参考文献：

[1] 侯海玲，郝建磊，庞青松，等. Ⅲ期非小细胞肺癌同步放化疗的临床研究[J]. 中华医学杂志，2010，90(29)：2068－2070.
[2] O'Rourke N，Macbeth F. Is concurrent chemoradiation the standard of care for locally advanced non-small cell lung cancer? A review of guidelines and evidence[J]. Clin Oncol (R Coll Radiol)，2010，22(5)：347－355.
[3] 付娟. 回生口服液的药理作用和临床应用[J]. 山东医药，2011，51(11)：110－111.
[4] 马冬，林萍，邓罡. 回生口服液对老年肿瘤患者化疗后细胞免疫功能的影响[J]. 成都中医药大学学报，2005，28(3)：52－54.
[5] 王道梅，燕平，莫正英，等. 回生口服液对非小细胞肺癌化疗患者血象及免疫功能的影响[J]. 中国中医药信息杂志，2007，14(10)：67，78.
[6] 张传芳. 恶性肿瘤患者临床与血液黏度变化探讨[J]. 中国现代医学杂志，2004，14(7)：73－74.
[7] 薛峰，苏进，许新华. 回生口服液联合同步放化疗治疗中晚期食管癌效果观察[J]. 山东医药，2011，51(19)：73－74.
[8] 方喜生，关明媚，刘国龙，等. 回生口服液预防非小细胞肺癌化疗所致骨髓抑制观察[J]. 中国中医药咨询，2009，1(6)：40－41.
[9] 程林忠，葛何莲. 回生口服液对肺癌辅助性治疗的临床疗效观察[J]. 中国基层医药，2005，12(11)：1580.
[10] 朱聪，吴雄志. 回生口服液辅助肿瘤化疗的系统评价[J]. 山东医药，2011，51(15)：81－83.

(**收稿**：2012-07-03；**修回**：2012-08-10)

(编辑　汪勤俭)

文章编号：1000-5404(2013)02-0181-02

经验交流

48例儿童急性胰腺炎的诊断和治疗体会

陈　华　(615000 四川 西昌，凉山州第一人民医院肝胆和小儿外科)

[**关键词**]　胰腺炎；儿童
[**中图法分类号**]　R725.76　　[**文献标志码**]　B

急性胰腺炎(acute pancreatitis，AP)是一类常见的急腹症，主要症状为急性上腹疼痛、恶心呕吐、发热。在儿童发病较少，但近年来发病率有所增加[1]。我院肝胆和小儿外科2007年5月至2012年5月共收治急性胰腺炎患儿48例，现回顾分析其诊断和治疗，旨在提高对该病的认识和治疗水平。

1　资料与方法

1.1　临床资料

急性胰腺炎患儿48例，因各种原因引起腹痛而到院就诊，发现血尿淀粉酶升高，除外阑尾炎、肠梗阻等外科急腹症后，以急性胰腺炎急诊收入本院肝胆和小儿外科住院治疗。其中女性17例，男性31例，年龄4～14岁，起病时间6 h至2 d。临床表现：不同程度的腹痛，以上腹痛为主，但年龄小的患儿可能表述不清，而诉全腹痛；明显的呕吐及腹胀、发热等；原发有胆道疾患的还可能发现黄疸。临床辅助检查血淀粉酶升高3倍以上，尿淀粉酶升高，白细胞升高($>10.0\times10^9$/L)。B超发现胰腺增大，甚至有胰管扩张、胰周积液、腹腔积液等。分析患儿病因：胆道疾患20例，饮食原因13例，腹部外伤3例，腹部手术后2例，原因不明(特发性)10例。本组患儿均按照《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》(中华医学会消化病学分会胰腺疾病组2003年制定)的诊断标准确诊为急性胰腺炎，其中重症2例(根据上述诊断标准诊断)出现了多器官功能衰竭。2例中1例并发急性呼吸功能和肾功能受损，经ICU联合治疗后转回普通病房后治愈；另1例系腹部外伤胰腺挫伤伴有胰漏，虽经手术，但抢救无效死亡。2007、2008年发病4例，2009年发病6例，2010年9例发病，13例(外伤死亡1例)于2011年发病，16例(SAP患儿1例)于2012年发病，近年发病率明显升高。本研究获医院伦理委员会批准，患者及家属签署知情同意书，

1.2　治疗

按照急性胰腺炎的治疗原则，入院确诊的患儿均给予禁饮食，持续胃肠减压，补液，维持水电解质平衡，抑制胃酸和胰液分泌，缓解全身炎症反应，早期使用广谱抗生素，维持主要脏器功能。治疗中、后期注意纠正低蛋白血症，以及相关并发症的治疗。生长抑素的使用参考成人治疗胰腺炎的使用方法，用0.1 mg皮下注射每8小时1次或每12小时1次。乌司他丁5万～10万单位，2次/d。如果发生多器官功能障碍需积极干预，必要时入ICU监护治疗。本组1例患儿系腹部外伤胰腺挫伤伴有创伤性胰腺炎、胰漏，有全腹膜炎，感染中毒性休克的症状，积极予以剖腹探查，充分彻底地胰腺周围引流以及腹腔引流。

2　结果

本组48例患儿，47例治愈，1例手术患儿因系腹部复合伤，虽经积极抢救，但伤情过重而死亡。47例保守治疗的患儿中，46例在3 d左右临床症状明显缓解，血淀粉酶下降，1周内恢复正常并逐步恢复肠道营养；1例重症患儿转入ICU治疗，监护2 d后回到普通病房，治疗2周后恢复。患儿均未出现并发症。

3　讨论

急性胰腺炎的发病原因主要是胆道疾患、饮食因素以及特

[**通信作者**]　陈　华，E-mail：ch9318@yahoo.com.cn
[**优先出版**]　http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20121221.1602.002.html(2012-12-21)

发性等。现代儿童饮食结构和方式的变化,导致儿童胆道疾患增多。特发性胰腺炎中不排除胰胆管合流异常引起的胰腺炎,这需要经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)的支持[1],儿童行ERCP需要专用小儿内镜和儿童的充分配合,难度较大。分析本组病例,我们认为儿童急性胰腺炎诊断依据是:①儿童急性起病的、明显的呕吐,甚至表现为难治性呕吐并伴有不同程度的上腹痛;②血淀粉酶升高3倍以上;③胰腺影像学异常。需注意有时儿童表述不准确。重症患儿腹痛症状可能不明显,应高度警惕。影像学检查在患儿配合的情况下可以多考虑选择CT、核磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography,MRCP)。急性胰腺炎的常规治疗方案已公认,包括禁食、胃肠减压、H2受体阻滞剂协助减少胰液分泌;深静脉高营养支持;选用3代头孢类抗生素和抗厌氧菌的药物[2]。此外,急性胰腺炎初期治疗还有重要的一点就是静脉补液,维持电解质平衡,在重症患儿尤其重要,讲究控制性液体复苏[3],儿童患者一定还要考虑到儿童补液的一些特点。近年来,醋酸奥曲肽和乌司他丁的应用使临床治疗可以有针对性地抑制胰酶分泌以及拮抗已进入血胰酶在组织中释放的炎症因子。在手术治疗急性胰腺炎方面,由于内镜的使用和微创技术的提高,传统的开腹手术的选择已经靠后,儿童更应慎重选择。本组患儿除1例系外伤导致胰漏引起全腹膜炎而必须手术,余均未选择手术治疗。

本组患儿的诊治体会是:首先,应进一步提高临床医师对儿童急性胰腺炎的认识,争取早期确诊。从本组患儿的起病、治疗和转归分析,儿童急性胰腺炎重症患儿较成人少,治疗后出现并发症需要再次住院治疗的也少于成人。因此,此病能在早期就被临床确诊并及时采取正确的治疗,临床疗效好。其次,根据成人急性胰腺炎的治疗经验,治疗初期积极补液维持循环和电解质平衡是保证患儿平稳渡过休克期的重要措施,也可以阻断疾病的恶化。在此过程中应重视生命体征和内环境的监测以及多学科协同治疗。另外,应使用生长抑素使胰腺充分休息,还需要联合使用乌司他丁,上调抗炎症生长因子和下调促炎症因子,从而在调控炎症反应过程中较早地阻断SIRS向MODS发展[4]。可明显减轻急性胰腺炎的病理损害,改善微循环,抑制炎症反应,并能明显降低急性胰腺炎的并发症及病死率。

随着重症医学及重症急性胰腺炎发病机制研究的进展,治疗的天平不断偏向非手术治疗。而在胆源性胰腺炎、爆发性胰腺炎等特定类型胰腺炎及坏死感染、胰周脓肿、胰腺假性囊肿、出血等并发症的治疗中,外科手术仍有重要作用,必须把握手术的适应证和手术时机[5],避免大手术的打击,同时应积极配合全身支持治疗以促进痊愈。对急性胰腺炎的认识、治疗,随着医学的发展不断在进步和提高,多学科的协同治疗成为新的亮点。儿童急性胰腺炎相较成人又具备一些不同点,更需要在实际工作中不断摸索,积累更多的经验,提高认识和治疗水平。本组病例较少,尤其是重症急性胰腺炎病例不多,不能完全说明我们的治疗方案很完善,需要在今后工作中不断积累和总结,进一步提高诊疗水平。

参考文献:

[1] 王晓晔, 谢艺, 崔华雷. 儿童急性胰腺炎的诊断、治疗及病因分析[J]. 中华小儿外科杂志, 2012, 33(1): 24-27.
[2] 刘红山, 薛飞, 张宏伟, 等. 儿童急性胰腺炎的个体化治疗[J]. 实用儿科临床杂志, 2010, 25(7): 527-528.
[3] 毛恩强, 许志伟. 重症急性胰腺炎(Ⅱ型)发病72h内液体复苏的若干问题[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(7): 545-548.
[4] 邵义明, 张良清, 邓烈华, 等. 乌司他丁对全身炎症反应综合征的治疗作用[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17(4): 228-230.
[5] 张太平, 李建, 赵玉沛. 重症急性胰腺炎手术治疗时机及方式选择[J]. 中国实用外科杂志, 2012, 32(7): 535-538.

(**收稿**:2012-10-09;**修回**:2012-12-03)
(编辑 龙 亮)

经验交流

文章编号:1000-5404(2013)02-0182-02

射频技术治疗肿瘤性气道阻塞18例临床分析

田 坤,李小玉,张定涛,肖贞良,李福祥 (610083 成都,成都军区总医院呼吸科)

[**关键词**] 射频;肺肿瘤;气道阻塞
[**中图法分类号**] R562.12 [**文献标志码**] B

肺癌的发病率与死亡率居各类恶性肿瘤之首[1],其中30%表现为以气道阻塞为特征的中心型肺癌[2]。我们经纤维支气管镜采用射频技术,对18例中心型肺癌伴叶以上气道阻塞患者进行治疗,取得较满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2011年3月至2012年3月,我们借助Olympus纤维支气管镜(日本,1T20),将LDFR-50型射频治疗仪(四川绵阳立德电子技术公司)的电极导入气道肿瘤病变部位[3],共治疗中心型肺癌伴叶以上气道阻塞患者18例(20支气道),包括男性15例,女性3例,年龄53.5(29~78)岁。其中鳞癌16例,腺癌2例。阻塞部位:气管下端不全性阻塞1例;双主支气管受阻2例;相应气道完全阻塞13例:左主8例,右主3例,右中间

[**通信作者**] 田 坤, E-mail:kuntianhx2010@yahoo.com.cn
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20121018.0821.002.html(2012-10-18)