维普资讯 http://www.cqvip.com

滴度是靠稀释血清的阳性结果来确定的，不能定量地表示检测结果，而且对于小量低浓度的 CRP 不够敏感，因而不能满足现代临床对医学检验的要求[1]。为了能够给临床提供反映患者免疫功能状况及疗效的指标，国内近年来逐渐开始对 CRP 进行定量测定，采用得较多的方法是 ELISA 法，但该法操作较为复杂，特异性和重复性均不如免疫散射比浊法，免疫散射比浊法具有试剂稳定，操作简便，流程短，重复性和精确性好的优势[2-4]。作者利用 ORION 公司提供的半自动免疫比浊仪 TURBOX(r) PLUS，采用散射免疫比浊法检测了 100 例患者和 30 例健康人群 CRP 含量，同时以乳胶法作对照，结果显示两种方法检测的阳性率有显著性差异($P < 0.05$)。散射比浊法检测批内、批间变异系数分别小于 5% 和 8%，与有关文献[2]报道一致，其重复性好、特异性强且操作简便，明显优于乳胶法。总之免疫比浊法测定 CRP 是一种快速准确的定量检测方法，是今后临床检测 CRP 值得推广的方法，但是比浊法也与乳胶法测定 CRP 一样存在免疫学中抗原过剩而引起的钩状效应，导致假阴性产生。目前国内尚无比浊法试剂我们采用的试剂及仪器均为进口产品，因而成本较贵，建议国内试剂生产厂家能生产此类试剂使此法能被广泛应用。

[参考文献]

[1] 杨 溢，陈其云，杨 扬，等. 免疫比浊法测定血清 C-反应蛋白(CRP)的评价[J]. 四川省卫生管理干部学院学报，2003，22(3)：165－166.
[2] 杨卫东. 外科手术中 CRP 检测应用的探讨[J]. 赣南医学院学报，2001，21(1)：52－53.
[3] 陆 青，杨海敏. 全血 CRP 测定仪及其试剂的评估[J]. 上海医学检验杂志，1999，14(5)：268－269.
[4] 陈万珍. CRP 检测的临床价值[J]. 现代医药卫生，2002，18(6)：515－516.

(编辑：蒋登金)

·个案与短篇·

重症急性胰腺炎手术时机探讨

于乐群 (营口市第二人民医院，辽宁 营口 115000)

[关键词] 胰腺炎；手术
[中图分类号] R576 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)03－0156－01

影响急性重症胰腺炎手术疗效的因素较多，其中手术时机和手术方法的选择尤其重要。本文对我科自 1996 年至 2003 年收住的重症急性胰腺炎(SAP)45 例的治疗情况进行总结，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 45 例中男 31 例，女 14 例。年龄 28～81 岁，平均年龄 54.19 岁。45 例均依据临床生化、腹穿液或 CT 明确诊断，符合中华医学会胰腺学组的 SAP 临床诊断标准。其中胆源性 28 例，器官功能衰竭 2 例。

1.2 治疗方法

一经诊断为 SAP 均先采用积极的非手术综合治疗，包括：①禁食、胃肠减压；②纠正水、电及肺肝肾等器官的监测及支持；④应用生长抑素如善得定；⑤营养支持；⑥早期应用胃肠动力药，促进肠功能恢复。根据辨证论治早期服用清胰汤加减，并在患者度过急性反应期后，胃解质及酸碱平衡失调；③吸氧管内注入胃肠动力药和石蜡油，早期的肠功能恢复为早期肠内营养提供良好条件，经治疗后多在 4～5 d 无腹胀，排便、排气，并可使全身感染期阶段的胰周感染比例减少；⑦对胆源性胰腺炎，采用利胆、扩张 Oddi's 括约肌、激素等治疗；⑧对胰腺坏死感染者选用敏感抗生素防治感染。非手术治疗过程中，有 21 例具有手术指征决定中转手术治疗。手术方法采用切开胰腺被膜，清除坏死组织，引流胰床，其中 8 例同时行胆道手术，胰周脓肿引流 6 例，假性胰腺囊肿内引流 3 例。

2 结果与讨论

重症急性胰腺炎又称急性坏死性胰腺炎，是常见的外科急腹症之一。它的临床过程凶险，病死率很高。尽管手术治愈率不断提高，手术治疗方法不断完善，其死亡率仍较高。目前，有些国内外专家指出对 SAP 应采用个体化治疗，即发生坏死感染时，行手术治疗，否则，予非手术治疗。作者认为，根据病史、腹膜刺激症、血尿淀粉酶及 CT 的改变，能够做出重症急性胰腺炎的早期诊断。对早期诊断的病例应先行积极的非手术治疗。由于急性重症胰腺炎起病急、病情重、进展快、病情可能随时变化，因此应动态观察病情变化，仔细查看病人的神志、呼吸、腹部情况(腹胀、腹膜刺激征有无加重，肠鸣音是否消失)等。如果出现以下情况，应果断进行手术：①体温持续 3 d 高于 39 ℃，高度腹胀，腹膜炎体征加重和动态 CT 检查发现胰腺气泡征或广泛的后腹膜渗出。②梗阻性黄疸。对于胆源性胰腺炎，如果

(下转 158 页)

[收稿日期]2004－12－23 [修回日期] 2005－02－17

维普资讯 http://www.cqvip.com

越大，脑脊液稀释越少，红细胞压积越高，其密度越高，如出血量少，或者患者严重贫血即使出血量较多，均不易发现。随出血后的时间延长，血液稀释和红细胞分解，血液密度逐渐减低，可与脑组织呈等密度，此时可依据基底池和脑沟消失来作出诊断。有时蛛网膜下腔出血沿大脑镰分布，表现为大脑镰增宽，必须与正常大脑镰鉴别。在出血开始几天，CT的发现率大约为80%～100%，但随着时间的延长，其发现率逐渐下降，一般出血一周后CT扫描已很难检出。因此，临床上一旦怀疑为蛛网膜下腔出血应尽快、尽早地行CT扫描。另外，CT扫描在确诊蛛网膜下腔出血的同时还能发现脑内血肿或脑室扩大情况，为外科急诊治疗提供参考。在脑内血肿破入脑室的病例CT表现为邻近脑室的脑实质内高密度影，脑室内高密度影及蛛网膜下腔出血的表现。间接征象：主要并发症有脑积水、动脉痉挛、脑内血肿等。本组合并硬膜下积水6例，占6%。脑积水1例，占1%。脑梗塞1例，占1%。在蛛网膜下腔出血早期由于脑室内大量积血可造成急性梗阻性脑积水，其发生率约占蛛网膜下腔出血的20%，这种脑积水常首先表现为颞角增大，然后涉及脑室其他部分，一般在出血4天后脑积水征象消失，但部分病例随时间延长，脑室内血液分解和脑脊液的吸收，同时伴发蛛网膜颗粒纤维化，可演变成交通性脑积水，此时脑室、脑池造影CT扫描可明确诊断。有时蛛网膜下腔出血可同时伴发脑内血肿和/或硬膜下血肿，常与动脉瘤、动静脉畸形或脑肿瘤出血有关，这种情况下的蛛网膜下腔出血多继发于脑内血肿或硬膜下血肿。本组脑内血肿65例，占65%。硬膜下血肿8例，占8%。

大脑镰与层面垂直，为正中部线状高密度区，易于辨认。在头部外伤患者，注意不可将其解释为蛛网膜下腔出血[4]。在CT扫描时，沿大脑镰分布的蛛网膜下腔出血需与正常大脑镰区别，一般情况下纵裂内的蛛网膜下腔出血常可进入大脑半球的中央沟，常伴有其他脑池、脑裂的积血，可帮助鉴别诊断。在蛛网膜下腔出血急性期CT表现较典型，主要为基底池、侧裂池和脑沟内较为广泛的高密度影，结合病史，比较容易诊断。外伤性蛛网膜下腔出血大多数为少量出血，CT示脑池、脑沟等蛛网膜下腔内密度增高，可呈铸型。以纵裂池少量积血最常见，其次为侧裂池及天幕区积血[5]。偏密征——脑池一侧不对称高密度的CT征象。脑池偏密征是诊断外伤性蛛网膜下腔出血少量积血的一个可靠的CT征象，可提示出血部位就在偏密征邻近处，或继发于邻近的其它颅内损伤；并可提高同侧颅内其它损伤的诊断率或高度警惕同侧迟发性颅内病变的发生。认识此CT征象，可明显提高外伤性蛛网膜下腔出血的首次CT确诊率和减少漏诊。本组偏密征15例，占15%。天幕区偏密征CT表现为一侧增宽，密度增高，边缘模糊其他脑池偏密征示一侧脑池不同程度密度增高，脑池的正常低密度影缩小或消失。蛛网膜下腔出血漏诊22例，均为破入脑室的脑内血肿病例。对此应该引起CT诊断医生的足够重视。根据以上特点，蛛网膜下腔出血与大脑纵裂的大脑镰容易鉴别诊断。对于有蛛网膜下腔出血的病人，一般均建议一周后复查CT。

[参考文献]

[1] 吴恩惠. 头部CT诊断学[M]. 北京：人民卫生出版社，1993. 29－43.
[2] 沈天真，陈星荣. 中枢神经系统CT和MRI[M]. 上海：上海医科大学出版社，1994. 57－162.
[3] 李 彤，刘传宝，李 宏，等. 蛛网膜下腔出血剧烈头痛的CT分析[J]. 中国医学影像技术，2002，18(1)：20－21.
[4] 吴恩惠，主编. 头部CT诊断学[M]. 北京：人民卫生出版社，1995. 33.
[5] 黄花开，马 峰，王秀河，等. 脑池偏密征及其在颅脑损伤诊断中的实用价值[J]. 临床放射学杂志，2000，19(9)：539－541.

（编辑：邱全光）

（上接156页）

存在明显黄疸，严重胆管炎，胆总管明显扩张，需行手术治疗，处理胆道的梗阻。非胆源性胰腺炎保守治疗过程中，出现梗阻性黄疸，一般是炎性包块或假性囊肿压迫胆道，如果黄疸进行性加重，或合并胆管炎，均需手术治疗。③大量感染性腹水。非手术治疗过程中如病人腹水逐渐增多，全身中毒性损害明显，需手术治疗，引流腹水。手术方式根据胰腺局部病理改变及全身情况决定，应以简单有效，充分引流，清除病灶，去除病因为原则。多数病例胰床、小网膜囊引流可以取得良好效果。合并胆道梗阻者应行胆胰联合手术，合并胰腺背侧腹膜后感染或脓肿者应行后腹膜引流。SAP早期坏死组织与正常组织界限不清，当清除到交界处因出血而被迫停止，导致坏死组织残留，因而有人主张切口敞开，能提供有效的引流，利于反复清创。但手术创伤大，易使无菌坏死变为感染性坏死。采用松动胰床、切除明确坏死组织，对分辨不清的予以保留，并置胰床及后腹膜多管引流；对有黄疸及结石嵌顿者作T管引流。本组病例采用上述原则和治疗方法，术后切口Ⅰ期缝合，并发症及再次手术率减少，疗效好。其中术后死亡2例、并发肺部感染3例、胰周残余脓肿2例、粘连性肠梗阻、切口感染各2例，消化道出血1例。

急性重症胰腺炎的早期诊断及治疗，非手术治疗贯穿于SAP的全程，在非手术治疗的过程中正确掌握SAP的手术时机，及时手术治疗，在治疗过程中极其重要，能大大提高治愈率。

（编辑：兰阳军）