

• 经验交流 •

重症急性胰腺炎治疗方法及其并发症临床探讨

张建智

【关键词】 胰腺炎, 急性, 重症; 并发症; 治疗方法

我院外科自 1990—2005 年共收治重症急性胰腺炎(SAP)患者 95 例,对其临床资料分析如下。

1 临床资料

1.1 病例: 95 例 SAP 患者中男 70 例,女 25 例;年龄 35~72 岁,平均 48.6 岁。均符合 2001 年 12 月中华医学会外科学会胰腺学组提出的急性胰腺炎临床诊断及分级标准^[1],急性生理学与慢性健康状况评分 I (APACHE I)均 ≥ 8 分。Balthazar CT 分级均为 D 级以上。其中胆管疾病 79 例,酗酒、高脂饮食 6 例,原因不明 10 例。并发症:腹胀合并休克 8 例,腹膜炎 21 例,黄疸 32 例,合并脏器功能衰竭(主要为肾功能、呼吸功能衰竭)25 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 非手术治疗组: 31 例中男 26 例,女 5 例;年龄 35~75 岁,平均 49.8 岁。主要措施:①严密监测心、肺、肾等主要脏器功能;②积极抗休克,纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱;③抑制或减少胰腺分泌;④早期促进胃肠道功能恢复;⑤选用能够通过血膜屏障的抗生素,防止胰腺感染;⑥营养支持,包括全胃肠外营养(TPN)及经空肠的肠内营养(EN);⑦动态进行 CT 检查,观察病情变化及有无胰腺感染等并发症。

1.2.2 早期手术组: 35 例中男 27 例,女 8 例;年龄 30~70 岁,平均 42.6 岁。于发病后 72 h 内立即手术。早期手术原因:胆道梗阻(即急性梗阻性胆源性胰腺炎)15 例,腹腔大量渗出 6 例,早期休克 4 例,保守治疗期间有恶化倾向 6 例,伴

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)4 例。手术方式以清除坏死胰腺或胰部分切除术,蝶式引流或单纯引流术、胰腺被膜切开引流减压术、规则性胰腺切除术以及规则性胰腺切除联合坏死组织清除术等较大手术为主。

1.2.3 延期手术组: 19 例中男 11 例,女 8 例;年龄 33~72 岁,平均 45.6 岁。发病 72 h 后实施手术。CT 提示胰腺及胰周多个坏死灶(包括胰腺坏死合并感染)6 例,非梗阻性胆源性胰腺炎 3 例,假性胰腺囊肿 1 例。手术目的主要针对并发症如胰腺周围脓肿切开引流术等。

1.2.4 早期灌注组: 10 例中男 6 例,女 4 例;年龄 33~68 岁,平均 48.3 岁。早期采用区域动脉灌注 Seldinger 法,经股动脉插管,在腹腔干造影,观察动脉期及实质期胰腺血管及胰腺组织染色情况,参考 CT 的影像定位,将导管置在胃-十二指肠动脉或脾动脉。固定体外导管鞘及导管后,用 3 cm×3 cm 贴膜覆盖,导管尾端接微量泵,灌注氟尿嘧啶、奥曲肽治疗。

1.3 统计学处理: 计数资料用 SPSS 统计软件行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

各组并发症的发生率、病死率以及 APACHE I 评分比较见表 1; 各组并发症发生情况见表 2。

3 讨论

SAP 临床病情复杂,累及脏器多,治疗方法亦较多,如中西医结合、脏器功能维护为主的非手术治疗,胰腺坏死组

表 1 各组患者并发症发生率和病死率比较

组别	例数(例)	APACHE I 评分(例)			并发症 (例(%))	死亡 (例(%))
		<10 分	10~14 分	≥15 分		
非手术治疗组	31	12	8	11	11(35.5)	7(22.6)
早期手术组	35	9	11	15	19(54.3)* [△]	15(42.9)* [△]
延期手术组	19	4	5	10	8(42.1)* [△]	6(31.6)* [△]
早期灌注组	10	2	3	5	4(40.0)	2(20.0)

注:与非手术治疗组比较;* $P < 0.05$;

与早期灌注组比较;[△] $P < 0.05$

织清除为主的各种手术疗法及各种并发症的治疗等^[2-4]。SAP 手术时机与手术指征仍有争议。20 世纪 60~70 年代,多数学者主张对 SAP 行早期手术^[5,6],认为胰腺实质坏死组织及坏死周围组织清除术能避免感染等并发症的发生^[7],且手术范围日趋扩大,直至全胰切除术^[8]。但其疗效并不理想。

本研究结果初步表明,对 SAP 采用不同的治疗方法,其并发症有不同的特点。①传统保守治疗:发生胰腺或胰周脓肿中转手术机会多。②早期手术治疗:以早期胰外脏器功能损害为主,如 ARDS、ARF、胰性脑病,晚期以腹腔广泛感染多见。③延期手术治疗:患者在非手术治疗过程中若出现以下情况应中转手术治疗,如胰腺坏死继发感染,胆源性胰腺炎经非手术治疗未能缓解,胰腺假性囊肿破裂大出血,出现无菌坏死性包块。④早期区域动脉灌注治疗:早期胰外脏器功能损害发生率明显较少,但胰腺假性囊肿的发生率特别高。

本研究中早期手术组病死率最高,达 42.9%,提示早期施行手术应该遵

表 2 各组患者并发症发生情况

组别	例数(例)	胰外脏器损害*					胰腺假性囊肿(例)*	胰腺或胰周脓肿(例)*	腹腔广泛感染或脓肿(例)	消化道出血(例次)
		例数(例)	ARDS(例次)	ARF(例)	胰性脑病(例)	MODS(例)				
非手术治疗组	31	5	5	1	0	1	1	5	0	1
早期手术组	35	15	12	6	6	0	2	3	3	4
延期手术组	19	3	2	1	0	0	1	2	0	1
早期灌注组	10	1	1	0	0	0	2	1	0	0

注:ARF 为急性肾功能衰竭;MODS 为多器官功能障碍综合征;* 为组间比较; $P < 0.05$

慎,因为早期手术存在下列问题^[9]:①早期胰腺坏死组织和正常组织分界不清,无法清除全部坏死胰腺,盲目切除胰腺可能损失并未坏死的胰腺。②SAP 时不仅有血流动力学紊乱,而且存在氧代谢障碍^[10]。早期手术并不能阻止胰腺本身坏死的病理学进程,反而加重了全身循环障碍和代谢紊乱,导致并发症及病死率增高。③SAP 早期多无感染,手术及引流管可导致外源性细菌入侵,也可能发生继发性感染。目前,大多数学者都认为对 SAP 进行早期手术并非必要,只有梗阻性胆源性胰腺炎需要解除梗阻时才进行早期手术。此外,重症监护治疗下仍发生持续进展性的全身或局部并发症、心源性休克、MODS、持续进展性肠麻痹时,也应选择早期手术^[11,12]。我们认为,下列情况应视为 SAP 患者早期手术的指征:①诊断不明确,怀疑或不能除外其他急腹症。②严重弥漫性腹膜炎伴较严重的全身感染。③早期发生 MODS。④伴有严重胆管炎的 SAP 患者,影像学检查显示 SAP 为胆道梗阻引起(即梗阻性胆源性胰腺炎)。⑤出现严重并发症如出血、肠穿孔等。对于无明确上述指征的早期 SAP 患者,应采取积极的非手术治疗。

准确把握 SAP 的治疗时机,正确选择不同的治疗方法非常重要。经区域动脉灌注氟尿嘧啶、奥曲肽治疗的患者胰腺假性囊肿发生率较高;传统保守治疗患者胰周脓肿的发生率较高;手术治疗患者腹腔广泛感染或脓肿形成的发生率较高。其原因可能是:①区域动脉灌注氟尿嘧啶、奥曲肽能更有力地抑制胰酶分泌与合成使胰周渗出量减少;同时能改善胰腺微循环,使胰周液体的吸收增

加。但有研究报告,奥曲肽能使胆管口括约肌收缩,从而使胰管内压力增高,分泌出来的胰液可能更多地向胰周渗出^[13]。因此,我们更有理由认为:区域动脉灌注氟尿嘧啶、奥曲肽,在使 SAP 患者在胰腺分泌总量大大减少的同时,胰周局部渗出量却增加,这是晚期胰腺假性囊肿发生率较高的病理学基础,这还需要今后进一步选用不同胰酶抑制剂如生长抑素作为动脉灌注进行对照研究来验证。②相对手术与传统保守治疗而言,区域动脉灌注治疗者胃肠道功能恢复快,从而能有效保护肠黏膜屏障,减少肠道内菌群移位,使胰周渗出继发感染的机会下降,这就是虽有较高机会并发胰腺假性囊肿,但是胰周脓肿的发生率却相对较低的原因。③手术治疗因能敞开引流胰周间隙,使得胰周积液减少,并向腹腔广泛扩散,从而增加腹腔感染的机会。因此,本手术治疗组胰周脓肿、胰腺假性囊肿的发生率较低,而腹腔广泛感染或脓肿形成的发生率较高。

另外,SAP 的手术宜在症状发作以后进行,这样可以减少胰腺组织的损失,保持胰腺功能。

参考文献:

- 1 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[J].中华外科杂志,1997,35:773-775.
- 2 崔乃强,吴威中.重症急性胰腺炎治疗的现状和展望[J].中国危重病急救医学,2004,16:705-707.
- 3 路小光,成丽彬,曲明阳,等.大黄附子汤对重症急性胰腺炎大鼠细胞因子的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11:352-354.
- 4 葛颖,万勇,王大庆,等.ICU 重症急性胰

腺炎的中西医结合治疗[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11:390.

- 5 Steinberg W, Tenner S. Acute pancreatitis [J]. N Engl J Med, 1994, 330: 1198-1210.
- 6 Nordback I H, Auvinen O A. Long-term results after pancreas resection for acute necrotizing pancreatitis [J]. Br J Surg, 1985, 72: 687-689.
- 7 Acosta J M, Rossi R, Galli O M, et al. Early surgery for acute gallstone pancreatitis; evaluation of a systematic approach [J]. Surgery, 1978, 83: 367-370.
- 8 Kivilaakso E, Lem Pinen M, Makelainen A, et al. Pancreatic resection versus peritoneal lavation for acute fulminant pancreatitis; a randomized prospective study [J]. Ann Surg Gynecol Obstet, 1984, 199: 426-431.
- 9 Kivilaakso E, Fraki O, Nikki P, et al. Resection of the pancreas for acute fulminant pancreatitis [J]. Surg Gynecol Obstet, 1981, 152: 493-498.
- 10 张震环,李维勤,王浩,等.重症急性胰腺炎血流动力学和氧代谢变化的实验研究[J].中国危重病急救医学,2004,16:715-718.
- 11 严律南,张肇达,刘战培,等.急性坏死性胰腺炎的手术时机及手术指征[J].中华外科杂志,1997,35:135-137.
- 12 姚峰,邹力,程宝琴,等.急性胰腺炎与全身炎症反应综合征及多器官功能障碍综合征[J].中国危重病急救医学,1999,11:496-497.
- 13 梁驰.多途径介入治疗 37 例急性坏死性胰腺炎的临床分析[J].中国危重病急救医学,2003,15:426-428.

(收稿日期:2005-09-06)

修回日期:2005-12-20)

(本文编辑:郭方)

• 启事 •

第 11 次“全国中西医结合危重病急救医学学术会议”征文通知

中国中西医结合学会急救医学专业委员会拟于 2006 年 10 月在海南省海口市召开第 11 次全国中西医结合危重病急救医学学术会议。主要内容:①国内脓毒症基础研究、临床诊断及治疗研究成果;②介绍脓毒症国际、国内研究的新进展;③讨论、交流脓毒症中西医结合治疗临床成果;④交流、推广急救医学领域的各项成果;⑤介绍国际和国内危重病、急救医学的研究动态、进展和成果。

征文内容:西医、中医、中西医结合内科、外科、儿科、妇科、神经科、麻醉科、急诊科、ICU、医学检验、医学影像、窥镜、创伤、烧伤、微创治疗及护理等专业的基础和临床研究论文;感染、非感染性全身炎症反应综合征(SIRS)并发脓毒症、多器官功能障碍综合征(MODS)、临床监测新技术、急救用药、急诊、ICU 质量控制标准、急救医学管理和危重病急救医学领域循证医学方面的论文。

征文要求:全文 3 000 字以内(附 500 字摘要,包括目的、方法、结果、结论)。尽量以电子信件方式发出,并于发出后 72 h 内确认是否收到。也可邮寄全文及摘要各 1 份。征文截止时间:2006 年 5 月 31 日(以邮戳为准)。邮寄地址:天津市和平区睦南道 122 号,天津市天和医院急救中心;联系人:乔佑杰,夏欣华;邮政编码:300050。Email:youjieq@yahoo.com。联系电话:(022)23042084,23042098,13207663933;传真:(022)23114748。

(中国中西医结合学会)