

- 29.
- [10] 陈运贤. 现代造血干细胞移植[M]. 广州: 广东科技出版社, 2004; 50-51.
- [11] Bashey A. Immunosuppression with limited toxicity the characteristics of nucleoside analogue and anti - lymphocyte antibodies used in nonmyeloablative hematopoietic cell transplantation[J]. Cacer Treat Res, 2002, 1(10): 39-49.
- [12] Remberger M, Aschan J, Barkholt L, et al. Treatment of severe acute graft - versus - host disease with anti - thymocyte globulin [J]. Clinical transplantation, 2001, 15(3): 147-153.
- [13] Guttman RD, Caudrelier P, Alberici G, et al. Pharmacokinetics,

foreign protein immune response, cytokine release and lymphocyte subsets in patients receiving thymoglobulin and immunosuppression[J]. Trasplant Proc, 1997, 29(7A): 24-26.

- [14] Gaber AO, First MR, Tesi RJ, et al. Results of the double - blind, randomized, multicenter, phase III clinical trial of thymoglobulin versus atgam in the treatment of acute graft rejection episodes after renal transplantation[J]. Transplantation, 1998, 66(1): 29-37.

(收稿日期: 2008-12-03, 修回日期: 2009-02-13)

(本文编辑: 潘雪飞; 英文编辑: 王建东)

## · 短 篇 ·

# CT 检查急性胰腺炎 25 例

万水治, 胡敢峰, 李 琳, 郝 青

(解放军 86 临床部医学影像科, 安徽当涂 243100)

[关键词] 急性胰腺炎; CT; 疗效

中图分类号: R576.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)03-0205-02

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是临床上常见的急腹症,起病急,病情来势凶险,并发症多,病死率高,因而对此病的早期诊断、病程的进展、疗效的观察尤为重要,由于 CT 的敏感性高、特异性强、图像的解剖结构显示清晰等特点,所以 CT 检查对急性胰腺炎的诊断和疗效评价有着重要的价值<sup>[1-2]</sup>,尤其 CT 增强扫描是判断胰腺坏死最有效的方法<sup>[3]</sup>。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2006 年 4 月~2008 年 10 月我院确诊为急性胰腺炎 25 例,男 11 例,女 14 例,年龄 20~83 岁,平均 57 岁。临床表现为不同程度的上腹部持续性疼痛,多数位于中上腹部,并向腰背部放射,发热、恶心、呕吐(胃内物或胆汁);9 例出现黄疸,全部患者血清淀粉酶、尿淀粉酶明显增高,均大于正常值上限的 3 倍及 1 倍。

**1.2 CT 检查方法** 设备为 GE ProSpeed AI 螺旋 CT。采用螺旋 CT 平扫+部分动态增强的方法,扫描范围自膈顶起向下至胰腺各部显示,或视病灶情况而定,层厚 10 mm,15~20 层。动态增强扫描动脉期开始时间为静脉注射后 25~30 s,速率 2.5~3.0 ml/s,专扫描胰腺,门静脉期扫描开始时间为 30 s 后,扫描范围自膈顶开始向下至胰腺各部显示为

止。

**1.3 AP 的 CT 分级标准** 采用 Balthazar CT 分级标准<sup>[4]</sup>。

**1.4 AP 的疗效标准** ①痊愈:肿大的胰腺恢复正常;②有效:肿大的胰腺缩小,胰周积液减少;③无效:胰腺缩小不明显,有假性囊肿或炎性肿块形成。

## 2 结果

**2.1 AP 分级** A 级 2 例(正常胰腺);B 级 3 例(胰腺单纯弥漫性肿大或局限性肿大);C 级 5 例(胰腺体内异常伴有胰周模糊及胰周脂肪组织的炎性改变);D 级 9 例(除胰腺改变外,有单一的胰周积液);E 级 6 例(胰腺或临近区域有两处以上的境界不清的积液或积气)。

**2.2 疗效观察** 痊愈 10 例(A 级 2 例,B 级 3 例,C 级 5 例);有效 11 例(D 级 9 例,E 级 2 例);无效 4 例(E 级 4 例)。

## 3 讨论

急性胰腺炎病理学上分为急性水肿型和出血坏死型两种类型<sup>[5]</sup>。水肿型主要是胰腺间质水肿及胰周脂肪坏死,无胰腺实质的坏死改变。出血坏死型胰腺炎表现为胰周及胰腺广泛的(下转第 208 页)

锁定钢板固定,比对照组优良率高。

**3.3 锁定钢板术中操作** ①因肱骨头处的锁定钢板无复位作用,在打入锁定螺钉之前必须使肱骨头碎骨块复位,并用细克氏针临时固定。接骨板顶点应固定在大结节最高点以远0.5 cm,即肩袖附着点的位置。接骨板位置放置过高,会增加肩峰撞击风险;放置过低,会使锁定螺钉在肱骨头上的位置欠佳,降低螺钉的把持力,影响固定效果。②接骨板近端至少拧入3~4枚锁定螺钉,若患者骨质疏松严重,则需要更多螺钉固定。③术中应尽量保持肱骨头关节面的完整性,切记不能追求骨折断端的解剖复位,而反复暴力操作,增加肱骨头缺血坏死。④对于骨质缺损严重者主张植入人工骨或自体髂骨<sup>[8]</sup>。

**3.4 功能锻炼** 术后患肩的功能锻炼应放在与手术同等重要的位置,作者强调按照AO原则进行早期安全的功能段练。处理肱骨近端骨折时除要兼顾良好的复位及固定外,术后要强调肩关节主动活动的重要性。肱骨近端骨折尤其是NeerⅢ、Ⅳ型肱骨近端骨折患者,要恢复光滑的肱骨头关节面有时很困难,若不注意早期修复和术后的功能锻炼进行“碾磨”,肩关节将粘连僵硬。

(接第205页)脂肪组织坏死、胰腺实质的坏死及出血,其改变可以局限性,也可以弥漫性的。依据患者的临床表现及生化指标,采用CT检查及Balthazzar CT分级可以及时、准确地早期诊断AP,显示胰腺处于不同时期的损害程度,为临床治疗方案的制定提供了重要价值。本组B级3例、C级5例为水肿型,D级9例、E级6例属出血坏死型。尤其当胰腺临近区域出现多处、大量积液时,CT能全面反映出积液的部位、范围和量,其图像优于B超,本组E级6例便是如此,其中2例积液范围向下延伸至肾周间隙的下部。

CT动态检查为AP的治疗提供了重要的监测手段。本组D级、E级治疗后尽管生化指标基本正常,但CT提示胰腺仍有异常,为治疗方案的调整提供了信息;4例E级患者内科治疗无效患者,CT检查结果为患者及时中转手术提供了依据;CT检查发现了12例胆系结石,明确了患者的病因,若能适时进行手术,就能有效防止AP的反复发作或变迁为慢性胰腺炎<sup>[6]</sup>。

## 参考文献

- [1] 王冠军,张春才,许硕贵.肱骨近端骨折的治疗进展[J].国外医学骨科学分册,2004,25(4):216-218.
- [2] Charles S Neer. Displaced proximal humeral fracture. part I. Classification and evaluation[J]. J Bone Joint Surg (Am), 1970, 52(6):1077-1089.
- [3] Antuna SA, Speerling JW, Sanchez SJ. Shoulder arthroplasty for Proximal humeral malunions: long term results[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2000, 11(2):122-129.
- [4] 张磊,杨海涛,曹前来,等.锁定钢板与常规手术治疗肱骨近端骨折疗效比较[J].中国矫形外科杂志,2004,12(10):728-731.
- [5] Yang KH. Hdical plate fixation for treatment of comminuted fractures of the proximal and minddle one-third of the humeros[J]. Injury, 2005, 36(1):75-80.
- [6] 罗从风,高洪,杨发呈,等.经皮微创钢板固定法治疗胫骨干骺端骨折[J].中华创伤骨科杂志,2004,6(1):66-69.
- [7] Lungershausen W, Bach O, Lorenz CO. Locking plate osteosynthesis for fractures of the proximal humerus[J]. Zentralbl Chir, 2003, 128(1):28-33.
- [8] 李正疆,税巍,葛建华,等.肱骨近端骨折的手术治疗策略[J].西南军医,2009,17(1):150-152.

(收稿日期:2009-02-01;修回日期:2009-03-05)

(本文编辑:黄攸生;英文编辑:王建东)

CT检查对急性胰腺炎的诊断具有重要的临床价值,能准确地反映出胰腺在不同病期的形态变化,CT动态复查可辅助评价急性胰腺炎的治疗效果。

## 参考文献

- [1] 王文芝,吕文涛,安维新,等.急性胰腺炎的CT分级诊断(附68例分析)[J].中国医学影像学杂志,2006,14(3):228-231.
- [2] 汪良芝,沈云志. CT检查在急性胰腺炎诊断中的应用[J].实用放射学杂志,2005,21(4):428-430.
- [3] 中华医学会外科病学分会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎诊治草案[J].中华消化杂志,2001,21(10):622-623.
- [4] 程燕,宋彬,徐隽,等.急性坏死性胰腺炎多排螺旋CT表现:胰腺坏死程度与腹膜后扩展日临床严重度的关系[J].中国普外基础与临床杂志,2006,13(1):110-115.
- [5] 杨光华.病理学[M].5版,北京:人民卫生出版社,2002:221-222.
- [6] 李松年.现代全身CT诊断学[M].北京:中国医药科技出版社,2001:689-691.

(收稿日期:2008-11-18;修回日期:2009-02-18)

(本文编辑:潘雪飞)