

早期集束化治疗对急性重症胰腺炎并发脓毒症休克患者预后的影响

逯锦涛, 张津华, 林磊, 罗松平, 张艳凯, 何勇, 段宝民

逯锦涛, 张津华, 林磊, 罗松平, 张艳凯, 何勇, 段宝民, 开封市第一人民医院急诊科 河南省开封市 475000

逯锦涛, 主任医师, 主要研究方向为急诊和危重症医学。

作者贡献分布: 本研究由逯锦涛负责课题设计; 张津华、林磊、罗松平、张艳凯及何勇负责收集资料和临床观察; 张津华负责资料汇总和统计学分析; 段宝民负责业务指导和文章撰写。

通讯作者: 段宝民, 副主任医师, 475000, 河南省开封市河道街85号, 开封市第一人民医院急诊科。dbm1@163.com
电话: 0378-5672811

收稿日期: 2011-12-07 修回日期: 2012-01-09

接受日期: 2012-01-18 在线出版日期: 2012-03-08

Early bundle therapy improves the prognosis of patients with severe acute pancreatitis and septic shock

Jin-Tao Lu, Jin-Hua Zhang, Lei Lin, Song-Ping Luo, Yan-Kai Zhang, Yong He, Bao-Min Duan

Jin-Tao Lu, Jin-Hua Zhang, Lei Lin, Song-Ping Luo, Yan-Kai Zhang, Yong He, Bao-Min Duan, Emergency Department, the First People's Hospital of Kaifeng, Kaifeng 475000, Henan Province, China

Correspondence to: Bao-Min Duan, Associate Chief Physician, Emergency Department, the First People's Hospital of Kaifeng, Kaifeng 475000, Henan Province, China. dbm1@163.com

Received: 2011-12-07 Revised: 2012-01-09

Accepted: 2012-01-18 Published online: 2012-03-08

Abstract

AIM: To evaluate the influence of early bundle therapy on the prognosis of patients with severe acute pancreatitis and septic shock.

METHODS: A total of 63 patients with severe acute pancreatitis and septic shock were included in the study. The vital signs of all patients were monitored continuously, and all patients were given operational treatment within 72 hours of admission. These cases were divided into two groups: group A ($n = 31$) was treated with anti-infection and fluid infusion to elevate blood pressure, and group B ($n = 32$) underwent early bundle therapy. The curative effect of anti-shock therapy within 24 hours and mortality within one month were observed.

RESULTS: The curative effect of anti-shock within 24 hours was significantly lower in group A than in group B (38.71% vs 68.75%, $P = 0.017$), and the mortality within one month was significantly higher in group A than in group B (70.97% vs 43.75%, $P = 0.029$).

CONCLUSION: Early bundle therapy can improve prognosis and reduce mortality in patients with severe acute pancreatitis and septic shock.

Key Words: Bundle therapy; Septic shock; Severe acute pancreatitis; Prognosis

Lu JT, Zhang JH, Lin L, Luo SP, Zhang YK, He Y, Duan BM. Early bundle therapy improves the prognosis of patients with severe acute pancreatitis and septic shock. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2012; 20(7): 619-621

摘要

目的: 观察早期集束化治疗对于急性重症胰腺炎并发脓毒症休克患者预后的影响。

方法: 63例急性重症胰腺炎并发脓毒症休克患者分为2组, 所有患者进行生命体征监测, 并且均在入院72 h内进行手术治疗, 后返回重症监护室进行加强治疗。A组($n = 31$)进行一般性抗感染和补液升压治疗, 维持血压在90/60 mmHg以上; B组($n = 32$)进行集束化治疗。1 h内给予抗生素治疗; 补液20 mL/kg; 维持平均动脉压 ≥ 65 mmHg, 中心静脉压 ≥ 8 mmHg, 控制血糖3.3 mmol/L内, 应用甲强龙、机械通气等。观察抗休克治疗24 h的疗效和1 mo内死亡率。

结果: 两组患者在性别、年龄、APACHE II评分方面没有统计学差异($P > 0.05$), 具有可比性。A组患者抗休克治疗有效率38.71%(12/31), 死亡率70.97%(22/31), B组患者抗休克治疗有效率68.75%(22/32), 死亡率43.75%(14/32, $P < 0.05$)。

结论: 早期集束化治疗可以改善急性重症胰腺炎并发脓毒症休克患者预后。

■背景资料

急性重症胰腺炎治疗方法很多, 各人和各地均有不同的治疗亮点, 但是目前急性重症胰腺炎仍然是具有较高并发症和死亡率的严重疾病。

■同行评议者

谷俊朝, 主任医师, 首都医科大学附属北京友谊医院普外科

■研究前沿

集束化治疗在危重病治疗领域已有一定基础,在维持和抢救患者生命等方面已经取得了一些成绩。如休克/呼吸/感染等。

关键词: 集束化治疗; 急性重症胰腺炎; 脓毒症休克; 预后

逯锦涛, 张津华, 林磊, 罗松平, 张艳凯, 何勇, 段宝民. 早期集束化治疗对急性重症胰腺炎并发脓毒症休克患者预后的影响. 世界华人消化杂志 2012; 20(7): 619-621

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/20/619.asp>

0 引言

急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)并发感染在临床上不少见,有些患者由于感染出现脓毒症休克(septic shock)^[1],甚至导致死亡^[2,3]。同时,这些患者经过早期积极治疗后,能获得很大程度的改善,治疗价值很大^[4,5]。我们观察了早期集束化治疗对于SAP并发脓毒症休克患者的疗效,报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料 对2008-06/2011-06在我院急诊科重症监护室住院的SAP患者进行回顾性研究。SAP的诊断按照中华医学会外科学分会胰腺外科学组于2007年制定的《重症急性胰腺炎诊治指南》推荐的标准^[6]。脓毒症休克的诊断按照《2004严重感染和感染性休克治疗指南》推荐的标准^[7]。入选标准: 年龄30-65岁,从SAP发病到住院在12 h内,经过影像学检查明确为SAP,住院后10 d内发生脓毒症休克。排除标准: 发病超过12 h,在外院进行手术治疗后转入我院,入院前已经存在脓毒症休克,治疗期间放弃治疗措施或自动出院者。

共有63例资料完整的SAP并发脓毒症休克患者纳入回顾性分析研究。分为2组: A组进行一般性抗感染和补液升压治疗, B组进行早期集束化治疗^[2]。A组患者31例,男20例,女11例,年龄32-60(平均年龄 42.03 ± 19.41)岁, APACHE II评分^[8] 16.50 ± 5.56 。B组患者32例,男19例,女13例,年龄30-65(平均年龄 40.76 ± 18.90)岁。APACHE II评分 14.64 ± 6.93 。两组患者具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 试验分组及处理: 所有患者入院后进行生命体征监测,禁食,持续胃肠减压,抑制胰液分泌,适当补液,镇痛镇静,纠正水电解质失衡,监测血糖和动脉血气分析,给予适当的营养支持和抗感染,并且均在入院72 h内进行手术治疗,术后返回重症监护室进行加强治疗。

A组患者在确定脓毒症休克后立即进行一般性抗感染和补液升压治疗,维持血压在90/60

mmHg以上即可; B组患者在确定脓毒症休克后立即进行早期集束化治疗,即在6 h内做到下列几点^[7]: 测定血乳酸; 抗生素治疗前获取病原学标本; 1 h内给予广谱抗生素治疗; 快速补液,在1 h内给予晶体液20 mL/kg; 如低血压不能纠正,加用多巴胺和/或去甲肾上腺素,维持平均动脉压 ≥ 65 mmHg,中心静脉压 ≥ 8 mmHg,监控血糖至8.3 mmol/L以下,静脉应用40-80 mg甲强龙,机械通气患者维持平台压 < 30 cmH₂O。两组患者均在抗休克治疗的前提下视病情决定是否再次手术。

1.2.2 观察项目: (1)抗休克疗效: 观察患者抗休克治疗48 h内休克纠正情况和脏器功能改变,休克纠正并减少血管活性药物使用为好转,休克不能纠正或需要持续应用血管活性药物维持血压而不能减量者为无效,或休克已经纠正但发生新的脏器功能障碍者也视为无效; (2)预后: 统计手术后1 mo内在医院内死于脓毒症休克及其并发症者,计算死亡率。

统计学处理 以SPSS17.0统计软件包进行统计学分析。计量资料比较采用独立样本 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般情况比较 两组患者在性别、年龄、APACHE II评分方面没有统计学差异($P > 0.05$),具有可比性(表1)。

2.2 两组患者抗休克疗效和预后比较 A组患者抗休克治疗有效率38.71%(12/31),死亡率70.97%(22/31); B组患者抗休克治疗有效率68.75%(22/32),死亡率43.75%(14/32),两组间均有统计学差异($P < 0.05$),提示B组患者抗休克疗效高于A组,预后较A组好(表2)。

3 讨论

SAP是急诊科和重症监护室的常见疾病,是由于胆石症、高脂血症和暴饮暴食等多种原因引起胰液大量分泌而又不能顺利从胰管排出,无活性的胰酶在胰腺组织内被大量激活,使得胰腺组织发生自身消化坏死,引起一系列神经体液因子激活,引起强烈的全身性炎症反应,导致全身性炎症反应综合征^[6]。由于血管内皮细胞受损,一些炎症因子直接舒张血管或抑制心肌收缩力,易于出现休克;而炎症因子造成的脏器灌注相对不足、对脏器的直接损伤等因素,易于并发腹腔、胃肠道、呼吸道感染,造成脓毒症休克^[7]。

对于脓毒症休克的病理生理过程认识和临

■名词解释

集束化治疗: 按照循证医学的证据和指南,结合具体医疗单位的实际情况,将一种针对某种疾病的治疗方法联合或捆绑在一起的治疗套餐。他是在指南的框架下将有效的治疗措施逐步实施的过程。

表 1 两组患者一般情况比较

分组	n	男/女(n)	平均年龄(岁)	APACHE II评分
A组	31	20/11	42.03 ± 19.41	16.50 ± 5.56
B组	32	19/13	40.76 ± 18.90	14.64 ± 6.93
		$\chi^2 = 0.176$	$t = 15.252$	$t = 10.221$
		$P = 0.674$	$P = 0.338$	$P = 0.163$

同行评价

早期集束化治疗在SAP并发脓毒症休克的治疗中有十分重要的地位,应严格执行,积极推广。

表 2 两组患者抗休克疗效和预后比较

分组	n	抗休克疗效(有效/无效)	预后(生存/死亡)
A组	31	12/19	9/22
B组	32	22/10	18/14
		$\chi^2 = 5.720$	$\chi^2 = 4.763$
		$P = 0.017$	$P = 0.029$

重要的地位,应严格执行,积极推广。

参考文献

- Christ-Crain M, Morgenthaler NG, Struck J, Harbarth S, Bergmann A, Müller B. Mid-regional pro-adrenomedullin as a prognostic marker in sepsis: an observational study. *Crit Care* 2005; 9: R816-R824
- Bank S, Singh P, Pooran N, Stark B. Evaluation of factors that have reduced mortality from acute pancreatitis over the past 20 years. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35: 50-60
- Kleespies A, Thasler WE, Schäfer C, Meimarakis G, Eichhorn ME, Bruns CJ, Jauch KW, Zügel N. [Acute pancreatitis: is there a need for surgery?]. *Z Gastroenterol* 2008; 46: 790-798
- 夏铭. 重症急性胰腺炎急性期液体复苏. 临床医学 2009; 29: 106-107
- 殷向党. 重症急性胰腺炎急性期控制性液体复苏的治疗. 吉林大学, 2010: 2-47
- 张圣道, 雷若庆. 重症急性胰腺炎诊治指南. 中华外科杂志 2007; 45: 727-729
- Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, Gea-Banacloche J, Keh D, Marshall JC, Parker MM, Ramsay G, Zimmerman JL, Vincent JL, Levy MM. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med* 2004; 30: 536-555
- 王今达, 王宝恩. 多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准(经庐山95全国危重病急救医学学术会讨论通过). 中国危重病急救医学 1995; 7: 346-347
- 陈齐红, 郑瑞强, 汪华玲, 林华, 邵俊, 於江泉, 窦英茹. 提高集束治疗依从性对感染性休克预后的影响. 中华急诊医学杂志 2010; 19: 150-153
- 陈齐红, 郑瑞强, 林华. 感染性休克集束治疗对病死率影响的前瞻性临床研究. 中国危重病急救医学 2008; 20: 534-537
- 浙江省早期规范化液体复苏治疗协作组. 危重病严重脓毒症/脓毒性休克患者早期规范化液体复苏治疗—多中心、前瞻性、随机、对照研究. 中国危重病急救医学 2010; 22: 331-334
- 郭琦, 黎毅敏, 农凌波, 徐远达, 何国清, 何为群, 陈思蓓, 刘晓青, 李静, 江梅, 徐永昊, 肖正伦, 钟南山. 重症肺炎及感染性休克的集束治疗. 中华急诊医学杂志 2009; 18: 286-291
- 薛平, 黄宗文, 张鸿彦, 游真, 李永红, 郭佳. 重症急性胰腺炎并发休克的临床探讨. 华西医学 2006; 21: 441-442

床决策的研究, 经历了一个漫长的过程. 从最初的血容量绝对不足, 到由于心脏、神经体液因素以及血液重新分布等原因造成有效循环血量的不足; 从最初意识、血压、心率、尿量等的宏观指标的监测, 到反应微循环灌注和代谢的乳酸、氧输送、氧消耗等的监测; 从最初改善症状为复苏目标, 到改善预后为复苏目的, 人们对于休克和微循环的认识正在逐步加深^[7]. 2004年发表的《2004严重感染和感染性休克治疗指南》具有里程碑式的意义, 大大促进了临床医师对于脓毒症休克的认识和治疗水平.

抗休克治疗只是一种手段, 目的是改善脏器灌注和最大限度的维持器官功能, 防治多脏器功能衰竭, 从而改善预后. 我们将早期集束化治疗应用于SAP并发脓毒症休克患者^[9-12], 取得良好疗效, 休克治疗的效果良好, 死亡率明显降低. 集束化治疗强调早期、充分的液体复苏和毫不犹豫的积极的抗感染策略, 强调抗休克治疗的时相性, 一经诊断, 立即治疗, 否则可能错过了最佳治疗时机, 突出了重视危重症患者病情急演变快的特点和与之相对应的强有力的治疗策略, 更加客观的监测指标更能早期治疗和疗效评价提供可靠依据^[13]. 对于机体而言, 早期集束化治疗可有效地纠正休克, 防止持续的休克状态对机体的进一步损伤, 阻断了多脏器功能衰竭的启动和恶性循环, 改善预后. 可见, 早期集束化治疗在SAP并发脓毒症休克的治疗中有十分

编辑 张姗姗 电编 何基才