

乌司他丁和血必净联用治疗急性胰腺炎疗效观察

汪中衡 肖顺国 李栋柏

(湖南省湘潭钢铁公司职工医院 湘潭 411101)

摘要:目的:探讨乌司他丁与血必净联合治疗急性胰腺炎的疗效。方法:78 例急性胰腺炎患者随机分为治疗组(乌司他丁和血必净联用)、对照组(单用乌司他丁)。分别观察两组治疗后症状缓解、体征减轻、血尿淀粉酶(AMS)下降时间、并发症情况及住院时间。结果:乌司他丁和血必净联用能更快缓解临床症状及控制病情,缩短治疗时间。结论:乌司他丁和血必净联用治疗急性胰腺炎疗效优于单用乌司他丁。

关键词:乌司他丁;血必净;急性胰腺炎;中西医结合疗法

中图分类号:R 576

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.012

急性胰腺炎起病急骤,最基本的发病机制为激活的胰酶逸入胰腺组织引起胰腺自身消化,胰腺及胰周炎症反应和大量胰液渗出,造成胰腺水肿、出血、坏死,肠系膜水肿,肠麻痹,肠源性内毒素吸收入血激活炎症细胞释放炎症介质,引起全身炎症反

常,复查胃镜:胃十二指肠黏膜大致正常;基本痊愈:上腹部疼痛、上腹部饱胀消失,进食较治疗前好转,复查胃镜:胃十二指肠溃疡瘢痕色白(S₂);显效:上腹部疼痛好转,进食后仍有上腹胀,食量无明显变化,复查胃镜:胃十二指肠溃疡(H₂);无效:未达到显效标准。

2.2 治疗结果 治疗组 32 例,痊愈 24 例(75%),基本痊愈 6 例(19%),显效 2 例(6%),总有效率 100%;对照组 31 例,痊愈 16 例(52%),基本痊愈 5 例(16%),显效 1 例(3%),无效 9 例(29%),总有效率 71%。两组痊愈率和总有效率比较,差异均有显著性($P < 0.05$)。随访 6 个月,对照组 1 例仍是胛肌样溃疡,3 例是线状溃疡,2 例发生上消化道出血。

3 讨论

难治性消化性溃疡发病机制有关因素:(1)溃疡对治疗的顺应性差,病人未能遵医嘱服药或未能完成疗程,影响溃疡愈合。(2)NSAID 的使用:NSAID 几乎能影响所有抗溃疡药物促进溃疡的愈合作用,有时 NSAID 的服药史需仔细询问才能得到。(3)吸烟:吸烟明显影响溃疡的愈合,重度吸烟者更为明显。(4)十二指肠炎:一些情况下持续性溃疡可能反映了黏膜和愈合机制的损伤;十二指肠炎的存在,可能预示着溃疡难以愈合。(5)HP 感染:研究证实,HP 感染与消化性溃疡的发生和溃疡复发有关。同样,高密度的 HP 感染或宿主对 HP 反应过强,均能影响溃疡的愈合。(6)预先存在的高酸分泌,对抗酸分泌药物的原发性和继发性耐受^[1]。胛肌样溃疡是溃疡反复发作,溃疡底部和周围产生明显的纤维化,周围呈堤状隆起高而硬,应与 III 型胃癌

应综合征(SIRS)、多器官功能障碍。临床以腹痛、恶心呕吐、发热及血、尿淀粉酶(AMS)增高等为特点。若不采取及时、有效的治疗,病情极易恶化,甚至死亡^[1]。我院自 2008 年 7 月~2010 年 7 月联用乌司他丁和血必净治疗急性胰腺炎,观察其临床疗效。

区别^[2]。胃的线状溃疡与胃纵轴方向垂直,线状溃疡长度多在 3.0 cm 以上,因溃疡多发生于角切迹处,可引起胃小弯明显缩短,导致胃排空障碍;十二指肠线状溃疡长度常超过周径的 1/4,可横行或纵行,溃疡边缘清晰。

临床研究证实,柴胡舒肝解郁,镇静镇痛;人参补气健脾,生津止渴,促进蛋白质合成,增强机体抗病能力;三七化瘀止血;蒲黄止血,活血消瘀;五灵脂散瘀止痛,缓解平滑肌痉挛;乳香活血止痛,消肿生肌;白及消肿生肌,收敛止血;半夏降逆止呕,消痞散结;麦冬养阴益胃;黄连清热燥湿,泻火解毒,扩张末梢血管;白芍有广谱抗菌作用,能抑制胃液分泌;香附有疏肝理气、提高痛阈的作用;陈皮理气健脾,对消化道有缓和刺激作用,利于胃肠积气的排出;砂仁理气健脾止痛,可排出消化道积气;海螵蛸有制酸止痛和收敛作用;瓦楞子制酸止痛,软坚散结;川楝子行气止痛;沙参有养胃生津作用;甘草能缓解胃平滑肌痉挛,抑制组织胺引起的胃液分泌,缓急止痛;黄芪补气升阳,托毒生肌;党参补中益气;大枣补脾和胃;干姜温中祛寒^[3]。总之,中西医结合治疗难治性溃疡是辨病与辨证结合,局部治疗与调理人体整体机能并进,运用中医药整体多靶点的调节和西药快速强力的单靶点调节等优点,共同起到抑酸、抗 HP、调节胃的运动排空功能,促进难治性溃疡迅速愈合,使难治性溃疡得到较好疗效。

参考文献

- [1]于皆平,沈志祥,罗和生.实用消化病学[M].北京:科学出版社,1999. 279-306
- [2]杨医亚.中医学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1983.160-172
- [3]陈新谦,金有豫,汤光.新编药物学[M].北京:人民卫生出版社,2006.368-391

(收稿日期:2011-01-05)

1 资料与方法

1.1 病例分组 78 例患者均符合急性胰腺炎分级标准,排除使用其他酶抑制剂、生长抑素类药物治疗者。随机分为两组,即治疗组(乌司他丁与血必净联用组),共 39 例,平均年龄(51 ± 13.8)岁,其中轻症急性胰腺炎 27 例,重症急性胰腺炎 12 例;对照组(乌司他丁组),共 39 例,平均年龄(50 ± 12.7)岁,其中轻症急性胰腺炎 28 例,重症急性胰腺炎 11 例。两组间一般资料及病情程度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组仅用乌司他丁治疗,将乌司他丁 10 万单位溶于生理盐水 250 mL 中静滴,轻症每天 2 次,3 d 后改为每天 1 次,连用 5~7 d;重症每天 3 次,病情缓解后改为每天 1 次。治疗组在对照组基础上加用血必净,将血必净注射液 100 mL 溶于生理盐水 100~250 mL 中静滴,1 次/12 h,连用 5~7 d。两组患者均辅以常规治疗,如禁食、胃肠减压、抗生素、制酸、解痉止痛和能量支持等。

1.3 观察项目 治疗过程中密切观察并记录病情变化:(1)症状包括腹痛、恶心、呕吐、发热和休克;(2)体征包括中上腹压痛、反跳痛、腹肌紧张和肠鸣音等;(3)实验室指标包括血常规、血尿 AMS 等。

1.4 疗效判断标准 痊愈:5 d 内正常;显效:7 d 内正常;有效:10 d 内正常;无效:超过 10 d。以痊愈、显效、有效例数的总和计算总有效率。

1.5 统计学方法 计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验;等级资料比较采用秩和检验。运用 SPSS 11.5 统计软件进行统计分析。检验水准: $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床主要指标恢复情况 治疗后治疗组患者腹痛缓解、体征减轻、血尿 AMS 恢复正常时间以及住院时间明显短于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 临床指标恢复情况比较 ($\bar{X} \pm S$) d

组别	n	腹痛缓解时间	体征减轻时间	血 AMS 恢复正常	尿 AMS 恢复正常	平均住院时间
对照组	39	6.31 \pm 2.56	7.12 \pm 2.74	7.37 \pm 2.45	8.78 \pm 2.83	10.91 \pm 4.11
治疗组	39	4.63 \pm 2.83*	5.32 \pm 2.41*	5.88 \pm 2.36*	6.71 \pm 2.75*	8.57 \pm 4.28*
t 值		2.2417	3.0156	2.7846	2.9863	2.2315

注:与对照组相比,* $P < 0.05$ 。

2.2 疗效比较 治疗组总有效率为 94.87%,明显优于对照组 76.92%($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	39	5(12.82)	9(23.08)	16(41.02)	9(23.08)	30(76.92)
治疗组	39	12(30.77)	16(41.02)	9(23.08)	2(5.13)	37(94.87)*

注:与对照组相比,* $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应 两组均未见明显不良反应。

3 讨论

急性胰腺炎是胰酶激活引起胰腺组织自身消化的化学性炎症。激活的胰酶不仅使胰腺细胞自

身溶解和破坏,还可激活体内各种炎症细胞,如促进单核巨噬细胞、中性粒细胞和淋巴细胞释放各种细胞因子、炎症介质,后者进入血液进一步激活体内白细胞释放更多的细胞因子、炎症介质,造成细胞因子瀑布样级联反应;白细胞过度激活,还导致细胞代谢障碍、血液动力学紊乱和全身炎症反应综合征。一般常规治疗症状缓解较慢,患者病痛时间较长,且有可能发展为重症胰腺炎,增加并发症及病死率^[2]。抑制胰腺外分泌,阻断胰酶激活及细胞因子、炎症介质的释放,消除或抑制已激活的胰酶和已释入血液的炎症介质,改善微循环,是治疗急性胰腺炎的重要环节。

乌司他丁(ulinastatin)是从健康成年男性新鲜尿液中分离纯化得到的一种糖蛋白,属广谱蛋白酶抑制剂,能抑制胰蛋白酶、透明质酸酶、弹性蛋白酶、磷脂酶、纤溶酶等多种蛋白、糖、脂类水解酶的活性;同时还能稳定溶酶体膜,抑制溶酶体酶的释放,抑制氧自由基、内源性休克因子(如心肌抑制因子)及多种炎症介质的产生^[3]。因此,乌司他丁在急性胰腺炎发生、发展中的多个环节起到治疗作用。

中药血必净是根据清代名医王清任血府逐瘀汤改良制成的注射液,具有活血化瘀、清热解毒、行气止痛的功效,能改善坏死区局部微循环和血液流变性,降低毛细血管通透性,清除自由基,抗脂质过氧化,并可保护细胞膜,调节组织修复与再生,对重要脏器的缺血-再灌注损伤有较好的保护作用^[4]。血必净能够对细菌、内毒素、炎性递质并治,可以作用于胰腺炎多个环节,减轻 SIRS。

本实验发现加用血必净后,能更快改善胰腺炎患者的临床症状、体征,患者血、尿 AMS 恢复时间明显缩短。39 例急性胰腺炎患者使用乌司他丁治疗,痊愈率为 12.82%,总有效率为 76.92%;而 39 例加用血必净后,痊愈率为 30.77%,总有效率为 94.87%,疗效明显提高、住院时间明显缩短($P < 0.05$)。本结果表明,血必净联合乌司他丁能更快降低 CRP,改善患者的凝血功能,缩短患者平均住院时间。乌司他丁联合血必净治疗胰腺炎,体现了中西医结合、内外兼治的优越性,能够阻断胰腺炎的病理过程,改善胰腺炎患者的病情,值得临床推广。

参考文献

- [1]赵劲,邱一真,宋轶,等.血必净联合乌司他丁治疗全身炎症反应综合征的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(1):3-4
- [2]林森,罗香香,刘松平.乌司他丁综合治疗急性胰腺炎的临床观察[J].第四军医大学学报,2008,29(16):1 506-1 508
- [3]杨锦林,郭震,吴宗英.乌司他丁治疗急性胰腺炎疗效的系统评价[J].中国循证医学杂志,2005,5(4):323-330
- [4]张云民.血必净对大鼠急性胰腺炎保护作用机制探讨[J].徐州医学院学报,2009,29(7):438-439

(收稿日期:2010-12-16)