

· 论 著 ·

奥曲肽联合埃索美拉唑对十二指肠溃疡合并出血患者的疗效

申 妮¹, 张永利², 刘鹏飞¹, 薛顺和¹, 乔丽娜³

(1. 延安大学附属医院消化内科, 陕西延安 716000; 2. 陕西省铜川市人民医院(南院)

内三科 727100; 3. 陕西省延安市中医医院急诊科 716000)

摘 要:目的 探讨奥曲肽联合埃索美拉唑对十二指肠溃疡合并出血患者平均出血率、再出血率及不良反应的影响。**方法** 选取延安大学附属医院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的十二指肠溃疡合并出血患者 80 例, 随机选取 40 例患者分为单纯埃索美拉唑治疗组(单独治疗组), 另 40 例为奥曲肽联合埃索美拉唑治疗组(联合治疗组), 对 2 组患者的临床疗效、出血情况、再出血率、平均止血时间、不良反应发生情况进行统计分析。**结果** 联合治疗组患者治疗的总有效率为 97.5%, 明显高于单独治疗组的 80.0%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 联合治疗组出血率、再出血率为 5.0%、0, 均明显低于单独治疗组的 15.0%、5.0%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 联合治疗组平均止血时间明显短于单独治疗组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2 组患者的不良反应发生率均为 10.0%, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 奥曲肽联合埃索美拉唑较单纯埃索美拉唑更能有效降低十二指肠溃疡合并出血患者的出血率、再出血率, 且不会增加不良反应。

关键词:奥曲肽联合埃索美拉唑; 十二指肠溃疡合并出血; 平均出血率; 再出血率; 不良反应

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.21.026 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)21-3201-03

Curative effect of octreotide combined with esomeprazole in patients with bleeding duodenal ulcer

SHEN Ni¹, ZHANG Yongli², LIU Pengfei¹, XUE Shunhe¹, QIAO Lina³

(1. Department of Gastroenterology, Affiliated Hospital of Yan'an University, Xi'an, Shaanxi 716000;

2. Department of Third Internal Medicine, Tongchuan People's Hospital of Southern Institute, Tongchuan,

Shaanxi 727100; 3. Department of Emergency, Yanan Traditional Chinese

Medicine Hospital, Yanan, Shaanxi 716000)

Abstract: **Objective** To investigate the influences of octreotide combined with esomeprazole in average bleeding rate, rebleeding rate and adverse reaction of patients with bleeding duodenal ulcer. **Methods** 80 cases of patients with duodenal ulcer bleeding in our hospital from May 2014 to May 2016 were selected, they were randomly divided into simple esomeprazole treatment group (alone treatment group) and octreotide plus esomeprazole treatment group (combined treatment group), the clinical efficacy, average bleeding, rebleeding, average hemostasis time, incidences of adverse reactions of the two groups were statistically analyzed. **Results** The total treatment efficiency of the combined treatment group 97.5% was higher than alone treatment group 80.0%, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); the bleeding rate, rebleeding rate 5.0% and 0 were lower than the alone treatment group 15.0% and 5.0%, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); the average bleeding time was shorter than the alone treatment group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); the incidences of adverse reactions between the two groups were 10.0% and 10.0%, the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusion** Octreotide combined with esomeprazole can more effectively reduce the bleeding rate, rebleeding rate, without increasing the adverse reactions of patients with duodenal ulcer bleeding than simple esomeprazole.

Key words: octreotide combined with esomeprazole; duodenal ulcer bleeding; average bleeding rate; rebleeding rate; adverse reaction

十二指肠溃疡极易引发上消化道出血, 年轻人是高发人群, 发病率达到 65/100 000。由于十二指肠具有较为丰富的十二指肠球部及降部血管, 严重情况下还会发生大出血, 临床较难控制, 病死率达 1%~3%^[1]。相关医学研究表明^[2-5], 在十二指肠溃疡合并出血的治疗中, 关键是要药物止血及对再出血进行预防。在食管-胃底静脉曲张等血管性病变出血的治疗中, 奥曲肽是临床通采用的药物, 临床疗效令人满意, 已得到临床及患者的广泛认可^[6]。本研究比较了十二指肠溃疡合并出血治疗中奥曲肽联合埃索美拉唑与单纯使用埃索美拉唑的效果, 发现前者对患者的平均出血率、再出血率均具有更为积极

的影响, 且不会增加患者的不良反应, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取延安大学附属医院 2014 年 5 月至 2016 年 5 月收治的十二指肠溃疡合并出血患者 80 例, 所有患者均经电子胃镜检查确诊为十二指肠溃疡合并出血, 均知情同意, 排除有严重肝肾功能不全患者及妊娠、哺乳期妇女。随机选取 40 例患者分为单纯埃索美拉唑治疗组(单独治疗组), 另 40 例为奥曲肽联合埃索美拉唑治疗组(联合治疗组)。联合治疗组中男 21 例, 女 19 例; 年龄 19~66 岁, 平均(40.2±7.4)岁; 病程 1 个月至 7 年, 平均(3.3±1.2)年。单独治疗组中男 23 例,

女 17 例;年龄 20~66 岁,平均(41.1±7.4)岁;病程 2 个月至 7 年,平均(3.9±1.5)年。2 组患者的一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 首先给予 2 组患者常规治疗,在患者入院后让其吸氧,为其止血、补液、输血等。给予单独治疗组患者埃索美拉唑治疗,静脉滴注 40 mg 埃索美拉唑(长庆海悦药业有限公司,批准文号:国药准字 H20054900)及 100 mL 0.9%氯化钠注射液,2 次/日,5 d 为 1 个疗程;给予联合治疗组患者奥曲肽联合埃索美拉唑治疗,埃索美拉唑用法同单独治疗组,同时给予患者静脉微泵持续注射 25 μg/h 醋酸奥曲肽(上海第一生化药业有限公司,批准文号:国药准字 H20060176),2 次/日,5 d 为 1 个疗程。

1.3 疗效评定标准 治疗 1 d 后患者的便血/呕血停止,大便隐血阴性,具有平稳的脉搏及血压,具有较少的微管引流液及较清的颜色,内镜检查没有新鲜出血征象,则评定为显效;治疗 2 d 后患者的临床症状在一定程度上改善,大便转黄,具有正常的血压,则评定为有效;治疗 3 d 后患者仍然有便血/呕血,缺乏稳定的脉搏及血压,胃管引流液没有减少甚至增多,具有鲜红或暗红的颜色,内镜检查仍然有新鲜出血,则评定为无效^[7]。总有效=显效+有效。

1.4 观察指标 对 2 组患者的平均出血情况、再出血率及平均止血时间进行观察和记录。同时,统计 2 组患者的口干、恶心、便秘等不良反应发生情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据统计分析。计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;检验标准 $\alpha=0.05$;以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者的临床疗效 联合治疗组患者治疗的总有效率 97.5%明显高于单独治疗组的 80.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者的临床疗效[n(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
联合治疗组	40	23(57.5)	16(40.0)	1(2.5)	39(97.5)*
单独治疗组	40	14(35.0)	18(45.0)	8(20.0)	32(80.0)

注:与单独治疗组比较,* $P<0.05$

2.2 2 组患者的出血情况、再出血率及平均止血时间 联合治疗组患者的出血率、再出血率为 5.0%、0,均明显低于单独治疗组的 15.0%、5.0%,差异有统计学意义($P<0.05$);联合治疗组平均止血时间明显短于单独治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的出血情况、再出血率及平均止血时间				
组别	<i>n</i>	出血率 [<i>n</i> (%)]	再出血率 [<i>n</i> (%)]	平均止血时间 ($\bar{x}\pm s$,h)
联合治疗组	40	2(5.0)	0(0.0)	22.3±8.6
单独治疗组	40	6(15.0)	2(5.0)	30.1±9.5

注:与单独治疗组比较,* $P<0.05$

2.3 两组患者的不良反应发生情况 2 组患者的不良反应发

生率均为 10.0%,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者的不良反应发生情况[n(%)]					
组别	<i>n</i>	口干	恶心	便秘	总发生
联合治疗组	40	1(2.5)	2(5.0)	1(2.5)	4(10.0)
单独治疗组	40	2(5.0)	1(2.5)	1(2.5)	4(10.0)

3 讨 论

研究表明,出血部位血凝块在 pH 值小于 6.0 时极易溶解^[8]。埃索美拉唑属于抑酸药物,在临床极为常用,能够对壁细胞膜上质子泵 H^+-K^+-ATP 酶进行选择性和非竞争性地抑制,阻止胃酸分泌,抑制作用较为持久,促进胃腔内胃酸量的减少,减轻胃黏膜酸化程度,在对出血部位酸性环境进行改善的同时,也能阻断高酸性胃液对溃疡部位的侵蚀。目前,在消化性溃疡合并出血的治疗中,埃索美拉唑已经成为临床常用药物^[9]。但是,有研究表明,在十二指肠溃疡合并出血的治疗中,采用埃索美拉唑治疗 24 h 内,胃液 pH 值大于或等于 6.0 的平均时间为 19.3 h,并未完全发挥 24 h 的抑酸作用,对治疗效果造成了不良影响^[10]。奥曲肽是天然生长抑素的衍生物,属于 8 肽生物,由人工合成,生理活性类似于天然生长抑素,能够对胃酸、胃泌素分泌进行有效抑制,改善胃黏膜血液供应,促进门静脉压的有效降低,有效减少内脏血流。在不会明显影响全身血流的同时,还能够对胃黏膜进行切实有效的保护^[11]。学者研究表明,奥曲肽能够促进血小板聚集功能的增强,且基本不会引发不良反应^[12],这与本研究的结果一致。

综上所述,与单纯使用埃索美拉唑比较,奥曲肽联合埃索美拉唑更能有效降低十二指肠溃疡合并出血患者的出血率、再出血率,且不会增加不良反应,值得推广。

参考文献

- [1] 秦海春.奥曲肽治疗胃、十二指肠溃疡出血疗效分析[J].中国医药科学,2012,2(1):83-84.
- [2] 李宜华.奥曲肽联合泮托拉唑治疗胃、十二指肠溃疡出血的临床应用价值[J].中国当代医药,2014,21(11):75-76.
- [3] 陈穗,洪文扬,李秋泉.奥曲肽治疗胃、十二指肠溃疡出血 96 例疗效观察[J].现代医院,2011,11(4):56-57.
- [4] 齐爱娟,王坤亮.泮托拉唑联合奥曲肽治疗十二指肠溃疡出血 46 例疗效观察[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(22):109.
- [5] 李珏,陈立新,胡涛,等.奥曲肽联合泮托拉唑对十二指肠溃疡出血患者胃内 pH 值的影响及疗效观察[J].右江民族医学院学报,2013,35(6):796-797.
- [6] 王艳平.奥曲肽佐治非静脉曲张性上消化道大出血的疗效观察—附 32 例分析[J].医学理论与实践,2011,24(21):2572-2573.
- [7] 李广林.奥曲肽联合泮托拉唑治疗上消化道出血疗效分析[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(28):66.
- [8] 朱路平.奥美拉唑与克拉霉素和阿莫西林胶囊联合治疗消化性溃疡的疗效观察[J].中国现代药物应用,2014,8(12):149-150.

(下转第 3205 页)

道娩出的分娩方式。其对孕妇和胎儿的损伤小、产后恢复快、并发症少^[5-7]。相关研究资料显示,若孕妇在分娩前其产力、产道、心理及胎儿等各项因素均正常且相互适应,分娩时孕妇依靠产力逼出胎儿,骨产道和软产道相应扩张到足够大到胎儿通过,胎儿将实现顺利分娩^[8-9]。

临床医学研究显示,影响孕妇正常分娩的因素较多,任一因素均能导致分娩异常而使阴道试产失败转急诊剖宫产^[10-12]。如产道异常会导致分娩过程中宫缩乏力,从而引起胎儿乏力;相反,若宫缩过强则会导致胎儿窘迫导致难产。因此,通过对足月阴道试产失败转急诊剖宫产孕妇和阴道试产成功孕妇临床资料回顾性分析,可以在产前进行相应的预测,改善围产结果^[13]。相关研究表明,随着孕妇年龄、体质量和胎儿体质量的增加,阴道试产的成功率会降低,而孕妇身高则是阴道试产成功的保护因素^[14]。受妊娠期高血压、糖尿病等影响,产前的高 BMI 也是影响阴道试产成功的不利因素。分娩过程中,除自然临产外,其余的催引产方式均不利于孕妇的阴道分娩。相对头盆不称和胎儿窘迫是剖宫产的主要指征,其他指征包括宫颈难产、宫缩乏力及引产失败等^[15]。因此,对孕妇进行产前严密监测,准确判断并积极预防将有利于减少剖宫率,成功实现阴道试产。本研究对足月阴道试产失败转急诊剖宫产孕妇和阴道试产成功孕妇进行对比,结果显示,对于足月阴道试产孕妇而言,随着孕妇体质量、年龄、孕周及新生儿体质量等的增加,其阴道试产成功率将有所下降。孕妇的自然临产情况将增加阴道分娩的成功率,其他方法的引产都可能导致阴道试产失败,合理控制临产时的 BMI(26 kg/m²)将有利于提高孕妇阴道试产的成功率。

综上所述,应通过足月阴道试产孕妇的年龄、体质量、临产前 BMI 及新生儿体质量等多方面指标,对孕妇阴道试产成功率进行预测。孕妇在孕期进行有效的体质量管理,产前加强对孕妇的监护,严密监测并减少胎儿窘迫等剖宫产指征的出现,可提高阴道试产成功率,有效减少剖宫产率,保证围生期母婴安全,合理减少医患纠纷。

参考文献

- [1] 王芬,朱桃花,柯善高,等.腰硬联合镇痛与初产妇阴道试产失败后急诊剖宫产相关性的临床研究[J].中国妇产科临床杂志,2016,4(1):342-346.
- [2] 李博雅,杨慧霞.剖宫产术后阴道分娩相关问题[J/CD].

(上接第 3202 页)

- [9] 区卫林,尹合坤,李启祥,等.奥美拉唑泮托拉唑与埃索美拉唑针剂治疗十二指肠溃疡出血的临床分析[J].河北医学,2011,17(2):223-225.
- [10] 冯莉.奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗胃溃疡合并胃出血效果观察[J].中国当代医药,2013,20(2):78-79.
- [11] Lee S, Kim W, Moon C, et al. Early angiographic embolization is more effective than delayed angiographic emboli-

zation in patients with duodenal ulcer bleeding[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(11):1670-1674.

- [3] 吴玲玲,尹玉竹,饶燕珍,等.腰硬联合麻醉分娩镇痛剖宫产的指征分析[J].中山大学学报(医学科学版),2015,36(5):753-757.
- [4] 余春风.急诊剖宫产术后切口感染情况调查和影响因素分析[J].中国消毒学杂志,2015,32(10):1041-1042.
- [5] 秦天华,何金芳.2003—2010 年 11 366 例剖宫产指征分析[J].中国妇幼保健,2013,28(4):604-605.
- [6] 胡春霞,李跃萍,吴小妹,等.150 例阴道试产中转剖宫产影响因素和指征分析[J].中国妇幼保健,2013,28(11):1718-1720.
- [7] 钟钰平,徐晓清,徐红,等.8 年剖宫产率及 3 年剖宫产指征变化分析[J].实用医学杂志,2013,29(8):1320-1322.
- [8] 张娟,杨冬.不同胎龄组新生儿呼吸窘迫综合征临床特点研究[J].中国儿童保健杂志,2013,21(7):749-751.
- [9] Kwon HY, Kwon J, Park YW, et al. The risk of emergency cesarean section after failure of vaginal delivery according to prepregnancy body mass index or gestational weight gain by the 2009 institute of medicine guidelines[J]. Obstet Gynecol Sci, 2016, 59(3):169-177.
- [10] 高轶,胡花.不同人群剖宫产分娩情况的分析[J].中国妇幼保健,2014,29(2):207-209.
- [11] 林小红,牛建民,梁志江.10 年剖宫产指征及相关因素分析[J].中国妇幼保健,2012,27(5):657-659.
- [12] 蒋益群.诸暨市中医医院 6 年间剖宫产率与剖宫产指征变化分析[J].中国妇幼保健,2012,27(5):798-799.
- [13] 张广兰,冯艳.硬膜外分娩镇痛对产程及分娩结局的影响[J].南方医科大学学报,2012,32(8):1218-1220.
- [14] Cho GJ, Kim LY, Min KJ, et al. Prior cesarean section is associated with increased preeclampsia risk in a subsequent pregnancy[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2015, 15(1):24-26.
- [15] 李仁奇,曾秋婷,田蜜,等.缩宫素对剖宫产产妇术中血流动力学的影响[J].临床麻醉学杂志,2013,29(4):362-364.

(收稿日期:2017-04-29 修回日期:2017-07-10)

zation in patients with duodenal ulcer bleeding[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(11):1670-1674.

- [12] Silva D, Veloso N, Godinho R, et al. Fatal acute pancreatitis following sclerosis of a bleeding duodenal ulcer complicated by an intramural duodenal hematoma[J]. Rev Esp Enferm Dig, 2012, 104(11):603-604.

(收稿日期:2017-04-24 修回日期:2017-07-05)