

## 参考文献

- [1] 陈娟, 罗和生. 连续性血液滤过治疗急性重症胰腺炎的 Meta 分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21(3): 284-288.
- [2] 莫毓, 黄容增, 尹林. 急性重症胰腺炎的治疗体会[J]. 中国实用医药, 2013, 8(9): 61-62.
- [3] Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus[J]. Gut, 2013, 62(1): 102-111.
- [4] Babu RY, Gupta R, Kang M, et al. Predictors of surgery in patients with severe acute pancreatitis managed by the step-up approach[J]. Ann Surg, 2013, 257(4): 737-750.
- [5] Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(9): 1400-1415.
- [6] 孙晓峰, 裴成明. 硫酸镁治疗急性重症胰腺炎应用时机的研究[J]. 中国现代医生, 2010, 48(17): 133, 135.
- [7] 张声生, 李乾构, 李慧臻, 等. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1826-1831.
- [8] 张光友, 沈世英. 中药大黄在急性重症胰腺炎中的应用[J]. 中国医药导报, 2013, 10(10): 114-115.
- [9] 尹广军. 中药大黄辅助治疗重症急性胰腺炎的疗效评价[J]. 中医学报, 2013, 28(1): 123-124.
- [10] 孙钢, 陈敏章, 潘国宗. 清胰汤对胰酶活力和分泌影响的离体研究[J]. 中国医学科学院学报, 1985, 7(5): 337-340.
- [11] 苗大兴, 肖天保, 梁宛伶. 大黄牡丹汤含药血清对巨噬细胞释放炎症因子的影响[J]. 时珍国医国药, 2014, 25(4): 843-845.
- [12] 王玉, 周冬枝, 夏欣欣, 等. 大黄素对急性放射性肠炎肠黏膜屏障的保护作用[J]. 西安交通大学学报: 医学版, 2013, 34(2): 248-252.

收稿日期: 2015-11-16 修回日期: 2015-12-19 编辑: 王国品

## · 临床研究 ·

## 不同途径应用乌司他丁治疗重症急性胰腺炎 临床效果对比

张军鹏<sup>1</sup>, 侯大乔<sup>2</sup>, 郭静贤<sup>1</sup>

1. 宝鸡市人民医院消化内科, 陕西 宝鸡 721000; 2. 宝鸡市人民医院妇科, 陕西 宝鸡 721000

**摘要:** **目的** 探讨经静脉滴注乌司他丁和 Seldinger 法区域动脉灌注乌司他丁在重症急性胰腺炎患者中的临床治疗效果。**方法** 选取 2013 年 1 月至 2015 年 10 月诊治的 100 例重症急性胰腺炎患者作为研究对象, 采用随机对照方法将患者分为对照组和试验组, 各 50 例。在常规方法治疗的基础上, 对照组联合静脉滴注乌司他丁治疗; 试验组联合 Seldinger 法行区域动脉灌注乌司他丁治疗, 治疗后 21 d 评价比较两组疗效。**结果** 试验组治疗总有效率为 96%, 稍高于对照组(88%), 但差异无统计学意义( $\chi^2 = 1.223, P > 0.05$ ); 试验组治疗满意率为 88%, 稍高于对照组(80%)但差异无统计学意义( $\chi^2 = 1.190, P > 0.05$ )。试验组治疗后腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间以及住院时间, 显著短于对照组( $P$  均  $< 0.01$ ); 两组患者治疗前血淀粉酶、尿淀粉酶、血清 C-反应蛋白、天冬氨酸氨基转移酶(AST)水平及血 WBC 计数等水平相近( $P$  均  $> 0.05$ ); 试验组治疗后血淀粉酶、尿淀粉酶、血清 C-反应蛋白、AST 水平及血 WBC 计数等显著低于对照组( $P$  均  $< 0.05$ )。**结论** 重症急性胰腺炎患者采用 Seldinger 法行区域动脉灌注乌司他丁治疗, 用药安全方便, 能够缩短临床症状和实验室指标恢复时间, 效果较理想。能否获得有统计学意义的疗效提高, 有待进一步扩大样本量继续观察。

**关键词:** 乌司他丁; 静脉输注; Seldinger 法区域动脉灌注; 重症急性胰腺炎

**中图分类号:** R 576 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)04-0509-03

重症急性胰腺炎多表现为上腹痛持续不缓解、腹胀逐渐加重, 合并多器官功能障碍, 甚至衰竭, 治疗难度大, 费用高, 并发症多, 预后差<sup>[1-2]</sup>。近年来, 乌司他丁在重症急性胰腺炎患者中得到应用, 但是其用药途径选择区域动脉灌注还是静脉输注尚存在较大

争议<sup>[3-4]</sup>。为探讨两种不同途径应用乌司他丁在重症急性胰腺炎患者中的临床疗效, 笔者选取 2013 年 1 月至 2015 年 10 月我院诊治的 100 例重症急性胰腺炎患者的临床资料进行分析, 报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2015 年 10 月

我院诊治的 100 例重症急性胰腺炎患者为研究对象,采用随机对照方法将患者分为对照组和试验组。试验组 50 例,男 26 例,女 24 例;年龄 29.1 ~ 68.0 (44.1 ± 2.0) 岁。对照组 50 例,男 25 例,女 25 例;年龄 30.5 ~ 70.2 (43.8 ± 2.1) 岁。入选患者均符合中国急性胰腺炎诊治指南中重症急性胰腺炎临床诊断标准,临床上表现为急性、持续性腹痛;血清淀粉酶活性增高 ≥ 正常值上线 3 倍。APACHE II 评分 > 8 分。并经 CT 等检查确诊;排除哺乳期、孕产期妇女,排除严重心、肝、肾功能异常者;患者入院时均伴有上腹部疼痛、腹胀、呕吐等。患者及家属对治疗方法及护理措施等完全知晓,且自愿签署知情同意书。两组患者性别、年龄无统计学差异 ( $P$  均 > 0.05)。

**1.2 方法** 入院后均连接心电监护仪动态监测患者生命体征,如:血压、心率以及呼吸、氧饱和度等。两组采用常规方法治疗,给予患者吸氧、禁饮食、抑酸、生长抑素及其类似物、解痉止痛、液体复苏、预防性抗感染等基础治疗<sup>[5-6]</sup>。对照组联合静脉输注乌司他丁治疗,方法如下:将 10 万 U 乌司他丁(湖南郎力夫制药,国药准字 H43021866)溶于 250 ml 生理盐水中进行静脉滴注,每天 1 次,连续使用 10 d (1 个疗程)<sup>[6-7]</sup>。试验组联合行区域动脉灌注乌司他丁治疗,方法如下:在 X 线监视下,采用 Seldinger 法经股动脉选择性插管至相应的胰腺炎症区域供血动脉(胰头部、胰体部置管于腹腔干或胃十二指肠动脉,胰尾部置管于脾动脉),并留置导管。插管成功后固定导管并连接微量泵行药物灌注。将 10 万 U 乌司他丁溶于 100 ml 生理盐水中,于 5 h 内灌注完毕,每天 1 次,连续使用 21d (1 个疗程)<sup>[8]</sup>。

**1.3 疗效标准** 治疗后 21 d 评价疗效。显效:患者临床症状明显改善,血尿酸淀粉酶明显下降;好转:患者临床症状得到改善,血尿酸淀粉酶有所下降;无效:患者临床症状变化不明显或病情加重<sup>[9]</sup>。

**1.4 观察指标** 观察两组患者治疗前后腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间以及住院时间;观

察两组患者治疗前和治疗后 21 d 生化指标,如:血淀粉酶、尿淀粉酶、血 WBC、C-反应蛋白及天冬氨酸氨基转移酶(AST)等。

**1.5 统计学方法** 采用 SPSS 18.0 软件对数据进行分析。符合正态分布的计量数据采用独立样本  $t$  检验和配对  $t$  检验;计数资料采用  $\chi^2$  检验及校正  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  提示差异存在统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗后 21 d 疗效对比** 试验组治疗总有效率为 96%,稍高于对照组(88%),但差异无统计学意义( $\chi^2 = 1.223, P > 0.05$ );试验组治疗满意率为 88%,稍高于对照组(80%),但差异无统计学意义( $\chi^2 = 1.190, P > 0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组患者症状改善情况及住院时间比较** 试验组治疗后腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间以及住院时间均显著短于对照组( $P$  均 < 0.01)。见表 2。

**2.3 两组患者治疗前、治疗后 21 d 生化指标检测** 两组患者治疗前血淀粉酶、尿淀粉酶、血清 C-反应蛋白、AST 水平及血 WBC 计数等差异无统计学意义( $P$  均 > 0.05);试验组治疗后血淀粉酶、尿淀粉酶、血清 C-反应蛋白、AST 水平及血 WBC 计数等均显著低于对照组( $P$  均 < 0.05)。见表 3。

表 1 两组患者效果对比 例(%)

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率(%)	满意率(%)
试验组	50	35(70)	13(26)	2(4)	48(96)	44(88)
对照组	50	27(54)	17(34)	6(12)	44(88)	40(80)
$\chi^2$ 值					1.223	1.190
$P$ 值					>0.05	>0.05

表 2 两组患者症状改善情况及住院时间比较 ( $n = 50, d, \bar{x} \pm s$ )

组别	腹痛缓解时间	肠鸣音恢复时间	首次排便时间	住院时间
试验组	3.2 ± 1.1	2.6 ± 1.2	3.4 ± 1.2	25.4 ± 6.2
对照组	4.2 ± 1.4	3.5 ± 1.4	4.3 ± 1.6	29.8 ± 7.3
$T$ 值	20.84	19.88	24.31	19.46
$P$ 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 3 两组患者治疗前后生化指标检测 ( $n = 50, \bar{x} \pm s$ )

组别	血淀粉酶(U/L)	尿淀粉酶(U/L)	血 WBC 计数( $\times 10^9/L$ )	血清 AST(U/L)	血清 C-反应蛋白(mg/L)
试验组 治疗前	643.6 ± 324.3	125.3 ± 65.1	13.4 ± 5.3	36.3 ± 15.2	208.33 ± 23.53
试验组 治疗后	108.1 ± 53.6* <sup>x</sup>	82.5 ± 32.3* <sup>x</sup>	5.5 ± 1.1* <sup>x</sup>	26.3 ± 10.2* <sup>x</sup>	112.20 ± 9.20* <sup>x</sup>
对照组 治疗前	607.3 ± 308.2	132.5 ± 65.1	14.1 ± 6.4	40.1 ± 16.5	207.97 ± 22.41
对照组 治疗后	128.1 ± 73.6 <sup>x</sup>	102.2 ± 51.4 <sup>x</sup>	8.3 ± 2.2 <sup>x</sup>	31.4 ± 10.1 <sup>x</sup>	153.20 ± 18.49* <sup>x</sup>

注:与对照组相比,\* $P < 0.05$ ;与本组治疗前相比,<sup>x</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

重症急性胰腺炎是临床上常见的危急重症之一,该病发病率较高,病情变化也比较快,病死率约 15%。多数患者发病与暴食暴饮或大量饮酒等关系密切,在外作用下机体内的胰酶被激活并进入胰腺组织中,导致胰腺以及胰周炎性反应和大量胰液渗出,胰腺发生水肿、出血、坏死等,临床上主要以持续性剧烈腹痛、恶心呕吐、血尿淀粉酶增高等为主<sup>[10]</sup>。

目前,临床上对于重症急性胰腺炎尚缺乏理想的治疗方法,常规治疗主要以禁食禁水、胃肠减压、抑酸、生长抑素以及类似药物等为主,虽然能够改善患者症状,但该治疗方法并不能有效的阻断胰酶激活及细胞因子、炎性介质释放,难以控制患者病情变化<sup>[11]</sup>。近年来,乌司他丁在重症急性胰腺炎患者中得到应用,且效果理想。本研究中,试验组治疗总有效率及治疗满意率较对照组有所提高。乌司他丁属于光谱蛋白酶抑制剂类药物,能够有效的抑制胰蛋白酶、纤溶酶、脂肪酶等多种酶的水解,从而抑制酶的活性<sup>[12]</sup>。同时,乌司他丁还能够稳定溶酶体膜,抑制多重炎性介质的释放,改善机体免疫状态,保护机体器官组织,可降低患者治疗过程中的感染发生率,对改善患者生活质量等均具有重要的意义<sup>[13]</sup>。本研究中,试验组治疗后腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间、首次排便时间以及住院时间均显著短于对照组。由此看出,乌司他丁经 Seldinger 法区域动脉灌注运用能够有效缩短患者症状改善时间,对重症急性胰腺炎的恢复有积极意义。

重症急性胰腺炎患者发病后由于大量胰酶释放,机体被组织激活后容易造成胰腺以及周围组织发生坏死,造成全身炎症反应综合征,采用乌司他丁治疗时通过 Seldinger 法行区域动脉灌注治疗不仅能够在病灶部位获得较高的药物浓度,还能避免药物不良反应发生率,可以有效提高临床疗效<sup>[14]</sup>。本研究中,两组患者治疗前血淀粉酶、尿淀粉酶、血清 C-反应蛋白、AST 水平及血 WBC 计数等差异无统计学意义;试验组治疗后血淀粉酶、尿淀粉酶、血清 C-反应蛋白、AST 水平及血 WBC 计数等均显著低于对照组。说明采用 Seldinger 法经区域动脉灌注途径给予乌司他丁较静脉输注途径治疗效果理想,能减少患者疼痛,促进机体早期恢复,同时该灌注给药方法操作比较简单,对医院专业设备要求相对较低,适合基层医院推广应用。但是,如果单一采用乌司他丁治疗效果不理

想,则应该联合其他药物治疗,发挥不同治疗方法的优点,达到优势互补,提高临床疗效<sup>[15]</sup>。

综上所述,重症急性胰腺炎患者采用 Seldinger 法行区域动脉灌注乌司他丁治疗,用药安全方便,能够缩短临床症状和实验室指标的恢复时间,效果较理想。能否获得有统计学意义的疗效提高,有待进一步扩大样本量继续观察。

### 参考文献

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:439-445.
- [2] 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.
- [3] 潘小红,高英,熊萍,等.早期腹腔置管灌洗透析治疗急性重症急性胰腺炎的护理[J].中国医药科学,2012,2(20):137-138.
- [4] 郭蕊,张莉.血液净化治疗对急性重症急性胰腺炎并发严重全身炎症反应综合征的疗效观察[J].中国医药科学,2013,3(9):215-216.
- [5] 童瑶娣,钟万鄂.乌司他丁对老年重症急性胰腺炎患者腹内高压及肠道黏膜屏障功能的影响[J].中国现代医学杂志,2014,24(10):92-94.
- [6] 张晓琳.奥曲肽治疗急性重症胰腺炎的临床价值分析[J].现代诊断与治疗,2013,24(17):3926-3927.
- [7] 王先坤,晏波,李培武,等.加味大承气汤联合奥曲肽治疗重症急性胰腺炎的临床疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(3):150-152.
- [8] 向珂,田伏洲,汤礼军,等.两种途径应用乌司他丁治疗重症急性胰腺炎的实验研究[J].西南国防医药,2013,23(8):827-829.
- [9] 刁孟元,何超,单红卫,等.乌司他丁联合生长抑素治疗重症急性胰腺炎的系统评价[J].中国中西医结合急救杂志,2012,19(2):73-78.
- [10] 肖平,魏国忠.乌司他丁联合生长抑素治疗重症急性胰腺炎的临床研究[J].实用心脑血管病杂志,2012,20(7):1200.
- [11] 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急性胰腺炎[J].中华急诊医学杂志,2014,23(2):187-190.
- [12] 张勇.乌司他丁对老年重症急性胰腺炎患者腹内压及肠黏膜功能的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(6):1277-1279.
- [13] 吕培华.早期应用培菲康治疗急性重症胰腺炎的临床疗效及对炎症因子的影响[J].实用临床医药杂志,2013,17(19):17.
- [14] 陈键林,陈琪,马洛远,等.乌司他丁腹腔灌洗在重症急性胰腺炎治疗中的应用[J].实用医学杂志,2013,29(17):2887-2889.
- [15] 郑丽,付峻林,朱惠明,等.早期腹腔置管灌洗透析治疗急性重症胰腺炎临床研究[J].中国实用内科杂志,2012,32(9):707-710.

收稿日期:2015-11-12 修回日期:2015-12-10 编辑:王国品