维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2005)05-0741-03

急性重症胰腺炎在ICU中的综合治疗

何发明，黄纪坚

(重庆医科大学附属第一医院中心 ICU,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨急性重症胰腺炎在 ICU 中的综合治疗效果及其意义。方法:对 1996 年 1 月～2004 年 6 月我院中心 ICU 收治的 96 例急性重症胰腺炎进行回顾性分析。结果:Ⅰ组给予常规治疗,死亡 14 例,死亡率 31.8%(14/44)。Ⅱ组在常规治疗基础上均行血液净化(CRRT),其中 5 例病人行两次血液净化;26 例病人行急诊床旁 ERCP、EST 及 ENBD 术;32 例给予人工呼吸机辅助通气。治愈 46 例,死亡 6 例,死亡率 11.5%(6/52)。结论:在 ICU 综合治疗技术的应用,提高了急性重症胰腺炎的抢救成功率。

【关键词】急性重症胰腺炎;ICU;综合治疗

【中国图书分类法分类号】R657.5+1 【文献标识码】A 【收稿日期】2004-10-22

Combined treatment of severe acute pancreatitis in ICU

HE Faming, et al

(*Department of Central ICU, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the effect and the significance of combined treatment for severe acute pancreatitis in ICU. *Methods*: 96 cases of severe acute pancreatitis treated in ICU of the hospital where the authors worked from Jan. 1996 to Jun. 2004 were analyzed retrospectively. *Results*: Group Ⅰ were treated with routine methods. 14 patients died and the mortality was 31.8%(14/44). Group Ⅱ were treated with routine methods combined with continuous renal replacement therapy(CRRT). 5 patients were treated with CRRT twice. 26 patients were treated with emergent endoscopic retrograde cholangiopancreatography(ERCP), endoscopic sphincterotomy(EST) and endoscopic naso-bile drainage(ENBD). 32 patients were treated with the mechanical ventilation. 46 patients were cured and 6 patients died. The mortality was 11.5%(6/52). *Conclusion*: The combined treatment in ICU can increase the curative effect of the severe acute pancreatitis.

【Key words】Severe acute pancreatitis; ICU; Combined treatment

急性重症胰腺炎(Acute severe pancreatitis, ASP)是一种病死率较高的常见急腹症。起病急,进展迅速,少数患者于发病早期死亡,多数患者则因其病程长,消耗大而产生各种并发症,导致病人死亡,目前报道死亡率为 50%[1]。近年随着各种综合治疗技术的应用,急性重症胰腺炎的抢救成功率明显提高。我院中心 ICU 从 1996 年 1 月至 2004 年 6 月收治急性重症胰腺炎 96 例,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

1996 年 1 月～1999 年 12 月收治 ASP 病人 44 例为Ⅰ组,年龄 52.96±22.84 岁;2000 年～2004 年收治 52 例为Ⅱ组,年龄 51.44±32.61 岁。两组均符合 ASP 诊断标准(48 小时内 Ranson≥3 项,APACHEⅡ评分≥8 分)[2]。全部病例均在发病 6～48h 入院。Ⅰ组:病前有高脂食物史 40 例,合并胆道疾病 31 例,29 例伴呼吸困难,26 例伴血压下降。Ⅱ组:病前有高脂食物史 38 例,合并胆道疾病 26 例,32 例伴呼吸困难,34 例伴血压下降。

1.2 治疗方法

Ⅰ组给予禁食、持续胃肠减压、营养支持及使用抑制胰液分泌药物(如:善宁或思他宁)等常规治疗。Ⅱ组在给予与Ⅰ组相同的常规治疗方法基础上,均行血液净化(CRRT,使用 Baxter BM25 连续性血液净化系统,置换液量总量 50～60 L/次,置换液流量 2000～3000ml/h,持续 24～30h),其中 5 例经第一次 CRRT 后腹部症状缓解不明显而再次行 CRRT;26 例行急诊床旁 EST 或 ENBD;32 例伴有急性低氧或呼吸困难给予机械通气。循环功能稍稳定给以全胃肠外营养(TPN),并在肠功能恢复后及早经鼻空肠管流质饮食。

作者介绍:何发明(1967-),男,讲师,硕士,
主要研究方向:急诊医学和危重病医学。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结 果

Ⅰ组治愈 25 例,14 例因继发多脏器功能衰竭(MOF)、严重肺部感染等而死亡,病死率 31.8%(14/44),另有 5 例放弃进一步治疗转回基层医院。Ⅱ组治愈 46 例,包括 6 例因合并严重腹腔脓肿、胰腺假性囊肿、胆囊管阻塞、腹内压≥25 cmH_2O 在生命体征平稳后转外科手术治疗者。6 例因并发严重休克、MODS,腹内高压综合征(腹内压均≥30cmH_2O)而死亡,病死率 11.5%(6/52)。

3 讨 论

ASP 是一种首发于消化系统的急危重症,随病情发展容易引发全身炎症反应(SIRS)、MODS 等系统损害,使其死亡率大幅增加,文献报道可达 50%[1]。随近年来包括 CRRT、EST、ENBD 以及无创机械通气(NIPPV)等在内的各种新治疗技术的应用,ASP 的抢救成功率明显提高。我们认为在综合治疗 ASP 时应特别注意以下几点。

3.1 常规治疗

对所有 ASP 病人,均应给予常规禁食、持续胃肠减压、使用抑制胃液和胰腺分泌的药物(如洛赛克、善宁或思他宁等),可以同时使用溶酶体膜稳定剂乌斯他丁(10 万单位,Q8h),以及应用广谱抗生素预防感染。生长抑素思他宁是人工合成的 SS-14 肽,能直接抑制胰腺腺胞细胞和导管的分泌功能,减少胰腺的分泌,还能抑制分泌胃酸、胃泌素和胆囊收缩素等,间接对胰腺外分泌有阻断作用,从而减轻胰腺的损伤。有动物实验研究认为生长抑素思他宁对 ANP 时 TXB2 等异常代谢有调整作用,从而改善胰腺患者的微循环,使实验性胰腺炎动物死亡率显著降低[3]。我们首次静脉推注思他宁 250μg 后,用 NS 48ml 加思他宁 6mg,2ml/h 持续静脉泵入 7～14 天。待患者的腹部体征明显好转,血淀粉酶恢复正常后停用。在血液动力学监测下,补充足够的液体量(晶体和胶体),纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。循环功能稍稳定后通过中心静脉输入高糖电解质液、中长链脂肪乳以补充足够的热量,即:TPN。一旦肠功能恢复,及时经鼻空肠管行肠道内营养,以减少 TPN 治疗所带来的不良影响(如:导管感染,肠粘膜屏障功能损害等)。

3.2 持续血液净化(CRRT)

由各种原因引起的胰管梗阻而致的胆汁返流、高脂高蛋白饮食、酒精、缺血致低灌注等因素引起胰腺腺泡损伤,从而释放多种受激活的胰酶和炎症细胞因子在 ASP 发病机理中起着重要作用[4],近年来国内外学者研究发现,SAP 患者血清中 TNF-a,IL-6,IL-8 含量升高[5],这些炎性介质导致全身炎症不断加剧,形成 SIRS[6],血液透析治疗用于清除血液中的有害的体液性炎症介质,减轻或延缓 SIRS 中细胞因子的瀑布效应,减轻 SIRS 炎症的不断加剧,同时血液透析也可以改善组织氧利用度,减轻急性呼吸窘迫综合征(ARDS)所致肺顺应性变化,以及维持内环境的稳定纠正酸中毒。已有实验证实[7,8]从发病开始行 CRRT 治疗,患者最初表现的极度烦躁逐渐变得安静,CRRT 过程中,既能迅速清除体内的多余水分,纠正心力衰竭,同时补充足够的血容量以纠正低血压性休克,在静脉高营养的同时持续清除 Bunt 和 Scr。我们的经验是:行 CRRT 后,多数病人腹部疼痛、腹胀,腹膜刺激征及呼吸困难迅速缓解,血淀粉酶和脂肪酶迅速下降。少数病人缓解不明显,行再次 CRRT 后也取得满意效果。而且通过进行 CRRT 有助于缩短病程、减少 ASP 引发的多器官损伤,从而降低治疗费用,提高抢救成功率。

3.3 ERCP、EST 及 ENBD 的应用

目前已经证实,急性胰腺炎的发生与胰管受结石阻塞或乳头痉挛、水肿相关,而胰腺炎的严重程度,与胰管的压力及受阻塞时间长短成正相关关系。因此,一旦发生急性胰腺炎时,及时解除胰管、乳头梗阻,应是对因治疗。实践证明,在传统治疗急性胆源性胰腺炎时,除充分引流外,附加切开胆管引流、减压,往往能取得良好治疗效果[9]。有学者应用内镜技术,解除胆管下端梗阻,降低胰管内压,减轻胆胰返流,取得满意效果,同时避免了因施行大手术造成的创伤[10,11]。也有文献报道[12]急性胆源性胰腺炎病人,如胆道下端狭窄,行 EST 取石;如没有结石,作 ENBD 术后,患者的并发症发生率,住院天数和住院费用明显低于对照组。Ⅱ组 26 例有胆道系统疾病的病人,B 超证实胆道下端有梗阻表现,在床旁行 ERCP、EST 或 ENBD 术,在术中发现,多数病人的乳头部位肿胀充血明显、插管困难,行切开引流术后,引流出粘稠的墨绿色样物质,量约 150～

维普资讯 http://www.cqvip.com

250ml 不等,部分病人还在术中取出结石,引流物细菌培养为大肠动乱希氏菌和绿脓杆菌等,有利于选择有效的抗生素,每日冲洗胆道引流管利于水肿的消退。术后患者的腹部症状明显缓解,血中淀粉酶和脂肪酶明显下降,缩短了住院时间。

3.4 急性呼吸窘迫病人的呼吸机辅助治疗

ASP 并发 ARDS 是多因素参与引起肺循环障碍的结果。其发病机制是大量胰酶进入血液引起广泛的血管功能损伤和紊乱,体液大量进入第三间隙发生低血容量性休克和肺灌注不足,胰酶激活凝血、纤溶、补体和激肽等多个系统,引起肺血栓形成和栓塞,导致组胺和 5-羟色胺等血管活性物质释放,引起肺血管收缩;同时白细胞聚集和氧自由基释放,亦引起组织损伤。在这些因素的综合作用下,出现肺灌注的失常、肺血管壁破坏,内膜损伤、通透性增加、肺表面活性物质减少,最终出现肺间质和肺泡水肿,肺出血、透明膜形成、肺不张等 ARDS 改变。因此,临床上我们观察到,少数 ASP 病人在发病数小时内就有呼吸困难,动脉血气分析示严重低氧血症,$PaO_2/FiO_2 < 200mmHg$,经鼻塞吸氧不能缓解。作胸部 CT 检查发现绝大多数病人有双侧胸腔积液(以左侧为重)及局限性肺不张(以下肺背段为主)。此时,应尽早阻断低氧血症,防止进一步发展为多脏器功能不全。我们采用机械通气,先用 NIPPV,如仍不能纠正,则及时改为经鼻插管行有创通气治疗。上用呼吸机的 32 例病人中,6 例因难治性低氧血症、多脏器功能不全、腹内高压综合征抢救无效死亡,其余 26 例多数病人上机 1 周左右顺利脱机。

总之,在 ICU 中应用各种综合抢救技术救治 ASP,使能其顺利度过危险期,避免多脏器功能不全的发生,提高抢救成功率。

参 考 文 献

[1] Andrulli A, Perri F, Annese V. Guidelines for treatment of acute pancreatitis[J]. Gut, 1999;44:579-580.

[2] 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;35:773-775.

[3] 袁耀宗, 吴家新. 重症胰腺炎十二碳烯酸的异常代谢与大黄、施他林的作用[J]. 中华消化内科杂志, 1997;17(5):276.

[4] Kusske AM, Rongione AJ, Reber HA. Cytokines and acute pancreatitis[J]. Gastroenterology, 1996;110:639-642.

[5] Kingsworth A. Role of cytokines and their inhibitors acute pancreatitis[J]. Gut, 1999;40:1-4.

[6] 夏亮芳, 王学汉. 急性坏死性胰腺炎 211 例治疗经验[J]. 中华外科杂志, 1997;35:348.

[7] 钟 清, 甘 华, 杜晓刚, 等. 连续性静脉-静脉血液滤过在重症胰腺炎治疗中的价值[J]. 中华内科杂志, 2003;7:483-485.

[8] 王锦权, 高玉华, 刘 宝, 等. 连续性静脉血液滤过在 ICU 中的应用研究[J]. 中国血液净化, 2002;4:17-19.

[9] 沈 魁, 钟守光, 张圣道, 主编. 胰腺外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000;328-330.

[10] 王茂旭, 田伏洲, 李素芝, 等. 经内镜胆管引流术治疗急性胰腺炎[J]. 中国消化内科杂志, 1998;15:208.

[11] 陆仁达, 李能平, 周鸣清. 早期 EST 治疗重症胰腺炎[J]. 肝胆外科学杂志, 1999;11:70.

[12] Zhou MQ, Li NP, Lu RD. Duodenoscopy in treatment of acute gallstone. pancreatits[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2002 Nov;1(4):608-610.