

艾司奥美拉唑标准剂量间歇给药治疗消化性溃疡的疗效及安全性

刘安全

山东阳光融和医院 消化内科 山东 潍坊 261000

【摘要】目的：研究艾司奥美拉唑按标准剂量间歇给药治疗消化性溃疡的临床疗效和安全性。**方法：**选择 2019 年 3 月至 2020 年 1 月我院收治的 70 例消化性胃溃疡引起的出血患者进行研究，利用随机分组的方法将其分成对照组和观察组，每组各 35 例。对照组选择艾司奥美拉唑持续泵治疗，观察组选择艾司奥美拉唑按标准剂量间歇性给药，比较两组治疗后止血期时间与住院期治疗时间，分析 30d 再出血发生率与 24h 胃内 pH 值。**结果：**观察组的止血时间和住院期限与对照组相比并没有太大的差异，这种差别不具备统计学的意义 ($P>0.05$)。观察组 pH 值达到 4.0 时所需要食物消化时间和 pH 值达到 6.0 时所需食物消化时间的明显高于对照组， P 值小于 0.05；但 24h 胃内 pH 值并没有显著地出现较大的差异，两组的数据不存在任何统计学的意义 ($P>0.05$)。**结论：**艾司奥美拉唑标准剂量间歇用药与持续用药治疗相比，两者在治疗消化性溃疡中的临床效果和安全性未见明显差异，但是能使胃内 pH 值保持在较高的数值，临床中应当予以重视。

【关键词】艾司奥美拉唑；标准剂量；间歇给药；消化性溃疡

【中图分类号】R656.6+2

【文献标识码】A

【文章编号】1674-1412(2021)26-0069-02

消化性胃溃疡是在我国临床中较为常见的一种消化系统型疾病，主要原因就是由于胃肠道中幽门螺旋杆菌的感染和胃酸分泌增多等原因造成的十二指肠或者胃黏膜组织损伤，从而诱发该类慢性疾病^[1]。如果患者在胃黏膜受损期间伴有呕血等症状，就很容易引起上消化道内部出血情况发生。根据国内外相关报道指出，如果该疾病的平均出血量较高就会在很大程度上降低有效循环总血量，甚至直接威胁到患者的人身生命安全，其死亡率可以达到 10% 左右。基于此，本文主要对艾司奥美拉唑按照标准剂量进行间歇性给药和治疗消化性溃疡的临床效果和安全性进行研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 3 月至 2020 年 1 月我所收治的 70 例消化性胃溃疡大量出血的患者，随机划分为观察组和对照组，每组 35 例。对照组男 19 例，女 16 例，年龄集中在 35~56 岁，平均年龄 (43.54±5.12) 岁；胃溃疡 16 例，十二指肠 11 例，复合型溃疡 8 例。观察组男 17 例，女 18 例，年龄集中在 37~58 岁，平均年龄 (44.56±5.18) 岁；胃溃疡 15 例，十二指肠 13 例，复合型溃疡 7 例。两组的一般资料相比未发现较大差异，差异不存在统计学研究意义 ($P>0.05$)。本次研究由患者自愿参与，患者及其家属知情并签订知情同意书。

1.2 方法

两组都采用禁食、胃肠减压和液体复苏方式进行治疗，同时给予内镜下止血治疗：在病灶出血部位利用去甲肾上腺素进行喷洒，将血止住后在使用 PPI 进行治疗；对于大出血患者合并休克、血红蛋白持续下降或者小于 70g/L 时应当及时进行输血。对照组给予艾司奥美拉唑（正大晴天药业集团股份有限公司，40mg/支）的持续泵注，首次以 80mg 的药物剂量进行注射，之后维持时间一般以 8mg/h，持续泵注 72 小时。观察组给予艾司奥美拉唑按照标准药物剂量间歇性静脉注射，将 40mg 的药品与 100ml 生理盐水一起进行充分稀释，确保在 1h 之内完成注射，12 小时注射一次，持续时间约为 5 天。

1.3 观察指标

对两组患者的止血治疗时间和住院治疗时间并分别进行详细的记录，同时计算出 30d 再次出血率。利用 pH 动态检测仪分别记录两组患者治疗后 24h 胃内 pH 值到达 4.0 和 6.0 所需要的时间。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件对数据进行分析 and 处理，计量结果以 (平均值 ± 标准差) 表示，采用 t 检验；计数资料以 (n, %) 表示，采用 χ^2 进行检验， P 值小于 0.05，表示差异具有一定的统计学价值。

2 结果

2.1 两组患者止血时间、住院时间、30d 再出血率比较

根据研究数据得出，两组的止血时间、住院时间、30d 再出血率比较，差异不存在统计学研究意义， P 值大于 0.05，详情见表 1。

表 1 两组患者止血时间、住院时间、30d 再出血率比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	止血时间 (h)	住院时间 (d)	30d 再出血率 [n(%)]
对照组	35	35.06±5.14	6.64±2.26	3 (7.69)
观察组	35	34.12±4.91	6.36±2.12	2 (5.13)
t/χ^2	-	3.746	0.517	0.215
P	-	0.513	0.605	0.643

2.2 两组患者治疗后胃内 pH 值比较

根据研究数据得出，观察组 pH 值达到 4.0 和 6.0 时所需时间的明显高于对照组， P 值小于 0.05；但是 24h 胃内 pH 值并没有出现较大差异，两组数据不存在统计学意义， P 值大于 0.05。

表 2 两组患者治疗后胃内 pH 值比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	pH 值达到 4.0 时所需时间 (min)	pH 值达到 6.0 时所需时间 (min)	24h 胃内 pH 值
对照组	35	31.18±4.56	48.25±4.91	6.27±0.56
观察组	35	34.47±5.65	52.23±5.48	6.26±0.54
t/χ^2	-	2.853	3.421	0.463
P	-	0.004	0.002	0.062

3 探讨

现阶段，医疗技术的不断深入研究和发 展，幽门螺旋杆菌感染得到了一定的有效治疗，有效降低了其感染率，消化性溃疡的发生率也呈现出逐渐下降的状态，但仍然存在一定数量的患者患有这种疾病，一般人群终生患病的比例高达 5%~10%。现阶段，使用药物治疗消化性溃疡已经成为临床治疗中的主要方法和手段，药物治疗可以在一定程度上抑制胃酸分泌^[2]。

本次研究中，对照组采用了艾司奥美拉唑大剂量持续治疗的用药，观察组采用了艾司奥美拉唑标准剂量的间歇性治疗。根据研究结果表明，两组患者的止血时间、住院期和治疗时间、30d 的再出血发生率均没有较大的差异，观察组 pH 值分别达到 4.0 和 6.0 时所需治疗时间的明显比对照组高， P 值明显小于 0.05；但 24h 胃内的 pH 值并没有显著地出现较大的差异， P 值大于 0.05。

综上所述，艾司奥美拉唑标准剂量间歇用药与大剂量持续用药治疗相比，在临床中的治疗效果不相上下，安全性也未存在明显的差异，但是胃内 pH 的数值较高，值得在临床中推广与应用。

(下转第 81 页)

(上接第61页)

3 结论

综上所述,西医临床诊疗支气管哮喘病的新方法具有一定的治疗效果,说明西医逐渐认识到支气管哮喘病的根源病所在。而在临床实际治疗中,大多是采用中西医结合的方法治疗支气管哮喘病。因为患者的哮喘病成因非常复杂,并不单纯是因为炎症引起的。环境因素和遗传因素是导致哮喘病的两大主要原因,所以基因治疗也逐渐成为治疗哮喘病的思考途径。而中医的调养方法对于长期治疗支气管哮喘病也有突出的效果,所以最新的西医诊疗哮喘病方法,也逐渐向中

西结合治疗转变。

参考文献

[1] 常兴,张恬,隋雨言,张庆祥.支气管哮喘病理机制研究及中西医结合临床治疗进展[J].山东中医药大学学报,2018,42(03):272-275.

[2] 胡日强.探讨中西医结合在哮喘病中的治疗作用[J].内蒙古中医药,2015,34(06):63-64.

[3] 张洪祥,李波.浅谈哮喘病的中西医病理机制[J].临床医药文献电子杂志,2014,1(05):718-719.

(上接第67页)

[3] 赵静.盐酸氨溴索注射液辅助治疗小儿支气管肺炎的疗效评价[J].中国实用医药,2020,15(8):110-112.

[4] 刘本玉,李华,李泉泉.盐酸氨溴索治疗小儿支气管肺

炎的临床分析[J].中国继续医学教育,2020,12(2):118-120.

[5] 程青,麦瑞林,姚慧梅.盐酸氨溴索注射液在小儿支气管肺炎中的治疗效果[J].实用医技杂志,2019,26(12):1591-1592.

(上接第69页)

参考文献

[1] 殷美静,方宝娣,韦蕊萍,韦婉茹,丁新爱,谢婧.艾司奥美拉唑标准剂量间歇给药治疗消化性溃疡的疗效及安全观

察[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(09):1007-1010.

[2] 陈明,易小玉.艾司奥美拉唑标准剂量间歇给药对消化性溃疡患者胃内pH值的影响[J].药品评价,2021,18(08):480-482.

(上接第73页)

[2] 曹刚.依达拉奉联合丁苯酞软胶囊治疗方案在脑梗塞患者中的疗效与应用研究[J].系统医学,2020,5(18):10-12.

[3] 姚奇标.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉用于临床治疗脑梗死的疗效分析[J].中国医药科学,2020,10(06):50-52.

[4] 田威娜.依达拉奉联合丁苯酞软胶囊治疗脑梗塞的效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(01):73.

[5] 王兆春.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉治疗脑梗塞的效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(82):157-158.

[6] 盛延生,陈冬冬.丁苯酞软胶囊联合依达拉奉用于临床治疗脑梗塞的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(66):223+225.

(上接第78页)

产的风险^[9]。因而,需要对孕妇进行孕期知识和定期产检的重要性普及。

综上所述,对226例早产案例的分析探究可知道早产的原因包括感染胎盘异常、宫颈因素、胎位因素、子宫异常、合并并发症及不明原因等,都对早产有很大的影响。早产的相关因素有年龄过小或过大、不良怀孕生产史和不定期产检。孕妇应重视孕期的保健及产检,减少早产的风险。

参考文献

[1] 仁青格玛.早产相关因素分析与护理讨论[J].长寿,2020(7):240-241.

[2] 廖茵.早产病因及早产儿预后相关因素分析[J].现代养生(下半月版),2019(5):67-68.

[3] 马丽丽.早产儿高胆红素血症与围产期危险因素的相关

原因分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(23):77.

[4] 张伟华.妇产科临床早产危险因素分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(8):39,47.

[5] 任丽杰,刘倩,夏春玲,等.早产原因相关研究热点的文献计量学分析[J].国际生殖健康/计划生育杂志,2020,39(2):126-130.

[6] 戴钟英.早产及早产病因[J].实用妇产科杂志,1998(03):117-119.

[7] 谭晓燕,谭玲,熊辉,等.57例早产病因与新生儿结局分析[J].中国妇幼保健,2006,021(004):494-495.

[8] 张艳波.早产病因的分析与防治[J].中国妇幼保健,2010(02):284-285.

[9] 叶圣,汤艳婷,魏春晖.早产儿1192例早产原因及并发症分析[J].中外医学研究,2017.

(上接第82页)

($P<0.05$)。研究组患者CD3+、CD4+、CD4+/CD8+水平显著高于对照组,CD8+水平显著低于对照组, $P<0.05$,表明,风险护理有利于提升临床治疗效果。

综上所述,风险护理能提高患者免疫因子水平,提升临床治疗效果。

参考文献

[1] 王俊.风险护理在泮托拉唑钠联合血液滤过治疗重症急性胰腺炎护理中的应用及对患者血清hs-CRP水平的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(24):4163-4166.

[2] 赵振中,赵春燕,华益波等.前列地尔对急性胰腺炎患者胰腺微循环障碍的影响[J].中华胰腺病杂志,2019,19(3):202-204.