

文章编号:1005-6947(2008)12-1243-02

· 临床报道 ·

手术加腹膜透析液进行胰床灌洗治疗重症急性胰腺炎

范文涛, 刘国利, 苗雄鹰, 钟德珩

(中南大学湘雅二医院 肝胆胰外科, 湖南 长沙 410011)

摘要:目的 探讨手术加腹膜透析液进行胰床灌洗治疗重症急性胰腺炎(SAP)的疗效。方法 SAP患者入院后,经非手术治疗48~72 h,因症状无明显缓解,即行急诊手术干预,手术以充分松解胰腺被膜为主,清除坏死胰腺为辅;术中反复灌洗胰床和腹腔,直至灌洗液清亮;胰腺头颈部和体尾部分别放置引流管;手术后开始用4.25%葡萄糖乳酸钠透析液进行间歇性胰床灌洗和透析治疗,每次2 000 mL,每天2~3次,平均10 d;手术前后按常规SAP治疗方法治疗。结果 15例SAP患者均治愈出院,无1例发生胰痿、胰腺周围脓肿、腹腔脓肿以及胰腺假性囊肿等并发症。平均住院时间约21 d,平均住院费约5万元。结论 应用腹膜透析液进行胰床灌洗治疗SAP,若手术时间早,手术操作范围小,腹膜透析液灌洗彻底,引流通畅,则是一种行之有效的治疗SAP的方法。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(12):1243-1244]

关键词:胰腺炎,急性坏死性/外科学;腹膜透析液;胰床灌洗

中图分类号:R 657.5

文献标识码:B

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是临床常见的急腹症之一,起病急,并发症多而重,病死率高^[1-5]。SAP早期出现的大量腹腔积液、胰源性的有害物质多需手术清除^[5-6]。为了探求治疗SAP有效的方法,我院从2005年8月—2006年8月开展手术加腹膜透析液进行胰床灌洗治疗SAP 15例,取得了满意的效果,现报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

男11例,女4例;年龄32~78(平均48)岁。住院时间16~35(平均21)d。均符合2001年中华医学会外科分会胰腺外科组制定的SAP标准^[5]。非胆源性SAP 9例,SAP合并胆囊泥沙结石6例。发病至入院时间为2~6 d。

1.2 治疗方法

患者入院后,均先采用非手术治疗48~72 h,如症状无明显缓解,即行急诊手术干预,手术以

充分松解胰腺被膜为主,清除坏死胰腺为辅,避免任何形式的胰腺切除;然后,反复用灭滴灵、新洁尔灭、生理盐水和腹膜透析液灌洗胰床和腹腔,直至灌洗液清亮;胰腺头颈部和体尾部分别放置引流管。术中发现3例SAP为胰腺斑片状坏死,其中合并胆囊泥沙结石的2例,同时行胆囊切除和胆道探查术;4例SAP以胰腺头颈部坏死为主者加行胆囊造瘘术,其中合并胆囊泥沙结石的2例;5例SAP以胰腺体尾部坏死为主者,3例行胆囊造瘘术,其中合并胆囊泥沙结石的2例;3例SAP为全胰腺坏死,均行了胆囊造瘘术。所有患者手术后第1天即开始用4.25%葡萄糖乳酸钠透析液进行间歇性胰床灌洗和透析治疗,每次2 000 mL,每天2~3次,平均时间为10 d(7~14 d);手术前后按常规的SAP治疗方法治疗。

2 结果

本组治疗过程中4例患者并发少量上消化道出血,经静脉注射洛赛克等抑制胃酸分泌的药物后治愈;6例并发Ⅱ型糖尿病;3例伤口感染,行伤口Ⅱ期缝合;2例伤口脂肪液化,经蝶型胶布拉拢愈合。无1例发生胰痿、胰腺周围脓肿、腹腔脓肿以及胰腺假性囊肿等并发症;无死亡病例。平

收稿日期:2008-02-22; 修订日期:2008-10-27。

作者简介:范文涛,男,中南大学湘雅二医院副教授,主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者:范文涛 E-mail:fanwentao2002@yahoo.com.cn

均住院时间约 21 d, 平均住院费用约 5 万元/例。其中 2 例行胆道探查的患者 2 个月行胆道镜检查后拔除 T 管; 10 例行胆囊造瘘术的患者 3 个月手术后切除胆囊。

3 讨论

SAP 是一种发病机制复杂、治疗困难的危重急症, 目前病死率仍达 20%。在 SAP 的实际治疗过程中, 目前有过分强调非手术治疗, 忽视手术治疗的倾向^[1-5]。

为了探求治疗 SAP 更有效的方法, 笔者采用早期手术加腹膜透析液进行胰床灌洗治疗 SAP, 取得了比较满意的结果。15 例 SAP 患者中非胆源性 SAP 9 例, SAP 合并胆囊泥沙结石 6 例; 胰腺斑片状坏死 3 例, 胰腺头颈部坏死 4 例, 胰腺尾部坏死 5 例, 全胰腺坏死 3 例; 2 例行了胆囊切除和胆道探查术, 10 例行了胆囊造瘘术。在治疗过程中虽然有 4 例并发上消化道出血, 6 例并发 II 型糖尿病, 3 例伤口感染, 2 例伤口脂肪液化, 但均经治疗后痊愈出院, 无 1 例发生胰痿、胰腺周围脓肿、腹腔脓肿以及胰腺假性囊肿等并发症。明显缩短了平均住院时间, 显著降低了平均住院费用。

早期手术加腹膜透析液进行胰床灌洗治疗 SAP 之所以可以取得比较满意的效果, 其治疗机制可能与以下几个方面有关^[7-11]: (1) 早期手术、灌洗, 可以清除腹腔内有害物质, 阻断或减少有害物质和各种炎症介质及细胞因子吸收入血, 减轻全身炎症反应综合征和对远隔器官的损害。(2) 松解胰腺被膜, 不仅可以缓解水肿对胰腺的压迫, 改善胰腺的血液循环、减轻胰腺的缺血和坏死; 而且可以阻断胰腺含酶液体对胰周和腹膜后间隙组织的浸润、消化, 避免了胰周和腹膜后间隙组织继续坏死。(3) 术后应用腹膜透析液灌洗胰床, 不仅可以清除坏死胰腺后续发展产生的游离炎性渗液及其毒素, 达到腹内减压目的, 而且同时可以通过腹膜的弥散渗透作用清除体循环内经瀑布样连锁放大效应而产生的炎症介质, 阻断炎症介质对组织器官的再次毒性损害。(4) 高渗的腹膜透析液可以减轻胰腺和胃肠道的水肿, 改善其微循环, 促进胃肠功能的恢复。(5) 可以在透析液中加入抗生素以控制腹内感染机会等。

SAP 患者在疾病发展过程中, 一方面经历胰腺局部组织的坏死, 另一方面经历由于激活单核巨噬细胞, 释放多种细胞因子引起的全身炎症反应综合征 (systemic inflammatory response syndrome, SIRS)。早期手术加腹膜透析液进行胰床灌洗治疗 SAP 的方法, 积极改变了传统延迟手术干预的观念, 尽早手术干预, 并将手术技巧、腹腔灌洗技术和腹膜透析技术合理结合应用, 遵循 SAP 发病机制, 针对 SAP 发病过程中的不同环节阻断 SAP 的发生和发展, 既达到了充分引流坏死胰腺的目的, 又达到了清除血液中各种炎性细胞因子的目的。本组结果显示, 早期手术加腹膜透析液进行胰床灌洗治疗 SAP 是一种行之有效的方法。

参考文献:

- [1] 秦仁义, 高军. 重症急性胰腺炎的治疗现状 [M]. 腹部外科, 2005, 18(4): 204-206.
- [2] Hartw G W, Werner J, Muller CA, *et al.* Surgical management of severe pancreatitis including sterile necrosis [J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2002, 9(4): 429-435.
- [3] Uhl W, Warshaw A, Mrie C, *et al.* JAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis [M]. Pancreatology, 2002, 2(6): 565-573.
- [4] 中华医学会外科分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治原则草案 [J]. 中华外科杂志, 2001, 39(12): 963-964.
- [5] 黄荣柏, 胡锡琮. 重症急性胰腺炎手术时机选择的发展与演变 [J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(6): 460-463.
- [6] 陆林, 郑彬. 经侧腹路腹膜后切开引流治疗重症急性胰腺炎的体会 [J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(3): 297-298.
- [7] 欧阳正晟, 何云. 腹腔灌洗引流治疗非胆源性重症型急性胰腺炎 [J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(12): 943-944.
- [8] 郑亮, 黄品川. 腹腔透析灌洗治疗重症急性胰腺炎疗效观察 [M]. 胰腺病学, 2005, 5(3): 161-165.
- [9] 蔡筱彦, 朱惠明, 王琴, 等. 腹腔灌洗对重症急性胰腺炎 APACHE II 评分和腹痛的影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(9): 1301-1302.
- [10] 季节, 薛宝军. 腹腔镜胰周松解腹腔灌洗治疗早期重症急性胰腺炎疗效观察 [J]. 中国误诊学杂志, 2005, 5(3): 510-511.
- [11] 蔡建铨. 急性重症胰腺炎并发腹腔室隔综合征的分型及其临床意义 [J]. 重庆医科大学学报, 2006, 31(6): 904-924.