

- 肠镜检查患者的影响[J]. 国际护理学杂志, 2023, 42(11): 1990-1993.
- [6] 纪浩旋, 陈秀迎, 樊红革, 等. 辅助电子结肠镜进镜腹部按压器的研制与应用[J]. 护理学报, 2020, 27(9): 76-78.
- [7] 龙小静. 评判性思维联合 SBAR 标准沟通模式在发热门诊中的应用效果研究[J]. 临床研究, 2023, 31(11): 168-172.
- [8] 夏育娟, 李少莉, 张婷. 评判性思维护理模式对哮喘患儿预后生命质量表达的影响[J]. 贵州医药, 2023, 47(2): 335-336.
- [9] BASHIRI M, AKÇALI D, COŞKUN D, et al. Evaluation of pain and patient satisfaction by music therapy in patients with endoscopy/colonoscopy[J]. Turk J Gastroenterol, 2018, 29(5): 574-579.

[文章编号] 1007-0893(2024)05-0098-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.05.029

## 乌司他丁联合生长抑素治疗急诊重症急性胰腺炎的疗效观察

侯君 郑喜胜 李长力

(南阳市中心医院, 河南 南阳 473000)

**[摘要]** 目的: 探究急诊重症急性胰腺炎的治疗中乌司他丁和生长抑素治疗的联用疗效。方法: 应用异体配对分析法, 对南阳市中心医院 2021 年 10 月至 2022 年 10 月收治的 160 例急诊重症急性胰腺炎患者进行分组, 对照组和观察组分别予以常规治疗、乌司他丁联合生长抑素治疗, 观察并比较两组患者的疗效。结果: 观察组的总有效率为 95.00%, 明显高于对照组的 75.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 观察组患者的血清降钙素原、腹腔内压水平更低, 血清铁蛋白水平更高, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗后的胃蛋白酶原、胃泌素水平、体质量、实际体质量/理想体质量 (WT/IBW)、上臂中部肌肉周长 (MANC)、三头肌皮皱厚度 (TSF)、转铁蛋白 (TRF)、血清清蛋白 (ALB); 前清蛋白 (PA) 水平均高于对照组, 前白蛋白、总蛋白、血红蛋白水平均低于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 在急诊治疗的重症急性胰腺炎患者中, 乌司他丁联合生长抑素与治疗的疗效好, 可改善预后及其血清学指标。

**[关键词]** 重症急性胰腺炎; 乌司他丁; 生长抑素; 急诊

**[中图分类号]** R 657.5<sup>+</sup>1 **[文献标识码]** B

重症急性胰腺炎为急诊科危急重症之一, 一旦救治不及时, 则可直接导致患者死亡。随着疾病进展, 部分病情严重者常并发感染、腹膜炎、休克。合并低血压或休克及水、电解质酸碱平衡和代谢紊乱, 并且出现明显的腹痛 (全腹或上腹压痛), 肌紧张、反跳痛, 甚至伴血性腹水, 腹胀相对明显。故在急诊治疗中, 需结合患者的病况, 采取联合治疗以控制疾病进展, 改善患者预后<sup>[1]</sup>。常规治疗中, 多以早期肠内营养支持治疗为主, 存在较大局限性。而有研究显示<sup>[2]</sup>, 在采用乌司他丁联合生长抑素治疗后, 可以显著地恢复患者胃肠功能, 维持肠道屏障功能, 并提高患者免疫功能、保障患者摄入充足的营养功效, 因此两药联合成为该病急诊救护环节

的热点之一。对此, 笔者为探究急诊重症急性胰腺炎治疗中乌司他丁联合生长抑素的疗效, 特筛查南阳市中心医院 160 例急诊重症急性胰腺炎患者资料作为研究对象进行分析, 结果总结如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

应用异体配对分析法, 对南阳市中心医院 2021 年 10 月至 2022 年 10 月收治的 160 例急诊重症急性胰腺炎患者进行分组, 其中对照组中, 男女比例 32:48, 年龄 20~72 岁, 平均年龄 ( $40.3 \pm 5.7$ ) 岁; 观察组中, 男女比例 33:47, 年龄 21~71 岁; 平均年龄 ( $40.5 \pm 5.5$ ) 岁。

**[收稿日期]** 2023-12-23

**[作者简介]** 侯君, 男, 住院医师, 主要研究方向是重症医学。

两组患者性别、年龄等一般资料比较，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 全部患者均符合《重症急性胰腺炎预防与阻断急诊专家共识》的诊断标准<sup>[3]</sup>，即 (1) 患者临床表现为上腹部胀痛恶心呕吐等症状；(2) 体格检查，上腹部压痛为主；(3) 实验室检查，出现血/尿淀粉酶增高 (血淀粉酶  $> 100 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$ 、尿淀粉酶  $> 500 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$ )，脂肪酶增高 (高于色原底物法正常值  $13 \sim 63 \text{ U} \cdot \text{L}^{-1}$ )，多器官功能不全；(4) 影像学检查，胰腺周围积液坏死，包括计算机断层扫描、磁共振等声像图特征与该病相符。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合上述标准的基础上，同时伴有器官功能衰竭，如呼吸衰竭、胰性脑病、肝功能衰竭、肾功能衰竭等，持续  $> 48 \text{ h}$ ；(2) 上腹胀、腹痛、恶心、呕吐、放射痛，或者存在肠麻痹等，同时伴有血清淀粉酶，或者脂肪酶升高  $> 3$  倍等典型症状；(3) 计算机断层扫描 (computer tomography, CT)、磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 或者辅助 B 超检查中存在典型胰腺炎症表现。

1.2.3 排除标准 (1) 合并其他器质性病变者；(2) 预计生存期  $< 3$  个月者；(3) 中途失访者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 患者均予以急诊治疗，即禁食、胃肠减压、抗菌药物、抗炎等基础支持治疗。在患者耐受的情况下，根据每位患者的年龄、体质量、代谢状态等，予以早期肠内营养——鼻胃管注入高蛋白营养素 [广东韶关富力康保健品有限公司， $420 \text{ kcal} \cdot (100 \text{ g})^{-1}$ ，氮热比 1:109] 和高蛋白匀浆 [广东韶关富力康保健品有限公司， $400 \text{ kcal} \cdot (100 \text{ g})^{-1}$ ，氮热比 1:125] 的混合物，连续治疗 20 d。

1.3.2 观察组 在对照组基础上予以乌司他丁联合生长抑素治疗。(1) 乌司他丁注射液 (广东天普生化医药股份有限公司，国药准字 H20040505) 初始剂量 10 万 IU，与 500 mL 5% 葡萄糖注射液混合后，静脉滴注 1.5 h，每日 1 次，患者症状减轻后酌情调整用量，连续治疗 20 d。(2) 注射用生长抑素 (南京长澳制药有限公司，国药准字 H20043583)：以  $250 \mu\text{g} \cdot \text{h}^{-1}$  的速度静脉连续点滴给药，直到瘘管闭合 (2~20 d)。

### 1.4 观察指标

1.4.1 疗效判定 治疗后 3 周将临床治疗结果划分为三个等级，显效：临床全部症状及其不适均消失；有效：相关临床症状对比入院时，有了明显的好转；无效：无胃肠道不适、头晕目眩、过敏反应、肝功能异常并发症出现<sup>[4]</sup>。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数  $\times 100\%$ 。

1.4.2 临床指标 治疗前、治疗后 3 周分别测定，降钙素原 (采取免疫发光测定法测定)、腹腔内压 (在腹腔内放置一根导管或粗针头，利用水压计或压力传感器测定)、铁蛋白 (应用放射免疫法或酶联免疫法测定)。

1.4.3 胃肠道激素 治疗前、治疗后 3 周分别测定，包括胃蛋白酶原、胃泌素，采集患者肘静脉血，分离血清，运用放射免疫法测定。

1.4.4 营养指标 治疗前、治疗后 3 个月分别测定，包括体质量、实际体质量 / 理想体质量 (actual body mass/ideal body mass, WT/IBW)、上臂中部肌肉周长 (mid upper arm muscle circumference, MANC)、三头肌皮皱厚度 (triceps skin wrinkle thickness, TSF)、转铁蛋白 (transferrin, TRF)、清蛋白 (serum albumin, ALB)、前清蛋白 (pre albumin, PA)、前白蛋白、总蛋白、血红蛋白，采集患者肘静脉血，分离血清，运用终点比色法测定各蛋白水平。

### 1.5 统计学处理

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用  $t$  检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的临床疗效比较

观察组的总有效率为 95.00% (76/80)，明显高于对照组的 75.00% (60/80)，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较 [ $n = 80, n(\%)$ ]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	20(25.00)	40(50.00)	20(25.00)	60(75.00)
观察组	26(32.50)	50(62.50)	4(5.00)	76(95.00) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后临床指标比较

两组患者治疗前的血清降钙素原、腹腔内压及血清铁蛋白水平比较，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；治疗后，观察组患者的血清降钙素原、腹腔内压水平更低，血清铁蛋白水平更高，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后临床指标比较 ( $n = 80, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	血清降钙素原 / $\text{ng} \cdot \text{mL}^{-1}$	腹腔内压 / $\text{mmHg}$	血清铁蛋白 / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	$0.34 \pm 0.10$	$1.10 \pm 0.05$	$7.29 \pm 1.39$
	治疗后	$0.26 \pm 0.09^b$	$1.04 \pm 0.09^b$	$9.35 \pm 2.16^b$
观察组	治疗前	$0.33 \pm 0.11$	$1.11 \pm 0.04$	$7.30 \pm 1.38$
	治疗后	$0.10 \pm 0.01^{bc}$	$0.05 \pm 0.01^{bc}$	$18.24 \pm 3.72^{bc}$

注：与同组治疗前比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后胃肠道激素、营养指标比较  
 治疗前，两组患者胃肠道激素、营养指标结果差异，差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；两组患者治疗后的胃蛋白酶原、胃泌素水平、体质量、WT/IBW、MANC、

TSF、TRF、ALB、PA 水平均高于治疗前，观察组均高于对照组；前白蛋白、总蛋白、血红蛋白水平均低于治疗前，观察组均低于对照组，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后胃肠道激素、营养指标比较 ( $n = 80, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	胃蛋白酶原/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	胃泌素/ $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$	体质量/kg	WT/IBW/%	MANC/cm	TSF/mm
对照组	治疗前	20.93 ± 3.41	159.35 ± 21.03	41.60 ± 6.22	76.62 ± 3.87	11.44 ± 1.35	6.85 ± 1.42
	治疗后	24.86 ± 4.18 <sup>d</sup>	177.33 ± 32.00 <sup>d</sup>	46.74 ± 7.25 <sup>d</sup>	81.13 ± 2.96 <sup>d</sup>	18.61 ± 2.38 <sup>d</sup>	8.75 ± 1.76 <sup>d</sup>
观察组	治疗前	21.41 ± 3.28	160.24 ± 23.92	41.58 ± 6.20	75.81 ± 4.58	12.13 ± 2.76	6.99 ± 1.90
	治疗后	35.18 ± 5.22 <sup>dc</sup>	236.62 ± 31.02 <sup>dc</sup>	51.88 ± 8.36 <sup>dc</sup>	87.94 ± 3.15 <sup>dc</sup>	25.62 ± 3.77 <sup>dc</sup>	10.12 ± 1.23 <sup>dc</sup>

  

组别	时间	TRF/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	ALB/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	PA/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	前白蛋白/ $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$	总蛋白/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	血红蛋白/ $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	1.71 ± 0.35	20.93 ± 2.83	160.62 ± 9.12	303.62 ± 82.37	72.75 ± 11.40	123.63 ± 21.78
	治疗后	1.83 ± 0.20 <sup>d</sup>	24.52 ± 3.12 <sup>d</sup>	202.42 ± 9.42 <sup>d</sup>	213.34 ± 72.25 <sup>d</sup>	67.73 ± 11.62 <sup>d</sup>	118.21 ± 21.70 <sup>d</sup>
观察组	治疗前	1.70 ± 0.26	20.12 ± 2.23	162.12 ± 9.93	181.11 ± 74.28	59.56 ± 12.69	106.64 ± 23.57
	治疗后	2.00 ± 0.24 <sup>dc</sup>	29.23 ± 2.84 <sup>dc</sup>	258.02 ± 9.20 <sup>dc</sup>	178.73 ± 61.46 <sup>dc</sup>	59.24 ± 10.51 <sup>dc</sup>	107.12 ± 22.69 <sup>dc</sup>

注：WT/IBW 一实际体质量 / 理想体质量；MANC 一上臂中部肌肉周长；TSF 一三头肌皮皱厚度；TRF 一转铁蛋白；ALB 一清蛋白；PA 一前清蛋白。

与同组治疗前比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

重症急性胰腺炎属于相对危急的疾病，致死率高，预后较差且并发症较多。相关流行病学的研究表明，该病除局部胰腺渗出、坏死外，还伴随全身器官功能衰竭，表现为无尿、血压低，未积极救治病死率  $> 30\% \sim 50\%$ <sup>[5]</sup>。患者起病后，可因急性进展而危及生命。故而在该类患者的治疗中，寻找病因、解除病因、控制炎症为主要治疗方案，即通过禁食和胃肠减压外，进行生命体征的监测；配合呼吸道的管理、呼吸机的辅助呼吸、肝肾功能的维持等来达到治疗患者的功效<sup>[6-7]</sup>。然而常规治疗在起到一定疗效的同时，仍存在一定的局限性。为提升疗效，改善患者机体状态，研究发现乌司他丁联合生长抑素的治疗，在巩固疗效，改善患者预后上不失为有效用药方案<sup>[8-9]</sup>。本研究结果显示，联合治疗的疗效为 95.00%，显著高于常规急诊治疗。治疗后，观察组患者的血清降钙素原、腹腔内压水平降低幅度更明显，血清铁蛋白水平高于对照组。且观察组患者的胃蛋白酶原、胃泌素水平、体质量、WT/IBW、MANC、TSF、TRF、ALB、PA 水平均高于对照组，前白蛋白、总蛋白、血红蛋白水平降低幅度较对照组更明显；证实了乌司他丁联合生长抑素治疗可获得良好的治疗效果，能够有效缓解患者症状，改善患者营养状况。

从药理作用出发，乌司他丁为蛋白酶抑制剂，有显著的抑制胰酶活性效应，能广泛抑制各类酶类物质的释放和活性，在胰腺微循环改善上，以其稳定溶酶体膜来发挥效应<sup>[10]</sup>，还在抑制溶酶体酶释放，防范心肌抑制因子产生效果，能有效清除氧自由基，抗炎以达到抑制炎症介质释放的效用。因而早期足量应用配合急性期营养

支持，可有效降低感染的发生率和多器官功能衰竭，减少住院时间，提高患者的生存率<sup>[11]</sup>。生长抑素能选择性地降低内脏血流量，兼具抑制胃酸分泌，改善胃泌素和胃蛋白酶三重作用功效，能够协同前列腺素对胃黏膜还能起到保护的作用，本药应用后选择性地降低消化系统器官的血流量，改善患者营养功能<sup>[12]</sup>，还可抑制生长激素、促甲状腺激素、胰岛素、胰高血糖素的分泌，减少内脏血流，降低门静脉压力，让患者的腹内压水平得以稳定，从而降低侧支循环的血流和压力，减少肝脏血流量<sup>[13-14]</sup>。还可减少胰腺的内外分泌以及胃、小肠和胆囊的分泌，降低酶活性，对胰腺细胞有保护作用还可降低胰腺酶对身体的腐蚀，兼具稳定溶酶体膜，抑制溶酶体酶释放，抑制心肌抑制因子产生，保护心脏及肾脏、肝脏等器官的作用<sup>[15]</sup>。总之，两药联合应用，在急诊治疗该类患者中表现出了更高的疗效。

在联合用药期间，过量服药可引发患者出现休克、过敏性休克，血压下降等症状，部分患者还会出现白细胞减低，恶心、呕吐等症状，并且在高龄患者中，需遵医嘱酌情减量，以确保用药的合理性。

综上所述，重症急性胰腺炎患者的急诊用药治疗中，乌司他丁联合生长抑素的联用疗效较好，可改善患者血清学指标。

### [参考文献]

[1] 陈建成. 乌司他丁联合生长抑素治疗急诊重症急性胰腺炎临床疗效分析[J]. 基层医学论坛, 2019, 23(34): 4924-4926.  
 [2] 李洪涛. 乌司他丁+生长抑素治疗急诊重症急性胰腺炎临床

- 效果评价 [J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43 (4): 123-124.
- [3] 中国医疗保健国际交流促进会急诊医学分会, 脓毒症预防与阻断联盟. 重症急性胰腺炎预防与阻断急诊专家共识 [J]. 中国急救医学, 2022, 42 (5): 369-379.
- [4] 张振海, 庞颖颖, 邱兆磊. 乌司他丁联合生长抑素治疗急诊重症急性胰腺炎临床疗效观察 [J]. 泰山医学院学报, 2019, 40 (3): 207-210.
- [5] 李杰冲. 乌司他丁、生长抑素联合治疗急诊重症急性胰腺炎临床价值观察 [J]. 健康管理, 2020, 11 (28): 95.
- [6] 陈源水, 林泽伟, 徐志鸿, 等. 乌司他丁联合生长抑素治疗重症急性胰腺炎的临床效果观察 [J]. 北方药学, 2023, 20 (8): 31-33.
- [7] 孙新帅, 付黎明, 李春燕, 等. 乌司他丁联合生长抑素对重症急性胰腺炎患者肠黏膜功能及腹内压的影响 [J]. 中国合理用药探索, 2022, 20 (2): 88-93.
- [8] 邹涛, 方寅. 乌司他丁、生长抑素与早期肠内营养支持三联疗法在重症急性胰腺炎中的应用效果分析 [J]. 医学综述, 2020, 26 (23): 4754-4758, 4763.
- [9] 张芬. 乌司他丁联合生长抑素治疗重症急性胰腺炎的临床疗效 [J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (3): 79-81.
- [10] 谭杏才, 潘越骏. 联用生长抑素与乌司他丁治疗急性胰腺炎患者 40 例临床疗效 [J]. 黑龙江医药, 2021, 34 (4): 872-874.
- [11] 邹旺生, 陈健, 桑卫东. 生长抑素与乌司他丁联合用药治疗重症急性胰腺炎临床疗效 [J]. 创伤与急危重病医学, 2018, 6 (3): 182-183.
- [12] 秦林燕, 王国兴. 乌司他丁联合生长抑素对重症急性胰腺炎大鼠血清炎性细胞因子的影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 14 (15): 1225-1228.
- [13] 马明阳, 杨静, 万强, 等. 乌司他丁联合生长抑素对急性重症胰腺炎患者血清 TNF- $\alpha$ 、NO 水平的影响观察 [J]. 包头医学院学报, 2019, 35 (2): 67-68, 92.
- [14] 胡冬, 黎定坤, 毛翔. 生长抑素与乌司他丁治疗急性胰腺炎患者的临床疗效及对胃肠功能的影响 [J]. 医学信息, 2023, 36 (24): 102-105.
- [15] 周才旺, 吴国平, 杨远征. 乌司他丁联合生长抑素治疗重症急性胰腺炎对免疫及血管内皮功能的影响 [J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8 (23): 87-90.

[文章编号] 1007-0893(2024)05-0101-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.05.030

## 来曲唑联合炔雌醇环丙孕酮对多囊卵巢综合征不孕症的疗效及影响

丁慧 高玉青 刘瑞敏 陈雨露

(周口市中心医院, 河南 周口 466000)

**[摘要]** 目的: 探讨来曲唑联合炔雌醇环丙孕酮对多囊卵巢综合征 (PCOS) 不孕症患者的疗效及影响。方法: 选取 2020 年 6 月至 2022 年 12 月期间周口市中心医院收治的 77 例 PCOS 不孕症患者, 依照不同治疗方式分为对照组 38 例和观察组 39 例。对照组患者给予炔雌醇环丙孕酮, 观察组患者在对照组治疗基础上给予来曲唑, 比较两组患者临床疗效、血清性激素水平、子宫内膜厚度、月经周期、卵泡发育情况、周期排卵率、妊娠率及不良反应发生率。结果: 观察组患者总有效率为 92.31%, 明显高于对照组的 73.68%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗 3 个月后, 观察组患黄体生成素 (LH)、雌二醇 (E2)、卵泡刺激素 (FSH) 和睾酮 (T) 水平明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗 3 个月后, 观察组患者子宫内膜厚度、成熟卵泡数、卵泡最大径均多于对照组, 月经周期短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者周期排卵率、临床妊娠率均高于对照组, 生化妊娠率低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 来曲唑联合炔雌醇环丙孕酮对 PCOS 不孕症患者的治疗效果较好, 可改善血清性激素水平, 进一步提高周期排卵率和临床妊娠率, 降低生化妊娠率, 且安全性较高。

**[关键词]** 多囊卵巢综合征; 不孕症; 来曲唑; 炔雌醇环丙孕酮

**[中图分类号]** R 711.75 **[文献标识码]** B

**[收稿日期]** 2023-12-18

**[作者简介]** 丁慧, 女, 主治医师, 主要研究方向是多囊卵巢综合征、复发性流产的临床诊治。