

泮托拉唑和奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效对比分析

张彩霞

河北省邯郸市峰峰矿区新坡镇卫生院 056200

【摘要】目的 对比胃溃疡患者采用泮托拉唑、奥美拉唑治疗的临床效果。**方法** 此次选择2017年1月-2019年1月于我院接受治疗的胃溃疡患者84例作为观察目标,根据入院时间先后分为观察组与对照组,对照组采用口服奥美拉唑治疗,观察组采用口服泮托拉唑治疗,比较临床总有效率,记录并计算各组患者胃溃疡复发概率及彻底清除幽门螺杆菌概率。**结果** 观察组患者治疗总有效率高于对照组,同时溃疡复发率较对照组相比更低,彻底清除幽门螺杆菌概率更好($p < 0.05$)。**结论** 胃溃疡患者采用泮托拉唑治疗效果更佳,可有效清除幽门螺杆菌,预防疾病复发,安全性好,值得推广应用。

【关键词】 泮托拉唑; 奥美拉唑; 胃溃疡; 疗效

【中图分类号】 R573.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2019) 06-006-02

胃溃疡属于临床十分常见的一种慢性病症,对患者的日常生活及身心健康均造成不良影响。伴随着生活质量的提高,人们的饮食习惯出现了较大的改变,从而导致胃溃疡的患病率也呈逐年升高的趋势。当前临床治疗该疾病多以药物治疗为主,选用药物种类包括抗菌药物、抑酸药物、胃黏膜保护剂等,但是效果一般,且患者长时间服用易出现腹痛、腹泻等不良反应,甚至可能造成黑便、呕血问题,不利于病情的治疗^[1]。因而,找寻一种安全、有效的胃溃疡治疗药物成为了亟待探究的问题。本文以2017.1-2019.1我院收治84例胃溃疡患者为例,对比泮托拉唑、奥美拉唑的疗效,具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次选择2017年1月-2019年1月于我院接受治疗的胃溃疡患者84例作为观察目标,根据入院时间先后分为观察组与对照组,对照组共计患者42例,包括男性患者20例,女性患者22例,最小年龄21岁,最大年龄68岁,平均年龄(41.1±1.6)岁,病程时间短则3个月,长则5年,平均病程(1.3±0.5)年。观察组共计患者42例,包括男性21例,女性21例,最小年龄22岁,最大年龄67岁,平均年龄(1.2±1.5)岁,病程时间短则4个月,长则4.5年,平均病程(1.2±0.7)年。两组患者基础资料经统计软件验证结果显示无明显差异($p > 0.05$),可用于对比研究。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准: (1) 全体患者经临床诊断均已确诊患胃溃疡疾病,符合相关诊断标准; (2) 全体患者均自愿参与此次研究; (3) 全体患者年龄均在21岁-86岁范围之内。

排除标准: (1) 排除合并其他胃部疾病的患者; (2) 排除对此次治疗药物过敏的患者; (3) 排除不愿参与本次研究的患者。

1.3 方法

对照组患者采用口服奥美拉唑治疗,奥美拉唑(生产厂商:山西云鹏制药有限公司,批准文号:国药准字H20123239)用量用法具体为:每日1片,每日1次,如患者症状较严重可适量增加1片,以温开水整片吞服,切勿压碎或拒绝。若患者吞咽较困难,可将其分散于水内,30min内饮下。

观察组患者采用口服泮托拉唑治疗,泮托拉唑(生产厂商:辽宁诺维诺制药股份有限公司,批准文号:国药准字H20059067)用量用法具体为:每日清晨餐前1片,每日1次,温水吞服。

1.4 观察指标

比较两组患者治疗总有效率。康复:患者经治疗后症状表现彻底消失,经诊断胃溃疡处彻底痊愈,无水肿情况;好转:患者经治疗后症状表现有所改善,经诊断胃溃疡处愈合面积超过50%;无效:患者经治疗后症状表现未达理想效果,经诊断胃溃疡处愈合面积不足50%。总有效率=康复率+好转率。统计并计算各组患者胃溃疡复发概率、彻底清除幽门螺杆菌概率。

1.5 统计学分析

选用SPSS19.0统计专用处理软件对此次结果进行分析,以%表示计数资料,通过卡方值验证,组间差异通过p值验证, $p < 0.05$ 表示差异存在明显统计学意义。

2 结果

2.1 治疗总效果比较

观察组患者此次治疗总有效率明显优于对照组($p < 0.05$),见表1。

表1: 治疗总效果比较

名称	例数	康复	好转	无效	总有效率
观察组	42	24	17	1	41 (97.62)
对照组	42	14	19	9	33 (78.57)
χ^2					7.26
P值					< 0.05

2.2 胃溃疡复发率、彻底清除幽门螺杆菌率比较

一段时间后,观察组患者胃溃疡复发概率明显低于对照组,彻底清除幽门螺杆菌概率较对照组相比更高($p < 0.05$),见表2。

表2: 胃溃疡复发率、彻底清除幽门螺杆菌率比较

名称	例数	胃溃疡复发率	彻底清除幽门螺杆菌率
观察组	42	2 (4.76)	38 (90.48)
对照组	42	15 (35.71)	30 (71.43)
χ^2		12.46	4.94
P值		< 0.05	< 0.05

3 讨论

胃溃疡是最常见的消化道疾病之一,目前医学界还未对该病发病机制做出统一的解释,但根据现代研究显示,当胃内胃酸分泌过量时就会对胃黏膜产生刺激,从而引发病症,同时病菌感染也会使胃黏膜自我保护功能下降,使得胃酸突破屏障造成对胃壁的伤害,遗传因素、用药不当等同样会刺激胃黏膜的稳定。治疗该病症时通常选择质子泵抑制剂类药物,其对于胃酸的分泌有较强的抑制作用,可有效保护黏膜组织,还可以促进局部血小板的凝集,对已破损的胃黏膜形成保护

(下转第8页)

见表2。

表2: 两组患者治疗后并发症发生率比较(例, %)

组别	例数	恶心、呕吐	呼吸限制	皮肤瘙痒	尿潴留	发生率
对照组	78	7 (9.0)	3 (3.9)	6 (7.7)	3 (3.9)	24.4%
研究组	78	3 (3.9)	2 (2.6)	2 (2.6)	1 (1.3)	10.3%
χ^2	/	5.457	4.212	4.852	4.624	6.112
P	/	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

在我国因老年人的人口基数逐年上升, 各大医院的临床接诊量也相应增加, 尤其以老年患者居多, 因此给予骨科老年患者手术时, 麻醉医生处理的数量不断增加^[4]。影响骨科老年患者术后血流动力学稳定平衡以及功能恢复的主要因素便是术后疼痛。给予其有效的镇痛处理以及治疗能明显降低术后的疼痛程度以及应激反应, 但一定程度上会致使并发症的产生, 因此单纯采用阿片类药物行术后镇痛, 会受到一定的限制^[5]。而随着新型药物的研发应用, 麻醉医生同样在解除患者术后疼痛的道路上不断探索新的组合方式, 以期能进一步缓解其机体的疼痛程度以及不良反应。因老年患者自身机体免疫能力较低, 围术期的疼痛程度较大, 疼痛严重时危及患者生命安全^[6]。因此在临床治疗中以阿片类镇痛药以及非甾体类抗炎药相联合的方式进行镇痛治疗, 但应用阿片类镇痛催眠药物不良反应较为严重, 从而影响患者术后的康复^[7]。

帕瑞昔布钠为选择性 COX-2 抑制剂, 能有效阻止 AA (花生四烯酸) 向前列腺素转化, 发挥镇痛抗炎的功效, 但抑制环氧酶-1 (COX-1) 的作用较弱, 从而使得机体的凝血功能以及消化道黏膜的完整性得以很好的维持, 以免阿片类药物对消化道产生不良作用^[8]。本次研究组主要探究帕瑞昔布钠用于老年人下肢骨科手术后镇痛的效果, 疗效显著, 研究结果显示: 研究组 T1、T2、T3 的疼痛评分情况低于对照组 ($P < 0.05$), 研究组 T0、T4 与对照组相比无明显可比差异 ($P > 0.05$), 研究组治疗后并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结果提示: 帕瑞昔布钠能显著降低老年患者的疼痛程度, 在镇痛的同时缓解患者机体内的炎症反应, 降低并发症的发生, 从而促使患者尽快康复, 因此本研究证实帕瑞昔

布钠在骨科术后的镇痛效果较好。

综上所述, 本次研究取得的临床疗效显著, 帕瑞昔布钠能明显缓解老年患者的疼痛程度, 并降低并发症的发生率, 以此改善老年患者预后的生活质量, 值得在临床中应用推广。

参考文献

- [1] 刘佩佩, 高巍, 周小红, et al. 帕瑞昔布钠联合地佐辛超前镇痛对下肢骨折手术后镇痛和应激反应的影响 [J]. 重庆医学, 2019, 48(03):135-137.
- [2] 张见岗, 倪坤, 侯百灵, 等. 老年患者下肢骨折术后住院期间心脑血管事件及 1 年内死亡的危险因素分析 [J]. 中华麻醉学杂志, 2018, 38(3):266.
- [3] 黄松, 华福洲, 张静, et al. 乌司他丁复合帕瑞昔布钠对老年患者髌关节置换术后早期细胞免疫及认知功能的影响 [J]. 临床麻醉学杂志, 2017, 33(4):321-325.
- [4] 张辉, 陈俊, 陈帅, et al. 帕瑞昔布钠不同给药时机对 THA 患者超前镇痛的效果分析 [J]. 重庆医学, 2017, 42(18):53-54+57.
- [5] 刘丝濛, 岳云. 短效氯胺酮和长效帕瑞昔布钠预先镇痛效果的比较 [J]. 中华医学杂志, 2018, 98(48):3930-3935.
- [6] 潘春英, 许旭东, 张爱萍, 等. 关节腔内注射不同浓度右美托咪定复合罗哌卡因对老年骨科患者膝关节镜术后镇痛效果 [J]. 实用医学杂志, 2018, 34(10):130-132.
- [7] 闫彩云, 徐惠青, 徐璟琦, 等. 氟比洛芬酯超前镇痛对下肢骨科手术老年患者术后认知功能及白细胞水平的影响 [J]. 广东医学, 2017, 38(6):952-954.
- [8] 孙成飞. 帕瑞昔布钠超前镇痛对老年患者全麻术后认知功能及炎症因子的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 23(02):98-100.

(上接第 6 页)

并止血, 从而提升胃黏膜组织的愈合速度^[2]。

奥美拉唑属于弱碱性的质子泵抑制剂, 其具有很强的脂溶性, 能够在胃内快速扩散到病灶位置, 对溃疡病灶形成有效的覆盖和保护。该药物还能作用于胃壁组织的细胞, 对其质子泵的功能产生抑制作用, 药物有效成分还可以与巯基进行结合, 从而抑制胃酸的过度分泌, 从两方面保障胃溃疡的治疗。泮托拉唑同样属于质子泵抑制剂, 但其具有不可逆的特征和优势, 且对胃酸分泌的抑制作用要强于奥美拉唑, 将其与抗生素类药物联用能够有效抑制幽门螺杆菌的感染症状。当泮托拉唑进入胃内后, 受胃酸的作用而转变为环吡磺胺, 该物质能够与质子泵巯基当中的共价键形成特异性的结合作用, 从而抑制质子泵本身的功能^[3]。泮托拉唑的稳定性也相对较高, 通常在弱酸、中性等环境当中很难发挥药效, 而在

中高酸性环境当中会被彻底激活, 极适用于胃酸分泌过多引发的疾病的治疗。同时泮托拉唑并不会对干细胞色素 P450 的功能构成抑制, 服用后虽然患者会出现偶发性的头晕腹泻, 但相对安全性要高于奥美拉唑, 临床应用的限制性大幅降低, 使得其成为治疗胃溃疡的常用药物。

总之, 胃溃疡患者采用泮托拉唑治疗效果更佳, 可有效清除幽门螺杆菌, 预防疾病复发, 安全性好, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 钟浩海. 78 例泮托拉唑和奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效对比分析 [J]. 养生保健指南, 2019, (39):237.
- [2] 孙大军. 泮托拉唑和奥美拉唑治疗胃溃疡的临床疗效研究 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(19):101.
- [3] 张能斌, 陈侃. 奥美拉唑与兰索拉唑和泮托拉唑治疗胃炎胃溃疡的疗效 [J]. 当代医学, 2019, 25(17):30-32.