

[8] Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult; a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure); developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation; endorsed by the Heart Rhythm Society [J]. Circulation, 2005, 112(12): 154-235.

[9] Swedberg K, Cleland J, Dargie H, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005); The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology [J]. Eur Heart J, 2005, 26(11): 1115-1140.

[10] 中华医学会心血管病学分会,《中华心血管病杂志》编辑委员

会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1076-1095.

[11] Ferrari R, Perindopril and Remodeling in Elderly with Acute Myocardial Infarction Investigators. Effects of angiotensin-converting enzyme inhibition with perindopril on left ventricular remodeling and clinical outcome; results of the randomized perindopril and remodeling in Elderly with acute Myocardial Infarction (PREAMI) Study [J]. Arch Intern Med, 2006, 166(6): 659-666.

[12] Willenheimer R, van Veldhuisen DJ, Silke B, et al. Effect on survival and hospitalization of initiating treatment for chronic heart failure with bisoprolol followed by enalapril, as compared with the opposite sequence; results of the randomized Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS) III [J]. Circulation, 2005, 112(16): 2426-2435.

(收稿日期:2011-11-20 修回日期:2012-02-11)

大剂量奥美拉唑治疗重症胰腺炎的临床观察

唐尚伟 唐国传 谢昆华 颜钟生

(防城港市防城区人民医院内科,广西防城港市 538021)

【摘要】 目的 观察大剂量奥美拉唑及常规剂量奥美拉唑治疗重症急性胰腺炎(SAP)的临床疗效。方法 将59例SAP患者随机分为观察组31例,对照组28例;观察组给予大剂量奥美拉唑80 mg加入生理盐水100 mL静脉滴注,30 min滴完;续予8 mg/h速度持续静脉滴注72 h;第3天改为奥美拉唑40 mg加入生理盐水100 mL静脉滴注,30 min滴完,1次/12 h,疗程共7~14 d;对照组予常规剂量奥美拉唑治疗,奥美拉唑40 mg加入生理盐水100 mL静脉滴注,30 min滴完,1次/12 h,疗程共7~14 d。观察比较两组患者PACHE-II评分、肠道功能恢复情况,以及住院时间和病死率。结果 观察组APACHE-II评分、肠道功能恢复情况优于对照组($P < 0.01$ 或 0.05),住院时间短于对照组($P < 0.001$),病死率低对照组($P < 0.05$)。结论 大剂量奥美拉唑治疗SAP疗效显著,值得临床推广使用。

【关键词】 重症急性胰腺炎;奥美拉唑;量效关系

【中图分类号】 R 576.105 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-7768(2012)02-0129-02

重症急性胰腺炎(SAP)是内科常见急危重症,治疗上以内科保守治疗为主要手段^[1]。为探索大剂量质子泵抑制剂奥美拉唑治疗SAP的可靠性和实用性。笔者在内科综合治疗的基础上,分别采用大剂量奥美拉唑及常规剂量奥美拉唑治疗SAP患者59例,并观察比较了两组患者PACHE-II评分、肠道功能恢复情况,以及住院时间和病死率。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005年1月至2010年12月我院收住院的SAP患者59例,均符合SAP的诊断标准:(1)上腹疼痛、血清淀粉酶水平升高3倍以上;(2)X线、CT断层成像显示有急性胰腺炎的变化,同时有胰周广泛渗出和(或)胰腺坏死,和(或)胰腺脓肿等改变;(3)器官功能衰竭。满足3项中2项。Ranson评分 ≥ 3 分;APACHE评分 ≥ 8 分。59例患者中男41例,女18例,年龄23~75岁,按入院时间先后编号分为观察组31例(男21例,女10例)和对照组28例(男

20例,女8例)。两组患者入院时一般情况、生化指标、Balthazar CT分级等差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者入院时一般情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	观察组 (n=31)	对照组 (n=28)	t(χ^2)值	P值
年龄(岁)	52 ± 26	49 ± 27	0.435	0.666
性别(男/女)	21/10	20/8	0.094	0.759
白细胞($\times 10^{10}/L$)	17.5 ± 7.0	17.2 ± 6.9	0.166	0.869
血淀粉酶(U/L)	1 269 ± 4.7	1262 ± 4.3	0.066	0.947
血糖(mmol/L)	7.6 ± 2.8	7.8 ± 2.9	0.269	0.789
血钙(mmol/L)	2.2 ± 0.9	2.1 ± 0.8	0.449	0.655
CT分级(D/E)	27/4	25/3	0.067	0.795
APACHE-II评分	12.80 ± 3.62	11.52 ± 3.86	1.314	0.194

1.2 治疗方法 两组患者均进行禁食,胃肠减压,肠内外营养,维持水电解质平衡,止痛,应用抗生素,抑制胰腺分泌及胰酶活性,以及防治各器官损害的综合治疗。在此基础上观察组给予奥美拉唑(商品名:洛凯,江苏吴中医药集团

公司苏州第六制药厂,批文号:H20010183) 80 mg 加入生理盐水 100 mL 静脉滴注,30 min 滴完;续予 8 mg/h 速度持续静脉滴注 72 h;第 3 天改为奥美拉唑 40 mg 加入生理盐水 100 mL 静脉滴注,30 min 滴完,1 次/12 h,疗程共 7~14 d;对照组患者给予奥美拉唑 40 mg 加入生理盐水 100 mL 静脉点滴,30 min 滴完,1 次/12 h,疗程共 7~14 d。

1.3 疗效判断 治疗 72 h 后,行 APACHE-II 评分整体判断患者情况;比较两组肠道功能恢复、开放饮食时间;比较两组住院时间与病死率。

1.4 统计学分析 采用华西医科大学 PEMS 3.0 统计软件进行数据处理,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 APACHE-II 评分比较 治疗 72 h 后,观察组 APACHE-II 评分为(7.80 ± 4.12)分,对照组为(10.13 ± 4.09)分;两组比较,差异有统计学意义($t = 2.177, P = 0.034$)。

2.2 两组肠道功能恢复、开放饮食时间 肠道功能恢复、开放饮食时间观察组为(7.6 ± 1.2)d,对照组为(9.5 ± 1.4)d;两组比较,差异具有统计学意义($t = 5.612, P = 0.000$)。

2.3 住院时间及病死率 观察组平均住院时间为(23.2 ± 12.6)d,对照组为(35.2 ± 15.4)d,观察组平均住院时间短于对照组,两组比较差异有统计学意义($t = 3.289, P = 0.002$)。观察组 4 例患者死亡(4/31),对照组 10 患者死亡(10/28),观察组病死率(12.90%)低于对照组(35.71%),差异有统计学意义($\chi^2 = 4.230, P = 0.040$)。

2.4 不良反应 两组患者在治疗期间均未发现明显不良反应。

3 讨论

SAP 发病是由于胰腺泡损害,释放大量受激活的胰酶及炎症细胞因子,炎症反应受胰酶刺激进一步放大,呈“瀑布反应”,可导致患者发生全身炎症反应综合征。此时如不及时控制疾病的发展,则可能出现多脏器功能衰竭^[3]。SAP 患者的病死率达 15%~30%^[4],因此,内科药物治疗应及

时。重症胰腺炎的胰酶中最具破坏性作用的是磷脂酶 A2 及脂肪酶。磷脂酶 A2 可破坏胃肠道、肺等器官细胞的细胞膜磷脂结构。脂肪酶分解脂肪,产生对毛细血管有毒性的游离脂肪酸,增加脂质过氧化。巨噬细胞、中性粒细胞、内皮细胞及血小板可释放一些损伤主要器官的细胞因子和炎症介质,如白细胞介素(IL)-1、IL-6、IL-8、肿瘤坏死因子 α (INF- α)、干扰素 γ 及血小板活化因子(PAF)、自由基等,其中 FNF-及 PAF 有增加血管通透性等作用^[5]。质子泵抑制(PPI)可抑制胃酸的分泌,从而间接抑制胰腺的外分泌,减少胰酶和各种因子和炎症介质引起的损伤。72 h 内使用大剂量 PPI 能使患者胃肠 pH 值迅速达到 6 以上,并能在 24 h 内维持稳定的 pH 值^[6]。大剂量 PPI 被推荐用于治疗急性非静脉曲张性上消化道大出血^[7],笔者借鉴用于治疗 SAP。本观察结果显示,治疗 72 h 后,观察组无论是 APACHE-II 评分^[8]、肠道功能恢复还是住院时间均优于对照组,病死率也显著低于对照组,且未发生明显不良反应。可见,采用大剂量 PPI 治疗 SAP 患者,简便实用,安全可靠,值得临床推广使用。

参 考 文 献

- [1] 黄定九. 内科理论与实践[M]. 上海:上海科技出版社,2009:1138.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺病学组. 重症急性胰腺炎内科规范治疗建议[J]. 中华消化杂志,2009,29(2):75-78.
- [3] 杨红,钱家鸣. 浅谈重症急性胰腺炎的治疗若干建议提出的意义[J]. 中国处方药,2008,81(12):82.
- [4] 王浦,陈焯,姜治. 重症急性胰腺炎继发脓毒症与细菌易位的关系[J]. 胃肠病学,2011,16(4):250-252.
- [5] 徐克成,江石湖. 消化病现代治疗学[M]. 上海:上海科技出版社,2001:570.
- [6] 于成功,吴寒. 质子泵抑制剂的临床应用与研究[J]. 中华消化内镜杂志,2007,24(2):74.
- [7] 《中华内科杂志》编委会,《中华消化杂志》编委会,《中华消化内镜杂志》编委会. 急性非静脉曲张性上消化道出血诊治指南[J]. 中华内科杂志,2009,48(10):682-686.
- [8] 陈世洪,黎忠于,韦继政,等. SIRS 评分和 APACHE II 评分对急性胰腺炎患者预后评估及其临床价值[J]. 广西医学,2011,33(1):32-34.

(收稿日期:2011-11-30 修回日期:2012-02-21)

广西紧急排查“毒胶囊”叫停 13 个问题批次胶囊药品

老酸奶、果冻被曝含工业明胶的风波还未过去,胶囊药品又出事了。4月15日,央视《每周质量报告》曝光了部分不法厂商使用重金属铬超标的工业明胶冒充食用明胶来生产药用胶囊,9家药厂生产的13个批次药品所用胶囊铬超标。南宁部分药店当晚得知消息后连夜将问题药品下架。广西食品药品监管部门已发出紧急通知,要求各药品批发、零售企业和医疗机构停售、停用问题批次药品。