

康复新液联合 PPI 治疗胃溃疡对胃黏膜屏障功能与 C 反应蛋白及不良反应影响探索

滕玉瑾¹ 俞红岩²

1.中山大学附属肿瘤医院甘肃医院麻醉手术科 甘肃 兰州 730050

2.中山大学附属肿瘤医院甘肃医院消化内一科 甘肃 兰州 730050

【摘要】目的：评估康复新液联合质子泵抑制剂（PPI）治疗胃溃疡患者的临床价值。方法：本研究纳入 2024 年 6 月至 2025 年 6 月收治的 120 例胃溃疡患者作为观察对象，采用随机数字表法将受试者均分为两组，其中参照组 60 例患者单独应用 PPI 治疗（雷贝拉唑钠肠溶片）；试验组 60 例患者则采用康复新液联合 PPI 疗法（雷贝拉唑钠肠溶片+康复新液）。通过对比两组患者的临床疗效、炎症指标、胃黏膜屏障功能指标及药物不良反应发生率，探讨该联合方案在胃溃疡治疗中的临床应用价值。结果：试验组总有效率高于参照组（ $P < 0.05$ ）。治疗前两组 IL-6、CRP、TGF- β 、VEGF、PGI、PGII 水平无差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后试验组 IL-6、CRP、PGII 低于参照组，TGF- β 、VEGF、PGI 高于参照组（ $P < 0.05$ ）。两组不良反应发生率无差异（ $P > 0.05$ ）。结论：康复新液联合 PPI 治疗方案具有全面性及高效性等特征，在提升胃溃疡总有效率、降低不良反应的同时通过增强抗炎效应、促进胃黏膜修复与调节胃蛋白酶原平衡，展现出综合治疗优势。

【关键词】胃溃疡；雷贝拉唑钠；康复新液；PPI；胃肠黏膜屏障功能；C 反应蛋白

DOI:10.12417/2705-098X.26.05.068

胃溃疡是临床高发的消化系统疾病，其发病与胃酸分泌过多、胃黏膜屏障受损、炎症反应失衡密切相关。患者典型症状为周期性上腹痛（餐后 1-2 小时加重，空腹缓解），常伴随反酸、嗝气、腹胀等不适，若未及时干预，可进展为胃出血、胃穿孔，严重影响患者生活质量^[1]。临床治疗胃溃疡的核心目标为抑制胃酸分泌、修复胃黏膜屏障、减轻炎症反应，其中质子泵抑制剂（PPI，如雷贝拉唑钠肠溶片）是一线基础用药，可通过抑制胃壁细胞 H⁺/K⁺-ATP 酶阻断胃酸生成，为胃黏膜修复创造适宜环境^[2]。但临床实践发现，单独使用 PPI 治疗时，胃黏膜主动修复能力较弱，炎症控制效果有限，且难以有效调节胃黏膜分泌功能，部分患者存在溃疡愈合缓慢、症状反复的问题^[3]。康复新液是一种具有黏膜修复作用的中成药，其主要成分为美洲大蠊提取物，含多元醇、肽类等活性物质，可促进黏膜细胞增殖分化、增强黏膜屏障功能，同时具有一定抗炎作用^[4]。基于此，本研究提出康复新液联合 PPI 治疗方案，选取 120 例胃溃疡患者，通过分析联合治疗的总有效率、炎症指标、胃黏膜屏障功能、胃蛋白酶原指标及不良反应，评价其疗效与安全性，为临床治疗提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究纳入 2024 年 6 月至 2025 年 6 月本院收治的 120 例

胃溃疡患者。

纳入标准：①临床确诊为胃溃疡；②签署知情同意书；③重要脏器功能正常；④近 1 月内未使用相关治疗药物。

排除标准：①对研究药物过敏；②合并急性并发症（如胃出血、穿孔）；③存在沟通或精神障碍，无法配合；④合并消化道恶性肿瘤。

采用计算机随机分组法分为参照组（ $n=60$ ）和试验组（ $n=60$ ）。统计分析显示，两组患者的性别、年龄及病程等基线资料差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），表明组间基线特征具有可比性。见表 1：

表 1 两组基线资料比较（ n ，%， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	参照组	试验组	X ² /t	P
例数	60	60		
男/女	31/29	32/28	0.033	0.855
年龄范围(岁)	35~70	36~71	0.112	0.911
年龄均值(岁)	52.30 ± 1.45	52.33 ± 1.48		
病程区间(年)	1~8	1~9	0.405	0.686
病程(年)	3.48 ± 0.26	3.50 ± 0.28		

作者简介：第一作者：滕玉瑾，女（1992-08），汉族，甘肃兰州，主管护师，本科，研究方向：康复。

通讯作者：俞红岩，女（1984-04），汉族，甘肃兰州，主管护师，本科，研究方向：康复。

1.2 方法

两组患者均接受基础疾病干预，具体措施为规律饮食（避免辛辣、生冷、油腻食物）、戒烟戒酒、保持规律作息，同时记录用药期间症状变化及不适反应。

参照组：单独应用 PPI 治疗，药物选择雷贝拉唑钠肠溶片：每次口服 20mg，每日 2 次（早晚餐前 30 分钟服用），连续用药 1 个月。

试验组：采用康复新液联合 PPI 治疗，雷贝拉唑钠肠溶片给药方案与参照组相同；在此基础上加用康复新液：每次口服 10ml，每日 3 次（三餐后 30 分钟服用），连续用药 1 个月。

本研究涉及药物详细信息：①雷贝拉唑钠肠溶片：成都迪康药业股份有限公司，批准文号：国药准字 H20040715，规格：20mg/片；②康复新液：内蒙古京新药业有限公司，批准文号：国药准字 Z15020805，规格：10ml/支。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效：显效为症状消失且镜下病灶消失；有效为呕血停止、黑便改善，同时镜下出血范围缩小；无效为症状与镜下所见均无变化。总有效率为显效与有效比率之和。

(2) 炎症指标：包括 IL-6（白介素-6）、CRP（C 反应蛋白）水平。采集两组静脉血后使采用酶联免疫吸附试验测定。

(3) 胃黏膜屏障功能：采集患者静脉血，采用特定试剂盒检测血清中转化生长因子-β（TGF-β）与血管内皮生长因子（VEGF）的浓度。

(4) 胃蛋白酶原指标：于晨起空腹状态下采集患者静脉血样本，测定血清中胃蛋白酶原 I（PGI）、胃蛋白酶原 II（PGII）水平，方法为酶联免疫吸附试验。

(5) 不良反应：统计两组发生皮疹、腹泻、头晕、恶心等不良反应情况。

1.4 统计学处理

所有数据采用 SPSS25.0 处理。计数资料表述为百分比（%），行 χ^2 检验；计量资料表述为均值±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ），行 t 检验。将 $P < 0.05$ 界定为统计学差异标准。

2 结果

2.1 对比组间治疗有效率

试验组总有效率较参照组更高（ $P < 0.05$ ），具体详见表 2。

表 2 对比组间治疗有效率（n，%）

小组	参照组	试验组	χ^2	P
例数	60	60		
显效	38(63.33)	51(85.00)		
有效	15(25.00)	8(13.33)		

无效	7(11.67)	1(1.67)		
总有效率	53(88.33)	59(98.33)	4.821	0.028

2.2 对比组间炎症指标

治疗前比较两组炎症指标，无显著差异（ $P > 0.05$ ），治疗后试验组 IL-6、CRP 均较参照组更低（ $P < 0.05$ ），具体见表 3。

表 3 对比组间炎症指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

小组	参照组	试验组	t	P	
例数	60	60			
IL-6 (pg/mL)	治疗前	103.64±12.53	102.83±12.50	0.354	0.724
	治疗后	88.86±9.18	70.79±8.06	11.458	0.000
CRP (mg/L)	治疗前	15.23±3.30	15.25±3.32	0.033	0.974
	治疗后	11.12±2.15	7.74±1.17	10.696	0.000

2.3 对比组间胃黏膜屏障功能

治疗前比较两组胃黏膜屏障功能，无显著差异（ $P > 0.05$ ），治疗后试验组 TGF-β、VEGF 较参照组更高（ $P < 0.05$ ），具体详见表 4。

表 4 对比组间胃黏膜屏障功能（ $\bar{x} \pm s$, pg/ml）

小组	参照组	试验组	t	P	
例数	60	60			
TGF-β	治疗前	40.68±4.65	40.57±4.58	0.131	0.896
	治疗后	52.97±3.87	64.57±4.11	15.917	0.000
VEGF	治疗前	149.21±31.08	150.12±32.16	0.158	0.875
	治疗后	194.32±35.97	225.71±41.23	4.444	0.000

2.4 对比组间胃蛋白酶原指标

治疗前比较两组胃蛋白酶原指标，无显著差异（ $P > 0.05$ ），治疗后试验组 PGI 较参照组更高，PGII 较参照组更低（ $P < 0.05$ ），具体详见表 5。

表 5 对比组间胃蛋白酶原指标（ $\bar{x} \pm s$, ng/mL）

小组	参照组	试验组	t	P	
例数	60	60			
PGI	治疗前	62.38±5.94	61.97±5.92	0.379	0.706
	治疗后	73.25±6.87	85.61±7.56	9.372	0.000
PGII	治疗前	21.62±5.04	20.98±5.02	0.697	0.487
	治疗后	16.60±4.01	14.55±3.23	3.084	0.003

2.5 对比组间不良反应发生率

两组不良反应发生率无差异 ($P>0.05$)，具体详见表 6。

表 6 对比组间不良反应发生率 (n, %)

小组	参照组	试验组	X ²	P
例数	60	60		
腹泻	0(0.00)	1(1.67)		
头晕	1(1.67)	1(1.67)		
恶心	1(1.67)	1(1.67)		
总发生率	2(3.34)	3(5.01)	0.209	0.648

3 讨论

PPI 单药治疗胃溃疡存在一定局限性，其虽能强效抑酸，但无法主动促进黏膜修复，愈合速度慢，同时对局部炎症控制不足，难以阻断“炎症-损伤”循环，且不能调节胃蛋白酶原平衡，导致部分患者愈后功能仍受损，复发风险高。

康复新液与雷贝拉唑钠肠溶片的联合是通过协同作用实现控酸+抗炎+修复+调节分泌的综合治疗效果。从临床疗效来看，试验组总有效率显著高于参照组。雷贝拉唑钠肠溶片通过抑制胃酸为黏膜愈合创造“无刺激环境”，快速缓解上腹痛、反酸等症状，而康复新液中的活性成分可直接作用于溃疡病灶，促进黏膜上皮细胞增殖与迁移，加速溃疡面愈合^[5]。在炎症控制方面，治疗后试验组炎症指标显著低于参照组，证实联合方案的抗炎优势。从机制上看，雷贝拉唑钠肠溶片通过减少胃酸分泌，间接降低胃内酸性环境对黏膜的刺激，从而轻度抑制炎症因子释放。康复新液可通过两种途径增强抗炎效应：一是其活性成分可抑制核因子- κ B 信号通路，减少炎症因子的转录与释放；二是通过促进黏膜修复，减少受损黏膜细胞释放的

损伤相关分子模式，从源头降低炎症反应的触发信号，所以两者协同作用下有助于炎症反应被深度抑制，不仅减轻黏膜损伤，还为修复因子的表达创造有利环境。胃黏膜屏障功能修复方面，试验组修复因子水平显著高于参照组，TGF- β 是重要的黏膜修复因子，可激活胃黏膜成纤维细胞增殖，促进胶原纤维合成，增强黏膜基底层的结构稳定性。VEGF 则能促进黏膜下血管生成，增加黏膜局部血液供应，为修复细胞提供充足的氧气与营养物质。单独使用 PPI 时，黏膜修复仅依赖自身修复因子的基础表达，修复效率低下，而康复新液可通过上调修复因子的表达水平，主动加速黏膜修复进程，最终实现黏膜屏障功能的强化^[6]。胃蛋白酶原调节是联合方案的独特优势，治疗后试验组 PGI 显著高于参照组，PGII 显著低于参照组，其中 PGI 的升高表明康复新液可促进胃体部黏膜主细胞的增殖与功能恢复，主细胞是分泌 PGI 的主要细胞，其功能改善意味着胃黏膜分泌功能从受损状态回归正常，不仅能维持正常的消化功能，还能通过 PGI 的正常分泌增强黏膜自身防御能力。PGII 的降低则提示康复新液可减轻胃窦部黏膜损伤，减少黏膜糜烂或炎症对 PGII 分泌的刺激。安全性方面，两组不良反应发生率无显著差异；这一结果表明，康复新液的加入并未增加用药风险，主要因为康复新液为中成药，其成分多为天然提取物，安全性较高，无明显毒副作用^[7-8]。因此，联合方案在提升疗效的同时保持良好的安全性，可见联合方案不仅能促进溃疡愈合，还能改善黏膜分泌功能，减少不良反应发生风险，这对降低胃溃疡远期并发症发生率具有重要价值。

综上所述，康复新液联合雷贝拉唑钠肠溶片治疗胃溃疡临床优势较强，可通过控酸（雷贝拉唑）+抗炎（协同作用）+修复（康复新液）+调节分泌（康复新液）的四重机制，实现临床疗效、炎症控制、黏膜修复与分泌功能的全面提升，且未增加不良反应风险，值得推广。

参考文献：

- [1] 范小倩,汪东亮.康复新液联合 PPI 治疗胃溃疡患者的价值和安全性[J].当代临床医刊,2025,37(1):57-58.
- [2] 张凯,张霞.康复新液联合雷贝拉唑四联疗法治疗 Hp 阳性胃溃疡的有效性及其安全性分析[J].反射疗法与康复医学,2024,5(7):4-7.
- [3] 夏顺航,王明琴.康复新液联合泮托拉唑治疗活动期胃溃疡患者的效果分析[J].大医生,2025,10(1):68-71.
- [4] 郑春浩.康复新液联合雷贝拉唑四联疗法用于胃溃疡出血的效果及对胃黏膜愈合质量的改善作用[J].大医生,2024,9(11):105-108.
- [5] 郑春浩.康复新液联合雷贝拉唑四联疗法用于胃溃疡出血的效果及对胃黏膜愈合质量的改善作用[J].大医生,2024,9(11):105-108.
- [6] 邓双双.艾司奥美拉唑联合康复新液在消化性胃溃疡伴出血患者中的应用[J].当代医药论丛,2024,22(18):44-47.
- [7] 杨金莹,王韵茹.康复新液在胃溃疡患者中的应用效果及对胃黏膜修复的作用观察[J].内蒙古中医药,2024,43(3):49-50.
- [8] 蔡艳青,邱枫,王巍.康复新液联合艾司奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效及对胃黏膜的修复作用[J].临床合理用药,2024,17(36):17-20.