

质子泵抑制剂联合胃黏膜保护剂治疗慢性胃炎的疗效及安全性临床研究

王俊静

巴州第二人民医院（燕赵蒙医院） 新疆 841000

【摘要】目的：探讨质子泵抑制剂（PPI）联合胃黏膜保护剂治疗慢性胃炎的临床疗效及安全性，为临床治疗方案选择提供循证依据。方法：选取2024年1月—2025年6月本院消化内科收治的186例慢性胃炎患者，采用随机数字表法分为对照组（93例）和观察组（93例）。对照组给予奥美拉唑肠溶片单药治疗，观察组给予奥美拉唑肠溶片联合硫糖铝混悬液治疗，两组疗程均为4周。比较两组临床疗效、症状改善时间、胃黏膜病理评分、血清炎症因子水平，以及治疗期间不良反应发生情况。结果：观察组治疗总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组上腹痛、腹胀、反酸症状改善时间短于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组充血水肿、糜烂、出血及胃黏膜病理总分低于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组TNF- α 、IL-6低于对照组（ $P<0.05$ ）。两组不良反应发生率比较无明显差异（ $P>0.05$ ）。结论：质子泵抑制剂联合胃黏膜保护剂治疗慢性胃炎疗效确切，能快速缓解临床症状，改善胃黏膜病理损伤，减轻炎症反应，且安全性与单药治疗相当，值得临床推广应用。

【关键词】慢性胃炎；质子泵抑制剂；胃黏膜保护剂；疗效；安全性

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.059

慢性胃炎是消化内科发病率居高不下的慢性炎症性疾病，全球发病率呈逐年上升趋势，且发病群体逐渐年轻化，严重影响患者身心健康及生活质量。其病因复杂，幽门螺杆菌感染、长期饮食不当、药物刺激及免疫功能紊乱等均为主要诱因，病理表现以胃黏膜充血水肿、糜烂、炎症细胞浸润为核心，病程迁延反复，部分患者可进展为萎缩性胃炎、肠上皮化生，增加胃癌发生风险^[1]。目前临床治疗以缓解症状、修复胃黏膜、控制炎症为主，质子泵抑制剂作为抑酸一线药物，能快速减少胃酸分泌，缓解反酸、腹痛等症状，但单药治疗对黏膜修复作用有限，病情易复发^[2]。胃黏膜保护剂可形成黏膜屏障，促进损伤修复，与质子泵抑制剂联合有望发挥协同效应。本研究选取186例慢性胃炎患者，采用奥美拉唑联合硫糖铝混悬液治疗，对比单药治疗的疗效及安全性，旨在为临床优化治疗方案、提高诊疗效果提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月—2025年6月本院消化内科收治的慢性胃炎患者186例。

纳入标准：①符合《中国慢性胃炎诊治指南(2022年,上海)》中慢性胃炎的诊断标准^[1]，经胃镜检查及病理活检确诊，胃镜下可见胃黏膜充血、水肿、糜烂等改变，病理提示慢性炎症浸润；②存在上腹痛、腹胀、反酸、嗝气等典型临床症状；③年龄18~65岁；④近1个月内未接受过质子泵抑制剂、胃黏膜保护剂、抗生素等相关治疗；⑤签署知情同意书。

排除标准：①合并消化性溃疡、胃癌、食管胃底静脉曲张等其他消化系统疾病；②合并肝、肾、心、肺等重要脏器功能

不全；③对本研究药物过敏者；④妊娠或哺乳期女性；⑤合并精神疾病、免疫功能障碍、血液系统疾病者；⑥依从性差，无法完成规定疗程及随访者。本研究经本院医学伦理委员会批准。

对照组男51例，女42例；年龄22~64岁，平均 (43.56 ± 8.72) 岁；病程6个月~8年，平均 (3.24 ± 1.16) 年；病理类型：非萎缩性胃炎68例，萎缩性胃炎25例；幽门螺杆菌（Hp）阳性47例，阴性46例。观察组男49例，女44例；年龄21~65岁，平均 (44.12 ± 8.95) 岁；病程8个月~9年，平均 (3.37 ± 1.22) 年；病理类型：非萎缩性胃炎70例，萎缩性胃炎23例；Hp阳性45例，阴性48例。两组一般资料均衡可比（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

两组患者治疗期间均给予基础护理干预，包括饮食调理（清淡饮食，避免辛辣、油腻、生冷及刺激性食物，规律进餐，戒烟戒酒）、生活习惯调整（避免熬夜、过度劳累，保持心情舒畅），Hp阳性患者均先给予标准四联疗法根除Hp（阿莫西林胶囊1.0g，每日2次；克拉霉素分散片0.5g，每日2次；奥美拉唑肠溶片20mg，每日2次；枸橼酸铋钾胶囊0.6g，每日2次），疗程14d，停药1个月后再开始本研究治疗方案。对照组：给予奥美拉唑肠溶片（阿斯利康制药有限公司，国药准字H20030945，规格：20mg）单药治疗，口服，20mg/次，每日2次，早晚餐前30min服用，疗程4周。观察组：在上述治疗基础上联合硫糖铝混悬液（四川迪康科技药业股份有限公司，国药准字H10960186，规格：10ml:1g）治疗，口服，10ml/次，每日3次，餐前1h及睡前服用，疗程4周。两组患者治疗期间均禁止使用其他影响胃肠道功能及炎症反应的药物，密切观察临床症状变化及不良反应发生情况，定期复查血

常规、肝肾功能。

1.3 观察指标与评价标准

(1) 临床疗效评价痊愈：临床症状完全消失，胃镜检查示胃黏膜充血、水肿、糜烂等病变完全修复，病理活检示炎症浸润完全消退；显效：临床症状明显缓解（症状积分减少 $\geq 70\%$ ），胃镜检查示胃黏膜病变明显改善，糜烂面缩小 $\geq 70\%$ ，病理活检示炎症浸润显著减轻；有效：临床症状有所缓解（症状积分减少 $30\%\sim 69\%$ ），胃镜检查示胃黏膜病变有所改善，糜烂面缩小 $30\%\sim 69\%$ ，病理活检示炎症浸润有所减轻；无效：临床症状无缓解甚至加重（症状积分减少 $<30\%$ ），胃镜检查示胃黏膜病变无改善甚至加重，病理活检示炎症浸润无变化或加重。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

(2) 胃黏膜病理评分^[3]：治疗前后均行胃镜检查并取胃黏膜组织进行病理活检，由2名资深病理医师双盲评分，对胃黏膜充血水肿、糜烂、出血3项指标进行分级评分，每项指标0~3分：0分（无异常）、1分（轻度）、2分（中度）、3分（重度），总分0~9分，分数越高提示胃黏膜病理损伤越严重。

(3) 血清炎症因子水平：治疗前后均采集患者空腹静脉血5ml，离心分离血清（离心速度3000 r/min，离心时间10 min），采用酶联免疫吸附试验检测血清TNF- α 、IL-6水平，严格按照试剂盒说明书操作。

1.4 统计学方法

数据的统计学分析在SPSS 26.0上完成，统计显著性水平设定为 $P<0.05$ 。计量数据以 $(\bar{x}\pm s)$ 报告，运用t检验；计数数据以 $[n(\%)]$ 描述，采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组治疗总有效率高高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 临床疗效 $[n(\%)]$

组别	对照组	观察组	χ^2	P
n	93	93		
痊愈	32	45		
显效	29	33		
有效	16	9		
无效	16	6		
总有效率	82.80	93.55	5.155	0.023

2.2 胃黏膜病理评分

观察组充血水肿、糜烂、出血及胃黏膜病理总分低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 胃黏膜病理评分 $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

组别		对照组	观察组	t	P
n		93	93		
充血水肿	治疗前	1.89±0.42	1.92±0.45	0.470	0.639
	治疗后	0.98±0.31	0.56±0.22	10.655	0.000
糜烂	治疗前	1.76±0.38	1.79±0.40	0.524	0.601
	治疗后	0.87±0.29	0.43±0.19	12.239	0.000
出血	治疗前	1.02±0.25	1.05±0.27	0.786	0.433
	治疗后	0.45±0.18	0.21±0.11	10.972	0.000
总分	治疗前	4.67±0.89	4.76±0.92	0.678	0.499
	治疗后	2.30±0.65	1.20±0.43	13.611	0.000

2.3 血清炎症因子水平

观察组TNF- α 、IL-6低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表4。

表4 血清炎症因子水平 $(\bar{x}\pm s)$

组别		对照组	观察组	t	P
n		93	93		
TNF- α (pg/ml)	治疗前	58.63±8.92	59.12±9.05	0.372	0.710
	治疗后	32.45±6.73	21.36±5.41	12.386	0.000
IL-6(pg/ml)	治疗前	42.35±7.61	42.87±7.83	0.459	0.647
	治疗后	25.68±5.42	16.92±4.35	12.156	0.000

3 讨论

质子泵抑制剂是目前临床治疗胃酸相关性疾病的首选药物，其通过抑制胃壁细胞上的H⁺/K⁺-ATP酶活性，从根源上阻断胃酸分泌，减少胃酸对胃黏膜的刺激，从而缓解反酸、烧心、上腹痛等症状^[4]。奥美拉唑作为经典的质子泵抑制剂，具有抑酸作用强、起效快、作用持久等特点，能有效降低胃内酸度，为胃黏膜修复创造良好环境。但临床实践发现，单一使用质子泵抑制剂治疗慢性胃炎时，虽能快速缓解症状，但对胃黏膜的修复作用有限，部分患者病情易反复，且长期使用可能增加不良反应风险^[5]。

胃黏膜保护剂可通过多种机制保护胃黏膜，促进黏膜修复，与质子泵抑制剂联合使用可发挥协同作用。硫糖铝作为常用的胃黏膜保护剂，口服后可在胃黏膜表面形成一层均匀的保护膜，阻止胃酸、胃蛋白酶及其他刺激性物质对胃黏膜的进一步损伤；同时，硫糖铝还可促进胃黏膜上皮细胞合成前列腺素E2，增强胃黏膜屏障功能，促进糜烂、溃疡面愈合，此外，还

能吸附肠道内的毒素,调节肠道菌群平衡,减少胃肠道不良反应^[6]。本研究采用奥美拉唑联合硫糖铝治疗慢性胃炎,结果显示,观察组治疗总有效率为94.62%,显著高于对照组的82.80%,且观察组上腹痛、腹胀、反酸症状改善时间均显著短于对照组,提示联合治疗能更快速、有效地缓解患者临床症状,提高治疗效果,与以往研究结果一致^[7]。

胃黏膜病理损伤程度是评估慢性胃炎病情严重程度及治疗效果的重要指标,而炎症反应在慢性胃炎的发生发展中起关键作用。 $\text{TNF-}\alpha$ 、 IL-6 是重要的促炎因子,其水平升高可加重胃黏膜炎症浸润,促进上皮细胞损伤,加速病情进展。本研究结果显示,治疗后两组患者胃黏膜充血水肿、糜烂、出血评分及血清 $\text{TNF-}\alpha$ 、 IL-6 水平均显著降低,且观察组上述指标均显著低于对照组,提示联合治疗能更有效地减轻胃黏膜病理损伤,抑制炎症反应,其机制可能与以下几点相关:①奥美拉唑强效抑酸,减少胃酸对胃黏膜的刺激,降低炎症因子的释放;②硫糖铝形成的保护膜可阻止炎症因子对胃黏膜的浸润,同时促进黏膜修复,减少炎症细胞聚集;③两者联合使用可从不同靶点发挥作用,协同增强抗炎、黏膜修复效果。

安全性是临床用药的重要考量因素。本研究中,两组不良

反应发生率分别为5.38%和6.45%,差异无统计学意义,且所有不良反应均较轻微,经对症处理后均缓解,治疗前后血常规、肝肾功能无明显异常,提示质子泵抑制剂联合胃黏膜保护剂治疗慢性胃炎的安全性 with 单药治疗相当,无明显额外风险。这一结果与硫糖铝的不良反应少、耐受性好的特点相关,其与奥美拉唑联合使用时,未增加药物的毒性反应,临床应用安全可靠。

本研究存在一定局限性:①样本量相对有限,且为单中心研究,可能存在选择偏倚,结果的普适性有待多中心、大样本研究进一步验证;②随访时间较短,未对患者远期疗效及复发情况进行观察,后续需延长随访时间,完善远期疗效评估;③未针对不同病理类型(如萎缩性胃炎、非萎缩性胃炎)及Hp感染状态进行分层分析,未来可进一步探讨联合治疗在不同亚组患者中的疗效差异。

综上,质子泵抑制剂联合胃黏膜保护剂治疗慢性胃炎疗效确切,能快速缓解临床症状,有效改善胃黏膜病理损伤,减轻炎症反应,且安全性良好,与单药治疗相比具有明显优势,值得在临床推广应用。临床实践中,可根据患者具体病情、病理类型及Hp感染情况,制定个体化治疗方案,以进一步提高治疗效果,改善患者预后。

参考文献:

- [1] 中华医学会消化病学分会,中华医学会消化病学分会消化系统肿瘤协作组,房静远.中国慢性胃炎诊治指南(2022年,上海)[J].胃肠病学,2023,28(3):149-180.
- [2] 苏颜平,赵瑞.艾普拉唑联合康复新液治疗胃溃疡临床疗效观察[J].山西医药杂志,2020,49(18):2498-2500.
- [3] 王孟蝶.奥美拉唑联合克拉霉素治疗萎缩性胃炎疗效及对胃黏膜病理评分的影响[J].罕少疾病杂志,2025,32(4):121-123.
- [4] 张石革.质子泵抑制剂临床应用的药学监护[J].中国执业药师,2015,(7):31-37.
- [5] 中国药学会医院药专业委员会,中华医学会临床药学会,质子泵抑制剂优化应用专家共识》写作组.质子泵抑制剂优化应用专家共识[J].中国医院药学杂志,2020,40(21):2195-2213.
- [6] 刘芸,滕贵根,王蔚虹,等.硫糖铝对幽门螺杆菌感染小鼠胃黏膜损伤的保护作用及其对胃肠菌群的影响[J].中华医学杂志,2019,99(20):1546-1552.
- [7] 王刚祚,饶媚,王芳.奥美拉唑联合硫糖铝治疗慢性胃炎患儿的疗效及对血清炎症因子免疫功能的影响[J].河北医学,2019,25(12):1982-1985.