

3 讨论

在避孕失败需终止妊娠时,人们极希望一种痛苦小且较为安全的措施,最早我们在子宫颈注射1%的利多卡因,但不能明显减轻受术者术中的痛苦。近年来,药物流产走进人们的生活,而药物流产的成功率只有92%~95%,且药物流产后阴道流血多且时间长,有大出血危险^[1,2],必要时还需清宫。

随着人们生活水平的提高,静脉注射全麻下人工流产日渐被人们接受。丙泊酚作为一种短效的静脉麻醉药,起效快,麻醉过程相对平稳,术后保护性反射、认识及精神运动功能恢复迅速,是目前门诊小手术较为理想的静脉麻醉药;但其镇痛效果差,半衰期短,有明显的剂量依存性^[3],且无子宫口松弛作用。扩张子宫口往往是关键及困难的一步,在麻醉过程中,如不慎子宫穿孔,受术者亦无从知晓,需要有经验的妇科医师仔细进行操作。对照组中术中98例因子宫颈坚韧,扩宫困难,延迟了手术时间,需要增加药量。丙泊酚比较昂贵,可能增加患者的经济负担,同时因手术时间延长,有3例患者因术中麻醉变浅出现呕吐,57例出现明显肢体活动,这也需要增加药量,麻醉师忙于保护静脉,按压四肢,仓促

给药,更增加手术的风险,药量增加使患者麻醉时间、苏醒时间均延长。

孕酮是维持早孕蜕膜正常形态和机能的必要激素,可抑制子宫胶原组织分解,因而正常早孕期子宫颈胶原纤维丰富,子宫颈紧紧闭合,米非司酮可对抗孕酮这个作用,胶原分解加强,所以米非司酮具有对子宫颈扩张和软化作用^[4]。本组术中89.22%患者口服米非司酮后6号吸管顺利通过子宫颈,即使不能顺利通过,子宫颈也得到软化,稍微扩张即可顺利通过,从而使操作简便,流产时间缩短,出血量明显减少,术者可专心手术,有利于术后恢复。

[参 考 文 献]

- [1] 王素贞,李贵玲,魏育英,等.米非司酮合并前列腺素终止早孕进一步研究[J].实用医学杂志,1997,10(1):4~6.
- [2] Thonneau P, Fougeryrollas B. Spira a analysis of 369 abortions conducted by mifepristone (Ru 486) associated with sulphostone in a French family planning center[J]. *Fertil Steril*, 1994, 61(4):627~631.
- [3] 周之丹,王苑,周惠文,等.不同剂量丙泊酚麻醉对人工流产中血压和呼吸的影响及比较[J].实用妇产科杂志,2001,17(3):169~170.
- [4] 关照瑞.米非司酮终止早孕实验和临床药效、安全性、药代作用机理研究[J].中国计划生育学杂志,1993,6(2):358~359.

[文章编号] 1000-2200(2005)02-0150-02

·临床医学·

急性重症胆源性胰腺炎手术时机选择

倪 铭,汪开保

[摘要] 目的:探讨急性重症胆源性胰腺炎手术时机的选择。方法:回顾分析我科1998~2003年38例急性重症胆源性胰腺炎的临床资料,比较早期手术与延期手术的治疗效果。结果:早期手术12例,治愈9例,病死3例,治愈率75%。延期手术26例,全部治愈,治愈率高于早期手术组($P=0.026$)。结论:绝大多数急性重症胆源性胰腺炎早期非手术治疗可缓解及治愈,延期手术主要针对并发症,为预防胰腺炎复发,3个月后解决胆道疾患。

[关键词] 胰腺疾病/外科手术;胰腺炎;胆源性

[中国图书资料分类法分类号] R 657.5 [文献标识码] A

急性胆源性胰腺炎(acute gallstone pancreatitis, AGP)是外科常见病之一,其起病急,发展快,病死率高,需及时合理治疗。目前许多学者主张AGP应早期手术治疗,但围手术期并发症高。1998~2003年,我科收治38例急性重症胆源性胰腺炎,按治疗

时间分为早期手术和延期手术,现分析其病例资料,探讨手术时机选择。

1 资料与方法

1.1 一般资料 (1)早期手术组(12例):男8例,女4例;年龄32~59岁。诱因:胆囊结石9例,胆总管结石3例。(2)延期手术组(26例):男14例,女12例;年龄21~62岁。诱因:胆囊结石20例,胆总管结石5例,左肝内胆管结石1例。

[收稿日期] 2004-04-07

[作者单位] 安徽省无为县人民医院 外科,238300

[作者简介] 倪 铭(1970—),男,安徽无为县人,住院医师(现为安徽医科大学在职研究生)。

1.2 胆源性胰腺炎的诊断 全部病例符合以下诊断标准: (1) 胆绞痛病史; (2) 上腹部压痛体征; (3) 血清或尿液淀粉酶显著增高; (4) 黄疸、腹膜炎体征; (5) B 超或 CT 检查提示胆囊结石或胆总管结石、急性胰腺炎改变。所有病例符合重症胰腺炎的全国统一诊断标准, APACHE II 评分 ≥ 8 分。

1.3 治疗方法 (1) 早期手术组一经确诊即开腹探查, 予以胆囊切除或伴胆管切开取石, 胰被膜切开, 清除坏死组织及渗液, 胰床引流及抗感染、支持对症治疗。(2) 延期手术组均积极采取内科治疗, 包括: ①禁食, 持续胃肠减压; ②积极抗休克, 纠正水电解质紊乱及酸碱平衡; ③使用西咪替丁、奥曲肽等抑制胃液及胰液分泌; ④应用抗生素; ⑤加强支持治疗, 监测重要器官功能, 在病情好转的 3 个月进行手术治疗, 方法为胆囊切除、胆总管切开取石或者肝左外叶切除。

1.4 统计学方法 采用四格表确切概率法。

2 结果

早期手术组 12 例, 其中 6 例顺利治愈, 3 例术后发生胰周感染经再次引流术后治愈, 3 例术后死于急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 和多器官功能衰竭 (MOF), 治愈率为 75%。延期手术组 26 例, 经保守治疗均康复出院。出院时有 5 例患者形成假性胰腺囊肿, 3~6 个月行囊肿内引流, 术后痊愈, 其他病例均在出院后 3 个月左右行胆囊切除或胆总管切开取石或左肝外叶切除, 术后痊愈。

3 讨论

急性重症胆源性胰腺炎是由胆道疾病诱发的胰腺炎, 主要是胆石嵌顿在壶腹或造成的肝胰壶腹括约肌水肿痉挛, 引起胆汁、胰液排泌不畅, 导致胰酶异位激活, 产生自身消化, 引起胰腺、胰周进而全身的炎症反应^[1]。绝大多数胆源性胰腺炎为轻型, 经禁食、补液对症治疗后好转, 择期解除胆道疾病后治愈, 仅有少数病例发展为重型。其机制为胰酶在胰体内被激活, 引起胰腺组织的自溶和坏死, 同时产生和释放大量的炎症介质和各种细胞因子, 引起机体炎症反应, 加重胰腺的微循环障碍, 胰腺及胰周组织坏死, 重要器官功能受损, 产生内环境失衡、细胞凋亡、免疫抑制和器官功能障碍。

急性重症胆源性胰腺炎起病急, 发展快, 病死率高, 彻底治愈并防止其复发的根本手段是外科手术治疗, 但在手术时机上目前有较多争论。有学者认为入院 24~48 h 内手术可防止胰腺炎的进展, 并对相关胆道疾病进行有效治疗, 防止以后胰腺炎的发生。但也有学者认为早期手术不但不能阻止病情发展, 反而可能由于手术创伤和应激反应而加重局部和全身炎症反应, 另外早期手术可能导致继发感染, 加剧病变进程, 增加感染性并发症和病死率^[2]。在本组资料中, 早期手术组 12 例中有 6 例出现并发症, 其中病死 3 例; 而后阶段的延期手术组 26 例中有并发症者仅 5 例, 病死率为 0, 两组间并发症差异无显著性 ($P=0.068$), 但两组病死率延期手术组低于早期手术组 ($P=0.026$)。说明早期急诊手术并非必要, 因为感染并不是 AGP 的发病因素, 而继发性感染是在坏死组织这一良好培养基上产生, 并加重胰腺坏死^[3]。急性胰腺炎手术的目的是消除胰腺周围坏死组织和通畅引流, 但由于早期胰腺组织正在坏死, 且界限不清, 此时手术并不能抑制其坏死的进程, 更不能彻底清除坏死组织, 加之可能的引流不畅等因素, 反而会加重全身负担, 增加感染机会, 也增加多器官功能衰竭的发生率和病死率。因此我们认为, 对 AGP 患者尽量给予非手术治疗, 使患者渡过急性危险期后, 适时对有手术适应证的患者进行延期手术。本组资料显示, AGP 早期保守治疗或延期手术对改善预后有重要意义。

急性重症胆源性胰腺炎为高危疾病, 其病变特点在于同时存在胆道与胰腺损害, 其治疗应遵循“个体化治疗”原则, 轻型 AGP 病理改变以胰腺水肿和间质炎症为特点, 往往是轻度和自限性的, 经禁食、抑制胰酶分泌治疗后多可治愈, 不主张早期手术, 而最好在胰腺炎和胆道感染得到控制、病情稳定后 3 周至 3 个月内进行。重型 AGP 多伴有胰腺坏死、胰周和腹腔渗液, 甚至胰漏和胰周脓肿等, 更宜在病情缓解后延期手术。

[参 考 文 献]

- [1] 张中林, 刘志苏, 孙 权. 急性胆源性胰腺炎治疗后影响因素分析[J]. 肝胆外科杂志, 2003, 11(1): 16.
- [2] 黄飞舟. 急性胰腺炎[A]. 见: 刘浔阳, 黄祖发主编. 普通外科典型病例分析[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2001: 335.
- [3] 杨光天, 赵尚达, 杨春明. 急性坏死性胰腺炎的手术时机与预后的关系[J]. 中华普通外科杂志, 2000, 15(12): 724~725.