

慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗分析

姬彩云

平泉市疾病预防控制中心 河北 承德 067500

摘要: **目的:** 剖析消化内科慢性萎缩性胃炎的临床治疗。**方法:** 此次科学研究挑选2021年5月至2022年5月来医院治疗慢性萎缩性胃炎的患者80例。按在线匹配将患者分成观察组与对照组, 每一组40例, 对照组按基本治疗方式治疗, 观察组到基本上治疗方式情况下三联疗法治疗, 患者治疗2星期过后, 2组患者治疗总有效率, 治疗后血清蛋白GAS和ET水平以及HP转阴率与复发率。**结果:** 观察组患者治疗总有效率97.50% (39/40), 显著高于对照组97.50% (39/40) (数据和信息行小组之间较为差别有统计意义 ($\chi^2 = 11.977, P < 0.05$); 观察组治疗前血清蛋白GAS和ET水平与对照组较为, 差别无统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组治疗后血清蛋白GAS高过对照组, ET水准低于对照组, 差别有统计意义 ($P < 0.05$); 对照组、观察组患者HP变阴率更高, 与此同时复发性减少, 组间差异有统计意义 (转阴率 $\chi^2 = 4.336$; 复发率 $\chi^2 = 5.263, P < 0.05$)。**结论:** 基本上治疗再加普瑞酮治疗慢性萎缩性胃炎功效显著, 值得推广。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 替普瑞酮; 临床疗效

引言

慢性萎缩性胃炎是消化内科临床医学常见病, 其发病机理为胃黏膜萎缩造成非萎缩性胃炎。病理特征渐行性胃腺体遗失和肠化生。慢性萎缩性胃炎患者的临床症状主要包括上腹部疼痛或上腹严重不适感。与此同时, 患者很容易出现腹胀、嗝气、恶心干呕、重度贫血、困乏等各类副作用, 假如治疗不太好, 很有可能产生, 严重危害患者日常生活与工作, 不利于自己的身体健康。因而, 医护人员应该给患者选择适合的治疗方式来治疗慢性萎缩性胃炎。在以往治疗中, 大部分临床医学应用奥美拉唑三联疗法治疗慢性萎缩性胃炎患者, 实际效果并不是很好^[1-2]。因而, 文中选用三联疗法治疗慢性萎缩性胃炎患者, 并试图证明其使用价值。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次实验以2021年5月至2022年5月来医院医治慢性萎缩性胃炎的80名患者为研究主体, 全部患者选用在线匹配方式分成对照组和观察组, 每一组共40例。其中, 对照组内, 男16例, 女24例, 年纪23~75岁, 均值(44.83±9.95)岁, 患者病情3月~12年, 均值(5.84±2.02)年, 患者病情如下所示: 轻度萎缩患者21例, 轻中度萎缩患者18例, 中重度萎缩患者1例。患者病情为4月11年, 平均值(5.96±1.89)年轻度萎缩患者20例, 轻中度萎缩患者18例, 中重度萎缩患者2例。2组患者在年纪、病情和病情程度上差别无统计学意义($P > 0.05$), 具备对比性。

1.2 方法

据统计, 2组患者全部采用奥美拉唑三联疗法, 三联

疗法协同奥美拉唑、阿奇霉素、阿莫西林胶囊。使用量为奥美拉唑20 mg, 每日2次, 阿奇霉素1.0 g, 每日2次, 阿莫西林胶囊0.5 g, 每日2次。饭前服用奥美拉唑, 餐后服用阿莫西林胶囊和阿奇霉素, 持续用药1月^[3-4]。

观察组选用雷贝拉唑三联疗法。雷贝拉唑三联疗法就是指雷贝拉唑、阿奇霉素和阿莫西林胶囊。雷贝拉唑使用量为10 mg, 每日2次, 阿奇霉素为1.0 g, 每日2次, 阿莫西林胶囊为0.5 g, 每日2次。有关服用时长, 雷贝拉唑在患者饮食搭配前服用, 餐后服用阿莫西林胶囊和克拉霉素, 持续吃药一个月。治疗结束后, 全部试验者都要接受胃镜检查, 以鉴别患者的治疗结果^[5-6]。

1.3 观察指标

对2组的效果作出评价: 治疗后患者临床症状及体征消散或基本上消散, 胃镜检查提醒黏膜炎症反映消散, 胃粘膜血出色; 与治疗前对比, 临床症状及体征比较大, 胃镜检查提醒红白色胃黏膜间有合理性; 临床表现为间断性, 胃镜检查提示: 无改进者为不成功, 总有效率与总有效率紧密结合。选用酶联免疫吸附法测定血清蛋白胃泌素(GAS)和内皮素(ET)水准, 治疗后GAS和ET水准明显改善。记录2组患者的HP变阴率(尿素酶和病理检查均为阴性), 记录2组患者半年左右的发作状况^[7]。

1.4 统计学方法

本试验的所有数据用SPSS 18.0展开分析。其中计量资料选 χ^2 检测, 用(%)表明, 计数资料用($\bar{x} \pm s$)表明, 用t检验, 以 $P < 0.05$ 表明组间差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 疗效情况

观察组患者的治疗总有效率为97.50% (39/40), 显著高于对照组的77.50% (31/40), 数据行组间比对差异有统计学意义 ($\chi^2 = 11.977, P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗总有效率对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	25 (62.50)	14 (35.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	20 (50.00)	11 (27.50)	9 (22.50)	31 (77.5)
χ^2 值					11.977
P值					< 0.05

2.2 血清GAS与ET水平

观察组治疗前的血清GAS与ET水平与对照组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 观察组治疗后的血清

GAS高于对照组, ET水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表2。

表2 两组患者血清GAS与ET水平对比[$(\bar{x} \pm s)$, g/L]

组别	例数	GAS		ET	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	103.4±11.5	182.6±13.7	88.5±7.6	61.2±5.3
对照组	40	104.1±11.7	145.9±12.8	88.3±7.9	73.4±6.5

2.3 HP转阴率及复发率

对照组40例患者中共有30例患者的HP转阴, 转阴率为75.0% (30/40); 观察组40例患者中共有37例患者的HP转阴, 转阴率为92.5% (37/40); 同时, 经随访结果可知, 对照组中共有4例患者复发, 复发率为10.0% (4/40), 观察组中并无患者复发。经比较, 相较于对照组, 观察组患者的HP转阴率明显更高, 同时复发率更低, 组间差异有统计学意义 (转阴率 $\chi^2 = 4.336$; 复发率 $\chi^2 = 5.263, P < 0.05$)。

对照组40例患者中, HP转阴率为75.0%(30/40)。观察组37例患者HP转阴率为92.5%(37/40)。此外, 随诊结果对照组有4例, 复发率为10.0%(4/40)。观察组无患者。与对照组对比, 观察组HP转阴率显著比较高, 而复发率降低, 2组差别有统计意义(转阴率 $\chi^2 = 4.336$; 复发率 $\chi^2 = 5.263, P < 0.05$)。

3 讨论

3.1 慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎是一种慢性消化系统疾病, 病因多, 包含幽门螺杆菌感染、免疫能力要素、身体素质、遗传等, 再加上大吃大喝、嗜酒等不良的生活习惯, 极易导致病情恶化, 多发生于中老年。该病并没有特异性, 且临床表现和病损水准不一致, 确诊需行胃镜检查、胃黏膜或者个人病理检查。在消化内科病症中, 胃炎是常见疾病。慢性萎缩性胃炎是胃部炎症的常见疾病。该类病症患者, 胃功能出现异常可导致肠胃阻碍(恶心想吐、腹部疼痛等), 胃溃疡出血、胃病等并发症, 发

病率高, 易发病。是临床医学专业治疗中治疗时间久、病况较痛苦的疾病类型。疏忽治疗, 很有可能危害患者身体健康和生活质量, 甚至引起病损, 严重威胁患者生命安全。

3.2 慢性萎缩性胃炎常规治疗方法

开展慢性萎缩性胃炎的最基本治疗, 一般需要依据患者状况找到适合自己的药物, 制定有目的性的吃药计划方案。其中雷贝拉唑是治疗慢性萎缩性胃炎最常见的药物, 进一步降低胃酸的分泌方面有着明显效果。

3.3 慢性萎缩性胃炎消化内科治疗效果

消化内科治疗不但选用基本上品质方法, 并且充分选用一个新的治疗方法, 对慢性萎缩性胃炎开展消化内科治疗, 与常规治疗方法较为, 实际效果更突出, 实际操作过程如下所示。(1)基础治疗: 依据患者状况制定相应的膳食计划, 尽量减少蛋白质高膳食纤维化学物质在体内的消化, 严格把控盐份摄入量。不可以吃具有强烈刺激食物, 也不能抽烟和饮酒。用良好的方式保护胃黏膜。(2)幽门螺杆菌治疗: 患者需服食羟氨苄青霉素, 迟早每日一次, 温开水500mg。(3)弱酸治疗: 每日定性分析白米醋摄入、胃酸的分泌, 可以快速高效地治疗慢性萎缩性胃炎。(4)返流治疗: 胆汁返流是较比较常见的慢性萎缩性胃炎患病, 尽可能服食大专药物预防。

慢性萎缩性胃炎发病原因与感染、营养搭配、生活习惯等有关, 严重危害患者健康与生活。研究发现, 大部分慢性萎缩性胃炎患者伴随Hp感染, 因而慢性萎缩性胃炎患者尽量以抗Hp感染治疗为主体。大部分治疗慢性

萎缩性胃炎挑选三联抗菌治疗,药物有阿奇霉素、果胶铋、阿莫西林胶囊,对消除Hp起到了一定的实际效果,但反复性比较高。萎缩性胃炎的致病因素许多,主要包含Hp感染、身体免疫系统等诸多要素,造成胃黏膜变软、黏膜皮下组织生长发育,迁移直肠癌,是直肠癌的高危情况。在我国慢性萎缩性胃炎生病人数较多,但近年来,随着人们生活习惯性、菜谱成分更改,慢性萎缩性胃炎的发病率迅速增加。

幽门螺杆菌、免疫能力要素等等都是慢性萎缩性胃炎发病原因,消除幽门螺杆菌是临床医学专业治疗。阿莫西林是一种常见的抗真菌药,和水一起咽下时,其成份里的内酰胺基团产生中和反应产生多肽链,与患者身体内的转肽酶结合,造成菌体膨胀裂开,最终死亡。因而阿莫西林胶囊可以减少幽门螺杆菌胃黏膜刺激性,有利于患者胃黏膜的修复。果胶铋是胃黏膜保护膜,有益于胃黏膜上皮细胞分泌,抑止幽门螺杆菌活性的效果很好。褪黑色素是在酸环境下根据二硫键与壁细胞分泌膜质子泵结合所产生的,可抑制胃酸。奥美拉唑抗凝药和阿莫西林胶囊对幽门螺杆菌具备协同作用。阿奇霉素、奥美拉唑的药物可在短期内改进患者临床表现,控制病情,但患者治疗后容易发病。研究发现,HSP70的表述有益上皮细胞的重建,促进患者胃黏膜机构的恢复。

在传统治疗方法中,伴随着治疗时间的发展方向,和患者的关联愈来愈紧密,对奥拉美唑的抗药性逐步增加,造成药品中后期治疗相对较差。雷贝拉唑归属于新式质子泵抑制剂,能最大程度地限定K-H-AT。其医治原理应该是胃酸的分泌中后期造成危害,进而加速胃HP速度,同时降低组织胺和甲酸胆碱的总体含量,完成对胃粘膜日常维护。雷贝拉唑与抗菌素阿莫西林胶囊以及卡拉霉素协同运用,可产生协同效应,进而高效率彻底消除幽门螺旋杆菌。值得一提的是,与奥美拉唑三联疗法对比,该治疗法的安全系数更高,发生药物副作用几率变低,很容易被病人认同。该研究资料显示,观

察组患者治疗总有效率97.50%(39/40),显著高于对照组97.50%(39/40)(数据和信息行小组之间较为差别有统计意义($\chi^2 = 11.977, P < 0.05$);观察组治疗前血清蛋白GAS和ET水平与对照组较为,差别无统计学意义($P < 0.05$),观察组治疗后血清蛋白GAS高过对照组,ET水准低于对照组,差别有统计意义($P < 0.05$);对照组、观察组患者HP变阴率更高,与此同时复发性减少,组间差异有统计意义(转阴率 $\chi^2 = 4.336$;复发率 $\chi^2 = 5.263, P < 0.05$)。

4 结束语

总体来说,治疗慢性萎缩性胃炎,除开基本治疗外,还必须使用专门消化内科治疗方法为患者制定详尽的饮食方案。即挑选消化内科治疗,不但可以推动患者蛋白维他命摄取量,还能够避免刺激性食物的服食,维护患者胃黏膜,减少患者副作用的发生率,提升功效。慢性萎缩性胃炎患者在消化内科临床医学治疗中,再替普瑞酮治疗,功效准确,值得一试。

参考文献

- [1]朱秋菊.探究慢性萎缩性胃炎患者的消化内科治疗效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,16(50):63-64.
- [2]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,2021,16(46):77+80.
- [3]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.
- [4]朱锦生,史伟.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].当代医药论丛,2020,12(21):254-255.
- [5]李前宽.对中医辨证治疗慢性萎缩性胃炎的临床分析[J].求医问药(下半月),2019,9(10):198-198.
- [6]周小戈,杨克戈,周思君,等.埃索美拉唑+抗生素对HP阳性慢性萎缩性胃炎患者疗效观察[J].黑龙江医药,2019,32(1):70-71.
- [7]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,2020(07):9-10.