

# 埃索美拉唑对消化性溃疡出血患者的临床治疗效果研究

张磊

(广东省第二中医院急诊科, 广东 广州 510095)

**【摘要】目的** 分析埃索美拉唑治疗对消化性溃疡出血患者临床疗效、出血停止时间及不良反应发生情况的影响,为临床治疗该疾病提供参考依据。**方法** 选取广东省第二中医院2021年6月至2023年12月收治的72例消化性溃疡出血患者,根据入院时间段将其分为两组,对照组(36例,采用奥美拉唑治疗,2021年6月~2022年6月)和研究组(36例,采用埃索美拉唑治疗,2022年7月~2023年12月)。两组患者均持续治疗6d,并随访30d。观察比较两组患者治疗后的临床疗效、止血时间、住院时间、血便停止时间,治疗前和治疗6d后血红蛋白、活化部分凝血活酶时间,以及随访期间不良反应发生和复发情况。**结果** 与对照组比,研究组患者临床疗效更高,止血时间、血便停止时间及住院时间均更短;与治疗前比,治疗6d后两组患者血红蛋白升高,研究组较对照组更高,活化部分凝血活酶时间缩短,研究组较对照组更短;随访期间研究组患者不良反应总发生率低于对照组(均 $P<0.05$ );两组患者总复发率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论** 与采用奥美拉唑治疗比,采用埃索美拉唑治疗消化性溃疡出血患者,可加快止血及血便停止时间,尽快纠正机体失血状况,治疗效果更好,安全性更高,且预后良好。

**【关键词】** 消化性溃疡出血;埃索美拉唑;奥美拉唑;不良反应;止血时间

**【中图分类号】** R573.1

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2096-3718.2024.15.0065.03

**DOI:** 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.15.021

消化性溃疡出血是一种常见的疾病,主要发生在胃溃疡和十二指肠溃疡中,当血管因溃疡面发生破裂时,会导致出血,出血量较小时,患者可能会呕出咖啡色液或黑便等,出血量大时,可能会引起血压下降、心率增快,甚至出现失血性贫血等症状。消化性溃疡出血与幽门螺杆菌感染和胃酸分泌,以及抗凝药物的不慎使用等因素密切相关,如不及时治疗,会给患者带来严重影响。目前针对该病,药物为主要治疗方法,质子泵抑制剂为常用的消化性溃疡出血治疗药物,可通过与胃壁细胞结合、抑制胃酸分泌、促进血小板的聚集等发挥止血及治疗作用<sup>[1]</sup>。现阶段可用于治疗消化性溃疡出血的质子泵抑制剂较多,奥美拉唑可抑制氢钾ATP酶及胃酸分泌,同时对幽门螺杆菌具有较高的抵抗作用,对消化性溃疡出血具有较好的治疗效果;埃索美拉唑能够有效抑制胃酸分泌,减少黏膜损伤,还有助于缓解患者疼痛症状,从而迅速控制出血,调节消化道内环境状态等达到治疗消化性溃疡出血目的<sup>[2]</sup>。基于此,本研究旨在分析埃索美拉唑治疗消化性溃疡出血的临床效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取广东省第二中医院2021年6月至2023年12月收治的72例消化性溃疡出血患者,根据入院时间段将其分为两组,对照组(36例,2021年

6月~2022年6月)和研究组(36例,2022年7月~2023年12月)。对照组患者中男性21例,女性15例;年龄34~66岁,平均 $(50.10\pm 7.54)$ 岁。研究组患者中男性20例,女性16例;年龄35~65岁,平均 $(50.01\pm 7.74)$ 岁。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:(1)符合《消化性溃疡诊断与治疗规范(2016年,西安)》<sup>[3]</sup>中消化性溃疡出血的诊断标准,患者有黑便、呕血等临床表现,结合胃镜检查确诊;(2)首次入院;(3)认知清晰,配合治疗。排除标准:(1)合并认知功能障碍;(2)合并严重肝、肾功能衰竭;(3)凝血功能障碍;(4)合并恶性肿瘤;(5)妊娠或哺乳期;(6)合并其他急腹症;(7)全身感染;(8)合并其他消化道疾病。本研究经广东省第二中医院医学伦理委员会审核批准,患者或家属均已签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 两组患者入院后均根据疾病情况遵医嘱采用胃肠减压、体液补充、输血等对症治疗,监测生命体征,提供健康行为指导。对照组采用注射用奥美拉唑钠(安徽宏业药业有限公司,国药准字H20059392,规格:40 mg/支),8 mg/h静脉泵注72 h,之后静脉滴注40 mg/次,2次/d,持续用药3 d。研究组采用埃索美拉唑(AstraZeneca AB,注册证号J20120035,规格:40 mg/支),8 mg/h静脉泵注72h,之后静脉滴注40 mg/次,2次/d,持续用药3 d。两组患者均持续治疗6 d,并随访30 d。

**1.3 观察指标** (1)临床疗效。痊愈：治疗后患者出血、呕吐等临床症状彻底消失，大便颜色正常；显效：治疗后患者出血、呕吐等临床症状及大便颜色明显改善；有效：治疗后患者出血、呕吐等临床症状缓解，大便颜色未改善；无效：治疗后患者出血、呕吐等临床症状及大便颜色均无改善<sup>[3]</sup>。总有效率 = 痊愈率 + 显效率 + 有效率。(2)临床相关指标。观察记录两组患者止血时间、住院时间、血便停止时间。(3)实验室检查。分别于治疗前和治疗 6 d 后采集两组患者空腹静脉血 5 mL，使用全自动血液细胞分析仪（深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司，粤械注准 20172220313，型号:BC-5 000）检测血红蛋白；采用全自动生化分析仪（深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司，粤械注准 20192220392，型号:BS-350S）测定活化部分凝血活酶时间。(4)不良反应。观察记录两组患者便秘、头晕、口干、肝功能指标异常的发生情况。不良反应总发生率等于各项不良反应发生率之和。(5)复发。观察两组患者出院后 30 d 的出血情况，统计复发情况。复发标准：参照《消化性溃疡诊断与治疗规范（2016 年，西安）》<sup>[3]</sup> 中消化性溃疡出血的诊断标准，粪便隐血阳性，伴明显消化道出血症状或者血管造影有阳性征象，即可确诊为复发。粪便隐血采用全自动便潜血分析仪（长春迪瑞医疗科技股份有限公司，吉械注准 20162400019，型号:FB-100）测定，选择肛门取样，以清洁的容器采集 5 g 新鲜、异常的粪便，测定粪便中血红蛋白水平，测定值超过 100 ng/mL 为阳性。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 23.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用  $\chi^2$  检验，等级资料采用秩和检验；计量资料经 S-W 检验符合正态分布，以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，组间比较采用独立样本  $t$  检验，治疗前后比较采用配对  $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 研究组患者临床疗效高于对照组，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	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	36	12(33.33)	10(27.78)	6(16.67)	8(22.22)	28(77.78)
研究组	36	17(47.22)	14(38.89)	4(11.11)	1(2.78)	35(97.22)
$Z$ 值				2.097		
$P$ 值				<0.05		

**2.2 两组患者临床相关指标比较** 研究组患者止血时间、血便停止时间及住院时间均更短，差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )，见表 2。

**2.3 两组患者实验室指标比较** 与治疗前比，治疗 6 d 后两组患者血红蛋白升高，研究组较对照组更高，活化部分

凝血活酶时间缩短，研究组较对照组更短，差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )，见表 3。

表 2 两组患者临床相关指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )				
组别	例数	止血时间 (h)	住院时间 (d)	血便停止时间 (d)
对照组	36	31.24 ± 2.11	6.78 ± 1.55	3.11 ± 0.54
研究组	36	30.13 ± 1.55	6.01 ± 1.32	2.01 ± 0.12
$t$ 值		2.544	2.269	11.931
$P$ 值		<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组患者实验室指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )					
组别	例数	血红蛋白 (g/L)		活化部分凝血活酶时间 (s)	
		治疗前	治疗 6 d 后	治疗前	治疗 6 d 后
对照组	36	80.32±2.55	94.32±2.44*	42.13±1.44	37.65±2.10*
研究组	36	80.34±2.31	97.55±3.23*	42.12±1.41	31.03±1.40*
$t$ 值		0.035	4.788	0.030	15.738
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\* $P < 0.05$ 。

**2.4 两组患者不良反应比较** 研究组患者不良反应总发生率低于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者不良反应比较 [例 (%)]						
组别	例数	头疼	头晕	口干	腹痛	总发生
对照组	36	2(5.56)	2(5.56)	3(8.33)	1(2.78)	8(22.23)
研究组	36	1(2.78)	0(0.00)	1(2.78)	0(0.00)	2(5.56)
$\chi^2$ 值						4181
$P$ 值						<0.05

**2.5 两组患者复发情况比较** 随访期间，对照组患者复发 5 例 (17.86%)，研究组患者复发 2 例 (5.71%)，两组患者总复发率比较，差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 1.256$ ,  $P > 0.05$ )。

3 讨论

消化性溃疡出血是一种常见的病症，由于消化道出血，血液在肠道内与粪便混合，排出体外的粪便呈黑色，且部分患者会出现呕吐鲜红色血液的情况，这是由于出血量较大，血液未经胃酸充分作用即被排出，如出血导致血容量减少，还可能会引起短暂的意识丧失。消化性溃疡在伴出血情况的同时还可能引发腹膜炎、弥漫性腹膜炎等严重并发症，且不排除有癌变风险，需及时就诊获取专业诊疗，控制病情进展。质子泵抑制剂为现阶段治疗消化性溃疡出血的常见药物，通过强力抑制胃酸分泌，营造利于溃疡愈合的环境，同时降低出血风险等，来发挥止血等治疗目的。质子泵抑制剂直接作用于胃壁细胞上的  $H^+/K^+-ATP$  酶，在较短时间内可以迅速升高胃内 pH 值，进而调节血小板凝聚和血液凝固功能，利于止血。但不可忽视的是，质子泵抑制剂在止血效率和用药安全性方面存在差异，尽快

控制出血和保障用药安全,最大限度地减轻患者的治疗身心负担,为消化性溃疡出血的主要干预要点<sup>[4]</sup>。为此,需要为患者需求同时兼顾疗效和安全性的质子泵抑制剂,进而帮助其减轻疾病负担,早日康复。

奥美拉唑是一种能够有效抑制胃酸分泌的质子泵抑制剂,在止血的同时还可减少胃酸对溃疡部位的进一步侵蚀,促进溃疡愈合<sup>[5]</sup>。埃索美拉唑能够有效抑制胃酸分泌,从而显著提高胃液的 pH 值,有助于消化性溃疡的愈合,且作为注射型药物,使用方便,能够快速起效,对于消化性溃疡出血的紧急治疗效果显著;埃索美拉唑为奥美拉唑的 S- 异构体,埃索美拉唑的生物利用度和抑制胃酸分泌效果更佳<sup>[6]</sup>。本次研究得出,研究组的临床疗效高于对照组,止血时间、住院时间、血便停止时间均低于对照组,这说明埃索美拉唑更利于发挥止血作用,可加快止血及血便停止时间,早日控制病情,治疗效果显著。分析原因在于,消化道内高酸度状况为促使溃疡形成并加剧进展的关键因素,以减少胃酸分泌和生成为治疗思路,利于促进溃疡愈合,埃索美拉唑可减少胃酸分泌,改善胃酸环境,减轻胃黏膜损伤,同时增强胃壁抵御力,改善病情,缓解症状;且埃索美拉唑生物利用度和抑酸效果高于奥美拉唑,经静脉用药渠道给药,利于提高埃索美拉唑的血药浓度,迅速发挥胃酸抑制作用,进而帮助迅速止血,改善病情,提高疗效<sup>[7]</sup>。

消化性溃疡出血病情严重程度与血红蛋白指标变化水平密切相关,经检测评估血红蛋白可了解机体失血程度<sup>[8]</sup>。刘洪兰等<sup>[9]</sup>指出,相比消化道溃疡单次出血者,多次出血患者的血红蛋白更低,低血红蛋白状态直接反映患者存在血氧转运系统失衡,血红蛋白过低,说明溃疡创面愈合较为困难,且存在较高的再出血风险,这与出血可直接引起血氧转运系统失衡,导致机体出现贫血状况,可加剧溃疡严重程度,并再次引发出血的恶性循环有关。本次研究得出,治疗 6 d 后研究组患者血红蛋白较对照组更高,活化部分凝血活酶时间较对照组更短,这说明埃索美拉唑能够尽快纠正机体失血状况,这与该药物能够抑制胃酸分泌,迅速止血机制密切相关。埃索美拉唑经抑制胃酸分泌,来减少胃酸产生并保护胃黏膜,为溃疡愈合创造有利环境,可显著改善消化道出血,纠正慢性失血,该药物辅助止血等基础对症治疗,有利于间接维持或提高血红蛋白水平,改善凝血功能和慢性失血,同时预防失血性休克的发生<sup>[10]</sup>。

本研究结果中显示,随访期间研究组患者不良反应发生率低于对照组,两组患者总复发率比较,差异无统计学意义,这提示消化性溃疡出血患者采用埃索美拉唑治疗安全性较高,可有效预防消化性溃疡再出血。埃索美拉唑

可直接阻断质子泵,调节中枢和外周神经中的胃酸分泌递质,调节胃部转运体酸化,形成血小板栓子,发挥快速止血作用,且其治疗安全性高,不会增加患者的用药不良反应发生风险,在维持合理的血药浓度的同时,埃索美拉唑可避免药物在身体中过量蓄积,有利于降低不良反应发生风险;除此之外,埃索美拉唑对幽门螺杆菌具有较强的清除作用,可减少疾病诱发因素,为患者的远期疗效提供了一定保障<sup>[11]</sup>。

综上,埃索美拉唑治疗消化性溃疡出血,止血快,不良反应低,安全性更高,临床治疗效果显著,可作为该病的首选治疗药物。但本次研究存在诸多局限,如观察指标单一,临床观察周期较短,研究的样本数量较少,以上不足有待后续研究进一步优化探讨。

## 参考文献

- [1] 王智杰,柏愚.消化性溃疡出血的综合治疗新进展[J].上海医学,2022,45(11):755-759.
- [2] 杨玉琴,王震,张晓明,等.埃索美拉唑与奥美拉唑治疗消化性溃疡出血的成本-效果[J].中国药物经济学,2023,18(6):11-14.
- [3] 袁耀宗.消化性溃疡诊断与治疗规范(2016年,西安)[J].中华消化杂志,2016,36(8):508-513.
- [4] 王巧红,张雅兰,梁翠绿,等.质子泵抑制剂药理学相互作用研究进展[J].中国现代应用药学,2021,38(9):1140-1147.
- [5] 王建春,宋小玲.奥美拉唑联合生长抑素+血凝酶治疗消化性溃疡出血的效果探究[J].现代诊断与治疗,2022,33(24):3681-3683.
- [6] 杨玉琴,王震,张晓明,等.埃索美拉唑与奥美拉唑治疗消化性溃疡出血的疗效比较[J].中国临床药理学杂志,2022,31(5):371-375.
- [7] 潘幼军.埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的效果对比[J].中国现代药物应用,2021,15(24):166-168.
- [8] DIBYALCHAN M, AMEEDUZZAFAR Z, MOHAMMED J, et al. Development, in-vitro characterization and preclinical evaluation of esomeprazole-encapsulated proniosomal formulation for the enhancement of anti-ulcer activity[J]. Molecules, 2022, 27(9): 2748.
- [9] 刘洪兰,赵在林,杨波,等. Forrest 分级、HB、ALB、PT、BUN 等对消化性溃疡多次出血患者的影响研究[J].现代消化及介入诊疗,2023,28(8):1022-1025.
- [10] 盘车莲,何元增,曾凡永.埃索美拉唑与奥美拉唑治疗非甾体类抗炎药致老年上消化道出血的效果比较[J].临床医学工程,2023,30(4):475-476.
- [11] 周北南.埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡临床疗效及其安全性的比较研究[J].临床合理用药杂志,2020,13(33):108-110.