

# 泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的效果和作用机制探讨

高足伦

(开江县中医院消化内科, 四川 达州 636250)

**摘要:** **目的** 探讨应用泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血患者对其炎症因子水平的影响。**方法** 选取2019年5月至2021年12月开江县中医院收治的110例消化性溃疡合并上消化道出血患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各55例。所有患者入院后均给予禁食、吸氧、补液、维持酸碱平衡等常规治疗,对照组患者在其基础上采用注射用奥美拉唑治疗,观察组患者在其基础上采用注射用泮托拉唑钠治疗,7d为1个疗程,均治疗2个疗程。比较两组患者治疗后的临床疗效;比较两组患者临床症状改善时间;比较两组患者治疗前后血清降钙素原(PCT)、白细胞介素-2(IL-2)、白细胞介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )、C-反应蛋白(CRP)水平;比较两组患者治疗期间不良反应发生情况。**结果** 治疗后,观察组患者总有效率为96.36%,高于对照组的76.36%;观察组患者停止呕血时间、胃镜显示止血时间、大便潜血阴性时间、大便转黄时间均短于对照组;治疗后两组患者血清PCT、IL-1 $\beta$ 、CRP水平与治疗前比均降低,血清IL-2水平与治疗前比均升高,且治疗后观察组患者血清PCT、IL-1 $\beta$ 、CRP水平低于对照组,血清IL-2水平高于对照组;治疗期间,观察组患者不良反应总发生率为1.82%,低于对照组的25.45%(均 $P<0.05$ )。**结论** 泮托拉唑可明显缩短消化性溃疡合并上消化道出血患者临床症状消退时间,提高止血效果,同时可有效抑制患者炎症反应,且安全性较高。

**关键词:** 消化性溃疡;上消化道出血;泮托拉唑;奥美拉唑;降钙素原;白细胞介素-2;白细胞介素-1 $\beta$ ;C-反应蛋白;不良反应

**中图分类号:** R573.1

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.08.0041.03

消化性溃疡是指胃肠黏膜被胃蛋白酶或胃酸自身消化而引起的溃疡,其发病机制及原因可能与幽门螺旋杆菌感染、服用非甾体类抗炎药物等有关,诱发因素可能与饮酒、长期应激反应及心理因素等有关,临床表现为上腹部烧灼样疼痛,可伴有不同程度的反酸、嗝气及上腹饱胀等症状,严重者可导致上消化道出血,引起不同程度的呕吐和黑粪等。临床治疗消化性溃疡合并上消化道出血多以介入止血与药物治疗为主,其中奥美拉唑主要用于十二指肠溃疡和卓-艾综合征患者,也可用于胃溃疡患者,且静脉注射可用于消化性溃疡急性出血的治疗,奥美拉唑能够促进血小板生理功能恢复,缩短溃疡愈合时间,从而达到快速止血的作用,可在一定程度上缓解患者症状,但采用该药物治疗易出现头痛、呕吐等不良反应<sup>[1]</sup>。泮托拉唑属于一种新型胃酸分泌抑制剂,为弱碱性,该药物在阻碍胃酸分泌的同时能够促使胃酸的酸度下降,从而对胃酸侵蚀溃疡出血面进行抑制,降低发生再出血风险<sup>[2]</sup>。基于此,本研究选取110例消化性溃疡合并上消化道出血患者进行研究,旨在探讨泮托拉唑对消化性溃疡合并上消化道出血患者炎症因子水平的影响,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2019年5月至2021年12月开江县中医院收治的110例消化性溃疡合并上消化道出血患者,

按照随机数字表法分为对照组(55例,在常规治疗的基础上,给予注射用奥美拉唑钠进行治疗)和观察组(55例,在常规治疗的基础上给予注射用泮托拉唑钠治疗)。对照组中男、女患者分别为32、23例;年龄20~70岁,平均(45.14 $\pm$ 12.13)岁;病程1~5年,平均(3.14 $\pm$ 0.59)年;基础疾病:胃溃疡21例,十二指肠溃疡34例。观察组中男、女患者分别为30、25例;年龄20~69岁,平均(44.13 $\pm$ 12.01)岁;病程1~5年,平均(3.05 $\pm$ 0.67)年;基础疾病:胃溃疡19例,十二指肠溃疡36例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),组间可比。纳入标准:符合《临床疾病诊断与疗效判断标准》<sup>[3]</sup>中消化性溃疡合并上消化道出血的相关诊断标准者,并经影像学检查确诊者;大便潜血试验阳性者;临床表现为呕血、黑粪等症状者;依从性较好,能够积极配合治疗者等。排除标准:伴有消化道恶性肿瘤者;伴有消化系统严重感染者;对本研究药物过敏者;伴有血液系统疾病者;肝、肾等重要器官严重损害者等。研究经院内医学伦理委员会批准,患者签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 所有患者入院后均给予补液、维持酸碱平衡、禁食、吸氧等常规治疗。对照组患者在常规治疗的基础上,将80mg注射用奥美拉唑钠(广东健信制药股份有限公司,国药准字H20056145,规格:40mg),溶

入 250 mL 浓度为 0.9% 氯化钠注射液 (武汉爱民制药股份有限公司, 国药准字 H42022193, 规格: 5 mL : 45 mg) 中, 于 30~60 min 内静脉滴注完毕, 1 次 /d。观察组患者在常规治疗的基础上, 将 80 mg 注射用泮托拉唑钠 (海南锦瑞制药有限公司, 国药准字 H20143058, 规格: 80 mg/支), 溶入 250 mL 浓度为 5% 葡萄糖注射液 (大连大冢制药有限公司, 国药准字 H21024289, 规格: 250 mL : 12.5 g) 中, 于 30~60 min 内静脉滴注完毕, 1 次 /d。7 d 为 1 个疗程, 均治疗 2 个疗程。

**1.3 观察指标** ①根据《临床疾病诊断与疗效判断标准》<sup>[1]</sup>判定两组患者临床疗效, 其中治疗 3 d 内患者出血停止, 且患者大便颜色恢复正常为显效; 治疗 3~5 d 内患者出血停止, 且患者大便颜色变浅为有效; 治疗 5 d 后患者出血未停止, 仍有黑便为无效。总有效率 = 显效率 + 有效率。②观察并记录两组患者停止呕血时间、胃镜显示止血时间、大便潜血阴性时间、大便转黄时间。③比较两组患者血清降钙素原 (PCT)、白细胞介素-2 (IL-2)、白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )、C-反应蛋白 (CRP) 水平, 分别于治疗前后, 抽取两组患者晨起空腹静脉血 5 mL, 以 3 500 r/min 的转速离心 10 min, 取血清, 予以全自动生化分析仪 (长春市布拉泽医疗科技有限公司, 型号: BBA-460) 测定两组患者血清 PCT、IL-2、IL-1 $\beta$ 、CRP 水平。④记录两组患者治疗期间头痛、呕吐及口干的不良反应发生情况。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析, 计量资料 (临床症状消退时间及血清 PCT、IL-2、IL-1 $\beta$ 、CRP 水平) 用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 行  $t$  检验; 计数资料 (临床总有效率与不良反应总发生率) 用 [例 (%)] 表示, 行  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效** 观察组患者的治疗总有效率为 96.36%, 高于对照组的 76.36%, 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	55	31(56.36)	11(20.00)	13(23.64)	42(76.36)
观察组	55	44(80.00)	9(16.36)	2(3.64)	53(96.36)
$\chi^2$ 值					9.340
$P$ 值					<0.05

**2.2 临床症状消退时间** 观察组患者停止呕血时间、胃镜显示止血时间、大便潜血阴性时间、大便转黄时间与对照组比均缩短, 差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ ), 见表 2。

**2.3 血清 PCT、IL-2、IL-1 $\beta$ 、CRP 水平** 治疗后两组患者血清 PCT、IL-1 $\beta$ 、CRP 水平与治疗前比均降低, 且观察组低于对照组; 两组患者血清 IL-2 水平与治疗前比均升高, 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 不良反应** 治疗期间, 观察组患者不良反应总发生率为 1.82%, 低于对照组的 25.45%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 [例 (%)]

组别	例数	头痛	呕吐	口干	总发生
对照组	55	3(5.45)	2(3.64)	9(16.36)	14(25.45)
观察组	55	0(0.00)	0(0.00)	1(1.82)	1(1.82)
$\chi^2$ 值					13.046
$P$ 值					<0.05

表 2 两组患者临床症状消退时间比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	停止呕血时间	胃镜显示止血时间	大便潜血阴性时间	大便转黄时间
对照组	55	4.19 $\pm$ 1.26	5.28 $\pm$ 1.79	7.16 $\pm$ 2.77	5.14 $\pm$ 2.19
观察组	55	1.34 $\pm$ 0.45	2.13 $\pm$ 0.87	2.39 $\pm$ 1.05	2.11 $\pm$ 0.63
$t$ 值		15.797	11.738	11.942	9.861
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组患者血清 PCT、IL-2、IL-1 $\beta$ 、CRP 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	PCT(ng/mL)		IL-2(ng/mL)		IL-1 $\beta$ (ng/mL)		CRP(mg/L)	
		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	55	0.55 $\pm$ 0.12	0.27 $\pm$ 0.03*	1.49 $\pm$ 0.23	2.45 $\pm$ 0.56*	0.56 $\pm$ 0.04	0.37 $\pm$ 0.05*	20.74 $\pm$ 5.64	15.94 $\pm$ 1.25*
观察组	55	0.52 $\pm$ 0.11	0.14 $\pm$ 0.01*	1.51 $\pm$ 0.18	3.97 $\pm$ 0.24*	0.56 $\pm$ 0.07	0.33 $\pm$ 0.05*	20.29 $\pm$ 5.53	7.34 $\pm$ 1.56*
$t$ 值		1.367	30.488	0.508	18.502	0.000	4.195	0.423	31.905
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, \* $P < 0.05$ ; PCT: 降钙素原; IL-2: 白细胞介素-2; IL-1 $\beta$ : 白细胞介素-1 $\beta$ ; CRP: C-反应蛋白。

### 3 讨论

上消化道出血是指胃、十二指肠发生的出血性病变,包括慢性隐性出血、慢性显性出血及急性大出血,诱发因素与消化性溃疡、食管胃底静脉曲张及急性黏膜撕裂综合征等疾病有关,其中消化性溃疡较为常见。目前临床上治疗消化性溃疡多采用抗菌药物联合质子泵抑制剂方案<sup>[4]</sup>。奥美拉唑是一种质子泵抑制剂,能够选择性地作用于胃黏膜壁细胞上,且可持久性抑制胃酸,促进溃疡愈合,发挥止血作用,但由于该药物抑酸作用较强,长期使用可导致胃黏膜功能受损,形成萎缩性胃炎,临床疗效欠佳<sup>[5-6]</sup>。因此,积极寻求一种有效的治疗方案对提高消化性溃疡合并上消化道出血患者临床治疗效果意义重大。

与奥美拉唑相比,泮托拉唑的生物利用度较高,口服药物后在胃中快速活化,在弱酸环境下较奥美拉唑稳定,可阻碍壁细胞内的 $H^+$ 转运到胃中,减少胃液分泌,并抑制胃蛋白酶活性,进而缩短消化性溃疡合并上消化道出血患者临床症状缓解时间<sup>[7]</sup>;此外,泮托拉唑通过抑制胃肠激素的释放,减少胃泌素与胃酸的分泌,使出血处的酸碱度得以改善,利于止血<sup>[8-9]</sup>。本研究中,观察组患者总有效率与对照组比升高,停止呕血时间、胃镜显示止血时间、大便潜血阴性时间、大便转黄时间与对照组比均缩短,说明泮托拉唑治疗可明显缩短消化性溃疡合并上消化道出血患者临床症状缓解时间,提高临床疗效,与李敏<sup>[10]</sup>研究结果一致。

炎症反应是消化性溃疡的重要病理改变,血清CRP、PCT水平升高,炎症反应加剧,从而促进胃酸分泌,加重消化道溃疡<sup>[11-12]</sup>;血清IL-2为机体常见抑炎因子,其与血细胞生长因子相互协调,相互作用,共同参与造血和免疫调节功能;IL-1 $\beta$ 为常见的先天免疫和炎症的中枢介质,其与消化道上皮细胞中的表皮生长因子受体结合后,参与消化道炎症反应,其水平升高,机体炎症反应加剧,病情恶化<sup>[13-14]</sup>。泮托拉唑为第三代质子泵抑制剂,能够对胃黏膜壁细胞活性产生直接降低作用,从而对炎症细胞形成抑制;此外,泮托拉唑给药后可在短时间内发挥药效,有效抑制胃酸的合成,减少胃酸反流进入食管对胃的刺激,故治疗后消化道不良反应较少,安全性高<sup>[15-16]</sup>。本研究中,治疗后,观察组患者血清CRP、PCT、IL-1 $\beta$ 水平与对照组比均降低,血清IL-2水平升高;治疗期间,观察组患者不良反应总发生率与对照组比降低,说明泮托拉唑治疗可明显减轻消化性溃疡合并上消化道出血患者炎症反应,且安全性较高,与张艳梅等<sup>[17]</sup>研究结果基本相符。

综上,泮托拉唑治疗可明显缩短消化性溃疡合并上消化道出血患者临床症状改善时间,对患者炎症反应形成抑制,提高临床疗效,且安全性良好,值得临床推广。

### 参考文献

- [1] 吕胜来,袁学进,邱洪兵,等.大剂量奥美拉唑与奥曲肽治疗消化性溃疡合并上消化道出血的效果及对患者输血量的影响研究[J].山西医药杂志,2018,47(9):1062-1064.
- [2] 颜小丹,周金虎.奥曲肽联合泮托拉唑治疗老年消化性溃疡合并上消化道出血的疗效及对凝血功能和炎症因子的影响[J].中国老年学杂志,2018,38(12):2902-2904.
- [3] 孙明,王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术出版社,2010:216.
- [4] 何红见,董顺宝,邵玉东,等.老年性上消化道出血临床分析[J].临床消化病杂志,2020,32(6):367-370.
- [5] 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.
- [6] 张琼,刘海霞.不同剂量奥美拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床研究[J].医学综述,2013,19(17):3217-3218.
- [7] 朱文娟.奥曲肽联合泮托拉唑治疗老年消化性溃疡合并上消化道出血患者的疗效及对凝血功能的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(22):55-57.
- [8] 吴士锋.泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床效果及对患者住院时间的影响观察[J].中国实用医药,2019,14(4):113-114.
- [9] 汪秀梅,罗金键,王康康.泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床观察[J].山西医药杂志,2019,48(24):3074-3076.
- [10] 李敏.分析消化性溃疡合并上消化道出血患者应用泮托拉唑治疗的效果[J].中国实用医药,2021,16(26):120-122.
- [11] 王淑梅.泮托拉唑联合奥曲肽治疗消化性溃疡并上消化道出血的临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2018,12(6):147-148.
- [12] 丘海峰.泮托拉唑、奥曲肽用于消化性溃疡伴上消化道出血患者治疗中的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2019,12(14):3-4.
- [13] 高向君,林萌.泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15(13):11-14.
- [14] 鲍磊,马进,严明科,等.泮托拉唑联合卡络磺钠对上消化道出血的疗效及对凝血纤溶系统功能的影响[J].贵州医药,2017,41(4):378-380.
- [15] 邓少义.分析泮托拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床效果[J].中国医药指南,2020,18(3):59.
- [16] 邱博芸,章阳,韩思静.生长抑素联合泮托拉唑治疗急性上消化道出血及对患者血清超敏-C反应蛋白的影响[J].标记免疫分析与临床,2017,24(7):786-788.
- [17] 张艳梅,王慧莉,杜卉莲,等.奥曲肽联合泮托拉唑对老年上消化道出血疗效及对患者C-反应蛋白质和白细胞介素水平的影响研究[J].陕西医学杂志,2019,48(3):386-388,392.