

文章编号:1005-6947(2007)05-0412-03

· 胰腺炎专题研究 ·

# 非梗阻性胆源性重症急性胰腺炎的治疗

陈彦波, 陈功华, 谷志余

(湖南省桑植县人民医院 普通外科, 湖南 桑植 427100)

**摘要:**目的 探讨非梗阻性胆源性重症急性胰腺炎的早期治疗方法。方法 对收治的非梗阻性胆源性重症急性胰腺炎 175 例采用不同的治疗方案, 其中 63 例 3d 内接受手术治疗, 112 例 2 周内行非手术治疗, 对两组的临床治疗效果进行回顾性分析和总结。结果 3d 内手术治疗组中出现严重并发症者 21 例(33.3%), 死亡 16 例(25.4%)。2 周内接受非手术治疗组中出现严重并发症者 19 例(16.9%), 死亡 14 例(12.5%); 两组间差异均有显著性( $P$  均  $< 0.05$ )。结论 非梗阻性胆源性重症急性胰腺炎 2 周内宜行非手术综合治疗, 不宜过早手术。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(5):412-414]

**关键词:** 胰腺炎/治疗; 胆道疾病/并发症; 手术时机; 非手术治疗

中图分类号: R657.51

文献标识码: A

## Treatment of severe acute non-obstructive biliary pancreatitis

CHEN Yan-bo, CHEN Gong-hua, GU Zhi-yu

(Department of Abdominal Surgery, the People's Hospital of Sangzhi County, Sangzhi, Hunan 427100 China)

**Abstract:** **Objective** To explore the early treatment of severe acute non-obstructive biliary pancreatitis (ANOBP). **Methods** One hundred and seventy five cases of severe acute non-obstructive biliary pancreatitis were admitted to our hospital in recent 9 years. Among them, 63 cases received operative treatment within 3 days after the disease occurred, and other 112 cases had nonoperative treatment. Retrospectively analyse of the therapeutic results of the 2 groups were made. **Results** In the group operated within 3 days, severe complications occurred in 21 cases (33.3%) and 16 cases died (25.4%). In the 112 cases who had non-operative treatment within the first two weeks of disease, severe complications occurred in 19 cases (16.9%) and 14 cases died (12.5%). The treatment results were significant difference between the two groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusions** It is proper to adopt non-obstructive treatment in the early phase (within 2 weeks) of severe acute non-obstructive biliary pancreatitis, and too early operation is not suritable.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(5):412-414]

**Key words:** Pancreatitis/ther; Biliary Tract Diseases/compl; Operation Timing; Conservative therapy

**CLC number:** R657.51

**Document code:** A

自 1889 年 Fitz 系统性描述 SAP 以来, SAP 的治疗过程大致经历了如下阶段: 非手术 → 手术 → 非手术 → 扩大的手术 → 非手术 + 合理的手术治疗。20 世纪 90 年代张圣道等<sup>[1]</sup> 提出“重症急性胰腺炎早期个体化治疗方案”之后, 才使其病死率

逐步下降至 10% ~ 20%。笔者对 1997 年 9 月—2006 年 1 月我院普通外科收治的胆源性重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP)<sup>[2]</sup> 共 175 例的治疗结果进行回顾性分析和总结, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组均为符合临床病例入选标准的非梗阻性胆源性 SAP 患者。男 107 例, 女 68 例; 年龄

收稿日期: 2006-09-20; 修订日期: 2006-12-17。

作者简介: 陈彦波, 男, 湖南桑植人, 湖南省桑植县人民医院主治医师, 主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者: 陈彦波 E-mail: waikel19@sina.com

18~74岁,中位年龄46岁。所有病例入院时符合1992年亚特兰大国际胰腺会议制定的急性胰腺炎(AP)分类标准诊断为SAP,即急性胰腺炎伴有急性脏器功能不全和(或)APACHE II评分 $\geq 8$ 分者<sup>[2]</sup>。对于早期胆道明显梗阻(总胆红素 $\geq 34.2$ mmol/L,且以直接胆红素为主)者予以剔除(无论早期是手术治疗还是非手术治疗)。

### 1.2 分组

本组以时间先后划分为两组即3d手术组和2周非手术组。3d组为1997年9月—2001年5月收治的63例早期(3d内)全部接受手术治疗的患者;男39例,女24例;年龄21~74岁,中位年龄47.5岁,APACHE II评分平均为11.9分(5.6~15.2分)。2周组为2001年6月—2006年1月收治的112例早期(2周内)接受非手术治疗患者;男性71例,女性41例;年龄18~72岁,中位年龄45岁;APACHE II评分平均为11.2分(8.5~13.9分)。两组资料具有可比性( $P>0.05$ )。

### 1.3 治疗方法

2周内非手术治疗组主要采用如下措施:(1)禁食,持续胃肠减压,口服中药大黄促进肠道蠕动,应用质子泵抑制剂洛赛克、生长抑素类如善宁等药物;(2)液体复苏治疗,维持内环境稳定;(3)全肠外营养(TPN)或1周后经口Treitz韧带下30~40cm肠内营养支持;(4)抗菌药降阶梯治疗;(5)重症监护室(ICU)监测支持重要器官功能,如早期对有呼吸功能障碍者即应用呼吸机辅助呼吸等;(6)对极少数病例必要时进行B超或CT引导下腹腔穿刺引流;(7)碘硝腹部外敷;(8)整个治疗期间CT监控胰腺及胰外侵犯情况。

3d内手术组除采用上述非手术治疗措施外,3d内行胰腺被膜切开减压,胰腺坏死组织部分清除,胃、肠及胆总管“三造瘘”或仅行胆总管置T管引流、空肠上段造瘘术,术后持续低负压灌洗引流。

## 2 结果

3d手术治疗组与2周非手术治疗组比较,在并发症发生率、病死率及住院时间等指标的组间差异均有显著性( $P$ 均 $<0.05$ )(附表)。2周早期非手术治疗组中转手术5例(4.5%),中转手术的原因包括胰腺坏死3例,胰周脓肿和腹腔脓肿各1例。

附表 两组SAP的治疗结果比较<sup>1)</sup>

分组	n	并发症发生率(%)	病死率(%)	住院时间(d, $\bar{x}\pm s$ )
手术(3d内)	63	21(33.3%)	16(25.4%)	43 $\pm$ 9.7
非手术(2周内)	112	19(16.9%)	14(12.5%)	89 $\pm$ 15.4
P		<0.05	<0.05	<0.05

注:并发症包括胰瘘、大出血、肠瘘、耳聋和假性囊肿等

## 3 讨论

2001年5月以前,由于对SAP疾病发展规律认识不足,本院对于诊断明确的SAP,均采用手术治疗,其时并发症发生率、病死率均较高,分别达33.3%和25.4%之多。2001年6月始本院普外科根据《重症急性胰腺炎草案》<sup>[3-5]</sup>总结了过去的经验教训,对不同发病时间的病例采用不同的治疗方案,对2周内胆源性SAP采用非手术治疗;只有诊断明确的胆源性梗阻性SAP才予手术治疗。

非手术治疗的患者,笔者特别注意作如下处理:(1)严格禁食,持续胃肠减压,通过胃管灌注大黄液、使用质子泵抑制剂和生长抑素类药物,尽可能使胰腺处于“完全休息状态”。(2)SAP发病2周内均为急性反应期,约1/3的患者因休克、急性肾衰竭(ARF)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)等器官衰竭死亡<sup>[6]</sup>。故应尽早液体复苏治疗,防止休克、ARDS及ARF等并发症,这是SAP急性期治疗的重点。(3)加强营养支持治疗,提高机体抵抗力。早期笔者即采用全TPN,1周后经口Treitz韧带下30~40cm肠内营养支持。这样既可防止肠黏膜萎缩、屏障功能破坏和肝脏瘀胆,减少感染并发症,又可给患者提供营养<sup>[7]</sup>。(4)抗菌药的降阶梯治疗,即初始选用抗菌谱广的抗菌药,后根据培养和药敏转入目标性治疗。主要采用头孢三代类抗生素,同时联合喹诺酮类或甲硝唑能透过血胰屏障的药物。如此处理对SAP早期防治感染效果较好<sup>[8-9]</sup>。对于使用抗菌药时间较长(约2周)者要注意防止二重感染。(5)ICU监测和支持重要脏器功能治疗。呼吸系统是SAP最易发生功能障碍的器官,肾衰竭和心血管功能障碍可作为SAP最危险的预示死亡的因素,应予高度重视。余泉等<sup>[10]</sup>指出早期积极控制ARDS的发生、发展,重视腹部情况的处理,同时有效地控制感染,是降低ARDS发生率、提高治愈率的关键。有肾衰竭者应行血液透析。(6)对少数患者必要

时进行B超或CT引导下腹腔穿刺引流,加强碘硝腹部外敷,可预防和/或缓解腹腔室间隔综合症(ACS)<sup>[10]</sup>。(7)治疗期间增强CT监控胰腺及胰外侵犯情况。当胰腺坏死继发感染时(一般是2周后),CT表现胰腺和/或胰周出现胰腔外坏死灶内多有气泡征,气泡形状小而不规则,同时结合患者腹部情况、体温及血象等变化考虑是否手术清创引流。通过上述综合治疗,非手术治疗组112例中98例治愈,14例因出现各种严重并发症最终死于多器官衰竭。早期非手术治疗的并发症发生率和病死率均明显低于早期手术治疗组。

本资料显示,早期手术治疗组病死率高达25.4%。这是由于SAP在急性反应期内大量炎性介质,各种胰源性激素和酶的释放对局部和全身产生严重的影响。此期过早手术(3d内)会加重患者的病理生理紊乱状态,增加病死率及并发症发生率<sup>[11]</sup>。余泉等<sup>[12]</sup>指出对于胆源性SAP早期(≤2周)采取非手术治疗亦可取得良好的临床效果,而对于胆源性非梗阻性SAP更是如此。

笔者认为,当胰腺及胰周出现坏死并感染时应及时采用手术治疗,因其时多已是发病2周左右,患者基本渡过急性反应期,及时清除感染坏死组织对疾病转归可能具有积极的意义。

#### 参考文献:

[1] 张圣道,杨毓光,张臣烈,等. 139例急性坏死性胰腺炎外科治疗总结——治疗观点的改变[J]. 中华外科

杂志,1991,29(1):54-57.

- [2] 周厚吾,孔华. 急性非梗阻性重症胰腺炎73例临床体会[J]. 中国普通外科杂志,2003,12(2):144-145.
- [3] 中华医学会外科学会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治草案[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(9):513-515.
- [4] 王晓松,葛春林,郭仁宣,等. 胆源性急性胰腺炎的临床分型与手术时机的选择[J]. 中国普通外科杂志,2002,11(3):131-134.
- [5] 黄荣柏,胡锡琮. 重症急性胰腺炎手术时机选择的发展与演变[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(6):460-464.
- [6] 余泉,李永国,黄生福,等. 重症急性胰腺炎并发成人呼吸窘迫综合征临床治疗探讨[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(4):228-230.
- [7] Kitano M, Yoshi IH, Okusawa S, et al. Hemodynamic changes in acute pancreatitis [J]. Nippon Geka Gakkai Zasshi, 1993,94(8):824-831.
- [8] 任复,朱德林. 头孢哌酮舒巴坦对非发酵革兰阴性杆菌的抗菌作用[J]. 中国抗感染化疗杂志,2002,2(3):129-132.
- [9] 肖亮,陆健,蔡清萍. 重症急性胰腺炎早期手术与非手术治疗效果荟萃分析[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(6):455-459.
- [10] 余泉,黄生福,李永国,等. 暴发性急性胰腺炎并发腹室高压综合征临床诊治探讨[J]. 中华普通外科杂志,2003,18(12):712-713.
- [11] Kriwanks, Gschwanter M, Beckerkimp, et al. Complications after surgery for necrotizing pancreatitis: risk factors and prognosis [J]. Eur J Surg, 1999,165(10):952-957.
- [12] 余泉,李永国,黄生福,等. 胆源性胰腺炎早期非手术治疗探讨[J]. 中国实用外科杂志,2004,24(3):158-160.

## 本刊2007年下半年各期重点内容安排

本刊2007年下半年各期重点内容安排如下,欢迎赐稿。

第7期	胆道外科	第10期	胰腺外科
第8期	肝脏外科	第11期	甲状腺、乳腺外科
第9期	胃肠道外科	第12期	腔镜外科及其他