

艾司奥美拉唑对消化性溃疡并上消化道出血患者胃功能的影响

赵延斌

(融安县人民医院消化内科, 广西 柳州 545400)

摘要: **目的** 研究艾司奥美拉唑对消化性溃疡并上消化道出血患者血清胃蛋白酶原 I(PGI)、胃蛋白酶原 II(PGII)、胃泌素-17(G-17)水平的影响。**方法** 按照随机数字表法将融安县人民医院 2019 年 1 月至 12 月收治的 104 例消化性溃疡并上消化道出血患者分为对照组和观察组, 各 52 例。给予对照组患者兰索拉唑治疗, 观察组患者艾司奥美拉唑治疗, 两组患者均连续治疗 1 周。比较两组患者治疗前后血清 PGI、PGII、G-17 与 pH 值水平, 治疗后临床疗效、幽门螺旋杆菌 (Hp) 清除率及临床指标。**结果** 观察组患者治疗后临床总有效率、Hp 清除率均高于对照组; 观察组患者止血时间、血压稳定时间、腹痛缓解时间均较对照组缩短; 治疗后两组患者血清 PGI、PGII 水平均降低, 且观察组低于对照组; 两组患者 pH 值、血清 G-17 水平均升高, 且观察组高于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 艾司奥美拉唑可有效缓解消化性溃疡并上消化道出血患者临床症状, 抑制胃酸, 从而改善胃功能, 提高 Hp 清除率, 促进患者病情恢复。

关键词: 消化性溃疡; 上消化道出血; 艾司奥美拉唑; 胃蛋白酶原 I; 胃蛋白酶原 II; 胃泌素-17

中图分类号: R573.2

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.11.0099.02

消化性溃疡的发生与多种因素相关, 其中与胃酸分泌关系密切, 大量胃酸分泌会直接伤害胃黏膜, 进而诱发溃疡, 造成上消化道出血, 因此临床主要使用质子泵抑制剂来抑制胃酸分泌进行治疗, 兰索拉唑具有调节外周胃酸分泌与抑制中枢的作用, 但长期使用会导致萎缩性胃炎与胃酸反弹。艾司奥美拉唑通过抑制血小板聚集和局部凝血抑制胃内酸度, 具有较高的耐受性和安全性, 被广泛应用于临床^[1]。本研究旨在探讨艾司奥美拉唑对消化性溃疡并上消化道出血患者血清胃蛋白酶原 I(PGI)、胃蛋白酶原 II(PGII)、胃泌素-17(G-17)水平的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将融安县人民医院 2019 年 1 月至 12 月收治的 104 例消化性溃疡并上消化道出血患者按照随机数字表法分为对照组和观察组, 各 52 例。对照组患者疾病类型: 十二指肠溃疡出血 19 例, 胃溃疡出血 18 例, 急性糜烂出血性胃炎 15 例; 女性 21 例, 男性 31 例; 年龄 31~68 岁, 平均 (55.20±8.00) 岁。观察组患者疾病类型: 十二指肠溃疡出血 18 例, 胃溃疡出血 19 例, 急性糜烂出血性胃炎 15 例; 女性 22 例, 男性 30 例; 年龄 33~67 岁, 平均 (55.11±8.02) 岁。两组患者一般资料相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间具有可比性。纳入标准: 符合《实用内科学》^[2] 中的消化性溃疡并上消化道出血相关诊断标准者; 经胃镜黏膜活检检查确诊者等。排除标准: 溃疡癌变或癌性溃疡者; 合并严重脏器功能异常者; 正在服用糖皮质激素或非甾体类药物者等。本研究经院内医学

伦理委员会批准, 纳入研究的患者或家属均签署知情同意书。

1.2 方法 给予对照组患者口服兰索拉唑片 (辰欣药业股份有限公司, 国药准字 H20093366, 规格: 30 mg/片) 治疗, 30 mg/次, 2 次/d。给予观察组患者注射用艾司奥美拉唑钠 (福安药业集团湖北人民制药有限公司, 国药准字 H20183130, 规格: 40 mg) 治疗, 将 40 mg 注射用艾司奥美拉唑钠溶于 0.9% 氯化钠溶液 100 mL 中静脉滴注, 2 次/d。两组患者均连续治疗 1 周。

1.3 观察指标 ①对比两组患者的临床疗效。治疗 3 d 后出血停止, 无腹部疼痛, 粪便隐血试验显示阴性为显效; 治疗 5 d 后出血停止, 腹部疼痛有所缓解为有效; 治疗 5 d 后仍有出血, 腹部疼痛症状无改善甚至恶化为无效^[2]。总有效率 = 显效率 + 有效率。②对比两组患者的临床指标 (止血时间、血压稳定时间、腹痛缓解时间)。③对比两组患者的血清 PGI、PGII、G-17 及 pH 值水平。于治疗前后采集两组患者空腹静脉血 2 mL, 以 3 000 r/min 的转速离心 10 min 取血清, 采用酶联免疫吸附试验法检测血清 PGI、PGII、G-17 水平; 采用精密 pH 试纸测定胃液 pH 值。④对比两组患者幽门螺旋杆菌 (Hp) 清除率。采用 C14 呼气检测仪进行检测, 经过 2 次或 2 次以上呼气检测均为阴性为清除。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件分析数据, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组患者治疗后临床总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	52	19(36.54)	25(48.08)	8(15.38)	44(84.62)
观察组	52	30(57.69)	21(40.38)	1(1.92)	51(98.08)
χ^2 值					4.379
P 值					<0.05

2.2 临床指标 观察组患者止血时间、血压稳定时间、腹痛缓解时间均较对照组缩短, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$, h)

组别	例数	止血时间	血压稳定时间	腹痛缓解时间
对照组	52	2.90±0.20	10.25±1.54	2.68±0.32
观察组	52	1.75±0.13	7.16±1.02	1.45±0.20
t 值		34.765	12.063	23.505
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 血清 PGI、PGII、G-17 水平与 pH 值 治疗后两组患者血清 PGI、PGII 水平均较治疗前降低, 且观察组低于对照组; 两组患者血清 G-17 与 pH 值水平均升高, 且观察组高于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.05$), 见表 3。

2.4 Hp 清除率 治疗后, 观察组患者的 Hp 清除率为 92.31% (48/52), 高于对照组的 73.08% (38/52), 差异有统计学意义 ($\chi^2=6.718, P<0.05$)。

3 讨论

临床上消化性溃疡并上消化道出血的治疗原则首先是止血, 兰索拉唑为质子泵抑制剂, 可抑制胃酸的分泌, 提高胃内 pH 值, 促进胃黏膜损伤的修复, 恢复胃黏膜的屏障功能, 大部分患者经保守治疗即可达到有效止血的效果, 但由于其在酸性环境下不稳定, 故治疗效果不佳^[3-4]。

艾司奥美拉唑属于质子泵抑制剂中的一种, 能特异性地作用于胃黏膜壁细胞中, 抑制胃内钠钾泵的活性, 从而抑制胃酸的分泌, 促进溃疡愈合^[5]。本研究中, 与对照组相比, 观察组患者治疗后临床总有效率较高; 观察组患者止血时间、血压稳定时间、腹痛缓解时间均缩短; 观察组患者的 Hp 清除率较高, 提示艾司奥美拉唑可加快消

化性溃疡并上消化道出血患者缓解临床症状的时间, 提高 Hp 清除率, 从而提高临床疗效, 促进病情恢复。PGI 和 PGII 是胃黏膜细胞分泌的一种蛋白, 其水平可反映胃黏膜功能的改变; G-17 分泌主要受胃内 pH 值、G 细胞数量和进食的影响, 用于筛查和诊断萎缩性胃炎和胃癌^[6]。艾司奥美拉唑用药后药物有效成分能集聚在酸性环境中, 并分布在胃黏膜壁周围与微管中的管状泡上, 从而发挥抑制胃酸的作用^[7-8]。本研究中, 与对照组相比, 观察组患者治疗后血清 PGI、PGII 水平均降低, 血清 G-17 与 pH 值水平均升高, 提示艾司奥美拉唑可有效改善消化性溃疡并上消化道出血患者的胃功能, 抑制胃酸, 促进病情恢复。

综上, 艾司奥美拉唑可有效缓解消化性溃疡并上消化道出血患者的临床症状, 抑制胃酸, 从而改善胃功能, 提高 Hp 清除率, 促进患者病情恢复, 值得临床推广与应用。

参考文献

- [1] 李阳, 屈亚威, 高健翎, 等. 内镜下止血联合不同剂量艾司奥美拉唑治疗急性消化性溃疡出血效果分析研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21(35): 4350-4353.
- [2] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1838.
- [3] 吴建华, 陈晓敏. 阿莫西林联合奥美拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的随机对照研究 [J]. 药物评价研究, 2019, 42(5): 960-962.
- [4] 刘宁, 徐虹, 何宝国, 等. 兰索拉唑联合奥曲肽治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的临床效果及安全性分析 [J]. 现代生物医学进展, 2018, 18(12): 2339-2342, 2338.
- [5] 刘世明, 任文生. 生长抑素联合艾司奥美拉唑治疗急性上消化道出血的临床效果 [J]. 血栓与止血学, 2020, 26(2): 193-194.
- [6] 石晓蕾. 云南白药联合艾司奥美拉唑治疗消化性溃疡并出血的疗效观察 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(11): 894-895.
- [7] 肖勇, 方玉明, 夏正新. 清热降逆止血方联合奥美拉唑治疗急性非静脉曲张上消化道出血胃热壅盛证临床研究 [J]. 国际中医中药杂志, 2019, 41(4): 347-351.
- [8] 蔡陈效, 韩丰, 陈钰, 等. 不同剂量奥美拉唑治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡合并上消化道出血的疗效分析 [J]. 中国卫生检验杂志, 2019, 29(10): 1207-1210.

表 3 两组患者血清 PGI、PGII、G-17 与 pH 值水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PGI(ng/mL)		PGII(ng/mL)		G-17(μg/L)		pH 值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	52	206.10±12.45	148.20±12.40*	24.02±1.68	14.02±1.65*	80.20±10.45	114.02±8.20*	1.75±0.28	5.56±0.60*
观察组	52	205.36±12.40	122.36±9.20*	24.10±1.65	8.20±1.05*	80.12±10.40	129.32±6.10*	1.82±0.30	6.02±0.43*
t 值		0.304	12.068	0.245	21.459	0.039	10.795	1.230	4.494
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P<0.05$ 。PGI: 胃蛋白酶原 I; PGII: 胃蛋白酶原 II; G-17: 胃泌素-17。