

文章编号:1005-6947(2005)05-0334-03

· 急性胰腺炎专题研究 ·

217例重症急性胰腺炎的治疗

冯超, 汤恢煊, 陈子华, 吕新生

(中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

摘要:目的 探讨重症急性胰腺炎(SAP)的治疗经验。方法 回顾性分析收治的217例重症急性胰腺炎病例的临床特征、病死率和中转手术等资料,其中早期手术66例,先非手术治疗后中转手术24例。结果 治愈174例,治愈率80.2%。手术治疗90例,治愈65例,手术治愈率72.2%;非手术治疗127例,治愈109例,非手术治愈率85.8%。结论 强调以非手术为主的综合治疗,但对有早期手术指征和中转手术指征患者,应及时行手术治疗。

关键词:胰腺炎/治疗;急性病

中图分类号:R657.51;R459.7

文献标识码:A

Treatment of severe acute pancreatitis: a review of 217 cases

FENG Chao, TANG Hui-huan, CHEN Zi-hua, LU Xin-sheng

(Department of General Surgery, XiangYa Hospital, Central South University, Changsha 410008, China)

Abstract: Objective To investigate the principles of treatment for severe acute pancreatitis(SAP). Methods A retrospective analysis of the data of 217 cases of SAP with regards to clinical features, mortality rate and conversion to surgical operation. In this group, 66 cases received early operation and 24 cases were converted to operation after initial conservative treatment. Results The overall cure rate was 80.2% (174/217). Among them, 90 cases underwent operative treatment, with a cure rate of 72.2% (65/90), and 127 cases underwent conservative treatment with a cure rate of 85.8% (109/127). Conclusions The initial treatment of SAP should be conservative. Operation should be performed if there is a specific indication for early surgical intervention, or for conversion to operation.

Key words: Pancreatitis/ther; Acute Diseases

CLC number: R657.51; R459.7

Document code: A

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是危重急腹症,病死率高。近来随着对SAP病理生理认识的深入和治疗经验的积累,临床上趋向于非手术,疗效也不断提高^[1]。本文对本院自1988年1月~2003年6月收治的217例SAP患者的临床资料进行分析,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男114例,女103例;年龄16~82(平均54.6)岁。均符合中华医学会外科学分会胰腺外科

学组SAP的临床诊断和分级标准^[2],其中SAP I级71例,II级146例。病因:胆源性129例,非胆源性88例(酒精性23例,高脂血症、妊娠、腹部手术后及不明原因诱发者共65例)。

1.2 病例分组及治疗情况

按治疗方法分为早期手术组、中转手术组和非手术治疗组。入院3d内手术者为早期手术组,66例;入院后先经非手术治疗,3d后再行手术者为中转手术组,24例,中转原因分别为并发严重感染7例,晚期残余脓肿或后腹膜脓肿10例,出现多器官功能障碍并发症且对治疗反应差4例,持续腹胀、腹部体征(腹腔间隔室综合征)不能缓解3例。病程始终应用非手术治疗者为非手术组,共127例。217例按年限分为三个阶段:第一阶段为1988年1月~1992年12月;第二阶段为1993年1月~1997年12月;第三阶段为1998年1月~2003年

收稿日期:2004-12-02; 修订日期:2005-04-18。

作者简介:冯超(1976-),男,湖南双峰人,中南大学湘雅医院博士研究生,主要从事肝胆疾病方面的研究。

通讯作者:冯超 电话:13975806232(手机); E-mail: fengchao1234@etang.com。

6月。三个阶段的具体治疗方法及例数见表1。

1.3 治疗方法

1.3.1 非手术治疗 主要包括:严密监测心、肺、肾等重要器官或系统的功能,及早发现和治疗其功能障碍;禁食、胃肠减压、应用制酸药等使胰腺休息;用生长抑素抑制胰腺外分泌;积极扩容抗休克;纠正水电解质及酸碱失衡;肠外营养(TPN)或肠内营养(EN)支持;使用硫酸镁、甘遂等导泻以促进胃肠道功能恢复;预防性应用能通过血胰屏障且对肠道常见菌有效的抗生素等。

1.3.2 手术治疗 术式主要包括:胰腺被膜切开

减压;坏死组织清除;胰周及腹腔多管引流;胰腺局部切除;胃、空肠及胆道造瘘;胆囊切除;胆道减压引流等。

2 结果

2.1 不同阶段病例的主要病因、治疗方式和预后

本组治愈174例,死亡43例,病死率19.8%。第一阶段36例,治愈率61.1%(22/36);第二阶段59例,治愈率72.9%(43/59);第三阶段122例,治愈率89.3%(109/122)。不同阶段治愈率差异均有显著性($P < 0.001$)(表1)。

表1 不同阶段病例主要病因、治疗方式和预后

阶段	n	治疗方式	例数	病因		预后	
				胆源性	非胆源性	治愈例数	治愈率(%)
第一阶段	36	早期手术	21	12	9	14	66.7
		中转手术	8	8	0	5	62.5
		非手术	7	2	5	3	42.9
第二阶段	59	早期手术	33	22	11	23	69.7
		中转手术	8	5	3	6	75.0
		非手术	18	12	6	14	77.8
第三阶段	122	早期手术	12	8	4	10	83.3
		中转手术	8	5	3	7	87.5
		非手术	102	55	47	92	90.2
合计			217	129	88	174	80.2

注:三个阶段治愈率比较, $\chi^2 = 16.67$, $P < 0.001$

2.2 不同治疗方式疗效比较

三种不同治疗方式的总治愈率以非手术组为最高,早期手术组最低,差异有显著性($P < 0.05$)(表2)。

表2 不同治疗方式的疗效比较

治疗方式分组	n	死亡数	治愈数	治愈率(%)
早期手术	66	19	47	71.2
中转手术	24	6	18	75.0
非手术治疗	127	18	109	85.8
合计	217	43	174	80.2

注:三组治愈率比较, $\chi^2 = 6.29$, $P < 0.05$

2.3 死亡原因

早期手术组治愈47例;死亡19例,主要死亡原因分别为多器官功能衰竭(MOF)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、急性肾衰竭、肠痿、胰痿、严重出血和严重感染等。中转手术组24例中治愈18例,死亡6例,死亡原因分别为MOF(3例)、急性肾衰竭(1例)、严重感染(2例)。非手术治疗组127例,治愈

109例,死亡18例,死因分别为MODS/MOF(10例)、急性肾衰竭(2例)、严重感染(2例)、早期休克(1例)、ARDS(1例)、中毒性脑病(1例),另有1例合并支气管哮喘,出现哮喘持续状态,终死于呼吸衰竭。

3 讨论

SAP是一种并发症发生率和病死率均高的危重急腹症;病死率国外近期报道高者仍可达40%^[3],国内报道约为20%,本组为19.8%。随着对其发病机制研究的深入,发现SAP是一种胰腺局部病变诱发全身性炎症介质和细胞因子释放的瀑布式级联反应的全身性疾病,临床过程大致分为早期的生理紊乱期和后期的坏死感染期。急性生理紊乱期伴有器官功能的损害,此时进行手术不能中止胰腺炎的病理进程,反而可能加重应激反应,并使原有血胰屏障破坏,增加术后胰腺感染等并发症的发生率和病死率;而非手术治疗则可能纠正SAP引起的一系列早期急性生理紊乱^[4]。危重症监护水平的

提高及现代影像检查结合胰腺穿刺技术等使得对SAP严重程度的判断以及并发症的早期诊断成为可能,更使非手术治疗成为现实而不影响胰腺感染的手术治疗。非手术治疗强调对患者的复苏和监护治疗。不管病因和严重程度如何,第三间隙的液体丧失很大,故须快速恢复和维持有效的血循环容量;“液体复苏”时需对患者进行呼吸、心血管和肾功能监测^[5]。SAP患者都存在或可能发生低氧血症,应早期吸氧。ARDS者应早行呼吸机支持。生长抑素使用广泛,可抑制胰液分泌,也可抑制肿瘤坏死因子(TNF)等释放,降低ARDS和休克等并发症的发生率^[6]。笔者发现凡胃肠功能恢复早者,病情好转均较快,故常规早期应用硫酸镁和甘露醇等泻药,以促进胃肠蠕动,减少肠道菌库的储存量,保护胃肠道屏障功能,减少细菌移位,也可促进腹腔渗液的吸收^[7]。肠道去污也可降低胰腺感染率。早期预防性应用抗生素可降低胰腺坏死组织感染的发生率。环丙沙星、甲硝唑、头孢噻唑和亚胺培南等能通过血胰屏障,对胰腺感染有预防作用^[8]。近年来,由于抗生素等的预防作用,胰腺感染的发生率有所下降,但真菌感染发生率上升。全身性真菌感染也是SAP后期死亡的重要原因之一,应予以重视。本组死亡病例中有2例为真菌感染或合并真菌感染。凡有2个系统以上为同一菌株感染者,即可诊断为深部真菌感染。对此可给予氟康唑或两性霉素治疗;对有明确病灶者应同时予以引流。在现代治疗学中,营养支持是SAP必不可少的措施之一,其实施方式一般采用从PN向EN过渡。在国外,PN已成为标准营养方式,但其具有增加费用、导管相关感染、可能导致电解质代谢失衡、肠道屏障改变、肠道渗透性增加等缺点,故目前越来越强调EN的应用。有研究^[9]表明肠道营养(鼻胃途径或鼻空肠途径)是安全的。但禁食是不可缺少的手段。胃肠道功能一旦恢复即应通过空肠途径给予EN,待患者病情稳定后,再经口服从少量饮水逐步过渡至流质半流质,最后至普通低脂饮食。此期间应仔细观察患者主诉及腹部体征,若有异常则明确原因,给予相应处理。

关于对SAP患者行手术或非手术治疗的选择上,笔者认为应根据不同病因,遵循以下原则:(1)胆源性重症急性胰腺炎患者,凡伴胆道梗阻者,应急诊手术或早期手术,目的是解除梗阻;无胆道梗阻者,先行非手术治疗,待病情缓解后,酌情行胆石症手术。(2)非胆源性SAP患者,先行非手术治疗。(3)对具有以下特点的非梗阻性胆源性和非胆源性患者有早期手术指征:第一,早期即有严重全

身感染者;第二,SAP II级,经积极非手术治疗48~72h后,症状无改善,腹部体征无改善甚至加重,且CT提示腹腔内及腹膜后渗出未减少甚至增多者;第三,发病早期即有严重并发症,如中毒性休克、ARDS或多器官功能障碍综合征(MODS),经积极对症和脏器功能支持治疗,仍难以维持病情稳定者,应及时施行手术治疗。(4)有以下几种情况应及时中转手术:第一,治疗中出现感染者。如已明确或高度怀疑胰腺坏死合并感染、胰腺脓肿或腹膜后脓肿者,应作CT或CT引导下细针穿刺术;对体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$,白细胞 $20 \times 10^9/\text{L}$ 和腹膜刺激征范围 ≥ 2 个象限者,或CT上出现气泡征,或细针穿刺抽吸物涂片找到细菌者,均可判为坏死感染^[10]。本组有17例非手术治疗中出现上述情况即及时中转手术,行感染坏死组织清除和引流术,治愈13例。第二,非手术治疗过程中,病情发展极快,证实有腹腔室隔综合征,腹膜刺激征严重,生命体征不稳,或有全身器官功能不全者,应及时行腹腔引流或腹腔引流加坏死组织清除术。本组7例属上述情况,经积极非手术治疗但反应差而及时中转手术,治愈5例,疗效尚满意。

参考文献:

- [1] 孙备,李哈莉.重症急性胰腺炎治疗的现代观[J].中国普通外科杂志,2003,12(2):131-133.
- [2] 中华医学会外科学分会胰腺学组.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] Abu-Zidan FM, Bonham MJ, Windsor JA. Severity of acute pancreatitis: a multivariate analysis of oxidative stress markers and modified Glasgow criteria[J]. Br J Surg, 2000, 87(8):1019-1023.
- [4] 刘胜利,陈峰,陈怀仁.非手术治疗急性重症胰腺炎[J].中华外科杂志,1996,33(9):545-548.
- [5] Yousaf M, McCallion K, Diamond T. Management of severe acute pancreatitis[J]. Br J Surg, 2003, 90(3):407-420.
- [6] Wyncoll DL. The management of severe acute necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of the literature[J]. Intensive Care Med, 1999, 25(2):146-156.
- [7] 吕新生,张翼,李宜雄,等.甘露醇治疗重症急性胰腺炎[J].中国普通外科杂志,2004,13(6):401-404.
- [8] Derveniz C, Johnson CD, Bassi C, et al. Diagnosis, objective assessment of severity and management of acute pancreatitis. Int J Pancreatol, 1999, 25(2):195-210.
- [9] Eatock FC, Brombacher GD, Steven A, et al. Nasogastric feeding in severe acute pancreatitis may be practical and safe[J]. Int J Pancreatol, 2000, 28(1):23-29.
- [10] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎诊治原则草案[J].中华外科杂志,2001,39(12):963-964.