维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)06－0817－03

重症急性胰腺炎早期手术治疗的临床评价

张明满，谭忠宜，余永康，高根五

(重庆医科大学第二临床学院普外科,重庆 400010)

【摘 要】目的:评价重症急性胰腺炎(SAP)早期手术的治疗效果。方法:回顾性分析 147 例重症急性胰腺炎(SAP)的治疗情况,其中 38 例伴有单个或多个重要脏器功能障碍(SAP－Ⅱ)。将早期手术治疗的 SAP－Ⅱ 23 例与早期非手术治疗的 SAP－Ⅱ 15 例在病死率及并发症发生率等方面进行对比分析。结果:早期手术组中病死率和并发症发生率分别为 30.43%(7/23)和 34.78%(8/23),早期非手术组中病死率和并发症发生率分别为 66.67%(10/15)和 46.67%(7/15),两组比较早期手术组的病死率明显低于早期非手术组($P<0.05$),而并发症发生率差别不大。结论:早期手术对一些严重的重症急性胰腺炎(SAP－Ⅱ)患者是必需的。在 SAP 早期保守治疗期间出现 1 个或多个重要脏器功能障碍时应进行手术治疗以降低病死率。

【关键词】胰腺炎;休克;外科手术

【中国图书分类法分类号】R657.5＋1 【文献标识码】A 【收稿日期】2002－01－29

Clinical evaluation on early surgery for patients with severe acute pancreatitis

ZHANG Mingman, et al

(*Department of General Surgery, The Second College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the curative effects of early surgery for patients with severe acute pancreatitis (SAP). *Methods*: 147 SAP patients were analyzed retrospectively. 38 out of 147 patients with SAP presented single or multiple organ dysfuction (SAP－Ⅱ) in early stage of SAP. Among them 23 patients underwent early operation, and they were studied and compared with 15 patients treated non－surgically in early stage of SAP. *Results*: The mortality in the early operation group was 30.43% (7/23), compared with 66.67% (10/15) of those not receiving operation in early stage. Statistic analysis showed that there was significant difference between them. *Conclusion*: Early operation is necessary for some severe cases. In early stage of SAP surgery should be performed when patients present single or multiple organ dysfunction under routine conservative management in order to decrease the mortality of SAP.

【Key words】Pancreatitis; Shock; Surgical operation

重症急性胰腺炎(SAP)是否需要早期手术治疗目前尚存不同看法,其原因可能与目前对早期手术的指征及手术时机缺乏统一认识,以及对早期手术的疗效缺乏客观评价有关。我们对 1995 年 1 月至 2001 年 5 月收治的 SAP 147 例的有关资料进行回顾性分析,旨在对 SAP 早期手术的意义进行客观评价并对早期手术的指征和手术时机进行探讨。现报告如下。

1 方 法

1.1 一般资料

1995 年 1 月至 2001 年 5 月收治急性胰腺炎(AP)823 例,其中 147 例符合中华医学会外科学会胰腺学组 SAP 的临床诊断及分期标准[1]。根据分级标准 SAP－Ⅰ 109 例,SAP－Ⅱ 38 例。男 55 例,女 92 例,年龄 14～82 岁,平均 52.8 岁。合并胆道疾患 55 例,其中有胆道梗阻 19 例,暴饮、暴食、酗酒等诱发 35 例,原因不明 57 例。病前有严重内科疾病的病例未进入本研究。

1.2 分组及治疗情况

根据治疗方案和手术时间将本组病例分为非手术组 99 例、早期手术组 38 例和延期手术组 10 例。

1.2.1 早期手术组 是指发病 1 周内进行的手术,其中发病 72h 内手术 17 例,3～5 天 14 例,5～7 天 7 例。早期手术原因包括:合并胆道梗阻(SAP－Ⅰ)15 例,SAP－Ⅱ 23 例(含合并胆道梗阻 4 例),其中伴合并休克、肾衰 13 例,早期成人呼吸窘迫综合征(ARDS)5 例,胰型脑病 1 例,出血倾向 1 例,保守治疗期间有恶化倾向 3 例(高烧、血性腹水 2 例,肠麻痹 CT 提手胰后浸润范围增大 1 例)。术中所见:合并

作者介绍:张明满(1959－),男,副教授,
主要研究方向:重症急性胰腺炎的手术治疗。

维普资讯 http://www.cqvip.com

胆道梗阻的 15 例(SAP－Ⅰ)中,胆总管直径 0.8～2.0cm 不等,13 例取出结石,1 例结石推入十二指肠内,1 例取出蛔虫;胰腺点状坏死 5 例,局灶性坏死 8 例,节移性坏死 2 例,肠系膜根部侵犯 1 例。SAP－Ⅱ 23 例中胰腺点状坏死 2 例,局灶性坏死 3 例,节移性坏死 10 例,大片坏死 8 例,胰外侵犯 11 例主要集中在肠系膜根部和胰后间隙。手术方式:合并胆道梗阻 15 例(SAP－Ⅰ)均行胆总管引流、胰包膜切开、胰周引流冲洗,其中 4 例行营养性空肠造瘘;23 例 SAP－Ⅱ中均行胰包膜切开减压、胰周充分引流及冲洗,8 例行坏死组织清除。胆总管引流 16 例,胆囊造瘘 7 例,营养性空肠造瘘 12 例,胃造瘘 11 例,术中经鼻将空肠营养管置入空肠 8 例。

1.2.2 延期手术组 是指发病 1 周后进行的手术,本组 10 例,其中发病 1～2 周 3 例,3～4 周 5 例,5 周以后 2 例。手术原因为胰腺及胰周坏死并发感染 8 例其中合并顽固性肠麻痹 3 例,2 例为胰周积液引起上消化道梗阻,手术方式为坏死组织清除及引流术。

1.2.3 非手术组 本组 99 例,其中 84 例 SAP－Ⅰ因全身炎症反应轻腹腔积液少行非手术治疗。15 例 SAP－Ⅱ因各种原因失去早期手术机会而行非手术治疗,其中伴休克、肾功能不全 8 例,ARDS 4 例,出血倾向 2 例,胰型脑病 1 例。非手术治疗措施:(1)禁食、胃肠减压;(2)积极抗休克纠正水电解质酸碱平衡失衡;(3)抑制胰腺分泌(5－Fu 或生物抑素等);(4)预防感染;(5)营养支持(TPN);(6)重要器官功能监测(ICU)及维护等。

2 结 果

本组 SAP 147 例中死亡 19 例。早期手术组死亡 7 例,均为 SAP－Ⅱ病例组,其中 5 例为术前的多器官功能障碍(MODS)术后没有好转、2 例死于后期的严重感染。16 例术后逐渐好转并不同程度痊愈。8 例出现并发症,其中 5 例胰周感染,2 例再次手术行坏死组织清除及脓肿引流;胰瘘和十二指肠外瘘各 1 例,经非手术治疗均痊愈;结肠瘘 1 例行再次手术后痊愈。延期手术组 2 例死于后期的感染和营养障碍,8 例不同程度痊愈。非手术组 99 例中 SAP－Ⅰ 84 例均不同程度痊愈,其中 10 例有胰周感染和积液等并发症。SAP－Ⅱ级 15 例中死亡 10 例,其中 2 例死于难治性休克,3 例死于 ARDS,1 例死于弥散性血管内凝血(DIC),2 例死于 MODS,2 例死于后期感染和营养障碍;7 例出现并发症,其中 5 例胰周感染(2 例死亡),2 例胰周积液致上消化道不全梗阻;5 例不同程度痊愈。早期手术治疗的 SAP－Ⅱ 23 例与非手术治疗的 SAP－Ⅱ 15 例比较见表 1。

表 1 SAP－Ⅱ早期手术与早期非手术治疗结果比较表

组别	例数	病死率	并发症率
早期手术组	23	30.43%(7/23)	34.78%(8/23)
早期非手术组	15	66.67%(10/15)	46.67%(7/15)
χ^2		4.821	0.537
P 值		0.028*	0.463

注:采用 SAS 软件,χ^2 检验。

*$P<0.05$ 具有显著性差异

如表所示:SAP－Ⅱ 38 例中早期手术治疗组 23 例的病死率和并发症发生率均低于早期非手术治疗组,其中病死率具有统计学差异。

3 讨 论

重症急性胰腺炎(SAP)根据其严重程度可分为两类,SAP－Ⅰ:SAP 不伴有脏器功能障碍,SAP－Ⅱ:伴有休克、肾功能衰竭、ARDS、胰型脑病等重要脏器的功能障碍。前者经液体复苏、改善微循环、抑制胰腺分泌等保守治疗措施大多数可以痊愈。后者在保守治疗的基础上是否需要早期手术?在临床工作中我们遇见有些 SAP 病人在非手术治疗过程中病情逐渐加重或迅速加重而死亡,同样严重程度的病人由于采取了早期手术治疗,术后有些病人逐渐好转甚至痊愈。以上现状促使我们对早期手术的必要性进行评估并对早期手术的指征进行探讨。本组 SAP 147 例中,SAP－Ⅰ 99 例手术与非手术治疗在病死率和并发症发生率等方面并无差异。SAP－Ⅱ 38 例中早期手术 23 例,术后病死 7 例,而非手术治疗 15 例,病死 10 例。结果提示早期手术组病死率明显低于非手术组,而并发症发生率并无明显差异。我们认为对 SAP－Ⅱ的病人早期手术是必要的。早期手术具有以下好处:(1)引流被激活的胰酶有利于减轻对胰腺及胰周组织的破坏;(2)引流出炎性因子有利于减轻全身炎症反应(SIR);(3)及时解除胆道梗阻可减轻胆汁对胰酶的激活;(4)胰包膜切开减压有利于改善胰腺血供,减轻胰腺的继续坏死,促进胰腺的愈合。如果一味地保守治疗可使有毒物质继续危害机体产生下列后果:(1)炎性因子继续入血进一步激发机体炎症细胞释放更多的炎症介质,加重重要器官功能损害[2,3];(2)夹杂有出血及坏死组织的血性腹水吸收困难,很容易产生细菌感染,如不及时引流势必产生化脓性腹膜炎和腹腔残余脓肿等;

维普资讯 http://www.cqvip.com

(3)胰腺后间隙夹杂有胰酶的大量坏死组织如不及时引流很容易在腹膜后间隙扩散,向上扩散引起胸腔积液加重肺功能损害;向下扩散产生肾周及肠系膜根部水肿、积液和严重的肠麻痹引起肠道细菌移位致 SAP 后期的严重感染[4,5]。

SAP 早期坏死范围不确定,坏死组织与正常组织界限不清,早期手术清除坏死组织具有以下缺点:(1)容易引起出血和血管损伤加重胰腺坏死;(2)清除坏死组织的同时切除了具有恢复潜力的胰腺组织;(3)容易产生胰瘘并发症;(4)术后继续坏死感染需再次手术;(5)手术时间延长加重对病人的打击。本组病例中有 8 例行坏死组织清除术,术中出血较多需术中输血,术后 2 例需行再次手术,1 例发生胰瘘。因此,我们认为早期手术的目的是充分引流炎性物质及坏死组织,手术应力求简单、应避免范围过大、时间过长,应以胰包膜切开减压和胰周充分引流为度,不宜行坏死组织清除。

手术的打击可加重病人的全身炎症反应(SIR),手术中有可能污染引起 SAP 后期感染,从而使 SAP 早期手术后病死率和并发症发生率升高。这令许多学者对早期手术有顾虑。本组病例显示早期手术在使 SAP - Ⅱ病人病死率明显下降的同时感染等并发症并无明显增加,早期手术后死亡的 7 例中有 6 例患者胰腺有大片坏死,5 例死于术前重要脏器官功能障碍术后无明显改善。我们认为,SAP 术后预后好坏主要与胰腺坏死程度以及重要脏器功能损害术后恢复与否有关,简单而短暂的手术不会增加术后病死率。

SAP - Ⅰ由于坏死较轻、胰周侵犯较小对重要脏器影响小有自愈可能;有胆道梗阻的胆源性胰腺炎需手术解除梗阻以利胰腺的修复;SAP - Ⅱ的病例由于胰腺及胰周坏死多较严重、对重要脏器影响大,应在非手术治疗的基础上采取早期手术引流,并对坏死严重的病例行"三造瘘"以利病人术后行肠内营养。综上所述,我们建议 SAP 行早期手术的指征为:(1)SAP 伴有胆道梗阻的胆源性胰腺炎[6];(2)SAP 伴休克(迅速出现且正规抗休克治疗 6h 未见明显好转的休克);(3)SAP 伴有 1 个或多个脏器或系统功能衰竭;(4)SAP 伴大量血性腹水;(5)增强 CT 提示胰腺坏死严重、胰后有大量积液;(6)非手术治疗期间病情恶化(高烧;腹水增多、腹胀明显;CT 及 B 超提示胰周侵犯范围增大)。

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] Kingsnorth A. Role of cytokines and their inhibitors in acute pancreatitis[J]. Gut, 1997;40:1 - 4.

[3] 王自法,潘承恩,刘绍谐. 急性胰腺炎中炎性介质的作用[J]. 华人消化杂志, 1998;7:170 - 171.

[4] 刘续宝、段伟强、张肇达,等. 重症急性胰腺炎感染的危险因素分析和预防性抗生素的作用[J]. 中华肝胆外科杂志, 2000;7(3):144 - 146.

[5] 邓 群,吴承堂,黎沾良,等. 急性坏死性胰腺炎并发感染防治方法的实验研究[J]. 中华外科杂志, 2000;38(8):625 - 629.

[6] S. T. Fan, Edward C. S. Lat, Francis P. T. Mok, et al. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy[J]. New Eng. J. Med, 1993;328(4):228 - 234.