维普资讯 http://www.cqvip.com

252 - 254

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 4

重症急性胰腺炎坏死组织清除术的体会

李 非* 孙家邦* 周继盛* 贾建国*

R657.51

【摘 要】 目的 探讨重症急性胰腺炎坏死组织清除术适应症和方式。方法 回顾性分析我院1986年至1998年间收治的重症急性胰腺炎坏死组织清除术的37例患者，A组早期手术22例，B组感染性坏死手术15例。结果 感染性坏死手术组的并发症率和死亡率显著低于早期手术组。结论 手术适应症和时机的选择是重症急性胰腺炎治疗的关键。

【关键词】 急性重症胰腺炎 坏死组织清除术

Necrosectomy in the management of acute severe pancreatitis. *Li Fei, Sun Jiabang, Zhou Jisheng, Jia Jianguo, Department of General Surgery, Xuanwu Hospital, Caotal University of Medical Sciences, Beijing* 100053

【Abstract】 **Objective** To study the indication and techniques of necrosectomy in the management of acute severe pancreatitis. **Methods** 37 patients with acute severe pancreatitis in our hospital from 1986～1998 were reviewed. 22 patients with early surgical intervention were divided into group A, and 15 patients underwent operation with infected pancreatic necrosis were group B. **Results** The morbidity and mortility of necrosectomy in group B was lower than group A. **Conclusion** The indication and timing for necrosectomy play an important role in the management of acute severe pancreatitis.

【Key words】 Necrosectomy Acute severe pancreatitis

急性胰腺炎是外科常见急腹症之一，近年来发病率呈上升趋势，由于发病机制不甚清楚，缺乏有效的治疗方法，预后不佳。特别是手术治疗并发症仍然很多，死亡率较高[1]。本文回顾性分析我院37例重症急性胰腺炎坏死组织清除术，探讨手术适应症、时机、术后处理等问题。

资料与方法

我院1986年至1998年间收治的重症急性胰腺炎患者中行胰腺坏死组织清除术的37例患者，根据手术适应症和时机的不同分为两组，A组：22例，男性12例，女性10例，平均年龄50.2岁。确诊重症胰腺炎，经适当治疗1～3天症状未见好转或出现器官功能不全以及高热、血性腹水、包块等，行急症手术。手术方式为清除加开放引流和清除加闭式灌洗。B组15例，男性8例，女性7例，平均年龄52.7岁。该组患者进行动态CT检查，发现胰腺或胰周大量坏死或积液，或持续高热和白细胞增高一周以上不见好转，即在CT引导下行细针穿刺细菌学检查，证实有感染者进行手术治疗，手术方式以坏死清除加闭式灌洗为主。两组患者均符合全国胰腺外科学组的重症标准。

结 果

一、两组患者年龄、性别、严重程度无显著差异，并且均在ICU严密监测血液动力学及心肺肾功能(表1)。

表1 两组基本状况比较

组别	例数	年龄	性别		临床分型	
			男	女	I	I
A	22	50.2	12	10	12	10
B	15	52.7	8	7	8	7

两组间无显著性差异($P>0.05$)

* 作者单位：100053 北京医科大学宣武医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

A组患者12例行坏死清除术加闭式灌洗，10例坏死清除加开放引流。术后并发肠瘘4例，腹腔出血5例，脓肿3例，并发症率为54.5%。再手术7例(31.4%)，其中2例行3次手术，死亡5例(死亡率22.7%)。B组15例行坏死清除加闭式灌洗。术后肠瘘2例，出血2例，脓肿1例。再手术2例(13.3%)死2例(死亡率13.3%)。B组术后并发症率，再手术率和死亡率显著低于A组(表2)。

表2 两组治疗及预后的比较

组别	例数	手术方式		术后并发症			并发症率	再手术率	死亡率
		清除开放引流	清除闭式灌洗	肠瘘	出血	脓肿			
A	22	10	12	4	5	3	10(54.5%)	7(31.4%)	5(22.7%)
B	15	0	15	2	2	1	5(30%)*	2(13.3%)*	2(13.3%)*

*：$P<0.05$

讨 论

随着CT的广泛应用和危重病医学的发展，重症胰腺炎的诊断治疗有了显著地进步。但是仍然缺乏有效特异的治疗手段，并发症多，死亡率高。许多治疗方法还存在着争议。我们回顾性地分析了近年的37例胰腺坏死组织清除术的治疗体会，探讨该术式的适应征、时机、术后处理等问题。

坏死组织清除术(又称坏死组织切除术)与胰腺切除术不同，主要针对胰腺的坏死组织，是坏死性胰腺手术治疗中最为常见的方法之一。但是由于人们对重症胰腺炎发展进程的认识不同，适应症的选择存在着很大差异，以往认为胰腺坏死所活化的大量消化酶、血管活性物质是引起休克、多器官功能损害的重要原因，只有及早清除坏死组织才能阻止胰腺的继续坏死，减轻多器官的损害[2]。但是人们发现早期积极的手术治疗并不能控制胰腺炎进程，并发症率和死亡率仍然很高。近年，临床研究显示坏死性胰腺炎中继发感染者约占30%～40%，如果不采取手术治疗其死亡率近100%，而无菌性坏死者死亡率不到10%。同时，不适当的手术介入使得无菌性坏死变为感染性坏死而加重病情。因此，胰腺坏死继发感染是手术治疗的最重要指征[3,4]。根据临床表现，生化检查以及血培养等高度怀疑感染者，在CT引导下细针穿刺细菌等检查可以确定胰腺坏死继发感染。近年来，我们对感染性坏死采用了选择性延期手术，即诊断为感染性坏死者如果全身状况许可，也尽量行综合的非手术治疗，待感染局限后再行手术治疗，取得了较好的效果[5]。此外，经皮引流效果不佳而又伴有胰腺坏死的胰周脓肿也是坏死清除术的指征之一。至于手术时机问题仍存在着不同的看法。我们认为早期手术胰腺坏死组织与正常组织界限不清，术中易出血，且不能有效地阻止胰腺坏死的进展，再手术率高。90年以来我们对坏死性胰腺炎患者进行态增强CT检查，它不仅能确定胰腺坏死的部位，对指导手术入路也很有帮助。一般情况下3周左右胰腺坏死组织界限比较清楚，清除较彻底，不易出血，而且能够较好地保留正常的胰腺组织。本组病例中早期手术组再手术率31.4%明显高于延期手术组(13.3%)。

坏死性胰腺炎术后处理也是人们关注的重点。D'Egidio[6]总结了11个作者230例坏死清除的术式和术后处理，归纳为三类①坏死清除＋引流；②坏死清除＋开放引流；③坏死清除＋灌洗；其死亡率分别为42%、21%和18%。本组资料以后两种处理方式为主。我们认为单纯引流很难彻底引流，常需要多次手术，而开放引流虽然能较好地观察胰腺坏死状况，调整引流位置，但是胰瘘、肠瘘、腹腔出血等并发症较多。近年来我们采用坏死清除加局部灌洗闭式引流，

维普资讯 http://www.cqvip.com

灌洗量10000ml/日左右，取得了较好的效果。

综上所述，我们认为手术适应症和时机的选择是重症胰腺炎治疗的关键，今后我们还将对胰腺坏死组织清除术中有争议的问题进行前瞻性的随机研究。

参 考 文 献

1. Heath D, Alexander D, Wilson C, et al. Which complications of acute pancreatitis are most lethal? A prospective multi-centre study of 719 episodes. Gut, 1995, 36: 476－481.
2. Beger HG, Buchler M, Bittrer R, et al. Necrosectomy and postoperative local lavage in patients with acute necrotizing pancreatitis. World J Surg, 1988, 12: 255－262.
3. Bradley EL. Surgical indications and techniquse in necrotizing pancreatitis. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Therapy, (Bradley EL Ⅱ), Raven Press Ltd. New York, 1994, 105－117.
4. 孙家邦，王湘衡，李 非. 重症胰腺炎治疗的探讨. 中华外科杂志, 1993, 31(11): 650－652.
5. 朱 斌，孙家邦. 重症急性胰腺炎手术时机的再探讨. 中华肝胆外科杂志, 1998, 4(3): 140－142.
6. D'Egidio A, Schein M. Surgical strategies in the treatment of pancreatic necrosis and infection. Br J Surg, 1991, 78: 133－137.

(收稿：1999-05-21)

·个 案·

胆囊切开取石术十例报告

韦隆先*

我县医院地处贵州省偏远的少数民族地区，患有胆囊结石病者，虽症状反复发作，但不愿作胆囊切除术，希望医生只将结石取除干净、保留胆囊；有的患者是儿童，其父母只同意手术取石。自1986年～1996年间，我院共施行此类手术共10例，现将疗效报告如下。

一、临床资料

本组男性7例，女性3例，其中5～10岁5例，11～20岁3例，21～30岁2例。

诊断：术前均作B超检查、证实为单纯胆囊结石。

手术方式：作肋缘下切口、暴露胆囊，在胆囊底部作一小切口约2厘米，将结石取出后，浆肌层缝合切口，浆膜层加强缝合一次，结束手术。出院前均作B超复查、胆囊无残留结石。

随访：8例无症状复发。1例县外患者失访。1例术后2年腹痛发作，B超查结石再生，又作胆囊切除术，症状消失。

二、讨论

胆囊具有储存和浓缩胆汁的功能，以适应人体集中进食的生活需要，帮助食物消化和吸收，正常人肝细胞不断分泌胆汁，其中部分胆汁经胆管储存于胆囊并浓缩10倍，当进餐后胆囊收缩，大量胆汁排入肠道，利于脂肪的消化吸收。胆囊切除术后改变了胆酸的组成。胆汁也由周期性分泌变为持续性低水平分泌，胆汁中大量一级胆酸长期暴露在肠道里，在细菌作用下，可转化为二级胆酸、它们对肠道细菌有致突变作用，长期下去，这些结肠内细菌可诱发结肠癌。而二级胆酸本身也可以造成结肠粘膜的损伤。同时、胆囊切除术后可降低人体脂肪的吸收，造成相对的高脂环境，而高脂肪环境可损伤结肠粘膜，也可导致结肠癌的发生。尽管这些影响是缓慢的、但是这些长期的损伤刺激，无疑是诱发结肠癌的"罪魁祸首"。近年来文献报道：胆囊切除术后疗效满意者占60～75%，尚有20～30%疗效不满意，术后症状复发。胆囊切除术后结肠癌发生率升高。Turbull认为胆囊切除术后结肠癌危险性比正常人高45倍。特别术后10～15年结肠癌发生率明显升高。胆囊切除术应用了100多年，是一种有效的治疗手段，但胆囊是一个功能性器官，切除会导致一些不良后果。笔者认为、是否能找到一个既能达到取石的目的，又能保留胆囊的方法、本组10例均为儿童和青少年，采取了单纯切开取石术，8例获得明显疗效。由于病例少，能否说明以胆囊切开取石，保留胆囊的术式是对于儿童及青少年患有单纯性胆囊结石的最佳治疗方法。仅供同行的共同探讨。

(收稿：1999-04-08)

* 作者单位：552300 贵州省望谟县人民医院