

• 消化系统疾病专题

埃索美拉唑治疗消化性溃疡对患者
血清炎症因子的影响

陈 飞, 杨正武*

(1. 公安县第二人民医院药剂科; 2. 公安县第二人民医院内科, 湖北 荆州 434318)

【摘要】目的 分析埃索美拉唑治疗消化性溃疡对患者血清白细胞介素-8 (IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏-C反应蛋白 (hs-CRP) 水平的影响, 为临床治疗消化性溃疡提供参考依据。方法 按照随机数字表法将 2020 年 2 月至 2021 年 2 月公安县第二人民医院收治的 94 例消化性溃疡患者分为对照组与研究组, 各 47 例。两组患者均进行阿莫西林+克拉霉素等常规治疗, 在常规治疗的基础上对照组患者采用奥美拉唑治疗, 研究组患者采用埃索美拉唑治疗, 两组患者均治疗 1 个月。比较两组患者临床疗效, 治疗前后上腹痛、反酸、恶心等临床症状积分, 血清 IL-8、TNF- α 、hs-CRP 水平及生理功能、认知功能、角色功能、社会功能、精神健康评分, 以及治疗期间口干、皮疹、发热等不良反应发生情况。结果 治疗后两组患者临床总有效率比较, 研究组显著高于对照组; 治疗后两组患者上腹痛、反酸、恶心等临床症状积分及血清 IL-8、TNF- α 、hs-CRP 水平均显著降低, 研究组显著低于对照组; 两组患者生理功能、认知功能、角色功能、社会功能、精神健康评分均显著高于治疗前, 且研究组显著高于对照组 (均 $P<0.05$); 研究组患者口干、皮疹、发热等不良反应总发生率高于对照组, 但经比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论 相对于常规治疗+奥美拉唑的方案, 常规治疗+埃索美拉唑治疗消化性溃疡可提高患者临床疗效, 缓解患者临床症状, 降低炎症因子水平, 提高生活质量, 且安全性良好。

【关键词】消化性溃疡; 埃索美拉唑; 白细胞介素-8; 肿瘤坏死因子- α ; 超敏-C反应蛋白

【中图分类号】R573.1

【文献标识码】A

【文章编号】2096-3718.2023.04.0016.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.006

消化性溃疡常发生于胃和十二指肠, 溃疡的形成可由多种原因引起, 其中最基本的原因因酸性胃液对胃黏膜的消化作用, 临床主要症状表现为上腹部疼痛、反酸、恶心等, 如不及时治疗, 可出现上消化道出血、穿孔、幽门梗阻、癌变等并发症; 另外, 消化性溃疡患者大多数伴有幽门螺杆菌感染, 故幽门螺杆菌不根除, 则不利于溃疡愈合。目前, 临床治疗消化性溃疡常用抗幽门螺杆菌的三联疗法, 阿莫西林和克拉霉素均为临床上常用的抗生素类药物, 且均具有抗幽门螺杆菌的效果, 奥美拉唑是第一代的质子泵抑制剂, 其可通过选择性地作用于胃黏膜壁细胞, 从根本上减少胃酸的分泌, 但奥美拉唑在临床用药过程中, 会导致部分患者出现胃肠道不良反应, 影响治疗效果^[1-2]。埃索美拉唑是第二代的质子泵抑制剂, 也是奥美拉唑的纯左旋光学异构体, 奥美拉唑、埃索美拉唑作用机制和临床使用范围相似, 但埃索美拉唑抑酸作用比奥美拉唑更强, 受代谢基因多态性的影响较小, 且不良反应相对较少^[3]。因此, 本研究旨在分

析埃索美拉唑治疗消化性溃疡对患者血清白细胞介素-8 (IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏-C反应蛋白 (hs-CRP) 水平的影响, 并对其生活质量进行分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将 2020 年 2 月至 2021 年 2 月公安县第二人民医院收治的 94 例消化性溃疡患者分为对照组与研究组, 各 47 例。对照组中男、女患者分别为 27、20 例; 年龄 18~80 岁, 平均 (44.71 \pm 6.25) 岁; 病程 1~7 年, 平均 (3.51 \pm 0.18) 年; 疾病类型: 胃溃疡 15 例、十二指肠溃疡 23 例、幽门管溃疡 9 例。研究组中男、女患者分别为 28、19 例; 年龄 19~79 岁, 平均 (44.75 \pm 6.27) 岁; 病程 2~7 年, 平均 (3.48 \pm 0.19) 年; 疾病类型: 胃溃疡 16 例、十二指肠溃疡 24 例、幽门管溃疡 7 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 可对组间进行比较。纳入标准: 符

作者简介: 陈飞, 大学本科, 副主任药师, 研究方向: 临床药学。

通信作者: 杨正武, 大学本科, 主任医师, 研究方向: 内科疾病的诊疗。E-mail: 2539600368@qq.com

合《现代临床内科疾病诊疗技术》^[4]中有关消化性溃疡的诊断标准者；均存在不同程度上腹痛、反酸、恶心、厌食等临床表现者；幽门螺杆菌检查结果显示阳性者；胃镜检查可见活动性消化性溃疡者等。排除标准：入院前 1 周服用过抑酸药物者；凝血功能障碍者；存在消化性溃疡并发症者；妊娠期、哺乳期患者等。此次研究方案已经院内医学伦理委员会批准，所有患者均签署知情同意书。

1.2 治疗方法 两组患者均进行阿莫西林胶囊（哈药集团三精明水药业有限公司，国药准字 H20123142，规格：0.5 g/粒）口服治疗，1 g/次，2 次/d；克拉霉素片（上海雅培制药有限公司，国药准字 H20033044，规格：0.25 g/片）口服治疗，0.5 g/次，2 次/d。对照组患者联合奥美拉唑肠溶片（湖南方盛制药股份有限公司，国药准字 H20103295，规格：20 mg/片）口服治疗，20 mg/次，2 次/d，于每天早晚空腹服用。研究组患者联合艾司奥美拉唑镁肠溶片（阿斯利康制药有限公司，国药准字 H20046379，规格：20 mg/片）口服治疗，20 mg/次，2 次/d，于每天早晚空腹服用。两组患者均连续治疗 1 个月。

1.3 观察指标 ①临床疗效。治疗后参照《现代临床内科疾病诊疗技术》^[4]中的相关标准将临床疗效分为显效、有效、无效。临床症状表现（上腹部疼痛、反酸、恶心等）和溃疡创面均消失，幽门螺杆菌检查结果显示阴性，恢复正常生活评定为显效；临床症状表现改善，溃疡创面缩小 >50%，幽门螺杆菌检查结果显示阴性，评定为有效；临床症状表现未见好转，溃疡创面缩小 ≤ 50%，幽门螺杆菌检查结果显示阳性，评定为无效。总有效率 = 显效率 + 有效率。②临床症状恢复情况。治疗前后比较两组患者上腹痛、反酸、恶心临床症状积分，分值范围为 0~3 分，无症状为 0 分；轻度症状，对日常生活稍有影响为 1 分；中度症状，对日常生活有影响，但可忍受为 2 分；症状严重不可忍受为 3 分^[5]。③炎症因子。取患者治疗前后清晨空腹静脉血 3 mL，离心转速设置为 3 000 r/min，离心时间设置为 10 min，离心取血清，检测血清 IL-8、TNF-α、hs-CRP 水平，检测方法为酶联免疫吸

附实验法。④生活质量。治疗前后采用简明健康状况量表（SF-36）^[6]评估患者生活质量（生理功能、认知功能、角色功能、社会功能、精神健康），每项总分 100 分，分值越低提示生活质量越差。⑤不良反应。收集并比较两组患者口干、皮疹、发热等不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据，计数资料（临床疗效，口干、皮疹、发热不良反应发生情况）以[例(%)]表示，行 χ^2 检验；计量资料（上腹痛、反酸、恶心临床症状积分，血清 IL-8、TNF-α、hs-CRP 水平，生活质量评分）首先进行正态性和方差齐性检验，若检验符合正态分布且方差齐则以($\bar{x} \pm s$)表示，两组间比较采用 *t* 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗后两组患者临床总有效率比较，研究组显著高于对照组，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	47	27(57.45)	12(25.53)	8(17.02)	39(82.98)
研究组	47	40(85.11)	6(12.77)	1(2.13)	46(97.87)
χ^2 值					4.424
<i>P</i> 值					<0.05

2.2 两组患者临床症状恢复情况比较 治疗后两组患者上腹痛、反酸、恶心等临床症状积分均显著降低，研究组显著低于对照组，差异均有统计学意义（均 *P* < 0.05），见表 2。

2.3 两组患者血清炎症因子水平比较 治疗后两组患者血清 IL-8、TNF-α、hs-CRP 水平均显著降低，研究组显著低于对照组，差异均有统计学意义（均 *P* < 0.05），见表 3。

2.4 两组患者生活质量比较 治疗后两组患者生理功能、认知功能、角色功能、社会功能、精神健康评分均显著高于治疗前，且研究组显著高于对照组，差异均有统计学意义（均 *P* < 0.05），见表 4。

2.5 两组患者不良反应发生情况比较 研究组患者治疗期间不良反应总发生率低于对照组，但经比较，差异无统

表 2 两组患者临床症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	上腹痛		反酸		恶心	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	47	2.76 ± 0.11	1.06 ± 0.17*	2.69 ± 0.15	0.97 ± 0.12*	2.57 ± 0.14	0.89 ± 0.11*
研究组	47	2.79 ± 0.10	0.52 ± 0.15*	2.67 ± 0.17	0.42 ± 0.10*	2.54 ± 0.17	0.33 ± 0.14*
<i>t</i> 值		1.383	16.329	0.605	24.139	0.934	21.563
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P* < 0.05。

表 3 两组患者血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-8(pg/mL)		TNF- α (pg/mL)		hs-CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	47	20.18 \pm 4.14	13.11 \pm 1.60*	14.29 \pm 3.57	6.02 \pm 1.20*	16.70 \pm 4.59	14.51 \pm 1.50*
研究组	47	20.10 \pm 1.18	9.00 \pm 1.54*	14.25 \pm 3.27	3.54 \pm 1.23*	16.64 \pm 4.57	7.67 \pm 1.52*
<i>t</i> 值		0.127	12.688	0.057	9.894	0.064	21.959
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P*<0.05。IL-8：白细胞介素-8；TNF- α ：肿瘤坏死因子- α ；hs-CRP：超敏-C反应蛋白。

表 4 两组患者生活质量比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理功能		认知功能		角色功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	47	67.57 \pm 5.70	75.12 \pm 2.10*	78.12 \pm 3.25	84.22 \pm 3.52*	74.12 \pm 2.40	80.50 \pm 4.53*
研究组	47	67.50 \pm 5.75	80.45 \pm 3.41*	78.42 \pm 3.20	89.50 \pm 2.80*	74.32 \pm 2.44	85.55 \pm 4.10*
<i>t</i> 值		0.059	9.124	0.451	8.048	0.401	5.666
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	社会功能		精神健康	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	47	71.25 \pm 4.25	78.52 \pm 3.11*	70.35 \pm 3.74	78.45 \pm 3.25*
研究组	47	71.22 \pm 4.20	84.40 \pm 3.10*	70.42 \pm 3.75	83.40 \pm 4.10*
<i>t</i> 值		0.034	9.180	0.091	6.486
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P*<0.05。

计学意义 (*P*>0.05)，见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	口干	皮疹	发热	总发生
对照组	47	2(4.26)	1(2.13)	1(2.13)	4(8.51)
研究组	47	1(2.13)	1(2.13)	0(0.00)	2(4.26)
χ^2 值					0.178
<i>P</i> 值					>0.05

3 讨论

消化性溃疡的形成与幽门螺杆菌感染密切相关，而且幽门螺杆菌还是导致胃癌的罪魁祸首之一，原因在于幽门螺杆菌能降解胃黏液，使细胞出现空泡变性，破坏细胞膜，从而破坏黏膜屏障，导致溃疡形成，还可因胃酸分泌过多，损伤胃肠道黏膜，并发生炎症反应，导致黏膜组织发生坏死、脱落而成，若未得到有效治疗，消化性溃疡会诱发癌症，严重威胁到患者的生命安全。临床治疗消化性溃疡一般以抗菌、减少胃酸分泌为主，阿莫西林和克拉霉素均具有抗菌效果，阿莫西林可通过抑制细菌细胞壁合成发挥杀菌作用，克拉霉素主要抑制细菌蛋白质合成起抗菌作用。奥美拉唑作为脂溶性弱碱性药物，可通过降低胃壁细胞酶的活性，达到抑制胃酸分泌的作用，进而减轻胃壁受损，促进溃疡愈合，但该药经肝药酶 CYP2C19 代谢，起效较慢，整体治疗效果仍不

理想^[7]。

埃索美拉唑服用后在体内可长时间保持较高的血药浓度，血浆清除率更低，且埃索美拉唑长期使用不易出现用药不良反应，能够提高临床效果^[8-9]。此次研究结果中数据显示，治疗后研究组临床总有效率高于对照组；上腹痛、反酸、恶心临床症状积分均低于对照组，表明相对于常规治疗+奥美拉唑的方案，常规治疗+埃索美拉唑治疗消化性溃疡可提高患者临床疗效，缓解患者临床症状。

消化性溃疡受到幽门螺杆菌感染后会破坏炎症黏膜屏障，导致坏死性病变深达或穿透黏膜肌层，形成溃疡，其中 IL-8 可促进中性粒细胞浸润、释放酶和氧自由基而损伤消化黏膜，而幽门螺杆菌感染后可诱导大量中性粒细胞浸润黏膜；另外，TNF- α 可增加中性粒细胞表达，损伤胃黏膜内皮细胞，hs-CRP 可促使白细胞聚集，进一步加重炎症反应^[10]。埃索美拉唑口服后在酸性环境下转化为活性抑制剂与质子泵结合，抑制胃酸的分泌；另外，埃索美拉唑能提高体内生长抑素水平，增强肠黏膜抗氧化能力，抑制炎症因子活性，避免胃酸对胃肠壁进一步损伤，降低诱发炎症反应风险，从而减轻消化性溃疡患者胃肠道损伤，促进溃疡愈合，改善胃肠道症状^[11-12]。此次研究结果中数据显示，治疗后研究组患者血清炎症因子水平均低于对照组，生活质量（生理功能、认知功能、角色功能、社会功能、精

神健康)评分均高于对照组;治疗期间研究组患者不良反应(口干、皮疹、发热)总发生率低于对照组,表明相对于常规治疗+奥美拉唑的方案,常规治疗+埃索美拉唑治疗消化性溃疡可降低患者炎症因子水平,提高生活质量,安全性良好。

综上,相对于常规治疗+奥美拉唑的方案,常规治疗+埃索美拉唑治疗消化性溃疡可提高患者临床疗效,缓解患者临床症状,降低炎症因子水平,提高生活质量,安全性良好,可为临床治疗消化性溃疡提供参考依据,值得临床进一步推广应用。

参考文献

- [1] 朱怀平.埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的效果比较[J].河北医药,2019,41(18):2843-2845.
- [2] ZHANG J, DIAO P Y, ZHANG L. Intravenous versus oral omeprazole on patients with high risk bleeding peptic ulcers: A prospective randomized clinical trial protocol[J]. Medicine, 2021, 100(14): e25136.
- [3] 徐晓阳,袁莹,张颖.对比分析埃索美拉唑与奥美拉唑治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡疗效及安全性[J].贵州医药,2021,45(12):1885-1886.
- [4] 谢龙.现代临床内科疾病诊疗技术[M].天津:天津科学技术出版社,2017:146-152.
- [5] 吴大威,范穗强,杨玉双,等.半夏泻心汤联合泮托拉唑治疗消化性溃疡临床研究及对血清 NO、IL-2、IL-6 影响[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(4):206-209.
- [6] 王坤.健康状况调查简表(SF-36)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):571.
- [7] 程大伟,赵太云.加减黄芪建中汤联合奥美拉唑对消化性溃疡患者消化道激素及炎症因子的影响[J].世界中西医结合杂志,2022,17(5):1005-1008,1012.
- [8] LOZANO I, SANCHEZ-INSA E, DE LEIRAS S R, et al. Acute coronary syndromes, gastrointestinal protection, and recommendations regarding concomitant administration of proton-pump inhibitors (omeprazol/esomeprazole) and clopidogrel[J]. Am J Cardiol, 2016, 117(3): 366-368.
- [9] 孙广红.埃索美拉唑与奥美拉唑四联疗法对消化性溃疡合并幽门螺杆菌感染患者预后及生活质量影响对比研究[J].山西医药杂志,2018,47(17):2043-2045.
- [10] 车章洪,曾芳.埃索美拉唑四联疗法治疗 Hp 阳性消化性溃疡疗效及血清炎症因子的关联性研究[J].中国新药杂志,2018,27(12):1382-1386.
- [11] 吴冬,胡旭军,林言.埃索美拉唑联合喹诺酮类抗生素对幽门螺杆菌阳性胃溃疡患者炎症因子的影响[J].中国生化药物杂志,2016,36(11):94-97.
- [12] 管欣,李洪超,邵荣杰,等.奥美拉唑与埃索美拉唑三联疗法治疗消化性溃疡的系统综述与成本效果分析[J].中国医院药学杂志,2019,39(5):502-507.

《现代医学与健康研究电子杂志》声明

尊敬的作者和读者:

近期,有不法中介和虚假网站冒用本刊之名,非法对外征稿,骗取作者审稿费和版面费,严重损害了本刊的权益和声誉。为防止广大读者和作者上当受骗,本刊在此郑重声明:

本刊从未以任何方式委托和授权任何机构与个人进行征稿, <http://xdyx.bjzzcb.com> 为本刊唯一的投稿平台,本刊不接受纸质稿件、电子邮箱或其他渠道的投稿。

本刊不单独收取审稿费,版面费和审稿费是在文章初审录用后收取,如作者需发票,本刊将提供主办单位——北京卓众出版有限公司的正规发票,不额外收取任何费用。

本刊从未使用个人账户或其他公司账户收取版面费,本刊汇款账号如下:

开户银行:中国工商银行北京东升路支行

户名:北京卓众出版有限公司

银行账号:0200 0062 0900 4633 979

请广大读者和作者提高警惕,仔细甄别,以免上当受骗,如有任何问题和疑问,请及时与编辑部联系,电话:010-64882183,邮箱:xdyx2020@vip.163.com。

特此声明!

《现代医学与健康研究电子杂志》编辑部

2023 年 1 月