

## 重症急性胰腺炎坏死合并感染 60 例临床治疗分析

闫冰

(北京京煤集团总医院急诊科, 北京 102300)

[关键词] 真菌感染; 重症急性胰腺炎; 危险因素; 治疗

[中图分类号] R576 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 11-0111-02

急性胰腺炎是一种常见的疾病, 乃胰酶消化自身胰腺及其周围组织所引起的化学性炎症, 临床症状轻重不一, 轻者有胰腺水肿, 表现为腹痛、恶心、呕吐等。重者胰腺发生坏死或出血, 可出现休克和腹膜炎, 病情凶险, 死亡率高。随着医学技术的发展, 近年来, 医学研究人员对重症急性胰腺炎病因、病程认识不断加深, 能够使大多数的急性胰腺炎患者能够从全身急性炎症反应期进入到全身感染期。使真菌感染引起心、肺、肾等重要脏器功能性障碍, 从而致死<sup>[1]</sup>。近年来, 对急性胰腺炎坏死合并感染已成为各个医疗机构和专家的研究热点, 对它的认识不断加深, 总结了许多的防治措施。下面是笔者对北京京煤集团总医院收诊的 60 例重症急性胰腺炎坏死合并感染患者的临床资料进行回顾性分析。现将其危险因素、防治措施等进行探讨分析, 报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

北京京煤集团总医院在 2009 年 1 月至 2012 年 1 月收治的重症急性胰腺炎患者 60 例中, 男 35 例, 女 25 例, 年龄 32~85 岁, 平均 57 岁, 平均住院时间 (106 ± 68.5) d, 其中有 24 例患者通过医学源监测和临床诊断被确诊为重症急性胰腺炎合并真菌感染, 发生率为 40%, 其中因为手术或外伤感染 5 例, 胆源性 10 例, 肾功能不全者 3 例, 暴饮暴食 4 例, 不明有 2 例。发生感染的 24 例患者中均存在严重的全身性和局部感染, 有 6 例是胰腺和胰周围感染, 呼吸道感染 4 例, 全身性感染 8 例, 胆道 3 例, 泌尿道 3 例, 发生感染菌株的种类大部分为念珠菌。重症急性胰腺炎发

病至真菌感染时间为 10~70 d, 平均约为 30 d。

#### 1.2 方法

**1.2.1 危险因素分析** 通过观察记录患者在低氧血症、禁食时间、感染真菌的种类、抗菌药物的使用和抗生素的应用种类等方面的差异<sup>[2]</sup>, 可以发现患者的低氧血症、禁食时间、患者病程是重症急性胰腺炎合并感染危险因素, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**1.2.2 诊断依据** 重症急性胰腺炎的诊断符合 WHO 制定的临床诊断标准, 对于疑似为真菌感染的患者进行病原学监测和诊断, 对于有重症急性胰腺炎合并真菌感染的临床症状, 并且能够从血、痰液、尿液、脓液、胆汁中发现真菌有 2 个或 2 个以上来自不同标本的同一菌株, 则可判定为重症急性胰腺炎合并真菌感染<sup>[3]</sup>。

**1.2.3 治疗方法** 所有患者按照各自病情特征和临床资料接收综合治疗方案, 其中包括监护治疗、药物治疗、手术治疗、营养治疗等。其中通过临床实践经验发现, 氟康唑、两性霉素 B 静脉具有良好的疗效, 毒副作用较少, 氟康唑由于具有良好的穿透血胰屏障的效果, 成为治疗预防真菌感染的首选药物, 每次 200 mg 静脉滴注, 每 12 h 1 次, 对于效果不佳患者可用两性霉素 B 滴注, 初始剂量为 1mg, 后续则不断按顺序递加。根据情况采取胰腺和胰周的坏死组织清除和脓肿引流术<sup>[4]</sup>。

#### 1.3 统计学方法

采用 SPSS 软件进行分析, 检验方法用  $t$  和  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

培养真菌感染的并检出的部位有尿、粪、痰、

[作者简介] 闫冰 (1981~), 男, 山西山阴县人, 医学学士, 住院医师, 主要从事急诊医学临床诊治工作。

唾液、咽喉、胆汁等标本培养液,共培养出有60株菌株,其中主要是念珠菌达56株(白色念珠菌有37株,热带念珠菌有6株,光滑念珠菌5株,季野蒙念珠菌5株,近光滑念珠菌3株),还有克柔念珠菌2株,毛霉菌2株。感染种类也至少含有2种及以上。感染部位多为严重的全身性及局部感染,有6例是胰腺和胰周围感染,呼吸道感染4例,全身性感染8例,胆道3例,泌尿道3例。对于非手术治疗效果不佳的患者采用采取胰腺和胰周的坏死组织清除和脓肿引流术22例,其中手术后死亡的有6例,4例死亡为肝、肾、心等器官衰竭,2例因为感染性休克,手术成功率为72.7%。非手术治疗38例患者中,治愈24例,死亡14例,治愈率为63.2%。

### 3 讨论

真菌感染的发病机制复杂,危险因素很多,可能感染的途径包括:手术或外伤感染,胆源性、血源性等。其病程较长,一般分为两期,分别为急性反应期和感染期。感染期一般在反应期后2~3周后出现,多表现为胰腺和胰周坏死组织感染,主要与多器官感染导致功能障碍有关,目前真菌感染发生的可能性与坏死范围和部位有关,随着坏死范围越大其感染发生率越大。且患者致死的主要原因也是由于真菌感染产生并发症所致,所以说降低坏死组织感染是降低患者死亡率的关键原因<sup>[9]</sup>。

真菌感染的临床症状主要表现与普通细菌感染症状相似,但随着坏死组织的损害不断加深,症状也更加明显,最常见的症状有畏寒、发热、意识不

清、心情烦躁、异常兴奋等,对于呼吸道和消化道感染者还会有出血等症状,泌尿系统感染有尿频、尿急、尿痛等症状。口腔中也可能会有黑毛舌、粘膜白斑或溃疡<sup>[9]</sup>。

重症急性胰腺炎坏死合并感染一旦确诊应立即采取综合治疗法,虽然对真菌感染诊断是世界医学界的一个难点,且临床上真菌培养所用时间长,诊断检出率低下,所以应将综合治疗法和患者病情相结合,仔细监测观察患者临床症状,若发现疑似真菌感染患者应立即重视起来,定期反复检查,提倡早预防早诊断早治疗的原则,对于特殊情况要进行病灶清除和引流及营养支持等治疗手段,从而减少重症急性胰腺炎坏死合并感染所带来人们的危害

### [参考文献]

- [1] 李维勤,李宁,黎介寿. 重症急性胰腺炎坏死感染的诊断与治疗实践[J]. 中国实用外科杂志,2009,12:976-978.
- [2] 孙强. 重症急性胰腺炎的临床治疗体会[J]. 中国现代药物应用,2010,20:59-60.
- [3] 杨尹默,陈国卫,张太平. 重症急性胰腺炎合并感染的治疗策略[J]. 中国实用外科杂志,2011,9:880-882.
- [4] 于成功,陈隆典,张志宏. 急性重症胰腺炎与胰腺感染[J]. 世界华人消化杂志,2001,6:689-693.
- [5] 李哲. 84例重症急性胰腺炎的治疗效果临床分析[J]. 中国保健营养,2012,20:4438-4439.
- [6] 李凯旋. 急性重症胰腺炎外科救治36例报告[J]. 华夏医学,2012,5:107-109.

(2013-10-12 收稿)