

· 临床研究 ·

奥曲肽联合乌司他丁治疗急性重症胰腺炎对症状改善和血清相关指标、并发症的影响

王晓涛¹, 杨春伟², 王长友¹, 陈建立¹, 陈俊卯¹, 杨光华¹, 张国志¹

1. 华北理工大学附属医院普通外科, 河北 唐山 063000;

2. 开滦总医院内分泌科, 河北 唐山 063000

摘要: **目的** 研究急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗对症状改善、血清相关指标和并发症的影响。**方法** 选取 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的急性重症胰腺炎患者 130 例的临床资料予以回顾性分析,按照临床所用不同治疗方案分成两组,将行单纯奥曲肽治疗的 59 例患者作为对照组,将行奥曲肽和乌司他丁联合治疗的 71 例患者作为观察组,对两组症状改善、血清相关指标和并发症情况进行对比。**结果** 观察组治疗后胃肠减压、腹痛缓解时间、腹胀缓解时间均短于对照组,两组比较差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。两组治疗后白细胞介素-6、C 反应蛋白、白细胞计数水平较治疗前均明显改善,且观察组治疗后优于对照组治疗后,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01)。观察组总并发症率(7.04%)明显低于对照组(33.90%, $P < 0.01$)。**结论** 急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗能够改善临床症状,优化患者血清指标,减少并发症。

关键词: 重症胰腺炎, 急性; 乌司他丁; 奥曲肽; 症状; 炎症因子; 并发症

中图分类号: R 657.5⁺1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)10-1353-03

急性胰腺炎具有发病急、病死率高等特点,胰酶入血将损伤机体远处脏器和全身酶系统,产生细胞因子及炎症介质^[1]。其为一种多并发症、病情发展迅速、多器官损伤性疾病,此病主要由胰液对患者自身胰腺及其周围组织进行自身消化引起,临床治疗的关键在于防治机体出现全身炎症反应及对胰酶激活进行阻断^[2-4]。为取得良好治疗效果,促进患者临床症状改善,本研究通过 130 例患者临床资料的回顾分析,探讨急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗对症状改善、血清相关指标和并发症的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的急性重症胰腺炎患者 130 例的临床资料予以回顾性分析。按照临床所用不同治疗方案,将行单纯奥曲肽治疗的 59 例患者作为对照组,将行奥曲肽和乌司他丁联合治疗的 71 例患者作为观察组。对照组男 34 例,女 25 例;年龄 30 ~ 73 (42.28 ± 13.10) 岁;病程 3 ~ 25 (13.50 ± 1.46) h。观察组男 38 例,女

33 例;年龄 30 ~ 72 (42.26 ± 13.06) 岁;病程 3 ~ 26 (13.52 ± 1.47) h。两组年龄、性别、病程比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 诊断标准 本研究所有患者诊断均符合急性重症胰腺炎诊治指南中相关诊断标准^[5]。

1.3 纳入、排除标准 纳入标准:(1)和诊断标准相符合,自愿签署知情同意书,且通过伦理委员会批准者;(2)存在腹膜炎体征者。排除标准:(1)哺乳期或者妊娠期女性;(2)存在药物过敏史或过敏体质者;(3)已经使用降钙素、抑肽酶等药物者。

1.4 治疗方法 所有患者均予以抗菌药、抑酸与水电解质纠正等常规治疗;同时对照组给予奥曲肽(北京百奥药业有限责任公司, H20061309, 0.20 mg: 1 ml)注射,即 0.50 mg 奥曲肽 + 0.9% 氯化钠注射液,采取静脉泵入方式,速度为 20 mg/h, 1 次/d。在对照组治疗基础上,观察组给予乌司他丁(常山生化药业有限公司, H20080367, 10 万 U)治疗,即 10 万 U 加进 250 ml 0.9% 氯化钠溶液中,采取静脉滴注方式, 2 次/d, 两组均连续治疗 2 周后开始评估疗效。

1.5 血清相关指标检测方法 于治疗前后对患者血清相关指标予以测定,白介素-6(IL-6)水平用胶乳免疫投射比浊方法,采用上海基免实业有限公司提供的试剂盒;C 反应蛋白(CRP)采用上海基恩公司提供的仪器检测。

1.6 观察指标 观察及比较两组症状(胃肠减压时

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2016.10.017

基金项目: 2015 年河北省政府资助省级临床医学院优秀人才项目(361036)

通讯作者: 张国志, E-mail: zhanggz5136@163.com

间、腹痛缓解时间、腹胀恢复时间)改善、血清相关指标(IL-6、CRP、白细胞计数)和并发症(败血症、呼吸窘迫综合征、肝功能衰竭、休克)情况。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件分析数据。正态计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 形式表示,两组正态计量数据组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验和校正 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组症状改善情况比较 观察组治疗后胃肠减压时间、腹痛、腹胀缓解时间均短于对照组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 1。

2.2 两组治疗前后血清相关指标对比 两组治疗后 IL-6、CRP、白细胞计数水平较治疗前均明显改善,且观察组治疗后优于对照组治疗后,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 2。

2.3 两组并发症发生情况比较 对照组发生败血症 3 例,呼吸窘迫综合征 3 例,肝功能衰竭 2 例,休克 12 例,并发症总发生率 33.90%;观察组发生败血症 1 例,肝功能衰竭 1 例,休克 3 例,并发症总发生率

表 1 两组症状改善情况比较 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃肠减压时间	腹痛缓解时间	腹胀缓解时间
对照组	59	10.56 ± 3.35	3.75 ± 1.30	4.35 ± 0.80
观察组	71	6.12 ± 2.08	1.60 ± 0.20	2.20 ± 0.20
t 值		9.2332	13.7516	21.8540
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

表 2 两组治疗前后血清相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-6 (pg/ml)	CRP (mg/L)	白细胞 ($\times 10^9/L$)
对照组	59			
治疗前		75.65 ± 6.30	248.35 ± 15.20	28.39 ± 5.28
治疗后		45.35 ± 5.20	16.30 ± 5.16	11.19 ± 3.20
观察组	71			
治疗前		75.62 ± 6.32	248.33 ± 15.18	28.37 ± 5.27
治疗后		28.20 ± 4.10	7.20 ± 3.12	6.10 ± 1.05
t_1 值		28.4910	111.0400	21.3987
aP 值		<0.01	<0.01	<0.01
t_2 值		53.0394	131.1064	34.9209
bP 值		<0.01	<0.01	<0.01
t_3 值		21.0223	12.3879	12.6187
cP 值		<0.01	<0.01	<0.01

注:a:对照组治疗前后比较;b:观察组治疗前后比较;c:治疗后观察组与对照组比较。

表 3 两组并发症发生情况比较 例(%)

组别	例数	败血症	呼吸窘迫综合征	肝功能衰竭	休克	合计
对照组	59	3(5.08)	3(5.08)	2(3.39)	12(20.34)	20(33.90)
观察组	71	1(1.41)	0(0.00)	1(1.41)	3(4.23)	5(7.04)
χ^2 值		0.4877	1.7842	0.0264	8.1969	14.9627
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01

7.04%。观察组治疗后总并发症发生率低对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 3。

3 讨论

急性胰腺炎为临床一种常见急腹症,依据临床表现和病理学分为轻症及重症,其中 20% ~ 30% 为重症患者,具有病情严重与并发症多等特点,且临床症状主要表现为腹水、皮下瘀斑、腹膜刺激征等,临床若不及时采取有效治疗措施或者治疗不当将使患者代谢功能出现紊乱,严重者产生脏器功能障碍,危及生命^[6-8]。为寻求急性重症胰腺炎临床有效治疗方法,本研究对应用单纯奥曲肽治疗的对照组和应用奥曲肽与乌司他丁联合治疗的观察组症状改善、血清相关指标和并发症情况加以对比分析。

乌司他丁具有广谱酶抑制性作用,对胰蛋白酶起抑制作用,可有效稳定患者机体溶酶体膜,使内毒素吸收降低,对氧自由基起清除作用,促进机体微循环改善和减轻组织损伤;纠正异常血液淀粉酶,促进患者病情缓解,改善患者腹痛、腹胀等临床症状,缩短胃肠减压时间^[9]。奥曲肽属于人工合成的 8 肽化合物,具有较长作用时间,能抑制胃肠道与胰内分泌激素病理性分泌过多,其与乌司他丁联合治疗将发挥协同作用,取得显著治疗效果。本研究结果显示,治疗后观察组胃肠减压时间[(6.12 ± 2.08)d]、腹痛缓解时间[(1.60 ± 0.20)d]和腹胀缓解时间[(2.20 ± 0.20)d]均较对照组[(10.56 ± 3.35)d]、(3.75 ± 1.30)d 和 (4.35 ± 0.80)d]缩短,差异均有统计学意义,表明急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗效果显著,可促进患者腹痛、腹胀等症状改善。

文献研究显示,奥曲肽和乌司他丁联合治疗重症急性胰腺炎,对炎症因子释放可起抑制作用,优化患者 IL-6 等血清相关炎性指标^[10-12]。本研究结果亦显示,治疗后两组 IL-6、CRP 与白细胞计数水平均较治疗前显著改善,且观察组治疗后 IL-6 水平为(28.20 ± 4.10)pg/ml,CRP 水平为(7.20 ± 3.12)mg/L,均优于对照组[(45.35 ± 5.20)pg/ml]、(16.30 ± 5.16)mg/L,差异有统计学意义,提示急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗效果满意,能够改善血清炎性指标水平。张红霞等^[13]研究显示,奥曲肽和乌司他丁联合应用在改善临床症状和体征、实验室检查恢复正常时间和入住 ICU 时间、提高疗效、减轻炎性因子表达方面都要优于两种药物单独应用。本结果与其研究结果相似。

奥曲肽和乌司他丁联合治疗能够通过优化患者 IL-6、CRP 水平起到抑制炎症反应作用,有效阻断休

克发生,减少远处与局部脏器损害,降低并发症发生率^[14]。本研究结果显示,观察组治疗后总并发症率 7.04% 低于对照组的 33.90%,表明急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗效果较好,能够减少并发症的发生。基于外部环境及样本例数等因素影响,有关急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗后生活质量改善状况,需临床深入研究加以验证补充。

综上所述,急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗效果优于单纯奥曲肽治疗,是一种安全有效的治疗方法,能够促进患者腹痛、腹胀等症状改善和血清相关指标优化,降低败血症等并发症的发生。

参考文献

- [1] 孙亮,曾玉剑,罗华友,等. 急性胰腺炎胰腺白细胞、血清白细胞介素-6、腹水胰淀粉酶变化的意义[J]. 中华实验外科杂志, 2016,33(1):43-45.
- [2] 肖鸣,谢伶俐. 新型免疫疗法治疗急性重症胰腺炎继发感染疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2015,29(4):401-403.
- [3] 李燕军,赵浩亮. 活菌生态制剂联合肠内营养治疗急性重症胰腺炎的疗效观察[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2013,8(5):512-514.
- [4] 杨科,杨启,秦长岭,等. 急性重症胰腺炎患者腹腔感染的临床诊断及治疗[J]. 中华医院感染学杂志, 2015,25(5):1122

-1124.

- [5] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,中华胰腺病杂志编辑委员会,中华消化杂志编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013年,上海)[J]. 中华消化杂志, 2013,33(4):217-222.
- [6] 汪正权,李子龙,屠海霞,等. 重症急性胰腺炎合并腹腔间隔室综合征减压时机的选择[J]. 中华急诊医学杂志, 2014,23(5):526-530.
- [7] 吴东,芦波,杨红,等. 重症急性胰腺炎三分类的单中心探索研究[J]. 中华内科杂志, 2014,53(12):937-940.
- [8] 王春友,赵玉沛. 重症急性胰腺炎诊治进展及国内外指南解读[J]. 中华外科杂志, 2013,51(3):198-200.
- [9] 赵洪涛,张占云,王栋. 乌司他丁联合参麦注射液治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2015,9(2):128-130.
- [10] 张更伟,单爱军,柳勋法,等. 大剂量山莨菪碱联合乌司他丁治疗重症胰腺炎[J]. 中华急诊医学杂志, 2014,23(2):187-190.
- [11] 孙强,郑正. 奥曲肽治疗急性水肿型胰腺炎 72 例临床研究[J]. 中华全科医学, 2013,11(5):714-715.
- [12] 徐华,陈易,金额,等. 生长抑素及其类似物奥曲肽治疗急性胰腺炎时诱发的低血糖[J]. 中华胰腺病杂志, 2014,14(2):117-119.
- [13] 张红霞,王杰,刘月. 乌司他丁与奥曲肽单用及联合用药对急性胰腺炎患者疗效及细胞因子影响的观察[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013,7(20):9356-9359.
- [14] 孙英刚,姬伟凤,孙力勇. 乌司他丁治疗创伤性休克的研究[J]. 中华实验外科杂志, 2014,31(1):148.

收稿日期:2016-06-20 修回日期:2016-07-12 编辑:王娜娜

(上接第 1352 页)

总之,病因流行病学特点提示胆源性和高脂血症性是国内 AP 发病的最重要原因,SAP 的发生率和病死率仍处于较高水平,严重威胁患者的生命健康。针对 AP 病因学的治疗和预防尤为重要。社会应该倡导人们养成健康的生活习惯,合理膳食,避免高脂、不规律饮食和酗酒行为;对于 AP 高危群体应进行筛查干预,尽早发现和合理治疗胆道疾病,尽量做到一级预防,降低 AP 的发生率。

参考文献

- [1] Whitcomb DC. Clinical practice. Acute pancreatitis[J]. N Engl J Med, 2006,354(20):2142-2150.
- [2] 郑亚民,李嘉,李昂,等. 急性胰腺炎病因学变化趋势和对策的研究进展[J]. 医学研究杂志, 2011,40(4):140-143.
- [3] 雷衍军,王湘英. 急性胰腺炎严重程度及预后评估的研究进展[J]. 医学综述, 2013,19(6):1060-1063.
- [4] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治

指南(草案)[J]. 胰腺病学, 2004,4(1):35-38.

- [5] Bumbasirevic V, Radenkovic D, Jankovic Z, et al. Severe acute pancreatitis: overall and early versus late mortality in intensive care units[J]. Pancreas, 2009,38(2):122-125.
- [6] 刘加宁,朱美玲,苑彩云,等. 226 例急性胰腺炎病因分析[J]. 中国老年保健医学, 2014,12(5):12-14.
- [7] 李君玉,谢志军,黄才斌,等. 489 例急性胰腺炎病因分析和健康教育[J]. 赣南医学院学报, 2014,34(4):628-630.
- [8] 姜海. 急性胆源性胰腺炎的诊治分析[D]. 蚌埠:蚌埠医学院, 2014.
- [9] 王培环. 急性胰腺炎 351 例病因分析[D]. 福州:福建医科大学, 2012.
- [10] 王鹏飞. 急性胰腺炎 260 例病因和临床特征分析[J]. 当代医学, 2011,17(19):75-76.
- [11] 王宇,蒋晓青. 重症急性胰腺炎的治疗体会[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015,20(1):65-67.

收稿日期:2016-05-05 修回日期:2016-06-01 编辑:王国品