

阿莫西林联合奥美拉唑对胃炎合并胃溃疡的治疗效果评估

朱菁

无锡市惠山区人民医院 江苏 无锡 214000

摘要：目的：分析阿莫西林+奥美拉唑对胃炎合并GU的疗效。方法：选取2022年7月-2024年7月本院84例胃炎合并GU患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组42例，行奥美拉唑治疗，观察组42例，联合阿莫西林治疗，比较两组临床疗效。结果：观察组的MTL和GAS-17均明显高于对照组，TNF- α 、CRP、IL-6、IL-1、CCK、腹痛、胃灼热感、反酸和嗝气改善时间均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予胃炎合并GU患者联合用药治疗，能有效改善胃肠激素，减轻炎症反应，促进病情好转，具有推广价值。

关键词：阿莫西林；奥美拉唑；胃炎；胃溃疡

胃炎属于多发消化内科疾病，患者常伴有GU，典型表现为上腹痛，发作规律，程度严重者，存在消化道出血，伴有穿孔。近些年，饮食结构、生活方式改变，生活节奏变快，人们常暴饮暴食、作息异常、不合理用餐，进而引发胃炎，导致GU^[1]。受诸多因素影响，胃黏膜被破坏，保护功能减弱，胃酸含量增加，受胃蛋白酶、胃酸影响，导致黏膜出现自身消化。分析胃炎并GU诱因，包括胃酸分泌、Hp感染和部分理化因素等，有较长病程，复发率高。患者多用药物治疗，效果明确，但若GU由Hp引发，目前无特效药^[2]。奥美拉唑属于PPI，能用于细胞壁，减少其活性，抑制胃酸分泌，加快黏膜修复。加入阿莫西林，其为抗生素，能有效抑菌，但单一用药效果有限。本研究以胃炎合并GU患者为对象，分析联合用药疗效。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年7月-2024年7月本院84例胃炎合并GU患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组42例，男22例，女20例，年龄为51-71岁，平均年龄（44.74 \pm 5.38）岁；观察组42例，男23例，女19例，年龄为52-72岁，平均年龄（44.82 \pm 5.31）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合胃、GU诊断标准；能正常交流；有完整资料；知情同意本次研究。

排除标准：伴有心肝肾疾病；近期行药物疗法；精神疾病；认知障碍；精神疾病。

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组行奥美拉唑（海南海灵药业；国药准字H10920092）治疗：每次用药20mg，令患者口服，2次/d，7d为1疗程，治疗4个疗程。

1.2.2 观察组

该组联合阿莫西林（浙江康恩贝药业；国药准字H33021381）治疗：每次用药500mg，令患者口服，3次/d，7d为1疗程，治疗4个疗程。

1.2.3 注意事项

用药时，将烟酒戒除，不可采取刺激性、辛辣食物，形成健康、规律生活习性，依据病变情况，对剂量进行调整，规避意外事件。介绍药物知识，取得患者信任，增加配合度。

1.3 观察指标

评价炎症反应^[3]：空腹时获取外周静脉血，含量为5ml，进行离心，转速为3000r/min，时间为15min，获取到上层血清，借助ELISA法，检验TNF- α 、CRP、IL-6和IL-1。评价胃肠激素^[4]：采集上层血清，方法同上，应用ELISA法，检验CCK、MTL和GAS-17。评价症状改善时间：观察两组的腹痛、胃灼热感、反酸和嗝气改善时间。

1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量，行 t 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组炎症反应比较

治疗后两组TNF- α 、CRP、IL-6和IL-1均明显低于治疗前，观察组变化更明显（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组炎症反应比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	TNF- α (ng/L)		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	173.64 \pm 6.64	131.24 \pm 7.34 ^a	94.68 \pm 7.25	61.01 \pm 7.14 ^a
对照组	42	174.26 \pm 6.58	155.33 \pm 7.64 ^a	94.72 \pm 7.19	76.79 \pm 8.46 ^a
<i>t</i>	/	0.430	14.736	0.025	9.238
<i>P</i>	/	0.668	0.000	0.980	0.000

续表1 两组炎症反应比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	IL-6 (ng/L)		IL-1 (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	145.86 \pm 11.74	40.25 \pm 4.39 ^a	47.54 \pm 4.83	20.14 \pm 5.17 ^a
对照组	42	146.57 \pm 10.58	86.78 \pm 4.49 ^a	47.61 \pm 4.76	38.88 \pm 5.16 ^a
<i>t</i>	/	0.291	48.021	0.067	16.627
<i>P</i>	/	0.772	0.000	0.947	0.000

注：与本组治疗前比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组胃肠激素比较

明显低于治疗前，观察组变化更明显 (*P* < 0.05)。详见治疗后两组MTL和GAS-17均明显高于治疗前，CCK 表2。

表2 两组胃肠激素比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	MTL (ng/L)		GAS-17 (μ mol/L)		CCK (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	177.79 \pm 11.36	204.13 \pm 11.53 ^a	91.07 \pm 11.55	169.22 \pm 17.33 ^a	17.58 \pm 1.73	8.01 \pm 1.15 ^a
对照组	42	178.25 \pm 10.41	247.78 \pm 12.15 ^a	92.01 \pm 10.48	135.28 \pm 12.25 ^a	17.62 \pm 1.70	12.23 \pm 1.47 ^a
<i>t</i>	/	0.193	16.889	0.391	10.364	0.107	14.653
<i>P</i>	/	0.847	0.000	0.697	0.000	0.915	0.000

注：与本组治疗前比较，^a*P* < 0.05。

2.3 两组症状改善时间比较

对比腹痛、胃灼热感、反酸和暖气改善时间，观察组均更低 (*P* < 0.05)。详见表3。

表3 两组症状改善时间比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	腹痛改善时间 (d)	胃灼热感改善时间 (d)	反酸改善时间 (d)	暖气改善时间 (d)
观察组	42	3.63 \pm 1.04	4.01 \pm 1.24	3.63 \pm 1.16	4.13 \pm 1.24
对照组	42	6.78 \pm 1.16	7.16 \pm 1.45	6.26 \pm 1.24	6.96 \pm 1.16
<i>t</i>	/	13.103	10.700	10.038	10.801
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

受诸多因素影响，胃黏膜产生炎症，形成胃炎，根据发病缓急，将其分成两类，包括急慢性，根据病因，分成Hp相关性、应激性胃炎等，致病因素不同，病理机制也不一致^[5]。对于急性胃炎，又包含化脓性及单纯性胃炎，对于慢性胃炎，又包含萎缩性、特殊性胃炎，临床要遵循检查结果，明确胃炎类型。急性诱因包含理化因素、生物因素等，主要症状有恶心、腹痛等，慢性诱因

包括物理、免疫等，主要症状有早饱、反酸等^[6]。患者易伴有GU，多于胃角及胃窦处，分析GU病因，包括理化因素、Hp感染等，患者上腹部疼痛，且具有规律性。相关研究表明，大多数胃炎均存在GU，致病因素包含长期吸烟饮酒、饮食习惯不佳等，患者多用药物治疗，选择适宜药物，提升疗效，为研究重点^[7]。

奥美拉唑能有效消除胃溃疡，其属于PPI，同时为脂溶性药物，能用于胃黏膜，有较高特异性，能形成活性

状态,可以结合巯基,致使ATP活性下降,胃酸分泌量减少,能抑制胃酸分泌,减轻其刺激性。本品能保护黏膜,减轻其损伤,有效缓解腹痛,加快溃疡愈合,加强抗Hp能力,有效止血^[8]。经由口服药物,能被小肠吸收,等待1h,本品能够起效,血药浓度达峰时间为0.5-3.5h,药物可持续超过24h,本品分布广泛,包含甲状腺、胃等,单剂量用药时,其生物利用度较高,为35%左右,多剂量用药时,能达到60%,观察其血浆蛋白结合率,处于95%-96%,观察血浆半衰期,处于0.5-1h^[9]。本品以代谢物形式随尿液排出者,达到80%,令20%随粪便、胆汁排出。应注意单一采取本品时,不会产生抗菌效果。阿莫西林属于抗生素,其为半合成,分析其抗菌作用,和氨苄西林大体一致,具有更强耐酸性,能快速、高效杀菌。本品穿透力强,无论是链球菌属,还是大肠埃希菌,均能显著降低其活性,可以消除Hp。本品能经由细胞壁,于病灶处直接发挥作用,有效抑制疾病,改善黏膜血运,起到保护作用,将Hp根除,防范耐药菌。通过口服,本品能被迅速吸收,被胃肠道吸收者约占75%-90%,药物吸收基本不受食物干扰,单次用药0.25g,其血药峰值为3.5-5.0mg/L,单次用药0.5g,约为5.5-7.5mg/L,用药后1-2h达峰。在大部分体液、组织内,本品均分布良好。本品的t_{1/2β}处于1-1.3h,给药后经由肝脏代谢者,约占24%-33%,给药6h内,随尿液排出且为原型者占比为45%-68%,随胆道排泄者占比较少^[10]。两种药物联用,能协同起效,能保护胃黏膜,加快胃肠蠕动,减少胃酸含量,同时可促进消化,快速改善病情,取得良好预后。

胃炎并GU发生率高,炎性因子参与全程,病灶局部受IL-6影响,会凝聚大量中性粒细胞,加重炎症,影响炎症细胞、免疫细胞分化^[11]。受病原菌感染后,会分泌TNF-α,其为炎性因子,会对局部细胞、黏膜等造成损伤,从而产生炎症反应。对于CRP,其属于相反应蛋白,其来自肝脏,机体受损后,CRP含量增加,能用来评估炎症反应。受到创伤后,IL-1水平提升。研究结果显示和对照组比,观察组的TNF-α、CRP、IL-6和IL-1均更低($P < 0.05$),表示通过联合用药,能减轻炎症反应。胃肠激素直接影响胃肠运动,患有胃炎、GU者,胃肠激素含量出现异常,其以血循环内分泌为途径,于平滑肌细胞产生作用,然后借助胃肠肽神经,干预胃肠运动。在所有GAS中,GAS-17占比达到90%,其来自十二指肠黏膜、胃窦上含有的G细胞,属于多肽类激素,能用于消

化道,产生生理功能,可用来评估胃窦内分泌功能,有较高敏感性。CCK是一种兴奋性脑肠肽,一旦其水平异常,则意味出现胃肠障碍,CCK能抑制胃排空,影响患者食欲。MTL属于肽激素,其能刺激消化道运动,作用于平滑肌,提升其兴奋度,若MTL含量较低,说明胃肠紊乱。观察组的MTL和GAS-17均更高,CCK更低($P < 0.05$),代表联合用药能调节胃肠激素,改善胃肠动力学。观察组的腹痛、胃灼热感、反酸和嗝气改善时间均更低($P < 0.05$),表明联合用药能促进病症好转,加快康复进程。说明联合用药可以提升胃炎合并GU疗效,能取得良好预后。

综上所述,给予胃炎合并GU患者联合用药治疗,能有效改善胃肠激素,减轻炎症反应,促进病情好转,具有推广价值。

参考文献

- [1]常文杰.奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡的临床效果及应用价值[J].系统医学,2021,6(17):15-18+26.
- [2]邱树.阿莫西林联合奥美拉唑治疗胃炎合并胃溃疡的疗效[J].中国医药指南,2024,22(16):96-98.
- [3]史国艳.阿莫西林联合奥美拉唑对胃炎并胃溃疡患者症状积分及MMP-3、MMP-7、TIMP-1水平的影响[J].婚育与健康,2024,30(8):73-75.
- [4]狄建华,狄多福,毕兆华.奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡的临床效果[J].现代养生,2024,24(5):359-361.
- [5]申兰国.阿莫西林联合奥美拉唑对胃炎合并胃溃疡的治疗效果评估[J].中外医疗,2024,43(5):115-118.
- [6]徐雯婷.奥美拉唑联合阿莫西林对胃炎并胃溃疡的治疗效果及不良反应探讨[J].婚育与健康,2023,29(22):97-99.
- [7]张佳林.奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎合并胃溃疡的价值[J].中国医药指南,2023,21(20):43-46.
- [8]江进巧.探讨奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎合并胃溃疡的临床价值[J].北方药学,2023,20(7):175-177.
- [9]陈锦裕.不同质子泵抑制剂对幽门螺旋杆菌感染疗效差异及对患者用药风险的影响[J].黑龙江医药,2023,36(2):366-368.
- [10]蔡亮.奥美拉唑联合阿莫西林治疗胃炎并胃溃疡的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2021,15(23):102-105.
- [11]吴莉芳.阿莫西林联合奥美拉唑治疗胃炎合并胃溃疡的临床效果[J].临床合理用药,2023,16(2):74-76.