DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.04.037

熟型防御机制的毕业生的心理健康水平非常好，表明成熟型防御机制的应用和不成熟型防御机制的避用可显著降低毕业分配应激。在大学生心理健康教育中应根据不同性别、不同专业、不同层次、不同生源帮助学生认识和矫正人格中的不良防御机制，培养和应用成熟型防御机制，以保障良好的心理健康。

关键词：毕业生；心理健康；防御方式；防御机制
中图法分类号：R395.6 文献标识码：B

参考文献：

[1] 路敦跃. 防御方式问卷[A]. 见：汪向东 主编. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京：中国心理卫生杂志社，1993.46-53.
[2] 李 宁. 防御方式问卷在4 309名大学生中的测试[J]. 中国心理卫生杂志，1996，10(3)：100-102.
[3] 王征宇. 症状自评量表SCL-90[J]. 上海精神医学，1984，2(2)：68-70.
[4] 金 华，吴文源. 中国正常人SCL-90评定结果的初步分析[J]. 中国神经精神病杂志，1986，12(5)：260-263.
[5] Vaillant Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms：A 30-year follow-up 30 men selected for psychological health[J]. Arch Gen Psychiatry，1971，24(2)：107-108.

（编辑 薛国文）

经验交流

文章编号：1000-5404(2003)04-0358-02

重症急性胰腺炎手术与非手术治疗效果的对比

A comparison of the curative effects between operation and non-operation in treatment of severe acute pancreatitis

朱代华，张兴明，郭 丹 （重庆医科大学附属二院普通外科，重庆 400010）

重症急性胰腺炎(Severe acute pancreatitis SAP)的治疗是以手术还是非手术治疗为主以及手术时机、手术方式的选择，历来都是一个有争议的问题。作者回顾分析了本院1990-2000年收治的73例SAP，对这一问题加以探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

男29例，女44例，男∶女=1∶1.5，平均年龄(55.2±15.9)岁(18~79岁)。病死率23.3%。

1.2 诊断及分级标准

以中华医学会外科学会胰腺学组1996年制订的“急性胰腺炎的临床诊断及分级标准”为准[1]。对有典型胆绞痛或胆总管下端阻塞者诊断为胆源性急性胰腺炎；对腹痛剧烈，腹胀及腹膜刺激征明显，一开始或很快出现难以纠正的休克，或急性肾功能障碍，或ARDS者，诊断为特重型(暴发性)急性胰腺炎。

1.3 非手术治疗措施

包括7个方面：①液体复苏；②改善微循环；③抑制胰腺外分泌行胃肠减压，应用5-Fu(1994年以前)或生长抑素；④预防感染；⑤MODS的防治；⑥营养支持；⑦对腹水较多者行腹腔穿刺引流。

1.4 手术治疗

手术时间均在入院5 d以内，行胰腺坏死组织清除、腹腔灌洗术，有胆道梗阻者加作胆道引流，3例加作了“三造瘘”术。

2 结果

结果见表1，2。

表1 手术与非手术治疗SAP-Ⅰ的比较

分组	例数	APACHE($\bar{x}\pm s$)	住院日($\bar{x}\pm s$)	并发症发生率(%)
手术组	20	8.8±4.3	27.8±12.1	30.0(5/20)
非手术组	26	9.3±3.1	22.0±9.3	3.8(1/26)
T值*		0.397	2.038	
χ^2值				4.139
P值		$P>0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

*：Wilcoxon秩和检验

表2 手术与非手术治疗SAP-Ⅱ的比较
(不包括特重型急性胰腺炎)

分组	例数	APACHE($\bar{x}\pm s$)	住院日($\bar{x}\pm s$)	MODS发生率(%)	病死率(%)
非手术组	11	12.3±4.8	25.6±16.2	36.4(4/11)	36.4(4/11)
手术组	5	11.4±3.0	52.6±34.9	60.0(3/5)	40.0(2/5)
t值		0.3705			
T值*			61		
P值		$P>0.05$	$P>0.05$ **	$P>0.05$ **	$P>0.05$ **

APACHE评分采用t检验，住院日用秩和检验，MODS发生率和病死率采用Fisher精确概率检验；*：Wilcoxon秩和检验；**：Fisher精确概率检验

表3 手术与非手术治疗特重型急性胰腺炎的比较

分组	例数	APACHE($\bar{x}\pm s$)	MODS发生率(%)	病死率(%)
非手术组	8	16.1±4.1	100.0	100.0
手术组	3	15.0±1.7*	100.0	100.0

*$t=0.45$，$P>0.05$

胆源性SAP 16例，占总数的21.9%。对有急性胆管炎或急性梗阻性化脓性胆管炎表现者行手术治疗其余均行非手术治

作者简介：朱代华(1966-)，男，重庆市人，硕士，副主任医师，主要从事消化外科方面的研究。电话：(023)62766329
收稿日期：2001-03-01；修回日期：2002-05-06

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

疗,全部痊愈。

3 讨论

3.1 关于 SAP 手术与非手术治疗的选择

自 1991 年张圣道等[2] 提出“个体化治疗方案”以来,临床实践证明,大多数 SAP 均可经非手术治疗痊愈,手术治疗仅适用于伴胆管炎和胰腺坏死并发感染以及有胰/胰周脓肿和胰腺假性囊肿等局部并发症者。甚至对伴胆总管下端结石的 SAP,可行内镜 Oddis 括约肌切开取石而不须手术治疗[3]。本资料显示,特别对 SAP-Ⅰ,非手术治疗不仅可取得满意的疗效,而且能缩短住院时间,减少并发症;对 SAP-Ⅱ的治疗,非手术治疗可缩短住院时间、降低 MODS 发生率和病死率(可能因病例数少,统计无显著差别)。在本组病例中,对有急性胆管炎和急性梗阻性化脓性胆管炎表现者均行手术治疗,取得满意疗效。

3.2 关于非手术治疗中转手术的问题

在非手术治疗中要依据病情变化及时中转手术。如本组病例中一位 48 岁的男性患者,因腹痛 5 d 转入我院,经在 ICU 中积极非手术治疗 72 h 病情反而加重,高热持续不退,腹胀剧烈,中上腹出现压痛肿块,CT 示胰外广泛渗出,大量腹水和双侧中等量的反应性胸腔积液,未及时中转手术于入院第 12 天死于 MODS。我们认为,除了在出现上述手术指征时应及时手术外,鉴于目前非手术治疗措施尚不完善,在急性反应期有以下表现者仍应及时手术:①出现高热伴严重腹胀或严重的全腹膜炎体征非手术治疗 72 h 无效;②CT 提示胰外广泛渗出,大量腹水,非手术治疗 72 h 无效;③出现一个器官或系统功能障碍,ICU 治疗 24 h 无效。早期手术的目的是清除腹腔内毒性渗液、胰腺减压和腹腔引流,手术力求简单,以免进一步加重全身性炎症反应综合征(SIRS)。

3.3 关于特重型急性胰腺炎的治疗

特重型急性胰腺炎是 SAP-Ⅱ的一种特殊情况,来势异常凶猛,病死率几乎为 100%。这类病人的胰腺广泛出血或/和坏死,机体产生强烈的应激反应和释放出大量的细胞因子及炎性介质,引起超强 SIRS,病人全身中毒症状明显,生命体征不稳,很快出现急性肾功障碍和 ARDS,往往在 72 h 内死于 MODS。本组病例非手术治疗全部死亡,经检索也未发现国内有非手术治疗成功的报道,这表明目前的非手术治疗手段对特重型急性胰腺炎是无效的。本组 3 例特重型胰腺炎手术治疗均未成功,但已有成功的报道[4,5]。特别是张圣道用早期手术引流,术后短时血滤清除过多细胞因子,纠正毛细血管渗漏引起的间质水肿和有效循环血量减少,尽早肠内营养,用生长激素促进合成代谢及多次手术清除胰周感染病灶等综合措施成功抢救 1 例该类病人的经验值得借鉴。但因治疗成功的病例数还少,尚难判断手术与非手术治疗孰优孰劣,必须加强这方面的基础研究以指导临床。

关键词:重症急性胰腺炎;特重型急性胰腺炎;治疗
中图法分类号:R576.05 文献标识码:B

参考文献:

[1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准(1996 年第二次方案)[J]. 中华外科杂志, 1997, 35(12): 773-775.
[2] 张圣道, 张臣烈, 杨毓兴, 等. 139 例坏死性胰腺炎外科治疗总结[J]. 中华外科杂志, 1991, 29(1): 54-55.
[3] Fan S T, Lai E C, Mok F P, *et al*. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy[J]. New Eng J Med, 1993, 328(4): 228-232.
[4] 张圣道, 汤耀卿, 李宏为, 等. 特重型急性胰腺炎救治措施探讨(附一例报告)[J]. 外科理论与实践, 2000, 5(2): 97-99.
[5] 李 钢, 诸宝康, 陈海平, 等. 抢救小儿暴发性胰腺炎 1 例[J]. 中华小儿外科杂志, 1999, 20(2): 84.

(编辑 陈聪连)

文章编号:1000-5404(2003)04-0359-03

经验交流

NCCLS Ep9-A 在仪器评价中的应用

Application of the NCCLS Ep9-A method in estimation of instrument evaluation

张凤川, 刘松坚, 卿翠莲 (广州军区直属第一门诊部检验科, 广州 510080)

对新购进的仪器在投入使用之前必需对其技术性能如精密度、方法对比、线性范围以及干扰试验等进行一定的评价。根据技术性能是否符合临床要求,方可用于临床。根据美国临床实验室标准化委员会(NCCLS)有关指南文件 Ep9-A(用患者样本进行方法对比及偏差评估),我们以尿素氮(BUN)作为测定项目对本科新购进的自动生化分析仪进行了方法对比及偏差评估。

1 仪器与试剂

1.1 实验方法用的仪器:意大利 BT2000 自动生化分析仪

对比方法用的仪器:日立 7150 自动生化分析仪。

1.2 试剂

上海科华公司尿素氮试剂盒(UV-GLDH 法),批号:20000313。

1.3 校准物

cfas(BM 公司产品)批号:194645。

作者简介:张凤川(1960-),女,四川省万县市人,主管技师,主要从事临床生化方面的研究,发表论文 6 篇。电话:(020)87178645

收稿日期:2002-01-15;修回日期:2002-07-16

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net