DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.06.027

4731
5 Lowry OH, et al. Protein measurement with the folin phenol reagent. J Bio Chem.1951,193:265～275
6 Lai JCK, Clark JB. Preparation of synaptic and nonsynaptic mitochondria from mammalian brain. Methods Enzymol, 1979,55:51～60
7 Hart Schutz, Peter R, Silverstein, et al. Brain mitochondrial function after ischemia and hypoxia. Arch Neurol,1973, 29:408～416

(收稿:1993-12-13;修回:1994-10-04)

对急性重症胆管炎诊断标准的几点建议——16年病例总结

Several suggestions on the diagnostic criteria for acute severe cholangitis —— a review of 16 years experience

孙文兵 韩本立 何振平 蔡景修 顾红光 周永碧 李智华 王救川 (第三军医大学西南医院肝胆外科中心) 630038

中华医学会1983年提出的急性重症胆管炎(ACST)诊断标准[1]促进了ACST临床研究和外科救治水平的进步。近年来,我们在对ACST的临床治疗和研究中,深感该标准尚有不足,故提出了几点建议共同道们参考。

1 临床资料

1.1 纳入标准和一般情况

我科自1975年1月至1990年12月间共收治急性胆管炎145例,其中符合全国胆道疾病专题讨论会制定的ACST诊断标准者[1]142例,男性55例,女性87例,年龄19～82岁。33例死亡,病死率为23.2%。

1.2 预后危险因素

将1975年1月至1988年12月间收治的121例ACST作为训练样本,1989年1月至1990年12月间收治的21例作为验证样本,选出每个病人的22项可能对预后有影响的指标并量化,通过运用SOMS软件包对训练样本中的121例病人进行单因素和多因素逐步回归分析,从中确定年龄、平均动脉压(MBP)、弥漫性腹膜炎(GP)、血清白球蛋白比值(AGR)、血培养(BC)和系统器官衰竭数(NFOS)6个因素为ACST预后危险因素[2],其中以NFOS与其预后关系最为密切,AGR次之。最后计算出ACST生存数学模型:$Y=0.485+0.003$年龄-0.040 MBP$+0.230$ GP-0.247 AGR$+0.221$ BC$+0.211$ NFOS。其中Y值为死亡概率。该模型与病人预后有很好的相关性($r=0.7571$,$P<0.001$),说明病人的死亡危险性与年龄、GP、BC和NFOS呈正相关,与MBP和AGR呈负相关。

1.3 预后危险因素与ACST诊断标准中各因素的比较

本模型中的几项指标和ACST诊断标准中的指标有同有异,现将其意义列表1比较。由表1看出,模型中的年龄和AGR是反映系统器官功能储备的较好指标,提示不同年龄阶段时ACST的临床表现有其特殊性。

表1 本模型和"标准"中各项指标的意义

指标意义	全国ASCT诊断标准	本模型指标
系统器官功能储备		(1)年龄
		(2)AGR
胆管炎病理发展阶段	①脉搏>120次/min	(3)弥漫性腹膜炎
	②WBC>20×10^9/L	
	③体温>39℃或<36℃	
胆血屏障受累	④血培养	(4)血培养
	⑤胆汁为脓性伴胆压明显升高	
系统器官受累	⑥休克	(5)平均动脉压
	⑦精神症状	(6)NFOS

1.4 老年ACST

年龄≥60岁为老年。142例ACST中,38例为老年病人,占26.8%,男性20例,女性18例,14例死亡,病死率为36.8%;非老年病人104例,死亡19例,病死率为18.3%,两组病死率比较有显著统计学差异($\chi^2=4.39$,$P<0.05$)。另外,两组在原发病、术前术后并发症等方面也有显著差异,分别见表2和表3。

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

表2 不同年龄组ACST的原发病

原发病	≥60岁例(%)	<60岁例(%)	合计例(%)
原发性肝胆管结石	15 (65.2)※	76 (89.4)	91 (84.3)
返流性胆管炎	0 (0.0)	5 (5.9)	5 (4.6)
继发性胆总管结石	2 (8.7)	1 (1.2)	3 (2.8)
乏特氏壶腹周围腺瘤样增生	2 (8.7)△	0 (0.0)	2 (1.9)
肝门部胆管癌	1 (4.3)△	0 (0.0)	1 (0.9)
中段胆管癌	1 (4.3)△	0 (0.0)	1 (0.9)
胆道蛔虫病	1 (4.3)	2 (2.4)	3 (2.8)
先天性胆总管囊肿	1 (4.3)	1 (1.2)	2 (1.9)
合 计	23 (100)	85 (100)	108# (100)

※：与<60岁组比较 $P<0.05$；△：三者之和与<60岁组比较 $P<0.05$；#：先后经手术诊断病例数。

表3 不同年龄组并发症

并发症	≥60岁例(%)	<60岁例(%)	合计例(%)
肺部感染	7/38△ (18.4)※※	2/104 (1.9)	9 (6.3)
单系统器官衰竭	5/38 (13.2)※	2/104 (1.9)	7 (4.9)
多系统器官衰竭	11/38 (28.9)※	11/104(10.6)	22 (15.5)
术后伤口感染	4/23 (17.4)	1/8(12.5)	5 (6.1)
术后伤口裂开	2/23 (8.7)	0/8(0.0)	2 (6.5)
肝脓肿	21/23 (91.3)※※	2/8 (25.0)	23 (74.2)

△：发生例数/总例数；与<60岁组比较，※ $P<0.05$，※※ $P<0.01$

2 讨论

ACST概念的建立是基于以下三个理由：(1)重症病人需要更多的复苏和监护措施，如果将这些措施应用于所有的急性胆管炎病人，不但会造成人力和物力的浪费，也会增加医源性感染的机会；(2)对重症病人进行及时的侵入性手术治疗更重要且更合理；(3)这种分类有助于学术交流。目前有些教科书和文献中把ACST和急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)等同起来，由于概念模糊，缺乏衡量病情轻重的尺度，导致人们对ACST的诊断、治疗及其疗效评价等一系列问题看法不一[3,4]，可见，ACST诊断标准的建立和应用是提高ACST诊治和学术交流水平的关键。

急性胆管炎预后危险因素的探讨是建立ACST诊断标准的基础，影响ACST预后的因素很多，每个因素都可能具有独立的死亡预测意义，但在实际工作中，分析每个因素的意义和价值却是很复杂的。我们应用多因素逐步回归分析，将ACST预后因素定为6个，并建立一个与病人预后相关性很高的生存数学模型，回代分析和前瞻性研究均表明，该模型有助于提高对病情评估和预后预测能力[5]。

全国ACST的诊断标准中体温、脉搏和白细胞三项指标仅反映机体对炎症的反应程度，对真正能决定病情预后的急性胆管炎病理发展阶段提示较差，我们的22项分析指标中包括该3项指标，但生存模型未将其纳入。临床工作中，我们体会到，腹膜炎的范围对于提示胆道感染的病理发展阶段优于以上三项指标。此外，诊断标准中"胆汁为脓性伴有胆管内压力明显增高"这一指标只对术中术后诊断有意义，对于术前决策治疗帮助不大，另外，诊断标准中还缺乏能够反映对ACST预后有影响的系统器官功能储备的指标。

本组资料显示，老年病人占ACST总数的1/4以上，且系统器官并发症多，病死率高，这说明老年ACST的救治是临床医师面临的重要课题，是提高ACST救治成功率的关键。与低年龄组比较，老年ACST病人往往有以下生理特点，第一，作为机体重要防御机制的肝脏枯否细胞吞噬功能明显降低，胆血屏障更易遭受破坏，更易引起全身代谢障碍和心血管系统的病理生理改变[6]；第二，老年人心血管疾病、肺部疾病等慢性疾患并发率高，重要脏器功能储备低下；第三，老年人免疫系统反应能力差，体温、脉搏和外周血往往不能很好地提示胆管炎严重程度；最后，老年ACST的原发病中，恶性肿瘤比例明显增加，良性疾病明显减少。尽管现ACST诊断标准是基于总体ACST的特点产生，但由于老年ACST病人占总体病人的比例较小，从理论上讲，老年ACST特有的预后危险因素在多因素回归分析中往往不能被纳入，致使现ACST诊断标准难以很好地应用于老年ACST[7]，需要不断地探讨和完善。

关键词 胆管炎/诊断；诊断标准；预后

中图法分类号 R657.45

参考文献

1 肝胆管结石专题讨论会纪要附件. 中华外科杂志，1983，21：373

2 孙文兵，韩本立，王敖川，等. 121例急性重症胆管炎的多元逐步回归分析. 第三军医大学学报，1991，13(3)：284

3 刘永雄. 重症急性胆管炎的外科治疗. 实用外科杂志，1986，6：39

4 熊叔陶. 重症急性胆管炎的非用术疗法要点. 实用外科杂志，1986，6：35

5 Sun Wenbing, Han Benli, Zhang Quanzhou, et al. Anap-

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

proach to timing selection of emergency operation for acute cholangitis of severe type. J Med Coll PLA,1992,7(3):251
6 Knook DL. Kupffer cells and the acute phase response: the effect of ageing. Immunol Invest,1989,18:339
7 孙文兵 韩本立. 急性重症胆管炎121例的临床分析. 临床肝胆病杂志,1991,7:92

(收稿:1993-12-06;修回:1994-10-04)

肝动脉化疗栓塞治疗中晚期肝癌

Transcatheter arterial chemo-embolization in the treatment of hepatic carcinoma of moderate and advanced stages

邹利光 彭 勇 刘士辰 易习之 (第三军医大学新桥医院放射科) 630037

大多数肝癌患者一经发现已属中晚期,往往失去手术切除的机会,肝动脉灌注化疗及栓塞治疗是重要治疗方法[1~3]。我院自1990年11月至1993年12月对63例中晚期肝癌介入治疗,其中6例得以二期手术切除。

1 材料和方法

63例中男55例、女8例,年龄23~83岁,平均49岁。所有病例经临床检查、AFP、B型超声、CT和肝动脉造影明确诊断,6例二期手术切除者病理证实为肝细胞肝癌。63例中原发性肝癌46例,转移性肝癌17例。原发性肝癌按国际抗癌联盟TNM分期:Ⅰ期2例、Ⅱ期12例、Ⅳ期32例。

治疗方法:Seldinger法经股动脉穿刺插入导管,先行腹腔动脉造影,必要时加做肠系膜上动脉造影或腹主动脉造影。然后将导管超选择性插入肝固有动脉或肝总动脉内灌注化疗药物:阿霉素40~60 mg、氟脲嘧啶0.5~1.0 g、丝裂霉素10~14 mg或顺铂80~100 mg。再进一步超选择性插管至肝固有动脉或左右肝动脉行栓塞治疗:先用40%碘化油10~20 ml加丝裂霉素乳化液、再用少许明胶海棉颗粒栓塞。介入治疗后定期复查AFP、B超、CT、肝区平片,再次介入治疗时血管造影,以观察疗效。两次介入治疗间隔时间前三次约30~40 d,四次以后间隔时间适当延长至2~3个月。本文63例中介入治疗一次者34例、二次者17例、三次者4例、四次者6例、五、六次者各1例,共计126例次。

2 结果

2.1 临床表现

大多数患者自觉症状改善、腹胀缓解、腹痛减轻,食欲增强、肝脏肿块缩小。AFP下降、约半数患者降至正常,少数患者可再度升高。

2.2 生存率

63例中首次介入治疗距统计日已满6个月者55例。原发性肝癌42例,32例为巨块或巨块结节型,结节型6例、弥漫型4例,生存6个月以上者24例(57.1%)、12个月以上者15例(35.7%)、18个月以上者7例(16.7%),24个月以上者2例(4.8%),其中1例生存期已达30个月。转移性肝癌13例,平均生存期8个月,最长生存14个月。原发性肝癌的分期及介入治疗方法均可影响患者生存情况(表1)。

表1 HCC分期及介入治疗方法对生存率的影响

		例数	6个月		12个月		24个月	
			生存数	生存率%	生存数	生存率%	生存数	生存率%
分期	Ⅰ期	2	2	100	2	100	2	100
	Ⅱ期	12	12	100	7	58.3		
	Ⅳ期	28	10	35.7	6	21.4		
治疗方法	HAI	11	2	18.2	1	9.1		
	HAI+HAE-I	8	5	62.5	2	25.0		
	HAI+HAE-I-GS	23	17	73.9	12	52.2	2	8.7

注:HAI:肝动脉灌注;HAI+HAE-I:HAI+肝动脉碘油栓塞;HAI+HAE-I-GS:HAI+肝动脉碘油、明胶海绵栓塞。

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