

- [8] 赵玉萍. 超导可视联合米索前列醇用于无痛人流术 158 例疗效分析[J]. 西部医学, 2011, 23(5): 908-911.
- [9] 于晓兰, 顾向应, 刘欣燕, 等. 人工流产手术预防性抗菌药物应用的中国专家共识[J]. 中国计划生育和妇产科杂志, 2019, 11(8): 10-12.
- [10] 朱玲. 缩宫素在无痛人流术中的临床应用价值分析[J]. 医药前沿, 2017, 7(4): 54-56.
- [11] 谢梅英. 探讨缩宫素在无痛人流术中的临床应用价值[J]. 海峡药学, 2018, 30(10): 196-197.
- [12] 韩英梅. 不同人流方式(药物、无痛)终止早孕的临床效果对比[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(24): 4694.
- [13] ALLEN R H, SINGH R. Society of family planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1: local anesthesia and minimal sedation[J]. Contraception, 2018, 97(6): 471-477.
- [14] 刘福先. 无痛人流术终止早期妊娠的效果及对孕妇心理健康的影响[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(14): 3279-3281.
- [15] 徐建青, 王丽. 门诊无痛人流术女性心理特征及相关影响因素探讨[J]. 中国计划生育学杂志, 2016, 24(1): 42-45.

(收稿日期: 2021-05-12 修回日期: 2021-11-11)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.02.034

新斯的明联合注射用奥美拉唑钠、奥曲肽治疗急性重症胰腺炎合并腹内高压患者的疗效评价

丁俊杰

河南中医药大学人民医院/郑州人民医院急诊科, 河南郑州 450000

摘要:目的 探究新斯的明联合注射用奥美拉唑钠、奥曲肽治疗急性重症胰腺炎(SAP)合并腹内高压(IAH)患者的疗效。方法 选取 2018 年 10 月至 2020 年 10 月该院收治的 SAP 合并 IAH 患者 64 例, 根据治疗方案不同分为观察组和对照组, 各 32 例。在常规治疗基础上, 对照组给予注射用奥美拉唑钠、奥曲肽治疗, 观察组在对照组基础上加用新斯的明治疗。比较两组治疗前及治疗 3、5、7 d 后的腹内压; 比较两组首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间、腹胀缓解时间及住院时间; 比较两组治疗前、治疗 7 d 后的急性生理和慢性健康状况评分表 II (APACHE II) 评分、改良 Marshall 评分、全身炎症反应综合征(SIRS)评分及血清炎症因子 [C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)] 水平。结果 治疗 3、5 d 后观察组腹内压低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间、腹胀缓解时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 7 d 后两组 APACHE II 评分、改良 Marshall 评分、SIRS 评分低于治疗前, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 7 d 后观察组血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 新斯的明联合注射用奥美拉唑钠、奥曲肽治疗 SAP 合并 IAH, 可降低患者腹内压, 减轻炎症反应, 改善肠道功能。

关键词: 新斯的明; 奥美拉唑钠; 奥曲肽; 急性重症胰腺炎; 腹内高压

中图分类号: R576

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)02-0254-03

急性重症胰腺炎(SAP)是常见的急腹症, 病情凶险, 易并发多器官功能障碍综合征(MODS), 病死率高达 10%~20%^[1-2]。SAP 由于炎症刺激腹膜后神经丛、腹腔感染、肠道功能障碍等, 易发生腹内高压(IAH), 明显增加 MODS、胰腺坏死等风险, 进而增加病死率^[3]。目前, SAP 合并 IAH 尚缺乏有效的治疗手段, 早期外科干预虽可降低腹内压, 但会增加腹腔感染风险, 甚至增加病死率^[4]。近年来, SAP 合并 IAH 的药物治疗逐渐受到关注。新斯的明是抗胆碱酯酶药, 可促使患者肠蠕动功能恢复, 改善肠道功能障碍^[5]。本研究选取本院 SAP 合并 IAH 患者 64 例, 探究新斯的明联合注射用奥美拉唑钠、奥曲肽的治疗

效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 10 月至 2020 年 10 月本院收治的 SAP 合并 IAH 患者 64 例, 根据治疗方案不同分为观察组和对照组, 各 32 例。对照组女 11 例, 男 21 例; 年龄 32~71 岁, 平均 (49.81 ± 8.15) 岁; 体质指数 17~28 kg/m², 平均 (23.15 ± 1.83) kg/m²; 病因: 胆源性 17 例, 高脂血症性 8 例, 酒精性 3 例, 外伤性 2 例, 其他 2 例。观察组女 13 例, 男 19 例; 年龄 28~73 岁, 平均 (51.02 ± 8.79) 岁; 体质指数 17~29 kg/m², 平均 (23.37 ± 2.06) kg/m²; 病因: 胆源性 18 例, 高脂血症性 8 例, 酒精性 4 例, 外伤性 1

例,其他 1 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者及家属对本研究知情同意。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)均符合 SAP 诊断标准^[6];(2)腹内压 ≥ 12 mm Hg;(3)病程 <2 周。排除标准:(1)合并机械性肠梗阻;(2)合并严重心、肝、肾、脑等器官疾病;(3)合并消化系统肿瘤;(4)存在新斯的明使用禁忌证;(5)妊娠或哺乳期女性。

1.3 方法 两组均给予禁食、胃肠减压、解痉、镇静,以及维持水、电解质平衡等常规治疗。对照组给予注射用奥美拉唑钠(长春海悦药业股份有限公司,国药准字 H20054900)40 mg,1 d 2 次,静脉滴注;奥曲肽(江苏奥赛康药业有限公司,国药准字 H20090291)0.3 mg,1 d 3 次,静脉滴注。观察组在对照组基础上加用新斯的明(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字 H20057097)0.5 mg,1 d 2 次,肌肉注射,根据病情使用 3~7 d。两组均治疗 1 周。

1.4 观察指标 (1)比较两组治疗前及治疗 3、5、7 d 后的腹内压。腹内压测量方法:无菌条件下将无菌输液器接于腹腔引流管,夹闭引流管远端,液柱下降并趋于稳定时记录液柱此时停止的高度,于呼气末取值。(2)比较两组肠道功能恢复情况(首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间、腹胀缓解时间)及住院时间。(3)比较两组治疗前、治疗 7 d 后急性生理和慢性健康状况评分表 II (APACHE II) 评分、改良 Marshall 评分、全身炎症反应综合征(SIRS)评分。APACHE II 评分 0~71 分,评分越高,病情越严重;改良 Marshall 评分包括肾脏、循环、呼吸功能 3 项,每项 0~4 分,超过 2 分为功能障碍;SIRS 评分 0~4 分,评分越高,病情越严重。(4)比较治疗前、治疗 7 d 后血清炎症因子[C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)]水平。空腹抽取 2 mL

静脉血,3 500 r/min 离心 9 min(半径 8 cm),取血清,用酶联免疫吸附试验检测 CRP、IL-6、TNF- α 水平。

1.5 统计学处理 采用 SPSS21.0 软件进行数据分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组腹内压比较 治疗 3、5 d 后观察组腹内压低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组治疗 3、5、7 d 后腹内压均低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组肠道功能恢复情况及住院时间比较 观察组首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间、腹胀缓解时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组住院时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

2.3 两组 APACHE II 评分、改良 Marshall 评分、SIRS 评分比较 治疗 7 d 后两组 APACHE II 评分、改良 Marshall 评分、SIRS 评分低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$),但两组间治疗前、治疗 7 d 后各评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

2.4 两组血清炎症因子水平比较 治疗 7 d 后两组血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平均低于治疗前,且观察组均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 1 两组腹内压比较($\bar{x} \pm s$, mm Hg)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 3 d 后	治疗 5 d 后	治疗 7 d 后
观察组	32	16.08 $\pm$ 1.18	13.87 $\pm$ 0.98 ^a	12.68 $\pm$ 1.08 ^a	11.67 $\pm$ 1.15 ^a
对照组	32	16.31 $\pm$ 1.32	15.06 $\pm$ 1.09 ^a	13.91 $\pm$ 1.26 ^a	12.05 $\pm$ 1.22 ^a
<i>t</i>		0.735	4.593	4.193	1.282
<i>P</i>		0.465	<0.001	<0.001	0.205

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

表 2 两组肠道功能恢复情况及住院时间比较($\bar{x} \pm s$, d)

组别	<i>n</i>	首次排气时间	首次排便时间	肠鸣音恢复时间	腹胀缓解时间	住院时间
观察组	32	8.41 $\pm$ 1.59	11.25 $\pm$ 1.47	7.15 $\pm$ 1.46	13.79 $\pm$ 2.15	32.57 $\pm$ 5.74
对照组	32	10.53 $\pm$ 1.82	13.58 $\pm$ 1.39	9.63 $\pm$ 1.61	17.02 $\pm$ 3.09	33.51 $\pm$ 6.07
<i>t</i>		4.962	6.515	6.455	4.854	0.637
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.527

表 3 两组 APACHE II 评分、改良 Marshall 评分、SIRS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	APACHE II 评分		改良 Marshall 评分		SIRS 评分	
		治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后
观察组	32	15.18 $\pm$ 3.43	7.03 $\pm$ 2.05 ^a	5.10 $\pm$ 1.28	2.53 $\pm$ 1.07 ^a	2.23 $\pm$ 0.51	1.17 $\pm$ 0.33 ^a
对照组	32	14.75 $\pm$ 3.61	7.54 $\pm$ 2.51 ^a	4.83 $\pm$ 1.36	2.72 $\pm$ 1.20 ^a	2.16 $\pm$ 0.47	1.22 $\pm$ 0.36 ^a
<i>t</i>		0.489	0.890	0.818	0.669	0.571	0.579
<i>P</i>		0.627	0.377	0.417	0.506	0.570	0.565

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

表 4 两组血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CRP(mg/L)		IL-6(ng/L)		TNF- α (ng/L)	
		治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗前	治疗 7 d 后
观察组	32	160.85 $\pm$ 36.49	38.61 $\pm$ 8.73 ^a	81.63 $\pm$ 14.55	41.75 $\pm$ 12.46 ^a	33.54 $\pm$ 7.26	12.74 $\pm$ 3.26 ^a
对照组	32	155.73 $\pm$ 34.52	75.52 $\pm$ 17.61 ^a	84.09 $\pm$ 16.17	55.67 $\pm$ 14.51 ^a	35.28 $\pm$ 6.84	19.81 $\pm$ 5.29 ^a
t		0.577	10.623	0.640	4.117	0.987	6.436
P		0.566	<0.001	0.525	<0.001	0.328	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

SAP 合并 IAH 预后差、病死率高,目前,选择保守治疗还是手术治疗尚存在一定争议。外科手术可降低腹内压,改善腹腔顺应性,但会增加腹腔感染风险,且手术过程中如肠道长时间暴露易发生水肿,使腹内压进一步升高,从而增加病死率^[7]。故有学者认为,SAP 合并 IAH 早期不宜进行手术治疗,合并无菌性坏死也不宜进行手术治疗^[8]。

注射用奥美拉唑钠、奥曲肽是 SAP 常用的治疗药物,注射用奥美拉唑钠可减少胃酸分泌,奥曲肽可抑制胰岛素、缩胆囊素分泌,减轻机体炎性反应^[9]。新斯的明通过竞争性结合胆碱酯酶,可增强胆碱能作用,加强副交感神经活性,促进肠蠕动恢复,改善肠道功能,进而促使肛门排气、排便^[10]。研究证实,新斯的明可有效减轻 SAP 患者麻痹性肠梗阻,改善肠道功能^[11]。腹内压可作为评估 SAP 病情严重程度及预后的指标之一。本研究结果显示,治疗 3、5 d 后观察组腹内压低于对照组,观察组首次排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间、腹胀缓解时间短于对照组($P < 0.05$),表明新斯的明联合注射用奥美拉唑钠、奥曲肽治疗 SAP 合并 IAH 可降低患者腹内压,改善麻痹性肠梗阻,促进肛门排气、排便。有研究认为,新斯的明可能会导致患者 Oddi 括约肌收缩,阻碍胰液、胆汁排出,使胰腺炎进一步加重,但本研究中观察组并未发生胰腺炎加重情况,原因可能为本研究给药时间间隔合理,有效避免了上述不良反应。两组治疗 7 d 后 APACHE II 评分、改良 Marshall 评分、SIRS 评分低于治疗前($P < 0.05$),且两组间治疗前及治疗 7 d 后各项评分及住院时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),提示使用新斯的明并未影响患者病情恢复及预后。SAP 及 IAH 发病机制均与机体炎症损害有关,本研究结果显示,治疗 7 d 后观察组血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平低于对照组($P < 0.05$),提示将新斯的明联合注射用奥美拉唑钠、奥曲肽用于治疗 SAP 合并 IAH,可减轻患者炎性反应。研究发现,乙酰胆碱可通过胆碱能抗炎通路抑制巨噬细胞释放促炎细胞因子,进而防止 SIRS 发生、发展^[12],这可能是新斯的明发挥抗炎作用的机制之一。

综上所述,新斯的明联合注射用奥美拉唑钠、奥

曲肽治疗 SAP 合并 IAH 的效果好,可降低患者腹内压,减轻炎性反应,改善肠道功能。

参考文献

- [1] ZHANG K, LI C, GAO C, et al. Efficacy and safety of acupuncture as an adjuvant treatment for acute pancreatitis: a protocol of systematic review and Meta-analysis[J]. BMJ Open, 2019, 9(7): e029327.
- [2] 吴建顺, 曹得胜, 保小花. 通腑清胰方辅助治疗重症急性胰腺炎疗效及对肠道黏膜屏障功能和免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(19): 2123-2125.
- [3] 樊凰玉, 何朝珠, 彭园, 等. 重症急性胰腺炎合并腹内高压、腹腔间隔室综合征的护理进展[J]. 实用临床医学, 2020, 21(9): 103-106.
- [4] 刘国跃, 何旭, 陈涛, 等. 芒硝外敷全腹部在中-重度急性胰腺炎腹内高压合并 ARDS 中的应用[J]. 遵义医学院学报, 2018, 41(6): 732-735.
- [5] 张高亮, 罗廷, 刘羽. 新斯的明穴位注射联合芒硝外敷辅助治疗急性胰腺炎临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(4): 433-434.
- [6] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 急性胰腺炎诊治指南(2014 版)[J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(1): 1-5.
- [7] 江舒曼, 赵寒冰, 贾林, 等. 酪酸梭菌对急性坏死性胰腺炎并发腹腔内高压大鼠肠道屏障功能及菌群的影响[J]. 中华胰腺病杂志, 2019, 19(3): 181-184.
- [8] 杨晓钟, 马雯霞, 王军艳. 乌司他丁不同给药模式联合奥曲肽对老年重症急性胰腺炎患者腹内高压及肠黏膜功能及对 p38 MAPK 信号通路介导的炎症反应的影响[J]. 临床急诊杂志, 2018, 19(8): 505-509.
- [9] 吕昊泽, 吕宁宁, 刘仲祥. 生长抑素联合乌司他丁应用于重症急性胰腺炎患者治疗对其血清炎症因子的影响[J]. 中国实验诊断学, 2016, 20(8): 1315-1317.
- [10] 陈鹏. 新斯的明对急性胰腺炎合并腹内高压治疗价值的临床研究[D]. 南昌: 南昌大学, 2016.
- [11] 蔡晓盛, 袁由军, 王文文, 等. 新斯的明治疗急性重症胰腺炎合并腹内高压的回顾性分析[J]. 中华内分泌外科杂志, 2018, 12(3): 208-212.
- [12] 葛凯杰, 孟佳, 陈建. 新斯的明足三里穴位注射治疗危重症患者胃肠功能障碍的临床效果观察[J]. 南通大学学报(医学版), 2020, 40(4): 345-347.