

一些学者通过分析得出腕关节功能与掌倾角、尺偏角、桡骨高度呈正相关^[12],但同时也有较多研究证实复位的好坏与骨折愈合之后的关节功能恢复程度关联并不大,且 >65 岁患者即使该部位骨折对位不佳亦不会增加腕关节功能障碍风险^[13-15]。

综上所述,对 C 型桡骨远端骨折的治疗选择需经多方面考虑^[16],对功能及形态要求较高者,LCP 固定是较好的选择;对于基础疾病较多,不能耐受手术或者不愿手术者,石膏固定能够满足其基本生活需要,也是一种有效的治疗选择。

参考文献

[1] Nellans KW, Kowalski E, Chung KC. The epidemiology of distal radius fractures[J]. *Hand Clin*, 2012, 28(2): 113-125.

[2] Shauver MJ, Yin H, Banerjee M, et al. Current and future national costs to medicare for the treatment of distal radius fracture in the elderly[J]. *J Hand Surg Am*, 2011, 36(8): 1282-1287.

[3] Chung KC, Shauver MJ, Birkmeyer JD. Trends in the United States in the treatment of distal radial fractures in the elderly[J]. *J Bone Joint Surg Am*, 2009, 91(8): 1868-1873.

[4] 秦宏敏,许铁,刘凯,等. 桡骨远端骨折的手术治疗进展[J]. *中华创伤骨科杂志*, 2006, 8(3): 240-242.

[5] 张洪,赵国梁,杨徐松. 两种不同方法治疗桡骨远端骨折 88 例疗效分析[J]. *中国骨与关节损伤杂志*, 2012, 27(3): 268-269.

[6] 张殿英,傅中国,王天兵,等. 两种内固定方法治疗桡骨远端骨

折的疗效比较研究[J]. *中华手外科杂志*, 2010, 26(6): 340.

[7] 张巍,张立海,赵燕鹏,等. AO 多角度锁定钢板治疗老年桡骨远端 C 型骨折的初步疗效观察[J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2014, 13(7): 503-506.

[8] 罗从风,曾志敏. 桡骨远端骨折的处理原则[J]. *中国骨伤*, 2010, 23(8): 567-569.

[9] 刘少平,赵建,林波,等. 骨折内固定术后并发金属蚀损反应的治疗(附 23 例报告)[J]. *中国骨与关节损伤杂志*, 2014, 29(3): 259.

[10] Sahu A, Charalambous CP, Mills SP, et al. Reoperation for metalwork complications following the use of volar locking plates for distal radius fractures: a United Kingdom experience[J]. *Hand Surgery*, 2011, 16(2): 113-118.

[11] Johnson NA, Cutler L, Dias JJ, et al. Complications after volar locking plate fixation of distal radius fractures [J]. *Injury*, 2014, 45(3): 528-533.

[12] 汤骏,高伟阳,徐华梓. 桡骨远端骨折影像学测量指标与近期疗效的关系[J]. *中华手外科杂志*, 2008, 24(2): 69-71.

[13] 张兴平. 桡骨远端骨折治疗方法的选择与思考[J]. *中国骨伤*, 2011, 24(11): 887-889.

[14] 张胜华,臧宏伟,侯继光,等. 桡骨远端骨折治疗现状[J]. *中国煤炭工业医学杂志*, 2014, 17(9): 1542-1547.

[15] 罗程峰. 桡骨远端骨折手术与非手术治疗分析[J]. *现代诊断与治疗*, 2014, 27(3): 624-625.

[16] 袁伟,赵金柱. 老年人桡骨远端 C 型骨折的手术治疗与非手术治疗的疗效对比[J]. *中国疗养医学*, 2015, 24(1): 17-19.

收稿日期: 2015-02-26 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

CRRT 不同治疗时机对重症胰腺炎患者疗效的影响

林述洲, 林焕雄

潮州市中心医院消化内科二科, 广东 潮州 521000

摘要: **目的** 对比连续性肾脏替代治疗(CRRT)不同治疗时机在重症胰腺炎患者治疗中效果的差异。**方法** 从 2009 年 9 月至 2013 年 12 月收治的重症胰腺炎患者中选择 100 例,随机分为对照组(50 例)和观察组(50 例),均实施常规治疗联合 CRRT 治疗,观察组在明确诊断之后即行 CRRT,对照组在患者出现急性肾功能衰竭之后再行 CRRT 治疗。观察两组的腹痛、腹胀缓解时间和血淀粉酶复常时间以及住院天数和临床效果,并进行比较。**结果** 经不同的治疗,在住院天数、血淀粉酶复常时间以及腹痛、腹胀缓解时间和治疗总有效率方面,两组患者均存在显著差异(P 均 <0.01)。**结论** CRRT 不同的治疗时机在重症胰腺炎治疗中效果不同,其中,确诊之后即开始实施 CRRT 可以获得更好的临床疗效。

关键词: 重症胰腺炎; 连续性肾脏替代治疗; 治疗时机

中图分类号: R 576 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)06-0768-03

连续性肾脏替代治疗 (CRRT) 是一种新型的血液净化技术, 具有高溶质清除率, 且血流动力学稳定^[1]。因此, 临床可以利用 CRRT 对重症胰腺炎患者进行治疗, 但关于其最佳治疗时机, 目前尚无明确定论。本研究探讨 CRRT 不同治疗时机对重症胰腺炎患者治疗效果的影响。现将相关研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2009 年 9 月至 2013 年 12 月收治的重症胰腺炎患者中选择 100 例, 其中男 51 例, 女 49 例; 年龄 17 ~ 81 (39.98 ± 9.68) 岁。所有患者均经临床诊断, 确诊为重症胰腺炎, 随机分为对照组 (50 例) 和观察组 (50 例)。两组患者性别、年龄、急性生理功能与慢性健康量表 (APACHE II) 评分、CT 严重指数 (CTSI) 评分、总胆固醇 (TC) 水平比较差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05)。见表 1。

1.2 方法 对两组患者均实施常规治疗联合 CRRT 治疗, 常规治疗包括对患者的全身炎症反应予以对症处理, 以及防治多器官功能衰竭等。并按照患者的实际情况, 根据不同的病因, 使用生长抑素、抗生素、胃肠减压、通便、制酸等处理, 并予以早期肠内营养和对症治疗等。CRRT 包括利用瑞典金宝 Prismaflex 连续性血液净化装置, 通过 Seldinger 技术置管作血路, 使用 CRRT 治疗机和配套的管路。血液滤过器采用 F60 聚砜膜, 血流量保持为 200 ~ 280 ml/min, 并密切关注患者的实际情况, 按照患者的不同情况选择不同的置换液成分。超滤量保持为 80 ~ 300 ml/h, 治疗时

间为 8 ~ 18 h。治疗过程中, 密切关注患者的临床体征以及血气分析、肾功能还有电解质变化情况。其中, 观察组在明确诊断之后即行 CRRT, 对照组在患者出现急性肾功能衰竭之后再行 CRRT 治疗。

1.3 观察指标 (1) 腹痛、腹胀缓解时间; (2) 血淀粉酶复常时间; (3) 住院天数; (4) 治疗效果。疗效评价标准: 显效, 患者的各项临床症状和体征均完全消失, 脉象恢复至正常水平, 可进食少许流质食物, 血淀粉酶等指标均恢复至正常水平, 经影像学检查显著好转; 有效, 患者的各项临床症状和体征均显著改善, 脉象基本恢复至正常水平, 血淀粉酶等指标均得到改善, 经影像学检查出现好转; 无效, 患者的各项临床症状和体征、脉象、血淀粉酶等较之治疗前未出现明显改善, 甚至出现加重现象^[2]。以显效 + 有效计算总有效率。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 16.0 软件进行数据处理。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组相关指标分析 经不同的治疗, 观察组的腹痛、腹胀缓解时间、血淀粉酶复常时间及住院天数均显著短于对照组 (P 均 < 0.01)。见表 2。

2.2 两组治疗效果分析 经不同的治疗, 观察组的总有效率达 96.0%, 对照组为 70.0%, 两组治疗总有效率比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男/女 (例)	平均年龄 (岁)	APACHE II 评分 (分)	CTSI 评分 (分)	TC (mmol/L)
观察组	50	25/25	40.85 ± 9.32	2.89 ± 2.21	2.01 ± 0.92	17.12 ± 6.25
对照组	50	26/24	39.58 ± 10.28	3.15 ± 1.23	2.02 ± 1.87	17.81 ± 6.13

表 2 两组患者腹痛、腹胀缓解时间和血淀粉酶复常时间及住院天数分析 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	腹痛、腹胀 缓解时间	血淀粉酶 复常时间	住院天数
观察组	50	5 ± 2	4 ± 2	20 ± 3
对照组	50	8 ± 2	8 ± 3	26 ± 5
t 值		5.13	4.89	6.11
P 值		< 0.01	< 0.01	< 0.01

表 3 两组患者治疗效果分析 例 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	50	42 (82.0)	6 (10.0)	2 (8.0)	96.0
对照组	50	28 (62.0)	7 (20.0)	15 (30.0)	70.0
χ^2 值					11.98
P 值					< 0.01

3 讨论

胰腺是人体最重要的器官之一, 具有内分泌功能及外分泌功能, 其分泌的胰液有机成分包括胰蛋白酶原、糜蛋白酶原、胰淀粉酶、胰脂肪酶等, 进入肠腔后被激活, 并参加消化食物^[3]。胰液通过胰总管排入十二指肠, 有消化蛋白质、脂肪和糖的作用。胰腺炎为腹部外科常见病, 是胰腺因胰蛋白酶的自身消化作用而引起的疾病^[4]。一旦出现胰腺炎, 会对患者的正常生理机能产生极大的影响, 并对身体内的各种重要脏器产生不同程度的严重损伤, 因此极易导致患者死亡^[5]。重症胰腺炎患者容易出现胰腺出血坏死等情况, 还可以造成胰周病变, 比如胰腺脓肿、假性囊肿、胰腺的坏死甚至胰周的脓肿, 呼吸功能、肾功能、

循环功能等都会受到影响^[6]。

CRRT 治疗是采用缓慢、连续的方式对患者体内的水和溶质等进行清除的治疗方法,是一种高效的血液净化技术^[7]。通过 CRRT 治疗,可以维持稳定的血流动力学状态,并对氮质血症及电解质和水盐代谢等产生有效的控制,并持续清除患者循环系统中存在的各种毒素等^[8]。另外,CRRT 治疗还可以及时为患者提供营养补充,维持患者内稳态的平衡^[9]。但是,在利用 CRRT 治疗对各种重症患者进行治疗的时候,关于具体治疗时机的把握,临床尚无明确的定论。胡振杰等^[10]按照急性肾损伤协作网(AKIN)不同分期作为开始 CRRT 治疗的时机,将合并急性肾损伤(AKI)的重症患者分为 AKIN 1、2、3 期组。通过对 3 组患者存活率及生存者肾功能恢复率的分析发现,CRRT 开始时机(以 AKIN 分期)对合并 AKI 重症患者 28、90、180 d 存活率及 ICU、出院存活率和生存者肾功能恢复率无影响。姚利群等^[11]研究报道,临床对多脏器功能障碍综合征患者进行不同时机 CRRT 治疗的过程中,调节抗炎/致炎因子的比值是 CRRT 调节免疫状态的关键所在。而在患者 MODS 发生早期即实施 CRRT 治疗可以获得更好的临床收益。在利用 CRRT 对重症性胰腺炎进行治疗的过程中,不同的学者持有不同的观点。有学者研究发现,在常规治疗的基础上加用 CRRT 治疗急性重症性胰腺炎,酸中毒、尿量恢复快,28 d 生存率明显上升,能明显改善其的预后^[12]。尤其是未出现急性肾损伤的早期治疗效果更佳。龚运兵等^[13]报道,CRRT 是抢救高原危急重症的有效方法,早期即对患者进行治疗可以有效提高抢救成功率。还有研究表明,重症急性胰腺炎患者发病 72 h 内是进行 CRRT 治疗的最佳时机,在发病 72 ~ 120 h 予以 CRRT 治疗,属于可接受的时机范围;但如果在患者发病 120 h 以后才开始实施 CRRT 治疗,则延误了治疗时机,效果不佳^[14]。本研究中,以明确诊断和出现急性肾功能衰竭为标准,对重症胰腺炎患者进行不同时机的 CRRT 治疗,结果显示,经不同时机的 CRRT 治疗,观察组患者的住院天数、血淀粉酶复常时间以及腹痛、腹胀缓解时间均显著短于对照组,但治疗总有效率显著高于对照组,表明,CRRT 不同的治疗时机会对重症胰腺炎治疗效果产生不同的影响,其中,在确诊之后即开始实施 CRRT 较之出现急性肾功能衰竭之后再行 CRRT 治疗可以获得更好的临床疗效。分析原因,是因为在明确诊断的早期即进行 CRRT,可以更好地对患者体内炎症介质的释放予以调节,使其维持在适当的水平,以促进患者的机体恢复,并消除感染等^[15]。并能够在早期即对患者的

免疫稳态予以调节,维持良好的酸碱平衡状态,促进预后效果的提高。

综上所述,临床利用常规治疗联合 CRRT 对重症胰腺炎进行治疗的过程中,要注意把握科学的治疗时机。较之出现急性肾功能衰竭之后再行 CRRT 治疗,在确诊之后即开始实施 CRRT 可以获得更好的效果,可改善患者预后。

参考文献

- [1] 吴克艳,徐文浩,刘玉,等. 多次血液灌流联合连续性肾脏替代治疗救治高脂血症伴重症急性胰腺炎合并多器官功能障碍综合征 1 例[J]. 中国中西医结合急救杂志,2014,21(1):74-76.
- [2] 吴黎明,陈先祥,沈建明,等. 连续性肾脏替代治疗应用于重症急性胰腺炎的临床疗效分析[J]. 腹部外科,2013,26(3):161-163.
- [3] 祝益民,彭娅. 重症胰腺炎的早期多学科联合救治策略[J]. 中华急诊医学杂志,2014,23(10):1076-1078.
- [4] 白廷霖. 腹腔镜下腹腔灌洗引流治疗重症胰腺炎疗效分析[J]. 山东医药,2014,54(22):81-82.
- [5] 沈凌涛,郑贵军,袁亚松,等. 重症急性胰腺炎早期肠内营养的临床研究[J]. 中国临床研究,2014,27(12):1494-1496.
- [6] Modem V, Thompson M, Gollhofer D, et al. Timing of continuous renal replacement therapy and mortality in critically ill children[J]. Crit Care Med, 2014,42(4):943-953.
- [7] 刘文虎. 危重患者连续性肾脏替代治疗开始及停止治疗的时机[J]. 中华肾病研究电子杂志,2013,2(2):80-84.
- [8] 梅劲超,杨晓燕. 高超滤率连续性肾脏替代疗法在重症胰腺炎治疗中的应用[J]. 局解手术学杂志,2014,23(3):294-295.
- [9] Wald R, Shariff SZ, Adhikari NK, et al. The association between renal replacement therapy modality and long-term outcomes among critically ill adults with acute kidney injury: a retrospective cohort study[J]. Crit Care Med, 2014,42(4):868-877.
- [10] 胡振杰,刘丽霞,赵聪聪. 连续性肾脏替代治疗开始时机对合并急性肾损伤重症患者预后的影响[J]. 中华危重病急救医学, 2013,25(7):415-419.
- [11] 姚利群,金兆辰,吉木森,等. 不同时机连续性肾脏替代治疗对多脏器功能障碍综合征患者的影响[J]. 中华医学杂志,2011,91(24):1663-1667.
- [12] 张洪波,马培龙,王锐艳,等. 连续性肾脏替代治疗对急性重症性胰腺炎治疗时机的探索[J]. 中国伤残医学,2012,20(2):27-28.
- [13] 龚运兵,邓永明,李川,等. 连续性肾脏替代治疗在高原危急重症中的应用时机探讨[J]. 西南军医,2013,15(1):19-21.
- [14] 文明波,吴定国. 不同治疗时机的连续性肾脏替代治疗对重症急性胰腺炎疗效的影响[J]. 中华消化外科杂志,2011,10(2):137-138.
- [15] 刘洁,李慧敏,程青,等. 连续性肾脏替代联合血液灌流治疗高脂血症性急性重症胰腺炎的临床观察[J]. 临床内科杂志, 2014,31(12):829-831.