

连续性血液净化治疗重症急性胰腺炎的临床疗效观察

张存花

大理州祥云县人民医院重症医学科 云南祥云 672100

〔摘要〕目的 探究重症急性胰腺炎采用连续性血液净化治疗的临床效果。方法 纳入的 84 例重症急性胰腺炎患者均来自本院 2016 年 7 月-2018 年 7 月期间，并按照随机方式分为 2 组，对比组予以常规治疗，实验组在常规治疗下加用持续性血液净化治疗，并对两组患者疗效、TNF- α 、CRP、IL-6 水平、腹痛消失与腹胀缓解时间进行对比。结果 实验组患者治疗总有效率 88.10%，明显高于对比组的 64.29% ($P < 0.05$)；实验组患者 TNF- α 、CRP、IL-6 水平明显低于对比组 ($P < 0.05$)；实验组患者腹痛消失与腹胀缓解时间明显短于对比组 ($P < 0.05$)；上述差异均有统计学意义。结论 重症急性胰腺炎采用连续性血液净化治疗的临床价值较高，可使患者的临床症状显著改善。

〔关键词〕连续性血液净化治疗；重症胰腺炎；临床效果

〔中图分类号〕R576 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2019) 01-046-02

重症急性胰腺炎是一种病情发展速度较快的危急重症，具有较高的病死率。临床上常用的治疗方法为持续性血液净化治疗，其在临床上获得了较好的治疗效果^[1]。现对重症急性胰腺炎采用连续性血液净化治疗的临床效果予以分析，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入的 84 例重症急性胰腺炎患者均来自本院 2016 年 7 月-2018 年 7 月期间，并按照随机方式分为 2 组，对比组 42 例患者中，有男 29 例，女 13 例，年龄 36-77 岁，平均年龄 (56.45 \pm 20.12) 岁。实验组 42 例患者中，有男 30 例，女 12 例，年龄 37-78 岁，平均年龄 (56.53 \pm 20.24) 岁。两组年龄等资料的比较无统计学意义 ($P > 0.05$)，组间可以进行比较。

1.2 方法

对照组进行抗感染、纠正电解质紊乱等常规治疗；基于此，实验组予以连续性血液净化治疗，借助连续性静脉-静脉血液滤过的方法，经皮股静脉穿刺将单针双腔导管有效留置，与患者实际情况结合选择置换液。进行前后稀释法结合输入，置换液流量保持每小时 2000-3000ml，血流每分 150-200ml，按照说明书标准应用无菌血液灌流器，于灌流与滤过

治疗 150min 后予以血液滤过。治疗过程中选择低分子肝素抗凝治疗，并选择 0.9% 氯化钠注射液对滤器定期冲洗。首次治疗时间为 1d，随后按照病情具体情况调整治疗时间。

1.3 观察指标

观察与记录两组患者 TNF- α 、CRP、IL-6 水平、腹痛消失与腹胀缓解时间。

1.4 疗效判定^[2]

治疗后临床症状与体征消失，淀粉酶水平恢复到正常水平为治愈；症状与体征有一定改善，淀粉酶水平恢复正常为好转；症状与体征没有变化，淀粉酶没有变化或者有升高的现象为无效；治疗后患者死亡为死亡。

1.5 统计学分析

用 SPSS17.0 统计软件，计量资料如腹痛消失时间等用 ($\bar{x} \pm s$) 表示、t 检验，计数资料如治疗效果用 % 表示、 χ^2 检验， $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 总有效率

如表 1：实验组患者治疗总有效率 88.10%，明显高于对比组的 64.29% ($P < 0.05$)。

表 1：总有效率 [n (%)]

分组	例数	治愈	好转	无效	死亡	总有效率
实验组	42	27 (64.29)	10 (23.81)	2 (4.76)	3 (7.14)	37 (88.10)*
对比组	42	13 (30.95)	14 (33.34)	10 (23.81)	5 (11.90)	27 (64.29)

注：* 与对比组对比， $\chi^2=6.5625$ ， $P=0.0104$ 。

2.2 TNF- α 、CRP、IL-6 水平

表 2：TNF- α 、CRP、IL-6 水平 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	TNF- α (ng/ml)	CRP (mg/L)	IL-6 (ng/ml)
实验组	42	3.16 \pm 0.45	126.96 \pm 16.25	93.45 \pm 29.53
对比组	42	4.11 \pm 0.49	234.63 \pm 26.07	117.63 \pm 36.45
t	-	9.2543	22.7144	3.3405
P	-	0.0000	0.0000	0.0013

注：TNF- α 表示肿瘤坏死因子- α ；CRP 表示 C 反应蛋白；IL-6 表示白介素-6。

如表 2：实验组患者 TNF- α 、CRP、IL-6 水平明显低于对比组 ($P < 0.05$)。

2.3 腹痛消失与腹胀缓解时间

如表 3：实验组患者腹痛消失与腹胀缓解时间明显短于对比组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

重症急性胰腺炎属于危重急腹症的一种，在临床上的常用治疗方法为持续性血液净化治疗，其借助高分子材料滤器形成较大对流与吸附效果，清除体内细胞因子与炎症介质，

(下转第 48 页)

作者简介：张存花 (1972 年 11 月) 汉族，云南祥云，本科，主治医师，主要从事临床医学。

镍钛合金器械取出的技术有超声取出法、H 锉取出法和套管取出法，如运用 iRS 等器械，其取出方法没有标准化程序。超声法是应用最广泛、最有效的手段，临床上常采用多种技术相结合的方法。建立直线通路是多种取出技术的基础。拍 X 线片明确断针位置，在手术显微镜下先用根管锉插入根管，直至断针冠方断面，以橡皮片为标记，确定断针深度。然后用 K 型锉将断针上部的根管预备至 30# ~ 40#。(1) 超声取出法。新型的压电陶瓷超声技术是一种可在无水状态下操作的超声技术，配有可更换的 K 锉及 ET20、ET40 等工作尖。临床操作中，首先用棉球封闭其他根管口，然后将有断针的根管在显微镜下建立通路，将超声功率设定在根管治疗档，使超声锉或 ET20/ET40 进入断针与根管壁间围绕折断物作逆时针旋转，直至暴露折断器械的冠方约 2mm 或器械全长的 1/3，此时器械多有松动迹象。(2) H 锉取出法：建立通路后，用超声法在断针周围形成一定的间隙，用 3 根 H 锉插入到断针周围，顺时针旋转，3 根 H 锉相互交织在一起，紧紧钳住断针并将其取出。

3.3 镍钛合金根管器械折断的预防

厂家推荐镍钛合金器械使用一段时间后即应抛弃，但迄今为止机用器械使用的安全次数及使用多长时间应废弃尚无定论。通常建议镍钛合金机用器械预备 5 ~ 6 颗牙后即抛弃，

也有学者用到 10 颗患牙。为减少根管内器械折断的风险，每次使用前均应仔细检查器械。某些细小的缺陷肉眼不能看到，因此建议至少使用 10 倍的放大镜进行检查。临床医师应非常熟悉有关镍钛合金机用器械的性能、技术要求及相关厂家说明。如 ProFile、ProTaper 器械倡导使用冠根向预备技术，NiTiflex 和 Lightspeed 运用逐步后退技术，而用手用 GT 器械使用冠根向预备技术加平衡力技术。此外，使用冠根向预备技术时，不得跳号使用器械，若遇阻力马上退出，改用小一号器械或用手用器械疏通后，继续进行根管预备；所有镍钛合金机用器械在根管中应保持转动和上下移动，避免局部产生过大疲劳。无论根管形态是否复杂，有无弯曲，均需用手用不锈钢器械来确保根管路径通畅，即只有当根管系统通畅并达到正常工作长度后，才能用镍钛合金器械进行根管预备。

[参考文献]

- [1] 梁素霞, 严颖彬. 三维根管治疗术 - 自适应镍钛根管预备器械研究进展 [J]. 牙体牙髓牙周病学杂志, 2013(3): 203-206.
- [2] 仇宁, 薛明. 镍钛根管预备器械研究进展 [J]. 中国实用口腔科杂志, 2015, 8(5): 313-316.
- [3] 郭惠杰, 梁宇红, 王嘉德. 两种机用镍钛器械根管预备的临床应用研究 [J]. 现代口腔医学杂志, 2009, 23(3): 235-238.

(上接第 45 页)

有效的对胃酸分泌进行抑制，提高胃酸 PH 值，促进了胃内环境的改善，提升了抗生素作用。同时安斯菲雷贝拉唑钠肠溶片可以直接作用于幽门螺杆菌，其抗幽门螺杆菌能力强、起效快、作用稳定持久。在治疗消化性溃疡时，通过溃疡灵胶囊与安斯菲雷贝拉唑钠肠溶片的联合用药，可以在消化道上形成药膜，阻止了胃酸对消化道黏膜的侵蚀，达到了保护胃粘膜、活血止痛的效果，提高了消化性溃疡治疗效果。

本次研究中，观察组患者的治疗总有效率是 93.3%，相对对照组患者的 63.3% 相比较，有统计学意义， $P < 0.05$ ；且观察组患者治疗后 IL-6、TNF- α 、CRP 水平分别是 (9.5 ± 1.5) ng/L、 (1.1 ± 0.3) μ g/L、 (3.8 ± 1.0) mg/L，显著低于对照组患者的 (12.5 ± 1.7) ng/L、 (2.4 ± 0.4) μ g/L、 (6.4 ± 1.1) mg/L，统计学意义明显， $P < 0.05$ 。

综上所述，溃疡灵胶囊联合安斯菲雷贝拉唑钠肠溶片治

疗消化性溃疡可以显著提高治疗有效率，改善患者炎症因子水平，值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 朱铤. 不同抑酸剂与抗生素联用治疗消化性溃疡的临床疗效及其对炎症因子的影响 [J]. 标记免疫分析与临床, 2016, 23(7):779-782.
- [2] 杨洪伟, 徐世琴, 黄林, 等. 无痛内镜下止血联合大剂量奥美拉唑治疗消化性溃疡出血的临床研究 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2016, 21(2):178-180.
- [3] 焉石. 自拟健脾益胃汤联合西药常规治疗消化性溃疡临床研究 [J]. 中医药信息, 2017, 34(2):99-101.
- [4] 范大伟. 抗菌药物联合抑制胃酸分泌药物治疗消化性溃疡临床疗效观察 [J]. 河北医学, 2015, 21(4):697-699.
- [5] 张震华, 陈岚. 埃索美拉唑与艾普拉唑治疗消化性溃疡的临床对比研究 [J]. 中国临床研究, 2015, 28(3):332-334.

(上接第 46 页)

表 3: 腹痛消失与腹胀缓解时间 ($\bar{x} \pm s, h$)

分组	例数	腹痛消失时间	腹胀缓解时间
实验组	42	18.33 ± 4.06	28.07 ± 10.56
对照组	42	98.60 ± 10.56	87.54 ± 10.55
t	-	12.8287	25.8196
P	-	0.0000	0.0000

消除体内内毒素，使肺部气体交换功能充分改善，防止出现急性肺损伤^[3-4]。此外，其还可以稳定血流动力学，使液体负荷过重情况明显缓解，保证水电解质的平衡与酸碱度的平衡，稳定机体内环境，防止急性肾衰竭的出现，对机体免疫有效调节，保护内皮细胞，促使静脉营养支持治疗的显著提高^[5]。

本研究结果显示：实验组患者治疗总有效率 88.10%，明显高于对照组的 64.29%；实验组患者 TNF- α 、CRP、IL-6 水平明显低于对照组；实验组患者腹痛消失与腹胀缓解时间明显短于对照组，与相关研究结果一致。

总而言之，重症急性胰腺炎采用连续性血液净，可使患者的临床症状显著改善，缩短腹痛消失与腹胀缓解时间，提高患者的治疗效果。

[参考文献]

- [1] 冯静, 朱丽丽, 安娜. 连续性血液净化用于重症急性胰腺炎的效果 [J]. 中国医药导报, 2016, 13(23):153-156.
- [2] 刘容, 袁荣辉. 连续性血液净化治疗重症急性胰腺炎的临床分析 [J]. 医学信息, 2016, 29(35):246-247.
- [3] 张勇, 曾维政, 王云侠, 等. 连续性血液净化治疗重症急性胰腺炎合并多器官功能障碍综合征的效果观察 [J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(2):320-323.
- [4] 杨丽丽, 李川, 魏晓华. 连续性血液净化对重症急性胰腺炎患者血清疾病相关指标的影响研究 [J]. 临床和实验医学杂志, 2017, 16(2):193-195.
- [5] 李永. 连续性血液净化治疗重症急性胰腺炎的临床疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(74):153-153.