

参考文献

- [1] IAbenham L, Moride Y, Brenot F, et al. Appetite - suppressant drugs and the risk of primary pulmonary hypertension. International primary pulmonary hypertension study group. N Engl J Med, 1996, 335:609 ~ 616
- [2] Rubin LJ. Primary pulmonary hypertension. N Engl J Med, 1997, 336:111 ~ 117
- [3] Groves BM, Rubin LJ, Frosolono MF, et al. A comparison of the acute hemodynamic effects of prostacyclin and hydralazine in primary pulmonary hypertension. Am Heart J, 1985, 110:1200 ~ 1204
- [4] Packer M, O'Connor CM, Ghali JK, et al. Effect of amlodipine on morbidity and mortality in severe chronic heart failure. Prospective randomized amlodipine survival evaluation study group. N Engl J Med, 1996, 335:1107 ~ 1114
- [5] Rich S, Brundage BH. High - dose calcium channel - blocking therapy for primary pulmonary hypertension: evidence for long - term reduction in pulmonary arterial pressure and regression of right ventricular hypertrophy. Circulation, 1987, 76:135 ~ 141
- [6] McLaughlin V, Shillington A, Rich S. Survival in primary pulmonary hypertension: the impact of epoprostenol therapy. Circulation, 2002, 106: 1477 ~ 1482
- [7] Haslam RJ, McClenaghan MD. Measurement of circulating prostaglandin. Nature, 1981, 292:364 ~ 367
- [8] Bugiardini R, Galvani M, Ferrini D. Effects of iloprost, a stable prostacyclin analog, on exercise capacity and platelet aggregation in stable angina pectoris. Am J Cardiol, 1986, 58:453 ~ 459
- [9] Rich S, Kaufmann E, Levy PS. The effect of high doses of calcium channel blockers on survival in primary pulmonary hypertension. N Engl J Med, 1992, 327: 76 ~ 81
- [10] Rubin LJ, Badesch DB, Barst RJ, et al. Bosentan therapy for pulmonary arterial hypertension. N Engl J Med, 2002, 346: 896 ~ 903
- [11] Wilkens H, Guth A, Konig J, et al. Effect of inhaled iloprost plus oral sildenafil in patients with primary pulmonary hypertension. Circulation, 2001, 104: 1218 ~ 1222
- [12] Mehta S, Stewart DJ, Langleben D, et al. Short - term pulmonary vasodilation with L - arginine in pulmonary hypertension. Circulation, 1995, 92: 1539 ~ 1545

兰索拉唑 (Lansoprazole)

1 概述

兰索拉唑的化学式为 $C_{16}H_{14}F_3N_3O_2S$, 原料药为白色或呈白褐色的无味晶体粉末。本品一般为缓释制剂, 两种规格: 15mg/粒和 30mg/粒, 内含药物的肠溶颗粒。

2 药理学资料

2.1 药物代谢动力学

兰索拉唑的缓释胶囊含药物的肠溶包衣颗粒, 进入肠道后开始释放药物且吸收迅速, 口服该药 1.7h 后血中药物达到峰浓度。单剂量口服该药 15 ~ 60mg 后其血浆药物峰浓度 (C_{max}) 与药 - 时曲线下面积 (AUC) 约成正比关系; 多剂量口服该药其药代动力学特性无改变且无药物蓄积。

2.1.1 吸收 兰索拉唑吸收迅速, 口服 1.7h 后血中药物达到峰浓度, 相对生物利用度约为 80%。在健康者体内该药的 平均血浆半衰期 ($\pm SD$) 为 (1.5 \pm 1.0)h。饭前服用, 食物对药物吸收无显著影响; 非禁食条件下进餐 30min 后服用本品其 C_{max} 及 AUC 可降低约 50%。

2.1.2 分布 兰索拉唑的血浆蛋白结合率为 97%, 且血药浓度在 0.05 ~ 5.0 $\mu g/mL$ 范围内该值为恒量。

2.1.3 代谢 兰索拉唑绝大部分在肝脏代谢。其最终代谢途径主要为亚磺酰基化基化和转化为磺类衍生物, 这些代谢物几乎无抗酸分泌活性。研究认

为, 兰索拉唑是通过转化为作用于胃壁细胞微管 (而非体循环) 中 $H^+ - K^+ - ATP$ 转运酶的一种有抑制胃酸分泌作用的活性成分而起作用的。由于本品的血浆消除半衰期并不能直接反应其体内抑制胃酸分泌的持续时间, 因此, 尽管兰索拉唑的半衰期小于 2h, 但其抑酸作用可持续 24h 以上。

2.1.4 消除 单剂量口服兰索拉唑, 药物经肾脏完全以代谢物形式排泄。以 ^{14}C 标记的兰索拉唑经单剂量口服给药实验表明, 该药的代谢产物主要有两种消除途径: 约 1/3 经肾脏排泄, 约 2/3 经粪便排泄。

2.1.5 特殊人群 ①老年人: 兰索拉唑在老年人体内清除率降低, 其消除半衰期约延长 50% ~ 100%, 尽管如此, 该药在老年人体内的平均消除半衰期只有 1.9 ~ 2.9h, 故每日一次多剂量给药并不会造成药物蓄积, 该药在老年人体内的血浆峰浓度亦不提高。②儿童: 目前尚无 18 岁以下人群的兰索拉唑药代动力学资料。③性别: 本品的药代动力学参数和抑酸效果不存在性别差异。④肾功能不全: 肾功能不全患者的兰索拉唑消除半衰期缩短, 游离和结合药物的总 AUC 降低, 血中游离药物的 AUC 与肾损害的程度无关, C_{max} 和半衰期与肾功能正常者无差异。严重肾功能不全的患者单剂量口服 60mg 本品, 其血浆蛋白结合率将降低 1.0% ~ 1.5%。⑤肝功能不全: 不同程度慢性肝病患者的本品平均血浆半衰期最低可延长

1.5h,最高可达 3.2~7.2h。肝功能不全患者的平均 AUC 较正常人会增加 500%,因此严重肝病患者应考虑减低该药剂量。⑥人种:本品在亚洲人体内的平均 AUC 约为美国人的 2 倍,且个体差异较大,而 C_{max} 则相差不多。

2.2 药效学资料

2.2.1 作用机制 兰索拉唑属于取代苯并咪唑类抑制胃酸分泌的化合物,其抑酸作用主要通过特异性地阻断胃壁细胞表面 $H^+ - K^+ - ATP$ 转运酶的泌酸功能,但本品并不显示抗胆碱或组胺 H_2 受体的特性。由于上述酶在胃壁细胞中起到输送 H^+ 的作用,类似于质子泵,故兰索拉唑又被称作质子泵抑制剂,可阻断胃酸的最后一步生成。本品的这种作用与剂量有关,并可同时抑制基础胃酸和任何原因引起的胃酸分泌增多。

2.2.2 抗酸分泌活性 口服兰索拉唑后,胃内基础酸分泌量显著减少,胃内平均 pH 值显著提高,并可较长时间维持 pH 在 3~4 以上,且可显著降低因食物和五肽促胃液素引起的胃酸分泌增多。对于高胃酸分泌症的病人,兰索拉唑可有效减少其基础和五肽促胃液素引起胃酸分泌。因此本品不仅能减少胃酸分泌量的正常增多,还可降低胃内酸度,抑制胃酸分泌。

2.2.3 肠嗜铬细胞样(ECL)作用 每天给予大鼠超过 150mg/(kg·d)剂量的兰索拉唑数星期,可以观察到鼠(特别是雌鼠)体内肠嗜铬细胞样(ECL)细胞增生及良性肿瘤形成,最终形成显著的促胃液素瘤。但对约 150 名连续服用兰索拉唑至少一年以上的病人进行的胃活检样本中未发现类似鼠体内明显的 ECL 作用。但要排除长期服用该药会导致患胃癌危险性增加的可能性,尚需长期研究加以证明。

2.2.4 人体内其他胃肠道作用 兰索拉唑并不显著影响胃基底部的粘膜血流。胃体、胃幽门部及十二指肠的血流由于胃酸分泌的抑制作用引起的正常生理反应会减少 17%。本品可显著减慢固体食物的胃排空,还可显著提高胃蛋白酶原水平,减弱基础条件和食物或注射胰岛素状态下的胃蛋白酶活性。正如其他提高胃肠道 pH 值的药物一样,服用本品后胃肠道 pH 值的提高与胃溃疡患者胃液中硝酸盐浓度增高及嗜硝酸盐细菌的增多有密切关系,但亚硝酸盐的浓度并无显著提高。

2.2.5 对血清胃泌素的作用 2 100 多名禁食条件下血清胃泌素水平高于正常值 50%~100% 的患者口服 15~60mg 兰索拉唑后,血清胃泌素水平均恢复正

常。在 2 个月的治疗期中,血清胃泌素水平一直保持平稳状态,但在停止治疗后的 4 周内又恢复至治疗前水平。

2.2.6 对内分泌的作用 在人体内进行的 1 年多研究,未发现兰索拉唑对内分泌系统有显著影响,主要包括 LH、FSH、SHBG、DHEA-S、TSH、 T_3 、 T_4 、STH、泌乳刺激素、皮质(甾)醇、雌二醇、胰岛素、醛固酮、甲状旁腺激素、胰高血糖素等。连续口服本品 15~60mg 一年以上,对性功能无显著影响;口服本品 15~60mg 2~4 周后对甲状腺功能亦无显著影响。但为期 24 个月的致癌实验表明,给予 Sprague-Dawley 鼠本品日剂量超过 150mg/kg, Leydig 细胞的类风湿性改变及良性肿瘤的发生率与对照鼠相比均有显著提高。

2.2.7 其他作用 人体内研究表明,兰索拉唑对中枢神经系统、淋巴系统、造血系统、肾脏、肝脏、心血管系统及呼吸系统无影响。患有 baseline eye evaluations 的 56 例病人服用大于 180mg/d 的本品 58 个月以上,未见毒性反应。鼠体内发现的特异性反应有胰腺萎缩、弥漫性胸腺淋巴细胞增生、自发性视网膜萎缩。

3 用法与指导

3.1 活动性十二指肠溃疡的短期治疗

兰索拉唑缓释制剂可用于缓解和治疗活动性十二指肠溃疡,一般疗程至少持续 4 周。

3.2 根除幽门螺杆菌防止十二指肠溃疡复发

3.2.1 三联疗法(兰索拉唑/阿莫西林/克拉霉素)

兰索拉唑+阿莫西林+克拉霉素作为三联疗法可用于根除幽门螺杆菌感染和治疗活动性或一年以上的十二指肠溃疡。该疗法用于根除幽门螺杆菌感染和有效预防十二指肠溃疡复发。

3.2.2 二联疗法(兰索拉唑/阿莫西林) 兰索拉唑+阿莫西林作为二联疗法亦可用于根除幽门螺杆菌感染和治疗活动性或一年以上的十二指肠溃疡,特别是对克拉霉素过敏、无法耐受及确定或怀疑不能使用克拉霉素的病人。

3.3 十二指肠溃疡的维持治疗

兰索拉唑缓释制剂可用于十二指肠溃疡的维持治疗。

3.4 活动性轻度胃溃疡的短期治疗

兰索拉唑缓释制剂可用于缓解和治疗活动性轻度胃溃疡,一般疗程至少持续 8 周。

3.5 侵蚀性食管炎的短期治疗

兰索拉唑缓释制剂可用于缓解和治疗不同程度的侵蚀性食管炎,一般疗程至少持续 8 周。未使用本品治疗 8 周的患者,可补充治疗 8 周依然有效。如侵

蚀性食管炎复发,仍可考虑采用兰索拉唑治疗 8 周以上。

3.6 侵蚀性食管炎的维持治疗

兰索拉唑缓释制剂可用于侵蚀性食管炎的维持治疗。

3.7 用于长期治疗病理性胃酸分泌过多

兰索拉唑缓释制剂可用于卓-艾氏综合征等病理性胃酸分泌过多的长期治疗。

4 禁忌证

兰索拉唑缓释制剂禁用于对该药处方成分高度敏感的患者。严重的过敏反应应立即注射肾上腺素急救。

5 注意事项

5.1 总体情况

用兰索拉唑治疗不会掩盖胃恶性肿瘤的表现。

5.2 患者须知

兰索拉唑缓释制剂需在饭前服用。吞咽胶囊有困难的患者可以掰开胶囊将其中的完整颗粒与苹果汁混合后用汤匙吞服。切勿咀嚼或者挤碎胶囊内的颗粒。对于留置胃管的患者,可以掰开胶囊将胶囊内的颗粒与 40mL 苹果汁混合,通过胃管注入,注意注药后须用苹果汁冲洗胃管,避免药物残留于胃管中。

5.3 药物相互作用

兰索拉唑通过细胞色素 P450 系统代谢,主要是 CYP3A 和 CYP2C19 同工酶起作用。研究显示,在健康人中,兰索拉唑很少与其他通过细胞色素 P450 系统代谢的药物(如华法林、安替比林、吡咪美辛、布洛芬、苯妥英、普萘洛尔、强的松、地西泮、克拉霉素、特非那丁等)发生具有临床意义的反应。上述药物通过不同的 P450 同工酶系统代谢,主要有 CYP1A2、CYP2C9、CYP2C19、CYP2D6、CYP3A 等。兰索拉唑与氨茶碱合用时(后者主要通过 CYP1A2、CYP3A 代谢),氨茶碱的清除率会轻微升高(10%)。虽然对氨茶碱的代谢不会产生有临床意义的影响,但患者在合用兰索拉唑和氨茶碱时最好适量增加氨茶碱的用量,以保证其有效的血液浓度。

与阿莫西林合用不会影响其临床疗效。

单剂量交叉实验分别研究兰索拉唑和奥美拉唑单独作用以及它们与 1g 硫糖铝合用效果发现,合用时质子泵抑制剂的吸收较单独应用延迟,生物利用度分别下降 17% 和 16%。因此,与硫糖铝合用时,质子泵抑制剂至少需要较硫糖铝提前 30min 服用。临床试验中,抑酸剂与 PREVACID 缓释胶囊同时服用不会影响后者的疗效。

兰索拉唑具有明显长久的抑制胃酸的作用,因此,理论上会干扰一些药品的生物利用度和与胃 pH 值密切相关的药物的吸收(如地高辛、酮康唑、铁盐、氨苄青霉素酯等)。

5.4 致癌、致畸作用以及对生育的影响

Sprague-Dawley 鼠连续口服兰索拉唑 1~150mg/(kg·d) 24 个月,该剂量相当于一个 50kg 体重(平均体表面积按照 1.46m² 计算)患者服用 30mg/d(相当于 22.2 mg/m²)的 1~40 倍。能引起雄性和雌性大鼠剂量相关性的胃嗜铬细胞增生和嗜铬细胞瘤。也能增加两种性别大鼠胃上皮细胞肠腺化生的发生率。在雄性大鼠中,兰索拉唑可导致剂量相关的睾丸间质细胞瘤。上述腺瘤发生于治疗剂量为 15~150 mg/(kg·d)的大鼠中(相当于人按照体表面积计算推荐治疗剂量的 4~40 倍),超过了该种大鼠的最低背景发生率。在一组治疗剂量为 50mg/(kg·d)(相当于人按照体表面积计算推荐治疗剂量的 13 倍),治疗周期为 1 年的 30 只大鼠药物毒性研究中,有一只大鼠出现睾丸间质细胞瘤。

以 24 个月为周期的致癌研究中,CD-1 小鼠口服兰索拉唑 15~600 mg/(kg·d),相当于按照人体表面积推荐治疗剂量的 1~80 倍。兰索拉唑可导致剂量相关的胃嗜铬细胞增生。它也可增加肝脏肿瘤的发生率(肝细胞腺瘤和肝癌)。该肿瘤的发生率在治疗剂量为 300~600 mg/(kg·d)的雄性 CD-1 鼠和治疗剂量为 150~600 mg/(kg·d)的雌性 CD-1 鼠(分别为按照人体表面积推荐治疗剂量的 40~80 倍和 20~80 倍)中均超过了历史对照组的背景发生率。雄性 CD-1 鼠接受治疗剂量为 75~600 mg/(kg·d)(相当于人按照体表面积推荐治疗剂量的 10~80 倍)可发生睾丸间质瘤。

Ames 实验,离体大鼠肝细胞 UDS(unscheduled DNA synthesis)实验,体内鼠微核实验以及鼠骨髓细胞染色体畸变实验均未发现兰索拉唑有基因毒性。但是,兰索拉唑的体外人淋巴细胞染色体畸变反应为阳性。

口服兰索拉唑剂量至 150 mg/(kg·d)(相当于按照人体表面积推荐的治疗剂量的 40 倍)对雄性和雌性大鼠的生育和生殖能力无影响。

5.5 妊娠期分级:B 级

妊娠大鼠口服剂量至 150 mg/(kg·d)(相当于 40 倍按照人体表面积计算的推荐剂量),妊娠兔口服剂量至 30 mg/(kg·d)(相当于 16 倍按照人体表面积推荐剂量),未发现对生育能力和胎儿有影响。

然而在妊娠妇女中尚缺乏足够的有说服力的对照研究。由于动物生殖反应并不能完全体现人的状况,因此妊娠妇女在应用该药时需要有明确的指征。

5.6 哺乳期用药

兰索拉唑及其代谢产物能从大鼠的乳汁中分泌,目前不清楚人分泌的乳汁中是否含有兰索拉唑。但由于许多药物能从人乳中分泌,故推测兰索拉唑可能对婴儿有潜在的严重的副作用,加之在大鼠中证实有潜在的致癌作用,因此,需要在考虑母亲用该药的必要性的前提下决定是终止哺乳还是终止用药。

5.7 小儿用药

尚未评估该药对小儿的安全性和疗效。

5.8 女性用药

超过 800 名的女性用兰索拉唑,溃疡的治愈率和不良反应的发生率与男性相同。

5.9 老年患者用药

溃疡治愈率和不良反应的发生率以及实验室检测的毒性作用在老年人和年轻人中无差异。对于老年人无需调整用药剂量。

5.10 不良反应

在 2~3 期临床试验中,超过 6 100 名患者接受兰索拉唑不同时间和不同剂量的治疗,总体上能够很好耐受短期和长期的兰索拉唑治疗。

临床试验不良反应的发生率:下列是由主治医生报道的可能与兰索拉唑治疗有关的不良反应(见表 1)。这些不良反应在 1% 或以上的患者中发生,并且 PREVACID 处理组的发生率高于安慰剂组。

表 1 与安慰剂对照的短期治疗研究中可能发生的与治疗相关的不良反应

机体不良反应	PREVACID 处理组 (%) (n = 1 457)	安慰剂组 (%) (n = 467)
整体反应		
腹痛	1.8	1.3
消化系统		
腹泻	3.6	2.6
恶心	1.4	1.3

超过 1% 的患者出现头痛,但是安慰剂组中出现的几率高于治疗组。安慰剂组与每日服用 15mg 和 30mg 兰索拉唑组的腹泻发生率相同,但是每日服用 60mg 兰索拉唑组腹泻的发生率高于安慰剂组(上述发生率为 2.9% ,1.4% ,4.2% ,7.4%)。

报道最多的治疗相关的不良反应是腹泻。

下述是短期和长期治疗中报道的发生率小于

1% 的不良反应:①整体不良反应:乏力,念珠菌感染,胸痛(非特异性),水肿,发热,流感症状,口臭,感染(非特异性),抑郁,高血压或低血压,心梗,心悸,休克(循环衰竭),血管扩张。②消化系统:黑便,厌食,贲门痉挛,胆石,便秘,口干,消化不良,吞咽困难,嗝气,食管狭窄,食管溃疡,食管炎,大便颜色改变,胃肠胀气,胃底息肉,胃肠炎,胃肠出血,呕血,食欲增加,唾液分泌增加,直肠出血,口腔炎,里急后重,溃疡性结肠炎,呕吐。③内分泌系统:糖尿病,甲状腺肿大,高血糖或低血糖。④血液和淋巴系统:贫血,溶血。⑤营养和代谢紊乱:痛风,体重增加或减轻。⑥肌肉骨骼系统:关节炎,肌肉骨骼疼痛。⑦神经系统:兴奋,健忘,焦虑,冷漠,意识混乱,抑郁,眩晕,幻觉,偏瘫,侵犯性增加,性欲降低,神经过敏,感觉异常,思维混乱。⑧呼吸系统:哮喘,气管炎,咳嗽加剧,呼吸困难,鼻衄,咯血,呃逆,上呼吸道感染。⑨皮肤及附件:痤疮,脱发,瘙痒,皮疹,荨麻疹。⑩特殊感觉系统:弱视,耳聋,眼睛疼,视野缺损,耳传导系统炎症,味觉障碍,耳鸣。⑪泌尿生殖系统:月经紊乱,蛋白尿,乳腺增生,男性乳腺女性化,乳房压痛,糖尿,血尿,阳痿,肾结石。

5.11 与阿莫西林及克拉霉素联合用药

临床试验中,兰索拉唑与阿莫西林、克拉霉素三联治疗以及阿莫西林二联治疗,出现的不良反应与单独用药相同,未发现特殊的不良反应。

5.11.1 三联治疗:兰索拉唑/阿莫西林/克拉霉素

三联用药常见的不良反应依次为腹泻(7%),头痛(6%),味觉失常(5%)。三联用药与其中任意两种搭配用药不良反应的发生率相同。

5.11.2 二联用药:兰索拉唑/阿莫西林

兰索拉唑 3 次/d 合并阿莫西林 3 次/d 用药的常见不良反应依次为腹泻(8%),头痛(7%)。两者合用不良反应发生率不超过兰索拉唑单独用药。

5.12 实验室评价

下述改变认为属于兰索拉唑不良反应:肝功能指标不正常,SGOT、SCPT 升高,肌酐升高,碱性磷酸酶升高,球蛋白升高,白细胞升高,AG 比例异常,红细胞计数异常,胆红素血症,嗜酸细胞增多,高脂血症,电解质异常,胆固醇升高或降低,糖皮质激素升高,LDH 升高,血小板异常(升高或降低),胃泌素升高。其他实验室指标不正常偶有报道。

在安慰剂对照研究 AST、ALT 升高的患者中,0.4% 的安慰剂组患者和 0.3% 的兰索拉唑治疗组患者升高超过正常值上限的 3 倍以上,但无一例患者出

现黄疸。
临床试验中,兰索拉唑和阿莫西林以及克拉霉素合用或者兰索拉唑与阿莫西林合用,与单独用药相比,未发现特殊的生化指标的改变。

5.13 过量用药

大鼠和小鼠口服剂量至 1 500mg/kg(分别为按照人体表面积推算剂量的 1 300 倍和 675.7 倍),无死亡和相关临床症状。

兰索拉唑无法通过血透去除。有报道一例患者服用 600mg 兰索拉唑未出现不良反应。

6 剂量和用法

6.1 十二指肠溃疡

推荐成人口服 15mg/次,1 次/d,连续服用 4 周。

6.2 根除 Hp 以减少十二指肠溃疡的风险

6.2.1 三联疗法:兰索拉唑/阿莫西林/克拉霉素
推荐成人口服剂量:30 mg 兰索拉唑,1g 阿莫西林,500 mg 克拉霉素,均 2 次/d(12h 间隔给药),服用 14d。

6.2.2 二联疗法:兰索拉唑/阿莫西林 推荐成人口服剂量:30 mg 兰索拉唑,1g 阿莫西林,3 次/d(间隔 8 小时给药),服用 14d。

对于老年人和肾功能不全的患者需要参考阿莫西林和克拉霉素的禁忌证和用药注意事项。

6.3 十二指肠溃疡治愈患者的维持治疗

推荐成人剂量为 15mg/次,1 次/d。

6.4 胃溃疡

推荐成人剂量为 30 mg/1 次/d,连续服用 8 周以上。

6.5 糜烂性食管炎

推荐成人剂量为 30 mg/1 次/d,连续服用 8 周。未治愈的患者(约占 5% ~ 10%)可以加服 8 周。对于复发的糜烂性食管炎患者也可再服用 8 周。

6.6 糜烂性食管炎的维持治疗

推荐成人剂量 15 mg/1 次/d。

6.7 病理性的高酸分泌状态,包括 Zollinger - Ellison 综合征

需要根据患者的分泌状态进行个性化用药。推荐成人起始口服剂量 60mg/1 次/d。需要根据患者的实际情况调整用量并且持续至临床症状缓解。有报道用量达 90mg/2 次/d。若每日服用量超过 120mg,需要分次服用。有一些 Zollinger - Ellison 综合征患者持续服用兰索拉唑达 4 年之久。

对于肾功能不全患者和老年患者不需调整用量。有严重肝脏疾病的患者需要调整用量。

兰索拉唑缓释制剂需在饭前服用。

(军事医学科学院毒物药物研究所 孙建绪
摘译自 PDR 第 52 版 王文刚 校)

· 加油站 ·

奥美拉唑别名及商品名

商品名	生产厂家
洛赛克(注射剂、胶囊、片)	阿斯特拉
奥克(胶囊、注射剂)	常州四药
康奥(胶囊)	湖南康普制药
奥斯坦(胶囊)	广东汕头制药
奥巴唑(胶囊)	大西洋制药
澳美拉唑(肠溶片)	山东鲁南制药
得欣(胶囊)	海口海灵制药
金洛克(胶囊)	韩国钟根堂制药
奥赛康(胶囊)	江苏扬州制药
爱尼(肠溶片)	山西亚宝药业
福尔丁奥美拉唑(胶囊)	佛山康宝顺药业
彼司克(胶囊)	广东开平彼迪药业
金奥康(胶囊)	浙江金华康恩贝生物制药
洛美克(胶囊)	印度悉普拉药厂
海美拉(胶囊)	海口海灵药厂
洛凯(注射剂)	苏州第六制药
康普(胶囊)	海南康普制药

商品名	生产厂家
克迪圣(胶囊)	山东淄博万杰制药
绅丽雨(肠溶片)	北京大洋药业
奥西康(肠溶片、注射剂)	南京奥赛康药业
洛赛克 MUPS(胶囊)	瑞典阿斯利康药厂
奥美(肠溶片)	山东鲁南制药
绅丽丽(片)	太泽药业
奥西康(肠溶片)	江苏联环药业
洛镁赛(镁)(肠溶片)	河南奥森制药
双鲸吉立(肠溶片)	青岛双鲸药业
斯胃宁(胶囊)	云南通用善美制药
延风(胶囊)	东北制药沈阳市延风制药

[别名] 沃必唑、渥米哌唑、亚砒咪唑、欧麦亚砒、艾斯特、安胃哌唑、甲氧磺唑、卫全、Lomac、Mopral

(赵志刚供稿)