

生长抑素治疗消化性溃疡大出血的临床疗效

杨英碧, 李玲, 陈金春, 熊韦韦, 陈祥

杨英碧, 李玲, 陈金春, 熊韦韦, 陈祥, 贵州省水城矿业总医院 贵州省六盘水市 553000

杨英碧, 副主任医师, 主要从事消化内科的研究。

作者贡献分布: 此课题由杨英碧设计; 研究过程由杨英碧与李玲完成; 数据分析由陈金春、熊韦韦及陈祥完成; 写作由于杨英碧、李玲、陈金春、熊韦韦及陈祥共同完成。

通讯作者: 杨英碧, 副主任医师, 553000, 贵州省六盘水市钟山区水西路17号, 贵州省水城矿业总医院. 18908585500@189.cn 电话: 0858-8179922

收稿日期: 2014-05-05 修回日期: 2014-05-20

接受日期: 2014-06-02 在线出版日期: 2014-07-18

Efficacy of somatostatin in treatment of massive peptic ulcer bleeding

Ying-Bi Yang, Ling Li, Jin-Chun Chen, Wei-Wei Xiong, Xiang Chen

Ying-Bi Yang, Ling Li, Jin-Chun Chen, Wei-Wei Xiong, Xiang Chen, Shuicheng Mining General Hospital, Liupanshui 553000, Guizhou Province, China

Correspondence to: Ying-Bi Yang, Associate Chief Physician, Shuicheng Mining General Hospital, 17 Shuixi Road, Zhongshan District, Liupanshui 553000, Guizhou Province, China. 18908585500@189.cn

Received: 2014-05-05 Revised: 2014-05-20

Accepted: 2014-06-02 Published online: 2014-07-18

Abstract

AIM: To assess the clinical effects of sandostatin in treating massive peptic ulcer bleeding (PUB).

METHODS: Eighty-six patients with PUB were randomly divided into either an experiment group or a control group. Both the control and treatment groups underwent fasting, routine nursing and therapeutic intervention, and the experiment group was additionally given somatostatin. The bleeding status at 6, 12, 24 and 48 h, the re-bleeding rate after 72 h and adverse reactions were compared between the two groups.

RESULTS: The bleeding rates at 6, 12, 24 and 48 h were significantly higher in the experiment group than in the control group (51.16% vs 27.91%, 76.74% vs 53.49%, 86.05% vs 65.12%, 97.67% vs 79.07%; $P < 0.05$). There was no significant difference in the re-bleeding rate or the rate of adverse reactions between the two groups

(2.33% vs 6.98%, 4.65% vs 11.63%, $P > 0.05$).

CONCLUSION: Somatostatin can shorten the time of hemostasis and improve the bleeding rate in patients with massive peptic ulcer bleeding.

© 2014 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Somatostatin; Peptic ulcer bleeding; Bleeding rate; Clinical effects

Yang YB, Li L, Chen JC, Xiong WW, Chen X. Efficacy of somatostatin in treatment of massive peptic ulcer bleeding. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2014; 22(20): 2977-2980 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/2977.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i20.2977>

摘要

目的: 探讨生长抑素(坎立宁)治疗消化性溃疡大出血(peptic ulcer bleeding, PUB)的临床疗效。

方法: 按照数字随机分组法我院收治的86例PUB患者均分为观察组和对照组, 两组患者入院后均禁食, 给予急性上消化道出血常规护理和治疗干预, 观察组患者在此基础上加用生长抑素治疗, 比较两组患者治疗后6、12、24和48 h止血情况、72 h再出血率及不良反应发生情况。

结果: 观察组患者治疗后6、12、24和48 h止血率均显著高于对照组(51.16% vs 27.91%, 76.74% vs 53.49%, 86.05% vs 65.12%, 97.67% vs 79.07%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者72 h再出血率和不良反应发生率比较(2.33% vs 6.98%, 4.65% vs 11.63%), 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

结论: 在急性上消化道出血常规护理和治疗干预基础上加用生长抑素能够有效缩短止血时间, 提高止血率, 在一定程度上也减少了患者72 h内复发出血的情况发生, 临床应用价值较高。

■背景资料

消化性溃疡大出血(peptic ulcer bleeding, PUB)是消化内科常见急危重症, 主要发病原因为消化性溃疡、急性胃黏膜损害、食管胃底静脉曲张破裂以及胃癌, 其中消化性溃疡导致的出血最为常见。PUB病情复杂, 进展迅速, 可引起患者出血性休克甚至死亡。因此, 早期迅速有效止血是抢救PUB的关键。

■同行评议者

何松, 教授, 重庆医科大学附属第二医院消化内科

■研究前沿

对于PUB患者迅速判断病情和及时采取有效治疗、护理干预至关重要。

© 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 生长抑素; 消化性溃疡大出血; 止血率; 临床疗效

核心提示: 本研究在奥美拉唑抑酸、立止血止血等止血措施的基础上加用注射用生长抑素后, 患者治疗后6、12、24和48 h止血率均显著升高, 表明生长抑素在早期止血和提高止血率上具有显著临床效果。比较加用生长抑素和不加用生长抑素的患者72 h再出血率及不良反应发生情况可知, 加用生长抑素后72 h再出血率及不良反应发生率均有所下降, 虽无显著差异, 但对于临床治疗有积极意义。

杨英碧, 李玲, 陈金春, 熊韦韦, 陈祥. 生长抑素治疗消化性溃疡大出血的临床疗效. 世界华人消化杂志 2014; 22(20): 2977-2980
URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/2977.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v22.i20.2977>

0 引言

消化性溃疡大出血(peptic ulcer bleeding, PUB)是消化内科常见急危重症, 主要发病原因为消化性溃疡、急性胃黏膜损害、食管胃底静脉曲张破裂以及胃癌, 其中消化性溃疡导致的出血最为常见^[1]. PUB病情复杂, 进展迅速, 可引起患者出血性休克甚至死亡. 因此, 早期迅速有效止血是抢救PUB的关键. 临床研究表明, 生长抑素对食道-胃底静脉曲张破裂大出血有良好的临床效果^[2]. 因此, 本研究在常规止血、抑酸、保护胃黏膜等治疗基础上加用生长抑素, 分析其在PUB治疗中的临床效果, 现报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料 选取2011-01/2014-01我院收治的86例PUB患者作为研究对象. 所有患者均符合《实用内科学(第14版)》^[3]中消化性溃疡和上消化道大出血相关诊断标准, 经胃镜检查确诊, 患者临床主要表现为呕血和(或)黑便. 排除溃疡穿孔、外溃疡伴幽门梗阻、合并其他严重器官或心血管疾病、肿瘤以及对本研究使用药物过敏者^[4]. 按照数字随机分组法将86例患者均分为观察组和对照组, 两组患者在性别、年龄、病程、溃疡类型及溃疡直径等上差异无统计学意义($P>0.05$)(表1), 具有可比性. 本研究经我院伦理委员会审核通过, 所有患者均签署知情同意书. 生长抑素(坎立宁)为青岛国大生物制药股份有限公司生产, 国药准字H20043838, 规格为3 mg/支。

1.2 方法

1.2.1 治疗: 两组患者入院后均禁食, 给予急性上消化道出血常规护理和治疗干预, 包括对症支持治疗、奥美拉唑抑酸^[5]、立止血止血^[6]、输血、感染预防等. 观察组患者在此基础上加用注射用生长抑素0.25 mg/h持续静点治疗, 于止血成功后48-72 h停药^[7]. 药物止血无效及发现有活动性喷血等内经治疗强制征者及时终止研究, 直接进入紧急内镜或急诊手术治疗。

1.2.2 观察指标: 严密监控患者生命体征、尿量、呕血和大便性状、次数以及用药后不良反应. 每2 h抽取胃液检查胃内出血情况, 止血后每8 h抽取1次, 并记录^[8]. 治疗前后检测肝、肾功能及血常规是否受到药物影响. 比较两组患者治疗后6、12、24和48 h止血情况、72 h再出血率及不良反应发生情况. 判断标准: (1)止血成功: 临床症状显著改善; 生命体征平稳; 内镜检查证实溃疡面无新鲜出血; 抽取胃液无出血, 颜色变清; 血红蛋白及红细胞水平回升; 肠鸣音正常; 大便隐血试验转阴^[9]; (2)止血失败: 治疗48 h仍存在活动性出血或治疗过程中死亡; (3)72 h再出血: 止血成功后24-72 h再次出现呕血或黑便。

统计学处理 使用SPSS17.0统计分析, 用百分比表示计数资料, 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者止血效果比较 观察组患者治疗后6、12、24和48 h止血率均显著高于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$)(表2)。

2.2 两组患者72 h再出血率及不良反应发生率比较 两组患者72 h再出血率和不良反应发生率略低于对照组, 但两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)(表3)。

3 讨论

消化性溃疡是引发上消化道出血的常见病因, 消化性溃疡出血约占上消化道出血的50%, 其中十二指肠溃疡出血发生率高于胃溃疡出血^[10]. PUB患者出血量与溃疡侵蚀的血管有关, 毛细血管破裂者出血量小, 一般只出现渗血, 而动脉破裂者出血急、出血量大, 严重威胁生命安全^[11]. 患者一般出血量在50-100 mL即可出现黑便症状, >1000 mL即可引发循环障碍, 血压下降、心率增加, 而30 min内失血量>1500 mL即可引发休克, 危及生命安全^[12]. 因此, 对于PUB患者迅速判断

■相关报道

临床研究表明, 生长抑素对食道-胃底静脉曲张破裂大出血有良好的临床效果。

表 1 两组患者临床资料比较 ($n = 43$)

分组	性别 $n(\%)$		平均年龄 (岁)	平均病程 (年)	溃疡类型 $n(\%)$			溃疡平均直 径(mm)
	男	女			胃溃疡	十二指肠球部溃疡	复合性溃疡	
观察组	29(67.44)	14(32.56)	49.82 ± 8.13	8.12 ± 2.33	24(55.81)	17(39.53)	2(4.65)	9.53 ± 4.08
对照组	28(65.12)	15(34.88)	50.57 ± 8.76	7.86 ± 2.76	25(58.14)	15(34.88)	3(6.98)	10.02 ± 3.97

表 2 两组患者临床疗效比较 ($n = 43, n(\%)$)

分组	6 h止血	12 h止血	24 h止血	48 h止血
观察组	22(51.16) ^a	33(76.74) ^a	37(86.05) ^a	42(97.67) ^a
对照组	12(27.91)	23(53.49)	28(65.12)	34(79.07)

^a $P < 0.05$ vs 对照组.表 3 两组患者72 h再出血率及不良反应发生率比较 ($n = 43, n(\%)$)

分组	72 h再出血	不良反应				合计
		恶心、呕吐	腹胀	疲倦	四肢无力	
观察组	1(2.33)	1(2.33)	1(2.33)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.65)
对照组	3(6.98)	2(4.65)	1(2.33)	1(2.33)	1(2.33)	5(11.63)

病情和及时采取有效治疗、护理干预至关重要。

目前临床上多采用止血药物、抑酸药物、胃黏膜保护剂等进行治疗,病情危重者需进行手术止血,但内镜治疗后再出血率较高,且镜下注射治疗对操作者技术要求较高,因此,临床疗效也不能令人满意^[13]。注射用生长抑素是人工合成的环状十四氨基酸肽,与天然生长素化学结构及生理作用相似度较高^[14]。静脉注射生长抑素后生长激素、胰岛素、甲状腺刺激激素、胰高血糖素以及胃酸等的分泌均可被抑制,同时还可对胃肠道吸收、内脏血流以及营养功能等产生影响^[15]。用药后PUB患者胃酸、胃蛋白酶及胃泌素分泌减少,胃液pH值升高,为胃内血凝块形成及血凝块收缩提供了良好环境,同时内脏器官血流量下降,降低了溃疡出血对体循环动脉压的影响,从而达到止血效果^[16]。

本研究在奥美拉唑抑酸、立止血等止血措施的基础上加用注射用生长抑素后,患者治疗后6、12、24和48 h止血率均显著升高,表明生长抑素在早期止血和提高止血率上具有显著临床效果。比较加用生长抑素和不加用生长抑素的患者72 h再出血率及不良反应发生情况可知,加用生长抑素后72 h再出血率及不良反应发

生率均有所下降,虽无显著差异,但对于临床治疗有积极意义。另外,本研究中生长抑素用药剂量为0.25 mg/h,但该剂量是否为最佳剂量、更小剂量能否达到相同治疗效果等问题本研究中并未进一步证实,尚需进一步扩大研究样本深入探讨。

总之,生长抑素止血迅速、能够有效提高PUB患者止血率,且用药安全、方便、无明显副作用,是治疗PUB的有效药物,临床应用价值较高。尤其对于内镜治疗后复发出血或年龄较大耐受性差的患者更宜选择生长抑素治疗。

4 参考文献

- 周虹, 吕农华. 消化性溃疡并出血高危因素的研究进展. 世界华人消化杂志 2010; 18: 3544-3547
- 殷冬林, 王健. 消化性溃疡并出血的治疗进展. 实用临床医学 2010; 11: 136-138
- 陈灏珠, 林果为, 王吉耀. 实用内科学. 第14版. 北京: 人民卫生出版社, 2013
- 张占洁, 于红刚, 沈磊, 于皆平. Forrest分级和Rockall评分对消化性溃疡大出血患者预后的判断. 成都医学院学报 2011; 6: 344-346
- 张琼, 刘海霞. 不同剂量奥美拉唑治疗消化性溃疡合并上消化道出血的临床研究. 医学综述 2013; 19: 3217-3218
- 杨广军. 奥美拉唑联合立止血治疗消化性溃疡出血32例临床分析. 中国药物经济学 2013; (S3): 113-114
- 王桂良, 文萍, 文剑波, 徐林芳, 龚敏, 韩明, 李兴. 生长

■应用要点

生长抑素止血迅速、能够有效提高PUB患者止血率,且用药安全、方便、无明显副作用,是治疗PUB的有效药物,临床应用价值较高。尤其对于内镜治疗后复发出血或年龄较大耐受性差的患者更宜选择生长抑素治疗。

■同行评价

本文研究方法合理, 结果可靠, 虽然选题一般, 但值得鼓励。

- 抑素治疗消化性溃疡出血效果分析. 华西医学 2010; 25: 27-28
- 8 Bardou M, Barkun AN. Preventing the gastrointestinal adverse effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: from risk factor identification to risk factor intervention. *Joint Bone Spine* 2010; 77: 6-12 [PMID: 20022539 DOI: 10.1016/j.jbspin.2009.11.008]
- 9 王迎昕, 陈锡美, 朱凤尚, 韩英, 王邦茂, 周永宁, 詹丽, 王吉林. 注射用尼扎替丁治疗消化性溃疡出血205例. 世界华人消化杂志 2011; 19: 1963-1967
- 10 刘海琴. 消化性溃疡并发出血的危险因素分析及干预对策. 医学综述 2013; 19: 3054-3056
- 11 胡丹凤, 胡汉楚, 霍小平. 老年出血性消化性溃疡患者再出血危险因素分析. 宁夏医科大学学报 2013; 35: 585-587
- 12 Wu CY, Wu CH, Wu MS, Wang CB, Cheng JS, Kuo KN, Lin JT. A nationwide population-based cohort study shows reduced hospitalization for peptic ulcer disease associated with H pylori eradication and proton pump inhibitor use. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 427-431 [PMID: 19264578 DOI: 10.1016/j.cgh.2008.12.029]
- 13 李整社, 焦芬, 麻友兵, 刘昉, 高英玲. 消化性溃疡复发影响因素及预防策略. 河北医学 2013; 19: 1561-1564
- 14 Kang JM, Kim N, Lee BH, Park HK, Jo HJ, Shin CM, Lee SH, Park YS, Hwang JH, Kim JW, Jeong SH, Lee DH, Jung HC, Song IS. Risk factors for peptic ulcer bleeding in terms of Helicobacter pylori, NSAIDs, and antiplatelet agents. *Scand J Gastroenterol* 2011; 46: 1295-1301 [PMID: 21815866]
- 15 苏婧, 沈守荣. 泮托拉唑与生长抑素治疗消化性溃疡出血临床分析. 中南药学 2010; 8: 704-706
- 16 Garrow D, Delegge MH. Risk factors for gastrointestinal ulcer disease in the US population. *Dig Dis Sci* 2010; 55: 66-72 [PMID: 19160043 DOI: 10.1007/s10620-008-0708-x]

编辑 郭鹏 电编 闫晋利



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 2013年版权归Baishideng所有

• 消息 •

《世界华人消化杂志》正文要求

本刊讯 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献. 序号一律左顶格写, 后空 1 格写标题; 2 级标题后空 1 格接正文. 以下逐条陈述: (1) 引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系. (2) 材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验. 对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可. (3) 结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论. (4) 讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾. 图表的数量要精选. 表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容. 表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出. 图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出. 同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述. 如: 图1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化. A: ...; B: ...; C: ...; D: ...; E: ...; F: ...; G: ... 曲线图可按●、○、■、□、▲、△顺序使用标准的符号. 统计学显著性用: ^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ ($P>0.05$ 不注). 如同一表中另有一套 P 值, 则^c $P<0.05$, ^d $P<0.01$; 第3套为^e $P<0.05$, ^f $P<0.01$. P 值后注明何种检验及其具体数字, 如 $P<0.01$, $t=4.56$ vs 对照组等, 注在表的左下方. 表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个位数、小数点、±、-应上下对齐. “空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上等等. 表图勿与正文内容重复. 表图的标目尽量用 t/min , $c/(\text{mol/L})$, p/kPa , V/mL , $t/^\circ\text{C}$ 表达. 黑白图请附黑白照片, 并拷入光盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片. 彩色图片大小 $7.5\text{ cm}\times 4.5\text{ cm}$, 必须使用双面胶条粘贴在正文内, 不能使用浆糊粘贴. (5) 志谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐.