

文章编号:1005-6947(2006)11-0873-02

· 临床报道 ·

# 胆囊结石并发急性胆源性胰腺炎早期手术治疗的体会

龙锦, 何忠野, 葛春林, 郭仁宣, 郭克建

(中国医科大学附属第一医院 普通外科, 辽宁 沈阳 110001)

**摘要:** 回顾性分析 33 例胆囊结石并发轻型急性胆源性胰腺炎 (ABP) 患者发病早期 (7 d 内) 行胆囊切除术的临床资料。33 例患者行经腹腔镜胆囊切除术, 31 (93.9%) 例获得成功, 2 例 (6.1%) 中转开腹胆囊切除术。术后并发肺部感染 1 例 (3.0%), 切口感染 1 例 (3.0%)。平均住院时间为 12.4 d。住院期间无死亡病例。提示对胆囊结石并发 ABP 患者早期行胆囊切除术是安全可行的。

**关键词:** 胆囊结石症/并发症; 胰腺炎/外科学; 胆囊切除术, 腹腔镜

**中图分类号:** R657.51

**文献标识码:** B

在我国急性胆源性胰腺炎 (acute biliary pancreatitis, ABP) 约占胰腺炎年发病人数的 50% ~ 70%, 多数需手术治疗。而对于 ABP 经非手术治疗后, 胆囊结石何时行胆囊切除术争议较多<sup>[1]</sup>。笔者仅就我院 2001 年 2 月—2006 年 2 月收治的 33 例胆囊结石并发轻型 ABP 患者早期施行胆囊切除术的体会, 报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 13 例, 女 20 例, 平均年龄 47.5 (20 ~ 69) 岁。病程 12 h 至 4 d。轻型 ABP 的临床诊断标准为: (1) 具急性胰腺炎的症状和体征, 尤其是有胆绞痛病史。(2) 血淀粉酶和/或尿淀粉酶高于正常上限 3 倍。(3) 血清胆红素高于正常上限 2 倍 ( $> 40 \mu\text{mol/L}$ ), 或谷丙转氨酶  $> 75 \text{U/L}$ 。(4) 超声和/或 CT 检查示胰腺明显的炎症改变, 如胰腺肿大, 密度不均, 包膜水肿增厚, 胰周积液等; 胆囊结石, 胆总管无结石、扩张或梗阻。(5) 急性生理及慢性健康评分 (APACHE) II 评分  $\leq 8$  分。(6) 排除其他原因引起的胰腺炎。

### 1.2 治疗及结果

所有患者入院后首先采取非手术治疗: 持续胃肠减压; 使用透过血胰屏障的抗生素; 抑制胰液分泌和胰酶活性及对症支持治疗。33 例患者经上述治疗后, 腹部症状有所缓解, 血、尿淀粉酶趋向恢复, 虽仍高于正常, 但在正常上限 3 倍以内。血清胆红素、谷丙转氨酶迅速下降至正常范围。所有病例均在发病 7 d 内施行经腹腔镜胆囊切除术; 其中

31 例 (93.9%) 获得成功, 2 例 (6.1%) 由于粘连、水肿无法分离而中转开腹行胆囊切除术。对所有手术后患者继续采取非手术治疗, 即持续胃肠减压, 使用透过血胰屏障的抗生素及生长抑素类药物, 对症支持等, 直至症状缓解, 血、尿淀粉酶恢复。术后并发恶心、呕吐 2 例 (6.1%), 肺部感染 1 例 (3.0%), 切口感染 1 例 (3.0%), 均经治疗后痊愈。平均住院时间为 12.4 d (7 ~ 24 d)。住院期间无死亡病例。

## 2 讨论

胆石是急性胰腺炎的主要病因。多达 60% 未能去除胆石的急性胰腺炎患者在 6 个月内复发<sup>[2]</sup>。胆囊结石引起 ABP 机制较复杂, 目前认为是由于壶腹部括约肌炎症、水肿、痉挛, 使胆道出口梗阻, 胆汁排泌受阻, 胆汁反流进入胰腺所致; 或由于胆道感染, 炎性渗出液通过胆胰间淋巴管交通支弥散至胰腺, 激活胰酶原产生胰腺自身消化。一般认为, 伴有胆道梗阻的 ABP 在短期非手术治疗无效时, 应急诊手术以解除胆道梗阻。对于非手术治疗有效的病例, 应在 ABP 获得有效控制和患者一般情况明显改善后, 于第一次住院期间手术处理胆道疾病。

但对胆囊结石并发 ABP 的患者究竟应在炎症早期行急诊手术 (1 ~ 7 d 内) 还是在胰腺急性炎症完全控制、水肿消退, 全身情况稳定后择期手术的问题, 目前仍有较大争议。提倡早期手术者认为: ABP 采取非手术治疗, 仍有一定的因并发多器官功能不全的病死率和复发率。早期胆囊切除术和胆总管探查可以减少胆源性胰腺炎复发<sup>[3]</sup>。后者系一常见事件, 延期胆囊切除术意味着增加复发风险<sup>[4]</sup>。然而, 主张延期手术者则认为: 急性胰腺炎, 特别是重症急性胰腺炎早期手术治疗并发症多, 可能出现全身应激性功能代偿, 加重全身性炎症反应综合征, 而非手术治疗有利于患者渡过早期严重应激反应期, 改善全身各脏器状况, 有利于延期手术。无胆总管结石的胆囊结石患者, 在 ABP 轻度发作后的 2 ~ 4

收稿日期: 2006-07-11; 修订日期: 2006-10-30。

**作者简介:** 龙锦, 男, 辽宁沈阳人, 中国医科大学附属第一医院主治医师, 主要从事胆道胰腺外科临床方面的研究。

**通讯作者:** 龙锦 E-mail: pancreass@163.com。

文章编号:1005-6947(2006)11-0874-02

· 临床报道 ·

# 胆源性急性胰腺炎早期治疗探讨

吴廷文, 汤先畴

(湖南省张家界市人民医院 普通外科, 湖南 张家界 427000)

**摘要:**笔者回顾性分析近10年来收治的胆源性急性胰腺炎(BAP)137例的临床资料,根据有无胆道梗阻及急性胰腺炎(AP)轻重程度分为4类:轻症非梗阻型,68例;轻症梗阻型,35例;重症非梗阻型,21例;重症梗阻型,13例。不同类型的BAP采用不同的治疗方法。结果轻症非梗阻型68例,发病后2周内治愈66例,2例转为重症非梗阻型;轻症梗阻型35例,48h内急诊行手术2例,2d至2周内转手术1例,余均非手术治疗治愈;重症非梗阻型21例,行非手术治疗17例,手术3例,死亡1例;重症梗阻型13例,行手术6例,死亡2例,余均非手术治疗治愈;提示:BAP早期(2周),一般均可行非手术治疗,待胰腺炎症水肿消退,病情稳定后及时手术,但仍有少部分病例需急诊手术,以抢救生命。

**关键词:**胰腺炎/病因学;胆道疾病/并发症;胰腺炎/外科学

**中图分类号:**R576; R575.7

**文献标识码:**B

胆道疾患是引起急性胰腺炎的常见原因,胆源性急性胰腺炎(BAP)早期治疗选择较为棘手,1996年9月—2005年10月,我院共收治BAP137例。现将其临床资料进行回

顾性分析,以期探讨BAP早期最佳治疗方案,报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男59例,女78例;年龄17-76岁,年均43.6岁,>60岁者16例。病因:先天性胆总管囊肿合并急性胰腺炎6例,十二指肠乳头水肿2例,胆道狭窄5例,胆道蛔虫7例,胆囊结石94例,胆囊结石并胆总管结石23例。

**收稿日期:**2006-04-22; **修订日期:**2006-09-18。

**作者简介:**吴廷文,男,湖南张家界人,湖南省张家界市人民医院副主任医师,主要从事消化道外科方面的研究。

**通讯作者:**吴廷文

周内施行胆囊切除术可以降低复发性胰腺炎的发生率<sup>[5]</sup>。Griniatsos等<sup>[6]</sup>认为,早期手术和晚期手术在手术时间、并发胆总管结石、病死率、术后住院时间上并无差异,而且随访也未见胰腺炎复发病例。

笔者认为,如果对于胆囊结石并发ABP在非手术治疗无效后施行急诊手术,存在以下弊端:(1)病程长,由于引起胰腺炎的根本原因并未解除,部分病例可能转化为重症急性胰腺炎,病情恶化,给进一步治疗带来麻烦;(2)大部分患者合并胆道感染,非手术治疗,感染有时难以得到控制。部分患者虽然症状可以得到控制,但因胆囊结石仍然存在,常反复发作;(3)在ABP非手术治疗无效时施行急诊手术,往往增加手术风险和术后并发症的发生。因此认为,对于继发于胆囊结石轻型ABP患者应早期施行胆囊切除术。本组资料显示,早期施行胆囊切除术并未增加手术并发症和术后住院时间。

## 参考文献:

[1] 周军,李宜雄,汤恢焕,等. 外科治疗胆源性胰腺炎

[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(6):409-411.

[2] Patti MG, Pellegrini CA. Gallstone pancreatitis [J]. Surg Clin North Am, 1990, 70(6):1277-1295.

[3] Andersson R, Andersson B, Haraldsen P, *et al.* Incidence, management and recurrence rate of acute pancreatitis [J]. Scand J Gastroenterol, 2004, 39(9):891-894.

[4] Hernandez V, Pascual I, Almela P, *et al.* Recurrence of acute gallstone pancreatitis and relationship with cholecystectomy or endoscopic sphincterotomy [J]. Am J Gastroenterol, 2004, 99(12):2417-2423.

[5] No authors listed. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. British Society of Gastroenterology [J]. Gut, 1998, 42(Suppl 2):S1-13.

[6] Griniatsos J, Karvounis E, Isla A. Early versus delayed single-stage laparoscopic eradication for both gallstones and common bile duct stones in mild acute biliary pancreatitis [J]. Am Surg, 2005, 71(8):682-686.