

· 临床研究 ·

## 急性胰腺炎合并肝损害 152 例临床分析

屈健宁<sup>1</sup>, 蔡大川<sup>2</sup>

(重庆医科大学附属第二医院:1. 急诊科;2. 感染病科 400010)

**摘要:**目的 探讨急性胰腺炎(AP)患者肝脏损害的临床特点。方法 对该院 2006 年 5 月至 2008 年 5 月收治的 236 例急性胰腺炎患者的临床资料进行回顾性分析。结果 236 例急性胰腺炎患者中有 152 例出现肝损害,占 64.4%,其中轻型胰腺炎(MAP)56.5% (104/184),重症胰腺炎(SAP)92.3% (48/52),SAP 较 MAP 肝功能损害发生率高,损害程度更明显,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 急性胰腺炎大多伴有肝损害,其损害程度与胰腺炎病情轻重程度相关。

**关键词:**急性胰腺炎;肝脏损害

**中图分类号:**R576;R575.3

**文献标识码:**A

**文章编号:**1671-8348(2010)05-0549-02

### Clinical analysis of 152 patients with acute pancreatitis complicated by liver injury

QU Jian-ning<sup>1</sup>, CAI Da-chuan<sup>2</sup>

(1. Department of Emergency;2. Department of Infections Diseases, Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China)

**Abstract: Objective** To explore the clinical characters of acute pancreatitis with liver injury. **Methods** To analyze the data of 236 patients with acute pancreatitis admitted to our hospital from May 2006 to May 2008 retrospectively. **Results** 152(64.4%) out of 236 patients had liver injury. 104(56.5%) of 184 patients with mild acute pancreatitis and 48(92.3%) of 52 patients with severe acute pancreatitis had liver injury. The incidence and damage level of liver injury were much higher in the patients with severe acute pancreatitis than those with mild acute pancreatitis( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Most patients with acute pancreatitis have liver injury. The degree of liver injury correlates to severity of acute pancreatitis.

**Key words:** pancreatitis; liver injury

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)尤其是重症急性胰腺炎(serious acute pancreatitis, SAP)常合并多脏器损害,其伴发肝脏损害在临床上较多见,不但可以加重胰腺炎的病情,也可发展成肝功能衰竭,导致患者很快死亡。对其并发症的认识和处理直接关系到 AP 的临床诊治效果及预后<sup>[1]</sup>。本研究对该院收治的 152 例 AP 合并肝损害患者的病例资料进行回顾性分析,旨在探讨其临床特点和发病机制。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择本院 2006 年 5 月至 2008 年 5 月收治的资料完整的 AP 患者 236 例,其中轻型胰腺炎(mild acute pancreatitis, MAP)患者 184 例,SAP 患者 54 例;诊断标准参照中国 AP 诊治指南(草案)标准<sup>[2]</sup>。伴有肝损害者 152 例,其中男 98 例,女 54 例;年龄 21~78 岁,平均(48.9±12.6)岁;按 Ranson 标准分为 MAP 104 例,SAP 48 例;按病因分为胆源性 92 例(60.5%),酒精性 25 例(16.4%),高脂血症 22 例(14.5%),暴饮暴食 7 例(4.6%),其他不明原因 6 例(3.9%)。所有病例既往无肝病史,病前无服用肝损害药物和其他肝损害诱因存在。

**1.2 实验室检查** 患者入院后 24~72 h 内检测肝功能:血清丙氨酸氨基转移酶(ALT,正常值 0~40 u/L)、血清天门冬氨酸氨基转移酶(AST,正常值 5~34 u/L)、清蛋白(ALB,正常

值 35~55 g/L)、总胆红素(TBIL,正常值 2.3~20.4 μmol/L)。

**1.3 统计学方法** 计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 AP 合并肝损害情况** AP 伴肝损害 152 例中,轻型伴肝损害 104 例,占轻型胰腺炎患者的 56.5% (104/184),重症伴肝损害 48 例,占重症胰腺炎患者的 92.3% (48/52),两者比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.2 AP 伴肝损害程度比较** AP 患者合并肝损害主要表现为 ALT、AST、TBIL 升高,ALB 下降;轻型与重症 AP 患者 ALT、AST、TBIL 经  $t$  检验差异有统计学意义( $P < 0.05$ );轻型与重症 AP 患者 ALB,经  $t$  检验差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 1。

**2.3 胆源性与非胆源性胰腺炎的肝损害程度比较** 见表 2。

**2.4 AP 合并肝损害的处理及对病程的影响** 所有 AP 患者入院后常规检查肝功能,对肝功能异常者,除禁食、胃肠减压、抗炎、解痉、抑制胰酶分泌、补液及适当的保肝治疗外,注意避免使用肝损害药物及防治其他并发症。大部分患者随着 AP 的症状缓解,肝功能渐渐恢复,但 SAP 合并肝损害与 MAP 合并肝损害相比,其血淀粉酶恢复时间及住院时间明显延长,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 1 MAP 与 SAP 患者肝脏损害程度比较

组别	n	ALT(u/L)	AST(u/L)	ALB(g/L)	TBIL(μmol/L)
MAP 组	104	103.4±24.56	102.7±23.89	34.6±4.12	38.6±21.45
SAP 组	48	186.9±34.16*	154.8±32.62*	31.5±2.64	84.3±32.87*

\* : 与 MAP 组相比较,  $P < 0.05$ 。

表 2 胆源性与非胆源性 AP 患者肝脏损害程度比较

组别	n	ALT(u/L)	AST(u/L)	ALB(g/L)	TBIL( $\mu$ mol/L)
非胆源性 AP 组	60	90.8 $\pm$ 22.16	100.1 $\pm$ 23.12	37.6 $\pm$ 4.59	39.2 $\pm$ 22.36
胆源性 AP 组	92	164.5 $\pm$ 31.24*	162.4 $\pm$ 33.04*	26.2 $\pm$ 2.15	79.5 $\pm$ 30.69*

\* : 与非胆源性 AP 组相比较,  $P < 0.05$ 。

表 3 MAP 与 SAP 并肝损害对病程的影响情况比较(d)

组别	n	血淀粉酶恢复时间	住院时间
MAP 组	104	6.34 $\pm$ 1.86	11.32 $\pm$ 4.68
SAP 组	48	12.72 $\pm$ 4.15*	27.38 $\pm$ 16.46*

\* : 与 MAP 组相比较,  $P < 0.05$ 。

### 3 讨 论

大量临床和实验研究显示, AP 大多伴有肝细胞不同程度的病理变化, 轻度可有胆红素、碱性磷酸酶和转氨酶的变化, 重者表现为各种凝血因子的紊乱, 导致肝功能衰竭和 DIC, 如果 AP 得到控制, 肝功能紊乱一般是可逆的<sup>[3-4]</sup>。本组 236 例 AP 患者 64.4% 出现肝功能异常。MAP 伴肝损害发生率 56.5%, SAP 伴肝损害发生率 92.3%, 明显高于轻型组, AP 伴肝损害的患者均有不同程度的胆红素、转氨酶升高或清蛋白降低。本组病例中, AP 肝损害主要表现为 ALT、AST、TBIL 升高, ALB 降低; MAP 肝损害较 SAP 轻, SAP 患者 ALT、AST、TBIL 均高于 MAP 患者, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。SAP 患者的肝功能损害较为严重, 血淀粉酶恢复时间及住院时间较长, 与轻型相比, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。本组研究结果显示, SAP 较 MAP 肝损害发生率高, 损害程度也严重, 提示肝脏损害程度与 AP 的病情轻重呈正相关, 与国内外报道相符<sup>[5-7]</sup>。

AP 肝损害的机制较为复杂, 病因众多可能与下列因素有关<sup>[8-10]</sup>: (1) 胰腺炎症组织释放各种破坏因子 (如弹性蛋白酶、细胞色素 p450 等) 经静脉回流入肝脏, 直接造成肝细胞变性坏死。(2) AP 时周围血管中血管活性多肽物质浓度升高, 使肝内血管扩张和肝血窦充血, 血流变慢, 而肝血流下降、肝细胞缺血缺氧也是肝损害机制之一。(3) 胰腺水肿造成胆管梗阻, 引起胆道压力升高, 使肝脏结构与功能损害, 出现胆红素代谢障碍。(4) 细胞因子的作用, AP 发生时可释放过量的细胞因子等炎性递质, 如白细胞介素-1、白细胞介素-6、白细胞介素-8、肿瘤坏死因子等, 形成瀑布样连锁放大效应, 在各个器官中激活白细胞和血小板, 产生炎症反应导致严重的组织细胞损害<sup>[11]</sup>。(5) 氧自由基和前列腺素的异常对肝损害的作用, 氧自由基能改变肝细胞内蛋白、DNA 结构及功能, 增加蛋白质对水解酶的敏感性, 在肝脏损害中也起着重要作用<sup>[12]</sup>。

总之, 对于 AP 合并肝损害, 特别是 SAP 合并肝损害, 其肝损害可作为多器官功能障碍的一个表现, 并可使病情加重。在治疗中, 除及时给予抑制胰酶分泌的药物外, 应加强保肝治疗, 及早给予肝细胞膜保护剂和氧自由基清除剂, 稳定肝细胞膜, 促进肝细胞修复、再生, 从而提高胰腺炎并发肝损害的治愈率。

### 参考文献:

- [1] 黄志恒, 王成友. 急性胰腺炎合并肝损害的临床分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2008, 18(2): 102.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(3): 190.
- [3] 张东海, 李兆申. 急性胰腺炎肝功能异常及脾脏、胃肠道并发症[J]. 胃肠病学, 2001, 6(1): 49.
- [4] 张喜平, 王蕾. 重症急性胰腺炎并发肝功能损害的机制研究进展[J]. 世界华人消化杂志, 2005, 13(11): 1335.
- [5] 赵玲, 温俊良, 施媛. 急性胰腺炎合并肝损害的临床分析[J]. 实用肝脏病杂志, 2006, 9(1): 43.
- [6] 刘国焰, 钟芬梅. 急性胰腺炎肝损害 56 例临床分析[J]. 宁夏医学杂志, 2008, 30(2): 169.
- [7] 李炳庆, 张学军. 急性胰腺炎肝脏损害 117 例临床分析[J]. 承德医学院学报, 2006, 23(4): 371.
- [8] 赵芳, 王建忠, 陈若川. 急性胰腺炎的肝脏损害[J]. 昆明医学院学报, 2003, 24(4): 75.
- [9] 任文涛, 姜文弟, 张东海. 急性胰腺炎并发肝脏损害的临床分析[J]. 胰腺病学, 2005, 5(1): 43.
- [10] 王岩. 急性胰腺炎肝脏损害 137 例临床分析[J]. 实用医学杂志, 2003, 19(6): 670.
- [11] Zhao YF, Zhai WL, Zhang SJ, et al. Protection effect of triptolide to liver injury in rats with severe acute pancreatitis[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2005, 4(4): 604.
- [12] 萧树东. 胃肠病学和肝病学——基础理论与临床进展[M]. 上海: 世界图书出版公司, 2004: 906.

(收稿日期: 2009-03-11 修回日期: 2009-04-22)

(上接第 548 页)

reactions for carcinoembryonic antigen and cytokeratin 20 [J]. J Surg Oncol, 1998, 68(1): 34.

- [10] Choi HJ, Choi YY, Hong SH. Incidence and prognostic implications of isolated tumor cells in lymph nodes from patients with Dukes B colorectal carcinoma[J]. Dis Colon Rectum, 2002, 45(6): 750.
- [11] Yasuda K, Adachi Y, Shiraishi N, et al. Pattern of lymph node micrometastasis and prognosis of patients with colorectal cancer[J]. Ann Surg Oncol, 2001, 8(4): 300.

- [12] McGuckin MA, Cummings MC, Walsh MD, et al. Occul axillary node metastases in breast cancer: their detection and prognostic significance[J]. Br J Cancer, 1996, 73(1): 88.
- [13] Perez RO, Habr-Gama A, Nishida Arazawa ST, et al. Lymph node micrometastasis in stage II distal rectal cancer following neoadjuvant chemoradiation therapy[J]. Int J Colorectal Dis, 2005, 20(5): 434.

(收稿日期: 2009-06-23 修回日期: 2009-09-08)