管意外的发生与发展有关联。临床上对老年PH患者,应当按照循证医学的方法,密切观察其SUA水平及其血栓前状态指标,根据其病变基础,对其危险因素进行全面的控制,才能最大限度地进行心血管疾病的防治。

参考文献:

[1] 李天资,韦华,潘兴寿,等. 成人高血压与高尿酸血症患病相关性分析[J]. 中国公共卫生,2010,26(3):273-275.
[2] Gertler M M, Garn S M, Levine S A. Serum uric acid in relation to age and physique in health and in coronary heart disease[J]. Ann Intern Med, 1951, 34(6):1421-1431.
[3] 梁秋玲. 高尿酸血症与高血压关系的研究进展[J]. 广东医学,2009,30(6):998-1000.
[4] Bos M J, Koudstaal P J, Hofman A, *et al*. Uric acid is a risk factor for myocardial infarction and stroke: the Rotterdam study[J]. Stroke, 2006, 37(6):1503-1507.
[5] 李天资,陆克兴,潘兴寿,等. 原发性高血压左心室肥厚患者纤溶功能的变化[J]. 中华高血压杂志,2008,16(9):843-844.
[6] 潘兴寿,陆克兴,蓝景生,等. 高血压胰岛素抵抗患者血栓前状态变化分析[J]. 临床荟萃,2008,23(24):1752-1754.
[7] 王海连. 老年高血压病患者血压昼夜节律特点分析[J]. 第三军医大学学报,2009,31(16):1613-1614.

(收稿:2010-06-18 修回:2010-07-12)
(编辑 张 维)

文章编号:1000-5404(2010)22-2467-02

经验交流

胰十二指肠切除术治疗慢性胰腺炎的临床观察

郭丽萍,唐 春,袁 涛,谢 斌,陈 平 (400042 重庆,第三军医大学大坪医院野战外科研究所肝胆外科)

【关键词】 慢性;胰腺炎;胰十二指肠切除术
【中图法分类号】 R657.51 【文献标志码】 B

慢性胰腺炎(chronic pancreatitis,CP)是一种不可逆性的以胰腺实质持续性破坏和纤维化改变为特征,并引起顽固性疼痛和/或胰腺永久性功能丧失的进行性炎症性疾病,迄今尚无根治性治疗[1]。胰十二指肠切除术(pancreaticoduodenectomy,PD)是控制CP患者疼痛和并发症的有效术式,但因其创伤大,并发症多而引发争议。现总结我院肝胆外科2001年2月至2009年7月13例因CP行胰十二指肠切除术的临床资料报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

选取2001年2月至2009年7月在本科行胰十二指肠切除术的13例CP患者,其中男性12例,女性1例;年龄38~64岁,平均52.54岁。

1.2 临床表现

所有患者病程为3年以上,病史中嗜酒者4例(每天饮白酒约500 ml),合并胆石症者7例,合并胆囊息肉者2例,其中1例为胆囊腺肌瘤,原因不明特发性者1例。术前临床症状有:主诉腹痛者11例,合并黄疸者3例,明显消瘦者8例,合并糖尿病者3例,合并腹泻者3例。

1.3 影像学检查

经上腹部B超或CT发现有胰头囊实性肿块者6例,胰头实性包块者4例,胰管结石者6例,胰管扩张者7例。

1.4 手术情况及其并发症

所有患者行经典Whipple手术,手术时间5~7 h,住院时间12~46 d。术中10例有胰头包块,包块直径3~5 cm,质硬,局部有钙化,其中有2例囊实性包块合并囊内陈旧性出血。3例无胰头包块者有2例胰头钙化明显;1例为十二指肠副乳头异位胰腺合并胰管汇流异常[2],全部经术后病理证实CP,并排除合并胰腺癌。13例患者均无围手术期死亡。有手术并发症者4例,其中胰漏2例,单纯腹腔感染1例,胆漏1例。

2 结果

本组患者随访时间10个月至9年,平均随访3.45年。1例术后1年多死亡,死因不详。术后所有患者腹痛缓解或减轻,3例进食油腻食物后再次腹痛,并予内科处理后腹痛再次缓解;1例术后2年多进食肥肉后再次出现反复上腹痛,上腹部CT示胰管再次扩张,行胰尾切除及胰体空肠吻合后腹痛再次缓解出院;3例合并黄疸者术后均黄疸消退;8例术前明显消瘦者术后5例体质量增加5 kg以上,余仍消瘦;1例术前体质量基本正常者术后合并糖尿病,明显消瘦,无腹痛等其他不适;3例合并腹泻者术后长期补充胰酶制剂;1例术前无腹泻者术后大便次数增加。

3 讨论

CP是一种胰腺破坏性炎性病变,病程呈反复性发作,最终导致胰腺内外分泌功能的部分或全部丧失,其临床主要表现为腹痛、消化功能紊乱、脂肪泻和糖尿病,治疗的主要目的是缓解疼痛,解除胰胆管梗阻,补充胰腺内外分泌功能不足。一般先行内科治疗以缓解症状。近年来,外科手术已经被视为治愈CP、恢复患者完全行为能力的有效疗法[3]。CP的手术适应证有[4]:①肿块型CP与胰腺癌难以鉴别者;②合并有胆道梗阻、胰管梗阻、十二指肠压迫、肠系膜上静脉压迫、脾静脉血栓形成等并发症者;③胰腺假性囊肿。

【通信作者】 陈 平,电话:(023)68757966,E-mail:ChenPing@263.net

CP的手术方法多种多样,迄今没有一种固定的手术方式可作为标准手术而解决患者的问题。PD术是治疗胰头癌的标准术式。近年来,随着手术安全性的提高,PD在CP等胰腺良性疾病中的应用也日益增加。该术式在缓解CP引起的疼痛和解除压迫胰腺周围器官的并发症方面的效果确切,可以达到66%~93%[5]。本组13例行PD术的CP患者术后均腹痛缓解或减轻,3例合并黄疸者术后均黄疸消退,与文献[6]报道相吻合。

多数学者认为与胰腺癌难以鉴别的胰头肿块型CP是行PD术的主要手术适应证。本组13例行PD术的CP患者中有胰头包块者10例(包括实性包块4例和囊实性包块6例),因术前及术中不能排除恶性肿瘤的可能,故适合行PD术;另外3例无胰头包块者,2例患者腹痛频繁、剧烈,胰头钙化明显,胰管内有结石伴胰管明显扩张,胰腺癌变的概率高,因PD术既可切除病灶又可减压引流,故适合行PD术;1例为十二指肠副乳头异位胰腺合并胰管汇流异常引起长期腹痛,经内科治疗和ERCP治疗均无效,故行PD术。

当然,PD术是一种创伤很大的手术,包括胃、十二指肠和胆道的大范围的切除对于CP来说并不是必需的,而且可能产生多种并发症,严重者可致死。本组13例患者均无围手术期死亡。有手术并发症者4例,其中,胰漏2例,单纯腹腔感染1例,胆漏1例,这不但增加了患者的住院时间、住院费用,更是带给患者巨大的痛苦。仔细分析产生并发症的患者情况,我们发现2例胰漏者1例发生于2002年3月,当时我院每年行PD术不足10台,吻合技术尚未纯熟,部分胰漏在所难免;另一例发生于2008年6月,当年我院行PD术已达53台,术者技术精湛,胰漏者很少,胰漏患者为十二指肠副乳头异位胰腺合并胰管汇流异常者,其腹痛症状虽重,但胰腺炎程度轻,胰腺硬化不明显,术后每日引流胰液约800 ml,术后7 d发生胰漏,量少,每日约20 ml,后经对症治疗后痊愈出院。因此,我们认为:对于训练有素的胰腺外科医师来说,CP患者行PD手术是相对安全的;且胰腺硬化明显者,胰腺外分泌功能差,更少发生胰漏。

总之,虽然PD术对于有胰头包块或胰头钙化明显的CP是一种有效、可靠的治疗方法,但其手术创伤大、风险大,外科医师选择PD术治疗CP要严格掌握手术适应证,并尽量由熟练的胰腺外科医师执行手术,以减少手术并发症。

参考文献:

[1] Chauhan S, Forsmark C E. Pain management in chronic pancreatitis: a treatment algorithm[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2010, 24(3): 323-335.

[2] 郭丽萍,唐春,林珺,等. 异位胰腺合并胰管汇流异常致胰腺炎一例[J]. 中华消化外科杂志, 2009, 8(2): 106.

[3] Banks P A, Conwell D L, Toskes P P. The management of acute and chronic pancreatitis[J]. Gastroenterol Hepatol (NY), 2010, 6(2 Suppl 3): 1-16.

[4] Behrman S W, Mulloy M. Total pancreatectomy for the treatment of chronic pancreatitis: indications, outcomes, and recommendations[J]. Am Surg, 2006, 72(4): 297-302.

[5] 刘续宝. 慢性胰腺炎的诊断和外科治疗[J]. 腹部外科, 2005, 18(4): 201-203.

[6] Kowalczyk L M, Draganov P V. Endoscopic therapy for chronic pancreatitis: technical success, clinical outcomes, and complications[J]. Curr Gastroenterol Rep, 2009, 11(2): 111-118.

(收稿:2010-08-05;修回:2010-09-26)

(编辑 王小寒)

经验交流

文章编号:1000-5404(2010)22-2468-02

腺病毒3型急性呼吸道感染暴发流行的病原学诊断

袁跃彬[1],赵京生[1],段新科[1],王 勇[2],毛远丽[3],李子健[4] (467000 河南 平顶山,解放军第152中心医院感染科[1];100850 北京,军事医学科学院[2];100039 北京,解放军302医院临床检验中心[3];250000 济南,济南军区疾病控制中心[4])

【关键词】 腺病毒,感染;酶联免疫吸附法;聚合酶链式反应

【中图法分类号】 R372 【文献标志码】 B

2009年2月,驻豫某部队暴发了大面积急性呼吸道感染,疫情波及整个营区,16 d内累计报告病例225例。临床特征以发热为主要症状,伴有咽痛、咳嗽等上呼吸道症状,部分病例病情严重,出现胸闷、呼吸困难,该病传染性强,疫情蔓延快,时值高致病性禽流感在全国呈区域性流行,多个省市有人禽流感病例的报道,且死亡率高达64.3%[1],对广大官兵的心理状况影响巨大。疫情上报的当天,各级卫生部门相关专家到达现场。经过病原体筛查,第2天即初步诊断病原体为腺病毒,进一步的实验室诊断证实为腺病毒3型。实验室结果和临床特征相吻合[2],现报告如下。

【通信作者】 袁跃彬,E-mail:yuanyuebin152@sina.com

1 资料与方法

1.1 标本来源

采集发病3 d内急性期患者咽拭子标本30份;52例患者发病3 d内急性期血清和发病1个月后恢复期配对血清;现场调查刚开始时,立即寻找到20例发病8 d以上的患者,筛查病原体IgM;同时采集部分未发病战士血清作为对照。

1.2 病原体筛查

1.2.1 IgM抗体筛查 采用免疫荧光方法,对20份发病10 d后患者的血清进行了呼吸道常见20种病原体IgM抗体的筛查,包括腺病毒(Ad)、甲型流感病毒、科萨奇病毒、肺炎支原体、肺炎衣原体、军团菌等。

1.2.2 抗原筛查 咽拭子标本粗离心,取脱落细胞沉淀涂片,采用直接免疫荧光试验(DIF)快速检测病原体抗原,包括甲型和乙