

法;但两种方法对某一具体的肝硬化患者个体分级时可能存在差异.本研究发现,12例临床Child-Pugh A级肝硬化患者中,6例 $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验肝功能分级与临床分级相符,符合率为50%;13例临床Child-Pugh B级肝硬化患者中,8例 $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验肝功能分级结果与临床分级相符,符合率为61.6%;17例临床Child-Pugh C级患者中,14例 $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验肝功能分级结果与临床相符,符合率为82.3%.肝硬化肝功能分级两种方法结果的总符合率为66.7%(28/42).究其原因,临床肝硬化肝功能各项分级指标在血中均有一个上升或下降过程,如白蛋白、凝血酶原等有长达1 mo或更长的半衰期,反映的是以往一定时期内肝功能的综合情况,不能反映肝脏细胞检测当时的情况;而肝细胞 $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验则能在检测的当时给出当日肝细胞储备及代偿状况<sup>[9]</sup>.

$^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验肝功能检测除了对内科诊断及诊疗提供精确可靠的数据外,尚有助于帮助判断患者预后<sup>[10-12]</sup>.我们对所有肝硬化患者随访6 mo后发现, $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验肝功能分级为病理性肝损害期、Child A级患者中无1例死亡; $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验肝功能Child B级患者中1例死亡,死亡率10%左右; $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验肝功能Child C级患者中4例死亡,死亡率为30%左右.由此可见,随 $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验检测肝功能损害加重,患者死亡率呈上升趋势,我们考虑, $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验结果有助于对患者预后的判断.

我们继续随访患者,增加随访人数,延长随访日期,以进一步明确 $^{13}\text{C}$ -美沙西丁呼气试验肝功能分级与肝硬化患者预后之间的关系<sup>[13]</sup>.

#### 4 参考文献

- 1 Zeng W, Zhang W, Xu S, Yang Z, Liu C, Zhu D, Wen Q, Shen Q, Wang X.  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test parameter S for liver diseases diagnosis. *Sci China C Life Sci* 1996;39:87-98
- 2 Iikura Y, Iwasaki A, Tsubaki T, Akasawa A, Onda T, Katsunuma T, Miura K, Ebisawa M, Saito H, Koya N. Study of liver function in infants with atopic dermatitis using the  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test. *Int Arch Allergy Immunol* 1995; 107:189-193
- 3 Krumbiegel P, Gunther K, Faust H, Mobius G, Hirschberg K, Schneider G. Nuclear medicine liver function tests for pregnant women and children. Breath tests with  $^{14}\text{C}$ -methacetin and  $^{13}\text{C}$ -methacetin. *Eur J Nucl Med* 1985;10:129-133
- 4 Mikhn'ova NM, Shypulin VP. Role of  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test in patients with chronic diffuse liver disease. *Lik Sprava* 2001;3:155-158
- 5 Iwasaki A, Yamashita Y, Tsubaki T, Matsuda S, Sugihara Y, Akimoto K, Akasawa A, Obata T, Iikura Y. Study of liver function in babies with atopic dermatitis by using  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test. *Arerugi* 1992;41:645-653
- 6 Lara Baruaque S, Razquin M, Jimenez I, Vazquez A, Gisbert JP, Pajares JM.  $^{13}\text{C}$ -phenylalanine and  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test to evaluate functional capacity of hepatocyte in chronic liver disease. *Dig Liver Dis* 2000;32:226-232
- 7 叶任高. 内科学. 第五版. 北京: 人民卫生出版社, 2001:468
- 8 Matsumoto K, Suehiro M, Iio M, Kawabe T, Shiratori Y, Okano K, Sugimoto T. [ $^{13}\text{C}$ ] methacetin breath test for evaluation of liver damage. *Dig Dis Sci* 1987;32:344-348
- 9 Pfaffenbach B, Gotze O, Szymanski C, Hagemann D, Adamek RJ. The  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test for quantitative noninvasive liver function analysis with an isotope-specific nondispersive infrared spectrometer in liver cirrhosis. *Dtsch Med Wochenschr* 1998;123:1467-1471
- 10 Petrolati A, Festi D, De Berardinis G, Colaiocco-Ferrante L, Di Paolo D, Tisone G, Angelico M.  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test for monitoring hepatic function in cirrhotic patients before and after liver transplantation. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18: 785-790
- 11 Ciccocioppo R, Candelli M, Di Francesco D, Ciocca F, Taglieri G, Armuzzi A, Gasbarrini G, Gasbarrini A. Study of liver function in healthy elderly subjects using the  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:271-277
- 12 Klatt S, Taut C, Mayer D, Adler G, Beckh K. Evaluation of the  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test for quantitative liver function testing. *Z Gastroenterol* 1997;35:609-614
- 13 Adamek RJ, Goetze O, Boedeker C, Pfaffenbach B, Luypaerts A, Geypens B.  $^{13}\text{C}$ -methacetin breath test: isotope-selective nondispersive infrared spectrometry in comparison to isotope ratio mass spectrometry in volunteers and patients with liver cirrhosis. *Z Gastroenterol* 1999;37:1139-1143

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 湘潭制槟榔与幽门螺旋杆菌感染相关关系研究

王恩湘, 张洪武, 李斌华, 殷成, 陈维顺, 成珍珍, 张佩华, 李明, 肖红, 张宁

王恩湘, 张洪武, 李斌华, 殷成, 肖红, 湖南省湘潭市第一人民医院  
湖南省湘潭市 411101

陈维顺, 成珍珍, 湖南省株洲市第一人民医院 湖南省株洲市 412000

张佩华, 李明, 湖南省湘潭飞鹤药业有限公司 湖南省湘潭市 411101

张宁, 湖南省南天实业有限公司 湖南省湘潭市 411104

项目负责人: 王恩湘, 411101, 湖南省湘潭市岳塘区书院路21号, 湖南省湘潭市第一人民医院消化内科. wex\_118@sina.com

电话: 0732-8669286 传真: 0732-8669005

收稿日期: 2004-02-14 接受日期: 2004-04-13

### 摘要

目的: 研究湘潭制槟榔与幽门螺旋杆菌感染相关关系.

方法: 首先随机对1 914例工矿、城市人口进行流行病学调查, 了解嚼槟榔与上消化道症状的分布情况. 之后, 从上述1 914例中随机抽取105例无临床症状的人群分成食槟

榔组 55 例, 不食组 50 例, 做血清抗 *H pylori*-IgG 检查; 另外, 在内镜室对 1 814 例有消化道症状的患者随机分成嚼湘潭制槟榔实验组 956 例和不嚼者的对照组 858 例。然后, 通过胃镜对每位患者进行镜下胃窦部取 2-3 块标本做尿素酶检测, 并进行实验室体外 *H pylori* 抑菌试验。在临床上快速尿素酶、病理切片、涂片方法找 *H pylori*, 其中上述三项中两项为阳性者为 *H pylori* 阳性, 共 60 例, 分成治疗组及对照组各 30 例, 治疗组用湘潭制槟榔每日 8-50 g, 对照组用传统三联(铋剂+氨苄青霉素+甲硝唑), 治疗 2 wk, 停药后 1 mo 复查  $^{14}\text{C}$  呼气试验。

**结果:** 流行病学调查, 1 914 例中嚼槟榔 1 236 例, 有上消化道症状的 383 例(占 30.99%), 且有上消化道症状的人中有嚼槟榔后缓解的 153 例(占 39.34%), 而不嚼槟榔者 678 例, 有上消化道症状的 215 例(占 31.71%); 血清学调查, 嚼槟榔组 55 例中, 抗 *H pylori*-IgG 阴性者 43 例(占 78.18%)、阳性 12 例(占 21.82%), 不嚼食 50 例抗 *H pylori*-IgG 阴性者 22 例(占 44%), 阳性 28 例(占 56%)。另外, 内镜调查, 两组 1 814 例中, 实验组 *H pylori* 阳性率 26.46%, 对照组 71.95% ( $P < 0.005$ )。体外小剂量湘潭制槟榔对幽门螺旋杆菌有明显的杀灭作用。临床 60 例 *H pylori* 感染患者中, 治疗组 30 例, 其中 17 例 *H pylori* 阴性(占 56.67%), 对照组 30 例中 *H pylori* 阴性 21 例(占 70%), 两组对此无明显差异 ( $P > 0.05$ ), 证明体内试验湘潭制槟榔与传统三联疗效基本相近。

**结论:** 湘潭制槟榔对幽门螺旋杆菌有很强的抑菌作用。

王恩湘, 张洪武, 李斌华, 殷成, 陈维顺, 成珍珍, 张佩华, 李明, 肖红, 张宁. 湘潭制槟榔与幽门螺旋杆菌感染相关关系研究. 世界华人消化杂志 2004;12(8):1997-2000

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1997.asp>

## 0 引言

近年, 国内外的研究已经证实, 幽门螺旋杆菌(*Helicobacter pylori*, *H pylori*)与慢性胃炎(CG)、消化性溃疡(PU)复发、发展关系明确, 而且, *H pylori* 也是胃 MALT 淋巴瘤的一个重要致病因子<sup>[1]</sup>, 是胃癌的可能协同因子。目前, 国内外学者都积极寻找根治 *H pylori* 的方法, 湘潭人有嚼湘潭制槟榔(以下简称嚼槟榔)的习俗, 有文献报导槟榔有抑制 *H pylori* 作用, 为了解湘潭制槟榔对 *H pylori* 的作用, 我院从 1996-07/2000-10, 通过流行病学调查、血清学检查、体外药敏及临床观察, 对湘潭制槟榔与 *H pylori* 感染之间的关系进行了研究, 如下。

## 1 材料和方法

**1.1 材料** 调查对象为调查嚼槟榔与上消化道疾病的分布情况, 我们在工矿、城市内随机抽查了 1 914 例, 对一般情况、是否有嚼槟榔的习惯、嚼槟榔时间、种类、及嚼槟榔与上消化道症状、疾病之间的关系进行

了详细的问卷调查, 登记于表。根据是否嚼槟榔, 我们将 1 914 例分为两组: 实验组(嚼槟榔), 对照组(不嚼槟榔)。实验组 1 236 例, 男 967 例, 女 269 例; 年龄 18-65 岁, (平均 35 岁)。对照组 678 例, 男 216 例, 女 462 例; 年龄 19-66 岁, (平均 37 岁)。实验组与对照组以是否嚼槟榔作为区分, 每日嚼槟榔 8 g 以上归入实验组, 对于偶尔嚼槟榔者归入对照组(以下归类同此)。对于上消化道症状, 在调查之前 1 a 内出现上腹痛持续 3 d 以上, 并伴有嗝气、反酸、恶心、呕吐、腹胀、黑便症状中一项以上者即登记为有上消化道症状。为调查嚼槟榔与 *H pylori* 感染的关系, 我们在上述调查对象中, 抽取 105 例无上消化道症状的人, 根据是否嚼槟榔, 分成实验组(嚼槟榔), 对照组(不嚼槟榔)。实验组 55 例, 男 42 例, 女 13 例, 年龄 25-55 岁, (平均 38.5 岁); 对照组 50 例, 男 34 例, 女 16 例, 年龄 26-54 岁, (平均 38.7 岁)。两组无明显差异 ( $P > 0.05$ )。两组均进行血清学检查(抗 *H pylori*-IgG), 并进行嚼槟榔量、每日嚼食颗数的问卷调查, 作详细记录, 登记入表。为调查湘潭制槟榔对 *H pylori* 的作用, 我们于 1996-07/1998-12, 在内镜室对 1814 例有消化道症状的城乡患者进行胃镜检查, 分成 2 组: 实验组(嚼槟榔)956 例, 其中男 651 例, 女 305 例, 年龄 17-71 岁, (平均 39.8 岁)。对照组(不嚼槟榔)858 例, 其中男 588 例, 女 270 例, 年龄 17-75 岁, (平均 39.1 岁), 两组无明显差异 ( $P > 0.05$ )。1 814 例患者进行胃镜检查及尿素酶试验之前, 均进行是否有嚼槟榔的习惯, 嚼槟榔的时间长短, 每日嚼槟榔颗数的询问调查, 并作详细登记。在完成询问调查后, 再对受检者进行胃镜检查。步骤: 在胃窦部取活检组织 2-3 块, 放置于福建三强公司生产的 *H pylori* 快速诊断(SQH104)试剂孔内, 室温孵育 30 min 后观察变色情况, 2-3 孔均为阳性者为阳性, 否则为阴性。为证实湘潭制槟榔对 *H pylori* 感染的治疗作用, 在内镜室对有消化道症状的患者, 采用日本富士能 EG-200CP 电子胃镜作胃镜检查, 并在胃窦部取黏膜 2-3 块分别做快速尿素酶试验(在室温下, 观察时间为 30 min), 病理切片找 *H pylori*, 涂片查找 *H pylori*。上述三项中两项阳性者即可列入观察病例, 我们从中选择了 60 例患者, 随机分为实验组(嚼槟榔)及对照组(采用传统三联治疗)各 30 例。实验组中男 24 例, 女 6 例, 年龄 22-57 岁, (平均 38.5 岁); 对照组中男 29 例, 女 1 例, 年龄 16-63 岁, (平均 40.0 岁)。两组无明显差异 ( $P > 0.05$ )。实验组采用湘潭制槟榔每日 8-50 g, 连续嚼服 2 wk, 不用其他对 *H pylori* 有杀灭作用的药物; 对照组用传统三联(铋盐+氨苄青霉素+甲硝唑)3 次/d, 连续服用 2 wk。两组均于停药后 1 mo 采用  $^{14}\text{C}$ -呼气试验复查 *H pylori*。

**1.2 方法** 将湘潭制槟榔(水取法)配制成 3 kg/L 的提取液(原药量)。采用 K-B 法(琼脂扩散法): (1)试剂配制: (a)培养基: 取 SKirrow 培养基干粉适量, 按比例蒸馏水稀释, 高压消毒后, 然后加入羊血, 加入抗生素(万古霉素、多粘菌素、二性霉素 B、TMP)。 (b)槟榔提取液的

配制: 将槟榔提取液对比稀释为10个不同浓度, 并调节其PH值至6.5-7.5. (2)方法: (a) *Hp*菌种制备: 胃镜下胃黏膜活检, SKirrow培养基上微需 $O_2$ 培养出*H pylori*后, 经生化鉴定(尿素酶试验阳性、触酶试验阳性、氧化酶试验阳性、硝酸盐还原试验阴性、葡萄糖试验阴性)及细菌染色(革兰氏染色阴性)确认, 并转种纯化后备用. (b)药敏方法: 将*H pylori*菌种制成1个麦氏单位浓度悬液, 接种在SKirrow培养基上, 用无菌打孔器在已转种*H pylori*的琼脂板上打孔, 孔径6 mm, 将不同浓度的槟榔稀释液按孔编号顺序加入到各孔内. 培养皿放入厌气培养箱内, 抽气换气, 使箱内保持5 mL/L  $O_2$ , 100 mL/L  $CO_2$ , 85 mL/L  $N_2$ , 37 °C培养4-5 d.

湘潭制槟榔一般采用海南生长的新鲜槟榔果的壳制作而成, 首先洗干净、消毒、干燥, 然后, 用粮食酿造的酒泡30 min后干燥, 再切成两半(平均每半约8 g), 加入一些香料, 则成湘潭制槟榔.

**统计学处理** 根据问卷的结果以及胃镜检查结果及尿素酶试验结果, 比较二者结果, 采用 $\chi^2$ 检验进行统计学处理, 并进行分析.

## 2 结果

**2.1 临床调查** 问卷调查1 914例, 实验组1 236例, 其中853例(占69.01%)无消化道症状, 对照组678中463人(占68.28%)无症状, 两组比较无明显差异( $\chi^2=0.07$ ,  $P>0.5$ ), 具有可比性.

105例血清学调查中, 实验组55例中, 抗*H pylori*-IgG阳性者12例, 占21.82%, 对照组50例中, 抗*H pylori*-IgG阳性者28例, 占56%. 两组对比有显著差异( $\chi^2=335.7826$ ,  $P<0.005$ ), 说明嚼湘潭制槟榔者*H pylori*阳性率低, 间接说明湘潭制槟榔对*H pylori*有杀灭作用.

1 814例患者中, 实验组956例: 其中*Hp*阳性者为253例, *Hp*阴性者703例, 阳性率26.46%; 对照组858例患者中, 其中*Hp*阳性者为596例, 阳性率为71.95%. 两组对比有显著差异( $\chi^2=335.7826$ ,  $P<0.005$ ), 说明湘潭制槟榔对HP有抑菌作用.

**2.2 实验组中嚼槟榔的时间及食用量** 统计发现嚼槟榔1-5 a时间, 每日量在1颗以上者有438例, 其中*Hp*阳性者123例, 阴性者315例, 阳性率28.08%, 嚼槟榔5 a以上, 每日量在5颗以上者, 共有518例, 其中阳性者130例, 阴性者388例, 阳性率25.14%. 二者比较无明显差异( $P>0.25$ ). 说明嚼槟榔时间长短, 食嚼量多少与*Hp*感染抑菌作用无明显关系.

**2.3 体外*H pylori*抑菌结果** 观察到以3 kg/L(原液)滴入孔周围(孔内槟榔原液量0.16 956 g)有5 cm的抑菌圈, 1/16浓度原液管孔(孔内槟榔原液量0.0 106 g)及加碱性制剂的1/64浓度原液周围有2.5 cm的抑菌圈, 再对倍稀释孔周围有零星菌落生长.

**2.4 实验组中嚼槟榔的时间及食用量** 统计发现嚼槟榔

1-5 a时间, 每日量在1颗以上者有438例, 其中*H pylori*阳性者123例, 阴性者315例, 阳性率28.08%, 嚼槟榔5 a以上, 每日量在5颗以上者, 共有518例, 其中阳性者130例, 阴性者388例, 阳性率25.14%. 二者比较无明显差异( $P>0.25$ ). 说明嚼槟榔时间长短, 食嚼量多少与*H pylori*感染抑菌作用无明显关系.

*H pylori*阳性60例患者, 分为治疗组对照组, 各30例, 治疗组根除率为17例(56.7%), 对照组为21例(70.0%), 两组比较无明显差异( $P>0.05$ ). 说明: 单用湘潭制槟榔与传统三联抗*H pylori*作用, 后者较前者稍强, 但基本相近.

## 3 讨论

*H pylori*感染是引起胃炎、消化性溃疡及消化道肿瘤的一个重要致病因素, 根除*H pylori*也就成为我们治疗胃炎、消化性溃疡的一项重要措施, 也是预防消化道肿瘤发生的一种手段. 为此, 近年中国消化专家组提出了*H pylori*根治方案<sup>[2-3]</sup>, 同时也提出了开发中医药的治疗途径. 我们也研究了湘潭制槟榔与*H pylori*的关系. 我们对工矿、城市自然人群的流行病学调查, 结果显示, 1 914例中, 1 236例中383例有上消化道症状(占30.99%), 对照组678例中215例有上消化道症状(占31.70%), 从中看出, 嚼槟榔组的上消化道症状发生率较不嚼槟榔组略低, 但无统计学意义( $P>0.5$ ), 说明嚼槟榔与上消化道症状无关. 在我们血清学调查中, 被检105例均为上述流行病学调查中的人群. 结果显示: 两组比较有明显差异( $P<0.005$ ). 内镜下尿素酶测定*H pylori*, 尿素酶检测其敏感比较特异性高, 适用于胃镜*H pylori*调查<sup>[4]</sup>, 结果显示, 两组的有明显差异( $P<0.005$ ). 综上所述, 说明槟榔有明显抑制*H pylori*作用. 在实验室药敏试验中, 结果显示: 小剂量湘潭制槟榔对*H pylori*有很强的抑菌作用; 体内试验中. 治疗组30例中有17例根除*H pylori*(占56.7%), 两组比较无明显差异( $P>0.05$ ), 说明单用湘潭制槟榔与传统三联组疗效比较, 基本相近. 而明显高于甲硝唑3-20%, 氨苄青霉素的31%, 铋盐20%, 呋喃唑酮的44%, 克拉霉素的42-45%, 说明湘潭制槟榔单一用药效果较好, 对*H pylori*的杀菌作用很强, 也为以后组成新的抗*H pylori*方案提供科学依据.

在临床上, 有时我们应用抗*H pylori*的药物效果不是很理想, 这与*H pylori*对抗生素的耐药性有关<sup>[5, 7]</sup>. 而一些中药对*H pylori*的治疗有较好的效果<sup>[6]</sup>. 且我们通过在内镜室的观察、实验室以及临床疗效观察得出, 也证实了湘潭制槟榔对*H pylori*感染有很强的杀灭作用, 其药理机制可能与下列因素有关: 湘潭制槟榔PH值较高PH(6.5-7.5), 破坏*H pylori*的生长环境, 使之不能正常生长; 湘潭制槟榔中的槟榔碱、槟榔次碱的生物作用, 致使菌体麻痹、中毒死亡; 湘潭制槟榔食法是嚼, 从而可刺激胃肠蠕动, 使之有效成分能充分渗入胃小凹中而发挥作用的缘故. 但是, 根据我们掌握的资料显示,

嚼槟榔可引起口腔黏膜白斑, 损伤牙釉质, 对人体产生不良反应. 因此, 我们建议改进传统的槟榔生产工艺, 以减少嚼槟榔造成的不良反应, 或者通过进一步研究, 从槟榔中提取杀灭 *H pylori* 的有效成分制成药品, 与其他的抗生素组合成新的治疗方案, 以根除 *H pylori* 造福人类.

#### 4 参考文献

1 崔梅花, 胡伏莲. 幽门螺杆菌的致病因子. 世界华人消化杂志

2003;11:1993-1996

2 邓世荣, 凌利霞, 黄伟平, 龙仕柏, 杨秀华. 槟榔治疗幽门螺杆菌感染的临床观察. 中医杂志 1993;34:605-606

3 周殿元, 张万岱. 关于幽门螺杆菌若干问题的意见(草案). 中华消化杂志 1997;17:287-288

4 徐玲珍, 付祖建, 郭石, 江智贵. 尿素酶水解试验检测幽门螺杆菌的临床意义的再评价. 中华消化杂志 1997;17:305

5 梁晓, 刘文忠, 陆红, 徐蔚文, 萧树东. 幽门螺杆菌体外诱导耐药试验和耐药率监测. 中华消化杂志 2003;23:146-149

6 吴达生, 王哲蔚, 印林妹. 健胃愈疡片治疗幽门螺杆菌相关胃炎和溃疡疗效观察. 中国医生杂志 2000;2:750-751

7 郝庆, 李岩. 幽门螺杆菌耐药的分子基础. 世界华人消化杂志 2001;9:1285-1287

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 重症肝炎并发急性胰腺炎 25 例

金洲祥, 黄生福, 张 威

金洲祥, 黄生福, 张威. 中南大学湘雅二医院肝胆外科 湖南省长沙市 410011  
项目负责人: 金洲祥, 410011, 湖南省长沙市人民路 86 号, 中南大学湘雅二医院肝胆外科. jinzhoumail@hotmail.com  
收稿日期: 2004-05-31 接受日期: 2004-06-17

### 摘要

目的: 分析 25 例重症肝炎并发急性胰腺炎的临床特点, 以加深对该病的认识.

方法: 收集 25 例患者肝炎类型、临床表现、实验室检查、治疗情况等方面的数据, 并评估其预后.

结果: 在重症肝炎并发急性胰腺炎患者 25 例中水肿性胰腺炎 24 例, 急性重症胰腺炎 1 例. 24 例为乙肝病毒型肝炎, 1 例为甲肝病毒型肝炎. 25 例患者都有腹痛, 常伴有发热、呕吐、腹胀等症状. 经过禁食、抑酶、抗感染等治疗, 死亡 7 例, 预后差.

结论: 临床医师应重视对该病的认识、诊断与治疗.

金洲祥, 黄生福, 张威. 重症肝炎并发急性胰腺炎 25 例. 世界华人消化杂志 2004;12(8):2000-2001

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2000.asp>

### 0 引言

急性胰腺炎是由于各种原因引起胰腺消化酶在胰腺内被激活而发生胰腺自身消化的化学炎症为主的疾病. 重症肝炎是病毒性肝炎中病情最为严重的临床类型, 死亡率高<sup>[1-2]</sup>. 重症肝炎并发急性胰腺炎后病情加重, 但临床表现常被原发病所掩盖, 往往不易早期发现, 延误治疗, 预后凶险. 我院 2002-01-01/2004-01-01 共收治重症肝炎患者 508 例, 其中并发急性胰腺炎 25 例, 现

报道如下.

### 1 材料和方法

1.1 材料 在 25 例患者中, 男 21 例, 女 4 例, 年龄 22-50(平均 40 岁). 其中慢性乙型重症肝炎 22 例, 亚急性乙型重症肝炎 2 例, 重症甲型肝炎 1 例.

1.2 方法 重症肝炎诊断均符合 1995-05(北京)第五次全国传染病寄生虫病学术会修订的病毒性肝炎防治方案诊断标准. 临床表现有腹痛, 伴呕吐、恶心(60%)及腹膜炎体征(16%)等, 血淀粉酶高于正常参考值 3 倍以上, B 超提示胰腺急性炎性改变, 患者发病前患者无暴饮暴食、无酗酒, 临床未发现胆道疾病、高脂血症和高血钙等. 25 例患者血淀粉酶均大于 5 001 nkat/L(干化学法, 正常值 0-1 667 nkat/L), 20 例患者尿淀粉酶大于 13 336 nkat/L(干化学法, 正常值 0-13 336 nkat/L). 血淀粉酶最高达 28 772 nkat/L, 尿淀粉酶最高达 66 363 nkat/L. 24 例水肿性胰腺炎患者中 18 例 B 超提示胰腺体积增大, 6 例回声不均匀, 包膜欠光整; 1 例急性重症胰腺炎患者 B 超提示胰腺大量不规则、不均匀强回声, 胰周大量积液. 治疗上给予禁食, 胃肠减压, 抑酶, 解痉, 抗生素抗感染及护肝治疗.

统计学处理 采用 SPSS10.0 软件实施统计, 用  $\chi^2$  检验比较各组死亡率之间的差异,  $P < 0.05$  表示差异有显著性.

### 2 结果

有 18 例存活, 患者病程约 7-14(平均 8.6 d), 出院时症状体征消失、血淀粉酶均恢复正常. 死亡 7 例中 4 例治疗效果不佳(包括 1 例急性重症胰腺炎), 整个病程腹