 胃内受蛋白酶影响出现蛋白质水解化, 进而导致胃酸水平升高, 出现严重胃肠道反应, 最终演变为胃溃疡。根据近些年临床研究显示, 在疾病早期如未采取药物治疗, 溃疡面积未受到抑制, 胃中的炎性因子将会进一步侵蚀胃内血管, 造成消化道出血即胃出血^[5]。临床上一般根据溃疡的深度判定疾病的严重性, 如溃疡已浸入到浆膜层, 此时胃穿孔发生率极高, 穿孔后患者会出现休克症状, 给其安全带来威胁^[6]。胃穿孔、消化道出血都是常见的溃疡并发症, 均会对患者造成较严重的影响, 因此, 胃溃疡的治疗关键点在于延缓溃疡进程、减小溃疡面积。在治疗过程中由于溃疡面愈合过程较复杂, 前期需要将坏死主组织完全清除才能逐渐重构新的上皮组织, 在重视胃黏膜恢复进度的同时还要关注溃疡面的愈合质量, 才能提升受损胃黏膜的自我防御和愈合能力, 避免愈合后溃疡的再次复发^[7-8]。

奥美拉唑属于质子泵抑制剂, 其抑制胃酸的作用明显, 在恢复已受损的胃黏膜方面也具有较明显效果, 因此, 在各级三甲医院的消化内科应用较广泛^[9]。以往临床实践显示, 多数患者服用此药后会出现明显的胃肠道反应和其他不适症状, 因此文章研究组联合使用铝碳酸镁片, 铝碳酸镁属于胃黏膜保护剂, 具有抗胃酸作用的同时还可抑制胃内活性蛋白酶, 激发人体内前列腺素的生成, 进而达到修复溃疡黏膜的作用^[10]。文章研究结果显示, 两个研究组进行对比, 用药后两组病人症状积分均降低, 研究组分值降低幅度较大, 经统计学分析可得 P 值 < 0.05, 说明

联合用药可以改善患者既往症状; 两个研究组进行对比, 用药后两组病人胃黏膜均有所愈合, 研究组愈合程度更佳, 说明联合用药可以改善黏膜表面微循环, 提升细胞的稳定性和防御性; 两个研究组进行对比, 用药前实验室指标差异值较小, 用药后两组实验室指标均有所改善, 研究组改善效果更明显, 经统计学分析可得 P 值 < 0.05; 两个研究组进行对比, 用药后研究组总不良反应发生率 (10.00%) 较低, 经统计学分析可得 P 值 < 0.05。

综上所述, 单一用药与联合用药的疗效相比, 联合用药的药效更佳, 对患者胃黏膜的损伤较小, 适合积极应用到临床胃溃疡疾病的治疗中。

参考文献:

- [1] 崔丽霞. 铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗老年胃溃疡临床观察[J]. 现代养生, 2022, 22(03): 163-165.
- [2] 张涛, 马苗苗, 赵欣, 滕亮. 艾司奥美拉唑联合铝碳酸镁对比艾司奥美拉唑治疗胃溃疡疗效与安全性的 Meta 分析[J]. 药物流行病学杂志, 2022, 31(01): 25-33+59.
- [3] 张秀娜. 奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗胃溃疡并轻度出血的疗效及安全性分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(24): 160-163.
- [4] 聂清伦, 周学斌. 奥美拉唑联合铝碳酸镁在胃溃疡并发上消化道出血中的应用[J]. 人人健康, 2021(24): 76-77.
- [5] 董欣. 奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗胃溃疡合并胃出血患者的临床效果及安全性探讨[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(23): 105-107.
- [6] 官文婧. 铝碳酸镁与奥美拉唑在胃溃疡患者中的效果及用药安全性[J]. 中国医药指南, 2021, 19(33): 94-95.
- [7] 陆佳燕. 瑞巴派特联合奥美拉唑肠溶胶囊和铝碳酸镁咀嚼片治疗胃溃疡伴胃出血的临床效果[J]. 慢性病学杂志, 2021, 22(11): 1761-1763.
- [8] 魏明. 铝碳酸镁与艾司奥美拉唑联合治疗胃溃疡的疗效[J]. 医学信息, 2021, 34(21): 109-111.
- [9] 余慧玲. 铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗胃溃疡的效果及对黏膜愈合质量的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(28): 87-89.
- [10] 黄建光. 奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗胃溃疡并胃出血的临床疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(25): 3614-3616.