重症急性胰腺炎外科干预研究进展

Advances in surgical intervention of severe acute pancreatitis

孙广伟,彭克学 (湖北省荣军医院外一科,湖北 武汉 430070)

[关键词] 重症急性胰腺炎;外科干预;手术指征;手术时机
[中图分类号] R657.51 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0662-02

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis,SAP)是外科常见的急腹症之一,其病情进展迅速、治疗复杂、病死率高。有关 SAP 的治疗方案在不断地探索和争论中形成了以“个体化治疗”为基础的“综合性治疗”方案,使 SAP 的病死率有所下降,但仍不尽如人意。外科干预在 SAP 的治疗过程中起着至关重要的作用,但手术适应证及手术时机的选择仍存在争议[1],本文对外科干预在 SAP 治疗过程中的应用进展作一综述。

1 外科干预在 SAP 治疗过程中的意义

SAP 由于胰腺及其周围组织局部病变进而导致全身性病理生理功能紊乱,外科干预是处理局部病变的主要手段。近年来,人们发现许多胰腺坏死患者内科保守治疗的治愈率增加,并且手术带来的创伤、并发症等不利因素也影响着外科手术干预的开展[2],因此,外科干预在 SAP 治疗中的主导地位有被淡化的趋势。这有可能导致一些有手术指征的患者错过最佳的手术时机,甚至出现感染性休克或多器官功能障碍综合征(MODS);同时不及时手术引流还会增加局部并发症的发生率,这些均严重影响了 SAP 的预后。因此,外科干预在 SAP 的治疗中有非手术方法无法取代的优势。外科干预有助于减轻患者腹腔内及腹膜后压力,及时引流渗液、灌洗腹腔,可以清除坏死组织,减轻毒素的吸收,有助于预防全身炎症反应综合征(SIRS)的发生以及 MODS 的进展[2]。并且,随着外科手术技术和设备的发展,SAP 外科干预的死亡率已接近于内科保守治疗。孙备等[3]总结了 1999 年至 2009 年之间 506 例 SAP 的治疗情况,结果发现 SAP 总死亡率为 10.2%,其中外科干预组与内科治疗组在并发症发生率、治愈率、死亡率方面均无显著差异,认为建立胰腺专科队伍与多学科合作的 SAP 治疗模式,正确把握外科干预的时机与指征及选择合适的干预方式,重视引流细节,对于 SAP 预后至关重要。

2 外科干预指征

2.1 胰腺坏死感染

SAP 外科干预最初认为只要有胰腺坏死即为手术指征,但是胰腺坏死患者经内科保守治疗同样可以痊愈,后来通过动物实验发现,胰腺坏死有两种转归:一是坏死未感染,动物生存,可以获得不完全性恢复;一是坏死感染,动物死亡。受此启发,萌发了个体化治疗方案,就是 SAP 的手术指征由胰腺坏死转为胰腺坏死感染。胰腺坏死感染是导致 SIRS、MODS 的主要因素,是导致患者死亡的关键因素。内科保守治疗方法中,肠内营养能有效控制和预防胰腺坏死感染,但抗生素的应用及肠外营养均不能有效地控制和预防胰腺坏死感染[4]。预防性应用抗生素也不能有效预防和控制坏死感染的发生[5]。在这种情况下,外科干预进行胰腺坏死区的切除、渗液引流等措施能够控制感染,减轻毒素的吸收,预防 MODS 的发生,成为治疗的推荐方法[6-7]。对于无菌性胰腺坏死,目前多主张采用内科保守治疗,但对于有症状的包裹性无菌坏死,可采用外科手术治疗[8]。但是,并非所有胰腺坏死感染必须手术治疗,胰腺无菌性坏死亦并非一定非手术治疗[1]。

2.2 胰腺脓肿或假性脓肿

SAP 后期容易形成胰腺或胰周脓肿,发生率约为 40% ~ 70%,其病死率可达 50%。外科清创引流术曾是胰腺脓肿唯一的治疗手段,但其创伤大、风险高,手术并发症发生率甚至达 92%,术后病死率约 8% ~40%。近年来,随着内镜技术的发展,因内镜治疗创伤小、并发症少、死亡率低等优点得以推广应用[9-11]。Bradley 等[12]的前瞻性研究结果表明,如果胰腺脓肿形成时间超过 6 周,直径大于 6 cm,应及时手术。

2.3 胆源性胰腺炎

随着内镜技术的发展,胆源性胰腺炎多经过内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)及鼻胆管引流(ENBD)等手段有效缓解梗阻,取得了良好的疗效。研究认为对于胆源性胰腺炎,如果非外科保守治疗 24 ~48 h 后病情无改善、黄疸加重,可考虑外科手术干预[13]。

2.4 其他

SAP 合并出血、穿孔、内科保守治疗无法控制的腹膜炎等情况下,需要及时外科干预[1,14]。

3 外科干预时机的选择

有关 SAP 外科干预时机的观点经历了早期干预、胰腺坏死感染后干预、延期干预等多种变迁,这种观点的更改是由其疗效决定的。目前国内外比较认同的观点是早期采用非手术治

[收稿日期] 2012-04-20 [修回日期] 2012-05-15

疗,以维护脏器功能为主;胰腺无菌坏死尽量采用非手术治疗,出现坏死感染后采用外科手术治疗[15]。手术治疗尽量在内科保守治疗下,减少手术范围、积液区域包裹局限,利于引流,避免术后胰腺内外分泌功能障碍,这个时期一般在发病后 3 ~ 4 周,SIRS 之后[16-18]。然而随着微创技术及内镜技术的发展,这一观点再次受到质疑。唐悦峰等[19]对比了内镜治疗、保守治疗、外科手术治疗各 30 例 SAP 的疗效,结果发现内镜治疗组 30 例患者均治愈,保守治疗组治愈 25 例(83.3%),手术治疗组治愈 28 例(93.3%),内镜治疗组疗效明显优于非内镜治疗的两组,认为早期内镜干预解除了胆胰管开口的梗阻,通畅了胆胰液的引流,微创、安全、有效,是治疗重症急性胆源性胰腺炎的理想方法。有研究应用腹腔镜下置管灌洗引流(LPLD)的方法对 21 例 SAP 患者进行早期干预(2 h 至 5 d),病死率仅为 4.8%,认为 SAP 患者宜尽早开始 LPLD 治疗,早期置管、早期灌洗引流,这样有利于胰腺炎的病情及早得到控制,取得理想的治疗效果[20]。有关内镜下治疗及微创治疗在 SAP 中的应用时机仍需要实施多中心、大样本、前瞻性、随机对照的临床试验。

4 外科干预方式的选择

早期 SAP 外科干预方式主要为扩大胰腺切除范围、胰腺松解、胰床引流,但这些术式创伤较大、疗效有限,并且容易造成胰腺内外分泌功能受损。因此,在临床上的应用受到限制,需要一种简单、有效、微创的手术方式。目前,胰腺坏死组织清创术加腹腔充分引流灌洗术成为 SAP 的有效治疗手段[17]。童智慧等[21]报道了经皮置管引流(percutaneous catheter drainage, PCD)治疗 34 例 SAP 患者,19 例经 PCD 治疗成功(55.9%),15 例 PCD 治疗无效后中转开腹手术引流。腹腔镜下置管腹腔灌洗引流术可对腹腔进行充分冲洗,引流腹腔内的炎性介质和胰腺周围坏死组织,减少炎性介质及酶类毒性物质的吸收,减少腹腔内感染、胰腺脓肿及胰漏的发生。术中对胰腺不做处理,可避免破坏已建立的胰腺局部防御屏障。腹腔镜治疗是安全有效的,并且可使手术提前。

5 展望

尽管外科干预在 SAP 治疗中的应用存在许多争议之处,但毋庸置疑的是外科干预在其中起着不可忽视的作用。这些争议总是围绕着其疗效而产生的,这同时体现了专家对此的关注和不懈努力。对 SAP 的治疗应采用个体化综合性治疗方案。我们相信,外科干预在 SAP 的治疗中将发挥其独特的作用,这仍然需要医学工作者的不断地研究和探索。

[参考文献]

[1] 区金锐,侯宝华. 重症急性胰腺炎外科治疗现状[J]. 中华外科杂志,2009,47(19):1475 - 1477.

[2] Bradley EL 3rd, Dexter ND. Management of severe acute pancreatitis: a surgical odyssey[J]. Ann Surg, 2010, 251(1): 6 - 17.

[3] 孙 备,周昊昕,李 军,等. 重症急性胰腺炎外科综合治疗的经验总结[J]. 中华外科杂志,2010,48(18):1383 - 1386.

[4] Bakker OJ, van Santvoort HC, Besselink MG, et al. Prevention, detection, and management of infected necrosis in severe acute pancreatitis [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2009, 11(2): 104 - 110.

[5] Petrov MS, Shanbhag S, Chakraborty M, et al. Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis[J]. Gastroenterology, 2010, 139(3): 813 - 820.

[6] Bassi C, Falconi M, Sartori N, et al. The role of surgery in the major early complications of severe acute pancreatitis [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 1997, 9(2): 131 - 136.

[7] Amano H, Takada T, Isaji S, et al. Therapeutic intervention and surgery of acute pancreatitis[J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2010, 17(1): 53 - 59.

[8] 冀有良. 重症胰腺炎外科治疗体会[J]. 局解手术学杂志,2009,18(1):34.

[9] Seifert H, Biermer M, Schmitt W, et al. Transluminal endoscopic necrosectomy after acute pancreatitis: a multicentre study with long-term follow-up (the GEPARD Study)[J]. Gut, 2009, 58(9): 1260 - 1266.

[10] Escourrou J, Shehab H, Buscail L, et al. Peroral transgastric/transduodenal necrosectomy: success in the treatment of infected pancreatic necrosis[J]. Ann Surg, 2008, 248(6): 1074 - 1080.

[11] Coelho D, Ardengh JC, Eulálio JM, et al. Management of infected and sterile pancreatic necrosis by programmed endoscopic necrosectomy [J]. Dig Dis, 2008, 26(4): 364 - 369.

[12] Bradley EL, Clements JL Jr, Gonzalez AC. The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management[J]. Am J Surg, 1979, 137(1): 135 - 141.

[13] 乔 智,肖礼荣,宋海瑚,等. 重症急性胰腺炎外科手术时机及方式探讨[J]. 中华现代外科学杂志,2009,6(4):200 - 202.

[14] 孙 备,周昊昕,姜洪池. 重症急性胰腺炎临床路径探讨[J]. 中国实用外科杂志,2011,31(1):13 - 17.

[15] 王小兵. 重症急性胰腺炎早期治疗方法的探讨[J]. 局解手术学杂志,2008,17(4):242 - 243.

[16] Beger HG, Rau BM. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management[J]. World J Gastroentero1, 2007, 13(38): 5043 - 5051.

[17] 郝云鞍,杨铁成. 乌斯他丁治疗重症胰腺炎的疗效分析[J]. 局解手术学杂志,2009,18(3):176.

[18] Dellinger EP, Tellado JM, Soto NE, et a1. Early antibiotic treatment for severe acute necrotizing pancreatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study[J]. Ann Surg, 2007, 245(5): 674 - 683.

[19] 唐悦峰,徐阳荣,廖国庆. 早期内镜治疗在重症急性胆源性胰腺炎治疗中的作用[J]. 中国普通外科杂志,2010,19(7):801 - 804.

[20] 嵇 武,李令堂,李维勤,等. 腹腔镜下置管灌洗引流在重症急性胰腺炎早期治疗中的应用[J]. 中华肝胆外科杂志,2004,10(12):805 - 807.

[21] 童智慧,李维勤,虞文魁,等. 经皮置管引流治疗重症急性胰腺炎合并胰腺坏死组织感染 34 例分析[J]. 中国实用外科杂志,2011,31(11):1041 - 1044.

(编辑:余汇洋)