

- [5] 金新莉,王艺芳,方建华.开展献血者核酸检测后 ALT 检测的应用价值分析[J].国际检验医学杂志,2015,16(21):3162-3164.
- [6] 王瑞,黄力勤,张婧,等.实施核酸检测后重新评估献血者 ALT 的检测功效[J].中国输血杂志,2017,30(9):1034-1038.
- [7] 曹晓莉,杨华,童昕,等.献血者血液检测不合格结果告知情况分析 & 改进对策[J].中国输血杂志,2017,30(4):404-406.
- [8] 林红,朱绍汶,陈显,等. ALT 异常献血者隐匿性丙型肝炎病毒感染筛查[J].中国输血杂志,2014,27(3):274-276.
- [9] NOTARI E P, ORTON S L, CABLE R G, et al. Sero-prevalence of known and putative hepatitis markers in-United States blood donors with ALT levels at least 120 IU per L[J]. Transfusion, 2010, 41(6): 751-755.
- [10] 付萍, LIAO D, 吕运来, 等. 中国 5 地无偿献血者 HCV 流行特征分析[J]. 中国输血杂志, 2018, 31(9): 982-985.
- [11] 韦丽, 李虎, 胡鹏. ALT 正常的慢性 HBV 感染者疾病进展相关危险因素[J]. 中华肝脏病杂志, 2020, 28(12): 995-998.

(收稿日期:2020-11-14 修回日期:2021-02-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.08.035

B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术对重度急性胰腺炎患者临床疗效及血清 S-Amy、LPS 的影响

刘 静¹, 吴瑞钧²

包头医学院第二附属医院:1. 超声科;2. 体检科, 内蒙古包头 014030

摘要:目的 探讨 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术对重度急性胰腺炎患者临床疗效及血清淀粉酶(S-Amy)、脂肪酶(LPS)水平的影响。方法 选择 2018 年 8 月至 2019 年 8 月在该院接受治疗的 85 例重度急性胰腺炎患者,采用抽签法分为观察组 43 例和对照组 42 例。对照组给予传统引流术治疗,观察组给予 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术治疗。比较两组临床疗效,血清 S-Amy、LPS、C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平,临床症状缓解时间及并发症发生情况。结果 观察组总有效率为 93.02%,较对照组的 69.05% 更高,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,两组血清 S-Amy、LPS 水平均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,两组血清 CRP、IL-6 及 TNF- α 水平均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,观察组发热、恶心呕吐、腹痛缓解时间及住院时间均明显短于对照组($P < 0.05$);观察组并发症总发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在重度急性胰腺炎患者中应用 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术可改善患者血清 S-Amy、LPS 水平,临床效果显著有效。

关键词: B 超引导下; 经皮穿刺抽液置管引流术; 急性胰腺炎; 淀粉酶; 脂肪酶

中图分类号: R446.1

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)08-1146-04

急性胰腺炎是临床常见的消化系统急症之一,是由多种病因导致胰酶在胰腺内被激活引起的,临床表现为急性上腹痛、恶心、呕吐等症状,但部分患者病情严重可导致胰腺假性囊肿、胰腺脓肿、急性液体积聚等局部并发症,病情较为凶险^[1-2]。近年来,微创技术在临床上得到了广泛的应用^[3]。B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术是一种安全、方便的治疗重度急性胰腺炎的方法,能快速引流感染的胆汁或积液,减轻对神经丛的刺激,改善胰腺微循环,缓解病情^[4]。近年来,国外报道显示,血清淀粉酶(S-Amy)、脂肪酶(LPS)在急性胰腺炎中明显升高,且与胰腺炎严重程度具有相关性,对急性胰腺炎的发生、发展具有重要影响,因此,其水平变化可作为治疗重度急性胰腺炎的重要指标^[5]。本研究通过观察 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术对重度急性胰腺炎患者 S-Amy、

LPS 水平的影响,探讨 B 超引导下经皮穿刺引流术治疗重度急性胰腺炎的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 8 月至 2019 年 8 月在本院接受治疗的 85 例重度急性胰腺炎患者,采用抽签法将所有患者分为观察组和对照组。观察组 43 例,年龄 28~69 岁、平均(48.56 $\pm$ 4.75)岁,其中胆源性胰腺炎 15 例、特发性胰腺炎 13 例、酒精性胰腺炎 9 例、高脂血症性胰腺炎 6 例;对照组 42 例,年龄 27~68 岁、平均(48.51 $\pm$ 4.74)岁,其中胆源性胰腺炎 16 例、特发性胰腺炎 12 例、酒精性胰腺炎 10 例、高脂血症性胰腺炎 4 例。两组基线资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经本院伦理委员会批准实施,且所有受试者均对此研究知情同意。纳入标准:(1)符合《急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意

见》^[6]诊断标准,即伴有特征性腹痛、急性胰腺炎特征性的 CT 表现;(2)临床资料完整;(3)未长期服用影响检测结果的药物;(4)签署知情同意书;(5)非胰腺炎肿瘤患者。排除标准:(1)先天免疫性疾病者;(2)神志不清者;(3)合并恶性肿瘤者;(4)1 个月内有感染病史或入院前合并感染者;(5)无法配合相关检查者;(6)依从性较差者;(7)神志不清者;(8)患严重肝肾疾病者。

1.2 方法 对照组给予传统引流术:暴露出腹腔,探查积液位置,吸除积液、坏死组织,置管引流,在积液最低处进行引流。观察组给予 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术:B 超引导进行穿刺,进针时避开大血管,确定导丝位置后,扫描确定引流位置,穿刺后固定导管进行引流。

采集患者治疗前后空腹静脉血 5 mL,采用酶联免疫吸附法测定 LPS、C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平;采用干式生化法检测 S-Amy 水平;记录临床症状改善情况及并发症发生情况。

疗效评定标准:显效为血清、尿淀粉酶恢复正常,临床症状消失;有效为血清、尿淀粉酶下降但未恢复正常,临床症状明显改善;无效为临床症状无明显改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times$

100%。
1.3 统计学处理 以 SPSS18.0 软件包处理,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果对比 观察组总有效率为 93.02%,较对照组的 69.05%更高,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组治疗效果对比[n(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率
观察组	43	25(58.14)	15(34.88)	3(6.98)	40(93.02)
对照组	42	19(45.24)	10(23.81)	13(30.95)	29(69.05)
χ^2					7.993
<i>P</i>					0.005

2.2 两组 S-Amy、LPS 检测结果对比 治疗前,两组血清 S-Amy、LPS 水平差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组血清 S-Amy、LPS 水平均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组炎症因子检测结果比较 治疗后,两组血清 CRP、IL-6 及 TNF- α 水平均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 2 两组 S-Amy、LPS 检测结果对比($\bar{x}\pm s$,U/L)									
组别	<i>n</i>	S-Amy				LPS			
		治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	43	841.25 $\pm$ 101.15	261.15 $\pm$ 43.22	34.583	<0.001	684.58 $\pm$ 100.21	164.35 $\pm$ 40.21	31.594	<0.001
对照组	42	838.59 $\pm$ 105.63	291.14 $\pm$ 40.65	31.347	<0.001	685.46 $\pm$ 101.15	225.63 $\pm$ 60.75	25.256	<0.001
<i>t</i>		0.119	3.294			0.040	5.496		
<i>P</i>		0.906	0.001			0.968	<0.001		

表 3 两组炎症因子检测结果对比 ($\bar{x} \pm s$)													
组别	<i>n</i>	CRP(mg/L)				IL-6(ng/L)				TNF- α (ng/L)			
		治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	43	60.45±20.15	12.21±4.54	15.315	<0.001	90.75±34.12	30.11±10.36	11.152	<0.001	60.75±18.56	18.54±8.56	13.542	<0.001
对照组	42	60.38±20.17	16.89±5.67	13.452	<0.001	90.58±33.97	42.56±9.67	8.811	<0.001	60.81±19.16	31.28±10.42	8.775	<0.001
<i>t</i>		0.016	4.206			0.023	5.724			0.015	6.166		
<i>P</i>		0.987	<0.001			0.982	<0.001			0.988	<0.001		

2.4 两组临床情况对比 治疗后,观察组发热、恶心呕吐、腹痛缓解时间及住院时间均明显短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组临床情况对比($\bar{x}\pm s$,d)					
组别	<i>n</i>	发热 缓解时间	恶心呕吐 缓解时间	腹痛 缓解时间	住院 时间
观察组	43	1.51±0.52	1.56±0.48	2.67±1.35	45.15±10.51
对照组	42	1.99±0.63	2.91±0.67	3.59±1.37	54.91±11.28
<i>t</i>		3.835	10.698	3.118	4.128
<i>P</i>		<0.001	<0.001	0.002	<0.001

2.5 两组并发症对比 观察组并发症总发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组并发症对比[<i>n</i> (%)]						
组别	<i>n</i>	脓毒症	MODS	腹腔出血	胰瘘	总发生率
观察组	43	2(4.65)	1(2.33)	1(2.33)	2(4.65)	6(13.95)
对照组	42	4(9.52)	3(7.14)	5(11.90)	6(14.29)	18(42.86)
χ^2						8.759
<i>P</i>						0.003

注:MODS 为多脏器功能障碍综合征。

3 讨 论

重度急性胰腺炎是临床常见的危急重症,具有起病急、进展迅速等特点,发病率较高。据调查显示,重度急性胰腺炎占整个急性胰腺炎的 10%~20%^[7]。有研究显示,70%左右的重度急性胰腺炎是由胆道疾病、酗酒和暴饮暴食所引起的,因此改善患者日常不良饮食习惯可预防重度急性胰腺炎的发生^[8]。目前,传统的手术治疗主要是通过引流积液和腹腔减压来实现,疗效不佳,病死率仍较高,因此寻找一种有效的治疗方法具有重要意义^[9-10]。

近几年随着微创外科的发展,超声引导下经皮穿刺置管引流术的出现减轻了疾病的创伤,减少并发症的发生,被广泛运用于临床,B 超引导下经皮穿刺引流术是一种创伤小、操作方便的微创手术,且运用 B 超能准确定位,有效清除患者腹腔内毒素、细菌等,减小对机体的损伤^[11]。有研究显示,B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术在急性胰腺炎中治疗效果更好,有助于缩短康复时间^[12]。本研究结果显示,使用 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术的患者总有效率为 93.02%,明显高于对照组患者,且并发症发生率也低于对照组,说明 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术治疗重度急性胰腺炎具有较高的临床疗效,能降低腹腔出血等并发症的发生。本研究结果还显示,使用 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术的观察组患者血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组($P<0.05$),以及发热、恶心呕吐、腹痛缓解时间及住院时间均明显短于对照组($P<0.05$),进一步说明 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术治疗重度急性胰腺炎具有较好的疗效,能通过降低患者炎症因子水平,缓解临床症状,促进患者康复。李盈等^[13]研究也显示,B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术治疗急性胰腺炎效果较好,有助于促进患者康复,缩短治疗时间,与本研究结果相似。分析其原因可能是因为引流后体内炎症因子吸收减少,从而降低炎症因子水平,使炎症指标得到改善。

有研究显示,发生重度急性胰腺炎时患者血清 S-Amy、LPS 水平异常升高,可作为治疗疾病的重要指标^[14]。S-Amy 是由胰腺和唾液腺分泌,当人体的胃肠、肝胆等组织器官出现损伤时亦可自我消化,使 S-Amy 大量分泌并释放入血,从而导致其水平升高;LPS 来源于胰腺,当胰腺发生损伤时胰腺腺泡细胞遭破坏,导致 LPS 分泌增加,LPS 释放进入血液,从而导致 LPS 水平增高^[15-16]。本研究结果显示,治疗后患者血清 S-Amy、LPS 水平均低于治疗前,且观察组低于对照组,说明 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术可降低患者 S-Amy、LPS 水平,有利于促进患者康复。分析其原因可能是因为 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术的开展可使积液减少,有助于降低发生胰腺脓肿的风险,从而促进胰腺功能恢复,使血清 S-Amy、

LPS 水平恢复正常,缩短康复时间。

综上所述,在重度急性胰腺炎患者中应用 B 超引导下经皮穿刺抽液置管引流术效果明显,可有效改善患者血清 S-Amy、LPS 水平,降低炎症因子水平,临床治疗效果明显改善。

参考文献

- [1] 冯思青,魏琼琼,孟王萍,等.中-重度急性胰腺炎患者的血清 25-羟维生素 D 水平及其与预后的关系[J].广西医学,2019,41(7):832-835.
- [2] 梅洪亮,黄致远,李汉军.胰岛素强化联合乌司他汀对中重度急性胰腺炎的近期疗效观察[J].临床外科杂志,2018,26(5):354-356.
- [3] 曾云富,王建秋,陈竹碧,等.早期 CT 引导下经皮穿刺置管引流治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J].腹部外科,2018,31(6):419-422.
- [4] 汪琪,刘少锋,韩真.经皮穿刺抽液置管引流在重症急性胰腺炎治疗中的价值分析[J].现代消化及介入诊疗,2018,23(6):768-770.
- [5] KARADEMIR M, GONUL Y, SIMSEK N, et al. The neuroprotective effects of 2-APB in rats with experimentally-induced severe acute pancreatitis[J]. Bratisl Lek Listy, 2019, 119(12):752-756.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.急性胰腺炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,12(1):76-88.
- [7] 王健,郁毅刚,林庆斌.改良 CT 严重指数和 CT 严重指数对急性胰腺炎严重程度和预后的预测价值[J].中国医师进修杂志,2018,41(1):21-25.
- [8] 黄桔秀,章赛军,阮潇潇,等.高脂血症性及非高脂血症性急性胰腺炎患者的临床特点与 C-反应蛋白对其严重程度的评估[J].中华医院感染学杂志,2018,28(6):893-895.
- [9] LIU M W, WEI R, SU M X, et al. Effects of panax notoginseng saponins on severe acute pancreatitis through the regulation of mTOR/Akt and caspase-3 signaling pathway by upregulating miR-181b expression in rats[J]. BMC Complement Altern Med, 2018, 18(1):51-58.
- [10] 王安朋,李新力,邸军.经皮穿刺置管引流与开腹手术引流治疗重症急性胰腺炎的对比研究[J].肝胆外科杂志,2019,27(2):140-143.
- [11] QIU Z, CHENG F, JIANG H, et al. Efficacy of microecopharmaceutics combined with early enteral nutrition support in the treatment of severe acute pancreatitis[J]. J Coll Physicians Surg Pak, 2020, 30(1):96-98.
- [12] 罗文婷,谭碧君,甘田,等.超声引导经皮腹膜后穿刺置管引流前腹腔穿刺引流治疗重症急性胰腺炎的临床价值[J].临床外科杂志,2019,27(5):56-59.
- [13] 李盈,刘明辉,王国涛,等.超声引导经皮腹膜后穿刺置管引流前腹腔穿刺引流治疗重症急性胰腺炎[J].中国介入影像与治疗学,2018,15(11):31-34.
- [14] 冯所远,符史健.血清淀粉酶、C 反应蛋白、降钙素原与胰胰蛋白酶原激活肽联合检测对急性胰腺炎的诊断价值[J].中国普通外科杂志,2018,27(3):377-381.

[15] 秦林燕, 王国兴, 常卫华, 等. 连续性血液净化联合血必净注射液对重症急性胰腺炎患者血清 AMY、GAS、LPS 水平的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2018, 17(8): 785-788.

生化指标检测对急性胰腺炎的诊断价值研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2019, 17(7): 92-95.

[16] 钟燕, 陈兵阳. 多层螺旋 CT 联合 S-Amy, U-Amy 及 LPS

(收稿日期: 2020-09-01 修回日期: 2021-02-01)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2021.08.036

重症肺炎患者地塞米松联合盐酸氨溴索治疗对心肌酶、白细胞、血小板水平的影响

蔡宏凤, 徐宏斌

西安交通大学第一附属医院(东院)重症医学科, 陕西西安 710089

摘要:目的 探讨重症肺炎患者地塞米松联合盐酸氨溴索治疗对心肌酶、白细胞、血小板水平的影响。方法 选取 2018 年 1 月至 2020 年 1 月该院收治的重症肺炎患者 78 例, 按照抽签的方法分为对照组和研究组, 每组 39 例。对照组采用单一的盐酸氨溴索进行治疗, 研究组在对照组的基础上联合地塞米松进行治疗。对两组患者治疗前后的心肌酶[乳酸脱氢酶(LDH)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、肌酸激酶(CK)及其同工酶(CK-MB)]、白细胞、血小板、炎症因子[白细胞介素-6(IL-6)、C 反应蛋白(CRP)及肿瘤坏死因子- α (TNF- α)]水平及临床疗效、肺功能进行比较。**结果** 治疗前两组心肌酶、白细胞及血小板水平差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗结束后研究组患者的心肌酶、白细胞及血小板水平均低于对照组($P < 0.05$); 研究组患者的临床治疗效果明显优于对照组($P < 0.05$); 治疗前两组患者的肺功能差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗结束后研究组患者的肺功能优于对照组($P < 0.05$); 治疗前两组患者的炎症因子水平差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗结束后研究组患者血清炎症因子水平低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 地塞米松联合盐酸氨溴索在治疗重症肺炎方面有显著效果, 可有效控制患者心肌酶、白细胞及血小板水平, 改善患者的肺功能, 降低炎症因子水平, 值得在临床上推广应用。

关键词:重症肺炎; 地塞米松; 盐酸氨溴索; 心肌酶; 白细胞; 血小板

中图法分类号:R446.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)08-1149-03

重症肺炎在临床危重症中比较常见, 多种病原微生物均可以导致该病的发生, 具有发病急的特点, 同时患者会伴有呼吸困难、咳嗽、咳痰等一系列临床表现, 严重者还会出现肾功能障碍、呼吸衰竭、休克、昏迷等。因此, 早发现、早治疗对重症肺炎患者尤为重要^[1]。相关学者对此进行临床研究指出, 对重症肺炎患者采用地塞米松联合盐酸氨溴索进行治疗, 可以有效控制患者体内的炎症因子水平^[2]。本研究以收治的重症肺炎患者为研究对象, 观察地塞米松联合盐酸氨溴索治疗对患者心肌酶、白细胞、血小板水平的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2020 年 1 月本院收治的重症肺炎患者 78 例, 按照抽签的方法将其分为对照组和研究组, 每组 39 例。纳入标准: (1) 经临床诊断为重症肺炎; (2) 存在不同程度的咳嗽、咳痰及呼吸困难等临床症状; (3) 神志清醒可进行正常沟通交流; (4) 对本次研究知情且签署同意书。排除标准^[3]: (1) 合并肾病或其他重大疾病; (2) 依从性较差

或拒绝参与本次研究; (3) 神志模糊或患有精神疾病等无法进行正常沟通交流; (4) 处于妊娠期或哺乳期; (5) 临床重要资料不全。对照组中男 21 例、女 18 例, 年龄 22~78 岁、平均(58.7 $\pm$ 4.2)岁, 病程 3~12 d、平均(7.3 $\pm$ 0.4)d; 研究组中男 23 例、女 16 例, 年龄 24~79 岁、平均(59.4 $\pm$ 4.7)岁, 病程 4~12 d、平均(7.6 $\pm$ 0.5)d。两组患者性别、年龄、病程差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经本院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组患者入院后均给予机械通气、抗菌药物、营养支持等常规治疗, 将患者体内紊乱的微环境进行纠正, 待患者的病原体确定后再给予抗菌药物进行治疗。护理人员要密切观察患者的生命体征, 确保患者的生命体征稳定并给予常规护理, 若出现异常情况要及时告知相关医师进行有效处理。对照组在常规治疗的基础上采用单一的盐酸氨溴索进行治疗, 将 4 mL 的盐酸氨溴索(河北爱尔海泰制药有限公司, 国药准字 H20113063, 4 mL: 30 mg $\times$ 5