

重症急性胰腺炎外科治疗 52例分析

柳小刚, 张云峰, 郭文平

[摘要]目的: 探讨提高重症急性胰腺炎治愈率、降低病死率的外科治疗策略。方法: 对 52例重症急性胰腺炎患者非手术治疗 37例和手术治疗 15例的临床资料进行回顾性分析。结果: 非手术治疗治愈率 89.2%, 病死率 8.1%; 手术治疗治愈率 86.7%, 病死率 13.3% ($P > 0.05$)。重症 I 级手术率 24.1%, 治愈率 93.1%, 病死率 3.4%; 重症 II 级手术率 34.8%, 治愈率 82.6%, 病死率 17.4% ($P > 0.05$)。总手术率 28.8%, 总治愈率 88.5%, 总病死率 9.6%。结论: 严格把握手术指征和时机, 以非手术综合治疗为主, 手术治疗为辅的外科治疗策略, 可望提高重症急性胰腺炎治愈率, 降低病死率。

[关键词] 胰腺疾病/外科手术; 胰腺炎

[中国图书资料分类法分类号] R 657.5 R 576 [文献标识码] A

Analysis of surgical strategies for severe acute pancreatitis in 52 Patients

LIU Xiaogang, ZHANG Yunfeng, GUO Wenping

(Department of General Surgery, The Second People's Hospital of Hefei, Hefei 230011, China)

[Abstract] Objective: To investigate the surgical treatment strategies for raising cure rate and decreasing fatality of severe acute pancreatitis. Methods: The clinical data of non-operative treatment and operative treatment for 52 patients with severe acute pancreatitis were retrospectively analyzed. Results: For the non-operative treatment ($n=37$), the cure rate was 89.2% and fatality 8.1%, while for the operative treatment ($n=15$), the cure rate was 86.7% and fatality 13.3% ($P > 0.05$). In the severe grade I operation rate was 24.1%, cure rate 93.1% and fatality 3.4%. In the severe grade II operation rate was 34.8%, the cure rate 82.6% and fatality 17.4% ($P > 0.05$). The total operation rate was 28.8%, total cure rate 88.5% and total fatality 9.6%. Conclusions: The indication and timing for operation should be strictly managed. The surgical treatment strategies should be that non-operative comprehensive treatment is dominant and operative treatment is subordinate, which can raise the cure rate and decrease the fatality of severe acute pancreatitis.

[Key words] Pancreatic disease/surgery; Pancreatitis

重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP)是指急性胰腺炎伴器官功能障碍, 或出现坏死、脓肿或假性囊肿等局部并发症者, 或两者兼有^[1]。其发病急、进展快、病情凶险、并发症多、病

程较长、病死率高, 且发病率在逐年上升。虽然, 本病已引起了广泛的重视和研究, 治疗也有章可循, 但结果仍不令人满意, 病死率在 20%左右。为进一步探讨 SAP的外科治疗对策, 切实有效提高治愈率、降低病死率, 现将我科 1998~2006年收治的 52例 SAP患者的临床资料进行回顾性分析, 提出我们对 SAP外科治疗方法的一些认识和经验。

[收稿日期] 2006-12-29

[作者单位] 安徽省合肥市第二人民医院 普外科, 230011

[作者简介] 柳小刚 (1960—), 男, 副主任医师。

程较长、病死率高, 且发病率在逐年上升。虽然, 本病已引起了广泛的重视和研究, 治疗也有章可循, 但结果仍不令人满意, 病死率在 20%左右。为进一步探讨 SAP的外科治疗对策, 切实有效提高治愈率、降低病死率, 现将我科 1998~2006年收治的 52例 SAP患者的临床资料进行回顾性分析, 提出我们对 SAP外科治疗方法的一些认识和经验。

无关, 与有关文献报道一致。本文 35例按病灶部位分组分析, 认为 PSD发生与病灶部位无关。
3.3 PSD与神经功能缺损程度及 ADL的关系 本组资料显示, 神经功能缺损和 ADL抑郁组与正常组 PSD发生率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。另外, 不同性别、文化程度及职业上 PSD的发生率差异均无统计学意义, 但患者有烟酒嗜好、合并高血压等与 PSD发生有一定关系。因此, 早发现、早诊断、早治疗, 使患者从生活上、心理上得到全面康复, 可以提高脑卒中患者的康复质量。

[参 考 文 献]

[1] Nenci P, Inzitari D, Bamfifi MC, et al. Incidence of stroke in young adults in Florence, Italy. J. Stroke 1988, 19 (8): 977-981.

[2] 申向民, 杨期东, 唐震宇, 等. 青年脑梗死患者的小血小板参数分析 [J]. 卒中与神经疾病, 2006, 13 (5): 312-313
[3] Gustafson Y, Nilsson J, Mattsson M, et al. Epidemiology and treatment of post stroke depression. J. Drugs Aging 1995, 7 (4): 298-309.
[4] Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira J, et al. Frequency and clinical determinants of poststroke depression. J. Stroke 1998, 29 (11): 2311-2317.
[5] Berg A, Pakomaki H, Lehtinen M, et al. Poststroke depression in acute phase after stroke. J. Cerebrovasc Dis 2001, 12 (1): 14-20.
[6] Cason AJ, MacHale S, Alle K, et al. Depression after stroke and lesion location: A systematic review [J]. Lancet 2000, 356 (9224): 122-126.
[7] 高 政, 刘启贵, 姜 潮. 脑卒中后急性期抑郁障碍相关因素分析 [J]. 中国临床康复, 2002, 6 (13): 1890-1891

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 52 例,男 28 例,女 24 例;年龄 19~81 岁。胆源性胰腺炎 30 例,非胆源性胰腺炎 22 例。均有不同程度的腹胀、腹痛、恶心、呕吐、发热及腹膜炎体征,血白细胞明显升高,血、尿淀粉酶显著增高,B 超或 CT 提示胰腺不同程度的肿胀、炎性浸润、絮状坏死灶或胰周和腹腔积液等。按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^[1]。APACHE II 评分 8 分或 8 分以上,Balthazar CT 分级系统 II 级或 II 级以上,无器官功能障碍为 I 级 29 例,有 1 个或 1 个以上器官功能障碍为 II 级 23 例。

1.2 治疗

1.2.1 非手术治疗 (1)胰腺休息疗法,禁食、禁饮、胃肠减压。(2)积极抗休克、液体复苏、补充血容量、纠正水电解质紊乱及酸碱失衡。(3)抑制胃酸及胰液分泌药物如氟尿嘧啶、甲氧咪呱、生长抑素等的应用。(4)预防或控制感染,抗生素应用,多选针对肠源性的革兰阴性杆菌和厌氧菌,并能通过血胰屏障的药物,如喹诺酮类、头孢类、甲硝唑等。(5)早期应用低分子右旋糖酐或中药复方丹参注射液改善胰腺微循环。(6)营养支持疗法,以肠外营养(TPN)为主。(7)预防霉菌感染药物应用如氟康唑等。(8)镇静、解痉止痛等处理。(9)促进胃肠蠕动恢复及胆汁排泄,早期胃管内应用硫酸镁。(10)重要器官功能监测,早期特别注意休克、弥漫性血管内凝血(DIC)的防治,稍晚应特别注意急性呼吸窘迫综合征(ARDS)及急性肾衰竭(ARF)的防治。(11)动态影像监测,定期 B 超、CT 扫描或 MR 检查以观察胰腺及周围的变化。

1.2.2 手术治疗 (1)手术治疗原则:胆源性胰腺炎解除胆道梗阻、引流胆道;清除坏死感染的胰腺组织、脓腔清创,胰腺被膜切开减压;生理盐水反复冲洗腹腔,多管胰床引流;营养性空肠造瘘。(2)手术方法:胰腺感染坏死组织清除及小网膜腔多管引流加灌洗,有胰外腹膜侵犯者,应作相应腹膜后坏死组织清除及引流或经腰侧作腹膜后腔引流。有胆道梗阻或胆道感染者,加作胆总管切开引流。若坏死感染范围广泛且感染严重者,需作胃造瘘及空肠营养性造瘘,必要时创面部分敞开^[2]。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

本组患者非手术治疗 37 例,治愈率 89.2% (33/37),病死率 8.1% (3/37);手术治疗 15 例,治愈率 86.7% (13/15),病死率 13.3% (2/15),差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.05$, $P > 0.05$) (见表 1)。重症 I 级患者手术率 24.1% (7/29),治愈率 93.1% (27/29),病死率 3.4% (1/29);重症 II 级患者手术率 34.8% (8/23),治愈率 82.6% (19/23),病死率 17.4% (4/23),差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.55$, $P > 0.05$)。总手术率 28.8% (15/52),总治愈率 88.5% (46/52),总病死率 9.6% (5/52)。病死 5 例均有 1 个以上器官功能衰竭,且 1 例合并胰腺坏死感染。非手术治疗 I 级 7 例、II 级 6 例均在病程早期出现急性液体积聚,仅 1 例 II 级患者病程 4 周后并发胰腺假性囊肿;手术后并发胰腺脓肿 I 级患者 1 例,胰痿 II 级患者 1 例,腹腔残余感染 II 级患者 1 例,无并发肠痿者。非手术组与手术组的并发症发生率差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.15$, $P > 0.05$)。

表 1 不同方法治疗 SAP 疗效比较

治疗方法	重度分级	n	治愈	治愈率 (%)	病死	病死率 (%)
非手术	I 级	22*	21	95.5	0	0.0
	II 级	15	12	80.0	3*	20.0
手术	I 级	7	6	6/7	1	1/7
	II 级	8	7	7/8	1	1/8
合计		52	46	88.5	5	9.6

*非手术治疗 I 级 1 例转院治疗,II 级 1 例死于暴发性重症急性胰腺炎

3 讨论

3.1 疗效分析 SAP 治疗策略正在改变,绝大多数 SAP 可用非手术治愈的观点已被越来越多的临床医师所接受,尤其是重症 I 级患者疗效更为确切。本组患者均在采取非手术治疗的同时,积极作好术前准备,如出现以下情况者则考虑手术治疗:(1) SAP 伴胆道梗阻者。(2)证实存在胰腺坏死感染者。(3)最大限度非手术治疗无反应超过 24 h 且腹腔渗液多为血性、查淀粉酶显著增高或涂片检查有白细胞伴有严重中毒症状者。(4)积极非手术治疗病情仍不断加重,且 B 超或 CT 等显示胰外浸润范围不断扩大者。(5)病情发展迅猛,很快出现休克或肺功能损害和腹腔室隔综合征(ACS)及早期 ARDS 以及其它器官功能损害者。(6)难以排除存在其它原因所致急腹症者,如合并胃肠穿孔等。本组结果

非手术组治愈率与病死率和手术组差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 重症 I 级患者治愈率和重症 II 级患者差异亦无统计学意义 ($P > 0.05$)。故我们认为, 提高手术率并不能有效提高治愈率、降低病死率。因此, 主张严格把握手术指征和时机, 以非手术综合治疗为主, 手术治疗为辅的外科治疗策略, 可望提高 SAP 治愈率、降低病死率。

3.2 病死分析 暴发性胰腺炎的发生机制尚不清楚, 导致多器官功能障碍综合征/多器官功能衰竭 (MODS/MOF) 的原因可能是促炎因子持续大量释放导致的全身过度炎症反应综合征 (P-SIRS)^[3]。暴发性重症急性胰腺炎 (fulminant severe acute pancreatitis; FSAP) 有以下特点: (1) 病情发展迅速, 呈进行性发生的肺及肾等多器官功能障碍; (2) 早期出现难以纠正的低氧血症; (3) ACS 发生率高; (4) 后期胰腺感染等并发症发生率高; (5) 胰腺损害 CT 评分高; (6) 为 SAP 中的特重型, 预后差, 早期病死率高^[4]。其诊断标准: 发病 72 h 内, 任何时间同时满足下面 5 项指标中的任何 1 项或以上即诊断为 FSAP: (1) APACHE II > 20 分; (2) ARF; (3) ARDS; (4) 腹腔渗液超过 3 000 ml 和后腹膜严重的渗出; (5) Glasgow 评分小于 8 分^[5]。本组 1 例 48 岁男性, 进高脂餐及饮酒后发作上腹部胀痛不适 1 天阵发性加剧 13 h 入院, 查体、血常规、血尿淀粉酶及腹部 CT 均符合 SAP 的诊断标准, 经积极的非手术治疗, 收效甚微, 病情迅速恶化, 8 h 后即发生呼吸困难和发绀进行性加重, 呼吸道分泌物增多, 肺部罗音, 继之意识障碍、昏迷、心律失常, 心跳变慢乃至停止, 虽经心肺脑复苏抢救无效死亡。该患者在发病后不到 48 h 死亡, 病情重, 恶化快, 症状体征明显, 休克发生早, 纠正难度大, 早期即发生 ACS/ARDS/胰一心综合征及胰性脑病, 属 FSAP。以目前处理 SAP 的模式来治疗是很难挽救患者生命的, 外科引流或许是防治 ACS 和 MODS 的有效措施。单腔置管引流可暂时缓解 ACS 和 P-SIRS, 但不能替代后期的开腹手术引流。手术以最小的创伤达到最大的引流疗效和降低腹腔压力为目的, 必要时可暂缓关腹, 尽可能避免损伤胰腺及其包膜^[6]。另外 4 例死亡, 1 例男性 54 岁 II 级患者, 入院后经非手术治疗 18 h 腹腔渗液为血性, 淀粉酶显著增高伴中毒性休克, 急诊手术行胰包膜切开减压、坏死灶清除、胰周上下缘双套管冲洗引流、腹腔多管引流附加“三造瘘”术, 术后第 5 天死于 MOF。1 例女性 74 岁 II 级患者, 中毒性休克合并糖尿病, 双侧胸腔积液, 经非手术治疗 1 个月后死于基础疾病糖尿病并发心、肾功能衰竭。1 例男性 39 岁 I 级患者入院时症状体征

不明显, 未能引起足够的重视, 经非手术治疗 1 周后, 病情突然加重, CT 提示胰外浸润范围扩大, 急诊手术见胰腺广泛坏死合并感染, 行坏死感染灶清除、胰包膜切开减压, 生理盐水反复冲洗、胰床腹腔多管引流并胃造瘘、营养性空肠造瘘, 术后 1 周死于 MOF。1 例男性 68 岁 II 级患者, 高血压, 冠心病, 双侧胸腔积液, 既往有慢性胰腺炎病史 3 年余, 本次住院经非手术治疗 5 天后, 病情明显好转, 要求出院回去过节, 拒绝继续治疗, 结果节后病情反复, 再次住院, 中毒性休克, 水电解质紊乱及酸碱失衡, ARF 合并上消化道大出血, 经抢救治疗 1 周后死亡。

3.3 并发症处理 非手术治疗 I 级 2 例患者因胆总管下端小结石, 经内镜鼻胆管 (ENBD) 引流或胰壶腹括约肌切开术及胰管括约肌切开术, 引流胆汁、减少胆汁返流胰管, 均取得满意疗效; I 级 7 例、II 级 6 例均在病程早期出现急性液体积聚, 用皮硝装在布袋里每日作腹部大面积外敷, 绝大多数自行吸收, 仅 II 级患者 1 例病程 4 周后并发胰腺假性囊肿, 约 9 cm \times 11 cm \times 7 cm, 3 个月后仍未缩小, 行囊肿空肠 Roux-Y 内引流吻合术治愈。手术治疗术后 1 例 I 级患者并发胰腺脓肿, 病情稳定 3 周后, 行手术扩创并置管引流、反复换药治愈。1 例 II 级患者术后并发胰瘘, 经长期持续通畅的胰瘘引流, 辅以抑制胰液分泌药物应用如生长抑素等, 半年后治愈; 1 例 II 级患者术后并发腹腔残余感染, 经抗生素抗感染, 腹腔充分引流、营养支持、口服中药、灌肠导泻等治疗 5 周后痊愈。

目前, 我们对 SAP 的治疗经验和认识仍有限, 这就要求我们对现在的治疗不断进行总结和不断改进。根据病情不同, 采用个体化治疗方案已取得不错的疗效, 早期血滤、腹腔灌洗、简化手术、选择性微创, 腹腔镜在 SAP 诊断和治疗方面的应用等将是我们今后的努力方向。

[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 (1996 年第二次方案) [J]. 中华外科杂志, 1997, 35 (12): 773-775.
- [2] 张圣道. 重症急性胰腺炎诊治原则草案 [J]. 中华外科杂志, 2001, 39 (12): 963-964.
- [3] Isermann R, Rau B, Zollerher U, et al. Management of Patients with extended Pancreatic necrosis [J]. Pancreatology, 2001, 1 (1): 63-68.
- [4] 孙家邦, 朱 斌. 暴发性胰腺炎的诊断及治疗 [J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24 (1): 23-24.
- [5] 毛恩强, 汤耀卿, 张圣道. 进一步改善重症急性胰腺炎预后的探讨 [J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23 (1): 50-52.
- [6] 毛恩强, 李 磊, 秦 帅, 等. 暴发性胰腺炎急性反应期治疗经验 [J]. 中华外科杂志, 2006, 44 (17): 1188.