

康复新液联合兰索拉唑肠溶片治疗消化性溃疡

张卓

(侨光社区卫生服务中心 全科诊室 118000)

摘要：目的：在消化性溃疡患者中应用康复新液与兰索拉唑肠溶片联合治疗的临床疗效。**方法：**选取 2020 年 6 月至 2021 年 12 月本院收治的 68 例消化性溃疡患者作为观察对象，根据随机数字表法，68 例患者随机分为观察组、对照组，每组各 34 例。对照组患者采取兰索拉唑肠溶片治疗，观察组患者采取康复新液与兰索拉唑肠溶片联合治疗。对比两组患者溃疡直径、溃疡数量变化情况，并对比两组患者的临床疗效、不良反应发生情况。**结果：**观察组的临床总有效率明显高于对照组， $P < 0.05$ 。观察组、对照组患者治疗前的溃疡直径、溃疡数量相比，差异无统计学意义 $P > 0.05$ ；治疗后，观察组、对照组患者的溃疡直径、溃疡数量较治疗前均明显改善，且观察组改善程度更明显，差异均有统计学意义， $P < 0.05$ 。观察组、对照组不良反应总发生率比较，差异无统计学意义， $P > 0.05$ 。**结论：**在消化性溃疡患者中应用康复新液与兰索拉唑肠溶片联合治疗，效果显著，可有效改善患者的溃疡情况，且不会增加患者的不良反应，安全性高，具有重要的临床推广价值。

关键词：消化性溃疡；康复新液；兰索拉唑肠溶片；联合治疗；临床疗效

消化性溃疡是临床相对比较常见的一种慢性溃疡性疾病，患病率可达 5% ~ 10%[1]，消化道黏膜坏死是造成消化性溃疡的主要原因，胃痛、腹痛、反胃等为其主要临床症状表现，若不及时治疗又或者是治疗不当，病情进展，严重者可造成胃穿孔、胃癌等非常严重的并发症 [2]。老年人群为消化性溃疡的高发群体，随着我国人口老龄化的加剧，其发病率呈现逐年递增的趋势 [3]。老年群体由于机体免疫力下降，消化道黏膜屏障功能低下，因此治愈后仍有较高的复发率，且若患者临床症状不明显还容易造成误诊漏诊，严重影响患者的身体健康及生活质量 [4]。质子泵抑制剂是当前临床用于治疗消化性溃疡的常见药物，该类药物可根除 Hp，并能对胃酸分泌产生抑制作用，但临床实践显示，单一应用质子泵抑制剂效果比较差，治愈率也较低，而且还具有较高的复发率 [5]。康复新液可抑制胃液的分泌，还能减少胃蛋白酶的排出，降低胃液酸度，是临床治疗消化性溃疡的常用制剂 [6]。本研究在消化性溃疡患者中应用康复新液与兰索拉唑肠溶片联合治疗，疗效显著，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 6 月至 2021 年 12 月本院收治的 68 例消

化性溃疡患者作为观察对象，观察对象纳入表现：（1）年龄 20 ~ 78 岁；（2）经组织病理学及胃镜检查确诊诊断为胃溃疡、十二指肠溃疡活动期（A1 期或 A2 期）；（3）溃疡直径 0.3 ~ 2.0cm；（4）14C- 尿素呼气试验结果显示幽门螺杆菌（Hp）阳性；（5）患者知情同意，且签订知情书面同意书。观察对象排除标准：（1）消化道手术后吻合口溃疡、穿透性溃疡、复合性溃疡；（2）合并有重度胃部不典型增生及胃部恶性肿瘤者；（3）备孕期、妊娠期、哺乳期女性患者；（4）对药物过敏或过敏体质者；（5）合并有严重的心血管疾病、肝肾疾病、造血系统等原发性疾病者；（6）意识障碍或精神病者；（7）入组 1 个月前有服用抗生素、铋剂和抑酸药者。

根据随机数字表法，68 例患者随机分为观察组、对照组，每组各 34 例。观察组患者中，男性 20 例，女性 14 例；年龄 25 ~ 72 岁，平均 (43.26 ± 6.48) 岁；病程 1 ~ 10 年，平均 (5.89 ± 1.64) 年；溃疡直径 (0.93 ± 0.15) cm；溃疡数量 (3.16 ± 0.45) 个。对照组患者中，男性 21 例，女性 13 例；年龄 25 ~ 72 岁，平均 (43.19 ± 6.52) 岁；病程 1 ~ 10 年，平均 (5.46 ± 1.51) 年；溃疡直径 (0.91 ± 0.13) cm；溃疡数量 (3.11 ± 0.32) 个。观察组、对照组患者的性别、年龄、病程、溃疡直径、溃疡数量比较，差异均未见统计学意义，统计结果均显示 $P > 0.05$ ，表示两组患者的一般

资料具有可比性。

1.2 方法

对照组患者采取兰索拉唑肠溶片治疗,兰索拉唑片(国药准字 H20084414,湖南华纳大药厂有限公司)口服,每日 2 次,每次 30mg。

观察组患者采取康复新液与兰索拉唑肠溶片联合治疗。兰索拉唑肠溶片的用法用量与对照组一致,康复新液(国药准字 Z43020995,湖南科伦制药有限公司)口服,每次 10ml,每日 3 次。

两组连续治疗 4 周。

1.3 观察指标

对比两组患者溃疡直径、溃疡数量变化情况,并对比两组患者的临床疗效、不良反应发生情况。临床疗效判断标准:根据患者腹胀、腹痛、恶心呕吐、烧心、嗝气、泛酸 6 项症状的发作频率及严重程度积分情况进行评价。发作频率评分标准:无发作为 0 分;症状间隔 3d 及以上发作 1 次计为 1 分;症状隔天发作 1 次计为 2 分;症状每天发作计为 3 分。症状严重程度评分标准:无症状计为 0 分;症状轻微且患者可忍受计为 1 分;症状严重程度介于 1 分-3 分之间计为 2 分;症状明显且患者无法忍受,需通过卧床休息或药物治疗进行缓解的计为 3 分。临床疗效标准评价如下:(1)治愈:患者的临床症状完全消失;(2)显效:治疗后患者的症状未完全消失,症状积分下降 ≥75%;(3)有效:50%≤治疗后患者的症状积分下降 <75%;(4)无效:治疗后患者的症状积分下降 <50%。临床总有效率=(有效

例数+显效例数+治愈例数)/各组总例数×100%[7]。观察两组患者的不良反应如口干、便秘、头晕、腹泻发生情况。

1.4 统计学方法

使用统计学软件 SPSS20.0 进行数据统计分析。以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料,进行 t 检验;以率 (%) 表示计数资料,进行 χ^2 检验。P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

观察组的临床总有效率明显高于对照组, P < 0.05, 详见表 1。

2.2 溃疡情况比较

观察组、对照组患者治疗前的溃疡直径、溃疡数量相比,差异无统计学意义 P 均> 0.05;治疗后,观察组、对照组患者的溃疡直径、溃疡数量较治疗前均明显改善,且观察组改善程度更明显,差异均有统计学意义, P 均< 0.05, 详见表 2。

2.3 不良反应发生率比较

观察组、对照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。

3 讨论

消化性溃疡与作息不规律、不良饮食习惯、药物滥用等密切相关。食道、胃部、十二指肠为消化性溃疡的多发

表 1 临床疗效比较 [n (%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	临床总有效率
观察组 (n=34)	13 (38.24)	10 (29.41)	9 (26.47)	2 (5.88)	32 (94.12)
对照组 (n=34)	11 (32.35)	8 (23.53)	7 (20.59)	8 (23.53)	26 (76.47)
χ^2					6.751
P					0.013

表 2 溃疡情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	溃疡直径 (cm)	溃疡数量 (个)
观察组 (n=34)	治疗前	0.93 ± 0.15	3.16 ± 0.45
	治疗后	0.05 ± 0.01*#	0.11 ± 0.02*#
对照组 (n=34)	治疗前	0.91 ± 0.13	3.11 ± 0.32
	治疗后	0.42 ± 0.08*	0.53 ± 0.11*

注: *表示与对照组治疗前比较, P < 0.05; #表示与同组治疗后比较, P < 0.05。

表 3 不良反应发生率比较

组别	口干	便秘	头晕	腹泻	总发生率
观察组 (n=34)	1 (2.94)	1 (2.94)	0 (0.00)	1 (2.94)	3 (8.82)
对照组 (n=34)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.94)	1 (2.94)	2 (5.88)
χ^2					0.452
P					0.263

部位，若治疗不当易造成机体消化道黏膜损伤，并且发病时间越久，治愈难度越大，病情反复的风险也越大，有少部分患者甚至会发展成消化道恶性肿瘤，对人们的生命健康产生严重的威胁 [8]。

当前临床治疗消化性溃疡主要采用奥美拉唑、兰索拉唑等质子泵抑制剂，质子泵抑制剂可抑制胃酸的分泌，并能对胃黏膜形成保护，但近些年的临床研究实践证实单一使用质子泵抑制剂疗效并不是特别理想。本研究所采用的兰索拉唑的作用机制主要是作用于胃酸分泌的终末环节，并对 Na⁺-K⁺-ATP 酶活性产生抑制作用，具有较强的抑酸效果。近些年的研究发现，在临床治疗消化性溃疡过程中，仅仅应用抗 Hp 药物及抑酸药物治疗治愈率不是很高，而与增强黏膜屏障药物联合应用后，可大大提高治愈率 [9]。胶体果胶铋、硫糖铝是临床保护胃黏膜的常用药物，虽能对受损胃黏膜屏障进行修复，但仍具有一定的复发率，且对难治性消化性溃疡的治愈率也较低。因此，寻找一种更为有效的治疗方案意义重大。

康复新液属于一种中药制剂，其是由蜚蠊分离提取物精制而成，康复新液可提升胃黏膜中 PGE2 及氨基己糖的含量。PGE2 属于一种细胞保护因子，其具有抑制胃酸分泌、增加黏膜血流、增加碳酸氢盐及胃黏膜黏液分泌等作用；氨基己糖为组成胃黏膜中糖蛋白的重要成份，有保护胃黏膜的作用。此外，康复新液还能促进新生血管及肉芽组织的生长，改善血供的作用。本研究结果显示，观察组的临床总有效率明显高于对照组，P < 0.05。治疗后，观察组、对照组患者的溃疡直径、溃疡数量较治疗前均明显改善，且观察组改善程度更明显，差异均有统计学意义，P 均 < 0.05。分析原因可能与康复新液的制胃酸、护黏膜、敛溃疡、生新肌等功效有关。观察组、对照组不良反应总发生率比较，差异无统计学意义，P > 0.05。结果提示，联合应用康复新液并不会增加患者的不良反应。

综上所述，在消化性溃疡患者中应用康复新液与兰索

拉唑肠溶片联合治疗，效果显著，可有效改善患者的溃疡情况，且不会增加患者的不良反应，安全性高，具有重要的临床推广价值。

参考文献

[1] 陈建, 汪泉华. 康复新液联合兰索拉唑三联疗法治疗老年消化性溃疡的临床疗效及对胃酸分泌的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(36): 104-107.

[2] 巩存河, 孔德菊. 康复新液联合胶体果胶铋兰索拉唑四联治疗难治性消化性溃疡的临床观察 [J]. 中国农村卫生, 2021, 13(12): 36+38.

[3] 井玉光. 康复新液与艾司奥美拉唑镁肠溶片联合治疗消化性溃疡的疗效分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(04): 31.

[4] 杨石, 刘运阳. 康复新液联合兰索拉唑片治疗消化性溃疡的疗效 [J]. 中国实用医药, 2019, 14(01): 123-125.

[5] 苗笑男. 康复新液与艾司奥美拉唑镁肠溶片联合治疗消化性溃疡的疗效观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(05): 31-32.

[6] 刘晓辉, 周娟娟. 康复新液联合兰索拉唑肠溶片治疗消化性溃疡的疗效观察 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2017, 17(10): 1346-1348.

[7] 周磊, 范月娟, 陈福元. 质子泵抑制剂联合康复新液对消化性溃疡患者的炎症因子及免疫能力的调控作用 [J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(17): 4262-4264.

[8] 刁攀娅. 康复新液联合雷贝拉唑肠溶片治疗消化性溃疡的临床研究 [J]. 中国医药导报, 2015, 12(30): 124-127.

[9] 何雪梅. 康复新液联合兰索拉唑治疗消化性溃疡的疗效观察 [J]. 四川医学, 2014, 35(08): 1041-1042.

[10] 黄泽辉, 周文博, 林震群, 等. 康复新液联合兰索拉唑治疗消化性溃疡的临床观察 [J]. 光明中医, 2013, 28(10): 2136-2138.