

泮托拉唑治疗上消化道出血的临床疗效分析

杨于美

叙永县人民医院 四川泸州 646400

〔摘要〕目的 探讨上消化道出血应用泮托拉唑的治疗效果。方法 2021 年 1 月到 2021 年 12 月, 选取 100 例上消化道出血患者为研究对象, 实施单双数法分组, 对照组与观察组各有 50 例, 均采用常规对症治疗, 分别应用奥美拉唑、泮托拉唑治疗。结果 观察组症状消失时间短于对照组 ($P < 0.05$), 观察组治疗有效率大于对照组 ($P < 0.05$)。结论 上消化道出血应用泮托拉唑治疗, 临床症状的改善速度更快, 临床治疗效果更理想, 值得临床推广普及。

〔关键词〕上消化道出血; 奥美拉唑; 泮托拉唑; 症状消失时间; 治疗有效率

〔中图分类号〕R573.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 10-041-02

受人们生活方式改变、不良饮食习惯等多种因素影响, 急性上消化道出血的发病率日益升高, 并对患者的生命安全造成了一定威胁^[1]。上消化道出血的诱发原因较多, 如消化道溃疡、胃底静脉曲张破裂等^[2]。患者的临床症状以呕血、黑便等为主, 若不能及时确诊并进行干预, 患者甚至会发生失血性休克与死亡^[3]。为有效挽救患者生命, 预防失血性休克, 需在接诊患者且确诊疾病后, 第一时间为患者提供有效治疗。药物是临床治疗方案, 质子泵抑制剂是常用药物之一, 可抑制胃酸分泌持续损伤消化道, 继而达到止血目的, 泮托拉唑是一种具有代表性的质子泵抑制剂。文章以 2021 年 1 月到 2021 年 12 月收治的上消化道出血患者 100 例为对象, 探讨泮托拉唑的治疗效果, 报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2021 年 1 月到 2021 年 12 月, 选取 100 例上消化道出血患者为研究对象, 实施单双数法分组, 对照组与观察组各有 50 例。对照组: 男有 31 例, 女有 19 例; 年龄 45-60 岁, 平均 (52.69 ± 6.58) 岁; 出血时间 0.5-6.0h, 平均 (3.21 ± 1.03) h; 出血量 200-800ml, 平均 (500.43 ± 117.54) ml。观察组: 男有 29 例, 女有 21 例; 年龄 46-60 岁, 平均 (52.98 ± 6.62) 岁; 出血时间 0.5-5.5h, 平均 (3.04 ± 1.01) h; 出血量 220-800ml, 平均 (500.95 ± 118.02) ml。两组相关资料对比, 未见差异 ($P > 0.05$), 且有可比性。

1.2 方法

两组患者入院且确诊疾病后, 尽快提供补液输注、禁食禁饮、酸碱平衡纠正、常规吸氧等多项对症治疗。对照组联用

注射用奥美拉唑钠 (山东罗欣药业股份有限公司, 国药准字 H20058492, 包装规格 20mg) 静脉滴注治疗, 80mg 奥美拉唑与 250ml 氯化钠注射液充分混合后, 在 30-60min 内完成静脉滴注, 一天用药 1 次, 持续用药 3d。观察组联用注射用泮托拉唑钠 (河北一品制药股份有限公司, 国药准字 H20163408, 包装规格 80mg) 静脉滴注治疗, 80mg 泮托拉唑与 250ml 葡萄糖溶液充分混合后, 在 30-60min 内完成静脉滴注, 一天用药 1 次, 持续用药 3d。

1.3 观察指标

(1) 症状消失时间, 包括呕血停止时间、胃镜显示止血时间、大便转黄时间与大便潜血阴性时间。(2) 临床治疗效果, 疗效评价标准^[4]如下, 显效: 患者持续用药 36h 呕血及黑便等不适症状显著改善或彻底消失, 生命体征恢复稳定, 大便隐血试验显示阴性。有效: 患者持续用药 36-72h 呕血及黑便等不适症状有所改善, 生命体征基本稳定, 大便隐血试验显示阴性。无效: 患者持续用药 72h 后呕血及黑便等不适症状无明显变化或有明显加重, 大便隐血试验显示阳性, 生命体征未恢复稳定。

1.4 统计学方法

在 SPSS22.0 中统计分析, 计数资料 (临床治疗效果) $n/\%$ 表示, χ^2 检验; 计量资料 (症状消失时间) $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验, $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者症状消失时间统计

观察组症状消失时间短于对照组 ($P < 0.05$)。见表一。

表 1 两组症状消失时间 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	呕血停止时间	胃镜显示止血时间	大便转黄时间	大便潜血阴性时间
观察组 (n=50 例)	1.35 ± 0.34	2.10 ± 0.57	2.14 ± 0.63	2.40 ± 0.67
对照组 (n=50 例)	3.97 ± 1.18	5.09 ± 1.27	5.19 ± 1.35	6.58 ± 1.57
t 值	3.897	5.103	5.682	6.593
P 值	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 患者临床治疗效果统计

观察组治疗有效率大于对照组 ($P < 0.05$)。见表二。

3 讨论

上消化道出血是一种十分常见的消化内科疾病, 主要指患者数小时内的出血量在 1000ml 以上的胃、食管、十二指肠等消化道部位出血^[5]。上消化道出血具有起病急骤、病情

变化快与死亡率高等多种优点。该病可在任何年龄发生, 但会对患者的身心健康造成较大影响。若不能第一时间进行有效治疗, 会诱发机械性损伤以及血管病变, 甚至会累及人体其他器官。部分患者的出血量过大, 甚至会发展为失血性休克及死亡。消化内科主张在确诊疾病后, 及时提供药物进行 (下转第 44 页)

患者大脑及肢体活动^[4]。氯吡格雷是脑梗塞患者常用控制药物,可降低发生血栓的风险,但对患者神经功能改善效果不佳。而瑞舒伐他汀是临床上较为有效的降血脂药物,按时按量合理服药可稳定血脂水平,减缓动脉粥样硬化斑块的增长速度,防止血管破裂对颅内神经的损害。因此,研究氯吡格雷+瑞舒伐他汀的作用对稳定脑梗塞患者血脂、改善神经功能意义深远。

据学者研究,氯吡格雷联合他汀类药物共同对脑梗死患者进行治疗,可较好地控制患者血液相关指标,恢复患者神经功能^[5]。为进一步证实学者的观点,本研究选取我院脑梗死患者探究氯吡格雷+瑞舒伐他汀对患者神经功能、重要指标的影响,结果发现:治疗后研究组总胆固醇水平低于对照组, $P<0.05$,这是因为:瑞舒伐他汀在患者体内的结构与羟甲基戊二酸单酰辅酶(HMG-CoA)十分相似,而HMG-CoA还原酶是总胆固醇合成过程中的重要条件,瑞舒伐他汀与HMG-CoA相比竞争性更强,可代替HMG-CoA与HMG-CoA还原酶活性部位结合,破坏总胆固醇合成过程,抑制总胆固醇合成,达到减少总胆固醇总数的目的。本研究还发现:治疗后研究组NIHSS得分低于对照组, $P<0.05$,原因在于:瑞舒伐他汀可显著降低脑梗塞患者颅内血液总胆固醇指标,控制患者血脂,减少颅脑血管中的脂质沉淀,控制颅脑血管中动脉粥样硬化斑块体积,使血液流量提高,血液持续为脑内神经供给养分,逐渐增强患者神经功能。

综上所述,给予脑梗塞患者氯吡格雷+瑞舒伐他汀治疗,

利于改善患者神经功能,且对血液血脂水平的控制较好。

参考文献

- [1] 钱晶,姚丽珍,谷丽丽.氯吡格雷和氟伐他汀联合心理治疗对脑梗塞患者的疗效[J].国际精神病学杂志,2021,48(5):894-897.
- [2] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性脑梗死后出血转化诊治共识2019[J].中华神经科杂志,2019,52(4):252-265.
- [3] 单连标,魏巍,王施,等.瑞舒伐他汀钙片联合多奈哌齐对脑梗塞合并血管性痴呆患者血管内皮功能及炎症的影响[J].川北医学院学报,2020,35(1):122-125.
- [4] 郝金余,高焱.氯吡格雷联合阿司匹林对脑梗塞患者凝血功能及神经功能的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2021,18(5):217-220.
- [5] 邱春钰,刘欣,马连未,等.阿托伐他汀联合氯吡格雷对脑梗塞二级预防患者颈动脉斑块的影响[J].甘肃科学学报,2020,32(6):1-8.

表2 治疗前后两组脑梗死患者NIHSS得分对比(n=39,分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	14.57±3.23	9.04±2.72
研究组	14.61±3.25	5.69±3.18
t	0.055	4.999
P	0.957	0.001

(上接第41页)

止血治疗。泮托拉唑属于第三代质子泵抑制剂,也是常用上消化道出血治疗药物,可选择性的抑制细胞H⁺-K⁺-ATP酶活性,直接在人体胃壁细胞作用,有效抑制胃酸分泌,还可促进血小板有效凝聚,继而形成局部血栓,达到止血的目的。该药具有较高的生物利用度,可迅速在胃肠道中活化,在弱酸环境也能稳定的发挥药物效果,减少胃酸分泌并对胃蛋白酶活性发挥抑制作用,还可减少胃泌素分泌量,改善出血部位的酸碱度,加快止血速度。该药具有较长的半衰期,用药安全性较高,患者发生不良反应的概率较低,所以是临床十分青睐的上消化道出血治疗药物。

综上所述,上消化道出血确诊后需第一时间给予泮托拉唑治疗,临床治疗效果较理想,值得临床推广普及。

参考文献

- [1] Risk stratification in acute variceal bleeding: Comparison of the AIMS65 score to established upper gastrointestinal bleeding and liver disease severity risk stratification scoring systems in predicting mortality and rebleeding[J]. Digestive endoscopy: official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy

Society,2020,32(5):761-768.

- [2] 贾娇,季秀丽.不同用药时间泮托拉唑用于肝硬化上消化道出血的安全性及复发风险观察[J].湖南师范大学学报(医学版),2021,18(6):183-186.
- [3] 张娜,高东,王艳妮.泮托拉唑联合奥曲肽及血凝酶治疗老年急性上消化道出血的疗效及对患者血清D-二聚体、BUN/Cr值水平的影响[J].海南医学,2022,33(13):1638-1642.
- [4] 张鑫.生长抑素联合泮托拉唑治疗急性非静脉曲张性上消化道出血患者的疗效及其对凝血功能的影响[J].现代医学与健康研究(电子版),2022,6(15):38-42.
- [5] 胡梦遥.奥曲肽联合泮托拉唑钠对老年消化性溃疡合并上消化道出血患者凝血与炎症因子的影响[J].四川生理科学杂志,2022,44(2):259-261,214.

表2 两组临床治疗效果(n%)

组别	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组(n=50例)	36	13	1	49(98.00%)
对照组(n=50例)	20	20	10	40(80.00%)
χ^2 值	-	-	-	5.765
P值	-	-	-	0.001

(上接第42页)

受齐拉西酮辅助治疗效果显著,可以改善认知功能,改善血清脑源性神经生长因子水平,具有临床应用的价值。

参考文献

- [1] 崔航涛,周志强,樊华,等.齐拉西酮联合低频重复经颅磁刺激对老年重症精神分裂症病人BDNF、IL-6、Hcy水平与认知功能障碍的影响[J].蚌埠医学院学报,2020,45(11):4.
- [2] 顾卫强,李墨炜,董绍丽,等.盐酸齐拉西酮片联合

奥氮平对老年重症精神分裂患者认知功能的影响[J].当代医学,2022,28(21):3.

- [3] 李晞,时丽,姚尚武,等.帕利哌酮缓释片联合奥氮平对精神分裂症患者血清脑源性神经生长因子和神经生长因子水平及对代谢综合征影响[J].东南国防医药,2021,23(4):4.
- [4] 赵锦彪.齐拉西酮对难治性精神分裂症患者精神状态及血清BDNF、NGF水平的影响[J].现代医学与健康研究,2020,04(02):15-16.