

文章编号:1005-6947(2005)05-0391-02

· 临床报道 ·

早期蝶式引流治疗暴发性重症急性胰腺炎并发腹腔高压综合征的体会

张英豪, 薄涛, 任义, 王栋

(太原铁路中心医院 普通外科, 山西 太原 030001)

摘要: 探讨暴发性胰腺炎(FAP)的治疗方法。回顾性分析近两年来收治的(FAP)并发腹腔高压综合征38例的临床资料。38例均采用早期蝶式引流。治愈29例,治愈率76.3%;死亡9例,病死率23.7%。笔者体会应用早期蝶式引流是治疗FAP并发腹腔高压综合征的有效方法。

关键词: 胰腺炎/并发症; 腹腔高压综合征/病因学; 引流; 急性病

中图分类号: R576; R615

文献标识码: B

暴发性急性胰腺炎(fulminant acute pancreatitis, FAP)的治疗是当今医学界的难题,并发腹腔高压综合征是其病死率高的主要原因之一。我院2002年7月~2004年7月对38例FAP合并腹腔高压综合征的患者采用早期蝶式引流的治疗方法,收到了良好的效果。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男17例,女21例;年龄28~72(平均58.1)岁,均在腹痛发生72h内入院。重症急性胰腺炎(SAP)及器官衰竭的诊断均符合中华医学会外科分会胰腺学组SAP及相关器官衰竭的临床诊断及分级标准^[1]。本组所有FAP患者均具24h内增强CT结果,CT都表现为肿大胰腺内出现皂泡状的密度减低区,此密度降低区增强后更加明显,且在小网膜囊内、脾腺肾、肾前后间隙等部位都可见胰外侵犯,腹腔内肠管扩张、肠壁增厚。

1.2 FAP诊断标准^[2]

SAP在发病72h内出现器官功能障碍,在积极纠正代谢和循环障碍时脏器功能仍有进行性加重者则认定为FAP。本组38例均符合FAP的诊断标准。

1.3 腹内压测定

全部采用间接方法。即患者仰卧位,留置导尿管排空尿液,再注水100mL。观察时取耻骨联合处为零点,水柱高低代表腹内压。根据腹内压分级标准^[3],本组患者术前腹内压属中度升高,均大于2.67kPa(1kPa=0.133mmHg),最高达5.33kPa。术后腹腔内压均正常或轻度升高,小于1.38kPa

(其中有5例术后腹内压达2.67kPa以上。予及时创面换药,腹内压降为正常)。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

一旦确诊为FAP合并腹腔高压综合征即行急诊手术。手术不以清除坏死组织为目的而是切开胃结肠韧带后松动受侵的胰腺床及胰周,把胃结肠韧带和腹膜缝合。胰腺创面用油沙垫加盖沙垫。填塞后不关腹即包扎,外裹张力腹带。术后根据沙垫渗出和腹内压情况在手术室更换沙垫,清除部分坏死组织。围手术期均进行液体复苏抗休克、胰腺“休息方法”、中药治疗及预防性应用抗生素,住重症监护病房(ICU),同时进行脏器功能和代谢支持治疗,严密监测,稳定血糖和水电解质酸碱平衡。治疗方法全部由SAP治疗小组统一实施。

2.2 结果

38例治愈29例,治愈率为76.3%。死亡9例(23.7%),其中2例死于肺功能衰竭,2例死于肾功能衰竭,2例死于肠漏(1例12指肠漏,1例结肠漏),1例死于胰性脑病,1例死于胃肠功能衰竭上消化道出血,1例死于腹腔严重感染。同时发生1例小肠漏,经治疗痊愈出院。

3 讨论

近年来,经国内外同道的努力和诊断手段的进步,加强监护治疗水平的提高以及手术时机选择的改变。SAP病死率已降到10%以下。但FAP病死率仍很高。国外报道为42.0%^[4],国内报道53.5%^[4]。自从1983年Richards等^[3]提出腹腔间隔室综合征以来,学者们即用来指导腹部疾病的治疗。笔者自2002年应用早期蝶式引流法治疗FAP,使其死亡率降到23.7%。作者还发现FAP都有明显的腹内

收稿日期:2004-07-01; 修订日期:2005-03-30。

作者简介:张英豪(1965-),男,山西文水人,太原铁路中心医院副主任医师,主要从事肝胆胰脾方面的研究。

通讯作者:张英豪 电话:0351-8091561(H), 0351-2621197(O), 13653414276(手机)。

文章编号:1005-6947(2005)05-0392-02

· 临床报道 ·

营养支持在急性胰腺炎治疗中的应用:附90例报告

郑建强, 冷勇, 杨鹏鸣

(湖北省孝感市第一人民医院 普通外科, 湖北 孝感 432000)

摘要:为探讨适宜的营养支持方式对急性胰腺炎(AP)的治疗作用,笔者报告90例AP患者所进行的营养支持方式;先施行肠外营养(PN)逐渐过渡为肠内营养(EN)。结果显示,由PN过渡到EN时限为2~14d,出现并发症18例,死亡6例。提示适宜的营养支持方式对AP可起到积极的治疗作用,效果显著。

关键词:胰腺炎/治疗;急性病;营养支持

中图分类号:R576; R459.7

文献标识码:B

适宜的营养支持方式在急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)“个体化”治疗方案中起着十分重要的作用。它对于保护胃肠道黏膜屏障,恢复黏膜修复机制,控制因细菌易位而引起的难治性感染,都起着积极的作用,并能在一定程度上预防轻型向重型转化。我科2002年6月~2004年6月对90例AP患者采用营养支持治疗,效果满意。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者按中华医学会外科学会胰腺学组制订的AP

收稿日期:2004-12-16; 修订日期:2005-04-15。

作者简介:郑建强(1975-),男,湖北孝感人,湖北省孝感市第一人民医院主治医师,主要从事普外科临床方面的研究。

通讯作者:郑建强 电话:0712-2840652 转 8044(0), 0712-2991757(H)。

压升高,分析其原因,除了胰腺坏死,广泛的胰液外渗和严重的体液分布异常,更重要的是因血管内皮细胞功能受损引起组织水肿包括胃肠壁严重水肿所致^[5]。因此过去用单纯胰腺坏死组织清除、腹腔多管引流的方法很难在腹腔无张力的情况下关闭,达到完全降低腹内压的目的,这就影响全身各重要脏器的功能,引起各脏器衰竭死亡。本组采用早期蝶式引流不关腹,而是用大的网片或肠外营养的3L袋缝合于腹膜切口两侧筋膜处,暂时关闭腹腔,腹内压则可能不明显升高。即使发现腹内压再升高,也可以再次清创减压。待关腹后腹内压不会再升高时才关闭腹腔。这样即可避免有腹内压升高引起的多脏器衰竭。本术式最大的缺点是能增加胰腺感染的机会,但只要严格无菌操作,患者住ICU,病房严格消毒,胰腺感染的机会不会增加。再者,治疗FAP,在围手术期要严格按照SAP非手术治

诊断及分级标准^[1],严格区分轻型或重型,其中轻型58例,重型32例。年龄5~64(平均34.5)岁。男39例,女51例。住院时间7~60d,平均住院时间33.5d。

1.2 治疗方法

根据临床表现及分型应用:(1)胰腺休息疗法,包括禁食,胃肠减压,TPN支持;(2)抑制胰腺外分泌及胰酶抑制剂,应用善宁及加贝酯;(3)使用广谱抗生素;(4)补充体液,防治休克,维持水电解质及酸碱平衡等综合治疗措施。但当胰腺继发感染坏死或在非手术治疗中症状持续恶化或胆道梗阻引起的重症急性胰腺炎,经短时间非手术治疗病情无缓解时,及时采取手术治疗^[2],术后再配合抗感染、营养支持等综合治疗。

1.3 营养支持方法

早期行胃管持续胃肠减压及禁食。行肠外营养(PN)的轻型患者禁食1~3d,待腹胀消失,肛门排气即可拔除胃管,

疗规范去实施。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 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.
- [2] 孙家邦, 朱斌, 张键. 暴发性胰腺炎诊治关键探讨[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(11): 53-54.
- [3] 夏穗生. 疑难普外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2001. 676.
- [4] 张键, 朱斌. 暴发性重症急性胰腺炎临床特点及治疗方法的探讨[J]. 中华肝胆外科杂志, 2003, 9(6): 358-360.
- [5] 王春友. 重症急性胰腺炎手术时机选择的个体化问题[J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(6): 325-326.