文章编号:1000-5404(2006)10-1131-01

经验交流

重症胰腺炎治疗体会

邢雅翕 (重庆市九龙坡区第三人民医院普通外科,重庆 400016)

本研究总结了本科自1991年6月至2004年10月86例重症急性胰腺炎治疗的经验并加以分析、探讨。以寻求重症急性胰腺炎早期治疗上更为合理的治疗方案[1]。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者86例,其中男性54例,女性32例,男:女为1.69:1,年龄16~78岁,平均46岁,其中60岁以上12例,70岁以上3例。有明确饮食诱因24例,胆道疾病43例,原因不明19例。1991-1996年以早期手术为主的32例(a组),1997-2004年以非手术治疗为主54例(b组)。

1.2 诊断

86例均有腹痛及腹膜刺激症状,32例伴有休克(收缩压<80 mmHg或脉搏>120次/min),16例伴有呼吸困难,8例伴有神经症状,6例伴有出血倾向Cullen征(Crey-Tumer征),4例伴有黑便,44例伴有黄疸,70例血淀粉酶增高,56例尿淀粉酶升高,38例腹穿抽出血性腹水急性肾功能衰竭2例,查血糖73例,58例空腹血糖超过11.1 mmol/L;血尿素氮>7.1 mmol/L者22例,查血钙36例,32例血钙低于2.0 mmol/L。

38例经过彩超检查,34例示胰腺水肿、胰周积液;28例经CT增强扫描,18例提示有上述改变。12例因泛发性腹膜炎行剖腹探查确诊。32例手术患者术中见胰腺有出血、坏死。54例未行手术者根据Ranson标准进行判断。本组判断依据标准为具有以下临床表现2项及3项辅助检查阳性者。年龄>55岁,腹膜炎或腹腔穿刺液为暗红色,入院48 h内体温>38.5 ℃,休克,胰外脏器受累。辅助检查为WBC>16.0×10^9/L;血糖>10 mmol/L(无糖尿病史),血钙<2.0 mmol/L,X线检查示有局限性肠梗阻,胸腔积液及(或)肺部间质性炎症,B超或CT显示胰腺或胰周围积液形成。

1.3 治疗方法

a组32例患者均在发病5 d之内手术,其中24了h以内6例,48 h以内6例,72 h以内5例,3~5 d手术15例。主要手术方式为:胰腺被膜切开减压,胰腺松动,清除坏死组织,大量盐水冲洗及腹腔多管多处引流。b组54例患者均采取非手术疗法,非手术疗法的措施为:①抑制胰腺分泌:包括禁食,胃肠减压和应用生长抑素抗休克和液体疗法;②预防性应用抗生素,控制高血糖;③营养和代谢支持;④保护重要脏器的功能;⑤镇痛解痉等。

2 结果

全组死亡16例,死亡率18.6%(16/86),治愈率81.4%(70/86)。a组72 h之内探查的17例,死亡4例,3~5 d手术15例,死亡6例。a组手术死亡率31.3%(10/32),治愈率68.7%(22/32)。b组死亡6例,其中老年65岁以上死亡3例,70岁以上死亡1例,多脏器功能衰竭死亡2例,非手术死亡率11.1%(6/54),治愈率88.9%(48/54)。

3 讨论

3.1 外科治疗手术适应证的掌握

外科治疗重症急性胰腺炎的手术适应证是在诊断明确的基础上,治疗的主要措施包括早期的大量液体复苏、重症监护、器官功能的支持,预防性应用抗生素,早期支持衰竭器官。过早过大的手术有违于治疗目的,甚至可能加重疾病进展,没有准确掌握手术时机和术式,易导致死亡[2]。但在下列情况下,还应考虑手术治疗[3]:①发病来势迅猛,并发全身中毒性休克和多器官功能不全,经积极的对症和支持治疗,却难以维持脏器功能稳定者;②腹部体征经保守治疗不见好转,甚至恶化,出现进行性或持续性肠麻痹;③感染性坏死、无菌性坏死、胰腺脓肿,CT或B超指引下细针穿刺证实胰腺坏死伴有感染,或形成脓肿,腹膜炎体征迅速扩大,持续高热者和白细胞计数显著升高及有明显早期感染征象者;④出现外科急腹症,如腹腔内出血、肠瘘、肠梗阻;⑤出现阻塞性黄疸,或合并肝脓肿;⑥急性假性囊肿直径<6 cm的未处理,但发生感染、出血或破裂者;急性假性囊肿直径>6 cm有症状者,可行外引流[4]。

3.2 手术时机及手术方式

重症急性胰腺炎一直存在早期手术与晚期手术的争议。持早期手术观点者,认为手术切除坏死组织,可防止不可控制感染,减轻对全身的损害。持晚期手术观点者,认为早期手术时坏死界限不清楚,切除不彻底,在毒血症时期,行手术治疗,无疑促进病情加重。同前一般主张早期入院治疗。内科治疗无效,手术治疗是唯一的选择,而手术时机的掌握和手术方式的选择更为重要,直接影响手术结果。我们认为早期清创术并不能改善生存率,反而并发症稍多,最佳时机的选择应与重症急性胰腺炎自身病程相适应,避免在发病后1~7 d,尤其在入院12 h内手术。重症急性胰腺炎的手术方法有多种,常用的手术方式有胰周围灌洗引流术、胰腺及胰周围及腹膜后的坏死清创术、网膜囊造袋术。上述手术方式应根据患者的病情,当地医疗条件和医生的经验而定。

关键词:重症急性胰腺炎;早期治疗;非手术疗法
中图法分类号:R576.05 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 王兴鹏,许国铭,袁耀宗,等. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 胃肠病学,2004,9:110-112.
[2] 熊小强,黄子通,朱兆华. 急性重症胰腺炎32例临床分析[J]. 新医学,1999,30(6):330-331.
[3] SUN B, LI H L, GAO Y, *et al*. Factors predisposing to severe acute pancreatitis: evaluation and prevention[J]. World J Gastroenterol, 2003, 9: 1102-1105.
[4] SIMCHUK E J, TRAVERSO L W, NUKUI Y, *et al*. Computed tomography severity index is a predictor of outcomes for severe pancreatitis[J]. Am J Surg, 2000, 179: 352-355.

(编辑 陈聪连)

作者简介:邢雅翕(1972-),男,云南省个旧县人,主治医师。电话:(023)89068320, E-mail: xyx99@vip.sina.com

收稿日期:2006-02-22;**修回日期**:2006-04-14