重症胰腺炎外科治疗体会

Experience on surgical treatment of severe acute pancreatitis

冀有良 （亚布力林业局职工医院外科，黑龙江 亚布力 150631）

[关键词] 重症急性胰腺炎；手术时机；外科治疗
[中图分类号] R657.51 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0034-01

重症胰腺炎（severe acute pancreatitis，SAP）的发病机制十分复杂，其病情凶险、并发症多、病死率高。随着现代医学技术的进步，SAP的死亡率较以前有了明显下降，但仍在10%左右，合理及时的早期诊断和治疗对改善患者的预后非常重要[1]。本文对我院2006年4月至2007年6月收治的8例SAP的外科治疗体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者8例，其中男5例，女3例；年龄47～76岁，平均59.1岁。全部病例均符合《中国记性胰腺治疗指南（草案）标准》，具备SAP的临床表现和生化改变。B超证实胆囊结石5例，胆囊增大，胆总管扩张3例，胰腺肿大4例。黄疸4例，高血压病史1例，糖尿病1例。WBC＞20×10^9/L有6例，血淀粉酶升高5例，肠梗阻表现者4例。

1.2 治疗方法

2.1 非手术治疗 禁食水、胃肠减压，应用生长抑素，同时应用质子泵抑制剂或H2受体拮抗剂以直接或间接抑制胰腺分泌；补充蛋白，血浆等胶体物质，维持水电解质及酸碱平衡；抗感染治疗等对症治疗；内环境不稳定者首先行连续的肾脏替代治疗（CRRT），后行基础对症治疗；合并急性呼吸窘迫综合征（ARDS）者，在上述治疗基础上行呼吸机辅助呼吸；对治疗中出现病情加重，加强抗感染及重症监护治疗72 h无缓解者，开腹手术。

1.2.2 手术治疗 行胆囊切除＋T管引流＋网膜囊引流4例，胆囊切除＋胆总管十二指肠吻合1例，胰腺坏死组织清楚＋胰床松动＋网膜囊引流2例，其中空肠造瘘5例，胃造瘘2例。胆源性者可行胆道手术＋网膜囊引流；无胆道疾病者可不处理胆道，胰腺被膜做鱼刺样切开，胰床松动，如为点状坏死，可以做坏死组织清除，以免造成出血。切开充血水肿的胰腺被膜，游离胰腺周围组织，用吸引器清除发黑坏死的胰腺组织，术中用大量温生理盐水进行胰床和腹腔彻底冲洗，胰床、腹腔和盆腔放置双腔引流管引流。对胆源性胰腺炎行胆总管“T”管引流。根据胰腺坏死情况决定引流部位及数量，常规行空肠造瘘，而胃造瘘应视胰腺坏死情况而定。

2 结果

1例非手术治疗成功，其余7例转手术治疗。手术治疗组全部引流管均于术后15 d内拔除，除1例并发胰瘘外，全部治愈。

3 讨论

急性胰腺炎根据临床症状、体征、影像学及生化指标诊断较易，但分型诊断较难。原则上水肿型以非手术治疗为主，而出血坏死型多需手术治疗。本文根据本组8例病例表现结合复习有关文献，提出重症胰腺炎诊断指标：①腹膜炎体征进一步加重，范围进一步扩大者；②体温大于38.5℃，脉率大于100次/分；③腹腔穿刺吸出血性液体，且淀粉酶测定高于正常或高于血淀粉酶水平；④B超提示胰腺肿大，胰周暗区，腹腔积液；⑤血糖大于11.1 mmol/L，血钙小于2.0 mmol/L[2]。

关于重症胰腺炎的手术时机，目前尚无统一标准，本文认为早期手术可以及时清除坏死组织，及时减压、引流，减少毒素吸收，从而提高治愈率，降低死亡率。对于胆源性者，更应积极手术。如本组5例为胆源性，经24～36 h非手术治疗，由于腹膜炎体征渐重而中转手术，取得了良好效果。对于非手术治疗病情缓解者，亦应限期行胆道手术，去除病因，防止胰腺炎复发。

术后早期行网膜囊引流，有利于清除部分坏死组织和清除毒素，为一行之有效的辅助治疗措施，但应严格无菌操作，并根据引流的质和量，结合B超检查，如无积液者，应尽早拔除引流管，以减少外源性感染的机会。全力应用有效抗生素预防和控制感染。本组所有腹腔引流均于术后15 d内拔除，未见引起感染者。加强营养支持，以改善高代谢引起的负氮平衡，我们采用周围静脉营养与空肠营养联合使用，效果明显。及时调整水、电解质失衡并合理选择抑制胰腺分泌的药物[3]，防止胰腺炎的复发。

[参考文献]

[1] 赵雪峰，张志栋，李 勇，等. 急性重症胰腺炎的外科治疗[J]. 河北医药，2008，30(8)：1126－1127.
[2] 罗 丹，雷若庆. 重症急性胰腺炎手术适应症及手术时机选择[J]. 中国实用外科杂志，2007，27(4)：332－334.
[3] 刘东业，杨铁成，张雪梅. 手术治疗重症胰腺炎体会[J]. 局解手术学杂志，2004，13(6)：390.

[收稿日期] 2008-10-17 [修回日期] 2008-11-25

（编辑：周小林）