

安全,不需监测 DIC 各项指标;(4)不引起 AT-III 减少<sup>[3]</sup>。

肝素是 DIC 治疗中的关键药物。除肝素外,我们还应重视原发病治疗及改善微循环、纠正休克、维持内环境稳定等,积极有效的综合治疗才能取得理想的治疗效果。目前,早期、小剂量皮下注射肝素治疗新生儿 DIC,不引起出血加重,疗效好,安全性高,不需抽血监测,适用于 DIC 各期,更适合基层医院

在抢救危重新生儿 DIC 时应用。

#### [参 考 文 献]

- [1] 陆铸今,张灵恩,周秀红.应用小剂量肝素治疗危重症病儿弥散性血管内凝血[J].小儿急救医学,1999,6(1):22~23.
- [2] 张秀斌,詹美玲.微量肝素疗法治疗新生儿硬肿症及其对抗凝血酶Ⅲ影响的初步研究[J].中国实用儿科杂志,1997,12(2):121~122.
- [3] 袁 壮.危重患儿 DIC 与肝素治疗的进展[J].小儿急救医学,2001,8(4):203~205.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-050-02

·临床医学·

## 重症急性胰腺炎 38 例外科治疗

李永红

[摘要] 目的:探讨重症急性胰腺炎(SAP)手术治疗的时机。方法:对 38 例 SAP 早期手术和非手术治疗的预后进行回顾性分析。结果:非手术治疗组病死率 25%(3/12),手术组病死率 15.3%(4/26)。结论:SAP 早期不应过分强调非手术治疗,而应按“个体化”治疗原则,掌握手术适应证及时机,并选择相应手术方式,可有效减少术后并发症的发生,降低病死率。

[关键词] 胰腺炎;外科手术;并发症

[中国图书资料分类法分类号] R 657.51 [文献标识码] A

重症急性胰腺炎(SAP)是外科临床中较为棘手的一种急腹症,病死率高,且易发生多种严重并发症,足以引起外科医师的高度重视。1991~2003年,我院共收治急性胰腺炎 159 例,其中 SAP 38 例,现作回顾分析。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 24 例,女 14 例;年龄 16~54 岁。发病时间 6 小时~3 天。诱因:胆道疾患 26 例(68.4%),暴饮暴食 8 例(21.1%),不明诱因 4 例(10.5%)。本组均有不同程度的上腹部疼痛及腹膜炎体征。WBC $>16 \times 10^9/L$ 者 30 例(78.9%),血糖 $>11.1 \text{ mmol/L}$ 者 14 例(36.8%),血清钙 $<1.87 \text{ mmol/L}$ 者 28 例(73.7%);体温 $\geq 38.5^\circ\text{C}$ 者 22 例(57.9%),腹穿抽出血性腹水者 16 例(42.1%),合并不同程度器官功能衰竭者 9 例(23.7%)。

1.2 治疗 非手术治疗 12 例;手术治疗 26 例,多为胆源性胰腺炎。其中 8 例于发病后 3~7 天内,经抗炎、抑制胰酶、胃肠减压等治疗过程中出现感染症状加重,并出现器官功能障碍者及时行手术治疗。主要手术方式为坏死性胰腺组织清除,胰床及腹腔引流术,合并胆管炎者,均作胆囊切除加胆总管切开

取石加 T 管引流术,2 例加作空肠造瘘术。延期手术 18 例,多于发病后经有效保守治疗 2 周左右,再行单纯胆囊切除或胆总管切开放取石, T 管外引流术。

### 2 结果

非手术治疗 12 例,合并多器官功能障碍综合征 4 例,病死 3 例,多为老年患者。26 例手术治疗的患者中,切开感染 6 例;形成胰腺脓肿 3 例;发生胰瘘 2 例;出现应激性溃疡大出血 1 例;腹腔内出血 1 例,经保守治疗,自行停止。术后病死 4 例。

### 3 讨论

3.1 治疗原则 重症急性胰腺炎(SAP)的治疗方案近十多年来一直是外科医师争议的问题,手术时机的选择,非手术治疗的安全性,也一直围绕着每一位外科医师。由于近来对 SAP 的发病机制及病理演变过程的进一步深入了解,以及重症监护、影像技术和治疗药物(抗生素和抑酶药物)的发展,使 SAP 的治疗原则有了趋同的变化。已初步形成在 SAP 的早期,采取以维护器官功能为中心内容的加强支持治疗,无菌性坏死则尽可能采取非手术治疗,出现坏死感染后方采取外科干预的基本程序。但同时强调“个体化”治疗的方案,即对于每一位 SAP 患者,应根据其不同的发病原因,不同的发病阶段和病情变化,而采取不同的治疗方案。

3.2 SAP 的早期诊断及治疗 急性胰腺炎除临床

[收稿日期] 2004-05-21

[作者单位] 安徽省六安市人民医院 普外科,237005

[作者简介] 李永红(1968-),男,安徽六安人,主治医师。

表现外,酶学测定是重要的诊断方法,且影像学检查如 CT、B 超可作为首选的方法。这些因素使得 SAP 的诊断并不存在较大困难,关键在于及早判断急性胰腺炎是否已发展至 SAP。因此,应密切观察病情的发展,尤其是全身症状,腹部症状与体征的变化。借助动态的 CT 检查,监测胰腺病变的演变,决定是否手术。不宜一律早期手术,近年来由于生长抑素八肽及生长抑素十四肽的临床应用,使得大多数 SAP 患者获得了良好的转归;但也不宜延误手术时机,以免导致严重后果。早期治疗应包括:(1)基本疗法。禁食、胃肠减压、镇痛、抗休克,纠正低血容量和水、电解质、酸碱平衡失调;加强抗生素的应用及营养支持。必要时大剂量短期应用激素,SAP 时应用大剂量地塞米松治疗可以减轻全身炎症反应,但由于地塞米松的副作用,应用于临床时,需注意早期、短疗程应用<sup>[1]</sup>。(2)抑制胰外分泌,如抗胆碱能药物, H<sub>2</sub> 受体阻滞剂、生长抑素等的联合应用。(3)改善胰腺微循环,可使用低分子右旋糖酐、复方丹参注射液。(4)生大黄煎煮后胃管内注入,可促进胃肠蠕动及胃肠内毒素的排出,减轻腹胀症状。早期诊断及治疗可以防止或延缓病情进一步加重,增强免疫功能,防止全身衰竭。本组 12 例非手术治疗的患者,有 9 例经上述方法保守治疗获满意效果,3 例因患者全身情况差且合并多器官功能障碍综合征而死亡。

3.3 手术治疗的时机及方式 SAP 根据有无器官功能障碍分为两型:SAP-I 和 SAP-II,SAP-I 型患者经积极的保守治疗,大多数可以痊愈。根据王焰等<sup>[2]</sup>报道,早期非手术治疗 SAP 除个别发生外科并发症需及时手术、胆源性胰腺炎和某些感染后遗症需晚期手术外,其余大部分经非手术治愈后不再需要手术。但出现下列情况,应及时中转手术:(1)全身情况恶化,腹部体征加重;(2)体温 > 38.5℃,白细胞明显增多,严重中毒症状;(3)CT 提示胰周、小网膜或腹膜后肾周积液较多,范围扩大;(4)腹穿为脓性混浊性腹水或大量血性腹水;(5)血、尿淀粉酶持续升高;(6)急性重症胆管炎。早期手术方式主要为胰腺包膜切开,坏死胰腺组织清除,胰床及腹腔引流,合并胆管炎者,均作胆囊切除、胆总管切开、T 管外引流术。全身营养状况较差、家庭经济困难的患者可作“营养性空肠造瘘”,可减轻患者经济负担,改善术后营养状况,而传统的“三造瘘”术则不作为 SAP 的常规手术。对于大部分胆源性 SAP 患者,经过积极的综合性保守治疗后,血、尿淀粉酶多可在短期内恢复正常,全身及腹部症状得到明显改善,则可

采取延期手术,且以单纯胆囊切除或胆总管切开取石、T 管引流为主。延期手术,术式简单,减少了早期手术的风险及并发症的发生,也降低了胆源性胰腺炎的复发率。本组手术 26 例,8 例为早期急诊手术,病死 3 例;18 例延期手术病死 1 例,可见延期手术组患者一般情况改善后再手术安全性明显增加。

3.4 术后并发症及处理 SAP 术后较为常见的并发症包括切口感染、肠粘连、肠梗阻、肾功能不全等。而较为严重的并发症则包括:(1)胰腺脓肿。是 SAP 威胁患者生命的最严重的并发症。据傅由池等报道,其发生率为 4%~9%,而病死率高达 25%~59%。本组发生胰腺脓肿 3 例,死亡 2 例,胰腺脓肿一旦确诊,则应及早手术引流,这是治疗本并发症成功与否的关键。而且手术只能行体外引流,不应考虑内引流,也不应行穿刺引流。(2)胰瘘。胰瘘作为危害较大的并发症,其严重性在于胰液外溢后对胰腺及其周围组织的侵蚀及消化作用,导致腹腔内感染、大出血及其它一系列严重并发症。本组发生胰瘘 2 例,最终死亡 1 例,笔者认为治疗胰瘘的关键在于通畅引流,加强术后营养支持,尤其是早期胃肠外营养的应用、胰蛋白酶抑制剂及生长抑素的应用。(3)应急性溃疡大出血。本组发生应激性溃疡大出血 1 例,经保守治疗无效死亡,郑树国等<sup>[3]</sup>指出,经保守治疗后出血量仍无减少或有增加者,唯一的办法只有迅速果断地行手术止血才能挽救患者生命,否则将延误治疗时机。应常规进行早期预防性用药。上述严重并发症一旦发生,则严重影响了 SAP 患者的愈后,增加了 SAP 患者的病死率,因此应严格控制早期手术的适应证,刘续宝等<sup>[4]</sup>认为早期手术仅限于:(1)非手术治疗不能改善全身炎症状态和腹部体征、病情迅速恶化者;(2)非手术治疗 24h 内多器官功能障碍不能纠正的暴发性胰腺炎;(3)伴有腹腔室间隔高压综合征的病例;(4)经非手术治疗不能缓解的胆道持续梗阻,伴有胆道严重感染的胆源性胰腺炎。

#### [参 考 文 献]

- [1] 董瑞,王自法,吕毅,等.大剂量地塞米松治疗重症急性胰腺炎的实验研究[J].中国普通外科杂志,2001,10(4):309~312.
- [2] 王焰,田永祥,谭效娣.重症胰腺炎的治疗[J].中国普通外科杂志,2001,10(4):302~304.
- [3] 郑树国,董家鸿,王曙光.重症急性胰腺炎并发应激性溃疡大出血 14 例临床分析[J].中华普通外科杂志,2001,16(1):46~47.
- [4] 刘续宝,蒋俊明,黄宗文,等.中西医结合治疗重症急性胰腺炎的临床研究[J].四川大学学报(医学版),2004,35(2):204~208.