

文章编号:1005-6947(2005)11-0867-02

· 临床报道 ·

重症急性胰腺炎早期死亡病例分析

孙立波, 于淑琴, 丁大勇, 王旭东, 房学东, 张德恒, 郑泽霖

(吉林大学中日联谊医院 普通外科, 吉林 长春 130033)

摘要:为探讨引起重症急性胰腺炎(SAP)患者早期死亡的原因,回顾性分析50例SAP患者的临床资料。将1周内死亡17例(占死亡病例的85%)与生存组33例的一般资料和血清生化指标相比较。死亡原因:急性呼吸窘迫综合征(ARDS)5例,急性肾衰竭(ARF)5例,消化道出血4例,休克3例。死亡组从发病至就诊时间明显长于生存组($P < 0.01$)。死亡组中,酒精性病因明显多于生存组($P < 0.05$);血糖水平明显高于生存组($P < 0.05$)。提示延误诊治是加重SAP病情,导致早期死亡的重要原因之一。酒精性因素更易使SAP发生死亡。高血糖是预后不良的表现。

关键词:胰腺炎/治疗;胰腺炎/死亡率;急性病

中图分类号:R657.51 **文献标识码:**B

尽管人们对重症急性胰腺炎(SAP)的认识在不断加深,治疗方法亦不断改进,但该病的病死率仍近30%^[1]。尤其对于早期出现脏器衰竭的病例,如何降低SAP的病死率,目前尚缺乏十分有效的防治方法。笔者回顾性分析我院SAP早期死亡和生存病例,就SAP早期死亡原因、判定指

标及防治方法作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

本院2001年1月~2004年1月收治急性胰腺炎(AP)228例,其中符合SAP的诊断标准的53例(23.2%)。1周内死亡17例(早期死亡组),1周后死亡3例,生存33例(生存组)。病因、就诊时间、血清生化学指标等相关资料见附表。

收稿日期:2004-11-08; **修订日期:**2005-07-27。

作者简介:孙立波(1965-),男,吉林通化人,吉林大学中日联谊医院副教授,博士,主要从事胆、胰外科疾病的基础与临床方面的研究。

通讯作者:孙立波 电话:13514401922(手机)。

来极大的痛苦和沉重的经济负担,甚至造成生命危险,因此直接影响此手术的开展和提高。据国内资料^[4]胆瘘发生率为3.9%,胰瘘2.8%,上消化道出血2.8%,腹腔感染约6.5%,本组各种发生率均约2.7%,总发生率为11.1%。我院采用捆绑式胰肠吻合和胰管空肠黏膜吻合术式,不同程度地降低了手术并发症,提高了手术疗效,该两种吻合术优点如下:肠管与胰腺粘连紧密,不留缝隙,无胰液渗漏及积存,且血供良好,有利于愈合。

肝十二指肠韧带内的管道结构在进入肝门之前有很多变异,特别是肝动脉和肝外胆管的变异有重要的意义。肝动脉的重要变异是异位起始的肝动脉即迷走肝动脉,多行走于门静脉后方,进入肝十二指肠韧带,分别替代肝总动脉,肝右动脉或肝左动脉。据资料^[5],迷走肝右动脉存在于12%~14%的人群中,迷走肝左动脉约10%~14%。本组有5例出现迷走肝右动脉,发生率13.9%,此动脉均起源于肠系膜上动脉,在门静脉后方入肝,而肝左动脉起源于腹腔动脉。本组有1例患者术后5d死于肝衰竭,考虑术中结扎并切断了迷走肝右动脉。值得借鉴。

笔者体会到胰十二指肠切除术后的手术并发症发生率除了与患者的全身情况有关外,还取决于手术医师对手术的熟练程度,手术技巧及术后正确管理。因此建立一支有丰富经验的专业治疗组是提高手术疗效、减少手术并发症和降低病死率的重要条件。

参考文献:

- [1] 胡先贵. 胰腺癌的外科治疗[J]. 胰腺病学, 2003, 3(4):191-192.
- [2] 高德明, 马庆久, 赖大年, 等. 126例胰十二指肠切除术的经验[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(3):189-191.
- [3] 吕云福. 现代胰腺外科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2003. 284-297.
- [4] 黄洁夫. 现代外科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2003. 1055-1056.
- [5] 严律南. 肝脏外科[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 12-13.

附表 两组入院时的一般资料及各指标的检测结果

一般资料及检测指标	生存组 (n = 33)	早期死亡组 (n = 17)	P 值
APACHE-II 评分	12.47 ± 1.54	12.40 ± 1.80	>0.05
性别			
男	22	13	
女	11	4	
平均年龄(岁)	39.5	41.3	>0.05
发病至入院时间(h)	31.13 ± 25.11	67.73 ± 35.6	<0.01
病因			
酒精性	9	10	
胆源性	21	5	<0.05
不明	3	2	
腹水	43.8% (14/33)	64.7% (11/17)	>0.05
血 WBC(10 ⁹ /L)	19.90 ± 5.20	16.36 ± 6.56	>0.05
血淀粉酶(U/L)	1016.36 ± 108.90	504.9 ± 53.42	>0.05
血尿素氮(U/L)	15.20 ± 10.20	16.20 ± 11.70	>0.05
血清蛋白(U/L)	32.80 ± 4.19	30.00 ± 3.06	>0.05
血糖(U/L)	7.97 ± 3.30	16.2 ± 11.70	<0.05
血钙(U/L)	2.07 ± 0.34	2.12 ± 0.19	>0.05
急性肾衰竭	1	5	<0.01
急性呼吸窘迫综合征	0	5	<0.01
急性消化道出血	0	4	<0.05
休克	0	3	>0.05

注:病因和腹水用 χ^2 检验,其他指标用 U 检验

1.2 治疗方法

全部病例入院后均在重症监护病房(ICU)监护。禁食、水,给予胃肠减压、改善循环、抗休克、利尿、抑制胰腺分泌、营养支持等治疗。合并肾功能不全者予血液透析。抗生素选用通过血胰屏障较好的第三代头孢菌素凯福隆,并加用中药养阴通里汤灌肠,以清洁肠道,促进肠道动力恢复。对于合并感染者采取手术引流(生存组3例,死亡组2例)($P > 0.05$)。

2 结果

53例中死亡20例(37.7%)。发病后1周内死亡17例,占死亡总数的85.0%。入院后1周内死亡者17例,治愈生存33例。早期死亡组发病后至入院时间明显长于生存组($P < 0.01$),合并急性肾衰(ARF)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)和急性消化道出血(ADB)的发生率明显高于生存组(分别为 $P < 0.01$, $P < 0.01$, $P < 0.05$)(附表)。3例合并肾衰者接受血液透析治疗。死亡原因:ARDS 5例,全部(100%)死亡;ARF 死亡5例,占ARF病例的83.3%(5/6);消化道出血4例,全部(100%)死亡;休克3例,2例死亡(66.7%)。

3 讨论

早期SAP来势凶猛,病死率高。从胰腺坏死到如何迅速发展为肺、肾等重要脏器衰竭,目前仍不十分明了。因此,治疗上仍然被动地局限在抢救休克、控制感染、恢复呼吸及肾功能等方面^[1]。急性全身性炎症反应综合征(SIRS)被认为是导致患者早期死亡的主要原因,但目前对SIRS仍处在探索之中^[2]。本组早期死亡病例中,呼吸衰竭和肾功能不全是死亡的直接病因,约占58.8%,而感染性休克仅占17.6%。提示防治SAP导致的呼吸功能和肾衰竭是降低早期病死率的关键。

SAP患者的病死率和并发症与发病后及时接受诊治的时间密切相关^[3]。本组资料显示,死亡组病例从发病到入院的时间明显长于生存组。提示延误治疗是使SAP病情恶化,导致早期死亡的重要因素之一。在引发SAP的病因中酒精性明显占多数,提示酒精更容易引发全身炎症反应,继发脏器衰竭。

由于死亡组病例入院时生命体征多不稳定,故本组未能全部行CT检查以判定胰腺坏死程度。我科应用了传统的APACHE-II评分标准,但在生存组和死亡组间未能发现统计学差异。提示该方法对SAP轻重程度的判定有其局限性。文献报道低蛋白和腹水较之CT, Ranson和APACHE-II评分更能预示早期病情的严重程度^[4],但本组资料中该两项指标并未能提示病情的轻重差异。临床上常用来判定SAP严重程度的血白细胞、血钙、血淀粉酶等指标在本组生存组和死亡组之间差别均无显著性,惟有血糖在死亡组中明显高于生存组。提示血糖更能反映病情的严重程度^[5]。

多数患者入院时生命体征出现异常,入院后即接受抗休克、呼吸支持、体液复苏、血液透析等治疗,但部分病例仍难以控制病情。我科曾用中西医结合疗法有效地降低了SAP的病死率^[6],但对于该部分SAP患者效果并不理想。提示中西医结合疗法更适用于出现脏器衰竭之前。总之,对于早期出现脏器衰竭的SAP在治疗上仍需进一步探索。

参考文献:

- [1] Beger HG, Rau B, Isenmann R. Prevention of severe change in acute pancreatitis: prediction and prevention [J]. J Hepatobiliary Surg, 2001, 8(2): 140-147.
- [2] McKay CJ, Evans S, Sinclair M, et al. High early mortality rate from acute pancreatitis in Scotland, 1984-1995 [J]. Br J Surg, 1999, 86(10): 1302-1306.
- [3] McKay CJ, Baxter JN, Imrie CW. Prospective placebo-controlled randomized trial of leixipafant in predicted severe acute pancreatitis [J]. Br J Surg, 1997, 84(9): 1239-1243.
- [4] Robert JH, Frossard JL, Mermillod B, et al. Early prediction of acute pancreatitis: Prospective study comparing computed tomography scans, Ranson, Glasgow, Acute physiology and chronic health evaluation II scores, and various serum markers [J]. World J Surg, 2002, 26(5): 612-619.
- [5] 马宏光,贾振庚,潘瑞琴.重症急性胰腺炎死亡相关因素分析[J].肝胆外科杂志,2002,10(6): 442-444.
- [6] 孙立波,张海山,房学东,等.重症急性胰腺炎继发感染的防治[J].中国中西医结合外科杂志,2003,9(4): 260-261.