

文章编号:1005-6947(2005)05-0337-03

· 急性胰腺炎专题研究 ·

重症急性胰腺炎的早期非手术治疗

黄建贤, 陈少玲, 侍立志, 蔡祥梧

(广东省深圳市宝安区人民医院 外一科, 广东 深圳 518101)

摘要: **目的** 探讨重症急性胰腺炎(SAP)的早期治疗方法和合理方案。**方法** 对1986年6月~2004年6月收治的123例SAP患者按各个阶段治疗方法不同分为两组:A组1986年6月~1992年6月以手术治疗为主53例,B组1992年7月~2004年6月以早期非手术治疗为主70例。**结果** 手术组(A)病死率33.9%(18/53)。并发症发生率:ARDS 28.3%(15/53)、休克16.9%(9/53)、肾衰竭20.8%(11/53)、胰腺脓肿16.9%(9/53)、心功能不全24.5%(13/53)。早期非手术组(B)病死率分别为7.1%(5/70)。并发症发生率:ARDS 14.3%(10/70)、休克7.1%(5/70)、肾衰竭7.1%(5/70)、胰腺脓肿2.8%(2/70)、心功能不全4.2%(3/70)。两组病死率及并发症率比较差异均有显著性($P < 0.001$)。**结论** 急性重症胰腺炎采用早期非手术治疗能有效降低病死率和并发症发生率。大多数重症急性胰腺炎可经非手术治愈。

关键词: 胰腺炎/治疗; 急性病

中图分类号: R657.51; R459.7

文献标识码: A

Non-surgical treatment in the early stage of severe acute pancreatitis

HUANG Jian-xian, CHEN Xiao-ling, SHI Li-zhi, CAI Xiang wu

(Department of General Surgery, Baoan People's Hospital of Shenzhen City, Shenzhen, Guangdong 518101, China)

Abstract: **Objective** To explore a rational treatment program for the non-surgical treatment of severe acute pancreatitis (SAP) in the early stage. **Methods** The data of 123 cases of SAP treated from 1986 to 2004 were collected and divided into two groups according to admission time and treatment procedure. Group A: 53 cases admitted from 1986 to 1992, treated mainly by operation. Group B: 70 cases admitted from 1992 to 2004, treated mainly by non-surgical procedures. **Results** The mortality rate in group A and B was 33.9% (18/53) and 7.1% (5/70), respectively, while the incidence rate of complications such as ARDS, shock, renal failure, pancreatic abscess, cardiac failure in group A was 28.3% (15/53), 16.9% (9/53), 20.8% (11/53), 16.9% (9/53), 24.5% (13/53), and in group B was 14.3% (10/70), 7.1% (5/70), 7.1% (5/70), 2.8% (2/70), 4.2% (3/70), respectively. There was significant difference between the two groups ($P < 0.001$). **Conclusions** Conservative treatment for the early stage of SAP can effectively decrease morbidity and mortality rates. The majority of cases of SAP can be cured with conservative treatment.

Key words: Pancreatitis/ther; Acute Diseases

CLC number: R657.51; R459.7

Document code: A

重症急性胰腺炎(SAP)是一种病情凶险、并发症多及死亡率高的急腹症,其治疗一直是争论的焦

点,目前大多数学者趋向于早期非手术治疗,早期非手术治疗可减少并发症和降低病死率^[1]。我科

1986年6月~2004年6月共收治123例SAP患者,1986年6月~1992年6月的患者在发病14d内行手术治疗者列为手术组,共53例;1992年7月以后的患者在发病后14d以后手术或未手术者列为早期非手术治疗组,共70例。笔者对两组临

收稿日期:2004-12-31; 修订日期:2005-03-10。

作者简介:黄建贤(1963-),男,广东东莞人,广东省深圳市宝安区人民医院副主任医师,主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者:黄建贤 电话:0755-27788311-3022(O),0755-27780691(H),13603071808(手机); E-mail:hjx989@tom.com。

床资料进行回顾性分析,比较其两组的治疗效果,并发症发生情况和病死率,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例分组

(1)早期手术组(A组):53例,男28例,女25例;年龄29~68岁,平均56.2岁。(2)早期非手术组(B组):70例,男34例,女36例;年龄30~72岁,平均58.6岁。

1.2 诊断

全部病例表现突发上腹部剧痛,伴有腹胀和腹膜刺激征,血、尿淀粉酶大于500U/L,平均APACHE-II评分为 10.4 ± 5.0 ;B超检查102例,分别报告有胰腺明显肿大,水肿或胰周围积液、腹水等98例,阳性率96.1%;86例作CT检查,按Balthazar分级系统:A,B,C,D,E级,分别占2.3%(2例),15.1%(13例),30.3%(26例),31.4%(27例)和20.9%(18例)。54例作了腹腔穿刺,45例有血性腹水,65例有不同程度的黄疸,14例伴有休克,25例有急性肺损伤的表现,66例伴有胸腔积液。全部病例均符合中华医学会外科学分会胰腺学组1996年制订的急性重症胰腺炎的诊断标准^[2]。A组中I级25例,II级28例;B组中I级33例,II级37例。A组中40例为胆管疾病(75.5%),酗酒、高脂肪餐、暴饮暴食及不明原因者13例(24.5%),B组中胆管疾病25例(35.7%),酗酒、高脂肪餐、暴饮暴食及不明原因者45例(64.3%)。

1.3 治疗方法

1.3.1 A组 患者入院后24~48h内经扩容、纠酸处理后即行早期手术治疗,基本方法为胰腺被膜切开,切除坏死胰腺,胰周多管引流,对于胆源性SAP同时切除胆囊或胆管探查。

1.3.2 B组 诊断确定后即行非手术综合治疗,主要措施有:(1)严密监测心、肺、肾等重要器官或系统功能,及早发现和治疗其功能障碍;(2)积极抗休克治疗,纠正水、电解质及酸碱失衡;(3)抑制或减少胰液分泌,胃肠减压,应用生长抑素;(4)防治胰腺感染,选用能透过血胰屏障对肠道常见菌有效的抗生素;(5)积极的营养支持,全胃肠外营养(TPN)支持,中药、生大黄等清热解毒,清胰利胆、通便,通里泻下减轻腹胀、维护消化道功

能,减少肠道细菌移位;(6)腹部局部皮硝外敷;(7)胆道梗阻者性作EST或鼻胆管引流。

2 结果

2.1 治愈率

全组治愈100例(81.3%),死亡23例(18.7%)。A组和B组治愈率分别为66.1%(35/53)和92.9%(65/70)($P < 0.01$),病死率分别为33.9%(18/53)和7.1%(5/70)($P < 0.001$)。

2.2 住院时间

A组35~165d,平均68.72d;B组38~120d,平均52.32d。

2.3 并发症

A组主要并发症的发生率、多器官功能不全或衰竭均明显高于B组($P < 0.001$)(附表)。

附表 早期手术组和早期非手术两组的并发症及死亡的比较($n, \%$)

组别	ARDS	休克	肾衰	胰腺脓肿	心功能不全	死亡
A	15(28.3)	9(16.9)	11(20.8)	9(16.9)	13(24.5)	18(33.9)
B	10(14.3)	5(7.1)	5(7.1)	2(2.8)	3(4.2)	5(7.1)
P值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 B组中转手术率

非手术组有4例(5.7%)中转手术,2例为胰腺脓肿,经坏死组织清创和胰床引流后治愈,2例因胆囊坏疽中转手术,行胆囊切除术,均治愈。

2.5 胰腺假性囊肿发生率

后期继发胰腺假性囊肿31例,其中早期非手术治疗组28例,占早期非手术组的40.0%(28/70);B组3例(4.2%)($P < 0.01$)。20例保守治疗完全吸收,11例观察6周后无缩小则择期手术。

3 讨论

SAP是一种病因复杂、病情凶险的急腹症,是一种呈瀑布样发生的全身炎症反应综合征(SIRS)^[3]。SAP的病理分三期:急性反应期、感染期和残余感染期。急性反应期(自发病至2周左右)炎症介质、胰酶等毒性物质大量渗出影响各系统和器官功能导致全身急性生理紊乱。早期手术

容易诱发创伤和急性应激反应,可加重局部和全身炎症反应综合征,且容易诱发感染,而SAP一旦感染其并发症的发生率和死亡率明显增加^[4]。Bradley等^[5]认为,清除感染坏死性胰腺对器官衰竭或改善临床症状是无补的,因为腐胰可以通过自行包裹、吸收,而手术则增加感染机会。因此现在大多数学者的观点比较赞同张圣道等^[6]提出的SAP的“个体化治疗方案”,坏死胰腺有感染需手术治疗,若未感染则应作非手术治疗。本组死亡23例中,有17例(73.9%)死于发病后7d内(12例)或8~15d(5例)的早期急性全身反应期,其中14例死于早期手术治疗后;只有6例(26.1%)中后期继发感染等因素致死。早在上世纪70年代以前就已观察到,SAP早期死亡的主要原因是休克、肾衰竭、ARDS以及脑病等并发症^[7,8]。提高SAP治疗的关键在于早期加强保护器官功能,减轻全身炎症反应综合征,防治各器官功能障碍和衰竭。从本文中A、B两组的比较可以看出,与早期手术治疗组相比较,早期非手术治疗明显减少了SAP并发症的发生率和死亡率($P < 0.001$);因此重视加强早期监护、及时减轻全身炎症反应、努力维护和防治器官功能障碍、预防感染等非手术措施可明显提高SAP治愈率。

对于胆源性SAP,因内镜治疗对血流动力学及内环境影响小,具有病因治疗作用,可迅速阻断急性胰腺炎重症化病程,显著缩短SAP的急性反应期^[9]。本文B组中有胆道疾患的有23例,其中胆总管结石并梗阻15例,行内镜治疗15例,全部治愈,仅2例出现并发症。因此,对有伴胆总管下端结石的SAP,可行内镜Oddis括约肌切开取石或行鼻胆管引流而不需早期手术治疗^[10]。而对胆囊结石引起的SAP,应注意胆囊有无坏疽或穿孔情况。本文B组中曾有2例在非手术治疗过程中病情一度好转,不久出现病情恶化者,腹膜炎逐渐加重,复查B超及CT见胆囊较前明显增大,中转手术见胆囊坏疽,而此时并非是SAP的问题。

在非手术治疗的过程中,也不能忽视手术治疗,应严密观察,若出现胰腺大片坏死,感染或形成胰周、腹膜后脓肿,治疗效果不佳或病情进一步恶化时,应及时手术清除坏死组织和充分引流。胰腺

实质坏死>30%时,即使临床上无明显感染征象,也应考虑手术治疗,胰腺坏死组织清除术宜在术后3~4周进行^[11]。非手术治疗过程中继发假性胰腺囊肿较小的假性囊肿可以自然消退,但若经6周的观察,如囊肿不缩小或继续增大甚至出现假性囊肿所致的并发症,应行手术治疗^[12]。本文B组有28例继发性胰腺假性囊肿,20例保守治疗完全吸收,11例观察6周后行手术处理。笔者认为SAP在非手术治疗过程中合理掌握手术指证,及时中转手术,对提高治愈率有益。

参考文献:

- [1] 孙家邦,王湘衡,李非.重症急性胰腺炎治疗的探讨[J].中华外科杂志,1993,31(11):650-652.
- [2] 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(1996年第二次方案)[J].中华外科杂志,1997,35(12):773-775.
- [3] 张延龄.全身炎症反应综合征[J].国外医学创伤与外科基本问题分册,1998,25(2):99-100.
- [4] Widdison AI, Karanjia ND. Pancreatic infection complication pancreatitis [J]. Br J Surg, 1993, 80(2): 149-150.
- [5] Bradley EI, Allen K. Aprospective longitudinal study of observation versus Surgical intervention in the Management of necrotizingpancreatitis [J]. Am J Surg, 1991, 157(161): 19-20.
- [6] 张圣道,雷若庆.我国重症急性胰腺炎治疗的效果和评价[J].外科理论与实践,2001,6(1):101-102.
- [7] 傅培彬,张圣道,张臣烈,等.急性坏死性胰腺炎的外科治疗[J].上海医学,1979,2(12):708-709.
- [8] 张圣道,张臣烈,汤耀卿,等.急性坏死性胰腺炎全病程演变及治疗对策[J].中华外科杂志,1997,35(3):156-157.
- [9] 李华,李光明.重症急性胰腺炎的治疗[J].中国普通外科杂志,2003,12(2):88-89.
- [10] Fan ST, Lai EC, Mok FP, et al. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy [J]. New Eng J Med, 1993, 328(4): 228-232.
- [11] 汤志刚,王春友,熊炯昕,等.重症急性胰腺炎合并非感染性胰腺坏死手术时机的选择[J].中国普通外科杂志,2003,12(9):644-645.
- [12] 戴显伟.胰腺囊肿[A].见吴在德.外科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2000.654-655.