

文章编号:1005-6947(2008)09-0937-02

· 临床报道 ·

重症急性胰腺炎胰周感染的诊治分析

杨文彬, 曹罡, 王永恒, 蔡锋, 秦兆寅, 黎一鸣

(西安交通大学第二附属医院 普通外科, 陕西 西安 710004)

摘要:目的 探讨重症急性胰腺炎胰周感染的诊疗策略。方法 回顾性分析6年间63例胰周感染的临床表现、诊断和治疗经过。结果 该组诊断主要依据临床表现和CT扫描,患者均经手术引流、残余感染病灶清除,术后出现消化道瘘、出血、幽门梗阻和败血症等并发症,平均手术次数3次。治愈55例(87.3%),死亡8例(12.7%)。结论 胰周感染宜早期诊断和治疗,合理充分引流加冲洗是治疗的关键,应根据具体病情实施个体化治疗方案。

[中国普通外科杂志,2008,17(9):937-938]

关键词: 胰腺炎,急性坏死性;胰周感染/并发症

中图分类号: R657.51

文献标识码: B

近年来,随着对重症急性胰腺炎(SAP)诊治方法的不断完善,许多患者都能渡过急性反应期和全身感染期,而后期感染所致的二次炎症所造成的多器官损伤则凸显。如不及时处理,会引起消化道梗阻,腹腔内出血和消化道瘘等并发症。目前约半数以上的死亡原因与感染有关^[1]。现结合笔者的临床经验,对我院2001年2月—2007年1月收治的63例胰周感染患者的诊治资料进行回顾性分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

6年间,我科共收治SAP合并胰周感染63例,男33例,女30例;平均年龄47(17~82)岁,47例发病前有脂餐或饮酒史,无明显诱因16例,合并胆道疾病38例。

1.2 临床表现

患者均有剧烈上腹或全腹痛,腹膜刺激征,低热或中度发热,伴呕吐53例,呕血8例。11例出现早期休克(血压<90/70 mmHg);血淀粉酶890~14 500 U/L,平均1 105.4 U/L(参考值30~110 U/L);尿淀粉酶876~29 000 U/L,平均1 576.40U/L(参考值25~500 U/L)。经过手术

或非手术治疗后,病情较前有加重趋势。而且存在以下一系列症状:不同程度发热57例(90.5%);营养不良或全身情况不改善47例;伤口不愈合或有大量分泌物39例(61.9%);恶心,呕吐,腹部胀痛或胃肠胀气30例(47.6%);腹部肿块23例;白细胞升高47例;贫血,白蛋白降低40例。另外,腹腔感染特征之且均呈慢性中毒面容和精神萎靡。全组均行CT检查:胰周可见大范围低密度阴影,边界模糊,胰腺体积有肿大或缩小,与周围境界间隙模糊不清等,还可出现“气泡征”。有时可在远离胰腺的部位(左右结肠旁沟,肠系膜及盆腔)出现低密度性脓肿。

1.3 治疗及结果

本组均行手术,手术次数为1~6(平均3)次,最少1次,最多6次。全组第1次手术皆在发病后72h内实施胰包膜切开减压,胰腺坏死组织清除,U型管双套管引流术。其中,15例行胆囊切除术,20例胆总管探查引流。2次以上手术患者多在发病4周左右,或第1次手术后3周左右,均为高度怀疑低氧血症或重要器官功能状态不全或腹胀等体征是由感染所致者,或存在脓毒症、全身炎症反应综合征(SIRS)者,手术采用胰周坏死感染组织清除,双套管引流术。1例出现术中大出血,8例发生急性腹腔内大出血,发生于第1次手术后2~3周左右,出血量短时达到1 000~3 000 mL,出现休克,5例介入栓塞止血,3例紧急剖腹探查止血获救。

收稿日期:2007-07-01; 修订日期:2008-07-24。

作者简介:杨文彬,男,西安交通大学第二附属医院副教授,主要从事胆胰脾临床方面的研究。

通讯作者:杨文彬 E-mail:cctvrest@stu.xjtu.edu.cn

2 并发症发生率及治疗

本组 55 例 (87.3%) 存活, 并发消化道瘘 19 例, 其中胃瘘 6 例。小肠瘘 3 例。结肠瘘 6 例, 胆瘘 4 例, 均经肠内肠外营养治疗后痊愈。死亡 8 例 (12.7%), 其中 4 例术后再次出现严重全身性感染或脓毒症, 3 例因多器官衰竭 MOF 抢救无效死亡, 1 例死于术中出血。

3 讨论

文献报告, SAP 胰周感染率为 20% ~ 40%^[1-2], 包括坏死组织感染, 胰周脓肿和假性囊肿感染。随着治疗观念的变化, SAP 早期手术率已大大降低, 但由于 SAP 可引起 MODS, SIRS 和严重的局部并发症如十二指肠梗阻, 消化道瘘, 腹腔内大出血等, 如处理不及时或不当, 病死率达 100%, 而适时的实施恰当的局部手术, 其病死率仅 10% ~ 30%^[3-4]。从本组临床资料可见, 选择恰当的手术时机, 正确的手术方式, 合理的营养支持治疗, 可以明显阻断病情进一步恶化, 明显提高治愈率。

3.1 早期治疗

目前, 大多数 SAP 早期治疗的重点是基础治疗和脏器功能支持和保护, 而不是早期手术^[5]。但经非手术治疗后如出现以下情况应立即手术: (1) SAP 伴胆管炎及黄疸进行性加重。本组有 6 例患者, 经及时手术后胆管炎及黄疸症状缓解, 但胰腺病变并未得到控制。(2) 早期出现腹腔间室综合征, 明显的腹膜刺激征者, 早期手术引流可以降低腹内高压降低酶血症及炎性因子损害, 纠正病理生理紊乱, 预防 MODS 发生。本组 17 例属此类情况, 经上述处理后腹痛及腹腔内高压症得到缓解。(3) 早期出现感染性休克, 本组有 2 例患者, 白细胞计数在短期内 (1 ~ 2 d) 上升至 $20 \times 10^9/L$ 以上, 经早期开腹引流阻止了感染进一步发展。(4) 中毒症状明显, 即使局限的感染, 或疾病过程不足 2 周, 但高度怀疑低氧血症等重要器官功能状态不稳定或腹胀等体征是由感染所致, 或存在脓毒症者。在上述 4 种情况时早期手术是

必要的、合理的。它可阻断病情进一步发展和病理生理的恶性循环^[6]。为后续进一步治疗奠定基础。

3.2 延期治疗

发病 3 周后, 如果没有继发感染, 由急性胰腺炎导致的全身炎症状态和胰腺及胰周炎症损伤逐渐缓解, 患者症状和体征趋于平稳, 此时坏死组织与有生机组织间发生分离, 并随着时间的延长, 分离更彻底, 并被包裹, 如果感染发生, 并随坏死组织分离、包裹, 感染可趋向于局限, 直至形成脓肿。因此, 可以根据全身情况和局部感染的局限及包裹情况, 选择适宜时机手术。具体手术指征为: 凡明确诊断为 SAP 后存在的残余感染病灶, 除非病灶距体表较近, 体积较小, 且影像学检查提示腔内积液较稀薄而无明显坏死组织存在者可经穿刺引流外, 对感染已经局限包裹者, 则需及时手术。如果局部感染尚未局限, 也必须及时手术以利于重要器官功能障碍的纠正和脓毒症的治疗。还有一种无菌性坏死也需手术清除, 如本组有 2 例胰腺坏死灶致十二指肠梗阻, 保守治疗无效, 手术清除这一病灶后, 患者很快康复。

参考文献:

- [1] 刘续宝, 张肇达, 严律南, 等. 重症急性胰腺炎的中西医结合治疗研究 [J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25 (3): 164 - 166.
- [2] Sekimoto M, Takada T, Kawarada Y, *et al.* JPN. Guidelines for the management of acute pancreatitis, epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis [J]. *Hepatobiliary Pancreatic Surg*, 2006, 13 (1): 10 - 24.
- [3] 黎介寿, 李维勤. 重症急性胰腺炎手术指征和时机的再认识 [J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23 (9): 513 - 514.
- [4] Blagovestnov DA, Khvatov VB, Vpyrev AV, *et al.* Combined treatment of acute pancreatitis and its complications [J]. *Khirurgiya (MOSK)*, 2004, 5 (5): 68 - 75.
- [5] 廖泉, 张太平, 赵玉沛等. 第十一届全国胰腺外科学术研讨会会议纪要 [C]. 胰腺病学, 2006, 6: 365 - 367.
- [6] 重症急性胰腺炎继发胰周细菌感染的的手术时机 [J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26 (5): 340 - 341.