

奥曲肽联合泮托拉唑治疗对上消化道出血患者凝血功能及炎症介质的影响

李海霞

(南阳医学高等专科学校第一附属医院消化内科 河南南阳 473006)

摘要:目的:探讨奥曲肽联合泮托拉唑治疗对上消化道出血患者凝血功能及炎症介质的影响。方法:选取 2018 年 9 月~2019 年 9 月收治的 120 例上消化道出血患者为研究对象,根据治疗方案不同分为对照组和观察组各 60 例。对照组给予常规对症治疗+奥曲肽治疗,观察组在对照组基础上加用泮托拉唑治疗。比较两组临床疗效、凝血酶原时间、活化部分凝血酶原时间、血浆纤维蛋白原含量、D-二聚体含量及血清 C 反应蛋白、白细胞介素-6、白细胞介素-8 水平。结果:治疗后,观察组临床总有效率为 93.33%,明显高于对照组的 80.00%($P<0.05$);治疗后,观察组凝血酶原时间、活化部分凝血酶原时间、D-二聚体含量均明显低于对照组,纤维蛋白原含量明显高于对照组(P 均 <0.05);治疗后,观察组 C 反应蛋白、白细胞介素-6、白细胞介素-8 水平均明显低于对照组(P 均 <0.05)。结论:采用奥曲肽联合泮托拉唑治疗上消化道出血,可明显改善患者凝血功能,减轻炎症反应,提高临床疗效。

关键词:上消化道出血;奥曲肽;泮托拉唑;凝血功能;炎症介质

中图分类号:R573.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.035

上消化道出血是临床常见的危急病症,若不及时治疗可能导致患者发生出血性休克甚至死亡^[1]。胃肠道溃疡、胃炎、食管炎、肿瘤等是导致上消化道出血的常见因素,临床主要以质子泵类抑酸药物和生长抑素进行治疗^[2-3]。奥曲肽是一种类生长抑素药物,可以抑制胃酸及胃蛋白酶的分泌,减少内脏血流量;泮托拉唑是新型质子泵抑制剂,可以通过控制 H^+ 反渗来抑制胃蛋白酶活性,阻止胃酸过度分泌,防止形成的血痂被消化引起再次出血^[4]。有报道显示,两种药物联用可以达到更好的止血效果,但关于其对患者凝血功能及炎症介质水平影响的报道尚不多见^[5]。因此,本研究采用奥曲肽联合泮托拉唑治疗,探究其对上消化道出血患者凝血功能及炎症介质的影响。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 9 月~2019 年 9 月我院收治的 120 例上消化道出血患者为研究对象。纳入标准:内镜检查结果证实为上消化道出血;出血到就诊时间不超过 24 h,且未接受过治疗。排除标准:合并严重脏器功能异常者;有凝血功能障碍者;肿瘤或胃底-食管静脉曲张破裂患者;对本研究药物过敏或不耐受者。按照治疗方案不同将研究对象分为对照组和观察组各 60 例。对照组男 33 例,女 27 例;年龄 35~60 岁,平均年龄(42.18 ± 3.67)岁;发病原因:胃溃疡 45 例、急性出血性胃炎 3 例、十二指肠溃疡 12 例。观察组男 31 例,女 29 例;年龄 36~60 岁,平均年龄(42.37 ± 3.59)岁;发病原因:胃溃疡 42 例、急性出血性胃炎 7 例、十二指肠溃疡 11 例。两组一般资料比较无明显差异(P 均 >0.05),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均给予禁食、补液、营养支持、输血、抗感染等常规对症治疗。对照组先给予注射用醋酸奥曲肽(国药准字 H20100100)0.1 mg 静脉注射,再给予奥曲肽 0.3 mg+生理盐水 500 ml 静脉滴注,每天 1 次。观察组在对照组基础上加用注射用泮托拉唑钠(国药准字 H20143057)40 mg+生理盐水 500 ml 静脉滴注,每天 1 次。两组均持续治疗 5 d。

1.3 观察指标 (1)临床疗效。疗效判断标准:显效为治疗 24 h 内停止出血;有效为治疗 24~72 h 停止出血;无效为治疗 72 h 后仍有出血。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。停止出血标准:呕血、黑便等症状消失;胃管引出液未见咖啡色;胃镜检查无出血。满足其中任一条者可判断为停止出血^[6]。(2)凝血功能指标。分别于治疗前后取患者静脉血 3 ml,采用全自动凝血仪检测凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血酶原时间(APTT)、血浆纤维蛋白原(Fib)含量、D-二聚体(D-D)含量。(3)炎症介质水平。分别于治疗前后取患者静脉血 3 ml,采用酶联免疫吸附(ELISA)法测定血清 C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)水平,所用试剂盒为武汉默沙克生物科技有限公司产品,操作均按说明书进行。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 软件及 Excel2016 分析统计数据,计量资料描述为($\bar{x} \pm s$),行 t 检验;计数资料描述为%,比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组临床总有效率为 93.33%,明显高于对照组的 80.00%($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	36 (60.00)	20 (33.33)	4 (6.67)	56 (93.33)
对照组	60	31 (51.67)	17 (28.33)	12 (20.00)	48 (80.00)
χ^2					4.615
P					0.032

2.2 两组凝血功能指标比较 治疗前,两组凝血功能指标无明显差异 ($P>0.05$); 治疗后, 两组 PT、APTT 指标均有明显下降, Fib 含量、D-D 含量明显升高, 且观察组变化幅度更大 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组凝血功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	PT (s)	APTT (s)	Fib (g/L)	D-D ($\mu\text{g/ml}$)
观察组	60	治疗前	18.19 $\pm$ 0.93	31.62 $\pm$ 3.49	1.37 $\pm$ 0.54	0.95 $\pm$ 0.27
		治疗后	12.22 $\pm$ 0.61 ^{##}	26.54 $\pm$ 2.87 ^{##}	4.24 $\pm$ 1.06 ^{##}	2.51 $\pm$ 0.82 ^{##}
对照组	60	治疗前	18.06 $\pm$ 0.85	31.58 $\pm$ 3.42	1.31 $\pm$ 0.58	1.02 $\pm$ 0.31
		治疗后	15.53 $\pm$ 0.72 [*]	28.37 $\pm$ 3.05 [*]	3.62 $\pm$ 0.73 [*]	1.44 $\pm$ 0.46 [*]

注: 与同组治疗前相比, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗后相比, ^{##} $P<0.05$ 。

2.3 两组炎症介质水平比较 治疗前,两组炎症介质水平均无明显差异 ($P>0.05$); 治疗后, 两组炎症介质水平均明显降低, 且观察组降低幅度更大 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	CRP (mg/L)	IL-6 (ng/ml)	IL-8 (ng/ml)
观察组	60	治疗前	40.58 $\pm$ 6.27	67.39 $\pm$ 13.28	52.16 $\pm$ 11.63
		治疗后	19.76 $\pm$ 3.52 ^{##}	30.12 $\pm$ 8.43 ^{##}	24.30 $\pm$ 7.04 ^{##}
对照组	60	治疗前	40.63 $\pm$ 6.22	67.45 $\pm$ 13.19	52.23 $\pm$ 11.72
		治疗后	23.51 $\pm$ 4.05 [*]	36.59 $\pm$ 10.06 [*]	29.64 $\pm$ 7.83 [*]

注: 与同组治疗前相比, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗后相比, ^{##} $P<0.05$ 。

3 讨论

上消化道出血主要与胃酸分泌过多相关, 抑制胃酸分泌, 使胃内 pH >6 是快速止血的关键所在。奥曲肽可抑制胃酸和胃泌素的分泌, 减少胃蛋白酶释放, 迅速提高胃内 pH 值。另外, 奥曲肽能收缩血管, 使血小板迅速聚集形成血痂, 发挥止血效果, 对食管黏膜起到保护作用^[7]。泮托拉唑是临床上常见抑酸药物, 同时还可促进纤维蛋白形成, 实现有效止血^[8]。本研究结果显示, 观察组临床总有效率明显高于对照组, 提示联合用药对上消化道出血有更好的疗效, 可在 72 h 内快速止血, 避免患者持续出血造成生命体征恶化。

PT、APTT 可以检测外源性、内源性凝血系统是否正常; Fib 含量增加有利于增强血小板聚集, 加快

止血; D-D 是交联纤维蛋白的特异性降解产物, 可防止血液流失, 减少出血^[9]。本研究显示, 治疗后观察组 PT、APTT 指标明显低于对照组, Fib、D-D 含量明显高于对照组, 提示联合用药可显著增强上消化道出血患者凝血功能, 减少出血。

上消化道出血患者多伴有不同程度的炎症反应, 炎症介质水平直接反映了患者病情严重程度。CRP 是检测全身炎症反映较敏感的指标, 在组织受损初期其表达水平就会明显升高; IL-6 是重要的促炎因子, 能进一步促进多种炎症介质的释放, 使炎症反应扩大; IL-8 可诱导中性粒细胞迁移, 促进炎症细胞聚集, 增加组织受损程度。本研究显示, 治疗后, 观察组 CRP、IL-6 及 IL-8 水平均明显低于对照组, 提示联合用药可有效降低炎症介质表达水平, 使疾病转归。分析可能的原因是, 联合用药能促进血小板聚集, 改善凝血功能, 实现快速止血, 同时可明显提高胃液 pH 值, 阻止已形成血痂的二次脱落, 从而避免炎症反应进一步扩大。

综上所述, 采用奥曲肽联合泮托拉唑治疗上消化道出血, 可明显改善患者凝血功能, 减轻炎症反应, 提高临床疗效。

参考文献

[1]李心群,洪广亮,林碎钗,等.危险性上消化道出血救治模式重塑及效果评价[J].中华急诊医学杂志,2020,29(4):585-588.
[2]张明清,涂家红,王海英,等.急性上消化道出血的病因及相关因素分析[J].临床急诊杂志,2017,18(9):673-676.
[3]马晓红.上消化道出血内镜止血治疗与药物治疗疗效观察[J].中国妇幼保健研究,2017,28(S1):369-370.
[4]陈彩林.生长抑素与泮托拉唑联合治疗急性上消化道出血疗效及安全分析[J].现代消化及介入诊疗,2018,23(4):522-524.
[5]牛懿,李胜昔.联合应用泮托拉唑与奥曲肽治疗急性上消化道出血临床疗效研究[J].实用药物与临床,2019,22(3):293-295.
[6]朱清,卜全慧,周怿,等.联合应用奥曲肽及奥美拉唑治疗非静脉曲张型上消化道出血的疗效分析[J].贵州医药,2017,41(12):1271-1272.
[7]杨松涛,何琴,彭刚.奥曲肽辅助胃镜介入治疗消化性溃疡伴上消化道出血的疗效[J].中国临床研究,2018,31(9):1194-1197.
[8]贺金凯,贺翠婷,刘鹰,等.质子泵抑制剂泮托拉唑的研究进展[J].中国药房,2016,27(26):3732-3735.
[9]黄俊强,熊元元,李威,等.凝血功能异常与颅脑外伤患者伤情严重程度及预后的关系[J].临床神经外科杂志,2017,14(2):145-148.

(收稿日期: 2020-12-22)

(上接第 44 页)痛病人焦虑抑郁状态及中医证型的特点分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(8):1012-1014.
[2]郭明福.加味散偏汤治疗气滞血瘀型偏头痛 112 例临床观察[J].内蒙古中医药,2018,37(8):13-14.
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
[4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中

国医药科技出版社,2002.
[5]高义崧,刘建武,黄晓飞.不同针灸方法干预“输”穴对气滞血瘀型头痛的临床疗效观察[J].江西中医药,2018,49(4):57-59.
[6]丁永国,孙建民,李昌隆,等.针灸治疗气滞血瘀型三叉神经痛疗效观察[J].双足与保健,2019,28(22):21-22.
[7]肖蕾,王炎,王胜,等.电针针刺锥体区治疗偏头痛临床研究[J].中国中医药信息杂志,2018,25(1):19-22.

(收稿日期: 2020-10-18)