

文章编号:1005-6947(2008)09-0939-02

· 临床报道 ·

急性胆源性胰腺炎的手术时机及手术方法

李弼鹏, 梁志勇, 孙江陵, 成亚农

(江苏省扬州市洪泉医院 普通外科, 江苏 扬州 225200)

摘要:目的 探讨急性胆源性胰腺炎(ABP)的手术时机及手术方式。方法 对近2年以来收治的59例急性胆源性胰腺炎患者的临床资料进行回顾性分析。结果 36例非梗阻型ABP,经非手术治疗3~7 d症状缓解后行LC术后治愈。15例轻症梗阻型ABP,经保守治疗6~8 h症状无缓解急诊行ERCP+EST+取石,术后均行鼻胆管引流(ENBD)治疗10~14 d,其中13例后行LC术、2例既往已行胆囊切除+胆总管探查手术治愈出院。8例重症梗阻型ABP伴胆管炎者,均急症行ERCP+EST+取石+ERCP+ENB(P)D,其中1例暴发性胰腺炎伴多器官功能衰竭,入院后24 h内死亡;7例术后再经治疗10~14 d,后行LC术治愈出院。结论 非梗阻型ABP,应先保守治疗再手术;轻症梗阻型ABP,如经保守治疗无效需急症行ERCP+EST+取石+ENB(P)D,后再行LC术;重症梗阻型SBP伴胆管炎应急症行ERCP+EST+取石+ERCP+ENB(P)D,术后病情稳定后再行LC术。

[中国普通外科杂志,2008,17(9):939-940]

关键词: 胰腺炎/外科学;手术时机;手术方式

中图分类号: R 657.5

文献标识码: B

如何正确把握急性胆源性胰腺炎的手术时机及手术方式,提高治愈率是值得共同探讨的课题。2006年9月以来我科共收治确诊为急性胆源性胰腺炎(ABP)59例,按照“个体化”原则,采用不同治疗方法,取得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男24例,女35例;年龄15~74(平均55.3)岁。病程3~14(平均8.3)d。其临床表现及B超,CT,MRCP检查,结果显示59例均符合ABP的诊断标准^[1]:(1)有胆石症的临床表现,(影像学检查显示,本组中单纯胆囊结石36例,胆囊结石伴胆总管结石21例,既往已行胆囊切除+胆总管探查手术后胆总管结石复发2例。);(2)急性腹痛腹胀或伴腰背部胀痛;(3)中上腹部压痛或伴腹膜炎体征;(4)血、尿酶淀粉及腹水酶淀粉均增高,血淀粉酶大于140.00国际单位,尿淀粉酶大于641.00国际单位;(5)B超CT等检查提示

急性胰腺炎;(6)B超,CT,MRCP检查胆囊结石和/或伴胆总管结石,扩张;(7)肝功能提示:血清胆红素值均大于20.5 μmmol/L,ALT ALP及GGT均明显增高。

1.2 分型^[1]

入院48 h内APACHE-II < 8分为轻型,APACHE ≥ 8分为重型。胰腺B超及CT提示;前者为胰腺大小正常或水肿,后者为胰腺有不同程度的坏死及胰周渗出。

2 治疗与结果

患者入院后均先行非手术治疗:包括禁食,胃肠减压,液体复苏,抗感染,抑制胰液分泌等治疗,同时严密观察病情变化。36例非梗阻型ABP,B超,CT或MRCP检查证实仅有胆囊结石和/或胆管炎,经治疗3~7 d胰腺炎症状缓解后,行LC治愈。15例轻症梗阻型ABP,经非手术治疗6~8 h症状无缓解急诊行ERCP+EST+取石[具体方法:首先行ERCP,如发现壶腹结石嵌顿则先行EST+取石,然后再行内镜逆行胰胆管造影(ERCP)]。对发现有胆总管结石者应尽量行内镜下胆管取石,力争将结石净,术后均行鼻胆(胰)管引流。再经系统治疗10~14 d,其中13例

收稿日期:2008-03-31; 修订日期:2008-08-18。

作者简介:李弼鹏,男,江苏省扬州市洪泉医院主治医师,主要从事普通外科学方面的研究。

通讯作者:李弼鹏 E-mail:lbp1315@126.com

症状缓解后行 LC 治愈,2 例既往已行胆囊切除 + 胆总管探查手术,治愈出院。8 例重症梗阻型 ABP 伴胆管炎者,入院后 2 ~ 4 h 急诊行 ERCP + EST + 取石 + ERCP + ENB(P)D, 其中 1 例为暴发性胰腺炎伴多器官功能衰竭,入院后 24 h 内死亡,其余 7 例术后再经系统治疗 10 ~ 14 d,病情稳定后再行 LC 术治愈出院。

51 例轻型患者术后治愈出院,8 例重症患者中除 1 例暴发性胰腺炎死于多器官功能衰竭外,其余均治愈出院。本组轻型 ABP 患者无死亡,重型 ABP 患者病死率为 12.5% (1/8)。

3 讨论

我国 SAP 大多数为胆源性,大多数外科医生对 SAP 及胆源性梗阻性胰腺炎仍强调手术治疗,并常规附加胆道引流以祛除梗阻,降低胆道内压,缓解胰腺病变。多年观察发现,对 SABP 凡附加胆道引流及简化手术者病死率明显下降,反之则病死率上升。究其原因可能与胆道内压力迅速下降及简化手术降低了手术对机体的打击有关。但手术及麻醉创伤大,危重及年老体弱者难以耐受,且术后并发症多,病死率仍较高。而内科治疗又不能解除胆胰管梗阻,不能终止病情的发展,治疗效果差,病死率高。因此有学者提出了内镜乳头切开治疗胆源性 AP。与手术治疗相比,ABP 行 ERCP 和 EST 风险要低得多,病死率明显下降^[2]。研究发现在 ABP 患病早期减轻其胆道压力,可以延缓病情,改善预后,为 ABP 早期在内镜下减压提供了实验依据^[3]。近年来,随着内镜治疗 ABP 在国内的广泛开展,其以微小的创伤达到满意的引流效果,是治疗 ABP 行之有效的重要手段,尤其适于全身情况差,年老体弱者。

关于手术时机及手术方式的把握应根据“个体化”原则^[4]。首先应鉴别有无胆道梗阻,并发急性胆管炎者应急诊或早期减压引流^[5]。我院经验证明:急性重症胆源性胰腺炎伴胆道梗阻,胆管炎者在急诊或早期行 ERCP + EST + 取石 + ENB(P)D,胆道梗阻解除后,急性胰腺炎的症状不但没有

恶化,反而逐步缓解,再经系统治疗,病情缓解后,再行 LC,可取得良好效果。Acosta 等^[6]认为:壶腹部梗阻的持续时间与胆源性 AP 的严重程度呈正相关。胰腺病变在 24 h 内几乎可逆的,超过 24 h 可发生出血坏死,超过 48 h 出血坏死更广泛。通过本组病例治疗过程的总结,笔者认为:治疗时间距发病时间越近效果越好。因此,尽早解除胆道梗阻有助于阻断发病诱因,遏止胰腺炎进一步恶化^[7]。而选择 ERCP + EST + 取石 + ENB(P)D 减压引流,操作简单,安全可靠,微小的创伤能有效地降低胆胰管内压,缓解胰腺病变,达到满意的治疗效果。对于非梗阻性胆源性胰腺炎,早期应予以非手术治疗,症状缓解后再行 LC^[8]。对暴发性胰腺炎,因病情凶险,迅速发展为腹腔间隙高压综合症,死于多器官功能衰竭,对此类患者入院后应不失时机的急诊手术,可能是挽救病人生命的唯一重要手段。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科分会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准(1996 年第二次方案)[J]. 中华外科杂志, 1997, 35(12): 773 - 755.
- [2] Uomo G, Slavin J. Endoscopic sphincterotomy for acute pancreatitis: arguments in favour [J]. Ital J Gastroenterol Hepatol, 1998, 30(5): 57 - 61.
- [3] 张奇,孙备. 梗阻型胆源性胰腺炎内镜治疗时机的选择[J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(3): 203 - 206.
- [4] 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.
- [5] 中华医学会外科分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治草案[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 9(3): 5 - 13.
- [6] Acosta. IM, RossiR, GallioM, et al. Early surgery for acute gallstone pancreatitis, evaluation of asystematic approach [J]. Surger, 1978, 83(4): 367 - 370.
- [7] Sugiyama M, Atomi Y. Acute biliary pancreatitis: the roles of endoscopic ultrasonography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography [J]. Surgery, 1998, 124(1): 14 - 21.
- [8] 周军,李宜雄,汤恢焕,等. 外科治疗急性胆源性胰腺炎[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(6): 409 - 411.