

# 分析慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗效果

蔡小萍

青海红十字医院 青海 西宁 810000

**摘要：**目的：探讨消化内科治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法：选取本院自2020年5月到2022年10月间住院的100名慢性萎缩性胃炎患者，采用果胶铋+阿莫西林+克拉霉素三联疗法进行临床观察。对照组50例，观察组50例，均给予替普瑞酮，并与其他两组比较。对两组患者的治疗效果进行对比分析。结果：观察组Hp感染转阴率（96.00%）显著提高对照组（86.00%），疾病复发率（2.00%）显著降低对照组（12.00%）（ $P < 0.05$ ），观察组总有效率（98.00%）明显高于对照组（86.00%）（ $P > 0.05$ ）。两组患者24 h尿中的蛋白质含量和24 h血浆中的蛋白质含量均未见显著性变化（ $P > 0.05$ ），24 h尿中的蛋白质含量也未见显著性变化（ $P > 0.05$ ）。观察组的各时间点蛋白含量明显大于对照组（ $P < 0.05$ ），恶心、腹胀和呕吐的恢复时间明显小于对照组（ $P < 0.05$ ）。目的：在传统疗法基础上加用替普瑞酮治疗慢性萎缩性胃炎疗效确切，可推广应用。

**关键词：**慢性萎缩性胃炎；替普瑞酮；临床疗效

## 引言

慢性萎缩性胃炎（CAG）是一种以胃粘膜显著萎缩为特征的消化系统慢性疾病，按类型可分为多灶性萎缩和自身免疫性疾病两种。CAG的发病机制较为复杂，多见于动脉粥样硬化、胃血流减少、营养不规律、烟酒成瘾等。上述不良生活方式是造成胃粘膜萎缩的主要因素。需要指出的是，Hp感染也是CAG疾病发展过程中不可忽视的主要因素，因此在临床治疗中促进Hp的负性转化也是治疗过程中的一个重要目标。由于CAG患者的临床症状较不典型，因此当疾病处于轻度形式时更容易发现。如果病情严重，会引起胃出血，是导致胃癌的重要原因。如果患者延误治疗或没有接受专业治疗，规范化、规范化的治疗会导致疾病进展快，病程更重。那么治疗CAG主要选择西药，例如：甲硝唑、阿莫西林、克拉霉素等。应根据患者病情和体质的变化来决定合适药物的选择和耐受性。那么在接下来的研究中，我们招募了100名CAG患者作为相关研究活动的受试者<sup>[1]</sup>。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究对象选取自2020年5月到2022年10月期间收治的100名慢性萎缩性胃炎患者作为实验对象。对照组中，男性和女性的配比为23：27，女平均年龄（54.6±3.1）岁，发病时间为（3.8±0.7）年。观察组男女比例为28：22，患者的平均年龄为（55.3±2.9）岁，发病时间为（3.9±0.8）年。两组患者的基本情况均未

见明显差别， $P > 0.05$ ，有一定的可比性。纳入标准：

（1）有慢性萎缩性胃炎的临床确诊；（2）严格按照规定处理的；（3）对此项研究有充分了解且成功签订了《医生协议》的患者。排除标准：（1）严重胃粘膜癌受试者；（2）重度脏器损害患者；（3）不愿参与试验的患者<sup>[2]</sup>。

### 1.2 方法

（1）对照组接受消化内科三联抗菌治疗。果胶铋（4克）+阿莫西林（1000毫克）+克拉霉素（500毫克）主要用于适当治疗，频率为每天一次，口服，疗程为7天。治疗期间如出现反流、腹部肿胀等症状，可在睡前服用奥美拉唑20mg/次，多潘立酮10mg/次，每日3次，饭前30分钟服用<sup>[3-4]</sup>。

（2）观察组在消化内科接受三联抗菌治疗+替普瑞酮。与对照组一起进行三重抗菌治疗。在此基础上加用锥培酮50mg，饭前30分钟口服，一日3次。总共使用了7天的治疗<sup>[5-6]</sup>。

### 1.3 观察指标

（1）比较两组Hp阴转率及复发率。（2）比较两组的总有效率。显效：胃黏膜形态异常，胃镜检查多项症状恢复正常；有效：胃黏膜形态异常和胃镜检查发现的许多症状得到改善；无效：胃黏膜形态异常，部分胃镜检查症状体征不消退。（3）比较两组患者的24小时尿蛋白和24小时血浆蛋白。（4）比较两组恶心、腹胀、呕吐等症状改善时间<sup>[7-8]</sup>。

### 1.4 统计学方法

测试结果导入SPSS22.0软件进行数据分析。计数资料以百分比表示，采用 $\chi^2$ 检验。测量数据用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，用 $t$ 检验完成，表达式为。 $P < 0.05$ 被认为具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者Hp转阴率、疾病复发率比较

观察组Hp转阴率(96.00%)高于对照组(86.00%)，疾病复发率(2.00%)低于对照组(12.00%) ( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 两组患者Hp转阴率、疾病复发率比较[n(%)]

组别	例数	Hp转阴	疾病复发
观察组	50	48 (96.00)	1 (2.00)
对照组	50	43 (86.00)	6 (12.00)
$\chi^2$		9.0167	6.4052
$P$		0.0026	0.0113

### 2.2 两组患者治疗总有效率比较

观察组治疗总有效率(98.00%)高于对照组(86.00%) ( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 两组患者治疗总有效率比较[n, (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	27 (54.00)	22 (44.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
对照组	50	23 (46.00)	20 (40.00)	7 (14.00)	43 (86.00)
$\chi^2$					6.6667
$P$					0.0098

### 2.3 两组患者24小时尿蛋白量、24小时血浆蛋白数量比较

治疗前，观察组24小时尿蛋白量、24小时血浆蛋白

数量同对照组比较，未呈现出明显差异 ( $P > 0.05$ )；治疗后，观察组24小时尿蛋白量、24小时血浆蛋白数量均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组患者24h尿蛋白量、24h血浆蛋白数量比较 (mmol/L, )

组别	例数	24h尿蛋白量		24h血浆蛋白数量	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	6.13±2.52	2.02±0.05	21.13±3.05	36.19±2.02
对照组	50	4.33±2.57	2.03±0.07	21.18±3.09	27.29±2.18
$t$		0.6367	2.7391	0.0630	16.4021
$P$		0.5268	0.0082	0.9499	0.0000

### 2.4 两组患者恶心改善时间、腹胀改善时间、呕吐改善时间比较

观察组恶心改善时间、腹胀改善时间、呕吐改善时

间均短于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 两组患者恶心改善时间、腹胀改善时间、呕吐改善时间比较 (d,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	恶心改善时间	腹胀改善时间	呕吐改善时间
观察组	50	3.59±1.02	3.02±0.29	2.79±0.52
对照组	50	5.39±1.13	5.89±0.45	4.98±0.28
$t$		6.4765	29.3632	20.3103
$P$		0.0000	0.0000	0.0000

## 3 讨论

慢性萎缩性胃炎是一种比较常见的疾病，主要表现为：胃粘膜上皮和腺体都开始萎缩，并且数目减少，胃粘膜的厚度变薄，并且还会伴有幽门腺和肠腺的化生，或者有不典型增生，这是一种慢性消化系统疾病。主要表现为上腹疼痛、腹胀、嗝气、食欲下降、贫血等。它是由幽门螺杆菌感染、饮食习惯不良、胆汁与十二指肠液反流等引起的，也有可能引起癌症。可以看出，这种疾病对患者的身体健康造成了很大的损害，对患者的

正常生活和工作造成了很大的干扰，对患者的生命质量造成了很大的影响。因此，选择一种疗效明显，能够加速患者康复的方法就变得十分关键了<sup>[8-9]</sup>。

通过比较和分析，我们可以看出，在消化内科中，慢性萎缩性胃炎的发生率很高，患上该病后，患者常常会表现出胃粘膜固有腺体萎缩，而且在胃粘膜的某些部位，腺体萎缩比较明显。目前，慢性萎缩性胃炎最多见于老年人，其产生的主要原因是由于人们生活水平的提高，生活习惯的改变，使人们的饮食结构发生了显著的

改变,从而造成了该疾病的发患者群呈现出了年轻化的趋势,因此,临床医师更加重视该疾病。目前,在临床上,慢性萎缩性胃炎常被认为是一种良性病变,若患者在发病后不及时处理,将会使其进一步加重,严重时还会对身体造成危害。

通过观察我们发现,许多慢性萎缩性胃炎患者中都有Hp感染,因此,我们必须重视Hp的防治。慢性萎缩性胃炎的传统治疗一般采用三联抗菌疗法,配合某些药物,虽然对Hp有一定的清除作用,但晚期的复发几率也比较大。三种治疗方式联合使用,并对患者的生活、饮食等进行了详细的指导,帮助患者最大限度地修复受损的胃粘膜,最大限度地起到临床治疗的效果。

奥美拉唑三联疗法是以奥美拉唑三联疗法治疗为主,但疗效并不理想,因此,临床应用主要是雷贝拉唑三联疗法。在常规的治疗方法中,奥美拉唑的抗性会越来越强,所以到了后面,患者的疗效会越来越低。雷贝拉唑是一种具有最大限度抑制K-H-ATPase活性的质子泵抑制剂,其作用机制为:通过阻断K-H-ATPase活性,加速HP生成,降低HP生成速率,降低HP生成速率,并与阿莫西林、克拉霉素联合应用,发挥增效效应,显著提升HP生成速率。而且,这种方法比奥美拉唑三种方法要安全的多,而且副作用也要小,使得患者更为容易接受<sup>[10-11]</sup>。

从本试验的结果来看,观察组Hp转阴率(96.00%)高于对照组(86.00%),疾病复发率(2.00%)低于对照组(12.00%)( $P < 0.05$ )观察组总有效率(98.00%)高于对照组(86.00%)( $P < 0.05$ )。观察组治疗前24小时尿蛋白量、24小时血浆蛋白量与对照组比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),24小时尿蛋白比较差异无统计学意义。治疗后体积和24小时尿蛋白含量( $P > 0.05$ )。每小时蛋白量观察组血浆蛋白量高于对照组( $P < 0.05$ ),恶心、腹胀、呕吐恢复时间观察组较对照组短对照组( $P < 0.05$ )。因此,与常规奥美拉唑三联相比,雷贝拉唑三联能明显改善患者的疗效,减少患者发生不良反应的可能性,是一种更加安全和高效的治疗方法。

#### 4 结束语

总之,在临床上,使用三联抗菌素与替普瑞酮相结合的方式,可以明显地改善幽门螺杆菌感染的转阴率和治疗效果,并能有效地减少病情的复发。24小时尿液中蛋白质含量降低,24小时血中蛋白质含量升高;对改善恶心、腹胀和呕吐的时间有较大的帮助作用,是一种有较好疗效的方法,具有较高的临床价值和实用价值。

#### 参考文献

- [1]郑佳,金波.42例慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗体会[J].中外女性健康(下半月),2020,22(7):113-113,121.
- [2]孙萍,王海静.试论慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗的观察[J].饮食保健,2020,27(16):30-31.
- [3]徐秀芬,梁军涛.对慢性萎缩性胃炎患者进行消化内科规范性治疗的效果[J].健康之路,2022(07):9-10.
- [4]赵晶凤,吴英,王秀艳,等.养胃颗粒联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的疗效及对血清GAS、ET和PGs的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2020,(8).640-644.
- [5]刘明明.探讨慢性萎缩性胃炎的消化内科规范性治疗的效果[J].世界最新医学信息文摘,2020,16(46):77+80.
- [6]陈德良.对慢性萎缩性胃炎患者进行消化内科规范性治疗的效果研究[J].当代医学,2020,22(06):130-131.
- [7]林保华.慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗探究[J].世界最新医学信息文摘,2020,19(10):77-78.
- [8]刘彬.探究慢性萎缩性胃炎的消化内科临床规范治疗效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,6(9):29,31.
- [9]郭佳贺.对慢性萎缩性胃炎患者的危险因素及其临床治疗效果分析[J].智慧健康,2020,5(26):63-65.
- [10]杨征.慢性萎缩性胃炎消化内科治疗的效果分析[J].临床合理用药杂志,2020,7(9):92-93.
- [11]陈倩.氟哌噻吨美利曲辛联合雷贝拉唑治疗反流性食管炎效果[J].中国继续医学教育,2020,11(24):120-122.