

文章编号:1005-6947(2008)09-0932-03

· 临床报道 ·

早期腹腔置管引流在重症胰腺炎治疗中的应用价值

陈能志, 张克兰, 黎有典, 魏尚典, 黄跃衡, 彭剑波, 张扬, 黎辉, 李斌

(湖南省常德市第一人民医院肝胆胰外科, 湖南 常德 415003)

摘要:目的 探讨早期腹腔置管引流在重症急性胰腺炎(SAP)治疗中的应用价值。方法 回顾性分析2002年1月—2008年1月85例重症急性胰腺炎临床资料,并根据早期是否施行腹腔置管引流分为置管引流组(51例)及未置管引流组(34例),分析比较两组的疗效。结果 两组APACHE II评分分别为(14.9±7.4)分和(15.3±8.6)分($P>0.05$);腹内压(IAP)下降值分别为(2.6±0.7)cm H₂O和(1.4±1.1)cmH₂O($P<0.01$);入院24h内肛门排气者分别为36例和15例($P<0.05$);并发症发生例数分别为11例(21.6%)和19例(55.9%)($P<0.01$);住院天数分别为(28.3±16.9)d和(36.5±20.4)d($P<0.05$)。治愈率分别为92.2%(47/51)和82.3%(28/34)($P>0.05$),病死率分别为7.8%(4/51)和17.7%(6/34)($P>0.05$)。结论 腹腔置管引流能有效降低腹内压、促进胃肠道功能恢复、减少并发症发生率、缩短住院时间,是治疗SAP的一种简便、安全、有效的手段。

[中国普通外科杂志,2008,17(9):932-934]

关键词: 胰腺炎,急性坏死性/外科学;腹腔引流;对比研究

中图分类号: R 657.5

文献标识码: B

20世纪90年代以来,个体化治疗重症急性胰腺炎(SAP)已逐渐为大家所接受,我科从2002年1月—2008年1月收治85例SAP患者,其中包括4例暴发性急性胰腺炎(FAP)患者,其中51例采用早期腹腔置管引流,取得较好疗效,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

85例中,患者男49例,女30例;年龄(52±14.9)岁。就诊时间为发病后4~18h,所有患者诊断均符合1997年中华医学会外科学分会胰腺外科学组SAP的临床诊断及分级标准,其中4例为暴发性急性胰腺炎。发病原因:胆源性胰腺炎56例,暴食10例,饮酒5例,ERCP术后2例,原因不明12例。血淀粉酶均超过500苏氏单位(参考值为80~180苏氏单位);均常规CT检查,CT示胰腺肿大,有密度减低区,胰周及腹腔有不同程度渗液。BalthazarCT分级C级及以上,置管引流组51例中,C级3例,D级15例,E级23例;

未置管引流组34例中,C级8例,D级10例,E级16例;两组CT分级相比差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 分组及临床参数

根据入院后是否行置管引流分为置管引流组、未置管引流组。置管引流组APACHE II评分为(14.9±7.4)分($n=51$),未置管引流组APACHE II评分为(15.3±8.6)分($n=34$),两组评分相比无统计学差异($P>0.05$)。入院时置管引流组腹内压值(IAP,膀胱测压值)为(19.7±5.4)cm H₂O,其中≥20cm H₂O者12例,未置管引流组腹内压值为(20.1±6.3)cm H₂O($P>0.05$)。两组IAP≥20cm H₂O者共19例。

1.3 治疗方法

1.3.1 常规治疗 两组入院后均采用常规治疗,包括:(1)禁食、胃肠减压,入院后常规予以大剂量33% MgSO₄导泻;(2)严密监测心、肺、肝、肾等重要器官或系统的功能,并治疗其功能障碍;(3)早期积极液体复苏、纠正水电解质、酸碱失衡等;(4)常规应用8肽生长抑素,一般6mg/24h持续静脉泵入;(5)防治胰腺感染,选用能通过血胰屏障抗生素,如喹诺酮类或头孢三代抗生素,2周后常规抗真菌治疗;(6)营养支持治疗,包括全胃肠外营养及后期经螺旋管肠内营养;(7)

收稿日期:2008-04-10; 修订日期:2008-06-17。

作者简介:陈能志,男,常德市第一人民医院主任医师,主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者:陈能志 E-mail:cnz01@126.com

腹胀缓解后,尽早予以中药清胰汤加减治疗。

1.3.2 腹腔置管引流 对于B超或CT提示腹腔内有积液的部分患者(随机选取),于入院后6h内加行腹腔置管引流(普通病房患者在手术室完成,入住ICU患者于床旁完成)。患者平卧,于左或右髂前上棘与脐孔连线中外1/3处局麻后切开皮肤2~3cm,分层进腹后置入远端有4~5个侧孔、直径F24腹腔引流管,置于盆腔,不完全缝合关闭腹壁,并保持引流管与腹壁之间间隙能通过小指尖,固定接引流袋。每例引流总量约2000~

5000mL,平均约2450mL。待病情稳定、引流量<100mL/24h,B超复查无明显腹腔积液后拔除引流管。引流时间3~7d。

1.3.3 其它治疗处理 SAP早期,对胆源性胰腺炎伴胆道梗阻者,行内镜下括约肌切开(EST)及鼻胆管引流术(ENBD),未能行EST、ENBD而又有明显胆道梗阻者,行开腹手术胆道引流及坏死组织清除术。后期由于并发胰周脓肿及胰腺假性囊肿破裂者改行手术治疗。两组其它治疗情况见表1。

表1 两组其它治疗情况比较(例)

组别	ENBD + EST	n	胆道引流 + 坏死组织清除	胰周脓肿切开引流 + 坏死组织清除术	囊肿破溃急诊外引流 + 坏死组织清除术
置管引流组	51	4	2	1	1
未置管引流组	34	3	2	2	1

1.4 统计方法

采用SPSS13.0统计软件进行分析,计量资料采用两样本t检验,计数资料采用 χ^2 检验(四格表资料的 χ^2 检验或Fisher确切概率法)。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义, $P < 0.01$ 认为差异有显著统计学意义。

2 结果

两组治疗过程中,51例置管引流组患者均无腹腔出血、肠穿孔、肠瘘、切口疝等并发症。51例置管引流组中并发急性呼吸窘迫综合征(ARDS)

者5例,胰周脓肿2例,应激性溃疡出血2例,胰腺假性囊肿2例,死亡4例(7.8%,4/51)。未置管引流组34例中,并发ARDS者达9例,胰周脓肿3例,腹腔大出血及应激性溃疡出血各1例,横结肠瘘1例,胰腺假性囊肿3例,死亡6例(17.6%,6/34)。两组住院天数分别为(28.3 ± 16.9)d和(36.5 ± 20.4)d。两组ARDS发生例数及住院时间比较,均有统计学意义($P < 0.05$)。置管引流组、未置管引流组并发症发生总例数分别为11(21.6%)和19例(55.9%)($P < 0.01$)(表2)。

表2 两组并发症、死亡数及住院天数比较

组别	例数	ARDS (例)	胰周脓肿 (例)	出血 (例)	肠瘘 (例)	胰腺假性囊肿 (例)	死亡例数 (例)	住院天数 (例)	24h内腹内压 下降值(cmH ₂ O)	入院后24h内肛门 排气例数(%)	3d内血淀粉酶恢 复正常例数(%)
置管引流组	51	5	2	2	0	2	4	28.3 ± 16.9	2.6 ± 0.7	36(70.6)	30(58.0)
未置管引流组	34	9	3	2	1	4	6	36.5 ± 20.4	1.4 ± 1.1	15(44.1)	16(47.0)
P值		<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.01	<0.05	>0.05

3 讨论

SAP病情凶险,早期腹腔渗出量很多,在最初6h内可丢失血容量的20%~30%,有“胰腺烧伤”之说^[1]。由于渗液中含有大量胰酶,炎性坏死物质及毒素,其吸收后,导致全身炎症反应综

合征(SIRS)导致多脏器功能障碍综合征(MODS)及所谓的“瀑布效应”,这也是SAP早期的主要死因。因此,及时引流有害的腹腔渗液,及时去除MODS的触发因素,阻断由单一脏器受损向多脏器受损转变的病理过程,也就将有可能挽救患者的生命^[2]。众所周知,单纯药物治疗难

以从根本上阻断胰腺渗液、坏死物质的吸收,不易得到最佳疗效。目前国内有学者主张早期手术引流^[3],解除腹腔内高压和引流酶性、毒性腹腔渗液,以使生命体征好转。然而,目前的经验多认为早期常规经典开腹引流、坏死组织清除手术治疗不但不能中止胰腺炎的病理过程,反而可加重内环境紊乱及胰腺组织的坏死,增加感染机会,进一步加重全身循环、代谢紊乱,导致并发症及病死率升高^[4-5],病死率高达30%~40%^[6-7]。因此,目前在SAP早期治疗手段中,各种微创技术日益受到重视^[8-9]。国内外有大量腹腔置管引流成功治疗SAP的报道^[10-12]。笔者认为,局麻下腹腔置管引流操作简便易行,相对于传统开腹引流置管手术来说,创伤要小得多,安全性及适应证广,且在床边即可进行,几乎所有胰腺炎并腹水患者均适用,另外,笔者选用较粗口径引流管,使腹腔积液得以成功引流,引流效率高^[13]。

SAP患者腹腔间隙室综合征(Abdominal Compartment Syndrome, ACS)的发生率高达31.4%~56%^[14-15]。SAP早期患者由于存在严重血容量不足,入院后需予以大量、快速液体复苏,而快速大量液体复苏又会诱发并加重ACS^[16]。本组85例SAP患者中,有19例(22.3%)腹内压(IAP)超过20 cm H₂O,达腹腔间隙综合征诊断标准^[17]。腹腔高压所引起的呼吸障碍、心排量的减少和肠道功能障碍等都是加重胰腺炎病情的因素,也可加重组织缺氧和炎症反应,出现腹腔间隙综合征更易导致MODS,故需要及时祛除。笔者认为:腹腔置管引流后,由于能有效引流腹内渗液,既减轻腹胀和腹内压,又引流出腹腔内大量的有毒物质,及时去除了ARDS、MODS的触发因素,又能促进肠功能恢复,对减少肠道菌群移位、防止呼吸功能衰竭及腹腔间隙综合征的发生均有积极作用,有助于降低SAP的并发症。本文腹腔置管引流组腹内压明显降低($P < 0.01$),胃肠道功能恢复时间较短,且ARDS发生例数较少,因而住院时间较短($P < 0.05$)。其病死率也相对较未置管引流组低(7.8% vs. 17.6%),与Delattre等^[18]报道一致。但未能获统计学支持($P > 0.05$)。可能与病例较少有关。

总之,腹腔置管引流技术简单、实用、创伤小,在SAP及其合并症的治疗中取得较满意的效果,可作为SAP早期的临时处理措施,使患者病情得以稳定,有利于延期手术的施行^[19]。

参考文献:

- [1] 钟守先. 急性胰腺炎[A]. 见: 吕新生. 胰腺外科[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1997, 264 - 288.
- [2] 袁祖荣, 陈尔真, 瞿洪平, 等. 重症急性胰腺炎早期手术指征的探讨[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(9): 538 - 539.
- [3] 谢新波, 吴春松, 李灼日, 等. 重症胰腺炎的手术时机和术式的探讨[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(9): 650 - 652.
- [4] 高德明, 马庆久. 重症胰腺炎的早期处理和手术时机[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(5): 323 - 324.
- [5] Connor S, Raraty MG, Howes N. Surgery in the treatment of acute pancreatitis—minimal access pancreatic necrosectomy[J]. Scand J Surg, 2005, 94(2): 135 - 142.
- [6] Runzi M, Niebel W, Goebell H, et al. Severe acute pancreatitis: nonsurgical treatment of infected necroses[J]. Pancreas, 2005, 30(3): 195 - 199.
- [7] Werner J, Uhl W, Hartwig W, et al. Modern phase-specific management of acute pancreatitis[J]. Dig Dis, 2003, 21(1): 38 - 45.
- [8] Risse O, Auguste T, Delanoy P, et al. Percutaneous video-assisted necrosectomy for infected pancreatic necrosis[J]. Gastroenterol Clin Biol, 2004, 28(10): 868 - 871.
- [9] Bucher P, Pugin F, Morel P, et al. Minimally invasive necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis[J]. Pancreas, 2008, 36(2): 113 - 119.
- [10] Cheng MT, HO CN, Siu KW, et al. Percutaneous drainage and necrosectomy in the management of pancreatic necrosis[J]. ANZ J Surg, 2005, 75(4): 204 - 207.
- [11] Segal D, Mortelet KJ, Banks PA, et al. Acute necrotizing pancreatitis: role of CT-guided percutaneous catheter drainage[J]. Abdom Imaging, 2007, 32(3): 351 - 361.
- [12] Szentkereszty Z, Sapy P. The role of percutaneous external drainage in the treatment of fluid collections associated with severe acute pancreatitis. What, when and how to drain?[J]. Orv Hetil, 2007, 148(30): 1395 - 1399.
- [13] Delattre JF, Levy Chazal N, Lubrano D, et al. Percutaneous ultrasound-guided drainage in the surgical treatment of acute severe pancreatitis[J]. Ann Chir, 2004, 129(9): 497 - 502.
- [14] 汤耀卿, 雷若庆. 提高对重症急性胰腺炎合并腹腔间隔室综合征的认识[J]. 外科理论与实践, 2001, 6(6): 361 - 362.
- [15] Al-Bahrani AZ, Abid GH, Holt A, et al. Clinical relevance of intra-abdominal hypertension in patients with severe acute pancreatitis[J]. Pancreas, 2008, 36(1): 39 - 43.
- [16] 成伟大, 王湘英, 吴金术. 重症急性胰腺炎与腹腔间隔室综合征[J]. 医学临床研究院, 2005, 22(2): 243 - 246.
- [17] De Waele JJ, Hoste E, Blot SI, et al. Intra-abdominal hypertension in patients with severe acute pancreatitis[J]. Crit Care, 2005, 9(4): 452 - 457.
- [18] Delattre JF, Levy Chazal N, Lubrano D, et al. Percutaneous ultrasound-guided drainage in the surgical treatment of acute severe pancreatitis[J]. Ann Chir, 2004, 129(9): 497 - 502.
- [19] T Bruennler, J Langgartner, S Lang, et al. Outcome of patients with acute, necrotizing pancreatitis requiring drainage—does drainage size matter? [J]. World J Gastroenterol, 2008, 14(5): 725 - 730.