

Neurol, 2000, 47(5): 571-574.
 [7] Kitamura A, Hasegawa G, Obayashi H, et al. Interleukin-6 polymorphism (-634C/G) in the promotor region and the progression of diabetic nephropathy in type 2 diabetes. Diabet Med, 2002, 19(12): 1000-1005.
 [8] 杨立新, 刘静, 蒋俊明, 等. 细胞因子在急性胰腺炎病情评估和预测中的意义. 中国危重病急救医学, 2000, 12(7): 435-436.

[9] 陈宏, 李非, 杨磊, 等. 重症急性胰腺炎并发急性呼吸窘迫综合征的临床特点分析. 中国危重病急救医学, 2005, 17(6): 375-376.
 [10] 刘宝, 潘爱军, 周树生, 等. 重症急性胰腺炎的早期个体化综合治疗——附 110 例分析. 中国危重病急救医学, 2006, 18(3): 169-171.

(收稿日期: 2008-07-06 修回日期: 2008-11-08)
 (本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

连续性高容量血液滤过联合血浆吸附治疗重症急性胰腺炎疗效观察

肖先华

【关键词】 胰腺炎, 急性, 重症; 血浆吸附; C-反应蛋白; 连续性高容量血液滤过

2005 年 8 月—2008 年 7 月, 对 16 例重症急性胰腺炎(SAP)取连续性高容量血液滤过(HVHF)联合血浆吸附等综合措施疗效较好, 报告如下。

1 临床资料

1.1 病例资料: 男 9 例, 女 7 例; 平均年龄 (45.5 ± 12.6) 岁; 原发病: 高脂血症、胰腺炎、暴饮、暴食等; 并发症: 多器官功能障碍综合征(MODS)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、急性肾损伤、上消化道出血、休克、胰性脑病。

1.2 治疗方法: 全部患者行禁食、解痉、胃肠减压、肠外营养、抑酸、抑酶、导泻、抗感染、对症、腹腔引流、机械通气等综合治疗; 经股静脉或颈内静脉穿刺置管, 普通肝素抗凝, 按活化部分凝血活酶时间(APTT)调节泵入速度; 手术或出血者用局部肝素化; 置换液用南京军区总医院方案^[1]; 首次治疗 24 h 后更换滤器, 以后根据患者病情间断应用。16 例共进行联合治疗 50 例次, 最少 1 次, 最多 6 次, 平均 1.75 次, 平均每例次 36 h。

1.3 观察指标: 观察患者治疗后呼吸、心率、体温、血压、意识等变化; 治疗前后取血测 C-反应蛋白(CRP)、电解质、肾功能、血气分析等, 以急性生理学与慢性健康状况评分系统 I (APACHE I) 评分判断整体病情严重程度变化。

2 结果

2.1 临床症状与体征变化: 治疗过程中

患者血流动力学稳定, 各项生命体征好转, 24~48 h 病情趋于稳定。12 例使用呼吸机者均顺利撤机; 2 例休克者 24 h 内停用升压药; 胰性脑病患者 24 h 内好转; 3 例严重高脂血症胰腺炎患者治疗 4 h 血脂明显降低, 2 例治疗 24 h 病情完全控制, 1 例治疗 48 h 病情完全缓解。

2.2 CRP 和 APACHE I 评分(表 1): 治疗后 CRP 和 APACHE I 评分均逐渐降低, 治疗后 96 h 与治疗前比较差异均有统计学意义(P 均 < 0.05)。

表 1 16 例 SAP 患者治疗前后 CRP 和 APACHE I 评分变化 ($\bar{x} \pm s$)

治疗时间	CRP (mg/L)	APACHE I 评分(分)
治疗前	123.5 ± 51.3	14.7 ± 5.3
治疗后 12 h	108.3 ± 38.5	12.1 ± 4.5
治疗后 24 h	90.3 ± 25.6	10.1 ± 4.2
治疗后 48 h	80.6 ± 16.3	8.6 ± 4.3
治疗后 72 h	56.3 ± 14.5	7.5 ± 4.6
治疗后 96 h	32.5 ± 12.6 ^a	7.3 ± 4.4 ^a

注: 与治疗前比较, ^a P < 0.05

2.3 预后: 15 例痊愈出院, 1 例因经济困难放弃治疗; 治愈率为 94%。4 例腹腔大量积液患者多次穿刺抽液后积液明显减少, 出院随访半年完全消退。

3 讨论

大量炎症介质过度释放致 MODS 是 SAP 主要发病机制之一, 以 CRP 升高尤为突出。连续性血液净化(CRRT)是治疗 SIRS 和 MODS 有效途径^[2]; 不仅能清除体内代谢废物, 更重要的是能清除部分炎症介质, 下调全身炎症反应, 阻止病情进一步恶化^[3]。对严重感染所

致 SIRS 和 MODS 患者采用 HVHF 和连续性静-静脉血液滤过(CVVH)治疗, 结果证实 HVHF 能更有效清除各种炎症介质, 明显改善患者的生存率及预后^[4-5]。我们采用 HVHF 联合血浆吸附治疗, 从本质上为血浆吸附联合连续性血液滤过(HF), 能有效清除炎症介质。

高脂血症性 SAP 的发生主要为游离脂肪酸对胰腺细胞的损伤, CVVH 能在短时间内明显降低患者血脂, 迅速缓解病情, 其疗效明显优于血脂分离技术, 是高脂血症性 SAP 的主要治疗手段^[6]。

参考文献

[1] 黎磊石, 季大玺. 连续性血液净化. 南京: 东南大学出版社, 2004: 90.
 [2] 赵华, 徐文达. 连续性血液净化技术在治疗危重病中的体会. 中国危重病急救医学, 2004, 16(11): 698.
 [3] 季大玺, 谢红浪, 黎磊石. 连续性血液净化与非肾脏疾病. 中国危重病急救医学, 2001, 13(1): 5-9.
 [4] Ronco C, Bellomo R, Homel P, et al. Effects of different doses in continuous veno-venous haemofiltration on outcomes of acute renal failure: a prospective randomised trial. Lancet, 2000, 356(9223): 26-30.
 [5] Cole L, Bellomo R, Journois D, et al. High-volume haemofiltration in human septic shock. Intensive Care Med, 2001, 27(6): 978-986.
 [6] 毛恩强, 汤耀卿, 张圣道. 高脂血症性重症急性胰腺炎规范化治疗方案的探讨. 中国实用外科杂志, 2003, 12(9): 542-545.

(收稿日期: 2008-10-28)
 (本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2009.02.013

作者单位: 641003 四川, 内江市第二人民医院 ICU