

• 药物研究 •

# 非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变的临床观察

宋筱璐 沈思结<sup>通讯作者</sup>

厦门大学附属第一医院制剂科 福建厦门 361000

**【摘要】目的** 探讨非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变的临床症状表现。**方法** 将 84 例急性胃粘膜病变患者，分为观察组（10d 内服用过非甾体抗炎药）33 例和（10d 未服用非甾体抗炎药）51 例，观察两组患者的症状表现，对比其胃镜检查结果。**结果** 与对照组相比，观察组患者的上消化道出血发生率（45.45% > 15.69%， $\chi^2=8.929$ ）、穿孔发生率（39.39% > 9.80%， $\chi^2=10.419$ ）、胃溃疡发生率（39.39% > 9.80%， $\chi^2=10.419$ ）相对更高（ $P < 0.05$ ），而上腹部疼痛发生率（9.09% < 39.22%， $\chi^2=9.144$ ）、腹部不适发生率（6.06% < 35.29%， $\chi^2=9.439$ ）以及十二指肠溃疡发生率（24.24% < 49.02%， $\chi^2=5.157$ ）相对更低（ $P < 0.05$ ）。相比之下，观察组中多发病灶的患者比例（66.67% > 35.29%）相对更高（ $P < 0.05$ ）。**结论** 在应用非甾体抗炎药的过程中，针对药物副作用引发的急性胃粘膜病变，需要采取有效的预防措施。根据用药指征，合理使用药物的同时，密切监测患者的用药反应。通过联合应用胃粘膜保护剂、质子泵抑制剂等途径，降低急性胃粘膜病变的发生风险。

**【关键词】** 非甾体抗炎药；急性胃粘膜病变；临床观察

**【中图分类号】** R573

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 2095-7711 (2020) 03-086-02

非甾体抗炎药是临床常用药物，适用于多类病症的临床治疗，用于抗炎、解热、镇痛，具有显著的应用疗效。但是在用药期间，药物的副作用会引发心血管或消化道并发症，在一定程度上增加了用药风险<sup>[1]</sup>。急性胃粘膜病变是非甾体抗炎药治疗期间的常见消化道并发症，进而引发腹部不适、反酸等胃肠道不适症状，胃肠部位出现出血、溃疡、穿孔等情况。为了保障非甾体抗炎药物的应用安全，预防急性胃粘膜病变的发生，需要具体了解非甾体抗炎药物的副作用，掌握非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变的发生机制，结合症状特征，采取预防性干预措施<sup>[2]</sup>。本研究通过对 84 例急性胃粘膜病变患者临床症状的观察，分析其临床特征，现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组研究对象选取我院 2018 年 4 月-2019 年 8 月期间收治的 84 例急性胃粘膜病变患者，分为观察组（10d 内服用过非甾体抗炎药）33 例和（10d 未服用非甾体抗炎药）51 例。观察组中，男女患者比例为 18/15，年龄范围为 27-72 岁，平均年龄（56.15±4.23）岁。对照组中，男女患者比例为 27/24，年龄范围为 25-74 岁，平均年龄（54.25±4.09）岁。基本资料具有可比性（ $P > 0.05$ ）。

### 1.2 方法

收集两组患者的基本资料，了解其临床症状表现、既往病史和治疗史，对比两组患者在临床症状方面的差异，统计发生上消化道出血、穿孔、上腹部疼痛以及腹部不适等症状的患者比例。与此同时，两组患者均接受胃镜检查，内镜下观察胃粘膜病变、损伤的发生情况，判断胃溃疡、十二指肠溃疡以及复合性溃疡的发生情况，并结合溃疡类型、病变部位及病灶数目进行对照分析，对比两组患者之间的差异性，进而对非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变的临床特征进行总结。

### 1.3 统计学处理

以 SPSS19.0 统计学软件进行数据的处理和分析，应用（ $\bar{x} \pm s$ ）和（%）进行计量和计数，由 t 值和  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  代表对比具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的临床症状表现

观察两组患者的临床症状表现，观察组患者的上消化道出血、穿孔发生率高于对照组，而对照组患者的上腹部疼痛、腹部不适发生率高于观察组，见于表 1：

### 2.2 两组患者的胃镜表现

经过胃镜检查后，对比两组中的胃溃疡、十二指肠溃疡及复合性溃疡检出情况，观察组患者的胃溃疡发生率高于对照组，而对照组患者的十二指肠溃疡发生率高于观察组，复合性溃疡的发生率对照相仿（ $P > 0.05$ ），见于表 2：

表 1：两组患者的临床症状表现对比 [n (%)]

组别	上消化道出血	穿孔	上腹部疼痛	腹部不适
观察组 (n=33)	15 (45.45)	13 (39.39)	3 (9.09)	2 (6.06)
对照组 (n=51)	8 (15.69)	5 (9.80)	20 (39.22)	18 (35.29)
$\chi^2$	8.929	10.419	9.144	9.439
P 值	< 0.05			

表 2 两组患者的胃镜表现对比 [n (%)]

组别	胃溃疡	十二指肠溃疡	复合性溃疡
观察组 (n=33)	17 (51.52)	8 (24.24)	8 (24.24)
对照组 (n=51)	10 (19.61)	25 (49.02)	16 (31.37)
$\chi^2$	9.352	5.157	0.499
P 值	< 0.05	< 0.05	> 0.05

### 2.3 急性胃粘膜病变的特征

分析两组急性胃粘膜病变患者的临床特征，观察组中，溃疡部位分别位于胃窦、胃底和胃角，占比 12.12%（4/33）、57.58%（19/33）和 30.30%（10/33），单发病灶占比 33.33%（11/33），多发病灶占比 66.67%（22/33）。对照组中，溃疡部位分别位于胃窦、胃底和胃角，占比 11.76%（6/51）、52.94%（27/51）和 35.29%（18/51），单发病灶占比 54.71%（33/51），多发病灶占比 35.29%（18/51）。

## 3 讨论

阿司匹林、对乙酰氨基酚、布洛芬等非甾体抗炎药在临床上有着广泛的应用，在抗炎、解热、镇痛等方面有着良好的疗效。药物能够影响细胞释放的炎性介质（组胺、前列腺素、白三烯、TNF、IL-6 等），产生抑制作用，进而改善患者的发热、疼痛和组织损伤。非甾体抗炎药主要分为磷脂酶 A2 抑制剂、环氧酶抑制剂、白三烯抑制剂和受体拮抗剂等多种类型，需要结合患者的实际病情，合理选用药物。在抗炎、止痛治疗中，应用非甾体抗炎药，利用药物抑酶作用，对于环氧酶 COX1 和 COX2 产生较强的抑制作用，但是也会引发消化道的不良反应。在非甾体抗炎药的临床应用期间，在关注药物疗效的同时，更要重视用药安全，警惕药物副作用引发的各类并发症。急性胃粘膜病变是非甾体抗炎药治疗期间常见、高发的并发症，会引发胃肠道不适症状，形成消化道出血、溃疡，增加患者的痛苦，对于其治疗恢复产生干扰<sup>[3]</sup>。

在非甾体抗炎药物的作用下，患者机体的环氧化物酶合成、

分泌受到抑制,进而影响到前列腺素、血栓素 A2 的合成,由于保护屏障受到破坏,胃肠道粘膜发生损伤,进而引发相关胃肠道疾病的发生。缺乏保护屏障的防御作用,加上胃酸、胃蛋白酶的过多分泌,导致胃粘膜受损<sup>[4]</sup>。另外,在胃肠道粘膜细胞内,非甾体抗炎药物的聚集,会产生一定的毒性作用,对于胃肠道粘膜产生刺激和损害,进而形成病变和损伤。非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变的发生,患者主要表现为上消化道出血、穿孔,胃溃疡的发生率较高,一般为多发病灶<sup>[5]</sup>。而在其他原因所致急性胃粘膜病变患者中,更多的表现为上腹部疼痛、腹部不适,常见十二指肠溃疡,多存在单发病灶。

本组研究结果显示,在非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变患者中,上消化道出血、穿孔的发生率较高,分别为 45.45% 和 39.39%。通过胃镜检查,胃溃疡的检出率较高,为 51.52%,多发病灶占比较高,为 66.67%。而非药物所致急性胃粘膜病变患者中,上腹部疼痛、腹部不适的发生率较高,分别为 39.22% 和 35.29%。通过胃镜检查,十二指肠溃疡的检出率较高,为 49.02%,单发病灶占比较高,为 54.71%。根据非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变的临床特征,针对病变的发生原因和影响因素,实施预防性的干预措施。在应用非甾体抗炎药的同时,配合使用胃粘膜保护剂。对于发生非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变的患者,需要暂停使用非甾体抗炎药,使用质子泵抑制剂进行治疗,促进

受损胃粘膜的修复,改善患者的胃肠功能<sup>[6]</sup>。

综上所述,非甾体抗炎药致急性胃粘膜病变患者主要表现为上消化道出血、穿孔等症状,胃溃疡的发生率较高,存在多发病灶。加强对非甾体抗炎药临床应用的管理和控制,保障临床用药的合理性,可以在获得良好疗效的同时,提高用药安全,减少患者治疗恢复期间的干扰因素。

参考文献:

[1] 陆盛菊, 金天淑. 老年非甾体抗炎药相关消化性溃疡的临床特征及影响因素 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40 (03) :539-542.  
 [2] 田艳辉. 非甾体抗炎药相关下消化道出血 165 例分析 [J]. 中国卫生工程学, 2019, 18 (06) :920-922.  
 [3] 茹意. 综合性护理在非甾体抗炎药致消化溃疡并大出血患者中的应用 [J]. 西藏医药, 2019, 40 (06) :88-89.  
 [4] 金晶, 谭诗云, 方向明. 质子泵抑制剂加重非甾体抗炎药所致小肠损伤及其防治措施的文献综述 [J]. 药物流行病学杂志, 2019, 28 (07) :477-482.  
 [5] 高翔. 用非甾体抗炎药对风湿伴 HP 感染患者进行治疗对其胃肠激素水平及消化道的影 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17 (04) :160-161.  
 [6] 陈斌, 梁心慧, 曹刚, 等. 血清胃功能检测奥美拉唑治疗非甾体抗炎药相关胃黏膜损伤的机制 [J]. 河北医药, 2018, 40 (15) :2302-2305.

(上接第 84 页)

持续性裂变,导致癌细胞变异裂解、死亡,给药后癌细胞一般不会出现持续性的增殖、生长。顺铂属于抗实体瘤一线药,对于癌细胞 DNA 复制具有显著的抑制作用,可有效阻碍肿瘤生长。具有抗癌谱广以及作用强等优点。本研究示:实验组临床总有效率 (90.48%) 明显高于参照组 (61.90%), 实验组治疗后血清 SCC-Ag、CYFRA21-1 均明显比参照组低, P<0.05。提示早中期宫颈癌治疗中紫杉醇+顺铂新辅助化疗应用效果显著。本研究结果与李翔<sup>[4]</sup> 等研究结果接近。

综上所述:早中期宫颈癌患者术前给予紫杉醇+顺铂新辅助化疗治疗,可有效降低血清肿瘤标志物水平,促进病灶消退,临床应用价值较高,值得将该新辅助化疗方案进一步推广。

参考文献:

[1] 罗丹凤, 洪朝欣, 张江灵, 等. 奈达铂联合紫杉醇以及顺铂联合紫杉醇治疗宫颈癌的临床效果观察 [J]. 山西医药杂志, 2018(14):1701-1703.

[2] 周琦, 吴小华, 刘继红, 等. 宫颈癌诊断与治疗指南 (第四版) [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(06):41-50.

[3] 童武松, 王松林, 潘金华. 顺铂联合紫杉醇同步化疗对中晚期宫颈癌患者免疫功能及血清 CY-FRA21-1、SCC-Ag 的影响 [J]. 海南医学院学报, 2016, 22(23):2866-2868.

[4] 李翔, 鲁艳明, 张瑶, 等. 紫杉醇联合顺铂新辅助化疗在早中期宫颈癌治疗中的临床应用 [J]. 实用药物与临床, 2016, 19(2):148-151.

表 2: 血清肿瘤标志物两组比较结果 ( $\bar{x} \pm s$ , mg/L)

组别	SCC-Ag		CYFRA21-1	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=42)	7.65±0.36	3.26±0.16 <sup>a</sup>	3.28±0.46	0.95±0.06 <sup>a</sup>
参照组 (n=42)	7.66±0.34	4.86±0.34 <sup>a</sup>	3.30±0.42	1.59±0.10 <sup>a</sup>
t	0.1308	27.5948	0.2081	35.5660
P	0.8962	0.0000	0.8357	0.0000

注: 与治疗前比较, <sup>a</sup>P<0.05。

(上接第 85 页)

电位时程,抑制房室结、窦房结传导,通过竞争性 β 阻断,达到抗心律失常作用。但是在具体治疗过程中,发现普罗帕酮单一给药效果并不理想,且如果药物剂量过大,则会增加舒张末压和负性肌力,减少心输出量,降低血流动力学稳定性,具有一定的局限性。

美托洛尔属于 β1 受体拮抗剂,对交感神经兴奋性具有显著抑制作用,可有效抑制交感神经-肾素释放,发挥降低心肌收缩力、保护心肌细胞的作用。美托洛尔不具备内在拟交感活性、部分激动活性、膜稳定性,给药之后可有效减缓心率,抑制儿茶酚胺合成,发挥良好的调节心律失常作用。本研究示:试验组临床总有效率 (96.43%) 明显高于参照组 (76.79%), 试验组治疗 8w 后室性早搏、短阵室速、短阵房速、房性早搏均明显比参照组低, P<0.05。提示小儿心律失常治疗中普罗帕酮+美托洛尔应用效果稳定、显著。本研究结果接近于金雪梅<sup>[5]</sup> 研究结果。

综上所述:心律失常患儿给予普罗帕酮+美托洛尔治疗,可有效降低早搏、房速、室速发作次数,缓解心悸等症状,临床应用价值较高,值得作为小儿心律失常理想的治疗方案。

参考文献:

[1] 林文潘. 使用普罗帕酮联合美托洛尔治疗小儿心律失常的疗效研究 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14(3):87-88.  
 [2] 中华医学会心电生理和起搏分会; 中国医师协会心律学专业委员会. 室性心律失常中国专家共识 [J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2016, 20(4):279-326.  
 [3] 徐仁眷. 用小剂量的胺碘酮治疗小儿心律失常的效果研究 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14(16):88-90.  
 [4] 梁锦标, 江琦. 胺碘酮联合美托洛尔在心律失常临床治疗中的应用研究 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(31):4400-4401.  
 [5] 金雪梅. 胺碘酮联合美托洛尔治疗心律失常的临床疗效分析 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(28):135-136.