

[文章编号] 1007-0893(2023)20-0114-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.20.035

艾司奥美拉唑、兰索拉唑与泮托拉唑 治疗胃炎胃溃疡的效果分析

吴佳玉 张正伟

(郑州大学附属洛阳中心医院, 河南 洛阳 471000)

[摘要] 目的: 对胃炎胃溃疡患者采用艾司奥美拉唑、兰索拉唑与泮托拉唑治疗的临床效果进行探讨。方法: 选取2021年12月至2022年12月郑州大学附属洛阳中心医院收治的90例胃炎胃溃疡患者作为研究对象, 随机分为A组、B组及C组, 各30例。A组采用艾司奥美拉唑治疗, B组采用兰索拉唑治疗, C组采用泮托拉唑治疗。比较三组患者临床疗效、临床症状缓解率、不良反应发生率。结果: 三组患者临床疗效比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。A组反酸嗝气缓解率高于B组及C组, B组腹痛缓解率高于A组及C组, C组腹胀缓解率高于A组及B组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。三组厌食缓解率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。A组不良反应总发生率低于B组及C组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。B组及C组不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 胃炎胃溃疡患者可供选择的药物较多, 采用艾司奥美拉唑、兰索拉唑与泮托拉唑等药物治疗均可达到满意的治疗效果, 艾司奥美拉唑的安全性较强, 兰索拉唑与泮托拉唑缓解个别症状的效果较好, 临床可根据患者实际情况选择以上药物, 以改善患者预后。

[关键词] 胃炎; 胃溃疡; 艾司奥美拉唑; 兰索拉唑; 泮托拉唑

[中图分类号] R 573.1; R 573.3 **[文献标识码]** B

胃炎、胃溃疡均属于消化系统常见病及多发病, 患者以胃痛、反酸、腹胀及嗝气等临床症状为主, 该种疾病迁延难愈, 导致患者生活质量下降, 可能引发胃穿孔、出血等情况, 甚至引发消化系统癌变。临床研究发现, 幽门螺杆菌感染、胃酸、胃排空延迟、胆汁反流及遗传等因素与疾病的发生存在关联, 而幽门螺杆菌感染是导致疾病发生及病情加重的重要因素^[1], 再加上抗菌药物滥用及外部环境的改变, 使得幽门螺杆菌根除难度较大。而幽门螺杆菌感染可引发局部炎症及免疫反应, 增加降钙素原及胃泌素的分泌, 使得胃黏膜炎症加重。临床治疗以抑制胃酸分泌、保护胃黏膜为主, 抑制疾病进一步发展, 使得患者临床症状得以改善。质子泵抑制剂作为此类疾病常用药物, 可有效抑制胃酸分泌, 使得胃内酸碱水平得以调节, 促使患者症状得以改善^[2]。艾司奥美拉唑、兰索拉唑与泮托拉唑为临床常用的质子泵抑制剂, 均可起到良好的治疗效果, 有研究显示^[3], 以上药物疗效相当, 但艾司奥美拉唑安全性更高, 在肾脏及肝脏的代谢轻微, 兰索拉唑改善患者腹痛效果更显著, 而泮托拉唑缓解患者腹胀效果更显著。也有研究显示^[4], 艾司奥美拉唑改善患者反酸嗝气效果显著, 且安全性更高, 而泮托拉唑在清除幽门螺杆菌方面效果更显著。可见以

上药物在缓解患者个别症状方面及安全性方面有着显著差异。鉴于此, 本研究选取90例胃炎胃溃疡患者作为研究对象, 探讨艾司奥美拉唑、兰索拉唑与泮托拉唑的治疗效果, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年12月至2022年12月郑州大学附属洛阳中心医院收治的90例胃炎胃溃疡患者作为研究对象, 随机分为A组、B组及C组, 各30例。A组男性10例, 女性20例; 年龄25~77岁, 平均(45.34±5.43)岁; 病程1~10年, 平均(5.23±1.23)年; 慢性胃炎20例, 慢性胃溃疡10例。B组男性9例, 女性21例; 年龄23~78岁, 平均(46.12±5.38)岁; 病程1~9年, 平均(5.18±1.25)年; 慢性胃炎18例, 慢性胃溃疡12例。C组男性11例, 女性19例; 年龄24~76岁, 平均(45.57±5.41)岁; 病程1~9年, 平均(5.15±1.21)年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准(20220034)。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 符合《消化性溃疡病诊断与

[收稿日期] 2023-08-14

[作者简介] 吴佳玉, 女, 主管药师, 主要研究方向是临床药学。

治疗规范》^[5] 中胃炎胃溃疡的诊断标准；（2）幽门螺杆菌检测结果为阳性；（3）入院前 1 周末接受其他药物治疗；（4）依从性良好；（5）患者知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 （1）有胃肠手术史；（2）合并严重器质性疾病；（3）合并其他胃肠道疾病或胃癌；（4）心、肝、肾功能不全或者患有严重疾病者；（5）伴有胃穿孔、出血或幽门梗阻等严重并发症者；（6）对本研究所用药物过敏；（7）哺乳期、妊娠期女性；（8）临床资料不全。

1.3 方法

三组患者均接受常规治疗，口服阿莫西林（上海新亚药业闵行有限公司，国药准字 H31021076）实施抗菌治疗，每日 2 次，每次 1 g；口服克拉霉素（山西好医生药业有限公司，国药准字 H20093257）清除幽门螺杆菌，每日 3 次，每次 0.1 g；口服胶体酒石酸铋（山西新宝源制药有限公司，国药准字 H20059772）保护胃黏膜，每日 4 次，每次 165 mg，分别于 3 餐前 1 h 及临睡时服用。A 组口服艾司奥美拉唑（正大天晴药业集团股份有限公司，国药准字 H20213071）治疗，每日 1 次，每次 40 mg；B 组口服兰索拉唑（华润双鹤利民药业有限公司，国药准字 H20093543）治疗，每日 1 次，每次 30 mg；C 组口服泮托拉唑（湖南九典制药股份有限公司，国药准字 H20093501）治疗，每日 1 次，每次 40 mg，早餐前口服。三组患者的治疗周期均为 6 周。

1.4 观察指标

观察三组患者临床症状缓解情况、临床疗效、不良反应发生情况。（1）临床症状缓解情况。包括反酸暖气、腹痛、腹胀及厌食等的缓解情况。（2）临床疗效。通过患者临床症状及胃镜检查结果判断疾病治疗效果，其中治愈指患者各项临床症状全部消失，且经过胃镜检查显示溃疡愈合；有效指患者各项临床症状有所改善，且经过胃镜检查显示溃疡面缩小 50% 以上；无效指患者各项临床症状治疗后未见改善，胃镜检查结果也显示溃疡未愈合，甚至加重。总有效率 = (治愈 + 有效) / 总例数 × 100%。（3）不良反应。记录患者出现腹泻、恶心、皮疹、过敏、头痛头晕等不良反应发生情况。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者临床疗效比较

三组患者临床疗效比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1。

表 1 三组患者临床疗效比较 [n = 30, n(%)]

组别	治愈	有效	无效	总有效
A 组	21(70.00)	6(20.00)	3(10.00)	27(90.00)
B 组	20(66.67)	6(20.00)	4(13.33)	26(86.67)
C 组	21(70.00)	4(13.33)	5(16.67)	25(83.33)

注：A—艾司奥美拉唑；B—兰索拉唑；C—泮托拉唑。

2.2 三组患者临床症状缓解情况比较

A 组反酸暖气缓解率高于 B 组及 C 组，B 组腹痛缓解率高于 A 组及 C 组，C 组腹胀缓解率高于 A 组及 B 组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。三组厌食缓解率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 2。

表 2 三组患者临床症状缓解情况比较 [n = 30, n(%)]

组别	反酸暖气	腹痛	腹胀	厌食
A 组	25(83.33)	21(70.00)	20(66.67)	22(73.33)
B 组	14(46.67) ^a	26(86.67) ^a	19(63.33)	21(70.00)
C 组	14(46.67) ^a	20(66.67) ^b	27(90.00) ^{ab}	23(76.67)

注：A—艾司奥美拉唑；B—兰索拉唑；C—泮托拉唑。与 A 组比较，^a*P* < 0.05；与 B 组比较，^b*P* < 0.05；与 C 组比较，^c*P* < 0.05。

2.3 三组患者不良反应发生情况比较

A 组不良反应总发生率低于 B 组及 C 组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。B 组及 C 组不良反应总发生率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 3。

表 3 三组患者不良反应发生情况比较 [n = 30, n(%)]

组别	腹泻	恶心	皮疹	过敏	头痛头晕	总发生
A 组	0(0.00)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.33)	2(6.67) ^d
B 组	2(6.67)	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	3(10.00)	8(26.67)
C 组	3(10.00)	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)	2(6.67)	9(30.00)

注：A—艾司奥美拉唑；B—兰索拉唑；C—泮托拉唑。与 A 组比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

胃炎是由多种原因导致的胃黏膜炎症，多数患者伴有腹痛及腹胀等症状，部分患者伴有暖气及反酸等症状，随着病情的加重，以上症状加重，如治疗不及时会诱发贫血及厌食，对患者健康水平产生负面影响。胃炎患者多合并胃溃疡，患者腹痛及厌食症状加重，疾病发病初期，可见明显的胃黏膜上皮损伤，随着病程的发展，炎症反应加重。临床治疗以缓解患者症状，根除病因，促进溃疡面愈合为主，以减少疾病复发。控制患者过度分泌的胃酸，可提高胃黏膜保护效果，因此给予胃黏膜保护及抗菌药物治疗的同时，还要给予抑酸药物治疗，以提高治疗效果。

临床可供选择的药物较多，质子泵抑制剂是临床常见的抑酸药物，抑制作用显著，且作用时间长，治疗胃炎胃溃疡效果显著，其可减少胃酸分泌。胃酸主要通过

胃壁质子泵驱动细胞的 H^+ 和 K^+ 的交换而分泌, 质子泵抑制剂可中断此通道, 起到抑制 K^+ -腺苷三磷酸(adenosine triphosphate, ATP) 酶和 H^+ 的效果, 进而抑制胃酸形成, 促进溃疡创面愈合^[6]。(1) 艾司奥美拉唑作为一种抑酸药, 属于质子泵抑制剂类药物, 在临床使用范围广泛, 其成分是埃索美拉唑镁, 常用于治疗胃食管反流性疾病, 糜烂性反流性食管炎的治疗, 可通过抑制壁细胞分泌 H^+ 的最后环节 H^+/K^+ -ATP 酶而减少胃酸的分泌^[7]。其为奥美拉唑的 S- 异构体, 通过特异性的靶向作用机制进而减少胃酸的分泌, 对基础胃酸和刺激胃酸分泌的行为均产生抑制^[8]。服药后约 1~2 h 血浆浓度达到高峰, 其完全经细胞色素酶 P450 酶系统代谢, 对肝脏及肾脏的影响小, 安全性高^[9]。(2) 兰索拉唑为第二代质子泵类抑制剂, 是国际指南推荐的用于治疗胃溃疡的药物, 其生物利用度及亲脂性高, 甚至优于奥美拉唑, 可在短时间内发挥药效, 能较好抑制幽门螺杆菌, 使幽门螺杆菌得以根除^[10]。该种药物通过血液吸收后重新分布到肾小管, 使得胃壁细胞内 H^+-K^+ -ATP 酶的活性得以抑制, 抑制胃壁细胞中的 H^+ 转运到胃内, 进而起到抑制胃酸的作用^[11]。

(3) 泮托拉唑为第三代质子泵抑制剂, 其离解常数较高, 通过抑制 H^+ 的分泌, 进而阻断胃酸分泌^[12], 与以上 2 种药物的效果相当, 但该种药物特异性更高, 可持续发挥抑酸作用, 稳定性高, 对其他药物代谢影响小, 可加速溃疡愈合^[13]。本研究结果显示, 三组患者临床疗效比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。A 组反酸嗝气缓解率高于 B 组及 C 组, B 组腹痛缓解率高于 A 组及 C 组, C 组腹胀缓解率高于 A 组及 B 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。三组厌食缓解率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 可见以上三种药物效果相当, 但艾司奥美拉唑缓解反酸嗝气效果更显著, 兰索拉唑缓解腹痛效果更显著, 泮托拉唑缓解腹胀效果更显著, 这与陈艳玲学者^[14]的研究结果相一致。此外, 本研究结果显示, A 组不良反应总发生率低于 B 组及 C 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。B 组及 C 组不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 这与寇艳平^[15]学者的研究结果存在一致性, 可见艾司奥美拉唑的安全性高于其他两种药物, 在保证治疗效果的同时, 最大程度减少不良反应, 可作为临床首选药物。

综上所述, 胃炎胃溃疡患者可供选择的药物较多, 采用艾司奥美拉唑、兰索拉唑与泮托拉唑等药物治疗均可达到满意的治疗效果, 然而艾司奥美拉唑的安全性

较强, 兰索拉唑与泮托拉唑缓解个别症状的效果较好, 临床可根据患者实际情况选择以上药物, 以改善患者预后。

[参考文献]

- [1] 胡艺, 刘菲, 袁颖华, 等. 质子泵抑制剂兰索拉唑和奥美拉唑对胃溃疡患者 MDA, SOD 及 NO 的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2017, 17 (17): 3274-3277.
- [2] 刘平. 三种不同药物治疗胃溃疡的临床效果分析 [J]. 四川解剖学杂志, 2019, 27 (4): 24-25.
- [3] 刘颖, 高药. 奥美拉唑与兰索拉唑治疗慢性胃炎、胃溃疡患者的疗效及对血清 PCT、GAS 水平的影响 [J]. 医学临床研究, 2022, 39 (4): 565-567, 571.
- [4] 林志勇, 薛鹏星, 叶李仙. 艾司奥美拉唑联合伊索拉定治疗幽门螺杆菌阴性的老年慢性胃溃疡的疗效 [J]. 临床合理用药, 2023, 16 (6): 81-84.
- [5] 袁耀宗. 消化性溃疡病诊断与治疗规范 [J]. 全科医学临床与教育, 2014, 12 (3): 243-246.
- [6] 李训光, 李红. 兰索拉唑治疗消化性溃疡的疗效及对血清 $IFN-\gamma$ 、IL-2、IL-5 水平的影响 [J]. 检验医学与临床, 2020, 17 (21): 3208-3211.
- [7] 张涛, 马苗苗, 赵欣, 等. 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 (1): 25-33, 59.
- [8] 田懋泓, 卢惠伦, 蓝显明. 奥美拉唑与埃索美拉唑治疗胃溃疡患者的疗效分析 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (6): 956-958.
- [9] 刘俊杰, 陈宏超. 雷贝拉唑、兰索拉唑及奥美拉唑联合治疗幽门螺旋杆菌感染胃溃疡患者的临床价值分析 [J]. 四川解剖学杂志, 2019, 27 (3): 20-21.
- [10] 刘林, 庄敦民. 理气和胃方联合泮托拉唑治疗胃溃疡临床疗效及对血清学指标的影响 [J]. 湖北中医药大学学报, 2022, 24 (4): 64-66.
- [11] 张佳林. 奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎合并胃溃疡的价值 [J]. 中国医药指南, 2023, 21 (20): 43-46.
- [12] 黄运梅. 分析胃炎并胃溃疡患者采用奥美拉唑联合阿莫西林治疗的临床效果 [J]. 中国社区医师, 2021, 37 (24): 71-72.
- [13] 韩士刚. 奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡的价值 [J]. 中国医药指南, 2021, 19 (9): 69-70.
- [14] 陈艳玲. 奥美拉唑、兰索拉唑与泮托拉唑治疗胃炎胃溃疡的效果及安全性 [J]. 医学信息, 2022, 35 (10): 134-136.
- [15] 寇艳平. 奥美拉唑、兰索拉唑和泮托拉唑治疗胃炎胃溃疡的效果分析 [J]. 中国现代药物应用, 2020, 14 (23): 125-127.