

[文章编号] 1000-2200(2011)09-0980-03

· 临床医学 ·

急性胆源性胰腺炎 56 例临床诊治体会

潘书贵

[摘要]目的:探讨急性胆源性胰腺炎(acute gallstone pancreatitis, AGP) 治疗方法及手术时机。方法:治疗根据病情和类型而定,先行保守治疗,同时密切观察病情变化,出现中重型向重型转变,或出现急性化脓性胆总管炎行手术治疗。56 例 AGP 保守治疗(保守组)34 例,手术治疗(手术组)22 例。结果:保守组与手术组在住院天数、治疗后出现并发症例数与死亡例数差异均无统计学意义($P > 0.05$)。保守治疗出现肝功能损害 2 例,血糖升高 2 例,胰腺假性囊肿 1 例;手术组出现切口感染 2 例,腹腔细菌性感染 1 例,因多器官功能障碍综合征死亡 1 例。结论:积极有效的保守治疗与及时的外科手术处理对急性胆源性胰腺炎均有重要意义。

[关键词] 胰腺炎;胆石症;手术

[中国图书资料分类法分类号] R 576

[文献标识码] A

Experience of diagnosis and treatment of 56 cases of acute gallstone pancreatitis

PAN Shu-gui

(Department of Surgery Dingyuan People's Hospital Dingyuan Anhui 233200 China)

[Abstract] Objective: To explore treatment and optimal surgical time of acute gallstone pancreatitis(AGP). **Methods:** The methods of AGP treatments required to according to conditions and types of the disease. The conservative treatment could be done firstly, and the operation opportunity should be individualized. The severe pancreatitis patients with acute obstructive suppurative cholangitis should accept surgery earlier to remove obstruction, remove fluid or purulent material. Among 56 cases with AGP, 22 cases accepted surgical treatment and 34 cases accepted conservative treatment. **Results:** The differences of hospital stay, complications and death in two groups were not statistically significant($P > 0.05$). Two cases after surgical treatment were with liver functional lesion, two cases with rising of blood glucose and one cases with pseudocyst; two cases after conservative treatment were with wound infection, one with abdominal bacterial infection and one case died from MODS. **Conclusions:** It is important active and effective conservative treatment and timely surgery of AGP.

[Key words] pancreatitis; cholelith disease; surgery

急性胆源性胰腺炎(acute gallstone pancreatitis, AGP) 是外科常见急腹症,约占急性胰腺炎的 75%^[1],对 AGP 的治疗应首先区分有无胆道梗阻,同时亦应明确是以原发性胆道疾病还是继发性胰腺炎为主,从而制定正确、合理的治疗方案。2001 年 1 月至 2009 年 10 月我科收治 56 例 AGP 患者,现就其诊治方法及手术时机、方式作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 56 例中,男 32 例,女 24 例;年龄 32~71 岁。合并胆囊结石 39 例,为胆囊多发细小结石;合并胆总管轻度扩张或有胆总管下端小结石梗阻 26 例;合并胆道感染 13 例;合并先天性胆总管囊肿 2 例,合并胆总管 Vater 壶腹部纤维性狭窄并发结石 2 例。首发病 44 例,复发病 12 例。

所有患者有不同程度的上腹部疼痛、腹胀、恶心、呕吐等,部分病例伴有发热、黄疸。白细胞计数及比值均高于正常值,血清淀粉酶或尿淀粉酶值 $> 500 \mu\text{mol/L}$ (Somogyi 法);生化检查提示血清总胆红素 $> 17.1 \mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $> 7 \mu\text{mol/L}$ 和(或)碱性磷酸酶 $> 92 \mu\text{mol/L}$ 。本组病例根据中华医学会外科学会胰腺外科学组 1997 年制定的“急性胰腺炎的临床诊断及分类标准”^[2]可诊断急性非梗阻性胆源性胰腺炎 44 例和急性梗阻性胆源性胰腺炎 12 例;依据 APACHE-II 分级标准,轻型 46 例,重型 10 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 保守治疗延期手术(保守组) 30 例非梗阻性胆源性胰腺炎和 4 例梗阻性胆源性胰腺炎,给予吸氧、禁食禁饮、胃肠减压、镇静、抑制胰腺分泌及胰酶活性、抑制胃酸分泌、维持水电解质酸碱平衡、提高胶体渗透压、全肠外营养支持、预防感染、维护重要脏器功能。在治疗过程中严密观察患者腹痛、腹胀、体温、黄疸、尿量、血压等变化,并及时监测血和尿淀粉酶、肝肾功能、电解质,腹部 CT 检查了解胰

[收稿日期] 2011-04-06

[作者单位] 安徽省定远县人民医院 普外二科,233200

[作者简介] 潘书贵(1968-),男,主治医师。

腺影像学改变。经保守治疗复查淀粉酶正常,进食后无腹痛出院 3 个月后入院行延期手术,其中腹腔镜下和开腹胆囊切除 24 例,开腹胆囊切除、胆总管切开取石、T 管引流术 10 例;其中 2 例术中行胆道造影检查、10 例术后半月行胆道造影检查、6 例术后行胆道镜检查,均证实无肝外胆道残余结石。

1.2.2 手术治疗(手术组) 14 例急性非梗阻性胆源性胰腺炎经 72 h 保守治疗,腹痛无缓解、持续高热、黄疸、右上腹肌卫阳性、血常规中白细胞计数升高、病情无好转或加重者,急诊行胆囊切除术。8 例急性梗阻性胆源性胰腺炎加行胆总管切开取石、T 型管引流术;其中 2 例重症胰腺炎手术中见腹腔内有血性腹水,胰腺不同程度淤血、缺血,术中同时行胰腺被膜切开、胰腺周围放置多根引流管,手术后行腹腔灌洗。

1.3 统计学方法 采用 t 检验、 χ^2 检验和四格表确切概率法。

2 结果

保守组与手术组在住院天数、治疗后出现并发症例数与死亡例数差异均无统计学意义($P > 0.05$) (见表 1)。保守组出现肝功能损害 2 例,血糖升高 2 例,胰腺假性囊肿 1 例;经积极对症治疗均治愈;手术组出现切口感染 2 例,腹腔细菌性感染 1 例,因多器官功能障碍综合征(MODS)死亡 1 例,其余经对症治疗均治愈。

表 1 2 组 AGP 治疗情况比较

分组	n	住院时间	并发症	死亡
保守组	34	15.2 ± 6.4	5	0
手术组	22	17.4 ± 4.7	4	1
t	—	1.39	0.01*	—
P	—	>0.05	>0.05	0.39#

* 示 χ^2 值; # 示四格表确切概率法

3 讨论

AGP 是急性胰腺炎中最常见的类型,其发病机制多认为是各种胆道原因引起的胆管下端开口处痉挛或细小结石在胆管下段移动,共同通道梗阻引起胆道压力增高,造成壶腹黏膜损伤水肿引起胆道感染及胆汁、胰腺排泄不畅,导致胰液逆流入胰管造成胰腺自身消化和(或)继发感染而引起不同程度的胰腺及其附近组织炎症、水肿、出血坏死等。近年来对 AGP 的治疗方法及时手术时机进行了一系列临床研究,但仍未制定出一套完善的诊疗方案。

3.1 治疗方法的选择 AGP 发生时结石往往为细小结石,当胰管梗阻后内压增高时,多数结石可能被推出壶腹部进入十二指肠或嵌顿结石浮起,从而使梗阻解除、胰腺炎症状得以缓解,故胆源性胰腺炎大多为轻型胰腺炎,从而给我们在治疗上采取先保守后延期手术提供了理论基础^[3]。本组 56 例均先行保守治疗,早期的保守治疗对于消除水肿、松弛 Oddi 括约肌、解除共同通道的梗阻非常有利。早期保守治疗的方法主要有:(1) 禁食水,持续胃肠减压;(2) 生长抑素的应用,抑制胰腺分泌;(3) 联合、足量抗生素的应用,控制炎症的发展;(4) 使用改善胰腺微循环药物,恢复胰周正常血供;(5) 全肠外营养的应用,维持人体能量需求;(6) 补充适量电解质和维生素。但在保守治疗的同时应密切观察病情变化,若出现轻中型向重症型转变,或出现胆囊急性坏死、急性化脓性胆管炎时应毫不犹豫地行手术治疗,去除病灶、解除胆道梗阻,充分引流胆汁、胰液。

3.2 手术时机的把握 对于 AGP 的手术治疗时机和手术指征把握一直存在争议,首先要区分是梗阻型还是非梗阻型,因为两者手术治疗原则有所不同。对非梗阻性胆源性胰腺炎早期多采用保守治疗,待病情缓解后再行胆道手术,已达共识;对于梗阻性胆源性胰腺炎,存在着“早期手术”和“延迟手术”两种观点。主张早期手术者^[4]认为,尽快解除胆胰流出通道的梗阻,消除胰腺坏死的诱因,可使胰腺炎病因迅速得到控制;主张延迟手术者^[5]认为,早期手术的病死率明显高于 1 周后手术者,应尽量避免在此期手术,尤其是急诊手术。事实上大量的临床研究也表明,早期手术并不能改变胰腺炎的转归。因为急性胰腺炎是一种全身炎症反应综合征,进一步发展为多器官功能障碍综合征以至多器官功能衰竭,早期手术并不能减少并发症的发生和病死率的下降。本组病死 1 例就是入院时已处重症胰腺炎阶段,行手术治疗打开胰腺被膜过早,未能彻底清除坏死组织,未能控制炎症发展,最终因 MODS 死亡,这为我们日后的临床工作提高了警惕。

通过多年临床实践,笔者认为,无论是轻型还是重症 AGP,只要伴随胆道梗阻,早期手术解除胆道梗阻的治疗均有较好的疗效,手术方式也应以简单有效、充分引流、清除病灶,去除病因为基本原则。梗阻性胆源性胰腺炎如果短时间内梗阻不解除,胰腺病变会进行性加重,出现胰外器官损伤,病情迅速恶化,病死率高,增加手术风险。但对于已出现胰腺坏死的重症胰腺炎,我们主张首先保守治疗,因为胰

老年急性无结石性胆囊炎 42 例诊治体会

宋在如

[摘要]目的:探讨老年急性无结石性胆囊炎的诊断及治疗方法。方法:42 例患者中,31 例行胆囊切除术;3 例行胆囊切除加胆总管探查、T 管引流术;8 例行胆囊大部分切除术。结果:术后患者恢复好,无重大并发症发生。1 例胆囊切除术后病死,死因为感染性休克、多器官功能衰竭。结论:急性无结石性胆囊炎多见于年老体弱患者,病因复杂,病情进展迅速,病死率高,一经确诊,应及时手术治疗。

[关键词] 胆囊炎/外科手术;非结石性;老年人

[中国图书资料分类法分类号] R 657.41

[文献标识码] A

Analysis of diagnosis and treatment of acute acalculous cholecystitis: report of 42 cases

SONG Zai-ru

(Department of Surgery Huaiyuan County People's Hospital Huaiyuan Anhui 233400, China)

[Abstract] Objective: To analysis of diagnosis and treatment of acute acalculous cholecystitis (AAC) in aged patients. Methods: Of the 42 patients selected, 31 underwent cholecystectomy, 3 cholecystostomy and exploration of common bile duct, 8 partial cholecystectomy. Results: No death and serious complications occurred within these patients. There was 1 case of post operative death due to septic shock and multiple organs failure. Conclusions: AAC often occurred in elderly people and its clinical features included complicated pathogenesis, rapid progress and high mortality.

[Key words] cholecystitis/surgery; acalculous; aged

急性无结石性胆囊炎 (acute acalculous cholecystitis, AAC) 不同于结石性胆囊炎,被认为是一独立的临床病症。其病因复杂,发病急骤,变化快,病情重,死亡率高,近年来发病率有上升趋势^[1-2]。2006年2月至2010年9月,我院共收治

42 例老年 AAC 患者,现就其诊断与治疗作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 42 例中,男 27 例,女 15 例;年龄 63~85 岁。均经手术后病理证实。发病时间 12~104 h。主要临床表现是右上腹痛伴有恶心、呕吐、体温增高。体格检查:体温 ≥ 38.5 °C 32 例,巩膜黄染 1 例,右腹局限性腹膜炎 33 例,8 例右上腹可触及肿大的胆囊,2 例并发休克。34 例同时伴发高血

[收稿日期] 2011-03-21

[作者单位] 安徽省怀远县人民医院 外科 233400

[作者简介] 宋在如(1963-),男,副主任医师。

腺坏死组织与正常组织没有明显界限,早期打开胰腺被膜,不可能彻底清除坏死组织,而且胰腺坏死组织并不一定会继发感染,未发生感染的组织经适当的保守治疗,胰腺及其周围的坏死组织可通过机体的吸收及纤维化而得到修复,打开了胰腺被膜,则破坏了胰腺的正常屏障,使胰周及胰腺感染的几率明显增加,待胰腺假性包膜形成后再行手术治疗解除胆道疾病,引流包膜内积液。特别近些年来随着内镜介入治疗水平的提高,结合治疗性逆行胰胆管造影及乳头括约肌切开术可清除胆管结石,恢复胆汁正常引流,减少胆汁反流,解除胆道梗阻,可减少胆管炎和胰腺坏死的发生,已经成为治疗胆源性胰腺炎另一种有效手段,非常适用于重症梗阻型胆源性胰腺炎有较多并发症,且手术耐受力低的患者^[6]。

[参 考 文 献]

- [1] 龙锦,何忠野,葛春林,等. 胆囊结石并发急性胆源性胰腺炎早期手术治疗的体会[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(11): 873-874.
- [2] 中华医学会外科学会胰腺外科学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J]. 中华外科杂志, 1997, 35(12): 773-775.
- [3] 许守平,孙备,姜洪池,等. 急性胰腺炎若干研究进展[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(7): 604-606.
- [4] 孙家邦,朱斌. 急性胰腺炎手术治疗若干问题[J]. 中华肝胆外科杂志, 2006, 12(5): 295-297.
- [5] 卢跃峰. AGP 手术治疗时机的探讨[J]. 中国医药导报, 2007, 4(5): 51-52.
- [6] 王宏光,陈训如. 内镜下乳头切开治疗胆总管结石的长期疗效[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(5): 359-360.

(本文编辑 刘畅)