

• 经验交流 •

# 血必净注射液治疗轻症及重症急性胰腺炎的疗效比较

沈海涛, 郭峰, 赵教

(中国医科大学附属盛京医院急诊科, 辽宁 沈阳 110004)

【关键词】 内毒素; 炎症介质; 急性胰腺炎; 血必净注射液

中图分类号: R285.6 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.03.021

血必净注射液广泛用于治疗重症急性胰腺炎(SAP)继发的全身炎症反应综合征(SIRS)或多器官功能障碍综合征(MODS)<sup>[1]</sup>,对轻症急性胰腺炎(MAP)患者的疗效则鲜有报道。现将本院用血必净注射液治疗 60 例急性胰腺炎(AP)患者的疗效报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 病例 从 2006 年 11 月—2008 年 10 月本科收治的 AP 患者中随机抽取 30 例 MAP 及 30 例 SAP;男 41 例,女 19 例,年龄 17~59 岁,平均(33.0±12.4)岁;两组又分为 MAP 对照组(I 组, 21 例)、MAP 治疗组(II 组, 9 例)、SAP 对照组(I 组, 12 例)、SAP 治疗组(II 组, 18 例),各组性别、年龄及急性生理学及慢性健康状况评分系统 I (APACHE I)评分差异无统计学意义,有可比性。

1.2 治疗方法:各组均给予禁食水、纠正代谢紊乱、抑酸、抗感染、补液等西医综合治疗及肠外营养支持。SAP 组采用非手术综合治疗,如保护心、肺、肾功能,防止多器官功能障碍,充分供氧,使动脉血氧饱和度(SaO<sub>2</sub>)在 0.95 以上。治疗组在相应对照组基础上联用血必净注射液 100 ml/d 静脉滴注。均治疗 7 d。

1.3 检测指标及方法:于治疗前及治疗后 1、3、7 d 清晨抽取静脉血 3 ml,离心取上清液,观察患者意识,记录生命体

征,采用双抗体夹心酶联免疫吸附法(ELISA)检测肿瘤坏死因子(TNF)及白细胞介素-6(IL-6),试剂盒购自深圳晶美生物工程有限公司,操作按说明书进行。同时计算 APACHE I 评分。

1.4 疗效评定标准:参照《中国急性胰腺炎诊治指南》标准评定为痊愈、显效、无效,痊愈+显效=有效。

1.5 统计学方法:采用 SPSS 13.0 软件处理,计数资料以百分比表示,采用  $\chi^2$  检验或 Fisher 确切概率;计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 *t* 检验; *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 各组疗效比较(表 1):MAP I、II 组有效率均为 100% (*P* > 0.05)。SAP II 组有效率显著高于 SAP I 组 (*P* < 0.05)。

表 1 各组患者疗效比较

组别	例数	疗效(例)				有效率 (%)
		痊愈	显效	恶化	死亡	
MAP I 组	21	14	7	0	0	100.0
MAP II 组	9	6	3	0	0	100.0
SAP I 组	12	2	6	2	2	66.7
SAP II 组	18	5	8	2	3	72.2*

注:与 SAP I 组比较,\**P* < 0.05

2.2 APACHE I 评分(表 2):MAP I、II 组评分逐渐下降,组间差异无统计学意义。SAP I、II 组治疗后亦有下降趋势,且 SAP II 组治疗 3 d 及 7 d 评分显著

低于 SAP I 组 (*P* 均 < 0.05)。

2.3 TNF 及 IL-6 水平(表 2):各组治疗后 TNF 及 IL-6 水平均较治疗前显著下降 (*P* 均 < 0.05)。MAP I、II 组间治疗前后 TNF 及 IL-6 水平差异均无统计学意义;SAP II 组治疗后 TNF 及 IL-6 水平均显著低于 SAP I 组 (*P* 均 < 0.05)。

### 3 讨论

本研究发现,AP 时 TNF 及 IL-6 水平升高,尤其以 SAP 升高显著。我们认为,MAP 腹痛症状较轻,在给予相应治疗后胰腺局部炎症程度减轻,内毒素释放量少,机体释放炎症介质水平降低,可被网状内皮系统(RES)所清除,因此升高不明显,一般不并发 SIRS 或 MODS。

血必净注射液具有强效抗内毒素及拮抗内毒素诱导单核/巨噬细胞产生的内源性炎症介质及细胞因子失控性释放,提高超氧化物歧化酶活性等作用<sup>[2-3]</sup>,使受抑制的免疫反应恢复,促进单核细胞表达,人白细胞 DR 抗原升高可使病情得以恢复<sup>[4]</sup>。本研究显示 SAP 组应用血必净注射液后 TNF 及 IL-6 水平下降明显;MAP 患者应用血必净注射液不能明显提高治疗有效率。考虑原因可能为 MAP 患者体内内毒素及炎症介质水平低,未超过 RES 清除阈值,可被自身 RES 清除;而在 SAP 患者,联用血必净注射液起到了细菌、内毒素、炎症介质并治的效果,显著提高了治疗有效率。

表 2 各组患者 APACHE I 评分及 TNF、IL-6 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	APACHE I 评分(分)				TNF(ng/L)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗 1 d	治疗 3 d	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d	治疗前	治疗 7 d
MAP I 组	21	5.2±1.7	5.3±1.1	2.8±0.9	2.0±1.2	15.7±12.6	8.6±5.7 <sup>b</sup>	41.1±11.1	23.2±12.2 <sup>b</sup>
MAP II 组	9	5.3±2.1	4.8±1.2	3.9±1.9	2.2±0.9	13.7±12.6	8.2±3.4 <sup>b</sup>	50.8±14.9	26.2±9.5 <sup>b</sup>
SAP I 组	12	14.2±4.4	12.1±4.1	11.5±2.8	11.4±1.4	199.0±100.5	93.8±26.0 <sup>b</sup>	224.5±44.6	150.6±27.0 <sup>b</sup>
SAP II 组	18	14.4±3.1	11.6±3.3	9.4±3.3*	8.8±3.1*	206.5±142.9	45.9±29.1 <sup>ab</sup>	211.9±65.3	84.5±33.2 <sup>ab</sup>

注:与 SAP I 组比较,\**P* < 0.05,与本组治疗前比较,<sup>b</sup>*P* < 0.05

作者简介:沈海涛(1980-),男(汉族),辽宁省人,医师。

参考文献

[1] 王今达,李志军,李银平.从“三证三法”辨证论治脓毒症[J].中国危重病急救医学,2006,18(11):643-644.

[2] 张万祥,李志军,王今达.血必净注射液治疗重症急性胰腺炎 42 例疗效观察[J].中国急救医学,2006,26(8):635-636.

[3] 王今达,雪琳.细菌、内毒素、炎性介质并治——治疗重症脓毒症的新对策[J].中国危重病急救医学,1998,10(6):323-325.

[4] 张畔,曹书华,崔克亮,等.血必净对多脏器功能障碍综合征单核细胞 HLA-DR 表达影响的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(1):21-23.

(收稿日期:2009-04-01  
修回日期:2009-05-10)  
(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

# 胰腺损伤 27 例诊治分析

周钱江,赵永良,陈杨荣,何海龙,王一挺  
(浙江省诸暨市中医院普外科,浙江 诸暨 311800)

【关键词】 胰腺; 损伤; 诊断; 治疗

中图分类号:R576 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2009.03.022

胰腺损伤在诊断和手术处理上存在一定难度,并发症多,病死率高。对本院 1998—2007 年收治的 27 例胰腺损伤患者进行分析,报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料:男 19 例,女 8 例;年龄 10~68 岁,平均 53 岁。损伤原因:腹部钝性伤 24 例(其中交通事故伤 17 例,高处坠落伤 6 例,腹部击打伤 1 例);腹部锐性伤 3 例(均为刀器伤)。合并伤:肝损伤 4 例,脾破裂 3 例,乳腺池破裂 1 例,小肠损伤 3 例,结肠损伤 1 例,胃损伤、十二指肠损伤、肠系膜损伤、肋骨骨折、气胸、颅脑损伤、四肢骨折各 2 例。根据美国创伤外科协会(AAST)关于胰腺损伤的器官损伤分级标准<sup>[1]</sup>,I 级 4 例,II 级 11 例,III 级 7 例,IV 级 3 例,V 级 2 例。

1.2 处理方法:I、II 级胰腺损伤者均行清创、止血、双套管引流术。III 级损伤行远端胰腺切除加脾切除 5 例,保留脾脏的远端胰腺切除 2 例,胰头侧断端均缝合修补。IV 级损伤者均行胰头侧裂口缝合,远端胰腺与空肠 Roux-y 吻合。V 级损伤中 1 例行胰十二指肠切除,Child 法吻合;1 例行改良十二指肠憩室化手术,即修补胰腺及十二指肠裂口,不切除胃窦及迷走神经,用闭合器阻断幽门,再行胃空肠吻合,经鼻腔置入双腔胃肠减压管,以减轻十二指肠压力及肠内营养用。胆总管切开 T 字管引流减压。

1.3 结果:治愈 25 例,死亡 2 例;术后作者简介:周钱江(1956-),男(汉族),浙江省人,副主任医师,主要从事肝胆胰脾疾病诊治的研究,发表科研论文 15 篇。

并发胰瘘 4 例,腹腔感染 2 例,胰腺假性囊肿 2 例,切口裂开 1 例,处理后治愈。

## 2 讨论

2.1 胰腺损伤的诊断:胰腺损伤早期症状体征不典型,且合并伤常遮盖其症状,加上辅助检查缺乏敏感性,易出现误诊、漏诊。本组患者术前经 B 超、CT 检查有 13 例明确诊断,其余均是术中探查发现的。任何上腹部的暴力伤或锐器贯通伤,若出现剧烈腹痛伴腹膜炎,应想到胰腺损伤可能。影像学检查能提示腹腔积液及数量,血肿部位,胰腺是否断裂等情况。腹穿液和血清淀粉酶升高对胰腺损伤有参考意义,但并非特有,也不与损伤程度成正比。内窥镜逆行胆胰管造影术(ERCP)能发现胰管的损伤或断裂,准确率高,但只适合病情稳定,症状不典型的患者。对具有剖腹探查指征的外伤患者及早手术探查是防止胰腺损伤误诊、漏诊的最可靠方法。

2.2 胰腺损伤的分型及术式选择:根据 AAST 关于胰腺损伤分级标准<sup>[1]</sup>可以发现胰腺损伤的严重程度、损伤部位以及是否合并十二指肠损伤,对指导手术方式选择和估计预后有直接作用。胰腺损伤的手术原则是止血清创,恢复胰管与肠道的联系,控制胰液外溢,正确处理合并伤,充分有效的引流。根据损伤级别选择相应的手术方法。有报道对胰头部、十二指肠严重广泛破坏时,可选用胰十二指肠切除,但不重建消化道、胰颈横断并褥式缝合,幽门、近端空肠横断并缝闭,迅速切除胰头、十二指肠,胆总管结扎,胆汁经胆囊造口引流或胆总管置管

引流胆汁,胰管置管外引流胰液,胰床放置三腔二囊引流管,上述简化手术完成后暂时关腹,送重症监护病房(ICU)复苏待病情稳定,再进手术室完成消化道重建,以达到挽救生命,减少创伤后并发症的目的,值得临床鉴借<sup>[2]</sup>。这也符合损伤控制治疗理念所倡导的对严重创伤伤员实施分阶段修复的外科策略<sup>[3]</sup>,最大限度地避免严重创伤时由于长时间复杂手术及麻醉导致的致死性三联征(酸中毒、低体温、凝血功能障碍)发生及其引起的不可逆性生理损害。预防胰瘘的发生,并尽早纠正缺血、缺氧、保持充足的氧供,减少代谢性氧耗以避免患者伤后器官进一步损害,防止伤后多器官功能障碍综合征的发生,对改善预后都有重要的作用<sup>[4]</sup>。

## 参考文献

[1] Moore EE, Coqbill TH, Malangoni MA, et al. Organ injury scaling, I: pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum[J]. J Trauma, 1990, 30(11):1427-1429.

[2] 赵平,蔡力行,钟守先.94 例胰瘘的病因及发病机制分析[J].中国实用外科杂志,1994,14(8):478-480.

[3] 郝江.损伤控制治疗理念在严重创伤绿色通道救治中的意义[J].中国危重病急救医学,2008,20(5):313.

[4] 田利华,高伟,胡崧,等.创伤并发多器官功能障碍综合征过程中氧代谢监测的价值[J].中国危重病急救医学,2007,19(1):21-24.

(收稿日期:2009-02-12)  
(本文编辑:李银平)