

文章编号:1005-6947(2005)05-0383-02

· 简要论著 ·

早期手术治疗重症急性胰腺炎 20 例分析

杨凤辉, 王占民, 刘军

(山东大学齐鲁医院 普通外科, 山东 济南 250012)

摘要: 为探讨重症急性胰腺炎(SAP)早期手术的效果,对6年间收治的20例SAP患者,在非手术治疗24~48h仍无好转的情况下因符合手术指征而行早期手术治疗进行回顾性分析。术中吸净腹腔积液;如胰腺坏死较轻不剪开胰腺被膜,如胰腺坏死较重则剪开胰腺被膜充分松动胰床,但不作过多的胰腺及腹膜后坏死组织清除。胆源性胰腺炎加行胆囊切除加T管引流。术后保持引流通畅。结果显示,本组早期手术治愈率85.0%(17/20),死亡3例,病死率15.0%,均死于术后多脏器衰竭。手术至死亡时间分别为21,31,36d。提示积极早期手术治疗可提高SAP的治疗效果。

关键词: 胰腺炎/外科学;急性病

中图分类号: R657.51; R459.7

文献标识码: B

近年来,对重症急性胰腺炎(SAP)的治疗手段有了显著进展。大部分患者可通过非手术治愈。但对部分治疗不佳、早期合并感染、脏器衰竭及梗阻性胆源性胰腺炎,早期手术仍是必要的治疗手段。我院自1996年6月~2002年6月对SAP行早期手术治疗20例,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男16例,女4例,年龄33~72(平均48)岁,SAP的诊断均符合中华外科学组胰腺外科学组的SAP诊断标准^[1]。发病诱因:胆石症6例,饮酒后4例,高脂餐后4例,高脂血症2例,原因不明4例。发病时均伴有明显腹痛、腹胀、恶心呕吐;体温均高于38.5℃;17例伴全腹腹膜炎,3例上腹局限性腹膜炎;黄疸4例。白细胞 $>10 \times 10^9/L$ 20例,血钙 $<1.87 \text{ mmol/L}$ 14例,血糖 $>11.1 \text{ mmol/L}$ 17例,其中血糖大于40 mmol/L合并代谢性酸中毒酸3例(二氧化碳结合力分别为14 mmol/L,16 mmol/L,17 mmol/L)。血淀粉酶均高于800 U/L。均行腹腔穿刺,腹腔液均为淡红色血性浑浊液体,腹腔液淀粉酶均高于1 000 U/L。B超及CT均示腹腔积液,胰腺增大轮廓不清伴片状坏死;胆囊结石2例,胆囊及胆管结石4例。合并脏器功能障碍6例,合并休克2例。

1.2 治疗经过

所有患者确诊后均在重症监护室(ICU)行重症监护治疗,予吸氧、扩容迅速纠正休克纠正高血糖及酸碱平衡电解质紊乱,禁饮食,持续胃肠减压,应用生长抑素抑制胰腺分泌,保护及纠正重要脏器功能。本组20例均为经非手术治疗24~48h仍无好转,且期间出现急性呼吸窘迫综合征(4例),急性肾功能不全(2例),腹腔积液增加伴发热怀疑合并腹腔感染(8例),或腹腔积液增加伴腹胀明显加重(6例),均为符合手术指征行早期手术治疗者。手术距发病时间为3~7d。

1.3 术中所见

术中见大量血性腹腔积液1 000~2 500 mL不等,胰腺、肠系膜及腹膜后大量灶化斑。胰腺斑片状坏死6例,大片弥漫坏死14例,腹膜后浸润11例。术中均取坏死胰腺组织及腹腔积液送细菌学检查,4例阳性,16例阴性。细菌培养阳性者发病距手术时间为5d者2例,占16.7%(2/12),7d者2例,占50.0%(2/4)。

1.4 手术方法

吸净腹腔积液,剪开胃结肠韧带,进入小网膜囊;如胰腺坏死较轻不剪开胰腺被膜,如胰腺坏死较重则剪开胰腺被膜充分松动胰床,但不作过多的胰腺及腹膜后坏死组织清除。胆源性胰腺炎加行胆囊切除加T管引流。常规术中放置空肠造瘘或将胃营养管置于曲氏韧带远侧30 cm,大量双氧水及生理盐水混合液(1:1)彻底冲洗腹腔后放置腹腔引流。一般用质软的橡胶管三腔引流管,分别置于左膈下、右肝下、胰上下缘、盆腔。引流管引出时

收稿日期:2004-02-20; 修订日期:2005-01-10。

作者简介: 杨凤辉(1966-),男,山东聊城人,山东大学齐鲁医院副主任医师,主要从事肝胆胰疾病的临床与基础方面的研究。

通讯作者: 杨凤辉 电话:13791044511(手机); E-mail: yangfh66@tom.com。

勿压迫肠管,术后保持引流管通畅。术后重症监护治疗,恢复肠蠕动后尽早行肠内营养。

2 治疗结果

术后合并十二指肠瘘、胃瘘及结肠瘘各1例,腹膜后感染5例,消化道出血2例。合并十二指肠瘘者术后31d死于多脏器衰竭(MOF);合并胃瘘、结肠瘘及腹膜后感染者均经引流治愈,合并消化道出血者行非手术治疗而愈。本组治愈17例(85.0%),死亡3例(15.0%),死于术后MOF,手术至死亡时间分别为术后21,31,36d。

3 讨论

SAP约占急性胰腺炎的10%~15%,病死率高达20%~30%^[2]。近年来提倡个体化治疗方案,对此首先要判断坏死有无感染,有感染存在者应行手术治疗,无感染则行非手术治疗。大部分无菌坏死的患者均能通过非手术治疗痊愈。在手术时间上,认为对于2周内患者处于全身炎症反应期,很少并发感染的,早期手术并不能阻断SAP的病理生理过程,故一般认为不主张在发病2周内对SAP进行手术。但临床上,笔者发现有部分病例,虽经积极重症监护治疗,但病情无好转或进一步加重,或较快发生器官功能障碍,或在早期出现高热、白细胞增高等可疑感染征象。对这部分患者如一味非手术治疗可能会失去宝贵的手术抢救机会。

早期手术理论依据:(1)坏死的胰腺组织及大量胰源性血性腹水可以向血液循环释放大量有害物质,早期手术可减少这些有害物质,阻断大量炎症介质入血而引发的级联瀑布反应,预防脏器功能损害。本组病例术后症状均明显好转,在死亡的3例中术后症状也一度缓解。(2)胰腺坏死并发感染一般发生在2周以后,但也可在早期。文献^[3]报道,入院后1周内约有24%的病例坏死区域可并发感染,而第2周和第3周分别为36%和72%。越来越多的实验证明,在急性反应期即可出现全身感染,甚至在发病6~9h就有肠道细菌易位引起全身感染^[4,5]。经细菌学检查证明,本组早期手术的病例中,手术时既有4例合并感染。(3)SAP早期往往伴腹内压增高,甚至出现腹腔室综合征,引起全身严重病理生理改变。早期手术可有效降低腹内压,改善脏器功能。(4)梗阻性胆源性胰腺炎早期手术可有效去除病因。本组有4例梗阻性胆源性胰腺炎,经急诊早期手术后治愈。因此当SAP出现下列情况时应及早手术:(1)SAP经正规重症监护治疗24~48h无好转或加重、腹胀明显加重者;(2)发病后较快出现脏器功能障碍;(3)体温高于

38.5℃,白细胞 $>15 \times 10^9/L$,腹膜炎加重怀疑合并早期感染者;(4)胆源性胰腺炎合并胆道梗阻者及B超、CT显示腹腔积液增多者。

早期手术的患者一般病情较重,手术前要纠正休克,纠正酸碱平衡及电解质紊乱,保护重要脏器功能,SAP早期主要是毒物的吸收和细胞因子的释放造成的全身炎症反应,手术目的主要为引流和灌洗。术中是否切开胰腺被膜减压有不同看法,笔者认为应视情况而定。如果胰腺坏死较轻,为点片状局限坏死,张力不大,胰腺被膜及后腹膜有局限化作用,可仅作引流和灌洗不作胰被膜切开,以避免增加感染机会。本组有6例胰腺坏死较轻者,仅作引流和灌洗未作胰被膜切开,恢复良好。如胰腺坏死明显,张力较大,胰被膜已失去局限化作用,或怀疑合并早期感染者,则主张术中切开胰床减压,以改善胰腺局部血供,减少胰腺缺血坏死的可能。但因早期手术坏死组织界限不清,不易作过多的腹膜后坏死组织清除,以避免增加创伤,合并胆道病变者应一并处理。引流管的放置非常重要,要选用质软的橡胶三腔管,置左膈下、右肝下、胰上下缘、盆腔;引流管引出时勿压迫肠管,以免造成肠瘘;术后保持引流管通畅,及时清除坏死组织。术后给予肠外营养,肠蠕动一经恢复即尽早经预留空肠内营养管行肠内营养,以预防和减少肠源性感染。研究^[6]已证实经空肠造瘘行肠内营养并不引起胰腺炎复发。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎治疗草案[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(9): 513-514.
- [2] 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.
- [3] Beger HG, Bittner R, Block S, *et al.* Bacterial contamination of pancreatic necrosis: A prospective clinical study [J]. *Gastroenterology*, 1986, 91(2): 433-438.
- [4] Schwarz M, Thomsen J, Meyer H, *et al.* Frequency and time course of pancreatic and extrapancreatic bacterial infection in experimental acute pancreatitis in rats [J]. *Surgery*, 2000, 127(4): 427-432.
- [5] Wang X, Anderson R, Soltész V, *et al.* Gut origin sepsis, macrophage function, and oxygen extraction associated with acute pancreatitis in the rat [J]. *World J Surg*, 1996, 20(4): 299-308.
- [6] Vindsor AC, Kanwar S, Li AG, *et al.* Compared with parenteral nutrition, enteral feeding attenuates the acute phase response and improves disease severity in acute pancreatitis [J]. *Gut*, 1998, 42(3): 431-435.