

# 乌司他丁联合奥曲肽对重症胰腺炎患者 炎症介质水平及肠黏膜功能的影响

蒋红平

(安陆市普爱医院 药学部, 湖北 安陆 432600)

**摘 要:**选取 88 例重症胰腺炎患者为研究对象, 随机分为两组, 对照组实施奥曲肽单药治疗, 观察组实施乌司他丁联合奥曲肽治疗, 比较两组炎症水平和肠黏膜功能指标情况。结果显示: 两组治疗前炎症介质水平和肠黏膜功能指标无显著差异, 治疗后观察组指标均显著低于对照组; 比较两组治疗效果, 观察组总有效率显著高于对照组。本文结果表明, 给予重症胰腺炎患者乌司他丁联合奥曲肽治疗, 可有效降低炎症水平和肠黏膜指标数值, 提高生存质量, 减少不良反应与并发症, 值得推广。

**关键词:**重症胰腺炎; 炎症介质水平; 肠黏膜功能; 奥曲肽; 乌司他丁; 不良反应; 并发症

**中图分类号:**R576 **文献标志码:**A **文章编号:**2095-4824(2021)06-0047-03

重症胰腺炎在临床上属于比较常见的消化系统急腹症, 因患者体内大量胰酶被激活, 造成自身组织消化而致病, 多由不良饮食习惯、酗酒所导致, 其致死率较高, 危险性较大<sup>[1]</sup>。胰腺炎是一种非感染性炎症, 包含慢性胰腺炎(由多种原因造成弥漫性或者胰腺局部慢性炎症)与急性胰腺炎(由各种原因造成胰腺组织出现坏死、出血、水肿等损伤现象)两种, 主要表现为呼吸困难、腹部疼痛、有饱胀感、恶心、呕吐等症状, 严重者还会引发肾功能衰竭、胰腺癌、假性囊肿、呼吸障碍等并发症, 对患者身体造成毁灭性损害, 需及时进行治疗<sup>[2]</sup>。临床常用治疗方式为药物治疗, 但单药治疗效果欠佳, 改善效果不明显, 因此本研究采用乌司他丁联合奥曲肽治疗干预, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取 88 例重症胰腺炎患者为研究对象, 随机分为两组, 各 44 例。对照组男 25 例, 女 19 例, 年龄 39 ~ 72 岁, 平均年龄为  $53.56 \pm 5.32$ ; 观察组男 26 例, 女 18 例, 年龄 40 ~ 75 岁, 平均年龄为

$53.97 \pm 5.41$ 。两组患者基本资料无显著差异( $P > 0.05$ )。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 1) 符合《急性胰腺炎诊治指南》规定的诊断标准者<sup>[3]</sup>。2) 临床基本资料齐全者。3) 可以正常沟通, 意识清晰者。4) 无严重精神疾病或障碍者。5) 第一次发病者。

排除标准: 1) 临床基本资料不完善者。2) 合并糖尿病、高血压、心脏病者。3) 语言障碍、认知障碍者。4) 药物过敏者。

### 1.3 方法

对照组: 采取奥曲肽治疗。给予患者常规治疗, 如营养支持、抑酸、胃肠减压、镇静镇痛等, 加以奥曲肽(丽珠制药(上海)有限公司, 国药准字 H20090274)治疗, 将 0.6 mg 奥曲肽与 500 mL 生理盐水混合后静脉滴入, 速度为  $25 \mu\text{g/h}$ , 持续用药一周为一个疗程。

观察组: 采取乌司他丁联合奥曲肽治疗。给予乌司他丁(天普制药(常州)有限公司, 国药准字 H19990131)静脉滴注治疗, 将 100000 U 乌司他丁与 250 mL 葡萄糖注射液混合, 持续用药一周。

收稿日期: 2021-08-17

作者简介: 蒋红平(1967-), 男, 湖北安陆人, 安陆市普爱医院药学部副主任药师。

奥曲肽用药剂量与对照组一致。

#### 1.4 观察指标

1)观察两组患者治疗前后肠黏膜功能指标情况,包括 D-lactose(D-乳糖)、DAO(二胺氧化酶)和 ET(内毒素),采用放射免疫法检测<sup>[4]</sup>。

2)比较两组治疗前后炎症水平情况,包括 CRP(C 反应蛋白)、TNF- $\alpha$ (肿瘤坏死因子- $\alpha$ )和 IL-6(白细胞介素-6),采用 AU560 型测定仪检测<sup>[5]</sup>。

3)统计两组治疗有效率,计算公式为:总有效率(%)=[(有效例数+显效例数)/总例数]×100%。

#### 1.5 疗效判定标准

显效:患者症状消失,炎症水平、肠黏膜指标恢复正常<sup>[6]</sup>。

有效:患者症状有所改善,炎症水平、肠黏膜

指标水平接近正常水平。

无效:患者症状无变化或病情加重,炎症水平、肠黏膜指标水平升高。

#### 1.6 统计学分析

用 SPSS 20.0 分析数据,计量资料用(平均数±标准差)表示,采用  $t$  检验;计数资料用比率表示,采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异显著。

## 2 结果

#### 2.1 肠黏膜功能指标

观察组与对照组肠黏膜功能指标比较结果见表 1。从表 1 可以看出,观察组与对照组治疗前肠黏膜功能指标无显著差异( $P > 0.05$ ),治疗后比较,观察组各项指标数值均显著低于对照组( $P < 0.05$ )。

表 1 观察组与对照组肠黏膜功能指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | 例数 | DAO(U/L)  |           | D-lactose( $\mu$ g/L) |           | ET(EU/L)  |           |
|-----|----|-----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
|     |    | 治疗前       | 治疗后       | 治疗前                   | 治疗后       | 治疗前       | 治疗后       |
| 对照组 | 44 | 7.94±0.68 | 6.28±0.46 | 13.83±1.57            | 9.57±1.07 | 0.56±0.07 | 0.42±0.03 |
| 观察组 | 44 | 7.85±0.59 | 4.06±0.74 | 13.32±1.59            | 5.83±0.27 | 0.58±0.05 | 0.13±0.02 |
| $t$ |    | 0.663     | 16.901    | 1.514                 | 22.481    | 1.542     | 53.352    |
| $P$ |    | 0.255     | 0.000     | 0.067                 | 0.000     | 0.063     | 0.000     |

#### 2.2 炎症介质水平

观察组与对照组炎症介质水平情况比较结果见表 2。从表 2 可以看出,观察组与对照组治疗前

炎症水平无显著差异( $P > 0.05$ ),治疗后比较,观察组各项指标皆显著低于对照组( $P < 0.05$ )。

表 2 观察组与对照组炎症介质水平情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | 例数 | DAO(U/L)    |            | D-lactose( $\mu$ g/L) |            | ET(EU/L)    |            |
|-----|----|-------------|------------|-----------------------|------------|-------------|------------|
|     |    | 治疗前         | 治疗后        | 治疗前                   | 治疗后        | 治疗前         | 治疗后        |
| 对照组 | 44 | 61.43±11.59 | 17.39±4.62 | 62.98±13.75           | 29.48±6.39 | 92.42±20.63 | 43.14±9.23 |
| 观察组 | 44 | 61.02±11.46 | 11.72±3.82 | 62.54±13.88           | 16.55±4.26 | 92.05±20.54 | 29.81±6.27 |
| $t$ |    | 0.167       | 6.274      | 0.149                 | 11.168     | 0.084       | 7.924      |
| $P$ |    | 0.434       | 0.000      | 0.441                 | 0.000      | 0.467       | 0.000      |

#### 2.3 治疗有效率

观察组与对照组治疗有效率对比结果见表

3。从表 3 可以看出,观察组总有效率显著高于对照组( $P < 0.05$ )。

表 3 观察组与对照组治疗有效率对比[例(%)]

| 分组       | 例数 | 显效        | 有效       | 无效        | 总有效率      |
|----------|----|-----------|----------|-----------|-----------|
| 对照组      | 44 | 24(54.54) | 7(15.90) | 13(29.54) | 31(70.45) |
| 观察组      | 44 | 39(88.63) | 4(9.09)  | 1(2.27)   | 43(97.72) |
| $\chi^2$ |    |           |          |           | 12.231    |
| $P$      |    |           |          |           | 0.000     |

## 3 讨论

胰腺炎根据疾病类型可分为三种,分别为轻度急性胰腺炎(可自愈,局部进行性发展,比较常

见)、中度重症与重症急性胰腺炎(不常见,症状严重,可造成并发症或者死亡)及慢性钙化性胰腺炎(慢性炎症性胰腺炎、慢性阻塞性胰腺炎),以上三种都为进行性纤维化,随时间推移会对胰腺功能

造成持久性损伤<sup>[7]</sup>。慢性胰腺炎基本病因包括营养、酒精中毒、自身免疫性、遗传、特发性等,急性胰腺炎病因包括胆道疾病、药物、代谢障碍、暴饮暴食、手术、创伤等。无论是急性或慢性,都具有较高的致死率,若不及时治疗,会引发多种并发症,甚至死亡。故本研究针对重症胰腺炎患者,选择乌司他丁联合奥曲肽治疗。

奥曲肽是一种八肽衍生物,药理作用与生长抑素比较相同,但其作用持续时间要长于生长抑素,并具有多种生理活性,对胰酶、胃酸、生长激素、胰岛素分泌都有抑制作用,还可降低胆囊排空和胃运动,抑制胆囊素分泌,减少胰腺分泌量,保护胰腺细胞膜,同时降低内脏血流量以及门脉压力<sup>[8]</sup>。奥曲肽主要用于治疗食管胃静脉曲张出血、肥大症等特殊疾病治疗,但长期服用该药,不良反应较多,如恶心、呕吐、腹泻、高血糖、胆结石、无食欲等,会降低治疗效果,损伤患者肝肾功能,因此不推荐单药使用。乌司他丁属于一种蛋白酶抑制剂,可抑制蛋白水解酶活力,主要用于治疗慢性胰腺炎和急性胰腺炎患者,还可用于急性循环衰竭疾病中,其药理作用为对胰蛋白酶、透明质酸酶、粒细胞弹性蛋白酶、纤溶酶等多种酶有较好的抑制作用,同时具有抑制溶酶体酶释放,稳定溶酶体酶,抑制心肌因子产生,去除氧自由基,抑制炎症介质释放作用<sup>[9]</sup>。该药可改善免疫功能、蛋白代谢异常以及循环状态现象,但也具有一定的不良反应,若联合用药,其抑制作用会增强。本研究表明,就炎症介质水平、肠黏膜功能指标而言,观察组均显著低于对照组,总有效率观察组显著高于对照组。结果表明,乌司他丁联合奥曲肽治疗重症胰腺炎患者,可有效抑制蛋白酶活力,改善因子水平与肠黏膜功能,降低不良反应,提高患者免疫力与抵抗力,临床安全性高。

综上所述,给予重症胰腺炎患者乌司他丁联

合奥曲肽治疗,可有效降低炎症水平和肠黏膜指标数值,提高生存质量,减少不良反应与并发症,值得推广。

#### [参 考 文 献]

- [1] 李智慧.乌司他丁联合奥曲肽治疗重症急性胰腺炎患者的临床价值研究[J].中国现代药物应用,2019,13(4):115-116.
- [2] 马姪梅,何汉红,余庆邦,等.奥曲肽联合乌司他丁用于急性胰腺炎治疗的临床疗效观察[J].中国实用医药,2020,15(31):109-111.
- [3] 潘龙飞,王立明,牛泽群,等.乌司他丁联合奥曲肽对重症急性胰腺炎患者炎症风暴和肺损伤的作用及机制[J].肝胆胰外科杂志,2021,33(3):5.
- [4] 李英宽,赵莹.乌司他丁联合奥曲肽对急性重症胰腺炎患者免疫细胞及炎症因子水平的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(1):54-55.
- [5] 谭云辉.乌司他丁与奥曲肽对重症急性胰腺炎PAF,ICAM-1,免疫功能水平影响及临床治疗效果分析[J].解放军预防医学杂志,2019,37(1):37-40.
- [6] 杨方印.奥曲肽与乌司他丁联用对重症急性胰腺炎患者的肠道功能及炎症因子水平的影响[J].抗感染药学,2019,16(11):190-192.
- [7] 李俊稷,李晓萍,邓朝霞,等.醋酸奥曲肽联合乌司他丁对重症急性胰腺炎患者血清ET, MCP-1, TNF- $\alpha$ , IL-6水平及预后的影响[J].现代生物医学进展,2019,19(15):121-124.
- [8] 吴泽玲,林煥雄,黄煥深,等.奥曲肽联合乌司他丁治疗重症胰腺炎患者的疗效及其对免疫功能的影响[J].中国药物经济学,2020,15(4):114-116.
- [9] 肖嘉新,王大海,江芸.生长抑素联合乌司他丁对急性胰腺炎患者血清脂肪酶 TNF- $\alpha$ 及CRP水平的影响[J].基层医学论坛,2019,23(7):934-935.

(责任编辑:邹礼平)