经验交流

文章编号:1000-5404(2005)14-1526-01

急性重症胰腺炎治疗的临床体会

Experience in treating 53 cases of acute severe pancreatitis

隆永效[1],孙英信[2] ([1]重庆市红十字会医院外科,重庆 400020;[2]重庆医科大学第一附属医院外科,重庆 400016)

急性重症胰腺炎(severe acute panceratitis, SAP)是目前最为严重的急腹症之一。其特点是发病急骤,病情危重,治疗困难,病死率高。我们自1995-2004年共收治53例,为总结经验现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组53例均符合目前关于SAP的诊断标准[1],其中男25例,女28例,年龄32~78岁,平均45岁。53例中胆源性重症胰腺炎48例,其中仅合并胆囊结石而无胆总管结石35例。非胆源性胰腺炎5例。手术治疗13例,非手术治疗40例,所有病人均经多次血淀粉酶、血脂肪酶、血糖、血钙、肾功及尿淀粉酶等测定及2次以上B超,至少1次以上CT检查。

1.2 治疗与结果

本组非手术治疗40例,其中胆源性胰腺炎中仅合并胆囊结石而无胆总管结石的35例以及非胆源性的5例,所有病例胃肠减压均有明确的胆汁,皮肤巩膜无明显黄染,腹膜体征以上腹为主的病例,手术治疗13例均为胆囊切除,胆总管探查、胰包膜切开、腹腔引流,本组伤口感染3例,腹壁脂肪液化4例,消化道出血1例,死亡6例。

2 讨论

目前SAP的治疗已基本进入了规范的轨道,治疗原则也逐渐趋向一致,尤其是近10年来CT技术的普及,重症监护的广泛开展以及治疗新药的不断问世和个体化治疗方案的提出。使SAP的治疗策略发生了较大的变化,然而仍有20%的病人未能治愈,说明SAP的治疗仍需不断的探索和研究。

SAP的诊断,除传统的血尿淀粉酶的测定外,近年多数医院开展了血脂肪酶项目的检测,但对SAP最有说服力的诊断仍属CT检查、CT图像可表现胰腺不同程度的肿大,胰腺边界不清,密度不均,或低密度的坏死灶,胰周可见不同程度的积液,甚至脓肿形成,尤其是胰腺坏死是SAP最直接的CT征象[2],其诊断准确率远高于B超。

SAP的非手术治疗,除一般治疗外,胃肠减压必须是持续有效的进行,本组非手术治疗的患者胃管内均见有明确的胆汁,从而间接证明胆总管是通畅的,并成为非手术治疗的重要参考指标,此外胃肠减压可减轻腹胀,减少胃酸及胰液分泌。抗感染在SAP治疗中占有重要的地位,SAP病人的感染发生率高达40%,其死亡原因80%是感染所致。马志刚等[3]报道从46例SAP中有25例获得细菌学检测结果(54.3%),从获得的54个菌株中G^-杆菌30株占55.6%,本组病人抗生素主要选用头孢三代菌素,如头炮他啶及抗厌氧菌药甲硝唑或奥硝唑等亦说明用药针对性,合理性是必要的,本组死亡6例均与感染有关。近年来生长抑素已广泛用于SAP的治疗,目前这方面的药主要有抑肽酶、善宁、施他宁及乌司他丁等,本组病人从药物效果等因素考虑,应用善宁注射液较多。SAP的治疗应进行积极的全身支持治疗,其肠外营养仍被普遍应用。尽管肠内营养具有提供营养作用,增加肠粘膜血液灌注和改善肠粘膜屏障功能,促进肠蠕动功能恢复,加速门静脉系统血液循环等优点,但由于禁食及胃管存在等因素,目前尚属尝试阶段。在SAP的治疗中,改善胰腺器官的微循环已受到重视,胰腺组织缺血,灌注不足,微循环障碍是胰腺出血坏死的重要原因,前列腺素E_1有较好扩张血管作用,并抑制血小板凝集,以改善末梢血循环,SAP的治疗是综合治疗,在不同的阶段适时调整治疗对策,相当部分的患者可经非手术治疗痊愈。

SAP的手术治疗关键是正确析把握手术指征和手术时机,而过分强调非手术治疗优于手术治疗可能会忽视手术治疗,使部分患者发生器官功能损害,严重低蛋白血症,甚至感染性休克,将失去最佳的手术时机。如在ICU治疗情况下,病情严重恶化,出现弥漫性腹膜炎、严重感染及血性腹水,可尝试急诊手术减压引流,伴有胆道梗阻,有条件可用经鼻胆管引流,内镜下十二指肠乳头切开。由于胰腺坏死早期很难辩认,合并感染通常在两周以后,故一般手术时机不主张在两周内治疗,目的是让胰腺及胰周坏死组织出现分界,一般认为3~4周是坏死组织清除之最佳时机。

近年来,ERCP被尝试用于治疗SAP,一般认为在选择此项治疗手段时应考虑胆总管结石是否处于嵌顿状态,对非胆源性SAP不宜行ERCP,胆源性胰腺炎ERCP效果较好,但必须考虑病人的安全性和疗效的肯定性。

在SAP治疗过程中,ARDS是SAP常见的致命并发症,一旦发生应予呼吸机治疗,此外须充分注重预防MODS发生。

关键词:急性重症胰腺炎;非手术

中图法分类号:R576.05 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 吴在德,吴肇汉. 全国高等学校教材[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2003. 600-606.

[2] 王中秋,李维勤,黎介寿. 重症急性胰腺炎的CT评价与动态观察[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(9):566-568.

[3] 马志刚,郭克建,赵梅芬,等. 重症急性胰腺炎继发细菌感染的特点及致病菌谱的变化[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(9):563.

(编辑 张大春)

作者简介:隆永效(1953-),男,重庆市丰都县人,副主任医师,主要从事普通外科方面的研究,发表论文12篇。电话:(023)66586686

收稿日期:2005-03-16;**修回日期**:2005-05-23