

时也对指导母乳喂养提供了可靠依据. 因此, 对乙肝血清学指标(HBeAg、Pre-S<sub>1</sub>)阳性, HBV DNA含量高的产妇应积极采取措施, 可以降低母婴的感染率.

#### 4 参考文献

- 1 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案. 中华肝病杂志 2000;8:324-329
- 2 Chang MH, Hsu HY, Ni YH, Tsai KS, Lee PI, Chen PJ, Hsu YL, Chen DS. Precore stop codon mutant in chronic hepatitis B virus infection in children: its relation to hepatitis B e seroconversion and maternal hepatitis B surface antigen. *J Hepatol* 1998;28:915-922
- 3 吴俭, 曾义岚, 胡蓉, 唐洪玉. 乙肝病毒携带者围产期垂直传播防治策略探讨. 四川医学 2000;21:947-948
- 4 钱宇平. 流行病学. 北京: 人民卫生出版社, 1998:38
- 5 Sharma R, Malik A, Rattan A, Iraqi A, Maheshwari V, Dhawan R. Hepatitis B virus infection in pregnant women and its transmission to infants. *J Trop Pediatr* 1996;42:352-354
- 6 Gupta I, Sehgal A, Sehgal R, Ganguly NK. Vertical transmission of hepatitis B in north India. *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 1992;36:263-267
- 7 Pfaff E, Klinkert MQ, Theilmann L, Schaller H. Characterization of large surface proteins of hepatitis B virus by antibodies to preS-S encoded amino acids. *Virology* 1986;148:15-22
- 8 Neurath AR, Kent SB, Strick N, Parker K. Identification and chemical synthesis of a host cell receptor binding site on hepatitis B virus. *Cell* 1986;46:429-436

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 重症急性胰腺炎并发上消化道出血 33 例

薛平, 黄宗文, 李永红, 王忠朝, 郭佳, 游真

薛平, 黄宗文, 李永红, 王忠朝, 郭佳, 游真, 四川大学华西医院中西医结合科 四川省成都市 610041

通讯作者: 黄宗文, 610041, 四川省成都市外南国学巷37号, 四川大学华西医院中西医结合科. huangzongwen@medmail.com.cn

电话: 028-85422556

收稿日期: 2005-03-09 接受日期: 2005-04-01

### 摘要

**目的:** 探讨重症急性胰腺炎并发上消化道出血的临床特征及防治方法.

**方法:** 统计分析我院 1996-01-01/2003-12-31 收治的 1161 例 SAP 患者中, 并发上消化道出血者 33 例, 将其分成早期组和晚期组, 对比分析其临床特征.

**结果:** SAP 并发上消化道出血的发生率为 2.84%, 在发病 3 d 内出血 12 例(36.7%), 3-7 d 内出血 4 例(12.1%), 7-14 d 出血 3 例(9.1%), 14 d 后出血 14 例(42.1%); 出血后 1 d 内死亡率为 54.5%(18/33 例), 3 d 内死亡率为 81.8%(27/33 例), 早期组死亡率为 87.5%(14/16 例); 早期组出血前糖皮质激素的使用率高于晚期组(75.0% vs 23.5%,  $P = 0.003$ ); 晚期组出血前手术率高于早期组(70.6% vs 31.3%,  $P = 0.024$ ); 晚期组休克发生率高于早期组(12.5% vs 64.7%,  $P = 0.002$ ); 晚期组发热发生率高于早期组(37.5% vs 88.2%,  $P = 0.004$ ); 痰、大便、引流物及血培养证实有感染者也高于早期组(31.3% vs 76.5%,  $P = 0.009$ ).

**结论:** SAP 早期上消化道出血有 3 d 内和 14 d 后 2 个高峰期,

在出血后 3 d 内死亡率极高. 早期可能与应激和激素的使用等因素有关, 晚期可能与手术引起的应激和感染引起的 DIC 有关, 预防应激性溃疡的发生和减少休克及感染引起的 DIC, 有望减少 SAP 并发上消化道出血.

薛平, 黄宗文, 李永红, 王忠朝, 郭佳, 游真. 重症急性胰腺炎并发上消化道出血 33 例. 世界华人消化杂志 2005;13(10):1233-1235

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1233.asp>

### 0 引言

重症急性胰腺炎(SAP)是常见的急腹症之一, 其并发上消化道出血的发生率虽然不高, 但病情凶险, 死亡率极高, 有学者<sup>[1]</sup>称其为致死性胰腺炎. 现将我院收治的 SAP 中并发上消化道出血的病例 33 例报道如下.

### 1 材料和方法

**1.1 材料** 1996-01-11/2003-12-31 我院共收治 SAP 1161 例, 均符合中华医学会关于 SAP 的诊断标准, 男 695 例, 女 466 例, 中位年龄 48.5(8-87)岁, 入院后经胃肠减压、抗感染、补充血容量、抑制胃酸、维持内环境的稳定、对症支持治疗及中医药“柴苓承气汤”灌肠和管喂, 出现呼吸衰竭转 ICU 呼吸机辅助呼吸治疗, 出现腹腔室间隔综合征、病情加重、胰腺坏死伴感染及胰周脓肿内科治疗无效者转外科手术治疗. 共死亡 118 例. 纳入标准: SAP 发病后出现呕血或黑便, 经呕吐物、大便隐血实验及胃镜检查

诊断有上消化道出血的所有病例. 排除标准: SAP发病前有血液系统疾病及其他影响凝血功能疾病的病例.

1.2 方法 将符合纳入和排除标准的33例患者, 按其出血时间早晚, 分成早期组和晚期组. 早期组: 发病7 d内出现上消化道出血者, 共16例, 男10例, 女6例, 年龄 $46.8 \pm 14.3$  (16-78)岁; 晚期组: 发病7d后出现上消化道出血, 共17例, 男13例, 女4例, 年龄 $50.1 \pm 12.8$  (18-86)岁.

统计学处理 运用SPSS软件进行 $t$ 检验和 $\chi^2$ 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$ .

## 2 结果

2.1 在1161例SAP患者中, 并发上消化道出血者33例, 其发生率为2.8%, 发病3 d内出血12例(36.7%), 3-7 d内出血4例(12.1%), 7-14 d出血3例(9.1%), 14 d后出血14例(42.1%). 早期组有胆道系统疾病5例, 暴饮暴食8例, 消化道溃疡2例; 晚期组有胆道系统疾病8例, 暴饮暴食7例. 死亡27例(81.8%), 早期14例(87.5%), 晚期13例(76.5%). 出血后1 d内死亡18例(54.5%), 3 d内死亡27例(81.8%). 33例患者入院第1 d Ranson、CT及APACHE II的平均评分值分别为 $4.97 \pm 2.08$ 、 $8.16 \pm 2.15$ 及 $12.39 \pm 5.75$ . 早期组和晚期组入院第1 d Ranson评分、CT评分及APACHE II评分均无明显差异( $P > 0.05$ , 表1).

表1 相关参数比较(mean  $\pm$  SD)

相关参数	早期组( $n = 16$ )	晚期组( $n = 17$ )
Ranson 评分	$5.13 \pm 2.42$	$4.82 \pm 1.78$
CT 评分	$7.33 \pm 2.45$	$8.63 \pm 1.89$
APACHE II 评分	$12.81 \pm 5.36$	$12.00 \pm 6.24$

2.2 上消化道出血促进因素比较 早期组上消化道出血前激素的使用率明显高于晚期组( $P = 0.003$ ); 晚期组上消化道出血前手术率高于早期组( $P = 0.024$ ); 晚期组休克发生率高于早期组( $P = 0.002$ ); 晚期组发热发生率高于早期组( $P = 0.004$ ); 痰、大便、引流物及血培养证实有感染者也高于早期组( $P = 0.009$ , 表2).

表2 上消化道出血促进因素比较(例, %)

上消化道出血促进因素	早期组( $n = 16$ )	晚期组( $n = 17$ )
手术	5(31.3)	12(70.6) <sup>a</sup>
休克	2(12.5)	11(64.7) <sup>b</sup>
心功能衰竭	6(37.5)	12(70.6)
$T > 38.5^{\circ}\text{C}$	6(37.5)	15(88.2) <sup>b</sup>
使用激素	12(75.0)	4(23.5) <sup>b</sup>
感染	5(31.3)	13(76.5) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> $P < 0.05$ ; <sup>b</sup> $P < 0.01$  vs 早期组.

## 3 讨论

SAP的并发症多, 死亡率高, 虽然并发上消化道出血的发生率不高, 但SAP一旦并发上消化道出血, 其死亡率就大大升高. 有学者<sup>[1]</sup>称之为“致死性胰腺炎”. 本组资料显示: 其死亡率为81.8%, 早期尤为突出(87.5%), 明显高于我院同期的10.8%<sup>[2]</sup>. 本组资料还显示: 在发病3 d内出血12例(36.7%), 3-7 d内出血4例(12.1%), 7-14 d出血3例(9.1%), 14 d后出血14例(42.1%), 有明显的2个高峰期. 出血后1 d内死亡率为54.5%(18/33例), 3 d内死亡率为81.8%(27/33例), 表明SAP并发上消化道出血可能是导致其死亡的直接原因. 早期上消化道出血组和晚期组入院第1 d的Ranson评分、CT评分及APACHE II评分无差异( $P > 0.05$ ), 但早期组在上消化道出血前, 其激素的使用率明显高于晚期组( $P = 0.003$ ), 这可能与激素的使用导致应激性溃疡发生, 从而引起上消化道出血有关, 也可能因为其病情本身严重有关(我院使用激素的指征是: SAP急性期出现严重的呼吸道损伤). 晚期组上消化道出血前手术率及休克、感染的发生率明显高于早期组, 这可能与手术的刺激引起应激性溃疡出血有关<sup>[3]</sup>, 也可能与晚期感染及休克, 导致机体发生DIC有关.

由于SAP并发上消化道出血的死亡率极高, 因而, 正确防治上消化道出血可以降低SAP的死亡率. 预防上消化道出血的关键是: SAP早期, 尽量减少糖皮质激素等可诱发应激性溃疡发生因素的刺激, 如: 在SAP发病初期应适当应用抑制胃酸的药物, 预防应激性溃疡的发生<sup>[4]</sup>; SAP后期, 积极加强营养支持, 防治晚期感染等有可能导致DIC发生的因素的刺激; 在SAP的病程中尽早空肠内营养(EN)可减少胃肠功能衰竭的发生, 降低其并发上消化道出血的发生率; 手术治疗SAP胰周囊肿或脓肿等后期并发症前, 预防性的应用抑制胃酸的药物, 可减少其后期上消化道出血的发生. 有学者认为上消化道出血发生后局部应用高渗性冰盐水加去甲肾上腺素或凝血酶口服, 同时用氢离子泵抑制剂和生长抑素等治疗<sup>[4-5]</sup>. 总之, SAP并发上消化道出血有3 d内和14 d后2个高峰期, 消化出血发生后, 在3 d内死亡率达81.8%. 早期可能与应激性溃疡的发生有关, 晚期可能与DIC有关, 减少应激、感染及休克, 可减少DIC发生, 从而减少其上消化道出血, 有可能进一步降低SAP的死亡率.

## 4 参考文献

- 1 Flati G, Andren-Sandberg A, La Pinta M, Porowska B, Carboni M. Potentially fatal bleeding in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention, and treatment. *Pancreas* 2003; 26:8-14
- 2 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案). *胰腺病学* 2004;4:35-38
- 3 刘续宝, 蒋俊明, 黄宗文, 田伯乐, 胡伟明, 夏庆, 陈光远, 李全生, 袁朝新, 罗传新, 严律南, 张肇达. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床研究(附1367例报告). *四川大学学报(医学版)* 2004;35:204-208
- 4 刘亚光, 宋波, 严琦敏, 李阳, 张文福. 重症急性胰腺炎术后合并

5 上消化道大出血 16 例临床分析. 肝胆外科杂志 2001;9:438-440  
潘雪, 张文俊, 李兆申, 许国铭, 尹宁, 王东, 施新岗, 雷贝拉唑对

重症急性胰腺炎患者上消化道出血的预防作用. 胃肠病学 2004;  
9:30-32

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 结肠良恶性肿瘤的关系及其发病规律

刘希双, 刘思良, 王光兰, 戴素美, 张民生, 张翠萍

刘希双, 刘思良, 王光兰, 戴素美, 张民生, 张翠萍, 青岛大学医学院附属医院消化内科 山东省青岛市 266003  
通讯作者: 刘希双, 266003, 山东省青岛市江苏路 16 号, 青岛大学医学院附属医院消化内科. liuxishuang1@sina.com  
电话: 0532-2911525  
收稿日期: 2005-03-12 接受日期: 2005-04-13

### 摘要

**目的:** 探讨结肠良恶性肿瘤的发生规律及二者间的关系, 以提高结肠镜的使用效益和减少不必要的误诊和漏诊。

**方法:** 对 4943 例有消化系统症状的患者行结肠镜检查时发现的结肠肿瘤按性别、年龄、发生部位、病理学结果等因素进行分析。

**结果:** 男性结肠息肉和癌的检出率分别为 33.3% 和 16.0%, 均较女性的 21.6% 和 11.8% 高; 检出率随年龄增长而逐渐增加, 结肠息肉检出高峰均在 60 岁年龄组, 男性结肠癌的检出高峰位于 70 岁以上年龄组, 女性则在 50 岁年龄组, 且在 40 和 50 岁年龄组中检出率和检出人数均高于男性。结肠癌和腺瘤癌变均好发于直肠; 息肉多发于乙状结肠和直肠。腺瘤性息肉不典型增生的发生率为 15.9%, 男性右半结肠发生率较高, 在各肠段分布相近; 而女性主要发生于直肠和乙状结肠, 并明显高于其他肠段。腺瘤癌变在女性主要发生于含绒毛结构的腺瘤, 在男性则以管状腺瘤为主。26.6% 患者的结肠息肉为单发, 10.8% 局限多发于某一肠段, 62.6% 为多肠段同时存在; 结肠癌与息肉共存者占结肠癌患者的 34.6%, 占结肠息肉的 17.5%; 3.2% 为同时性多原发性结肠癌; 直径  $<0.5$  cm 的息肉状病变可以是类癌或腺瘤性息肉(伴 / 或不伴不典型增生)。

**结论:** 结肠息肉和结肠癌是年龄相关性疾病, 其发生存在着年龄、性别、部位、发病机制的差异; 对息肉状病变应重视其病理学检查, 逐个取活检, 以减少不必要的误诊和漏诊; 对 40 岁以上有肠道症状的人群最好行全结肠镜检查。

刘希双, 刘思良, 王光兰, 戴素美, 张民生, 张翠萍. 结肠良恶性肿瘤的关系及其发病规律. 世界华人消化杂志 2005;13(10):1235-1238  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1235.asp>

### 0 引言

结肠肿瘤在我国是一常见病, 尤其随着近几年来结肠镜的应用增多, 其发现率越来越高, 也易被早期诊断, 显示出了结肠镜比钡灌肠检查的优势, 公认全结肠镜检查是诊断结肠肿瘤的金标准<sup>[1]</sup>. 但是由于我国医疗资源相对不足, 如何既把有效的医疗资源用于最需要的人群又能减少结肠肿瘤的漏诊和误诊, 是急需解决的问题. 因此, 我们对近 5 a 经电子结肠镜检出的结肠良恶性肿瘤进行回顾性分析, 探讨其发生规律及二者间的关系, 以期对提高结肠镜的使用效益和预防良性肿瘤恶变起到一定的指导作用。

### 1 材料和方法

#### 1.1 材料

1.1.1 病例入选标准 (1) 有消化系统疾病的症状, 主要包括腹痛、腹泻、腹胀、腹部不适、便秘、大便习惯改变、便血、消瘦等; (2) 肠道准备良好, 不影响结肠黏膜的观察; (3) 结肠镜到达回盲部; (4) 病历资料齐全; (5) 年龄  $\geq 13$  岁. 4943 人符合标准入选该研究, 男 2 490 人, 女 2 453 人, 男: 女为 1.02:1, 年龄 13-87 岁, 平均年龄 55 岁 (平均数和中位数), 在 50 岁以下组入选人数中女性略多于男性, 在 50 岁以上组男性稍多于女性。

1.1.2 病例剔除标准 (1) 有结肠手术史; (2) 有炎症性肠病史, 包括 Crohn's 病和溃疡性结肠炎; (3) 肠道准备不良, 影响黏膜的观察; (4) 病历资料不全; (5) 结肠镜未到达回盲部; (6) 结肠息肉病; (7) 年龄  $<13$  岁。

1.1.3 仪器设备 使用 Olympus 公司 EVIS 系列 CF-240I 电子结肠镜、活检钳、显微镜。

1.2 方法 凡在结肠镜检查时发现有结肠肿瘤, 均根据结肠标志和黏膜特点确定其部位, 每一病变至少取一块组织分别行组织病理学检查, 按 WHO 标准<sup>[2]</sup>分类, 详细、准确地记录结果。

统计学处理 使用 SPSS 和 PPMS1.5 (青岛大学医学院