

文章编号:1005-6947(2008)03-0297-02

· 临床报道 ·

# 经侧腹路腹膜后切开引流术治疗重症急性胰腺炎的体会

陆林, 郑彬

(辽宁省锦州市中心医院 普通外科, 辽宁 锦州 121000)

**摘要:**目的 探讨经侧腹路腹膜后切开引流术治疗重症急性胰腺炎(SAP)合并腹腔感染的可行性。方法 笔者对4例SAP合并腹腔感染患者在超声定位下经侧腹壁切开进行腹膜后坏死组织及脓肿清除、引流术。结果 4例均治愈出院。合并结肠瘘1例,持续引流治愈;合并腹腔出血1例,消化道出血1例,均采用非手术治疗痊愈。结论 笔者体会经侧腹路腹膜后切开引流治疗SAP合并腹腔感染是一种操作简便、创伤小、确实有效的手术方法。

[中国普通外科杂志,2008,17(3):297-298]

**关键词:** 胰腺炎, 急性坏死性; 腹腔感染; 切开引流术

**中图分类号:** R 657.51

**文献标识码:** B

重症急性胰腺炎(SAP)是一种病情凶险、变化多、发展快的急腹症,其病死率高达20%~30%<sup>[1]</sup>。在SAP的感染期,首先在腹膜后形成急性腹膜后蜂窝织炎,然后扩散到小网膜囊及腹腔。在腹腔积液合并感染时,手术是一种不可避免的治疗手段。手术的主要目的是清除及引流坏死组织和脓肿。胰腺是腹膜后位器官,当感染严重,经腹路引流不畅时,应行经腹膜后切开引流。本文旨在探讨经侧腹路腹膜后切开引流的可行性及效果。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

我院于2006年1月—2007年11月共收治8例SAP患者,均于发病1周内就诊。男5例,女3例,年龄35~56(平均44.5)岁。均依据临床表现、血生化检查、腹腔穿刺或彩超及CT检查确诊,符合中华医学会外科分会胰腺外科组1996年第二次方案诊断标准<sup>[2]</sup>。8例SAP中1例为胆源性胰腺炎,于发病48h后行内镜逆行胰胆管造影(ERCP)和经十二指肠镜Oddi括约肌切开、取石(EST)治疗;7例为非胆源性胰腺炎。7例中有6例合并腹腔感染及腹膜后脓肿,其中4例经侧

腹路腹膜后切开引流治疗。4例手术患者中,1例于发病后1~2周手术,3例于发病后2~3周手术。术前患者均行重症监护室(ICU)系统治疗。另2例因无明显全身中毒症而行非手术治疗。

### 1.2 手术指征

腹腔感染伴有全身脓毒血症表现者,急诊手术;如无全身脓毒血症表现者暂予积极非手术治疗,密切观察病情变化。手术指征由以下3方面决定:(1)局部体征。腹膜炎体征明显;严重的腹胀和腹部肿块。(2)全身中毒症状。发热(体温大于38.5℃,持续48h以上);白细胞(WBC)≥20×10<sup>9</sup>/L;持续的心动过速或过缓;呼吸困难明显并伴有呼吸性碱中毒。(3)影像检查:CT提示明显的腹腔内坏死、积液或有气泡征;腹膜后肾旁前间隙及肾周间隙积液。本组4例手术患者术前CT检查,有3例左肾周积液明显,1例右肾周积液明显。

### 1.3 手术方法

术前对腹膜后位脓肿明显并靠近腹壁的部位进行超声定位(在侧腹壁处)。手术采用全身麻醉,取仰卧位。在脓肿超声定位处(肋弓下腋中线与腋后线之间的侧腹壁)纵行切开皮肤,长约5~6cm,电刀逐层切开肌肉,然后用手指进一步钝性扩大创腔,并以手指触感腹膜后间隙,亦可置入腹腔镜观察;当触及囊性感时,以细针注射器穿刺,如有脓液吸出注射器吸取脓汁以备细菌培养及药敏检查,即为脓肿部位。手指钝性分开,可见

收稿日期:2008-01-03; 修订日期:2008-02-10。

作者简介:陆林,男,辽宁省锦州市中心医院副主任医师,主要从事肝胆胰疾病方面的研究。

通讯作者:陆林 E-mail:LLIN70@163.com

浑浊脓液及坏死组织流出,再以腹腔镜配合进一步扩大脓腔开口,清除坏死组织。置入双腔引流管进行冲洗。当脓液排净后,留置2枚双腔引流管,缝合切口。术后进行双腔引流管生理盐水或加抗生素盐水冲洗。术后注意保持引流管通畅,每天2 000~3 000 mL生理盐水持续冲洗引流,注意应保持引出的液体量不少于冲入的液体量。

## 2 结果

8例患者均治愈出院。4例手术患者1例出现升结肠肝曲瘘。该例术后第3日引流液中有粪便样物引出,未予特殊处理,继续冲洗引流,1周后无粪便样物流出。1例出现腹腔内出血,1例出现消化道出血,均行非手术治疗痊愈。

## 3 讨论

近年来,对SAP的治疗已达成一定的共识,形成了以个体化治疗方案为基础,按不同病因及不同病期进行处理的综合治疗方案<sup>[3]</sup>。个体化治疗方案的核心内涵是针对SAP患者是否感染而区别对待,无感染者可行非手术治疗,有感染者手术治疗<sup>[4]</sup>。早期的非手术治疗包括ICU监护,积极的抗休克、稳定内环境、营养支持及血滤治疗等。中后期针对感染才考虑手术治疗,对已坏死无感染的病例亦不主张手术干预。但目前强调非手术治疗的倾向仍较严重,常导致需要手术治疗的病例失去机会。所以,对SAP准确及时的把握手术时机和指征是至关重要的。SAP大多有胰腺和周围组织的坏死,但坏死并不意味着感染的存在。Beger等<sup>[5]</sup>对坏死性胰腺炎病程与细菌感染比例关系的研究表明,病程在8~14 d的细菌感染率为47.7%,15~21 d为60%。毛恩强<sup>[6]</sup>认为,应从局部体征和全身症状两方面识别SAP腹腔感染和腹腔感染失控,以决定手术时机。本组病例中,1例胆源性胰腺炎早期行ERCP解决胆道梗阻,术后恢复顺利。另3例未手术的非胆源性胰腺炎,CT表现胰腺部分坏死、胰周积液,并有2例出现“气泡征”,但患者均无明显持续发热等全身脓毒血症表现,经积极非手术治疗,脓肿逐渐吸收治愈。笔者体会:(1)胆源性胰腺炎应早期解决胆道梗阻,首选ERCP及EST。(2)对胰腺坏死合并感染者,如无全身脓毒血症表现,可予积极的非手术治疗,同时密切观察病情变化;对有全身脓毒血症表现者,立即急诊手术。(3)严重的腹腔室隔综合征,腹压超过30 cm H<sub>2</sub>O(H<sub>2</sub>O=0.098 kPa),

应急诊减压手术。

SAP时胰腺内微循环的停滞、闭塞造成胰腺的不规则坏死。而此时因肠通透性增加,肠内菌移位和患者的免疫功能抑制,可造成坏死组织感染。手术主要针对坏死组织的清除及引流。关于SAP的手术方法,早在20世纪50年代已采用剖腹探查和胰腺坏死组织清除引流,尔后逐渐限于胰腺的引流和腹膜腔灌洗,其中腹腔镜下小网膜囊及胰腺周围的引流为多采用的术式。然而常因引流不充分而致感染和脓肿形成,最常见于左侧肾周围间隙<sup>[7]</sup>。胰腺是腹膜后位器官,腹膜后间隙是介于腹后壁层腹膜与腹横筋膜之间的潜在间隙,上起于膈,下达盆缘续于盆腔腹膜外间隙,胰腺炎性渗出物很容易扩散到该间隙,进而扩散到肾周间隙、肾旁后间隙及盆腔腹膜外间隙。笔者认识到,SAP发生急性腹膜后蜂窝织炎后,在腹膜后间隙内无任何器官组织可阻止其发展,故很容易形成肾旁前、肾周围间隙的脓肿,进一步扩展至小网膜囊及腹腔。针对腹膜后的切开引流正是清除引流腹膜后脓肿的最佳手段,腹膜后脓肿的消退也直接引起腹腔脓肿的减退。本组4例经侧腹路手术的患者,术后CT复查显示,随着腹膜后脓肿的消退腹腔积液亦明显减少。根据本组治疗经验笔者认为经侧腹路腹膜后切开引流手术有以下优点:(1)手术创伤小,操作简便,避免了开腹手术,可避免腹腔镜经腹引流不畅的问题及避免因开腹手术引起的腹腔脏器损伤等。(2)引流位置低,便于引流液的流出,引流效果好。

### 参考文献:

- [1] 黄志强. 现代腹部外科[M]. 长沙:湖南科技技术出版社,1994. 584-593.
- [2] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J]. 中华外科杂志,1997,35(12):773-775.
- [3] 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.
- [4] 赵玉沛. 2005年普通外科进展的回顾与展望[J]. 中国实用外科杂志,2006,26(5):321.
- [5] Beger HG, Isenmann R. Surgical management of necrotizing pancreatitis[J]. Surg Clin N Am, 1999,79(4):783-800.
- [6] 毛恩强. 如何掌握重症胰腺炎急症手术指征[J]. 肝胆外科杂志,2006,14(3):161-163.
- [7] 黄志强,黄晓强. 肝胆胰外科聚焦[M]. 北京:人民军医出版社,2005. 437-439.