

现 T2DM 为早期得到有效治疗十分重要, 虽然当前还没有完全根治 T2DM 的治疗方案, 但现行治疗方法已经能够有效控制 T2DM 发病症状, 维持患者正常代谢功能, 保障患者生活舒适度与寿命, 在指导患者进行科学规划的饮食及运动方式同时给予药物治疗是现代糖尿病治疗的常规方法。目前药物主要分为口服降糖类与胰岛素注射制剂类, 为进一步分析不同治疗药物的具体疗效, 本研究通过回顾性收集本院 82 例 T2DM 患者资料, 分析 GI 联合瑞格列奈与 GI 联合精蛋白重组人胰岛素混合注射液治疗的临床恢复情况, 结果发现两组患者在经过不同治疗以后, FPG、2h PG、HbA1c、FINS、HOMA-IR 指标都出现下降现象, 而观察组的 FPG、2h PG、HbA1c、FINS、HOMA-IR 指标与对照组相比更低, 这提示通过 GI 治疗后, T2DM 患者血糖恢复效率更好, 其胰岛素抵抗缓解效果更优, 与畅秀萍^[6]的研究结论部分一致, 均证明相较于 GI 联合瑞格列奈, GI 联合重组人胰岛素混合注射液更能针对性改善 T2DM 患者发病症状, 提高其恢复效率; 此外, 观察组的总不良反应发生率与对照组相比更低, 提示 GI 联合重组人胰岛素混合注射液的毒副作用更小, 安全可靠更高。分析原因, 瑞格列奈作为基础治疗药物, 可促进胰岛素分泌进而加快血糖水平下降速度, 与胰岛素注射制剂类药物联合用药后具有一定协同作用, 而 GI 作为人胰岛素类似物, 与天然胰岛素结构及功能相似度高, 具有长效、平稳、无峰值的药理作用, 同瑞格列奈合用可增强降糖作用, 缓解糖尿病症状, 但精蛋白重组人胰岛素混合注射液为重组 DNA 技术研发的人胰岛素, 其与人体自身胰岛素的结构功

能相同, 可更高效地模拟患者机体内部胰岛素分泌功能, 提高糖类物质代谢效率, 降低血糖水平, 具有短效+中效的药理作用, 与 GI 两者合用发挥更好的治疗效果, 进一步改善患者体内胰岛素分泌失常, 提高 T2DM 患者恢复效率。

综上所述, GI 联合精蛋白重组人胰岛素混合注射液治疗 T2DM 患者的效果更突出, 能显著降低患者各血糖指标及胰岛素抵抗症状, 且安全有保障。

〔参考文献〕

- (1) 王洋, 龚燕平. 2019 年 ESC 联合 EASD 对糖尿病前期、糖尿病、心血管疾病指南的解读 (J). 中国循证心血管医学杂志, 2020, 12(5): 516-518.
- (2) 张芳, 戈小梅. 重组甘精胰岛素与精蛋白重组人胰岛素辅助治疗 T2DM 的效果比较 (J). 现代诊断与治疗, 2020, 31(18): 2923-2924.
- (3) 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2013 年版) (J). 中华内分泌代谢杂志, 2014, 30(8): 893-942.
- (4) 王余娜, 高显舜, 姚可荣. 妊娠期糖尿病患者血清维生素 D、白细胞介素-17 水平与胰岛素抵抗指数相关性研究 (J). 陕西医学杂志, 2020, 49(11): 1429-1431.
- (5) 吴蓝雪, 汪四虎, 黄大祥, 等. 2 型糖尿病并发痛性糖尿病神经病变的影响因素研究 (J). 中国全科医学, 2021, 24(6): 658-662.
- (6) 畅秀萍. 重组甘精胰岛素注射液治疗 2 型糖尿病临床效果评价 (J). 中国药物与临床, 2019, 19(2): 289-290.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)05-0134-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.059

消化内镜加四联疗法对胃溃疡出血的治疗价值

祁 冉

(河南科技大学第一附属医院, 河南 洛阳 471000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨消化内镜加四联疗法对胃溃疡出血的治疗价值。**方法:** 选取 2019 年 1 月至 2020 年 6 月在河南科技大学第一附属医院治疗的 98 例胃溃疡出血患者, 随机分为两组, 对照组和观察组各 49 例。对照组使用四联疗法治疗, 观察组使用消化内镜加四联疗法治疗, 比较两组的临床疗效、治疗时间、幽门螺杆菌 (Hp) 清除率及再出血率。**结果:** 观察组治疗有效率为 95.92%, 明显高于对照组的 73.47%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组止血时间、用药时间、住院时间均明显短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组 Hp 清除率明显高于对照组, 而再出血率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 消化内镜加四联疗法对胃溃疡出血的治疗效果显著, 能有效止血, 缩短治疗时间, 降低再出血率, 提高 Hp 根除率。

〔关键词〕 胃溃疡出血; 消化内镜; 四联疗法

〔中图分类号〕 R 573.1 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2020-12-20

〔作者简介〕 祁冉, 女, 主治医师, 主要研究方向是胃肠及肝胆疾病。

胃溃疡出血是消化系统的常见病和多发病，是胃溃疡的并发症，主要表现为呕血、便血、贫血等症状，重症者出血量大，或发生胃穿孔，直接危及生命。早期明确病因并止血是治疗的关键。幽门螺杆菌 (*helicobacter pylori*, Hp) 感染是胃溃疡发病的重要病理因素之一，可破坏胃黏膜屏障功能，改变胃内环境，导致胃黏膜被胃酸侵蚀，引发溃疡，若溃疡加重损伤黏膜下血管，可引发血管破裂出血。常规四联疗法能有效抗 Hp、抑酸、保护胃黏膜，促进溃疡黏膜止血并逐步愈合，但起效较慢，止血后易复发，总体疗效不能令人满意^[1]。消化内镜是介入治疗方法，可在内镜下直接观察溃疡情况，采取注射药物、钳夹止血等方法，快速止血，抑制复发^[2]。本研究进一步分析消化内镜加四联疗法对胃溃疡出血的治疗价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 2020 年 6 月在本院治疗的 98 例胃溃疡出血患者，随机分为对照组和观察组，各 49 例。观察组男 31 例，女 18 例，年龄 25~74 岁，平均年龄 (38.7 ± 10.5) 岁，胃溃疡病程 1~10 年，平均病程 (5.2 ± 2.1) 年；对照组男 32 例，女 17 例，年龄 24~75 岁，平均年龄 (39.1 ± 10.7) 岁，胃溃疡病程 1~12 年，平均病程 (5.6 ± 2.3) 年。所有患者均经胃镜检查确诊为胃溃疡，¹⁴C 呼气试验为 Hp 阳性，均伴有呕血、黑便、反酸、嗝气等症状；排除有胃肠手术史、复合性溃疡、其他因素所致消化道出血、恶性肿瘤、严重肝肾功能障碍、药物过敏等。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 使用四联疗法，枸橼酸铋钾颗粒 (重庆科瑞制药 (集团) 有限公司，国药准字 H50021927)，0.1 g · 次⁻¹，4 次 · d⁻¹，前 3 次于三餐前 30 min 及第 4 次晚餐后 2 h 服用；埃索美拉唑镁肠溶片 (阿斯利康制药有限公司，国药准字 H20046379)，20 mg · 次⁻¹，2 次 · d⁻¹；阿莫西林胶囊 (深圳高卓药业有限公司，国药准字 H44021345)，1 g · 次⁻¹，2 次 · d⁻¹；盐酸左氧氟沙星胶囊 (扬子江药业集团有限公司，国药准字 H19990051)，200 mg · 次⁻¹，2 次 · d⁻¹^[3]。连续治疗 7 d。

1.2.2 观察组 在对照组基础上，使用消化内镜治疗，在内镜下观察出血部位，用 3~5 °C 的 0.9% 氯化钠注射液反复冲洗，充分暴露出血点，用 1:10000 肾上腺素 (华润双鹤药业股份有限公司，国药准字 H11021685) 注射止血，每次注射 1~2 mL，直至出血部位的黏膜变白、出血停止，术后禁食 24 h，术后 48 h 少量流食，无异常后逐步增加进食量，

术后 1 周恢复普食。连续治疗 7 d。

1.3 疗效判定标准

显效：治疗 3 d 内出血完全停止，呕血、黑便症状消失，溃疡面明显缩小或愈合；有效：治疗 5 d 内出血完全消失，呕血、黑便症状消失，溃疡面有所缩小；无效：治疗 7 d 后仍有出血或止血后再次出血，甚至出血加重^[4]。出血停止判断标准：无呕血、黑便症状；胃管引流液正常，无血性液体；血常规提示血红蛋白无下降；粪常规隐血阴性。

1.4 观察指标

记录止血时间、用药时间、住院时间；统计 Hp 清除率及再出血率。再出血指治疗后 48 h 再次出血，且出血量 > 1000 mL，或血常规显示血红蛋白明显下降且无改善，需要行外科手术治疗。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组治疗总有效率为 95.92%，明显高于对照组的 73.47%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n = 49, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效 / n (%)
对照组	14	22	13	36(73.47)
观察组	29	18	2	47(95.92) ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗时间比较

观察组患者止血时间、用药时间、住院时间均明显短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗时间比较 (n = 49, $\bar{x} \pm s$, d)

组别	止血时间	用药时间	住院时间
对照组	4.87 ± 1.32	8.93 ± 1.68	10.92 ± 1.79
观察组	2.02 ± 0.79 ^b	5.26 ± 1.05 ^b	6.24 ± 1.23 ^b

与对照组比较，^b $P < 0.05$

2.3 两组患者 Hp 清除率及再出血率比较

观察组 Hp 清除率明显高于对照组，而再出血率明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者 Hp 清除率及再出血率比较 (n = 49, n (%))

组别	Hp 清除	再出血
对照组	32(65.31)	14(28.57)
观察组	44(89.80) ^c	3(6.12) ^c

与对照组比较，^c $P < 0.05$

注：Hp — 幽门螺杆菌

3 讨论

胃溃疡出血在临床发病率较高，发病位置以贲门到幽门之间为主，大多起病急骤，发病无明显征兆，进展快速，患者自觉上腹部明显疼痛，伴呕血、黑便等，若出血量大，可致四肢冰冷、呼吸急促、血压下降等，甚至发生失血性休克，危及生命。临床统计显示，胃溃疡发病率高，约占所有消化道出血的1/3以上。本病的发病多与Hp感染胃黏膜并破坏胃黏膜屏障功能、胃蛋白酶以及胃酸的消化作用有关。具体的病因为：（1）Hp感染；（2）胃酸及胃蛋白酶分泌过多，胃黏膜酸蚀受损；（3）消化道黏膜及黏液的保护功能受损^[5]。因此，清除Hp、保护胃黏膜、减少胃酸分泌、修复胃黏膜损伤，是临床治疗的主要方向。

四联疗法是胃溃疡出血的基础治疗方案，包括两种抗菌药物，一种抑酸药物，一种胃黏膜保护剂。阿莫西林和左氧氟沙星联用能有效抑制Hp，埃索美拉唑能抑酸，枸橼酸铋钾能在胃黏膜上形成保护层，四药可协同发挥修复胃黏膜、促进溃疡愈合的作用，但四联疗法本身无止血作用，而是依靠药物控制溃疡病情后依靠自身血小板的聚集凝固达到止血效果^[6]。这一作用原理的止血效果因人而异，有一定再出血风险^[7]。临床研究也证实，单纯四联疗法的疗效并不理想，止血效果起效慢，对于病情严重者并非最佳选择^[8]。若发生再出血，不仅加重病情，增加治疗难度，而且增加了病死风险。因此，需要临床采取更为有力的止血措施。

消化内镜是消化内科重要的诊治手段，通过置入内镜，可清晰观察胃内情况，获得准确病因，选择适宜止血手段，能快速止血，加快症状改善，提升治疗效果。消化内镜的使用利用人体自然通过，有效避免了手术止血对机体的创伤，且痛苦程度较轻，是较好的治疗选择。值得注意的是，消化内镜对首次出血的止血效果较好，而对于二次或多次出血者，则效果相对较差，需要临床医生根据病情选择更为科学的治疗方案^[9-10]。

本研究结果显示，观察组治疗有效率为95.92%，明显高于对照组的73.47%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组止血时间、用药时间、住院时间均明显短于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组Hp清除率明显

高于对照组，而再出血率明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。充分证明消化内镜协同四联疗法能有效提升胃溃疡出血的止血效果，对溃疡的修复效果好，止血速度快，治疗时间短，再出血率低，且能提高Hp根除率，体现出了较好的治疗优越性。

综上所述，消化内镜加四联疗法对胃溃疡出血的治疗效果确切，能协同增效，发挥更好的止血效果，快速止血，抑制复发。

〔参考文献〕

- (1) 李金霞. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血治疗的可行性探究 (J). 数理医药学杂志, 2019, 32(8): 1136-1137.
- (2) 张丽, 董鑫. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效及再出血影响的因素 (J). 河北医学, 2017, 23(7): 1180-1183.
- (3) 肖修稷. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效分析 (J). 中国医疗器械信息, 2018, 24(16): 60-62.
- (4) 傅鑫, 易健, 张善金, 等. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床效果 (J). 中国当代医药, 2018, 25(31): 22-24.
- (5) 李婉青, 潘清华, 胡健. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床效果评价 (J). 药品评价, 2017, 14(5): 40-43.
- (6) 梁海雄. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床效果分析 (J). 中外医学研究, 2018, 16(3): 135-137.
- (7) 阮桂珍, 董正永, 高峰, 等. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效及再出血的因素 (J). 世界华人消化杂志, 2013, 21(31): 3409-3412.
- (8) 方洁, 陈军, 严进红, 等. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效及再出血的因素 (J). 中国医药科学, 2014, 4(24): 65-67.
- (9) 祝晓蕾. 消化内镜联合四联疗法在胃溃疡出血治疗中的应用价值 (J). 白求恩医学杂志, 2019, 17(1): 36-37.
- (10) 王延庆, 钟清梅. 消化内镜联合四联疗法治疗胃溃疡出血的临床效果 (J). 中国当代医药, 2014, 7(23): 99-100, 105.