

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^[5]。Griniatsos等^[6]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.

1.2 BAP 诊断依据

本组 BAP 的诊断依据:(1)上腹部疼痛,可向腰背部放射,伴恶心呕吐;(2)巩膜可黄染,上腹部或腰背部压痛,可有腹膜炎体征;(3)血尿淀粉酶升高;(4)血清胆红素升高 $\geq 34.2\text{ mmol/L}$;(5)B超或CT提示胆总管下段扩张,胆囊充盈,提示胆总管中下段梗阻,甚至可明确梗阻的性质(如结石、囊肿);(6)CT增强,可提示胰腺明显增大或合并局限性的出血坏死,胰周积液现象。

1.3 BAP 临床分型及分型标准

根据患者的血清胆红素水平、CT显示的胰腺病变程度和一般情况将BAP分4类,(1)轻症非梗阻型BAP,分型标准:胰腺病变轻、胰腺局部无明显出血坏死、胰周无明显渗液积聚,总胆红素 $< 34.2\text{ mmol/L}$,本组68例;(2)轻症梗阻型BAP,分型标准:胰腺病变轻、胰腺局部无明显出血坏死,胰周无明显渗液积聚,总胆红素 $\geq 34.2\text{ mmol/L}$,本组35例;(3)重症梗阻型BAP,分型标准:胰腺病变严重,局部明显出血、坏死,胰周明显渗液积聚,远处器管可能受累,总胆红素 $\geq 34.2\text{ mmol/L}$,本组13例;(4)重症非梗阻型BAP:分型标准:胰腺病变严重,局部明显出血、坏死,胰周明显渗液积聚,远处器管可能性受累,总胆红素 $< 34.2\text{ mmol/L}$,本组21例。

2 治疗及结果

2.1 非手术治疗

对所有BAP病例,入院后2周内,均先采用非手术治疗。主要措施包括:入院后即禁食、持续胃肠减压、预防性使用抗生素、全胃肠外营养或发病后6d经口胃腔置空肠上端营养管行营养支持、 H_2 受体拮抗剂(西米替丁、雷尼替丁)和(或)离子泵阻断剂(洛赛克)及生长抑素(Somatostatin)类药物(如奥曲肽)、硫酸镁导泻等,必要时行B超引导下腹腔穿刺引流。

2.2 手术治疗

全麻下,开腹后,吸净腹盆腔内积液,剪开胃结肠韧带,若胰腺坏死较轻者,剪开胰腺被膜。若胰腺坏死较重者,行胰腺坏死组织部分清除,松动胰床,行胆总管切开,T管引流加胆囊切除。术中常规放置通常营养造瘘管,并行胰周及温氏孔,膈下,盆腔引流。本组有1例在腹腔镜下行腹盆腔冲洗及引流,并行胆囊造瘘术。

2.3 结果

本组137例,早期行非手术治疗126例(91.9%,126/137),治愈103例,中转手术4例,死亡1例;早期行手术治疗11例(8.1%,11/137),死亡2例,死亡病例均系多脏器功能衰竭。轻症非梗阻型68例,发病后2周内,治愈66例,2例转化为重症非梗阻型后1例采用手术治疗,1例采用非手术治疗;轻症梗阻型35例,48h内急症行手术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。

3 讨论

胆源性急性胰腺炎在炎症早期(2周内)是急诊手术治疗,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治疗,目前仍有较大争议^[1]。

早期非手术治疗是可行的。本组资料中行非手术治疗126例,非手术率91.9%(126/137),与王爱民报告120例非手术治疗84例^[2]基本相符。主张延期手术者认为: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,而保守治疗有利于病人渡过早期严重应激反应期,改善全身脏器状况,有利于晚期手术。大量临床研究亦支持此观点^[3]。更有学者^[4]提出;在BAP早期甚至连行ERCP或Oddi括约肌切开取石术这类手术都不宜施行。但对于BAP,特别是梗阻型BAP患者,如在严密观察治疗过程中,若皮肤巩膜黄染加深,胆红素,特别是直接胆红素持续升高和/或全腹压痛、反跳痛,持续性高热 $> 39^\circ\text{C}$,白细胞 $\geq 15 \times 10^9/\text{L}$ 、胃肠减压无胆汁性胃液引出,B超提示胆总管进一步扩张,胆囊充盈肿大,CT提示胰腺坏死恶化甚至出现气泡征,说明胰胆管完全梗阻,胆管炎症水肿无法消退,胆管内结石无法通过,保守治疗无效,则应急症手术解除胆道梗阻,并对胰及胰周进行处理。本组137例急症手术11例,其中梗阻性BAP9例,非梗阻性BAP2例。对于BAP中爆发性胰腺炎者,因病情进展迅速,过度强调延后手术,可能增加病死率^[5-6],因此目前主张早期手术。本组早期手术指征是胆道的完全梗阻或AP经保守治疗后病情反而有加重趋势者。

参考文献:

- [1] 张太平,赵玉泽,王莉.第七届全国胰腺外科学术研讨会纪要发[J].中华外科杂志,1999,37(3):149-150.
- [2] 王爱民.胆炎性胰腺炎外科治疗分析[J].中国普通外科杂志,2004,6(13):471-472.
- [3] 秦仁义,邹声泉,吴在德,等.胆源性胰腺炎手术时机的探讨[J].中华外科杂志,1998,36(3):149-151.
- [4] Flosch UR, Nitsch R, Ludtk R, et al. Early ARCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis[J]. N Engl J Med, 1997, 336(4):237-242.
- [5] 孙家邦,朱斌.暴发性胰腺炎诊断和治疗[J].中国实用外科杂志,2004,24(1):23-24.
- [6] 杨凤辉.早期手术治疗重症急性胰腺炎20例分析[J].中国普通外科杂志,2005,5(14):384.