

文章编号:1005-6947(2005)08-0632-02

· 临床报道 ·

急性重症胰腺炎治疗:附41例报告

龚爱民, 康健, 田平

(湖南省石门县人民医院, 湖南 石门 415300)

摘要: 回顾性分析1997~2005年收治的41例重症急性胰腺炎的临床特征、治疗方法和病死率等资料,其中早期手术13例,非手术治疗后中转手术5例。治愈33例,治愈率80.5%。其中手术治疗18例,治愈12例,手术治愈率66.7%;非手术治疗23例,治愈21例,非手术治愈率91.3%。提示重症急性胰腺炎早期应强调以非手术为主的综合治疗,但对有早期手术指征和中转手术指征患者,应及时行手术治疗。

关键词: 胰腺炎/外科学; 急性病

中图分类号: R657.51; R459.7

文献标识码: B

急性重症胰腺炎(SAP)发病急、变化快、表现复杂,经验性治疗较多,目前的治疗指南和原则并不完全适用于所有SAP患者,因而主张进行“个体化”诊治。我院从1997~2005年共收治41例SAP患者,现对治疗方法及疗效进行综合分析并报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男27例,女14例;年龄19~61(平均47.6)岁。均符合2004年中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组的中国急性胰腺炎诊治指南标准^[1],其中SAP I级20例,II级21例。病因:胆源性13例,非胆源性28例(酒精性12例,高脂血症及不明原因诱发者共16例)。

1.2 治疗方法

1.2.1 非手术治疗 对非胆源性胰腺炎无明显感染及胰腺坏死者和合并胆道疾病的胰腺炎而无明确胆道梗阻者采用非手术治疗。治疗措施主要包括:监护,本组中21例治疗过程中入ICU监护;禁食、胃肠减压,使用H₂受体阻滞剂或质子泵抑制剂及生长抑素减少胰液分泌,使用洛赛克者25例,使用善宁者9例;抑制胰酶活性,使用5-FU者11例,使用乌司他丁者8例;维持水、电解质及酸碱平衡,营养及器官功能支持;应用针对肠源性革兰氏阴性杆菌、能通过血胰屏障的抗生素;镇静、解痉、止痛等对症处理。

1.2.2 手术治疗 对明确的胆道梗阻、并发急腹症、胰腺组织坏死及继发感染时在非手术治疗的基础上行手术治疗。13例胆源性SAP均于入院后72h内手术,行胆囊切除,胰腺包膜切开,腹腔冲洗,胰周及腹腔引流;6例伴有胆总管结石的同时行胆总管切开取石、T管引流。有胰腺组织坏死死者均予以清除。28例非胆源性胰腺炎在保守治疗

过程中5例患者病情加重,分别在入院第4、6天及1周后手术,手术方法为胰腺感染坏死组织清除小网膜腔引流加灌注。

2 结果

2.1 不同治疗方式疗效比较

非手术组28例中,中转手术5例,死亡1例;早期手术组13例中,死亡5例,占38.5%;手术组18例中,死亡6例,占33.3%。早期手术组和后期中转手术组死亡率无显著差异($P > 0.05$) (附表)。

附表 手术时间与疗效的关系

治疗方式 分组	n	死亡数	治愈数	治愈率 (%)	P值
早期手术	13	5	8	61.5	>0.05
中转手术	5	1	4	80.0	

2.2 死亡原因

早期手术组治愈8例;死亡5例,主要死亡原因分别为多器官功能衰竭(MOF)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS),胰瘘和严重出血。中转手术组5例,治愈4例,死亡1例,死亡原因为严重感染并出血。非手术治疗组28例,死亡2例,死亡原因分别为MOF(1例),严重感染(1例)。

3 讨论

目前分型的主要依据是采用Ranson评分、APACHE评分和CTSI影像评分,当Ranson评分 ≥ 3 ,A-PACHE评分 ≥ 8 ,CTSI评分 ≥ 2 则可确诊为SAP^[2]。但在临床诊治过程中可能会遇到以下问题:(1)忽视潜在的重症患者,部分经评分诊断为轻型AP的患者可在短期内病情急转直下出现了器官功能不全甚至衰竭而转变为重型。(2)部分评分符合SAP的患者可能症状相对较轻或稳定。(3)SAP发展变化快,而该评分标准相对复杂难以在入院的第一时间完成,且评分仅反映当时的局部和全身情况。因此在诊治过程中既要参考评

收稿日期:2005-05-21; 修订日期:2005-06-28。

作者简介: 龚爱民(1960-),男,湖南石门人,湖南省石门县人民医院副主任医师,主要从事肝胆胰疾病方面的研究。

通讯作者: 龚爱民 电话:13707367883(手机); E-mail:gongam@163.com。

文章编号:1005-6947(2005)08-0633-02

· 临床报道 ·

促进老年患者腹部手术后胃肠动力的早期恢复

谭小宇, 戴东, 刘国华

(广东医学院附属医院 外科, 广东 湛江 524001)

摘要:为探讨如何促进老年患者腹部手术后胃肠动力的尽早恢复。笔者将63例老年腹部手术患者随机分为:(1)观察组,31例。胃、十二指肠消化性溃疡患者17例,胃癌患者14例。(2)对照组,32例。溃疡病和胃癌患者分别为14,18例。试验组术后分别给予胃复安、氯波比利及开塞露等协同治疗,对照组按一般术后常规处理。结果治疗组中的溃疡病和胃癌手术者肠鸣音恢复时间分别为 (11.94 ± 3.85) h, (16.92 ± 2.89) h;对照组分别为 (22.62 ± 3.79) h, (25.78 ± 3.52) h。治疗组的溃疡病和胃癌手术者术后排气恢复时间分别为 (28.32 ± 9.66) h, (27.64 ± 6.99) h,对照组分别为 (40.11 ± 5.18) h, (43.27 ± 4.27) h,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。提示合理的联合应用胃复安、氯波比利及开塞露可促进老年患者腹部手术后的胃肠动力早期恢复。

关键词:腹部/外科学; 手术并发症/预防和控制; 老年人

中图分类号:R656 **文献标识码:**B

老年患者接受腹部手术后,其胃肠道功能是否能早期恢复,直接影响到患者的术后康复。相关统计资料^[1-6]显示,腹部手术后患者胃肠蠕动的恢复、肛门排气所需的时间长短与术后一系列并发症呈正相关性。如何促进老年患者腹部手术后胃肠动力的尽早恢复,减少术后并发症的发生,

笔者将63例老年腹部手术者分为两组进行对比观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

将1999~2002年63例接受胃切除手术的患者随机分为:(1)治疗组,31例;胃、十二指肠消化性溃疡17例,胃癌14例;男19例,女12例;平均年龄70.25岁。(2)对照组,32例;消化性溃疡14例,胃癌18例;男17例,女15例;平均年龄69.38岁。上述病人均为限期手术。

收稿日期:2005-04-07; **修订日期:**2005-06-24。

作者简介:谭小宇(1971-),男,广东湛江人,广东医学院附属医院主治医师,主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者:谭小宇 电话:13924401168(手机); E-mail:tanxiaoyu71@yahoo.com.cn。

分又不能拘泥于评分,而需密切观察症状和体征根据病情变化及时调整治疗方案。SAP作为一种炎症、渗出、坏死性病变,其病程可分为急性反应期、全身感染期和残余感染期。其中急性反应期常有休克、ARDS、脑病等并发症发生,因而该期需加强监测和支持,防止重要器官衰竭。

近年来非手术治疗在SAP的治疗中取得了较好的疗效,但这并不意味着手术治疗将逐渐被非手术治疗所取代,对部分病人手术治疗仍然是最重要的治疗措施之一。SAP的手术原则为:清除明显坏死的胰腺及胰周组织并尽可能多地保留有活力的胰腺组织;彻底通畅引流。严格掌握SAP的手术指征和手术方法,是减少术后并发症发生的重要措施。(1)对胰腺坏死并感染者均需手术治疗^[3],手术应尽量在出现感染早期进行,以避免随后发生的器官功能障碍甚至衰竭。(2)凡伴有胆道梗阻者,应急诊手术或早期手术以解除梗阻;无胆道梗阻者应先行非手术治疗,待病情缓解后,再作胆石症手术。本组13例胆源性胰腺炎均在入院72h内先后手术,术后死亡5例,死亡率38.

5%;延期手术的5例中死亡1例,两者无显著差异($P > 0.05$),说明需手术治疗的患者可根据患者具体情况选择手术时间。

本组41例病例经上述原则处理后治愈33例,治愈率80.5%,平均住院时间19d,其中手术治愈12例患者均无胰周残余脓肿发生,效果较好。

参考文献:

- [1] 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):190-192.
- [2] Balthazar EJ. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and Ct evaluation (Review). Radiology, 2002, 223(3):603-613.
- [3] 雷若夫, 张圣道. 胰腺坏死感染的手术指征、时机和方式的选择[J]. 中国实用外科学杂志, 2003, 23(9):519-520.