

文章编号:1005-6947(2007)10-1023-02

· 临床报道 ·

梗阻性胆源性胰腺炎 32 例报告

乔能斌¹, 向东², 熊春², 鲁华强¹, 熊坤龙¹

(1. 湖北省秭归县两河口镇卫生院 普通外科, 湖北 秭归 443613; 2. 湖北省秭归县第二人民医院 普通外科, 湖北 秭归 443600)

摘要:笔者对 32 例结石梗阻性胆源性胰腺炎患者的临床资料回顾性分析。32 例中早期手术 24 例, 死亡 1 例, 2 例并发肺部感染; 延期手术 6 例, 死亡 1 例, 1 例并发假性胰腺囊肿; 另 2 例在准备行延期手术前死于多器官功能衰竭。梗阻性胆源性胰腺炎如经非手术治疗 24 h 未见好转, 则应尽早手术, 去除病因、通畅引流、控制感染等, 以提高生存率。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(10): 1023-1024]

关键词: 胰腺炎/外科学; 胆道梗阻; 胆结石/并发症; 手术后并发症/预防与控制

中图分类号: R 657.51

文献标识码: B

多年来, 关于急性胆源性胰腺炎 (acute gallstone pancreatitis, AGP) 的治疗一直存在争论, 特别是手术时机的选择。笔者 1998—2006 年共收治结石梗阻性胆源性胰腺炎 32 例, 为了探讨结石梗阻性 AGP 的早期最佳治疗方案和手术时机选择, 笔者对患者的临床资料进行了回顾性分析, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 14 例, 女 18 例; 年龄 22~79 (平均 46.5) 岁。病程 1~7d (平均 3d)。本组 32 例均有胆结石致胆总管内明显梗阻, 其中 6 例是 2 次发病。表现上腹或全腹持续性疼痛, 疼痛向腰背部放射, 伴恶心呕吐, 皮肤巩膜黄染。入院时体温 $>38.50^{\circ}\text{C}$ 的 12 例, 有明显腹膜炎体征的 14 例。

1.2 辅助检查及诊断

白细胞 $13.5 \sim 22.4 \times 10^9/\text{L}$ (平均 $16.32 \times 10^9/\text{L}$); 总胆红素 $37.5 \sim 345 \mu\text{mol/L}$ (平均 $127 \mu\text{mol/L}$); 血淀粉酶 (碘-淀粉比色法) $420 \sim 1\,200$ 苏氏单位 (平均 780U)。B 超提示 32 例胆总管扩张为 $1.5 \sim 6.0 \text{ cm}$, 平均 2.2 cm (其中 2 例为胆总管扩张症者); 32 例中 31 例有胆总管结石, 结石最大径为 $0.5 \sim 5.0 \text{ cm}$, 平均 1.5 cm ; 12 例合并有胆囊结石, 其中 1 例胆囊壶腹部巨大结石导致平行肝总管的梗阻, 即 Mirizzi 综合征; 3 例合并有胆囊息肉; 2 例为胆总管扩张症。本组胰腺炎轻型 18 例, 重型 14 例。32 例的诊断标准都符合中华医学会外科学分会胰腺外科学组 1996 年第六届胰腺外科学术会议第二次修改制定的方案^[1]。

1.3 治疗

1.3.1 非手术治疗 非手术治疗可作为单独的治疗方法, 也可作为手术治疗的术前准备。包括迅速完善各项必备的检查, 监测生命体征, 持续胃肠减压, 记 24 h 出入量, 补液、纠酸、调节水电解质的紊乱, 抑制胰液的分泌, 使用生长抑素、 H_2 受体阻滞剂、654-2 等; 重症患者应用糖皮质激素及抗生素, 抗生素选用能透过血膜屏障的药物, 如菌必治等。

1.3.2 手术治疗 (1) 早期手术指征及病例选择 有明显梗阻的胆源性胰腺炎, 若经积极非手术治疗 24 h 后, 病情无缓解, 持续性腹痛加剧, 出现全腹胀痛、反跳痛和腹肌紧张, 持续高热; 白细胞 $\geq 15.0 \times 10^9/\text{L}$, 直接胆红素进行性增高; B 超提示胆总管有明显结石梗阻而扩张, 胆囊充盈肿大; CT 提示胰腺组织坏死恶化或出现气泡征。排除细小结石排入肠腔时奥狄氏括约肌水肿所致的一过性胆道梗阻, 胆道完全梗阻是早期手术指征。(2) 手术方式: 入腹后吸尽腹腔内的渗液, 进一步探明病因, 常规行胆囊切除加胆总管探查术, 取尽结石后置 T 管引流; 打开胃结肠韧带, 充分显露胰腺, 30 例手术患者胰腺均有不同程度的充血、肿胀及部分组织的坏死, 切开胰腺包膜充分减压; 空肠隧道式造瘘。用 0.02% 稀释活力碘生理盐水反复冲洗胰床和腹腔, 在胰体尾、温氏孔及陶氏腔或道格拉氏腔各摆多侧孔引流管。

1.3.3 术后处理 严密监测生命体征及血糖、血脂和电解质的平衡; 抗生素联合阶梯治疗, 后期发现真菌感染用氟康唑或两性霉素 B; 抑制胰液、胃酸分泌。重症患者早期大量短程使用糖皮质激素, 纠正水电解质和酸碱平衡紊乱, 持续胃肠减压, 病情缓解、胃肠道功能恢复后拔出, 一般为 5~7d。同时用芒硝 500 g 装入布袋全腹外敷, 每 12 h 更换 1 次, 持续 1 周, 以利于胃肠道功能恢复和腹腔内渗液吸

收稿日期: 2007-01-22; 修订日期: 2007-10-08。

作者简介: 乔能斌, 男, 湖北秭归人, 湖北省秭归县两河口镇卫生院主治医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者: 乔能斌 E-mail: QiaoNengBing@126.com

收^[2];每日扩肛2次,每次扩4~5指,持续3~5d;后期TPN营养支持。腹腔引流管1周拔出,因为1周后周围组织已包裹引流管,起不到引流作用,引流管长期放置可影响局部组织血供,也是逆行感染之源^[3]。

2 结果

32例中早期手术24例,1例在术后第3天死于多器官功能衰竭,病死率0.41%;2例并发肺部感染,经积极抗炎、对症治疗痊愈。延期手术6例,1例在术后第5天死于多器官功能衰竭,病死率16.67%,1例并发假性胰腺囊肿,择期行内引流术痊愈。另2例在延期术前死于多器官功能衰竭。

3 讨论

关于结石梗阻性胆源性胰腺炎的手术方式,笔者认为简便有效、去除病因、通畅引流是最基本的原则。胆道引流是恢复胰液正常通道流向,治疗胰腺炎最有效的措施^[4]。胰腺被膜切开引流可缓解压力,改善腺体血供,早期不强求做腺体坏死组织的清除,因为肉眼坏死组织可能含有未死亡或可疑的组织^[5];但也有人认为胆道梗阻以胰腺炎为主要表现的,在解除胆道梗阻的同时,不行胰腺清创引流,保护被膜的完整性可避免继发感染^[6]。事实上,感染途径不仅仅只有直接扩散,即使被膜完整,细菌移位也可以通过血运、淋巴系感染胰腺组织,更何况在急性炎症反应期被膜高度水肿、通透性增强,已失去屏障作用,细菌完全可以自由地进入胰腺组织,所谓保持被膜的完整性,只是一种心理安慰。

关于AGP手术时机的选择,多数学者^[7]认为一般情况下多数AGP病例可经积极的非手术综合治疗治愈,对已明确伴有胆道梗阻的胆源性胰腺炎、证实合并感染或经24h非手术治疗无好转者,应及时手术。吴廷文等^[8]报道137例AGP的治疗,认为对有明显梗阻的AGP,保守治疗无效时,则应急诊手术解除胆道梗阻,并对胰及周围组织进行处理。周军等^[9]也主张优先处理胆道梗阻,特别对胆总管结石合并重症性胆管炎、胆囊颈部结石嵌顿和化脓性或坏疽性胆囊炎者,应在入院后1~3d内手术治疗,并主张适合择期手术患者的手术治疗应在本次住院期间完成,以免出院后再次发作胰腺炎或胆道感染。Alimoglu等^[10]报道首次发病即行胆道手术和复发后再行手术处理的病人平均住院天数(15.29d:36.66d)及并发症发生率(11%:43%)具有明显统计学意义,所以主张尽早处理胆道梗阻。龙锦等^[11]通过94例GP微创治疗后提出梗阻性GP在短期(1周内)非手术治疗无效时,认为应尽早行ERCP+EST以解除胆道梗阻,对EST不能取出的结石或取石失败者,应采用LC+胆总管取石、T管引流术。虽然通过首次入院选择性的应用内镜处理延期胆道手术,待病情缓解后再行胆道疾病的手术处理,相对比较安全,但是在无条件或内镜治疗失败时,应尽早手术治疗,解除胆道梗阻、通畅引流胆汁^[12]。

特别是在没有条件的基层医院,尽早手术取尽结石、通畅引流胆汁,及时去除病因是控制疾病发展理想的选择。更不能单纯以病死率高低和并发症的多寡来判断非手术治疗、早期手术、延期手术的疗效,能够非手术治疗或延期手术治疗的患者,一般病情较轻或没有明显胆道梗阻,手术指征不明确,可以等待。而早期手术的患者病情重或非手术治疗病情加重才中转手术的。对于那些伴有明显胆道梗阻的胆源性胰腺炎来说,尽早手术、去除病因、解除梗阻、通畅引流,能防止病情进一步加重,事实上是提高了生存率。如果过分强调非手术治疗或延期手术治疗,在观察期间病情可能会进行性加重,继发严重的并发症而失去手术时机,造成手术困难和死亡率的提高。中华医学会外科学分会胰腺外科学组已把伴有胆道梗阻的胆源性胰腺炎作为早期手术指征^[13],因其有导致胰腺病损的主要原因持续存在,及时去除病因,是治疗任何疾病最基本的原则。因此,笔者主张对有明显梗阻的胆源性胰腺炎和/或伴有重症胆管炎、胆囊壶腹部结石嵌顿、化脓或坏疽性胆囊炎者,若经24h非手术治疗无好转,则应尽早手术、以去除病因、通畅引流、控制感染等,以提高生存率。

参考文献:

- [1] 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(1996年第二次方案)[J]. 中华外科杂志,1997,35(12):773-774.
- [2] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症胰腺炎诊治草案[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(9):514.
- [3] 汪建平. 大肠癌并急性结肠梗阻的处理[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(8):460.
- [4] 黄勇坚,曾芝兰,龙春头,等. 胆源性胰腺炎216例诊疗分析[J]. 中国实用外科杂志,2006,26(11):867.
- [5] 黄志强. 急性坏死性胰腺炎外科医生的困惑何在[J]. 中华外科杂志,2001,39(4):327-328.
- [6] 钱礼. 对急性胰腺炎诊治的几点看法[J]. 临床误诊误治杂志,2000,13(1):11.
- [7] Uhl W, Warshaw A, Imrie C, et al. IAP Guidelines for the surgical management of acute pancreatitis [J]. Pancreatology, 2002,2(6):565-573.
- [8] 吴廷文,汤先畴. 胆源性胰腺炎早期治疗探讨[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(11):874-875.
- [9] 周军,李宜雄,汤恢焕,等. 外科治疗急性胆源性胰腺炎[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(6):410-411.
- [10] Alimoglu O, Ozkan ov, Sahin M, et al. Timing of cholecystectomy for acute biliary pancreatitis: outcome of cholecystectomy on first admission and after recurrent biliary pancreatitis [J]. World J Surg, 2003,27(3):256-259.
- [11] 龙锦,何忠野,葛春林,等. 急性胆源性胰腺炎的微创治疗[J]. 中国普通外科杂志,2007,16(5):410-411.
- [12] Werner J, Feuerbach S, Uhl W, et al. Management of acute pancreatitis: From surgery to interventional intensive care [J]. Gut, 2005,54(3):426-436.
- [13] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症胰腺炎诊治草案[J]. 中华肝胆外科杂志,2002,8(2):110-111.