

消化酶制剂治疗消化不良的效果分析

韦学敏

昆明理工大学医学部 650500

〔摘要〕目的：探讨消化酶制剂治疗消化不良的效果。方法：采集本院 2021 年 4 月至 2023 年 6 月期间接收的 82 例消化不良患者案例，依据情况分为传统组与优化组各 41 例，传统组运用多潘立酮治疗，优化组运用消化酶制剂治疗，分析不同用药后患者治疗疗效、症状改善情况。结果：优化组治疗总有效率为 95.12%，传统组为 78.05% ($p < 0.05$)；优化组在早饱、腹部不适、嗝气反酸、恶心呕吐等症状评分上，优化组各项明显低于传统组 ($p < 0.05$)。结论：消化酶制剂治疗消化不良，可以有效地提升治疗疗效，患者症状改善明显，整体恢复情况更好。

〔关键词〕消化酶制剂；消化不良；效果

〔中图分类号〕R975 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2024) 02-044-02

消化不良是一种常见的消化系统问题，其实际用药情况会根据患者的具体症状、病因和医生的建议而有所不同。以下是一些常见的用药选择和相关的治疗争议。常见的用药选择上，抑酸药如质子泵抑制剂 (PPIs) 和 H₂ 受体拮抗剂。这些药物可以减少胃酸的分泌，从而减轻胃酸对胃黏膜的刺激，缓解消化不良的症状。常见的 PPIs 有奥美拉唑、兰索拉唑等，H₂ 受体拮抗剂有法莫替丁、雷尼替丁等。促动力药如多潘立酮、莫沙必利等。这些药物可以增加胃肠道的蠕动，帮助消化和排空，从而缓解消化不良的症状。消化酶如胰酶、胃蛋白酶等。这些药物可以帮助分解食物，促进消化，对于因消化酶分泌不足引起的消化不良有较好的疗效。虽然抑酸药可以有效地缓解消化不良的症状，但长期使用可能会增加患者患骨折、肠道感染等疾病的风险。因此，医生需要权衡利弊，为患者制定合适的用药方案。一些促动力药可能会增加患者患心律失常的风险。因此，在使用这些药物时，医生需要密切关注患者的心电图变化，及时发现并处理潜在的心律失常风险。消化酶的使用时机和剂量对于治疗效果有很大影响。如果剂量不足或用药时机不当，可能会影响治疗效果。因此，医生需要根据患者的具体情况调整用药剂量和用药时间。本文采集 82 例消化不良患者案例，分析运用消化酶制剂治疗后的效果，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2021 年 4 月至 2023 年 6 月期间接收的 82 例消化不良患者案例，依据情况分为传统组与优化组各 41 例。传统组中，男：女=24：17；年龄从 21-69 岁，平均 (43.82±4.71) 岁；优化组中，男：女=22：19；年龄从 22-67 岁，平均 (44.16±3.87) 岁；两组患者在基本年龄、性别与病情等信息方面，不存在明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

传统组运用多潘立酮治疗，每天 3 次口服用药，持续 2 周用药；优化组运用消化酶制剂治疗，餐后半小时进行复方消化酶胶囊口服用药，每次 2 粒，每天 3 次，持续 2 周用药。

1.3 评估观察

分析不同用药后患者治疗疗效、症状改善情况。症状观察主要集中在早饱、腹部不适、嗝气反酸、恶心呕吐等评分，评分越低情况越好。治疗疗效主要集中在显效、有效以及无效。

治疗总有效率为显效率与有效率的集合。显效：患者的消化不良症状得到明显缓解或完全消失，且症状改善持续时间较长，通常超过 4 周。此外，患者的生活质量也得到显著提高，可以正常进食，无需避免某些食物，且没有明显的不适感。有效：患者的消化不良症状有所缓解，但改善程度不如显效那么明显。症状改善持续时间较短，可能在 2-4 周之间。患者的生活质量也有所提高，但仍需要避免某些食物或注意饮食习惯，以避免症状复发。无效：患者的消化不良症状没有得到明显改善，或者症状改善持续时间很短，甚至出现了恶化的情况。患者的生活质量没有得到显著提高，仍需要频繁就医或使用药物来缓解症状。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 n(%) 表示，采用卡方检验，计量资料运用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验， $P < 0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗疗效情况分析

见表 1 所示，优化组治疗总有效率为 95.12%，传统组为 78.05% ($p < 0.05$)。

表 1 患者治疗疗效评估结果 [n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率
优化组	41	25 (60.98)	14 (34.15)	2 (4.88)	95.12%
传统组	41	14 (34.15)	18 (43.91)	9 (21.95)	78.05%

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 各组患者症状评分情况

见表 2，优化组在早饱、腹部不适、嗝气反酸、恶心呕吐等症状评分上，优化组各项明显低于传统组 ($p < 0.05$)。

表 2 各组患者症状评分结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	早饱	恶心呕吐	嗝气反酸	腹部不适
优化组	1.18±0.24	0.94±0.34	1.08±0.36	1.03±0.25
传统组	1.45±0.29	1.25±0.67	1.52±0.48	1.41±0.39

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

消化酶制剂的作用原理是补充人体所需的消化酶，帮助分解食物中的蛋白质、碳水化合物和脂肪等营养物质，从而促进食物的消化和吸收。这对于那些因为消化酶分泌不足或

(下转第 47 页)

不良反应发生率为 7.69%；对照组患者出现胃肠道不适 1 例，干咳 1 例，不良反应发生率为 5.26%；两组患者不良反应发生率对比差异不明显 ($P > 0.05$)。经过积极治疗，观察组患者显效 16 例，有效 20 例，无效 3 例，治疗总有效率为 92.31%；对照组患者显效 10 例，有效 20 例，无效 8 例，治疗总有效率为 78.95%；观察组患者的治疗总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者接受治疗后心功能指标对比

组别	例数	LVEF	LVESD	LVEDD
观察组	39	38.5±1.9	53.4±3.3	63.2±4.8
		52.6±3.5	36.5±2.8	46.7±3.4
对照组	38	37.7±2.7	53.2±3.2	63.5±4.6
		44.8±3.8	44.4±2.9	55.7±3.7

3 讨论

高血压是以动脉压明显升高为主要表现的疾病，也是临床心血管发病率偏高的疾病之一，具有进展缓慢且病程漫长的特点^[2]。高血压容易造成心功能不全，心力衰竭是高血压容易诱发的常见并发症，特别是其中的老年患者，由于其体质、脏器功能本就偏弱，而机体因长期的处血压异常状态，心脏随之也长期的处于负荷加重的状态，导致左室心肌变厚且充盈压上升，促进了血浆中的儿茶酚胺被大量的释放引起心肌细胞死亡与心室重构，最终引发心力衰竭^[3]。而且老年原发性高血压合并心力衰竭患者的危险系数更高，稍有不慎，随时都有危及生命的可能。因此，帮助老年原发性高血压合并心力衰竭患者选择合理的药物，积极治疗，有效控制血压并抑制心肌被重塑为治疗的重点。本次研究中采用贝那普利联合美托洛尔治疗老年原发性高血压合并心力衰竭，其中美托洛尔为临床应用广泛的 B 受体阻滞类药物，半衰期较长，

能够达 20h，被认为是心力衰竭治疗的有效药物，药物进入机体后能够选择性的对 β 受体进行阻断，使交感神经的活性降低，促进迷走神经的张力增加，减轻局部血管的阻力，进而发挥其延缓房室传导时间、降低心率、抑制心收缩的功效^[4]。贝那普利对机体自主神经的调节方面和美托洛尔对比作用稍弱，但其药力能够在机体中转换成贝那利拉，对心功能的改善和运动能力的提高具有积极和明显促进的效用，还能够有效减轻机体因血管舒张导致的心率增快状况。从降压特点这方面对比两种药物的作用，贝那普利的作用相对单一，美托洛尔可从多方面对机体的交感神经生成直接或者间接的作用，固效果相对突出^[5]。而联合应用两种药物，能够产生较理想的协同降压作用。本文研究显示，观察组患者在接受治疗后的血压水平明显低于对照组；观察组患者在接受治疗后心功能相关指标均明显优于对照组；观察组患者的治疗总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。说明贝那普利联合美托洛尔治疗老年原发性高血压合并心力衰竭的治疗效果显著，能够帮助患者有效控制血压，促进心功能改善。

[参考文献]

- [1] 黄永健, 吴伟军. 贝那普利联合美托洛尔治疗扩张型心肌病心力衰竭的临床观察 [J]. 当代医学, 2023(2):39-40.
- [2] 李新明. 依那普利联合美托洛尔治疗慢性充血性心力衰竭的临床研究 [J]. 中国医药指南, 2022, 15(4):61-62.
- [3] 姚红军. 贝那普利联合美托洛尔治疗慢性充血性心力衰竭的疗效评估 [J]. 中国医药指南, 2021, 17(12):162-163.
- [4] 黄永健, 吴伟军. 贝那普利联合美托洛尔治疗扩张型心肌病心力衰竭的临床观察 [J]. 当代医学, 2023(2):39-40.
- [5] 陈志华. 贝那普利联合氯氯地平治疗原发性高血压的临床研究 [J]. 当代医学, 2022, 18(2):13.

(上接第 44 页)

消化酶活性降低而导致的消化不良患者来说，具有直接的治疗效果^[1]。消化酶制剂能够缓解胃部不适、胀气、腹泻等症状，改善消化系统功能，并且对于早饱、腹部不适、嗝气反酸、恶心呕吐等症状也有明显的改善作用。而多潘立酮则是一种促动力药，主要通过增加胃肠平滑肌的张力和蠕动来促进胃排空，从而缓解消化不良的症状。它对于以胃肠动力障碍为主要表现的患者可能更为有效^[2]。在实际应用中，消化酶制剂相比多潘立酮可能具有更好的治疗效果，这可能与以下原因有关：消化酶制剂能够直接补充人体所需的消化酶，针对消化不良的病因进行治疗，而不仅仅是通过促进胃排空来缓解症状^[3]。因此，它对于改善消化不良的整体状况可能更为有效。消化酶制剂的副作用相对较少，长期使用安全性较高。相比之下，多潘立酮可能会引起一些副作用，如胃肠道反应、心律失常等，需要在使用时格外注意。消化酶制剂适用于不同类型的消化不良患者，包括那些由于消化酶分泌不足或消

化酶活性降低而导致的消化不良患者。而多潘立酮则主要适用于以胃肠动力障碍为主要表现的患者。

总而言之，消化酶制剂在治疗消化不良方面相比多潘立酮可能具有更好的治疗效果和更少的副作用。它能够通过补充人体所需的消化酶来促进食物的消化和吸收，从而缓解消化不良的症状。同时，消化酶制剂适用于不同类型的消化不良患者，具有更广泛的应用范围。

[参考文献]

- [1] 刘俊杰. 消化酶制剂治疗消化不良的疗效观察 [J]. 饮食保健, 2021(9):24.
- [2] 刘雅玲. 益生菌制剂联合复方消化酶治疗小儿功能性消化不良的效果和安全性 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2023, 23(67):85-89.
- [3] 张会涛. 不同类型消化酶制剂在消化不良治疗中的临床应用效果 [J]. 健康女性, 2021(43):133.

(上接第 45 页)

者围手术期麻醉采用右美托咪定复合异丙酚和瑞芬太尼进行麻醉，提高患者的麻醉效果。

综上所述，右美托咪定复合异丙酚和瑞芬太尼治疗重度烧伤患者可以明显降低围手术期麻醉中后两者的靶控浓度以及拔管应激反应，安全有效，可在临床麻醉中应用。

[参考文献]

- [1] 贾晓鹏, 马盼盼, 顾世召等. 右美托咪定复合异丙酚

和瑞芬太尼在重度烧伤患者围手术期麻醉中的应用 [J]. 中华烧伤杂志, 2022, 32(11):692-694.

[2] 曹波, 赵明, 陈盼等. 右美托咪啶复合七氟烷喉罩全麻在切痂植皮术中的临床应用 [J]. 江苏大学学报 (医学版), 2023, 23(6):544-546.

[3] 朱志鹏, 周红梅, 张才军等. 右美托咪定复合氯胺酮全麻运用于烧伤患者削痂植皮术的可行性 [J]. 中华全科医学, 2023, 12(3):362-364.