

感染及痛风的反复发作;修整关节软骨面,减缓关节面的进一步损害,延缓晚期骨性关节炎的发生^[4]。

关节镜损伤小,恢复快。且可通过滑膜活检排除其他疾病,同时能有效缓解痛风性关节炎急性期的疼痛,预防复发。均说明关节镜术在痛风性关节炎的诊疗上有良好的应用前景。

参考文献

[1] Suresh E. Diagnosis and management of gout : a rational approach[J]. Postgrad Med J, 2005, 81: 572-579.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 891-897.
 [3] 张敏, 陈元庄, 黄远翘, 等. 关节镜术诊治急性期痛风性关节炎[J]. 临床骨科杂志, 2002, 5(1): 54-55.
 [4] 张羽飞, 许春利, 王福生, 等. 关节镜在诊治急性踝关节痛风性关节炎中的应用[J]. 中国内镜杂志, 2006, 12(2): 133-134.

(收稿日期: 2010-07-05)



56 例急性重症胰腺炎临床治疗体会

朱小林¹, 徐海燕² (重庆市垫江县人民医院: 1. 肝胆外科; 2. 消化内科 408300)

【摘要】 目的 探讨重症急性胰腺炎(SAP)的治疗方法。**方法** 回顾性分析本院 2000 年 1 月至 2010 年 5 月收治的 56 例急性重症胰腺炎患者的临床资料, 其中保守治疗 35 例, 手术治疗 21 例。**结果** 35 例非手术患者中死亡 6 例(17.1%), 21 例手术治疗患者中死亡 3 例(14.3%)。**结论** 对于急性重症胰腺炎的治疗, 应采取个体化治疗方案, 按不同的病因和不同的病期进行合理的临床综合治疗。

【关键词】 重症胰腺炎; 保守治疗; 手术治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.23.032

中图分类号: R657.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2010)23-2623-02

急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是一种临床常见且来势极为凶险的急腹症,其特点是发病急、病情发展迅速,治疗效果较差,病死率高达 20%~40%^[1]。其预后与早期的诊断及治疗方法的选择密切相关。本院 10 年来,收治的 56 例,对其临床资料进行回顾分析,治疗体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 56 例,均符合目前关于 SAP 的诊断标准^[2],其中男 25 例(44.6%),女 31 例(55.4%);年龄 18~82 岁,平均 45.2 岁。其中胆源性胰腺炎 22 例,非胆源性胰腺炎 34 例,合并高血脂 14 例,糖尿病 17 例,冠心病、高血压者 19 例。所有患者均有不同程度的腹胀、腹痛、恶心、呕吐及腹膜炎体征。42 例高热,20 例黄疸,15 例休克。血清淀粉酶大于 500 U/L 48 例(85.7%),尿淀粉酶大于 1 000 U/L 42 例(75.0%);白细胞计数均超过 10.0×10⁹/L。56 例均行腹腔穿刺,阳性 50 例(89.3%),穿刺液为血性、淡血性或脓性液。52 例腹部 B 超及计算机断层扫描(CT)检查显示胰腺体积增大,密度不均,周围积液,腹腔积液,胆源性者同时见胆囊或胆管内结石,有的伴有胆囊增大或胆道扩张。

1.2 治疗方法

1.2.1 非手术治疗 (1)吸氧、禁食、胃肠减压;(2)补液、抗休克,纠正水电解质平衡,纠正酸中毒,预防治疗低血压,维持循环稳定;(3)用抑制胰腺分泌药物(5-氟尿嘧啶、生长抑素等);(4)早期选择性使用抗生素,一般选用能通过血胰屏障的广谱抗生素;(5)肠外营养支持,防止电解质紊乱,减少机体消耗,改善负氮平衡,增强黏膜抗损伤及修复能力;(6)静脉滴注奥美拉唑减少胃酸分泌,预防治疗应激性消化道出血;(7)解痉止痛;(8)静滴丹参或低分子右旋糖酐以改善胰腺微循环;(9)保肝治疗;(10)必要的中药对症治疗。

1.2.2 手术治疗 保守治疗无效,胆源性胰腺炎合并胆道梗

阻,非手术不能缓解;继发性胰周感染者需行手术处理。6 例行胰腺被膜切开减压,坏死组织清除并加引流;15 例行胆道减压加胰腺被膜切开,胰床及腹腔多管引流。

2 结果

全组 56 例,痊愈 47 例(83.9%),死亡 9 例(16.1%)。非手术患者 35 例,治愈 29 例(82.3%),死亡 6 例(17.7%),其中 3 例死于器官功能障碍综合征(MODS),2 例死于严重感染和休克,1 例死于肾功能衰竭。手术患者 21 例,治愈 18 例(85.7%),死亡 3 例(14.3%),其中 1 例死于 MODS,1 例死于严重感染和休克,1 例死于肾功能衰竭。

3 讨论

SAP 是一种病因复杂、病情险恶的急腹症,是一种爆发性的全身性炎症反应综合征(SIRS)^[3],SAP 是由多种炎症介质参与的 SIRS。SAP 时,在损伤因子的使用下,释放大量的炎症介质和各种细胞因子进入血液循环,不仅激活自身,也能促进其他因子的释放,引起连锁放大反应,导致组织损伤,引起 SIRS 和多器官功能衰竭。SAP 的病理生理变化,一般为早期的血管活性物质中毒期致使有效循环、血容量下降、出现休克及后期的感染并发症期。在早期因胰腺局部微循环障碍在其病程中起重要作用,而针对微循环的治疗能减少胰腺坏死组织的发生,降低病死率^[4]。因此在治疗过程中静滴血管活性药物如丹参或低分子右旋糖酐以改善胰腺微循环也是非常有效的。

该病是一种胰腺局部炎症诱发的全身炎症反应综合征,早期手术可能加重全身炎症反应,增加胰腺感染机会,从而增加并发症和病死率。治疗阻断早期炎症介质会进一步引起全身反应在急性重症胰腺炎治疗的早期尤为重要。而一旦炎症介质的连锁反应启动,将导致全身状况的进一步恶化。在治疗上已逐渐认识到对急性反应期盲目手术治疗只会加重对机体的损伤,加重急性全身炎症反应,增加手术病死率,因此“个

体化治疗方案”已逐渐成为目前急性重症胰腺炎治疗的共识:采用非手术治疗。在 ASP 的早期,非手术治疗的目的是采用内科措施,维持内环境的稳定,提供充分的血容量,防止休克,维持重要器官的功能及控制感染^[5]。非手术治疗的重点在于抗休克、改善微循环、纠正水电解质酸碱平衡;胰腺体休息疗法:禁食、持续胃肠减压、止酸、抑制腺体分泌及抑制胰酶活性。生长抑素及其衍生类似物可明显抑制胰酶分泌,抑制溶酶体和炎性反应介质释放,有效的减少 SAP 的并发症,降低病死率;营养支持;防止重要脏器功能衰竭;防止胰腺感染,选用能通过血胰屏障的抗生素;早期采用多种治疗措施促进胃肠道功能的恢复^[6]。本组 56 例急性重症胰腺炎患者入院后有 35 例选择非手术治疗,治愈 29 例,提示非手术治疗也是有效的。

在治疗过程中如出现以下情况则应尽快手术:(1)积极的保守治疗后病情加重;(2)出现腹膜炎和(或)脏器功能衰竭、休克;(3)CT 或“B”超提示胰腺坏死脓肿形成;(4)胆源性胰腺炎合并胆道梗阻,非手术不能缓解;(5)出现需要外科干预的急性并发症,如腹腔内出血或腹腔间室综合征等。试图在手术中一次性解决 SAP 病因,亦非明智之举,必须有正确的思维来提高 SAP 的外科干预,同样对于患者来说,医师的正确临床思维与医疗技术同样重要^[4]。本组 56 例急性重症胰腺炎患者入院后有 21 例选择手术治疗,6 例行胰腺被膜切开减压,坏死组织清除并加引流;15 例行胆道减压加胰腺被膜切开,胰床及腹腔多管引流。因此,手术治疗是非手术治疗所能代替的一个重要治

疗手段。

总之,在病程的早期应积极支持治疗,同时密切注意病情变化,而并不急于手术,视患者的具体病情而定,按照不同病因、不同病期选择相应的合理治疗方案,降低其病死率及并发症的发生率。

参考文献

- [1] Appelro S, Lindgren S, Borgstorm A, et al. Short and long term out-come of severe acute pancreatitis[J]. Eur J Surg, 2001, 167(4): 281-285.
- [2] 吴在德, 吴肇汉. 外科学(全国高等学校教材)[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2003: 600-606.
- [3] 张延龄. 全身炎症反应综合征[J]. 国外医学创伤与外科分册, 1998, 25(2): 99-100.
- [4] 刘家飞, 尹志文, 刘澍, 等. 73 例重症急性胰腺炎的治疗[J]. 实用临床医学, 2008, 9(9): 753-754.
- [5] Hartwig W, Maksan SM, Foritzik T, et al. Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis[J]. J Gastrointest Surg, 2002, 6(3): 481-487.
- [6] 杨东亮. 急性重症胰腺炎 42 例治疗体会[J]. 实用医技杂志, 2008, 15(9): 1221-1225.

(收稿日期:2010-07-02)

临床研究

肿瘤标志物联合检测在肺癌诊断和疗效观察中的意义

何 兰, 唐 中, 张国元, 凡瞿明(川北医学院附属医院检验科, 四川南充 637000)

【摘要】 目的 探讨联合检测血清中癌胚抗原(CEA)、组织特异性多肽抗原(TPA)和神经原特异性烯醇化酶(NSE)水平对肺癌诊断及疗效观察的价值。方法 采用意大利 Diasion 公司的 Liaison2229 自动化学发光分析仪及配套试剂测定 80 例肺癌(小细胞肺癌 20 例、肺鳞癌 30 例、肺腺癌 30 例)患者, 20 例肺良性疾病(支扩症、结核瘤、错构瘤、肺软骨黏液瘤等)患者术前, 术后 20 d 和 20 例健康体检者的血清 CEA、TPA 和 NSE 水平。结果 术前肺癌患者组的血清 CEA、TPA 和 NSE 检测水平高于健康对照组($P < 0.01$), 而小细胞肺癌患者的 NSE 水平高于肺鳞癌组、肺腺癌组及肺良性疾病组, 肺鳞癌组和肺腺癌组的 NSE 水平, 与肺良性疾病组差异无统计学意义($P > 0.05$)。肺腺癌组的 CEA 水平又高于小细胞肺癌组和肺鳞癌组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。术后 20 d, 77 例肺癌患者血清中的 CEA、TPA 和 NSE 检测水平下降, 与术前相比差异有统计学意义($P < 0.01$), 但另有 3 例小细胞肺癌在术后 20 d CEA、TPA 和 NSE 检测水平下降不明显, 与术前相比差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 血清 CEA、TPA 和 NSE 水平联合检测对肺癌患者的早期诊断和疗效观察有着重要的价值。

【关键词】 癌胚抗原; 组织特异性多肽抗原; 神经特异性烯醇化酶; 肺癌; 肿瘤标志物

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.23.033

中图分类号: R743.43

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2010)23-2624-02

肺癌是我国最常见的恶性肿瘤之一, 其发病率和病死率居各种恶性肿瘤之首, 并呈现出不断攀升的趋势^[1]。如何对肺癌进行早期诊断和治疗效果观察, 是提高肺癌患者存活率至关重要的因素。目前肺癌的实验诊断尚无特异性的指标, 同一肿瘤标志物可在不同类型的肿瘤中出现增高, 而同类型的肿瘤也可表现出多种肿瘤标志物上升。本文通过对肿瘤标志物的联合检测, 探讨在肺癌的早期诊断和观察治疗效果时联合检测的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2008 年 3 月至 2010 年 2 月住院患

者, 经病理学方法确诊为肺癌和肺良性疾病。其中男性 62 例, 女性 18 例, 年龄 25~76 岁, 平均 53 岁。在 80 例肺癌患者中, 其中小细胞肺癌 20 例、肺鳞癌 30 例、肺腺癌 30 例; 肺良性疾病患者 20 例(支扩症、结核瘤、错构瘤、肺软骨黏液瘤等)和健康对照 20 例。

1.2 方法 分别收集肺癌患者和肺良性疾病患者的术前、术后 20 d 的空腹静脉血及健康对照的空腹静脉血 3~4 mL, 经离心分离, 取血清检测。采用意大利 Diasioni 公司的 Liaison2229 自动化学发光分析仪及配套试剂测定患者术前、术后及健康对照血清的 CEA、TPA 和 NSE 水平。CEA、TPA 和