

[3] 马大威. 凝血指标、炎症因子和 CRP 检测对进展性脑梗死患者的临床意义[J]. 国际检验医学杂志, 2014, 35(8): 1059-1060.

[4] 程倚萌, 周明镔, 吕会力. 急性脑梗死患者血清脂联素及抵抗素检测分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 16(5): 47-49.

[5] 吴逊. 全国第四届脑血管病学术会议纪要[J]. 卒中与神经疾病, 1997, 4(2): 105-109.

[6] 任乃勇, 赵康仁, 张渭芳, 等. 急性脑梗死患者血抵抗素、脂联素水平的改变及其与颈动脉粥样硬化和脑卒中危险因素的关系[J]. 临床神经病学杂志, 2013, 26(6): 404-407.

[7] 张艳, 卢红, 张萍, 等. 急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块稳定性与血清脂联素、白介素-8 水平的相关性[J]. 临床神经病学杂志, 2012, 25(3): 174-176.

[8] 刘超, 陈灵芝, 王鹏, 等. 进展性脑梗死患者血清缺氧诱导

因子与肿瘤坏死因子临床意义的研究[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(8): 1255-1257.

[9] 郁超, 陈彤, 张克霞, 等. 急性脑梗死患者血清 IL-6 与颈动脉粥样硬化的相关性[J]. 现代检验医学杂志, 2013, 28(2): 152-153.

[10] 王咏龙, 邹晓辉, 党利华, 等. 急性脑梗死患者血清 TNF- α 和 IL-6 的表达及疏血通干预的临床意义[J]. 云南中医学院学报, 2013, 36(2): 70-72.

[11] 范振巍, 刘惠民. 血清脂联素与脑梗死的关系研究[J]. 北华大学学报: 自然科学版, 2012, 13(6): 651-653.

[12] 龙璐, 陶亚, 王堃, 等. 同型半胱氨酸、超敏 C 反应蛋白及纤维蛋白原检测对急性脑梗死患者的临床意义[J]. 实用预防医学, 2013, 20(5): 599-601.

(收稿日期: 2016-02-25 修回日期: 2016-05-22)

三联方案改善消化性溃疡患者血清 VEGF、bFGF 水平的作用分析

冯四平

(陕西省延安市人民医院药剂科 716000)

摘要:目的 探讨三联方案改善消化性溃疡患者血清碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)、血管内皮生长因子(VEGF)水平的作用。方法 随机选取 2012 年 8 月至 2015 年 8 月该院消化内科收治的 120 例消化性溃疡患者, 随机分为研究组和对照组(各 60 例)。给予研究组患者三联方案治疗, 给予对照组患者单纯奥美拉唑治疗, 然后对两组患者血清 VEGF、bFGF 水平及其相关性进行统计分析。结果 两组患者的组内比较显示, 治疗后血清 bFGF、VEFG 水平均高于治疗前, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 组间比较显示, 治疗前两组患者血清 bFGF、VEFG 水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后两项指标的水平研究组均显著高于对照组($P < 0.05$); 两组患者治疗前后的血清 VEGF、bFGF 均具有相关性($P < 0.05$), 二者呈显著的正相关关系($P < 0.05$)。结论 三联方案能够有效改善消化性溃疡患者血清 VEGF、bFGF 水平。

关键词: 三联方案; 消化性溃疡; 细胞生长因子

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.17.049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)17-2525-02

消化性溃疡在临床极为常见^[1], 目前普遍认为其诱发因素包括幽门螺杆菌感染以及胃酸胃蛋白酶的自身消化作用等^[2]。质子泵抑制剂为消化性溃疡的治疗带来了革命性的改变, 明显缩短治疗时间。而根除幽门螺杆菌感染, 可进一步缩短治疗时间, 加速溃疡愈合, 并将溃疡的年复发率从以前的 50%~70% 减少到 5%。消化性溃疡愈合是在多种细胞因子参与下完成的。这些细胞因子有助于溃疡上皮组织的修复, 其水平可以直接影响溃疡复发率。碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)和血清血管内皮生长因子(VEFG)的表达水平在这一过程中发挥重要作用^[3]。本研究对本院消化内科收治的 120 例消化性溃疡患者的临床资料进行了统计分析, 旨在探讨在消化性溃疡患者中, 三联方案对血清 VEGF、bFGF 水平的作用, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2012 年 8 月至 2015 年 8 月本院消化内科收治的符合消化性溃疡相关诊断标准^[4]的 120 例消化性溃疡患者, 均经胃镜检查均确诊为胃溃疡或十二指肠球部溃疡, 幽门螺杆菌检查均阳性, 均知情同意。将恶性溃疡、治疗前 2 周内服用过治疗消化性溃疡药物、有严重肝肾功能不全等疾病的患者排除在外。采用随机数字表法将上述纳入研究的患者分为两组, 即研究组和对照组(各 60 例)。研究组中男 34 例、女 26 例, 年龄 23~72 岁, 平均(42.9±13.1)岁; 病程为 7

个月至 10 年, 平均病程为(5.8±1.2)年。对照组中男性患者 36 例, 女性患者 24 例, 年龄 23~72 岁, 平均(44.3±12.4)岁; 病程为 6 个月至 10 年, 平均(5.4±1.3)年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 给予研究组患者三联方案治疗, 让患者服用 1 g 阿莫西林(山东鲁抗医药股份有限公司, 国药准字 H19993049)+500 mg 克拉霉素(江苏飞马药业有限公司, 国药准字 H20043935)+20 mg 洛赛克(阿斯利康制药有限公司), 每天 2 次, 共 2 周, 2 周后改为 20 mg 洛赛克, 每天 2 次, 总疗程 4 周; 给予对照组患者单纯洛赛克治疗, 每次 20 mg, 每天 2 次, 总疗程 4 周。治疗期间不改用其他对消化性溃疡进行治疗的药物, 嘱咐患者饮食保持规律性, 对照组试验结束后追加三联方案根治幽门螺杆菌治疗。

1.3 观察指标 两组患者治疗前后分别采血, 嘱咐两组患者清晨空腹, 应用带分离胶的血清采集管采集前臂静脉血 3 mL, 室温下静置 1 h, 再离心将血清分离出来, 离心速率为 3 000 r/min, 在-85℃的冰箱中放置保存。分别检测两组患者治疗前后血清碱性成纤维细胞生长因子(bFGF)、血管内皮细胞生长因子(VEFG)水平, 运用酶联免疫技术 ABC-ELISA 进行检测。

1.4 统计学处理 用软件 SPSS20.0 统计分析所有资料, 用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, 用成组设计 t 及 Spearman 等级相关分析

组间比较, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

2.1 两组患者的一般资料比较 两组患者的性别、年龄、病程比较差异均不显著($P>0.05$), 见表1。

表1 两组患者的一般资料比较

| 组别 | n | 性别[n(%)] | | 年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁) | 病程 ($\bar{x}\pm s$, 年) |
|-----|----|----------|----------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | 男性 | 女性 | | |
| 研究组 | 60 | 34(56.7) | 26(43.3) | 42.9 \pm 13.1 | 5.8 \pm 1.2 |
| 对照组 | 60 | 36(60.0) | 24(40.0) | 44.3 \pm 12.2 | 5.4 \pm 1.3 |

2.2 两组患者治疗前后的血清 VEGF、bFGF 水平变化比较 组间比较, 治疗前两组患者血清 VEGF、bFGF 水平之间的差异均不显著($P>0.05$); 治疗后研究组患者血清 VEGF、bFGF 水平均显著高于对照组($P<0.05$); 组内比较, 两组患者治疗后的血清 VEGF、bFGF 水平均显著高于治疗前($P<0.05$)。具体见表2。

表2 两组患者治疗前后的血清 VEGF、bFGF 水平变化情况比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | n | 时间 | VEGF(pg/mL) | bFGF(pg/mL) |
|-----|----|-----|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 研究组 | 60 | 治疗前 | 111.33 \pm 12.27 | 137.24 \pm 8.32 |
| | | 治疗后 | 141.90 \pm 11.94 [#] * | 170.72 \pm 15.15 [#] * |
| 对照组 | 60 | 治疗前 | 89.24 \pm 8.94 | 101.22 \pm 7.94 |
| | | 治疗后 | 98.53 \pm 9.74 [#] | 121.75 \pm 10.36 [#] |

注: 与同组治疗前比较, [#] $P<0.05$; 与对照组比较, * $P<0.05$ 。

2.3 两组患者的血清 VEGF、bFGF 的相关性分析 两组患者治疗前后的血清 VEGF、bFGF 均具有相关性($P<0.05$), 二者呈显著的正相关关系($P<0.05$), 见表3。

表3 两组患者的血清 VEGF、bFGF 的相关性分析

| 时间 | r | P |
|-----|-------|---------|
| 治疗前 | 0.754 | <0.05 |
| 治疗后 | 0.693 | <0.05 |

3 讨 论

质子泵抑制剂奥美拉唑对胃酸分泌进行抑制的途径为对 H^+-K^+-ATP 酶进行抑制, 其治疗作用呈剂量相关性^[5]。在幽门螺杆菌的根治性治疗中, 阿莫西林合并克拉霉素极为适用, 幽门螺杆菌对阿莫西林具有较低的耐药性, 二者合用能够取得令人满意的根治幽门螺杆菌感染效果^[6]。而相关医学学者研究表明, 细胞生长因子的表达水平直接而深刻地影响着消化性溃疡愈合质量^[7], 在消化性溃疡的愈合过程中, 血清 VEGF、bFGF 发挥着极为重要的作用。血清 VEGF 属于一种多生物活性细胞因子, 在溃疡组织的修复过程中参与, 能够和其他细胞因子相互作用为细胞外基质堆积提供良好的前提条件。此外, 血清 VEGF 对细胞外基质的产生及成分改变等进行调节, 在细胞黏附及细胞间相互作用中发挥着极为关键的作用, 能够在极大程度上为组织的修复及血管再生提供良好的前提条件, 从而为组织新生儿溃疡愈合奠定坚实的基础^[8]。有少量 bFGF 存在于正常的胃黏膜上, 属于一种促有丝分裂原, 促进细胞周期转换时间的有效缩短, 在组织修复细胞中直接作用, 不断为细胞的分裂及增殖提供良好的前提条件。此外, bFGF 还能

能够为溃疡组织修复后期的组织构建提供良好的前提条件, 属于一种多功能细胞生长因子^[9]。溃疡愈合质量随着胃黏膜 VEGF、bFGF 表达水平的提升而提升, 随着胃黏膜 VEGF、bFGF 表达水平的降低而降低, 二者呈显著的正相关关系, 其一方面为黏膜及黏膜下新生组织的血流量提供良好的前提条件, 另一方面还为溃疡愈合提供良好的前提条件, 途径为对血管再生进行刺激, 并对消化道的完整性进行有效的维持^[10]。

三联方案在消化性溃疡的治疗中能够将各药物作用充分发挥出来, 有效改善消化性溃疡患者血清 VEGF、bFGF 水平, 从而对消化性溃疡进行积极有效的治疗。本研究结果表明, 组内比较, 两组患者治疗后的血清 VEGF、bFGF 水平均显著高于治疗前($P<0.05$); 组间比较, 治疗前两组患者的血清 VEGF、bFGF 水平之间的差异均不显著($P>0.05$), 治疗后研究组患者的血清 VEGF、bFGF 水平均显著高于对照组($P<0.05$), 和相关医学学者研究结果一致, 说明三联方案能够显著提升消化性溃疡患者血清 VEGF、bFGF 水平, 从而为有效改善患者的临床症状提供良好的前提条件。本研究结果还表明, 两组患者治疗前后的血清 VEGF、bFGF 均具有相关性($P<0.05$), 二者呈显著的正相关关系($P<0.05$), 充分说明了消化性溃疡患者血清 VEGF、bFGF 水平的共同改善能够为患者早日康复提供良好的前提条件, 值得临床充分重视并进一步深入研究。

总之, 三联方案能够有效改善消化性溃疡患者血清 VEGF、bFGF 水平, 值得进一步研究。

参考文献

- [1] 赵伟. 对老年性消化性溃疡与非老年性消化性溃疡临床特征的对比研究[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(21): 266-267.
- [2] 马红录, 王沁易, 奥美拉唑联合丽珠胃三联治疗消化性溃疡的临床观察[J]. 检验医学与临床, 2015, 10(15): 2273-2274.
- [3] 何艳春, 梅策略, 徐文慧. 血清抗 HP-IgG 检测对消化性溃疡的诊断价值[J]. 现代医院, 2015, 11(3): 88-90.
- [4] 王韶华, 刘刚, 韩颖. 吸烟与消化性溃疡的关系[J]. 河北医科大学学报, 2014, 6(1): 61-63.
- [5] 曾凡永, 阮妮. 上网行为对消化性溃疡发病率的影响[J]. 中国医药指南, 2015, 8(12): 134-135.
- [6] 骆丹东, 傅小玲, 吴警伟. 消化性溃疡出血患者血清及胃液中白细胞介素的表达与幽门螺杆菌感染关系[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 5(6): 1242-1244.
- [7] 何小谷, 方向明, 汪勇, 等. Hp 阳性消化性溃疡患者血清 TGF- β 、1, α -防御素和 IL-17 表达的临床研究[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 23(7): 47-49.
- [8] 屈振壮, 屈于琛, 王艳慧, 等. 榆林地区消化性溃疡 680 例胃镜及临床分析[J]. 内蒙古医学杂志, 2014, 46(8): 984-986.
- [9] 汤倩倩. 甘露聚糖肽联合 4 种药物治疗消化性溃疡的临床疗效[J]. 检验医学与临床, 2014, 11(10): 1412-1413.
- [10] 张卫平, 葛惠男. 益气活血方对溃疡愈合质量及血清 VEGF、bFGF 影响的临床研究[J]. 中国中医急症, 2009, 18(8): 1239-1240.