

维U颠茄铝胶囊II联合奥美拉唑治疗胃溃疡的临床研究

陈汉林¹, 李发全², 董 鳞²

1. 天长市人民医院 普内科, 安徽 滁州 239300

2. 天长市人民医院 消化科, 安徽 滁州 239300

摘要: **目的** 探讨维U颠茄铝胶囊II联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗胃溃疡的临床疗效。**方法** 选取2016年3月—2018年3月天长市人民医院收治的82例胃溃疡患者为研究对象,按照随机数字表法将所有患者随机分为对照组和治疗组,每组各41例。对照组于早餐前0.5 h整粒吞服奥美拉唑肠溶胶囊,1粒/次,1次/d。治疗组在对照组治疗的基础上于餐后0.5 h口服维U颠茄铝胶囊II,1粒/次,3次/d。两组均连续治疗6周。观察两组的临床疗效,比较两组的症状积分、溃疡面积、胃液酸碱度(pH)值、血清因子水平、复发情况和幽门螺杆菌根除率。**结果** 治疗后,对照组和治疗组的疾病总有效率分别为78.0%、95.1%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,对照组和治疗组的胃镜总有效率分别为80.5%、97.6%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,两组中上腹痛、反酸、恶心、纳差、腹胀、厌食、胃灼烧积分和总分均显著减少,同组治疗前后比较差异有统计学意义($P<0.05$);且治疗后治疗组各项主要症状积分均明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,两组溃疡面积均显著缩小,胃液pH值显著上升,同组治疗前后比较差异有统计学意义($P<0.05$);且治疗后治疗组溃疡面积、胃液pH值明显优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,两组血清白细胞介素(IL)-6、IL-8水平均显著降低,表皮生长因子(EGF)、血管内皮生长因子(VEGF)水平均显著升高,同组治疗前后比较差异具有统计学意义($P<0.05$);且治疗组血清因子水平明显优于对照组,两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,对照组和治疗组幽门螺杆菌根除率分别为70.7%、90.2%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。随访6个月,对照组和治疗组复发率分别为19.5%、4.9%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 维U颠茄铝胶囊II联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗胃溃疡具有较好的临床疗效,能减轻患者胃肠道症状,上调胃内pH值,提高幽门螺杆菌根除率,抑制机体炎症反应,促进溃疡愈合,降低复发风险,具有一定的临床推广应用价值。

关键词: 维U颠茄铝胶囊II; 奥美拉唑肠溶胶囊; 胃溃疡; 症状积分; 溃疡面积; 胃液酸碱度值; 血清因子; 复发情况; 幽门螺杆菌根除率

中图分类号: R975 文献标志码: A 文章编号: 1674-5515(2019)08-2482-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2019.08.051

Clinical study on Vitamin U, Belladonna and Aluminium Capsules II combined with omeprazole in treatment of gastric ulcer

CHEN Han-lin¹, LI Fa-quan², DONG Lin²

1. Department of Internal Medicine, Tianchang People's Hospital, Chuzhou 239300, China

2. Department of Gastroenterology, Tianchang People's Hospital, Chuzhou 239300, China

Abstract: **Objective** To investigate the clinical effect of Vitamin U, Belladonna and Aluminium Capsules II combined with Omeprazole Enteric-coated Capsules in treatment of gastric ulcer. **Methods** Patients (82 cases) with gastric ulcer in Tianchang People's Hospital from March 2016 to March 2018 were randomly divided into control and treatment groups, and each group had 41 cases. Patients in the control group were *po* administered with Omeprazole Enteric-coated Capsules before breakfast of 0.5 h, 1 grain/time, once daily. Patients in the treatment group were *po* administered with Vitamin U, Belladonna and Aluminium Capsules II on the basis of the control group, 1 grain/time, three times daily. Patients in two groups were treated for 6 weeks. After treatment, the clinical efficacies were evaluated, and symptom scores, ulcer area, gastric juice pH value, serum factor levels, recurrence rate, and *Helicobacter pylori* eradication rate in two groups were compared. **Results** After treatment, the therapeutic efficacies in the control and treatment groups were 78.0% and 95.1%, respectively, and there was difference between two groups ($P < 0.05$). After treatment,

收稿日期: 2019-01-25

作者简介: 陈汉林(1979—),男,安徽天长人,主治医师,本科,研究方向为消化,胃肠等普内科。E-mail: sdwwfck@126.com

the gastroscopic efficacies in the control and treatment groups were 80.5% and 97.6%, respectively, and there was difference between two groups ($P < 0.05$). After treatment, mid-upper abdominal pain score, acid reflux score, nausea score, abdominal distension score, anorexia score, heartburn score, and total score in two groups were significantly decreased, and the difference was statistically significant in the same group ($P < 0.05$). And the observational indexes in the treatment group were significantly lower than those in the control group, with significant difference between two groups ($P < 0.05$). After treatment, the ulcer areas in two groups were significantly decreased, but the gastric juice pH value in two groups were significantly increased, and the difference was statistically significant in the same group ($P < 0.05$). And the observational indexes in the treatment group were significantly better than those in the control group, with significant difference between two groups ($P < 0.05$). After treatment, the levels of IL-6 and IL-8 in two groups were significantly decreased, but the levels of EGF and VEGF in two groups were significantly decreased, and the difference was statistically significant in the same group ($P < 0.05$). And the serum factor levels in the treatment group were significantly better than those in the control group, with significant difference between two groups ($P < 0.05$). After treatment, the *Helicobacter pylori* eradication rates in the control and treatment groups were 70.7% and 90.2%, respectively, and there was difference between two groups ($P < 0.05$). Follow-up for 6 months, the recurrence rates in the control and treatment groups were 19.5% and 4.9%, respectively, and there was difference between two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Vitamin U, Belladonna and Aluminium Capsules II combined with Omeprazole Enteric-coated Capsules has clinical curative effect in treatment of gastric ulcer, can alleviate gastrointestinal symptoms, increase gastric pH value, increase eradication rate of *Helicobacter pylori*, inhibit inflammation, promote ulcer healing, and reduce recurrence risk, which has a certain clinical application value.

Key words: Vitamin U, Belladonna and Aluminium Capsules II; Omeprazole Enteric-coated Capsules; gastric ulcer; symptom score; ulcer area; gastric juice pH value; serum factor level; recurrence rate; *Helicobacter pylori* eradication rate

胃溃疡是常见的消化系统疾病,可见于任何年龄,尤以中老年人居多。患者以中上腹痛(多发生于餐后0.5~1.0 h)、反酸为典型症状,还可伴有恶心、纳差、腹胀、厌食、胃灼热等胃肠道非特异性症状^[1]。本病不仅会对患者生活、工作造成严重困扰,还可引发大出血、急性穿孔、输出道梗阻等危重并发症,甚至癌变,危及生命。抑酸治疗是目前临床处理消化性溃疡的最主要手段,且以质子泵抑制剂(PPI)为首选治疗药物^[2]。奥美拉唑作为第一代PPI,可通过强效而持久地抑制各种原因所致的胃酸分泌而达到保护消化道黏膜的目的,是当前临床治疗胃溃疡的常用药^[3]。维U颠茄铝胶囊II(曾用名斯达舒胶囊)为胃肠黏膜保护药,有中和胃酸、抑制腺体分泌、促进黏膜再生等作用,适用于胃酸过多所致的胃溃疡^[4]。因此,本研究选取天长市人民医院收治的82例胃溃疡患者为研究对象,采取维U颠茄铝胶囊II联合奥美拉唑肠溶胶囊进行治疗,取得了满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2016年3月—2018年3月天长市人民医院收治的82例胃溃疡患者为研究对象。其中男57例,女25例;年龄23~75岁,平均 (50.1 ± 6.5) 岁;病程6~31个月,平均 (13.4 ± 4.1) 个月;病变部位:胃小弯45例,胃窦20例,胃体17例。

纳入标准:(1)满足胃溃疡诊断标准^[5];(2)单发活动期溃疡,直径在0.5~2.5 cm;(3)自愿签订知情同意书;(4)无胃部手术史,年龄18~75岁;(5)经尿素呼气试验证实幽门螺杆菌阳性;(6)未合并上消化道穿孔、出血或幽门梗阻等并发症;(7)近3个月内无抗溃疡治疗史。

排除标准:(1)患有溃疡型胃癌等其他恶性肿瘤者;(2)确诊为胃溃疡合并重度异型增生者;(3)过敏体质或有药物过敏史者;(4)由淋巴瘤、结核病、巨细胞病毒感染或克罗恩病等其他疾患所致的继发性胃溃疡者;(5)肝肾功能不全者;(6)存在低磷血症(如吸收不良综合征)者;(7)伴有高血压、反流性食管炎、心脏病、溃疡性结肠炎等其他疾患,而需用维U颠茄铝胶囊II治疗者;(8)孕妇或哺乳期妇女;(9)合并阑尾炎、青光眼、前列腺肥大、近期骨折史等不宜使用维U颠茄铝胶囊II治疗的情况者;(10)确诊为无症状型溃疡、应激性溃疡、复合性溃疡、难治性溃疡等其他特殊类型的胃溃疡者。

1.2 分组和治疗方法

按照随机数字表法将所有患者随机分为对照组和治疗组,每组各41例。其中对照组男27例,女14例;年龄25~75岁,平均 (50.4 ± 6.4) 岁;病程8~31个月,平均 (13.6 ± 3.9) 个月;病变部位:胃小弯25例,胃窦9例,胃体7例。治疗组男30

例,女11例;年龄23~74岁,平均 (49.8 ± 6.6) 岁;病程6~30个月,平均 (13.1 ± 4.2) 个月;病变部位:胃小弯20例,胃窦11例,胃体10例。两组基线资料比较无差异,具有临床可比性。

两组患者均予以相同的一般治疗,包括注意饮食(避免使用刺激性食物)、避免剧烈运动、注意休息、戒烟、戒酒、避免过度紧张劳累等、常规幽门螺杆菌根除治疗。对照组于早餐前0.5 h整粒吞服奥美拉唑肠溶胶囊(石药集团欧意药业有限公司生产,规格20 mg/粒,产品批号060151035、060170321),1粒/次,1次/d。治疗组在对照组治疗的基础上于每餐后0.5 h口服维U颠茄铝胶囊II(修正药业集团股份有限公司生产,每粒含氢氧化铝140 mg、维生素U 50 mg、颠茄提取物10 mg,产品批号151206、170413),1粒/次,3次/d。两组均连续治疗6周。

1.3 临床疗效判定标准

1.3.1 疾病疗效判定标准^[6] 临床治愈:症状(腹痛、反酸、纳差等)全部消失,溃疡无痕迹愈合或疤痕愈合,幽门螺杆菌根除;显效:主要症状(腹痛、反酸、胃灼热等)消失,幽门螺杆菌根除,溃疡达愈合期(H2);有效:上述症状有所减轻,幽门螺杆菌减少(由“+++”变为“+”),溃疡达愈合期(H1);无效:症状、幽门螺杆菌、内镜检查均无好转者。

总有效率=(临床治愈+显效+有效)/总例数

1.3.2 胃镜疗效判定标准^[7] 临床治愈:溃疡瘢痕愈合或无痕迹愈合;显效:溃疡减轻2个级别,或达H2;有效:溃疡减轻1个级别,或达H1;无效:内镜检查无好转。

总有效率=(临床治愈+显效+有效)/总例数

1.4 观察指标

1.4.1 主要症状量化标准^[7] 将患者主要不适症状(中上腹痛、反酸、恶心、纳差等)按其严重程度分为4级(即0、I、II、III);其中0级(无症状),计0分;I级(症状轻微,对日常生活、工作不产生影响),计1分;II级(症状中等,已对日常生活、工作造成部分影响),计2分;III级(症状严重,日常生活受到影响,且无法坚持工作),计3分;并计算所有不适症状的积分总和。

1.4.2 溃疡面积 由日本OLYMPUS GIF-H170电子胃肠镜系统检查结果测量溃疡的长径、宽径,计算溃疡面积。

溃疡面积=[(溃疡长径×溃疡宽径)/4]× π

1.4.3 胃液酸碱度 于治疗前后抽取患者空腹澄清胃液5 mL,使用美国哈纳HI4221酸碱度计检测胃液pH值。

1.4.4 血清因子测定 采集患者空腹静脉血6 mL,于低温下离心(3 000 r/min, 15 min)后留取上清液,采用酶联免疫法(深圳迈瑞)和使用英国安图斯2010酶标仪检测白细胞介素(IL)-6、IL-8、表皮生长因子(EGF)、血管内皮生长因子(VEGF)水平,所有操作均按说明书。

1.4.5 幽门螺杆菌根除率 患者于疗程结束后,行核素标记 ^{13}C 呼气试验,统计两组患者幽门螺杆菌根除率。

1.5 不良反应观察

监测患者治疗期间出现的不良反应,如便秘、口干、头晕等的发生情况。

1.6 复发情况观察

所有患者于停药后追踪随访6个月,记录两组患者复发情况。

1.7 统计学分析

采用统计软件SPSS 20.0处理数据,计数资料以百分数表示,使用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,利用t检验。

2 结果

2.1 两组疾病疗效比较

治疗后,对照组临床治愈14例,显效15例,有效3例,疾病总有效率为78.0%;治疗组临床治愈21例,显效16例,有效2例,疾病总有效率为95.1%,两组疾病总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组胃镜疗效比较

治疗后,对照组临床治愈16例,显效9例,有效8例,胃镜总有效率为80.5%;治疗组临床治愈21例,显效11例,有效8例,胃镜总有效率为97.6%,两组患者胃镜总有效率比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组症状积分比较

治疗后,两组中上腹痛、反酸、恶心、纳差、腹胀、厌食、胃灼烧积分和总分均显著减少,同组治疗前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$);且治疗后治疗组各项主要症状积分均明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表1 两组疾病疗效比较

Table 1 Comparison on therapeutic efficacies between two groups

组别	n/例	临床治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	41	14	15	3	9	78.0
治疗	41	21	16	2	2	95.1*

与对照组比较: * $P < 0.05$ * $P < 0.05$ vs control group

表2 两组胃镜疗效比较

Table 2 Comparison on gastroscopic efficacies between two groups

组别	n/例	临床治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	41	16	9	8	8	80.5
治疗	41	21	11	8	1	97.6*

与对照组比较: * $P < 0.05$ * $P < 0.05$ vs control group表3 两组症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 41$)Table 3 Comparison on symptom scores between two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 41$)

组别	观察时间	中上腹痛积分	反酸积分	恶心积分	纳差积分
对照	治疗前	2.16 ± 0.43	2.05 ± 0.51	1.68 ± 0.42	1.84 ± 0.53
	治疗后	0.64 ± 0.15*	0.59 ± 0.16*	0.52 ± 0.13*	0.62 ± 0.14*
治疗	治疗前	2.23 ± 0.39	2.13 ± 0.47	1.75 ± 0.50	1.72 ± 0.46
	治疗后	0.37 ± 0.10*▲	0.34 ± 0.08*▲	0.31 ± 0.09*▲	0.41 ± 0.11*▲
组别	观察时间	腹胀积分	厌食积分	胃灼热积分	总分
对照	治疗前	1.93 ± 0.58	1.71 ± 0.47	1.90 ± 0.62	13.12 ± 3.50
	治疗后	0.55 ± 0.17*	0.65 ± 0.16*	0.51 ± 0.13*	4.23 ± 1.01*
治疗	治疗前	1.82 ± 0.60	1.60 ± 0.51	2.06 ± 0.55	13.45 ± 3.62
	治疗后	0.38 ± 0.08*▲	0.32 ± 0.07*▲	0.27 ± 0.06*▲	2.56 ± 0.54*▲

与同组治疗前比较: * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P < 0.05$ * $P < 0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P < 0.05$ vs control group after treatment

2.4 两组溃疡面积、胃液 pH 值比较

治疗后, 两组溃疡面积显著缩小, 胃液 pH 值显著上升, 同组治疗前后比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 且治疗后治疗组患者溃疡面积、胃液 pH 值明显优于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 两组血清因子水平比较

治疗后, 两组血清 IL-6、IL-8 水平均显著降低, EGF、VEGF 水平均显著升高, 同组治疗前后比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 且治疗组血清因子水平明显优于对照组, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

2.6 两组不良反应、复发情况、幽门螺杆菌根除率比较

在治疗过程中, 对照组和治疗组的不良反应发生率分别为 4.9%、7.3%, 两组比较无统计学差异;

表4 两组溃疡面积、胃液 pH 值比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 41$)Table 4 Comparison on ulcer area and gastric juice pH value between two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 41$)

组别	观察时间	溃疡面积/mm ²	胃液 pH 值
对照	治疗前	95.73 ± 23.52	1.62 ± 0.40
	治疗后	14.27 ± 3.41*	3.21 ± 0.82*
治疗	治疗前	98.36 ± 24.60	1.54 ± 0.43
	治疗后	9.45 ± 2.23*▲	3.58 ± 0.75*▲

与同组治疗前比较: * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P < 0.05$ * $P < 0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P < 0.05$ vs control group after treatment

治疗后, 对照组和治疗组患者幽门螺杆菌根除率分别为 70.7%、90.2%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 随访 6 个月, 对照组和治疗组的复发率分别为 19.5%、4.9%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 6。

表 5 两组血清因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$, $n = 41$)Table 5 Comparison on serum factor levels between two groups ($\bar{x} \pm s$, $n = 41$)

组别	观察时间	IL-6/(ng L ⁻¹)	IL-8/(ng L ⁻¹)	EGF/(ng L ⁻¹)	VEGF/(ng L ⁻¹)
对照	治疗前	57.24 ± 16.87	69.38 ± 20.41	131.86 ± 32.75	102.54 ± 23.87
	治疗后	49.66 ± 13.53*	58.64 ± 16.25*	185.65 ± 41.77*	136.42 ± 30.36*
治疗	治疗前	55.09 ± 17.12	66.89 ± 21.30	136.39 ± 33.20	107.36 ± 21.25
	治疗后	43.32 ± 11.65*▲	51.28 ± 13.78*▲	213.78 ± 37.25*▲	160.21 ± 26.96*▲

与同组治疗前比较: * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P < 0.05$ vs control group after treatment

表 6 两组不良反应、复发情况和幽门螺杆菌根除率比较 ($n = 41$)Table 6 Comparison on adverse reaction, recurrence rate and *H. pylori* eradication rate between two groups ($n = 41$)

组别	不良反应				复发情况		幽门螺杆菌根除情况	
	便秘/例	口干/例	头晕/例	发生率/%	n /例	复发率/%	n /例	根除率/%
对照	1	1	0	4.9	8	19.5	29	70.7
治疗	2	0	1	7.3	2	4.9*	37	90.2*

与对照组比较: * $P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs control group

3 讨论

胃溃疡是一种常见的消化性溃疡,其病因复杂。现代医学认为消化性溃疡的发生发展与常见主要损伤因素,如幽门螺杆菌感染(同时也是重要的复发因素)、阿司匹林、非甾体抗炎药(NSAIDs)、胃酸、胃蛋白酶等,以及其他危险因素,包括能诱发消化性溃疡的其他药物(如抗血小板药物)、饮食和生活习惯、心理因素、遗传等密切相关^[8]。当前临床对于胃溃疡的治疗原则以综合性治疗措施为主,其目的在于迅速缓解患者临床症状,加速溃疡愈合,提高愈合质量,降低复发风险,减少并发症。目前普遍认为“无酸,无溃疡”,当消化道黏膜正常防御、修复功能遭到破坏时,胃酸会加重黏膜损伤,促进溃疡形成,可见胃酸在消化性溃疡的发病中发挥着重要作用。因此抑酸治疗是胃溃疡临床治疗的关键,其在缓解患者腹痛、反酸等相关症状、促进溃疡愈合等方面具有积极作用^[9]。

奥美拉唑为脂溶性弱碱性药物,能特异性地抑制胃壁细胞上的质子泵(H^+-K^+-ATP 酶)活性,使得胃酸分泌的最后步骤被阻断,从而大幅减少胃液中的酸含量,起到缓解胃灼热、疼痛等症状的作用。由于奥美拉唑干扰的是胃酸分泌过程,因此其对基础胃酸和各种刺激(如五肽胃泌素、组胺、二丁基环腺苷酸、刺激迷走神经等)引起的胃酸分泌均有强大的抑制效果。此外奥美拉唑还具有保护胃黏膜

屏障(可通过提高胃黏膜电位、维持胃细胞稳定等方式实现)、较弱的胃蛋白酶活性抑制作用,但对胃蛋白酶分泌无直接影响^[10]。侯延丽^[11]报道指出使用奥美拉唑治疗胃溃疡在修复溃疡面、改善机体炎症反应等方面的效果显著,是治疗胃溃疡的有效药物之一。维 U 颠茄铝胶囊 II 为复方制剂,主要成分有氢氧化铝、颠茄提取物、维生素 U,其中氢氧化铝有抗酸、局部止血、吸附、保护溃疡面等作用,但该成分偏向于中和或缓冲胃内已存在的胃酸,对胃酸分泌并无直接影响;颠茄提取物能直接抑制胃酸分泌,减少胃肠道运动,解除平滑肌痉挛所致的疼痛;同时维生素 U 可净化溃疡面,促进肉芽发育,进而能加速溃疡愈合;可见 3 种有效成分在治疗胃溃疡上具备一定的协同效应。研究发现胃溃疡采用维 U 颠茄铝胶囊 II 治疗时止痛起效快,治愈率高且副作用少,疗程短又经济^[12],故而非常适合用于胃溃疡的临床治疗。

胃溃疡患者伴有一定的机体炎症反应,且主要由幽门螺杆菌感染所致。该病原体可通过大量分泌、释放脂多糖,刺激胃上皮细胞过度合成和释放多种炎性介质(如 IL-6、IL-8 等),继而诱发炎症反应,并能诱导中性粒细胞活化,加之此时胃黏膜防御能力下降,致使胃黏膜发生持续性炎症损伤,而最终造成并加重溃疡^[13]。研究显示,胃溃疡的发病可能与体内 EGF 分泌低下有关^[14]。EGF 具有保护胃黏

膜（主要是通过刺激胃黏膜细胞分泌生长抑素、前列腺素等效应因子，发挥作用）、抑制胃酸分泌、促进溃疡愈合等活性。VEGF 作为血管生成的特异性促进因子，具有促进血管内皮细胞迁移和增殖、诱导细胞外基质变性、增加血管通透性、刺激血管形成等作用，其在新生血管形成和组织修复等方面起着关键作用。胃溃疡的愈合过程涉及内皮细胞增殖、血管重建、肉芽组织生长等，因此 VEGF 参与了胃溃疡黏膜损伤修复过程^[15]。本研究中，治疗组疾病和胃镜总有效率（95.1%、97.6%）均显著高于对照组（78.0%、80.5%），且治疗后主要症状积分及其总分、溃疡面积、胃液 pH 值、血中 IL-6、IL-8、EGF、VEGF 水平和幽门螺杆菌根除率、复发率较对照组均更优，同时两组不良反应均少而轻。可见维 U 颠茄铝胶囊 II 联合奥美拉唑是一个治疗胃溃疡的安全有效方案。

综上所述，维 U 颠茄铝胶囊 II 联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗胃溃疡具有较好的临床疗效，能减轻患者胃肠道症状，上调胃内 pH 值，提高幽门螺杆菌根除率，抑制机体炎症反应，促进溃疡愈合，降低复发风险，具有一定的临床推广应用价值。

参考文献

- [1] 陈芳洁. 胃溃疡患者临床表现与胃镜特点研究 [J]. 黑龙江医药, 2017, 30(1): 161-163.
- [2] 李 旻. 胃溃疡治疗药物的研究进展 [J]. 医学信息, 2016, 29(15): 57-58.
- [3] 邱书萍. 奥美拉唑的药理研究及最新应用进展 [J]. 临床和实验医学杂志, 2007, 6(10): 128.
- [4] 国家药典委员会. 国家药品监督管理局国家药品标准: 化学药品地方标准上升国家标准(第十一册) [M]. 北京: 国家药典委员会, 2002: 57.
- [5] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范 (2013 年, 深圳) [J]. 中华消化杂志, 2014, 34(2): 73-76.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡的中西医结合诊治方案(草案) [J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(5): 478-480.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化性溃疡中医诊疗专家共识意见 (2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(9): 4089-4093.
- [8] 孙玉鹤, 张春风. 胃溃疡研究进展 [J]. 亚太传统医药, 2014, 10(11): 46-49.
- [9] 陈旻湖. 抑酸剂在消化性溃疡治疗中的作用 [J]. 中华消化杂志, 2008, 28(7): 442-443.
- [10] 林万隆, 周汉高, 潘伯荣. 奥美拉唑的临床药理与应用 [J]. 新乡医学院学报, 1997, 14(4): 421-422.
- [11] 侯延丽. 探讨奥美拉唑治疗胃溃疡的药理作用和临床效果 [J]. 基因组学与应用生物学, 2017, 36(3): 1210-1213.
- [12] 张曼清. 斯达舒胶囊治疗胃溃疡 27 例疗效观察 [J]. 临床军医杂志, 2008, 36(1): 86.
- [13] 姚造极, 江 勇, 黄艳晶. 白介素 6 和白介素 8 在胃癌和胃溃疡患者血清和组织中的表达 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2015, 18(12): 1276-1277.
- [14] 陈寿坡, 陆国钧, 温淑豪. 消化性溃疡患者唾液、胃液和血清中表皮生长因子含量的研究 [J]. 中华消化杂志, 1994, 14(1): 15-17.
- [15] 周 莲, 符明昌, 郑志昂. 血清 VEGF、TFF1、PG、EGF 变化及其与胃溃疡病理过程的关系 [J]. 基因组学与应用生物学, 2017, 36(8): 3278-3284.