

文章编号:1005-6947(2005)05-0323-02

· 述评 ·

# 重症急性胰腺炎的早期处理和手术时机

高德明, 马庆久

(第四军医大学唐都医院 普通外科, 陕西 西安 710038)

**关键词:**胰腺炎/外科学; 急性病; 综述文献

**中图分类号:**R576; R44 **文献标识码:**A

重症急性胰腺炎(SAP)是一种来势凶险的急腹症,因其起病急骤、病情变化迅速且复杂多变,临床诊治难度大,而成为医学界同仁们关注的热点和治疗决策的难点。综观近30年来我国重症急性胰腺炎治疗徘徊的历程,从上个世纪70~80年代主张早期手术,甚至SAP一经诊断就立即手术及过分强调手术切除的彻底性,这种积极手术和良好愿望及推理,并未被不断的临床实践和动物实验所证实,结果过早的手术干预和巨创加重了MOF,未能提高成活率。现已认识到SAP早期的胰腺多为无菌性坏死,属于SAP的第一期(急性反应期),此时局部病变造成全身炎症反应及胰外器官损害的危重性远远超出胰腺病变的本身,所以,防治多器官功能衰竭成为提高SAP早期治疗的关键。因此此时手术既不能阻断胰腺自身消化和毒性反应,也不能防止残胰继续坏死和继发感染;相反,早期不恰当的手术加重了对机体的打击和带来胰腺外源性感染。这些认识成果体现在2000年我国制定的《重症急性胰腺炎治疗草案》,使SAP治疗观念又一次转变,不再是一经诊断就一律早期手术,而是以胰腺继发感染和胆源性胰腺炎并经B超证实伴胆道结石梗阻作为手术干预的指征,建立了早期非手术治疗和有指征手术并存的双轨治疗,以及尽量避免早期做过大手术等原则。这套个体化综合治疗方案实施以来,SAP总的成活率上升到85%,但还有20%左右患者未能被挽救生命,临床实践中还面临新的棘手问题,诸如对暴发性急性胰腺认识不够和缺乏有效的治疗手段;如何减轻和阻断坏死胰腺继发感染因素,减少中转手术;怎样防止SAP晚

期严重并发症的发生,减少难以承受的费用等尚需进一步探索。

## 1 SAP的早期处理

由于绝大多数早期SAP患者的胰腺组织均属无菌坏死,此时主要是在激活的胰酶自身消化造成胰本身损伤的同时,由于毒素吸收激活体内炎症细胞(巨噬细胞、中性粒细胞及淋巴细胞),释放大量的炎症介质,促成全身炎症反应综合征(SIRS),临床主要表现为循环量不足的低血容量休克、肾衰、成人呼吸窘迫综合征(ARDS)等,这是SAP早期患者死亡的主要原因。因此,此阶段应采用针对性的监护和非手术支持疗法,此亦可作为术后常规治疗,具体措施包括:(1)持续给氧;(2)禁食及持续胃肠减压,经胃管注入庆大霉素加甲硝唑;(3)检测心血管、肺、肾功能,监测指末氧饱和度和血气分析,若出现呼吸功能不全,应及早行呼吸机支持治疗;(4)快速扩容,纠正低血容量和酸中毒。SAP早期引起的休克与感染性休克的病理生理相类似,是以炎症介质及溶酶体酶、弹力蛋白酶等引起细胞代谢紊乱,全身血管通透性增加,致使血管外周阻力下降,体液渗至腹腔等组织间隙,形成严重的体液分布异常为特点的循环功能改变。因此,应力争24h内补足血容量,补液不宜过量和不足,初期应以平衡盐等晶体液补充为主,严重情况,可每日补给新鲜血浆(200mL/d)或白蛋白(40~60g/d)等胶体方可保证维持血容量和提供抗胰酶活性物质,若无条件先用代血浆,此可在扩充血容量的同时减轻全身毛细血管渗漏综合征。有时需用血管活性药物来维持心输出量,首选多巴胺,既增加外周阻力,同时又可维持胰腺血供,改善其微循环;(5)防治肾衰,SAP患者易发生急性肾功能衰竭(ARF),许多患者在入院时每天尿量少于500mL,此为血容量减少,亦与SAP早期并发症有关,应在扩容纠正

收稿日期:2005-02-20。

**作者简介:**高德明(1938-),男,湖南桃源人,第四军医大学唐都医院教授,主要从事肝、胰、门静脉高压症方面的研究。

**通讯作者:**高德明 电话:029-83378265(O), 029-83377579(H); E-mail:tdsurg@fmmu.edu.cn。

血容量的基础上,及时应用速尿、多巴胺、654-2,以保护和维持良好的肾功能,此能为抗休克、防治其他脏器衰竭打下基础,如出现少尿性肾衰应及时进行血浆置换和血液透析;(6)抗酶素疗法,包括给予抗酸制剂(法莫替丁)减少胃酸分泌,保护胃黏膜,可间接减少胰腺分泌;应用抑制胰腺分泌和胰酶活性的药物,如善宁、抑肽酶、加贝脂等;(7)防治感染,胰腺坏死后易继发感染,致病菌绝大多数是肠道阴性杆菌及厌氧菌的混合感染,尤其在出现肠麻痹时。基于此,住院后即应使用预防性抗生素,主要选用对肠道菌有明显杀灭作用的抗生素,使用7~10d及时停药,若有继发性感染应根据培养及药敏结果调整用药。如需要使用广谱抗生素时间过长,要给予大扶康以预防真菌感染,已有真菌感染者可用氟康唑和二性霉素;(8)营养支持,早期给予全胃肠外营养,在应用中西药促进肠蠕动的情况下,以后尽快由肠外营养(PN)加肠内营养(EN),过度到全肠内营养支持,目前,SAP营养支持强调早期空肠营养,可根据肠道动力恢复和全身炎症反应情况,尽早给予肠内营养支持,可以放置距屈氏韧带远端20cm以上的鼻空肠管,根据营养需要也可是术中放置空肠造瘘管。初行5%糖水或温盐水空肠滴注,过度到肠内营养,这不但可减少治疗费用,且可以保护肠道屏障功能,减少肠道细菌移位,减少胰腺继发感染;(9)运用中西药“通里攻下,清热解毒”:采用胃管抽空胃内积液及积气后,立即经胃管注入甘遂通结汤或复方大承气汤,对出现肠鸣音减弱或消失、麻痹性肠梗阻的患者有独特疗效。一般用中药注入胃管后24h,患者多能排便、排气。由于中药可促进胃肠蠕动和促使肠腔内细胞及毒素排出体外,缩小机体内毒素池,从而减少肠道内细菌移位,使感染机会减小和减轻,还能排泄炎性介质、毒素物质,达到清热解毒,减轻全身中毒症状和腹胀。亦可用胃管注入50%硫酸镁和用中药灌肠通便。

## 2 SAP的手术时机

SAP是局部病变导致全身病理生理紊乱的疾病,同时随着病情演变和时间推移,胰腺及胰周感染势必产生和加重,胰腺局部的并发症也随之出现,表现为胰腺和胰周感染(包括腹膜后间隙感染)病灶扩大。亦可导致多脏器功能衰竭,如呼吸衰竭、循环衰竭、肾衰竭、胃肠功能衰竭,以及出血、消化道瘘等并发症发生,患者全身情况迅速恶化,因此,必须认识到,此时局部手术干预是SAP至关重要的治疗措施。是控制中晚期SAP患者第二个死亡高峰的重要措施。结合临床实践的情况,笔

者的体会如下。

早期手术适于以下2种情况:(1)胆源性胰腺炎合并胆结石梗阻和胆管炎者。当SAP患者入院试行非手术治疗期间,经临床和B超证实有胆总管结石嵌顿至胆道扩张和胆管炎时需立即手术,手术目的是消除胆道梗阻,可行内镜下Oddi括约肌切开及鼻胆管引流,也可行开腹切胆囊加总胆管切开取石T管引流,并根据病情行小网膜囊胰区引流。(2)部分SAP患者虽处在病程早期(发病48或72h内),但病情呈急剧恶化,这类患者目前尚缺乏临床准确的判断指标和有效的治疗手段,属于预后差、早期病死率极高的特重型SAP,现称为暴发型胰腺炎(fulminant acute pancreatitis, FAP),近年来备受关注。FAP的早期判断特点:病情发展迅猛,早期呈进行性肺、肾功能障碍,出现难以纠正的低氧血症和休克;出现腹室间隔综合征腹胀明显、腹壁高度紧张、腹腔积液、肠麻痹,间接腹腔压(膀胱压 $>20\text{mmHg}$ );出现显著腹膜刺激征或梗阻性黄疸;B超证实腹腔积液呈进行性加重,CT显示胰腺损害评分高。此时行传统手术只会给病人带来第二次严重打击而难以奏效,多主张行简单微创的腹腔引流、腹腔穿刺引流、腹腔镜置引流管等,以缓解腹腔高压、阻断毒性炎症反应、减少毒血症。

中转手术是指在对SAP病人进行非手术治疗严密观察病情时,如判断患者出现胰腺坏死后期并发感染征象,病情恶化,则应尽早中转手术。坏死胰腺并发感染多发生在病后10~14d后,其特点:(1)病人体温持续升高( $38.5^{\circ}\text{C}$ ),全身中毒症状加重, $\text{WBC} > 20 \times 10^9/\text{L}$ ,腹部有局限性压痛性包块,腹膜刺激征 $>$ 上腹部2个象限;(2)CT显示胰腺病灶范围扩大并出现气泡征;(3)B超或CT引导下穿刺涂片和培养为阳性。手术时机多在SAP发病后2~4周。

延期和择期手术一般在以下几个方面考虑:(1)非感染性胰腺坏死病灶清除手术时间,一般认为发病后3~4周是坏死组织清除最佳时机,因为此时患者全身情况已稳定,胰腺坏死组织与胰残组织间已出现分界、手术清晰,易于清除坏死组织,出血及消化道瘘等并发症少。当患者出现以下情况应视为手术适应证:患者因病灶无法吸收而出现胃肠道梗阻坏死;CT评估胰腺坏死范围大,通常超过6~7cm,腹膜后大量脂肪坏死,腹膜后坏死组织和积液积聚无吸收趋势者。(2)凡无胆道梗阻和化脓性胆管炎的胆源性胰腺炎,依上法行非手术治疗,待病情缓解2~3个月后做择期胆石症手术。(3)SAP后期合并症的择期手术还包括消化道瘘、假性胰腺囊肿等的处理。