

胰胆炎合剂联合乌司他丁在急性胰腺炎患者中的应用

崔倩医

(河南科技大学第一附属医院消化内科 洛阳 471003)

摘要:目的:探讨胰胆炎合剂联合乌司他丁在急性胰腺炎(AP)患者中的应用效果。方法:选取 2017 年 2 月~2019 年 1 月接受诊疗的 76 例 AP 患者,随机分为对照组(38 例,采用乌司他丁治疗)和观察组(38 例,采用乌司他丁+胰胆炎合剂治疗)。两组均连续治疗 14 d,观察两组临床症状改善时间、治疗前后生化指标、不良反应发生情况。结果:观察组首次排气、腹胀缓解、腹痛缓解、血淀粉酶恢复、尿淀粉酶恢复时间均短于对照组($P<0.05$);两组治疗后 C 反应蛋白、血淀粉酶、白细胞计数、乳酸脱氢酶水平均下降,且观察组低于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较无显著差异($P>0.05$)。结论:胰胆炎合剂联合乌司他丁可有效缩短 AP 患者临床症状消失时间,改善患者生化指标,且未明显增加不良反应。

关键词:急性胰腺炎;胰胆炎合剂;乌司他丁;临床症状;生化指标;不良反应

中图分类号:R576 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.19.031

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)是多种因素导致胰酶活跃度增加而引起胰腺组织水肿、出血、自身消化甚至坏死的炎症反应,具有较高的致死率^[1-2]。一旦患病,可引发腹腔感染、胰性脑病、急性肾衰竭、急性呼吸衰竭等并发症,对患者身体健康造成极大威胁^[3]。积极采取科学、有效的治疗方法对降低 AP 患者病死率具有重要意义。乌司他丁是临床治疗 AP 的常用药物,可抑制溶酶体酶释放,改善患者临床症状,但单一用药效果有限^[4]。胰胆炎合剂属中成药,具有清泻肝胆湿热的功效。本研究考虑将上述两种药物联合治疗 AP,以提高临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会审批。选取 2017 年 2 月~2019 年 1 月接受诊疗的 76 例 AP 患者,随机分为对照组和观察组各 38 例。对照组男 22 例,女 16 例;发病至入院就诊时间 2~16 h,平均(7.45±2.63) h;体质量指数 19~26 kg/m²,平均(22.92±1.04) kg/m²;年龄 24~76 岁,平均(47.68±5.42)岁。观察组男 23 例,女 15 例;发病至入院就诊时间 2~18 h,平均(7.53±2.71) h;体质量指数 19~26 kg/m²,平均(22.86±0.98) kg/m²;年龄 22~77 岁,平均(46.54±5.96)岁。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 选取标准 纳入标准:经生化检验、CT 检查确诊为 AP;年龄<80 岁;签署知情同意书。排除标准:

存在用药禁忌;合并免疫功能障碍;合并严重糖尿病、高血压等基础疾病。

1.3 治疗方法 两组均给予禁食、积极抗感染、抑制胰腺分泌、胃肠减压、维持电解质酸碱平衡等对症支持治疗。对照组取 20 万 U 注射用乌司他丁(国药准字 H19990133)加入 5%葡萄糖注射液 500 ml 稀释,静脉滴注,滴注时间控制在 2 h 左右,1 次/d。观察组在对照组基础上,口服胰胆炎合剂(国药准字 Z11020753)20 ml/次,2 次/d。两组均连续治疗 14 d。

1.4 评价指标 (1)观察两组临床症状改善时间,包括首次排气、腹胀缓解、腹痛缓解、血淀粉酶恢复及尿淀粉酶恢复时间;(2)采集两组治疗前及治疗 14 d 后空腹肘静脉血 3 ml,以全自动生化分析仪(BS-620)检测两组生化指标,包括 C 反应蛋白、血淀粉酶、白细胞计数、乳酸脱氢酶水平;(3)记录两组治疗期间不良反应(恶心、呕吐、急性肾炎、头疼)发生情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生化指标水平对比 两组治疗后 C 反应蛋白、血淀粉酶、白细胞计数、乳酸脱氢酶水平均下降,且观察组低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组生化指标水平对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	C 反应蛋白(mg/L)		血淀粉酶(IU/L)		白细胞计数($\times 10^9/L$)		乳酸脱氢酶(IU/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	293.46±40.57	104.36±20.14 [*]	849.56±186.27	148.34±35.69 [*]	15.64±1.13	10.08±0.92 [*]	411.25±98.58	143.87±33.29 [*]
观察组	38	291.62±39.81	68.72±11.35 [*]	851.16±187.34	126.61±27.93 [*]	15.38±1.11	7.17±0.68 [*]	413.26±99.28	88.37±19.04 [*]
t		0.200	9.503	0.037	2.956	1.012	15.680	0.089	8.921
P		0.842	0.000	0.970	0.004	0.315	0.000	0.930	0.000

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.2 两组临床症状改善时间对比 观察组首次排气、腹胀缓解、腹痛缓解、血淀粉酶恢复及尿淀粉酶恢复时间均短于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床症状改善时间对比($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	首次排气	腹胀缓解	腹痛缓解	血淀粉酶恢复	尿淀粉酶恢复
对照组	38	4.74± 0.87	5.52± 0.61	6.39± 0.56	9.36± 2.21	13.58± 2.47
观察组	38	3.92± 0.68	4.43± 0.46	5.28± 0.42	7.84± 1.96	11.25± 2.04
t		4.577	8.795	9.775	3.172	4.484
P		0.000	0.000	0.000	0.002	0.000

2.3 两组不良反应发生情况对比 两组不良反应发生率比较无显著差异 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况对比[例(%)]

组别	n	恶心	呕吐	头疼	急性肾炎	总发生
对照组	38	3(7.89)	2(5.26)	2(5.26)	1(2.63)	8(21.05)
观察组	38	4(10.53)	1(2.63)	2(5.26)	0(0.00)	7(18.42)
χ^2						0.083
P						0.773

3 讨论

AP 是临床较为严重的消化内科疾病，病因暂不能十分确定，但大多与过量饮酒、胆道疾病等有关^[5]。临床主要症状为恶心、呕吐、腹胀、腹痛、发热等，严重者出现呼吸困难、休克甚至死亡^[6]。临床上 AP 的主要治疗方法有手术治疗和非手术治疗，一般未出现感染、全身中毒症状不十分严重的患者，不建议采用手术治疗。

乌司他丁是一种酶抑制剂，可有效抑制胰蛋白酶、纤溶酶等多种酶的活性，从而缓解胰腺的消化损伤^[7]。此外，乌司他丁还可以清除氧自由基、改善炎症介质表达，提高机体免疫力，改善蛋白代谢异常，提高肾功能^[8]。胰胆炎合剂是一种中成药制剂，主要由柴胡、蒲公英、北败酱、黄芩、赤芍、枳实、厚朴、法半夏、大黄、甘草组成，在 AP 中应用广泛。本研究结果显示，观察组首次排气、腹胀缓解、腹痛缓解、血淀粉酶恢复及尿淀粉酶恢复时间均短于对照组 ($P<0.05$)，提示两种药物联合治疗可快速改善患者临床症状。胰胆炎合剂中柴胡具有和解表里、疏肝解郁、升阳举陷、截疟退热的功效；蒲公英具有清热解毒、利尿散结的作用；北败酱具有清热解毒、清肿排脓、活血化瘀的功效；黄芩具有止血、泻火解毒、清热燥湿的作用；赤芍具有活血祛瘀、清热凉血的功效；枳实具有破气消积、化痰散痞的作用；厚朴具有行气化

湿、温中止痛、降逆平喘的功效；法半夏具有燥湿化痰的作用；大黄具有泻热毒、破积滞、行瘀血的功效；甘草具有补脾益气、清热解毒、祛痰止咳、缓急止痛、调和诸药的作用^[9-10]。

本研究结果显示，两组治疗后 C 反应蛋白、血淀粉酶、白细胞计数、乳酸脱氢酶水平均下降，且观察组低于对照组 ($P<0.05$)，表明胰胆炎合剂联合乌司他丁可改善患者生化指标。原因主要为柴胡中的多糖可对淋巴细胞产生刺激，增强其吞噬作用，提高患者机体免疫功能，发挥抗炎效果；黄芩中的黄芩甙具有良好抗炎、抗变态反应作用；枳实的主要成分有挥发油、黄酮类、生物碱等，具有抗菌、抗病毒作用，还可对胃肠运动产生调节作用。全方合用可有效抑制炎症介质释放，改善消化道功能。此外，本研究结果还显示，两组不良反应发生率比较无显著差异 ($P>0.05$)，提示胰胆炎合剂联合乌司他丁联合用药不会增加不良反应，治疗安全性高。

综上所述，AP 患者采用胰胆炎合剂联合乌司他丁治疗效果显著，可有效缩短临床症状改善时间，调节患者生化指标，且未见不良反应明显增加。

参考文献

[1]张海源.乌司他丁联合奥曲肽对重症急性胰腺炎炎症因子、血液流变学的影响[J].现代诊断与治疗,2017,28(24):4563-4565.
[2]戴以文.早期肠内营养前静脉输注氨基酸对急性胰腺炎患者胆汁淤积的影响[J].实用中西医结合临床,2017,17(3):59-61.
[3]朱清,黄重发,卜全慧,等.血必净对重症急性胰腺炎患者炎症因子、血管内皮功能及单核细胞 HLA-DR 表达的影响[J].遵义医学院学报,2018,41(4):457-460.
[4]孙青,罗俊,赵亮,等.胰胆炎合剂联合乌司他丁治疗急性胰腺炎的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(6):1415-1418.
[5]罗勇.奥曲肽联合生长激素对重症监护病房急性胰腺炎患者炎症因子及免疫功能和血液流变学的影响[J].中国医药,2018,13(9):1361-1364.
[6]李泉.重症急性胰腺炎合并组织坏死感染患者行经皮穿刺置管引流术的临床价值及预后分析[J].转化医学杂志,2018,7(4):234-236.
[7]卢海燕.乌司他丁联合早期 CVVH 对重症急性胰腺炎患者血管内皮功能及免疫功能的影响[J].浙江临床医学,2018,20(1):85-87.
[8]何书典,杨远征,庄桂凤,等.乌司他丁联合奥曲肽对重症急性胰腺炎患者血清胰蛋白酶原激活肽、淀粉样蛋白 A 及血清炎症反应因子的影响[J].中国综合临床,2018,34(5):416-421.
[9]杨俊山,侯钰,田玉芝,等.生长抑素联合胰胆炎合剂治疗重症急性胰腺炎疗效观察[J].山东医药,2008,48(3):53-54.
[10]王吉维.生长抑素联合中药胰胆炎合剂治疗重症急性胰腺炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(4):418-420.

(收稿日期: 2021-06-10)



欢迎广告惠顾！ 欢迎投稿！ 欢迎订阅！