



铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的临床疗效分析

芮兰英

苏州市吴江区第一人民医院急诊内科 江苏苏州 215200

【摘要】目的 讨论铝碳酸镁联合奥美拉唑对活动期胃溃疡的临床治疗效果。**方法** 选择我院2016年1月-2017年10月收治的90例活动期胃溃疡患者作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组各45例,对照组使用奥美拉唑治疗,观察组在此基础上联合铝碳酸镁进行治疗,治疗2个月后对比两组的疗效。**结果** 观察组的治疗总有效率为97.8%,对照组的治疗总有效率为73.9%,差异有统计学意义($\chi^2=4.527$, $P<0.05$);对照组不良反应发生率4.4%,观察组不良反应发生率6.7%,差异无统计学意义($\chi^2=0.784$, $P>0.05$)。**结论** 对于活动期胃溃疡患者采用铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗,治疗效果显著,无明显不良反应,值得在临床上推广使用。

【关键词】 铝碳酸镁; 奥美拉唑; 活动期; 胃溃疡

【中图分类号】 R573.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 05-060-02

胃溃疡是临床中常见的一种消化系统溃疡性疾病,胃肠在对食物进行消化的过程中,会有大量的消化腐蚀性介质产生,比如胃酸或者胃蛋白酶,而消化道则会被相应的黏膜保护起来,防止其对消化道造成腐蚀,但是当胃肠出现病变的时候,异常刺激会导致大量腐蚀性、刺激性的液体分泌,黏膜就会遭到破坏,形成胃溃疡,胃溃疡具有治愈慢、复发性强、易癌变的临床特点,不良饮食习惯和生活习惯都是导致胃溃疡的因素。临床上主要的治疗方法为通过抑制胃酸分泌和根除幽门螺旋杆菌,进而加强对胃粘膜的保护^[1],铝碳酸镁和奥美拉唑均为治疗胃溃疡的有效药物,他们的作用机制不尽相同,但若采取联合用药的方法,临床疗效肯定,已经成为临床上治疗活动期胃溃疡的有效方法。本文主要讨论铝碳酸镁联合奥美拉唑对活动期胃溃疡的治疗效果,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2016年1月-2017年10月收治的90例活动期胃溃疡患者作为研究对象,所有患者经胃镜检查后确诊为良性活动性胃溃疡患者,同时排除肝、胆、胰消化道等有手术史患者;排除怀孕期或哺乳期的女性患者以及心、肝、肺、肾功能不全者。将90例患者随机分为观察组和对照组,每组各45例,观察组男性22例,女性23例,年龄在36-66岁之间,平均年龄(47.3±4.5)岁,对照组男性30例,女性15例,年龄在29-63岁之间,平均年龄(45.3±4.9)岁,两组从性别、年龄等方面没有明显差异, $P>0.05$,没有统计学意义。

1.2 方法

对照组给予奥美拉唑治疗,每天一次,每次20mg,餐前口服;观察组在此基础上给予铝碳酸镁治疗,每天1次,每次20mg,餐后口服。两组患者均持续用药2个月,对两组患者进行胃镜复查,记录患者溃疡的大小、形态、位置以及数量等。

1.3 疗效判定

观察和记录两组患者的临床治疗效果及治疗中的不良反应。临床治疗效果判定标准^[2]:①痊愈:患者上腹疼痛症状、烧心以及反酸、嗝气或者恶心症状消失,胃镜检查患者患部溃疡状况及其周围炎症情况全部消失;②有效:患者临床症状得到减轻,且不影响其正常的生活以及工作,胃镜检查患者患部溃疡面积缩小在50%或以上者;③无效:患者临床症状无改善,甚至加重,胃镜检查患者溃疡面积没有变化,或缩小的程度低于50%。总有效率为显效率与有效率的百分比之和。

1.4 统计学方法

采用SPSS17.0软件处理实验数据,在计量资料的时候使用 $\bar{x}\pm s$ 进行表示,然后采用t检验;计数资料则使用 χ^2 检验。 $P<0.05$,有显著差异,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比

观察组的治疗总有效率为97.8%,对照组的治疗总有效率为73.9%,两组治疗总有效率对比差异显著,有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1: 两组患者临床疗效对比 (n, %)

分组	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	45	13 (28.9)	18 (45.0)	14 (31.1)	31 (73.9)
观察组	45	31 (68.9)	13 (28.9)	1 (2.2)	44 (97.8)
χ^2		/	/	/	4.527
P		/	/	/	0.019

2.2 两组患者不良反应发生情况对比

对照组患者在治疗过程中1例(2.2%)恶心呕吐,1例(2.2%)腹泻,不良反应发生率4.4%,观察组患者治疗过程中有1例(4.4%)头晕,1例(2.2%)恶心呕吐,1例(2.2%)腹泻,不良反应发生率6.7%。两组不良反应发生率对比无统计学差异($\chi^2=0.784$, $P=0.149>0.05$)。

3 讨论

胃溃疡作为一种常见的消化系统溃疡性疾病,发病人群多集中在青少年中,胃溃疡的病灶部位主要发生与胃窦部与胃小弯部位,病变时多以单个病灶部位出现,临床表现为腹部疼痛,具体为钝痛、胀痛、烧灼、隐痛等症状,导致这一疾病的主要因素是药物或者饮食作用、幽门螺杆菌感染以及胃酸、胃蛋白酶分泌异常,这些因素都有可能引起胃溃疡的发生,胃溃疡是引发胃癌疾病的重要诱因^[3]。

在临床治疗中,对于胃溃疡的治疗,多为抗胆碱药物以及制酸剂。奥美拉唑是一种能够抑制胃酸分泌的质子泵抑制剂,其治疗原理是能够选择性的附着于胃壁细胞质子泵上,并有效调节胃部酸碱性,清除HP物质,通过对胃酸的抑制,避免或减轻胃酸对已有的血凝块的侵蚀及对胃黏膜的损伤,同时改善胃黏膜血循环,加速黏膜损伤的修复,最大限度保证凝血酶及机体自身局部和全身凝血止血机制的正常发挥,从而达到治疗目的^[4]。铝碳酸镁是一种胃黏膜的天然矿物质,同时也是一种中和剂,能够有效中和胃酸,并且药性比较温和、持久,能够通过和胃酸蛋白酶的吸附和结合,抑制其活性,从而促进溃疡面的修复。此外,这种药物还能够与胆汁酸进行融合,这样就能防止这些物质对胃黏膜的破坏,最后,这种药物能够刺激胃黏膜使其增加前列腺素E₂的合成,这样就能有效的增强胃黏膜的抵抗能力。铝碳酸镁和奥美拉唑联合治疗胃溃疡时,因为铝碳酸镁在临床症状的缓解上优于奥美拉唑,进而提高了胃溃疡的愈合率;二者联用,在中和胃

(下转第64页)



免疫功能的影响更易导致其他并发症的发生。

^{125}I 粒子体内植入内放射在结直肠癌的治疗中逐渐得到了广泛应用,其在控制结直肠癌复发、转移和改善患者生活质量的优秀表现已得到临床共识。其杀灭肿瘤细胞的原理包括:①直接作用: ^{125}I 粒子在体内的衰变过程可产生一定量的 γ 射线,对癌细胞 DNA 的杀伤作用能够阻断癌细胞的复制、诱导其凋亡过程,且可通过抑制蛋白分子的合成,影响癌细胞的代谢、增殖;②间接作用。 ^{125}I 粒子体内衰变除产生 γ 射线外,还可产生 X 射线,其继发电子和水分子作用能够产生活性自由基,对癌细胞 DNA 再次造成损伤,进一步阻断繁殖、诱导凋亡。可以发现, ^{125}I 粒子内放射治疗具有较强的靶向性,较常规外放射治疗具有对正常组织损伤小、作用持续时间长等特点,在控制肿瘤的复发转移方面发挥了优秀的作用。然而,关于 ^{125}I 粒子体内植入内放射对患者免疫功能的影响鲜有研究。机体的抗肿瘤机制包括细胞免疫以及体液免疫,其中,细胞免疫是该机制中最为重要的环节,因此,过往研究多围绕患者细胞免疫的变化开展研究,并认为 CD4/CD8 比值失衡是导致患者免疫监视功能下降的重要原因,与本研究结论一致。体液免疫是 B 淋巴细胞产生抗体、保护机体的过程,对于患者免疫功能的保证也发挥了重要作用。一般而言,行外

科手术、化疗治疗后,机体创伤及药物刺激均可导致免疫功能下降,而机体的自我恢复功能有限,因此,及时、有效地平衡患者的免疫功能是改善其预后的重要手段。 ^{125}I 粒子体内植入内放射治疗 3 周后,患者细胞免疫功能显著恢复,其 IgG 亦得到了明显改善,其机制可能为机体细胞免疫功能的恢复使得 Th 细胞活性增强,对 B 淋巴细胞的活化起到了促进作用,从而使得抗体水平升高,IgG 恢复正常。IgG 是血清中抗体的重要组成部分,可占血清 Ig 的 70% 以上,其水平的升高对患者免疫功能的恢复有着重要意义,有助于促进患者生活质量的提高、预后的改善,并有利于预防感染等不良反应。

综上所述, ^{125}I 粒子体内植入内放射治疗能够显著改善结直肠癌患者术后细胞免疫功能,并促进其 IgG 水平的提高,对提高患者预后、改善其生活质量均具有重要意义。

参考文献:

- [1] Sermeus A, Leonard W, Engels B, et al. Advances in radiotherapy and targeted therapies for rectal cancer[J]. World journal of gastroenterology: WJG, 2014, 20(1): 1.
- [2] 李彦, 李晓刚, 李波, 等. ^{125}I 粒子体内植入内放射治疗 70 岁及以上结直肠癌患者临床分析[J]. 中华老年医学杂志, 2013, 32(11):1218-1220.

(上接第 60 页)

酸、吸附消除胆汁酸等方面作用明显^[5]。本研究中,观察组的治疗总有效率为 97.8%,对照组的治疗总有效率为 73.9%,差异有统计学意义($P < 0.05$),数据说明,两种药物联用,临床治疗效果更显著,且两组患者治疗过程中不良反应对比无统计学差异($P > 0.05$),数据说明,两种药物联用,不会增加显著不良反应,临床用药安全性高。

综上所述,铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡,治疗效果显著,且用药安全,值得在临床上推广使用。

参考文献:

- [1] 肖湧, 张洪. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的临床分析[J]. 心理医生, 2016, 22(25):196-198.
- [2] 李洪伟. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的临床分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(4):82.
- [3] 雷德. 雷贝拉唑联合瑞巴派特治疗 Hp 感染活动期胃溃疡的效果观察[J]. 中国医药指南, 2015, 13(34):173.
- [4] 何琦. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的临床分析[J]. 中外医学研究, 2017, 15(23):133-135.
- [5] 张传扬. 抗生素联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的疗效观察[J]. 转化医学电子杂志, 2015, 2(4):32-34.

(上接第 61 页)

[2] 雒荣昌, 袁西岐, 周世超等. L 型锁定钢板加植骨微创疗法用于 II 型及 III 型胫骨 Pilon 骨折治疗临床疗效评价[J]. 中国实用医药, 2016, 11(20):90-92.

[3] 周勃志. 克氏针软骨下排钉辅助支撑在复杂胫骨 Pilon

骨折治疗中的应用探讨[J]. 医学信息, 2015, 28(04):235-236.

[4] 李宗高. 两种不同固定方式在胫骨 Pilon 骨折治疗中的应用价值比较[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 07(04):64-64, 65.

[5] 李贝, 区广鹏, 黄瑞良等. 小腿前外侧单切口在胫骨 Pilon 骨折治疗中的应用[J]. 实用骨科杂志, 2013, 19(03):267-269.

(上接第 62 页)

进一步准确判断膀胱功能和前列腺增生梗阻程度。

临床手术治疗后,前列腺增生患者多存在术后恢复不满意现象,发生原因较为复杂,临床处理较为困难。而进行尿动力学检查可提供可靠的参考依据。若患者术后仍然存在排尿困难,经尿流速检查明确病因,通过膀胱功能训练后,获得满意的疗效。而术后出现尿失禁患者,主要分为膀胱压过高、尿道压过低、膀胱压高合并尿道压低。临床患者术后如果不能查明尿失禁原因,盲目给予抑制逼尿肌收缩药物治疗或进行盆底肌锻炼治疗,不仅无效,而且会加重尿潴留和膀胱高压,引起逼尿肌和上尿路功能损害。而进行尿动力学检查可明确发病原因,为临床治疗提供参考。由此,良性前列腺增生患者手术前后进行尿动力学检查,对术前确定膀胱出口梗阻、明确诊断、确定梗阻部位和程度、评价逼尿肌功能、术后评价疗效以及治疗并发症均具有重要的价值,可作为临床良性前列腺增生围手术期的重要检查。

总之,良性前列腺增生患者手术前后进行尿动力学检查,对治疗、疗效评定、并发症处理等具有至关重要的作用,值得临床推广和应用。

参考文献:

- [1] 颜海标, 莫曾南, 黄伟华, 等. 尿动力学对症状性前列腺增生的临床诊疗价值探讨[J]. 吉林医学, 2015, 34(25):5104-5105.
- [2] 肖辉. 尿流动力学在前列腺增生症的临床应用[J]. 特别健康: 下, 2015, (11):67-68.
- [3] 曲树新, 刘洋, 王长林, 等. 尿动力学检查对良性前列腺增生症患者诊治意义[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2014, 48(4):335-337.
- [4] 文建国, 朱文. 动态尿动力学检查的临床应用进展[J]. 中华泌尿外科杂志, 2016, 34(4):317-320.
- [5] 贾利民, 张晨光, 王艳凤. 尿动力学检测在前列腺增生患者中的意义[J]. 中国性科学, 2014, 23(4):62-64.