

注射用泮托拉唑治疗消化性溃疡出血疗效观察

吴海武, 邱荣锋, 汤建华

(江西省赣州市人民医院, 江西 赣州 341000)

中图分类号: R969.4 文献标识码: B 文章编号: 1001-5779(2008)02-0267-02

上消化道出血属内科常见病, 发病急, 病情重, 其中以消化性溃疡出血占上消化道出血比例最高, 研究估计有 10% 的人患过消化性溃疡^[1], 其中约有 10% ~ 25% 消化性溃疡患者合并有大出血^[2]。临床上多应用质子泵抑制剂奥美拉唑抑酸达到止血目的, 但针对泮托拉唑对其的治疗相关报道不多, 其疗效与奥美拉唑相比, 结论不一, 本研究对注射用泮托拉唑及奥美拉唑治疗消化性溃疡出血疗效分析, 为临床合理用药提供依据。现报道如下。

1 临床资料

1.1 对象和方法

1.1.1 病例资料 入选标准: ①年龄 18 ~ 75 岁; ②临床表现为呕血和(或)黑便; ③治疗中或病情稳定后经胃镜确诊为消化性溃疡出血, 其中胃溃疡出血都经组织病理学检查证实; ④出血量估计 24h > 500ml, 且有血容量下降表现; 血压中收缩压 < 100mmHg 和(或)脉搏 > 100 次/分。

1.1.2 排除标准 ①曾行胃部手术史; ②有明显心肺肝肾等疾患, 未能行胃镜确诊上消化道出血病因者; ③经行胃镜检查已排除食管静脉曲张破裂出血, 门脉高压性胃病出血, 贲门黏膜撕裂出血等其他非溃疡性上消化道出血者; ④胃泌素瘤和恶性肿瘤患者; ⑤治疗期间加用其他止血治疗手段; ⑥对本品过敏未能完成治疗疗程者。

1.1.3 方法 将 249 例住院患者随机分成治疗组

和对照组: 治疗组 127 例, 男 69 例, 女 58 例, 平均年龄 42.3 岁; 其中胃溃疡 34 例, 十二指肠溃疡 82 例, 复合性溃疡 11 例。对照组 122 例, 男 66 例, 女 56 例, 平均年龄 42.5 岁; 其中胃溃疡 30 例, 十二指肠溃疡 94 例, 复合性溃疡 8 例。两组资料 ($P > 0.05$) 无显著差异性, 具有可比性。

治疗组: 用注射用泮托拉唑 40mg 加入生理盐水 100ml 中静脉点滴, 每天 2 次(间隔 12h), 一次疗程为 120h, 辅以补液扩容, 有输血指征者给予输血。

对照组: 用注射用奥美拉唑 40mg 加入生理盐水 100ml 中静脉点滴, 每天 2 次(间隔 12h), 一次疗程为 120 h, 余治疗同前。

1.2 疗效评价

1.2.1 出血停止指标 无继续呕血和(或)黑便, 血压心率稳定, 精神好转, 肠鸣音正常, 血红蛋白无进行性下降, 且经内镜证实无新鲜出血征象, 考虑为出血停止指标。

1.2.2 评价标准 显效: 用药后 72h 内无活动性出血达到上述出血停止指标; 进步: 用药后 120h 内无活动性出血达到上述出血停止指标; 无效: 用药后 120h 后仍有活动性出血未达到上述出血停止指标。

1.3 副作用观察 所有患者均于用药前后分别作肝肾功能检查, 以了解有无毒副反应。

2 结果

2.1 二组治疗后疗效评价 见表 1。

表 1 二组治疗后疗效评价

病种	泮托拉唑				奥美拉唑			
	例数	显效	有效	无效	例数	显效	有效	无效
胃溃疡	34	30	4	0	30	29	1	0
十二指肠球部溃疡	82	76	5	1	94	86	7	1
复合性溃疡	11	10	1	0	8	8	0	0
合计	127	116	10	1	122	113	8	1
显效率(%)			93.34				92.62	
总有效率(%)			99.21				99.18	

二组相比 $P > 0.05$

2.2 治疗组1例出现皮疹,不良反应发生率为0.79%;对照组1例出现头晕,不良反应发生率为0.8%;治疗前后肝肾功能检查均未见异常,两组不良反应发生率相比差异无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

消化性溃疡包括胃溃疡和十二指肠溃疡,是由于胃粘膜的防御因子和攻击因子失衡而引起的,尤其是与攻击因子之一的胃酸的作用密切相关,是其众多发病因子中公认的最重要的因子^[3]。Jones^[4]等认为,溃疡基底部血管显露易受胃酸消化溶解,出血处的凝血块容易脱落,低pH下血小板聚集异常及凝血酶原功能受损,这些都是消化性溃疡出血的主要原因。选择快速而有效的制酸药物是治疗消化性溃疡出血的基本措施,它方便迅速不受地域技术条件限制,是抢救并降低病死率的重要手段。质子泵抑制剂作用于壁细胞胃酸分泌终末步骤中的关键酶 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶,使其不可以逆地失去活性,导致壁细胞内的 H^+ 不能转移至胃中,而抑制胃酸分泌,待新的酶生成时,壁细胞才恢复泌酸功能,因此,质子泵抑制剂抑酸作用强而持久。有资料表明,正常人24h胃内多数时间处于酸性状态,空腹时pH很少在2以上^[5]。当胃内pH >4 时就能有效地抑制胃蛋白酶的活性,减少损伤作用,有利于溃疡面的修复^[6],当胃内pH >6.4 时胃黏膜的出血时间显著缩短^[7]。而泮托拉唑也作为其中一种质子泵抑制剂,作用于胃酸分泌的终末环节,可抑制 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶的活性,能迅速提高胃内pH值,从而达到止血目

的。治疗组治疗消化性溃疡的出血显效率与对照组治疗消化性溃疡出血的显效率,无显著差异性($P>0.05$)。而且目前尚未发现泮托拉唑与其他药物间有相互作用,肝、肾功能不全者无需调整剂量^[8]。因此,泮托拉唑是治疗消化性溃疡出血的有效药物,在治疗消化性溃疡出血方面具有广泛的应用前景,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 叶任高. 内科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2001.398~409.
- [2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第10版. 北京:人民卫生出版社,1998.1565~1580.
- [3] 李益农. 消化性溃疡药物治疗最新进展[J]. 中国实用内科杂志,2000,20(1):13~14.
- [4] Jons sc. Aron ATR Bleeding Peptic uleer endos copic and phamacological mangement Postgard [J]. Med J, 1991, 67:606.
- [5] 潘国宗,曹世植. 现代胃肠病学[M]. 北京:科学出版社,1994.826.
- [6] Hongo M, Oharas, Hirasawa Y, et al. Effect of lansapr -azole on intragastric pH comparison between morning and evening dosing[J]. Dig Dis Sci, 1992, 37(4):882.
- [7] Li Y, sha W, Nie Y, et al. Effect of intragastric pH no control of peptic ulcer bleeding[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2000, 15(2):148.
- [8] Mezt DC. Potential uses of intravenous proton pump inhibitors to control gastric acid secretion[J]. Digestion, 2000, 62(2-3):73~81.

(收稿日期:2007-12-16)