维普资讯 http://www.cqvip.com

胰腺炎；手术；

1072(7)

16-17

局解手术学杂志1992年第1卷第1期（试刊）

急性出血坏死性胰腺炎手术治疗的体会

鞍山市第三医院 刘庆余 赵 英
（辽宁鞍山，邮政编码114031）

R657.51

急性胰腺炎的发病率已渐趋增多，其病情有轻有重，临床上80%的病例属于轻型水肿性胰腺炎，可经内科疗法治愈。有5～10%形成假性囊肿，属于重型者为数不多，大约10%发展成急性出血坏死性胰腺炎，但死亡率与并发症却很高，多需手术治疗。我院1968～1988年以来经手术治疗、病理证实的急性出血坏死性胰腺炎（AHNP）共21例，选用坏死组织清除与腹腔灌洗引流的治疗，无一例死亡。现就以下几个问题简要作一介绍。

一、AHNP的诊断与估计：根据文献资料与我们的体会如下几点有助于诊断：①有酗酒、饱餐、情绪激动、胆道疾病的病史；②突然发生上腹或左上腹剧痛（呈持续性）解痉药不能缓解；③急性胰腺炎经内科治疗24～72小时无明显改善或加重；④急性胰腺炎并发黄疸或胆绞痛；⑤血钙低于8mg/dl；⑥血尿淀粉酶增高；⑦腹腔穿刺液为血性且淀粉酶增高。如何估计AHNP，不但有助于鉴别诊断与处理也有利于估计其预后。

急性胰腺炎是由于胰酶所引致的不同程度的自身消化病变，胰腺有水肿、出血、坏死等主要病理改变。它的病变不仅局限在胰腺本身，常向外侵后腹膜及邻近脏器，发展迅速，很快发生腺体的组织出血坏死感染，临床上出现中毒休克状态。过去人们常常根据血、尿淀粉酶的明显增高作为诊断的手段。实践表明腹腔很多病变常有淀粉酶改变的假象。木南等为了判断胰腺炎的严重程度，观察了14个项目，作以鉴别，并以此作为估计预后的参考，但其中有些项目需待时间观察，才能得到精确数字，影响诊治，我们认为下列几项标准作为预后的不良判断，在临床实践中较为实用：①体温超过39°C或低于36°C。②心率在120次/分以上。③白细胞计数在1.6×10^9/L以上。④休克或昏迷。⑤血糖超过200mg/dL。⑥血钙低于8mg/dL。⑦腹膜炎体征，可抽出血性或酱色渗出液。⑧血NPN超过60mg/dL。入院后全面检查，凡具有1～2项为轻型，如1～3项为中项，4项以上者为重型。笔者认为上述预后不良标准，方法简单，易于实践，有利于估计病人病情以及决定诊治方案。

二、早期手术：文献报导大都主张早期手术，所谓早期手术；即该病一旦确诊，经过短期准备，在24小时或48小时内进行手术。因为第一：急性胰腺炎，早期有广泛渗出、这些因胰腺炎所释放出的血管活性激肽（Histamine—Releasing agent, phospholipaselvaso active Kinins），磷脂酶A，组胺释放物质，2—2巨球蛋白结合的有毒物质等。都有严重的毒性和致死性。对病人的休克及周围多器官的损害（MOF）起着重要作用，必须予以早期引流。第二急性胰腺炎的病理特点，是病变发展迅速，短期内即可出现胰腺坏死出血，同时病变之程度和范围，无法从临床检查作出正确判断，早期手术即可清除坏死组织又可以作出肯定诊断，引流毒液、胰腺减压，抢救残存的胰腺组织，促进修复，防止或减少并发症。第三也可以针对具体情况，作一些附加手术，以改善病情加速治愈。

本组一例经手术探查表明19小时病变发展到全胰腺广泛性、灶性坏死出血、胃、结肠壁、大网膜等亦有类似病变，因此早期手术是应当提倡的。

三、术式的选择：在术式选择上人们不断地进行着艰辛的探索，然而至今仍未能找到一种被公认的好方法。手术的原则是清除胰腺的坏死组织，腹腔充分引流。目前手术方法较多，一般可分为：病灶清除和腹腔引流两个方面；病灶清除是指，胰腺表浅坏死组织或者外侵区域坏死组织清除以及胰腺深在坏死组织的规则切除，包括左半胰切除胰次全切除、全胰12指肠切除三种。手术方法的选择，一般根据病变的性质和范围而定。表浅坏死组织清除术，也叫非规则性包膜内局限或散在坏死灶清除术。如病变仅限于胰体尾部，可行体尾部切除术，若病变广泛，坏死组织深在难于判断、或体尾部肿胀明显，可考虑左半胰切除。据本组观察病变范围；一般以体尾部多见，体部次之，头部最少，企图

维普资讯 http://www.cqvip.com

作全胰切除应十分慎重，因为不仅损伤严重且后遗症也很难控制，死亡率很高。国内医学文摘主张规则性切除，理由是看来比较“正常”的胰腺组织，在炎症进展中释放的毒性物质比已坏死的组织更为有害，残存不明显坏死灶比明显坏死更为有害，此外胰外侵至肠系膜、结肠、胰床深面等组织皂化坏死，也要尽量清除，不容忽略。

四、腹腔充分灌洗引流：ＡＨＮＰ治疗时，腹腔及胰床要充分灌洗引流，被众多外科家所提倡。早期可以清除有毒的渗液（胰液），晚期可排除胰床及胰外继发坏死组织，其目的是促进胰腺的修复防止并发症的产生。镇江医学院主张“碟形开放手术引流治疗ＡＮＰ”，并置多根或排引流管引流胰床，目的彻底引流不断清除胰床坏死组织，通过多次换药延期关腹，1982年以来10例只死亡一例，据称效果满意。Gabhard主张采用灌洗、死亡率由54％降至37％，近年来大量文献介绍腹腔灌洗其治疗效果比单纯引流术为好。早期单纯引流是一种最古典的手术，仅适于表浅坏死胰腺炎或轻型胰腺炎，但对重型常因减压不够、引流不畅，故目前少用。胰腺扩大切除术，虽可达到清除病灶，但组织损伤严重，后遗症多，死亡率高，不易被人们接受，腹腔透析灌洗比单纯引流为好，但较为复杂费事。开放腹腔引流术创面大易招至感染难以推广。

我们介绍的是常规采用坏死组织清除腹腔充分灌洗引流治疗ＡＨＮＰ，这一手术包括以下几点：①切开胰腺被膜充分游离胰腺组织。②清除已脱落的坏死组织及胰外侵的腹膜后、结肠、大网膜等坏死皂化组织。③根据病变范围和适宜的病例有明显坏死组织，作必要的规则性切除。④术后小网膜腔持续灌洗，灌洗液可用生理水加抗菌素。⑤根据病情可以作胆道引流附加手术。据文献报导国人胰腺炎最常见原因是源于胆道病变所谓Opie提出“共同通道”学说，胆道引流减低胰管内压，达到内外减压引流效果更为理想。如上所述原则既能起到阻止胰腺继续坏死和胰外扩散，又能达到引流腹腔，防止毒性物质吸收的目的。胰腺术后继续坏死的排除，则依靠持续外引流解决。我们体会：本术式操作简单，创伤较小，并发症少，效果满意，易于推广。

参考文献 略

会阴侧切口裂开处理体会

鞍山市第三医院　科教科　**吴英男**　　妇产科　**赵雅娟**

（辽宁鞍山，邮政编码114031）

会阴侧切术是产科常见手术，术后切口因局部水肿，感染等原因裂开时有发生，如处理不当，会延长病程，我科自1990年4月至1991年5月，侧切患者共354例，且有6例侧切口全层裂开，对这6例患者，我们采取清创二次缝合方法，取得满意效果。

会阴侧切口裂开大部是因局部水肿、感染。因此，我们除应用抗生素抗感染外，对严重感染、水肿或创面有脓性分泌物者，先清创，新洗液、庆大霉素冲洗创口，1/5000高锰酸钾坐浴2天后，缝合，常规碘酒酒精消毒切口周围皮肤，裂口用新洗液消毒，0.5％普鲁卡因局部浸润麻醉，然后锐刮裂口创面、剔除坏死组织，使整个创面露出新鲜组织，裂口周边皮肤剪去0.2～0.4厘米，至新鲜创缘，庆大霉素冲洗创口，0号羊肠线缝合肌层及皮下组织，4号丝线结节缝合皮肤层，术后继续肌注抗生素，每日会阴擦洗两次，保持局部清洁，4天后拆线。

本组6例患者，行清创次二次缝合4天后拆线，愈合良好，治愈率达100％。

典型病例1：患者陈某，25岁，住院号：83155，于1990年4月8日因臀位会阴侧切助娩，4天后拆线，见局部感染，切口全层裂开，用上述方法局部清创冲洗，坐浴，10天后伤口新鲜，行清创二次缝合，术后4天拆线愈合良好。

会阴侧切术是产科常见手术切口愈合不良常见原因为缝合技术，无菌操作，产妇护理不当并和产妇健康状况有关如贫血、妊高征产程延长等原因。以往对本处理，[illegible]，局部换药、坐浴、疗程常达半月之久，重者达1～2个月，给患者带来很大痛苦。采用清创二次缝合方法，患者术后一周就可痊愈出院，因而可以说此方法是有效可行，值得推广应用的。