

文章编号:1005-6947(2005)11-0869-02

· 临床报道 ·

重症急性胰腺炎治疗方式对预后的影响:附68例报告

童创, 黄俊

(安徽省合肥市第一人民医院 外一科, 安徽 合肥 230061)

摘要:为探讨重症急性胰腺炎(SAP)手术时机与预后的关系,笔者回顾性分析16年间收治的68例SAP患者的临床资料,对手术时机的选择、并发症发生率、病死率和再手术率进行组间比较。结果显示,早期手术组、延期手术组和非手术组的并发症发生率分别为73.3%,33.3%和26.0%;早期手术组与后两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。病死率依次为33.3%,13.3%和13.0%;早期手术组明显高于后两组($P < 0.05$)。早期手术组再手术率为46.6%,延期手术组再手术率为16.6%($P < 0.01$)。SAP早期手术的效果较差,故在急性期应尽量避免手术,而尽可能采用非手术或延期手术治疗。

关键词:胰腺炎/治疗;胰腺炎/诊断;预后

中图分类号:R657.51;R449

文献标识码:B

我院1988年1月~2004年12月共收治重症急性胰腺炎(SAP)68例。现对其临床资料作一回顾性分析,以探讨SAP手术时机与预后的关系。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男32例,女36例;年龄18~83(平均43)岁。病因:酗酒、高脂餐饮食22例,胆源性35例,不明原因11例。病例均根据临床表现、生化检查、腹腔穿刺、B超、CT和/或手术探查证实诊断,均符合中华医学会外科学会胰腺学组制订的SAP诊断标准(1996年后第2次方案)。

1.2 治疗方式

1.2.1 早期手术组 指发病后3d内手术者,多为在1998年以前就诊者。15例。其中男7例,女8例;年龄20~79(平均45)岁。酗酒及高脂餐饮食5例,胆源性8例,不明原因2例。符合SAP诊断标准I级8例,II级7例。平均住院47d。手术方法以胰包膜切开减压、胰腺坏死组织清除、胰床和腹腔引流、胆总管切开引流、空肠造瘘等为主。

1.2.2 延期手术组 指发病后3d以上实施手术者。30例。其中男14例,女16例;年龄18~81(平均47)岁。酗酒及高脂餐饮食9例,胆源性18例,不明原因3例。符合SAP诊断标准I级16例,II级14例。手术方法以胰周脓肿

引流为主。平均住院36d。

1.2.3 非手术治疗组 指急性反应期予非手术治疗,即禁食、胃肠减压、抗休克、维持水及电解质平衡、乌司他丁或善宁抑制胰腺分泌、有效抗生素的应用,营养支持以及中药大黄内服、芒硝腹部外敷等辅助治疗。该组系病情得到控制且未发生感染性并发症者。多在1998年以后就诊者。23例。其中男11例,女12例;年龄25~83(平均49)岁。酗酒及高脂餐饮食8例,胆源性9例,不明原因6例。符合SAP诊断标准I级13例,II级10例。其中11例后期行胰腺假性囊肿内引流或胆石症手术。有2例入院时即出现休克,发生肾衰竭及急性呼吸窘迫综合征(ARDS)抢救无效死亡。平均住院32d。

2 结果

2.1 并发症发生率

总并发症发生率为39.7%(27/68)。早期手术组、延期手术组和非手术组的并发症发生率分别为73.3%(11/15),33.3%(10/30)和26.0%(6/23);早期手术组显著高于后两组($P < 0.05$)。

2.2 再手术率

总再手术率为17.6%(12/68)。早期手术组再手术率为46.6%(7/15),延期手术组再手术率为16.6%(5/30)($P < 0.01$)。

2.3 病死率

总病死率为17.6%(12/68)。早期手术组为33.3%(5/15),延期手术组为13.3%(4/30),非手术组为13.0%(3/23);早期手术组明显高于后两组($P < 0.05$)。

收稿日期:2005-01-20; 修订日期:2005-05-14。

作者简介:童创(1962-),男,安徽合肥人,安徽省合肥市第一人民医院副主任医师,主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者:童创 电话:13856079279(手机);E-mail:cangying0260@sina.com。

2.4 平均住院日

早期手术组,延期手术组和非手术组在年龄、性别、病因及严重程度无明显差异,但早期手术组平均住院日明显高于后两组($P < 0.05$)。

3 讨论

目前对SAP的手术时机仍有争论,20世纪80年代末以前多主张早期手术,而且手术范围不断扩大,直至全胰切除术^[1,2]。随着时间的推移,发现早期手术疗效不理想,并未降低并发症和病死率。20世纪90年代以来,随着对SAP病理生理变化的进一步认识,多数学者主张延期手术和非手术治疗,其并发症发生率和病死率大大降低^[3]。本资料显示,早期手术组并发症发生率远高于延期手术组和非手术组($P < 0.05$ 及 $P < 0.01$)。

金筱泰等^[4]报道:SAP早期手术治疗的病死率为38.7%~47.8%,而延期手术和非手术治疗病死率降至11.1%~17.0%。本资料显示:早期手术组病死率为33.3%,明显高于延期手术组的13.3%和非手术组的13.0%。同样说明采取延期手术和非手术治疗可明显降低病死率。分析其原因,急性反应期往往有低血容量性休克,多脏器功能损害和内环境紊乱^[5],加上手术创伤的打击,使全身情况进一步恶化,导致病死率增加。且手术增加了局部和全身感染的机会,而感染则是SAP后期死亡的最主要原因。随着监护水平的改进,有效药物的采用和营养支持,采用非手术治疗为主的综合治疗可使大多数患者安全渡过急性反应期,治愈率达85.7%^[6]。李保华等^[7]对125例SAP患者采取早期非手术治疗,治愈率达93.6%。但有胰腺坏死感染及包裹性积液存在时应施行延期手术。笔者认为有下列情况者应考虑胰腺存在坏死感染的可能:(1)急性反应期过后患者病情不见好转,再次出现发热、低氧血症;(2)发病2周后仍有腹胀、呕吐,检查左上腹有压痛或有压痛性肿块;(3)CT显示病灶不均质,不缩小或有直径大于6cm的假性囊肿。

SAP早期手术的目的是清除失去生机的胰腺和胰腺周围坏死组织以及通畅引流。由于胰腺组织坏死是渐进性的,且坏死组织与正常组织界限不清,此时手术既不能阻止胰腺坏死的进程,也不可能彻底清除坏死组织;继续坏死的胰腺和胰周组织容易堵塞引流管,使其引流不畅。故此,常需再次或多次手术。杨兴无等^[3]报道,SAP早期手术者再手术率高达93%。本组早期手术再手术率为46.6%,而延期手术再手术率仅为16.6%($P < 0.01$)。故笔者认为早期手术弊多利少,预后差,应尽量采用延期手术,以降低并发症发生率、再手术率和病死率。

参考文献:

- [1] Kivilaakso E, Fraki O, Nikki P, *et al.* Resection of the pancreas for acute fulminant pancreatitis [J]. *Surg Gynecol Obstet*, 1981, 152(9):493-498.
- [2] Alexandra JH. Role of total pancreatectomy in the treatment of necrotizing pancreatitis [J]. *World J Surg*, 1981, 5(8):369-377.
- [3] 杨兴无, 赵尚达, 杨春明. 急性坏死性胰腺炎的手术时机与预后的关系 [J]. *中华普通科学杂志*, 2000, 15(12):724.
- [4] 金筱泰, 邵卫中, 袁祖荣, 等. 25年381例重症急性胰腺炎治疗经验 [J]. *肝胆胰外科杂志*, 1999, 11(2):63.
- [5] 王喜艳, 徐新建, 温浩, 等. 重症急性胰腺炎急性反应期体液代谢变化的初步观察 [J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(10):780-782.
- [6] 易石坚, 李兰兰, 周国保. 重症急性胰腺炎的综合治疗体会:附60例报告 [J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12(4):315-316.
- [7] 李保华. 非手术治疗重症急性胰腺炎 [J]. *中国实用外科杂志*, 1999, 19(9):529.