

止胰腺炎再次复发.

对重症胆源性胰腺炎、有大量腹水、病情发展快的、出现多脏器功能不全、不能耐受手术的患者,内镜联合腹腔灌洗治疗具有安全有效、创伤小、恢复快、并发症少的优点,可在一定程度上替代外科手术治疗^[10].对重症急性胰腺炎有胆道梗阻和胆道感染且病情严重者,在入院24 h内行EST,解除胆道梗阻,降低了胰管压力,阻止病情进一步发展,为择期手术创造条件.胆源性胰腺炎在发病后48 h内行ERCP加取石术可降低胆红素、淀粉酶、脂肪酶、术后病情减轻并防止症状复发^[11-13].对入院时APACHE-II记分 ≤ 8 的轻型胆源性胰腺炎,主张在急性发作缓解后手术治疗,APACHE-II记分 ≥ 8 的重型胆源性胰腺炎主张延期与个体化相结合的处理原则,首先积极非手术治疗,为延期手术治疗创造有利条件,急性发作缓解后择期手术^[1].随着微创技术的发展,对胆源性胰腺炎的处理采用ERCP加EST及随后的腹腔镜胆囊切除术比开放手术更安全有效,减少不必要的胆总管探查,降低并发症发生率和死亡率^[14].

4 参考文献

- 秦仁义,邹声泉,吴在德,裘法祖.胆源性胰腺炎手术时机的探讨.中华外科杂志 1998;36:149-151
- 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎诊疗草案.中华普通外科杂志 2001;16:699-701
- 黄志强.半个世纪以来肝、胆、胰外科的发展.中华外科杂志 2001;39:9-16
- 张圣道.重症急性胰腺炎的现代诊断与治疗观点.肝胆胰外科杂志 1999;11:57
- 李军成,吴浩荣,田斌.重症急性胰腺炎外科治疗有关的认识进展.世界华人消化杂志 2001;9:212-216
- 雷若庆,袁祖荣,韩天权,汤耀卿,王建承,蒋渝,张圣道.重症急性胰腺炎的手术治疗探讨.中华普通外科杂志 2001;16:647-649
- 严律南.重症急性胰腺炎的治疗观点:非手术、手术、个体化?中国实用外科杂志 2001;21:21
- 刘续宝,严律南,张肇达.重症急性胰腺炎435例的手术治疗时机和指征探讨.中华普通外科杂志 2000;15:277-279
- Sargen K, Kingsnorth AN. Management of gallstone pancreatitis: effects of deviation from clinical guidelines. JOP 2001;2:317-322
- 李玉民,李汛,周文策,石斌,李世雄,何登瀛,曹农,芦国芳,李琼.内镜联合腹腔灌洗治疗早期急性重症胆源性胰腺炎.中华普通外科杂志 2001;16:650-652
- Dominguez Fernandez E, Suchan KL, Gerke B, Rossner E, Post S, Manegold BC. Results of emergency ERCP in the treatment of acute biliary pancreatitis. Zentralbl Chir 2002;127:786-790
- Gislason H, Vetthus M, Horn A, Hoem D, Sondena K, Soreide O, Viste A, Andren-Sandberg A. Endoscopic sphincterotomy in acute gallstone pancreatitis: a prospective study of the late outcome. Eur J Surg 2001;167:204-208
- Kaw M, Al-Antably Y, Kaw P. Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy. Gastrointest Endosc 2002;56:61-65
- Ricci F, Castaldini G, de Manzoni G, Borzellino G, Rodella L, Kind R, Cordiano C. Treatment of gallstone pancreatitis: six-year experience in a single center. World J Surg 2002;26:85-90

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

良性肝病患者血清AFP升高的临床意义

程天霞

程天霞,肥东县人民医院传染科 安徽省肥东县 231600
项目负责人:程天霞,231600,安徽省肥东县撮镇路8号,肥东县人民医院传染科. chengys@sh163.net
收稿日期:2002-10-18 接受日期:2003-02-26

摘要

目的:探讨良性肝病患者血清AFP升高的临床意义.

方法:AFP和SF(血清铁蛋白)测定均采用放免法,肝癌特异性蛋白(PHC SP)用酶标法检测,谷丙转氨酶(ALT)和 γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT)测定用常规方法.

结果:急性肝炎12例PHC SP阴性;慢性肝炎轻度1例PHC SP阳性,11例PHC SP阴性;慢性肝炎中、重度2例PHC SP阳性,24例PHC SP阴性;肝硬化5例PHC SP阳性,23例PHC SP阴性;原发性肝癌48例PHC SP阳性,6例PHC SP阴性.良恶性肝病组间PHC SP阳性率比较有显著性差异($P < 0.01$).

结论:AFP明显升高而不能确诊的肝病患者,应进一步通过

其他血清学方法进行鉴别,单用某一种血清学方法都有一定的局限性,多种方法联合检测有利于良恶性肝病的鉴别.

程天霞.良性肝病患者血清AFP升高的临床意义.世界华人消化杂志 2003;11(6):877-879

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/877.asp>

0 引言

甲胎球蛋白(AFP)在原发性肝癌(PHC)诊断,尤其是早期诊断中有着重要价值^[1,2],临床上部分急、慢性病毒性肝炎及肝硬化患者血清AFP明显高于正常.本文对AFP升高的各型良性肝病患者的临床资料进行分析,以探讨良性肝病患者AFP升高的机制及其临床意义.

1 材料和方法

1.1 材料 根据1995年北京病毒性肝炎学术会议修订标准,选择AFP $>400 \mu\text{g/L}$ 者78例,其中急性病毒性肝炎12例(甲型肝炎8例,戊型肝炎4例),慢性肝炎轻

度 12 例(乙型肝炎 10 例, 丙型肝炎 2 例), 慢性肝炎中、重度 26 例(乙型肝炎 24 例, 乙丙型肝炎混合感染 2 例), 肝炎肝硬化 28 例. 男 46 例, 女 32 例, 年龄 15-67 岁, 平均 42.5 岁. PHC 54 例(均经组织病理学证实). 全部病例均随访 1 a 以上, 最长达 4 a, 并排除生殖细胞瘤和消化道肿瘤.

1.2 方法 AFP 和 SF(血清铁蛋白)测定均采用放免法, 肝癌特异性蛋白(PHC SP)用酶标法检测, 谷丙转氨酶(ALT)和 γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT)测定用常规方法.

统计处理 数据以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 二样本均数间的比较用 t 检验, 二样本率的比较用 χ^2 检验.

2 结果

2.1 良恶性肝病患者血清 ALT、 γ -GT、SF 含量见表 1

表 1 良恶性肝病患者血清 ALT、 γ -GT、SF 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ALT(单位)	γ -GT(单位)	SF(单位)
急性肝炎	12	174 \pm 120 ^a	96 \pm 62	417 \pm 190
慢性肝炎轻度	12	84 \pm 76	41 \pm 27 ^a	304 \pm 302 ^a
慢性肝炎中、重度	26	143 \pm 112 ^a	104 \pm 61	460 \pm 301
肝硬化	28	62 \pm 60	47 \pm 31 ^a	316 \pm 373
原发性肝癌	54	58 \pm 42	114 \pm 70	504 \pm 147

^aP < 0.01 vs 原发性肝癌组.

2.2 良恶性肝病患者血清 PHC SP 阳性率比较 将急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化病例归为良性肝病组, 其 PHC SP 阳性率为 10.25%, 而 PHC 组阳性率为 88.89%. 良恶性肝病组间 PHC SP 阳性率比较有显著性差异(P < 0.01, 表 2).

表 2 良恶性肝病患者血清 PHC SP 检测结果

组别	n	PHCSP(+)	PHCSP(-)
急性肝炎	12	0	12
慢性肝炎轻度	12	1	11
慢性肝炎中、重度	26	2	24
肝硬化	28	5	23
原发性肝癌	54	48	6

2.3 肝病患者 AFP 及病情变化的 1 a 随访 随访 54 例 PHC 患者, 仅 4 例存活, 2 例 AFP > 400 μ g/L, 1 例为 254 μ g/L, 1 例 < 20 μ g/L. 而良性肝病组仅 4 例死亡(均系肝硬化病例, 2 例消化道大出血; 2 例肝昏迷). 急性肝炎和慢性肝炎轻度患者 AFP 均降至正常; 慢性肝炎中、重度患者中 1 例 > 400 μ g/L, 其余均 < 20 μ g/L; 28 例肝硬化患者中有 2 例高于正常, 1 例 > 400 μ g/L, 1 例为 170 μ g/L.

3 讨论

AFP 是人胚胎时期肝细胞和卵黄囊细胞产生(胃肠道黏膜

也可产生)的一种特殊糖蛋白. 业已查明^[3-7], 人类 AFP 基因位于 4q^[11-18], 其表达受多种因素影响, 胎儿肝细胞中 AFP 基因处于激活状态, 出生后 AFP 基因处于封闭状态, 停止表达. 而 PHC 增生的肝细胞及生殖细胞, 基因被激活, 产生大量 AFP. 临床对 AFP > 400 μ g/L 的病例高度怀疑 PHC, 但我们也常发现部分良性肝病患者, 尽管其 AFP > 400 μ g/L, 其 AFP 持续时间可达 6-12 mo, 但临床预后呈良性经过, 经随访 1-4 a 后未见恶变.

本文显示 PHC 患者 ALT 升高不显著, 而 γ -GT 升高较为明显, 但缺乏特异性, 如慢性肝炎中、重度病例也可升高. 过去认为 AFP 浓度随 ALT 消长而变化, 但本人看到有些病例, 尽管 ALT、 γ -GT、总胆红素已恢复正常, 其 AFP 仍居高不下. 本人认为这种情况系肝炎及肝硬化病程中, 一方面部分肝细胞发生炎症、坏死, 另一方面肝细胞也在不断地修复增生, 增生的肝细胞中 AFP 基因被激活. 本文有 2 例抢救成功的慢性重型肝炎病例, 其病程中出现血清 AFP 升高, 而一些治疗效果不佳的重型肝炎病例, 其 AFP 升高不明显, 甚至不升高, 提示某些良性肝病患者 AFP 升高是因肝细胞修复增生所致. 一旦肝细胞修复完成, AFP 逐渐恢复正常. 实验中显示良性肝病组患者 PHC SP 阳性率(10.25%)明显低于 PHC 组(88.89%), 且 PHC 组 SF 水平显著高于良性肝病组(P < 0.01), 说明 PHC SP 与 SF 在良恶性肝病的鉴别中有重要参考价值, 与文献[8-18]报道相符.

总之, 对于 AFP 明显升高而不能确诊的肝病患者, 应进一步通过其他血清学方法进行鉴别, 单用任何一种血清学方法都有一定的局限性, 多种方法联合检测有利于良恶性肝病的鉴别, 对防止误诊有重要的临床意义.

4 参考文献

- 1 成军, 杨守纯. 现代肝炎病毒分子生物学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1997: 86-198
- 2 严家春, 马景云, 潘伯荣, 马连生. 中国病毒性乙型肝炎的研究. 世界华人消化杂志 2001; 9: 611-616
- 3 严家春, 陈文笔, 马勇, 刘健虎, 孙新华, 徐长江. 乙型肝炎肝组织血管病变组织及免疫组织化学的研究. 世界华人消化杂志 2000; 8: 1205-1210
- 4 王小众, 陶其敏. 乙肝病毒 X 基因与肝癌. 世界华人消化杂志 1999; 7: 1063-1064
- 5 Fang JN, Jin CJ, Cui LH, Quan ZY, Choi BY, Ki MR, Park HB. A comparative study on serologic profiles of virus hepatitis B. *World J Gastroenterol* 2001; 7: 107-110
- 6 You J, Zhuang L, Tang BZ, Yang WB, Ding SY, Li W, Wu RX, Zhang HL, Zhang YM, Yan SM, Zhang L. A randomized controlled clinical trial on the treatment of Thymosin α 1 versus interferon- α in patients with hepatitis B. *World J Gastroenterol* 2001; 7: 411-414
- 7 Zhao LS, Qin S, Zhou TY, Tang H, Liu L, Lei BJ. DNA-based vaccination induces humoral and cellular immune responses against hepatitis B virus surface antigen in mice without activation of C-myc. *World J Gastroenterol* 2000; 6: 239-243
- 8 Guo SP, Wang WL, Zhai YQ, Zhao YL. Expression of nuclear factor-KB in hepatocellular carcinoma and its relation with the X protein of hepatitis B virus. *World J Gastroenterol* 2001; 7: 340-344
- 9 Wang FS, Xing LH, Liu MX, Zhu CL, Liu HG, Wang HF, Lei ZY. Dysfunction of peripheral blood dendritic cells from patients with chronic hepatitis B virus infection. *World J Gastroenterol* 2001; 7: 537-541
- 10 Cao XY, Liu J, Lian ZR, Clayton M, Hu JL, Zhu MH, Fan DM,

- Feitelson M. Differentially expressed genes in hepatocellular carcinoma induced by woodchuck hepatitis B virus in mice. *World J Gastroenterol* 2001;7:575-578
- 11 任星峰,葛娅,杨群,赵南涛. 慢性乙型肝炎肝脂肪变性的组织学特点. *世界华人消化杂志* 2003;11:106-107
- 12 李谨革,聂青和,黄长形. 抗乙型肝炎病毒核酶的研究进展. *世界华人消化杂志* 2003;11:238-241
- 13 李刚,舒欣,马会慧,陈伟,陈文思,陈青,江元森,姚集鲁. 基因芯片技术检测 HBV HCV 及 HBV YMDD 变异株. *世界华人消化杂志* 2003;11:178-181
- 14 苏勤,张伟,刘节,王淑芳,Takegoshi K, Schröder CH. 乙型肝炎病毒慢性感染者血清中不同类型病毒转录体的检测及其意义. *世界华人消化杂志* 2003;11:134-143
- 15 马小超,屠曾宏. 细胞色素 P450 在药源性肝损伤中的作用. *世界华人消化杂志* 2003;11:338-341
- 16 王颖,周卓,王学清. 肝硬化患者血中一氧化氮及降钙素基因相关肽改变的初步研究. *世界华人消化杂志* 2003;11:358-359
- 17 Han HL, Lang ZW. Changes in serum and histology of patients with chronic hepatitis B after interferon alpha-2b treatment. *World J Gastroenterol* 2003;9:117-121
- 18 Qin LX, Tang ZY. Hepatocellular carcinoma with obstructive jaundice: diagnosis, treatment and prognosis. *World J Gastroenterol* 2003;9:385-391

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2003 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

经皮肝穿刺胆道引流治疗外伤后胆瘘

汪邵平,霍枫,张玉新,裴世强

汪邵平,霍枫,张玉新,裴世强,广州军区总医院普通外科 广东省广州市 510010
项目负责人:汪邵平,510010,广东省广州市流花路 111 号,广州军区总医院普外科.victorwsp@163.net
电话:020-36224648 传真:020-36222203
收稿日期:2002-12-05 接受日期:2003-01-18

摘要

目的:探讨一条简单、有效治疗顽固性胆瘘的途径。

方法:7 例顽固性胆瘘尝试行经皮肝穿刺胆道引流术(PTCD),对胆道进行外引流。

结果:2 例置管失败,5 例成功实施 PTCD 后,造影发现 3 例伴肝门部、胆总管狭窄。置管引流后,经套管流出的胆汁量从 200-600 mL/d 降为 60-180 mL/d,无并发症,胆瘘平均愈合时间 11.4 d。8 例保守治疗的胆瘘患者中,1 例死亡,余 7 例平均病程 49.8 d。

结论:PTCD 操作简单、安全,是治疗外伤后顽固性胆瘘的重要措施。

汪邵平,霍枫,张玉新,裴世强. 经皮肝穿刺胆道引流治疗外伤后胆瘘. *世界华人消化杂志* 2003;11(6):879-880

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/879.asp>

0 引言

对肝外伤后胆瘘,临床处理较棘手,我们采用经皮肝穿刺胆道引流术(percutaneous trans-hepatic cholangiography and drainage, PTCD)治疗胆瘘,疗效满意,报告如下:

1 材料和方法

1.1 材料 对我院 1997/2002 收治的 7 例外伤后顽固性胆瘘患者实施经皮肝穿刺胆道引流术,成功 5 例。其中

男 4 例,女 1 例,平均年龄 34.3 岁。腹腔镜胆囊切除术后 1 例,肝部分切除术后 1 例,中央型肝裂伤(Ⅲ级以上)行“肝修补、肝填充止血”术后 3 例。对照组为近 10 a 我院保守治疗的 8 例胆瘘患者。

1.2 方法 根据受伤部位及在控制感染后经引流管造影,可大体明确胆瘘部位。选右腋中线 7-10 肋间为穿刺点,穿刺针朝向 12 胸椎平行前进至距其 2 cm 处后停止前进,缓慢退针,顺利抽吸到胆汁后注入造影剂造影。若胆瘘在左半肝胆管,则将患者侧卧位,多方向透视下于前入路肋缘下选定穿刺点穿刺造影。根据造影结果选择一条邻近胆瘘部位的大胆道,确定第二穿刺点。局麻后切开皮肤,将套管针(16-23G)插入目标胆管。抽吸套管,若有胆汁表明套管端已进入胆管内,否则轻微调整套管位置或重新穿刺。经套管引入 J 头软导丝后拔除套管,扩张器扩张穿刺通道后,置入 5-8F 普通导管沿胆总管方向插向十二指肠。将超强导丝置入软性导丝后,拔除普通导管,换入带侧孔的引流导管并固定于腹壁皮肤。若发现胆道狭窄,则在换入引流导管前置入球囊导管逐步扩张狭窄胆道,或将置入器沿导丝插入狭窄部位,放置记忆镍钛合金胆道支架后再次造影,了解梗阻改善情况,术后定期冲洗导管。

2 结果

成功置管行 PTCD 术 5 例,其中胆道造影发现近肝门部胆管狭窄 3 例。术前腹腔引流管胆汁引流量 200-600 mL/d,术后降为 60-180 mL/d。PTCD 导管胆汁引流量 80-170 mL/d。术后胆瘘均愈合,平均愈合时间 11.4 d,胆瘘愈合后拔除引流导管,无并发症。保守治疗 8 例患者中,1 例全身衰竭死亡,7 例治愈,平均病程 49.8 d,PTCD 术后无腹腔出血、血气胸等并发症。