维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2008年第17卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2008, Vol. 17, No. 4

重症急性胰腺炎早期治疗方法的探讨

王小兵 （重庆市渝北区人民医院肝胆外科，重庆 渝北 401120）

［摘 要］ **目的** 探讨重症急性胰腺炎(SAP)的早期合理治疗方法。**方法** 回顾性分析30年来我院住院治疗的160例SAP的不同治疗方法，将所有病例按病人是否在发病后10 d内施行手术治疗分为手术治疗组($n=79$)和非手术治疗组($n=81$)，收集两组的平均病程、并发症发生率及死亡率进行统计分析。**结果** 非手术组其平均病程及死亡率显著低于手术组($P<0.01$，$P<0.05$)，而并发症发生率二者无明显差异($P>0.05$)。**结论** 在SAP的早期，应采取非手术治疗为主，同时严密观察病情变化，若出现手术指征，及时手术。

［关键词］ 重症急性胰腺炎；手术治疗；非手术治疗
［中图分类号］ R657.51 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042(2008)04-0242-02

Study on the early treatment of acute severe pancreatitis

WANG Xiao-bing (Department of Hepatobiliary Surgery, the People's Hospital of Yubei District, Chongqing 401120, China)

Abstract: **Objective** To study the reasonable early treatment of acute severe pancreatitis (SAP). **Methods** Totally 160 cases of SAP were studied during the past 30 years. Comparison was made between 79 cases who were treated by early operation and 81 cases who were treated non-operatively in the mean hospital stay, the incidence of complication and the mortality. **Results** The mean hospital stay and the mortality rate in non-operative group were fewer than operative group ($P<0.01$ and $P<0.05$), while the complications in two groups had no differences ($P>0.05$). **Conclusion** In the earlier stage of SAP, the treatment should be non-operation, meanwhile, the patient should observed carefully, as soon as the indications of operation were found, an operation should be performed in time.

Keywords: acute severe pancreatitis; treatment; non-operation

重症急性胰腺炎，为临床上常见的急性重症疾病，病情复杂，死亡率高，其治疗曾经历了一个曲折发展的过程。自从Fitz提出急性胰腺炎手术以来，逐步由早期的手术治疗演变为现在的以非手术治疗为主的个体化治疗方案。本文通过总结我院近30年重症急性胰腺炎的治疗经验，对早期治疗方法作出评估，并进一步探讨SAP早期更为合理的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院1977年10月至2007年10月间，住院治疗的SAP病例共160例，所有病人均符合“1996年贵阳第六届胰腺外科学术会议”制定的诊断标准[1]。男性77例(48.1%)，女性83例(51.9%)，男女之比为0.93∶1。年龄15～83岁，平均年龄(51.29±12.50)岁。早期手术是指在SAP第一期，即急性反应期就手术治疗，按一般规律此期为7～10 d。为此，将所有病例按病人是否在发病后10 d内施行手术治疗分为早期手术治疗组与非手术治疗组。

1.2 治疗方法

手术组行胰腺包膜切开减压加腹腔冲洗引流58例，同时行胆囊切除20例，胆囊造瘘15例，胆总管探查21例，胰腺坏死组织切除2例；未行胰腺包膜切开减压，单纯腹腔冲洗引流15例，同时行胆囊切除4例，胆囊造瘘5例，胆总管探查3例；另有胃造瘘1例，阑尾切除3例，腹腔脓肿引流2例，小肠部分切除1例，十二指肠穿孔修补1例。内镜下乳头括约肌切开(EST) 6例；非手术组主要治疗措施包括禁食、胃肠减压，维持水、电解质平衡，抗生素防治感染，用抑制胰腺分泌药物，营养支持，加强重要脏器功能监测和支持等。

1.3 观测指标

病情严重度均采用APACHEII评分进行评价，收集二者的平均病程、并发症发生率及死亡率进行对比分析。

2 结果

手术组和非手术组的病情严重度、平均病程、并发症发生率及死亡率见表1。

3 讨论

SAP的治疗曾经历了一个曲折发展的过程。在二十世纪六十至八十年代人们试图单纯依靠早期的扩大手术范围提高疗效，没有认识到SAP特殊的病理生理变化，故其治疗效果并不理想。金莜泰等[2]统计分析，早期采用以手术治疗为主的治疗方法，其治愈率仅为61.3%。随着对急性胰腺炎病理生理认识的不断

［作者简介］ 王小兵(1973－)，男，重庆市人，主治医师，本科，主要从事临床外科方面的研究。电话：(023)67808873

［收稿日期］ 2008-03-15 ［修回日期］ 2008-05-29

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 早期手术与非手术治疗预后比较表

组别	病例数	APACHEII评分	平均病程(d)	并发症例数(发生率)	死亡例数(死亡率)
手术组	79	13.95±4.86*	43.57±33.85#	35(44.30%)*	16(20.25%)△
非手术组	81	15.03±5.54	31.44±15.91	37(45.67%)	7(8.64%)

*:与非手术组比较,$P>0.05$;#:与非手术组比较,$P<0.01$;△:与非手术组比较,$P<0.05$

提高,以及重症监护的完善及更强抗生素的有效应用,人们已逐渐认识到过大的手术并不能降低死亡率,反而增加了胰腺感染等并发症的发生率和死亡率[3]。从本组病例中也可以看出,非手术治疗组与手术治疗组二者并发症发生率虽无明显差异,但非手术组其平均病程及死亡率显著低于手术组,总的来看非手术组其预后优于手术组。

对一些病情极为严重的病例及特殊病例,急性反应期不是手术治疗的禁区[4]。袁祖荣等[5]认为在通过积极地抗休克及应用呼吸机治疗,病人的休克或ARDS等得到控制后,若能及时手术治疗,彻底清除腹腔内的坏死组织及引流腹腔渗液,将有利于及时祛除多器官功能不全综合征(MODS)的触发及促进因素,阻断由单一脏器向多脏器受损转变的病理过程,也就有可能挽救病人的生命。胰腺坏死组织超过30%者,早期感染是不可避免的,而感染往往是造成SAP病人死亡的一个重要因素。因此,对于一些CT扫描胰腺坏死组织超过30%者,应及时手术清除腹腔内的坏死组织及渗出液。2002年2月国际胰腺学会(IAP)发表了《急性胰腺炎外科处理指南》提出伴有脓毒综合征的胰腺炎病人应当行细针穿刺细菌学检查(FNAB),以鉴别胰腺坏死感染与否;无菌性胰腺坏死(FNAB阴性)的病人应当非手术治疗。胆道结石并有持续性胆道梗阻的患者,往往有较重的胰腺炎症和胰周积液,甚至是胰腺坏死、出血,此类患者在短期内积极非手术治疗下仍无好转时,应及时行EST解除胆道梗阻[6]。当有手术指征时,尽早手术是降低SAP手术死亡率的关键。本文认为早期手术指征有以下几点:①胆源性SAP,伴有急性梗阻性胆管炎或有胆囊穿孔。本组有27例病例伴有急性梗阻性胆管炎,4例有胆囊穿孔,均及时手术,效果良好。②胰腺坏死继发感染(FNAB阳性),或形成胰周及腹腔脓肿。③对于一些严重的重型胰腺炎,即起病急,腹痛腹胀极为严重,腹膜刺激症状明显,腹腔压力高于30 mmH_2O,生命体征无法稳定,很快出现器官功能障碍者,24 h内病情迅速恶化,经非手术治疗不能阻止其病情发展应及时手术。④伴有其他外科急腹征者,应及时手术。在本组病例中,有1例伴有急性绞窄性肠梗阻,3例急性阑尾炎,1例十二指肠穿孔,均及时手术,效果良好。

在SAP的早期,病人全身状况较差,多伴有休克及器官功能障碍,手术方式应以简单有效,充分引流,祛除病因为原则。本组病例的主要手术方式为胰腺包膜切开减压加腹腔冲洗引流术及EST。目前,人们认为胰腺小叶多由独支小叶内动脉供血,这种解剖学特点决定了小叶内动脉极易因痉挛、栓塞、血栓形成或间质水肿的压迫等因素而导致缺血。而胰腺微循环障碍,不只是SAP发病的始动因素,也是其持续和加重损害的重要因素[7]。因此采用胰腺包膜切开松解,可减轻因胰腺充血水肿而造成的胰腺内部压力增高,改善胰腺的供血,从而减轻胰腺的进一步损害。持续的腹腔冲洗引流,可稀释、引流腹腔内酶性渗液,防止胰酶对身体的进一步损害,同时还可稀释渗出物中的毒素和病原菌,减少它们对腹膜的刺激和感染,防止败血症、胰外脓肿的形成和酶性毒素的大量吸收,保护肺、肾、肝、心脏和脑等重要器官的功能,降低MODS的发生率。因此,本文认为胰腺包膜切开减压加腹腔持续冲洗引流术,其操作简单,对SAP的疗效确切,是SAP早期手术治疗的一种较好手术方式。同时EST的果断实施,能有效的解除胆道梗阻,降低胰管内高压,减轻胰腺细胞内自家消化,消除SAP的胆石病因[8]。

[参考文献]

[1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 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.
[2] 金莜泰,邵卫中,袁祖荣,等. 25年381例重症急性胰腺炎治疗经验[J]. 肝胆胰外科杂志,1999,11(2):63-65.
[3] 孙家邦,朱 斌. 急性胰腺炎手术治疗的若干问题[J]. 中华肝胆外科杂志,2006,5(12):295-297.
[4] 姚榛祥. 重症胰腺炎现代治疗的认识[J]. 中华肝胆外科杂志,1999,5(2):76.
[5] 袁祖荣,陈尔真,瞿洪平,等. 重症急性胰腺炎早期手术指征的探讨[J]. 中华实用外科杂志,1999,19(9):538-539.
[6] 朱强华,姚昌宏,高志光,等. 急性结石性胆源性胰腺炎治疗方式和手术时机探讨[J]. 肝胆胰外科杂志,2006,18(4):248-249.
[7] 周总光,程 中,舒 晔. 胰腺微循环障碍与急性胰腺炎[J]. 中华实用外科杂志,1999,19(9):522-525.
[8] 黄莛庭. 急性胰腺炎细胞内早期事件的再认识[J]. 中华肝胆外科杂志,2006,2(12):75-76.

(编辑:蒋登金)