

瘤,与系统化疗比较,实验动物能够耐受大剂量治疗药物,并在病灶局部长期维持高浓度。

据报道,利用生物可降解材料聚 L 乳酸作为控释剂,具有良好的生物相容性,在体内最终可转变为二氧化碳和水,其对药物的控释速度均恒、稳定,肿瘤植入区药物浓度明显高于静脉注射对照组,抑瘤作用明显^[4,5]。因此,本研究使用聚 L 乳酸为辅助的缓释顺铂,并在 CT 引导下经皮穿刺植入治疗非小细胞肺癌患者具有如下优势:①肿瘤内部药物浓度高;②化疗毒性低;③瘤体内药物浓度恒定,保证药物持续地作用于肿瘤细胞,并在肿瘤细胞的各个周期发挥作用;④缓释长效;⑤CT 引导下给药定位准确、方便经济,其穿刺的安全性和耐受好,患者顺从性好。

【参考文献】

[1] 孙燕,周际昌. 临床肿瘤内科手册[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,1997:30-45.

- [2] Tahara ar, Ishii Y. Apatite cement containing cis-diamminedichloro-platinum implanted in rabbit femur for sustained release of the anti-cancer drug and bone formation [J]. *J Orthop Sci*, 2001, 16(6): 556-565.
- [3] Yapp DT, Lloyd DK, Zhu J, et al. Tumor treatment by sustained intratumoral release of cisplatin: Effects of drug alone and combined with radiation [J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1997, 39(2): 497-504.
- [4] Fournier C, Hecquet B, Bouffard P, et al. Experimental studies and preliminary clinical trial of vinorelbine-loaded polymeric bioresorbable implants for the local treatment of solid tumors [J]. *Cancer Res*, 1991, 51(19): 5384-5391.
- [5] Yamashita R. Experimental study of an anticancer drug delivery system using polylactic acid [J]. *Nippon Geka Gakkai Zasshi*, 1987; 88(4): 401-412.

编辑 潘伯荣

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2005)01-0096-01

血液净化治疗重症急性胰腺炎 1 例

张林潮, 黄忠, 陈汉明 (广西医科大学第五临床医学院柳州市人民医院 ICU, 广西柳州 545001)

【关键词】血液净化 重症急性胰腺炎

【中图分类号】R576 【文献标识码】B

1 病例报告 男, 35 岁。因上腹疼痛 1 d 余于 2004-06-22 入院。大量饮酒后上腹部持续性疼痛、阵发性加剧不能缓解伴呕吐胃内容物。查体: T 38.7℃, P 134/min, R 28/min, BP 11.9/7.3 kPa, SpO₂ 82%。神智模糊, 表情淡漠, 皮肤四肢冒汗、冰冷。呼吸急促, 紫绀。两肺呼吸音弱, 心律齐, 未闻杂音。腹膨隆、腹肌紧张, 全腹压痛、反跳痛, 肝脾触诊不满意, 肝肾区叩痛。腹水征阳性, 肠鸣音消失。CT: 胰腺体尾部坏死。胸片: 膈面升高, 两肺盘状不张, 胸腔积液。B 超: 胰腺炎性改变, 腹腔积液。血: WBC 16 × 10⁹, RBC 545 × 10¹², Hb 190 g/L, HCT 55%, 中性粒细胞 0.95, 血淀粉酶 22104 μkat/L, 尿淀粉酶 70881 μkat/L, 血钙 1.6 mmol/L, 总胆固醇 35.6 mmol/L, 三酰甘油 67.2 mmol/L, 血糖 31.51 mmol/L, AST 1517 μkat/L, LDH 14840 μkat/L, HBDH 9078 μkat/L, CK 11169 μkat/L, 心肌钙蛋白 I 2.5 μg/L。动脉血气 PH 7.385, PaCO₂ 7.3 kPa, PaO₂ 7.3 kPa。腹水: 蛋白 33.5 g/L, 细胞数 5.25 × 10⁹/L, 脓球(卅)。D2 聚体 8.97 mg/L, 三 P 试验(+)。纤维蛋白原 10.98 g/L。重症急性胰腺炎诊断标准, 合并急性肺损伤 ARDS、中毒性心肌炎、胰源性脑病、中毒性肠麻痹、高脂血症, 符合 MODS 诊断。入院后除常规禁食、持续胃肠减压, 无创呼

吸机正压通气, 抗炎, 抑酸, 抑制胰酶分泌, 抑制炎症反应, 促进胃肠蠕动等综合治疗外, 行血液透析滤过(HDF)加血液灌流(HP)联合治疗, 采用动脉-静脉置管方式建立血液通路, 选用树脂型灌流器, 串联于透析器之前, 行 HDF 加 HP 联合治疗。每日 1 次, 每次治疗 4~6 h。连续 7 次治疗后症状显著改善, 呼吸平顺, R 18~22/min, HR 75~92/min, 血压、腹痛、腹膜刺激征均逐日好转, 7 d 后完全消失。肠蠕动恢复, 肠鸣音恢复正常。总胆固醇逐渐降至 6.0 mmol/L, 三酰甘油降至 7.8 mmol/L。病情好转后转入普通病房继续治疗, 3 wk 后治愈出院。

2 讨论 重症急性胰腺炎发病急、病情重, 死亡率高^[1], 发病机制为胰腺酶过早活化引起胰腺组织自身消化。过度的炎症反应释放大量的内毒素引起多器官功能损害。血液灌流器是一种吸附型的解毒装置, 通过具有选择或非选择性的吸附剂的作用, 清除体内有害的代谢产物或外源性毒物, 达到净化血液的目的^[2]。本例患者血脂极高, 血红蛋白高, 血液处于高凝状态, 因此采用大容量血液透析超滤/灌流治疗方式。由于大容量血液透析超滤能更好地维持血液动力学的稳定性, 清除机体中许多分子量较大的毒素及 TNF-α, IL-1 等炎症介质, 从而有效地纠正 SIRS, MODS 和 ARDS 等由炎症介质引发的内环境紊乱, 并改善危重症的失衡的血液动力学和机体器官功能。血液灌流能与血浆蛋白竞争毒物药物, 吸附毒物, 有效、快速将毒物从血液中清除。同时可通过超滤脱水, 纠正水电解质紊乱及酸碱失衡。

【参考文献】

- [1] 姚樟祥. 重症急性胰腺炎现代治疗的认识 [J]. 中华胆外科杂志, 1999, 5: 56-57.
- [2] 谢红浪, 龚德华, 季大玺, 等. 应用 CVVH 治疗重症急性胰腺炎 [J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2000, 9: 510-511.

编辑 潘伯荣

收稿日期 2004-08-23; 修回日期 2004-09-30

作者简介 张林潮(1966-)男(汉族), 广西壮族自治区柳州市人, 副主任医师. Tel.(0772)2862295