DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.17.028
第25卷第17期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 17
1564 2003年9月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Sep. 2003

论著

文章编号:1000-5404(2003)17-1564-03

重症急性胰腺炎治疗的临床研究

孙英信,孔令泉 (重庆医科大学附属第一医院普通外科,重庆 400016)

提 要:目的 探讨重症急性胰腺炎(Severe acute panceratitis, SAP)的治疗原则与方法。方法 对1990—2000年收治的102例SAP病人的治疗情况进行回顾性分析。结果 SAP伴胆道梗阻22例均手术治疗,治愈(91%),病死(9%),胆囊结石无胆道梗阻者38例,手术治疗20例,治愈9例(95%)。病死1例(5%);非手术18例,治愈率100%。非胆源性SAP 42例,手术治疗23例,治愈70%,病死率30%。非手术治疗19例,治愈率84%,死亡率16%。结论 SAP伴胆道梗阻者应急诊手术,伴胆囊结石但无胆道梗阻者宜先非手术治疗;非胆源性SAP的手术指征应从严掌握。

关键词:胰腺炎;重症急性;治疗方案
中图法分类号:R459.7;R576.05 文献标识码:A

Clinical study of the treatment for severe acute pancreatitis

SUN Ying-xin, KONG Ling-quan (Department of General Surgery, First Affiliated Hospital, Chongqing University of Medical Sciences, Chongqing 400016, China)

Abstract: **Objective** To explore the therapeutic principle and method for severe acute pancreatitis (SAP). **Methods** The treatment data from 102 cases with SAP in our department from 1990 to 2000 were analyzed retrospectively. **Results** Twenty-two patients with SAP accompanied by biliary tract obstruction underwent surgical treatment with a healing rate of 91% and a death rate of 9%. In the 38 cases of SAP with biliary stone but without biliary tract obstruction, 20 patients underwent surgical treatment with a healing rate of 95% and a death rate of 5%, but 18 patients received non-surgical treatment with the healing rate of 100%. Of the 42 cases of non-biliary SAP, 23 patients underwent surgical treatment with a healing rate of 70% and a death rate of 30%, but 19 patients underwent non-operative treatment with a healing rate of 84% and a death rate of 16%. **Conclusion** Patients with SAP accompanied by biliary tract obstruction should receive emergency operation, but those with SAP accompanied by biliary stone but without biliary tract obstruction should receive non-operative treatment first. The surgical indications for non-biliary SAP should be strictly controlled.

Key words: severe acute pancreatitis; therapeutic scheme

重症急性胰腺炎(Severe acute panceratitis, SAP)目前仍是严重的急腹症,治疗困难,并发症多,死亡率高,治疗对策尚有分歧。现将我们1990—2000年治疗的102例SAP总结如下,并对治疗作重点讨论。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组102例,男40例,女62例,年龄26~69岁,平均46岁。按中华医学会外科分会胰腺外科组2000年杭州会议制定的《重症急性胰腺炎诊治草案》临床诊断及分级标准[1]诊断SAP,均有B超、CT检查及多次血淀粉酶、脂肪酶、尿淀粉酶、血生化及微量元素等检测。102例中胆源性重症急性胰腺炎60例,其中仅合并胆囊结石而无胆道梗阻者38例,非胆源性重症急性胰腺炎42例,重症Ⅰ级44例,重症Ⅱ级58例,手术治疗65例,非手术37例。

1.2 治疗与结果

本组非手术治疗37例,包括胆源性胰腺炎18例,非胆源性胰腺炎19例。主要治疗方法为:①禁食、禁饮。②胃肠减压。③抑制胰酶分泌药物的应用:抑肽酶、善得定、施他宁、乌司他丁、雷尼替丁等。④抗生素:泰能、头孢他啶、头孢噻肟、头孢拉啶、甲硝唑、替硝唑及奎诺酮类。⑤维持水、电解质及酸碱平衡。⑥营养支持。⑦改善胰腺微循环:低分子右旋糖酐、前列腺素E1、凯时及复方丹参注射液等。⑧心电监测。⑨肝、肾功能、微量元素、血淀粉酶、脂肪酶、尿淀粉酶、血糖等监测。手术治疗:65例包括胆源性重症急性胰腺炎44例,非胆源性重症急性胰腺炎23例。手术方法为胰被膜切开,腹腔引流,胆囊切除,胆道引流54例,在此基础上加做坏死组织清除11例。本组非手术治疗者均为无胆道梗阻的SAP,包括伴有胆囊结石的病人,及部分非胆源性SAP,临床肉眼观察均无黄疸,肝功能检测总胆红质及1 min胆红质正常,胃管引流可见胆汁,右上腹无明

作者简介:孙英信(1949—),男,山东省威海市人,副主任医师,副教授,主要从事血管外科急症、肿瘤综合治疗方面的研究,发表论文20余篇。
电话:(023)68809939

收稿日期:2003-04-15;修回日期:2003-06-08

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

显腹膜刺激征及肿大胆囊, B 超胆总管不粗, 无结石及蛔虫等。本组死亡 13 例, 伤口感染 19 例, 肠瘘 1 例, 胰瘘 3 例。不同类型病因及治疗方式与结果见表 1。

表 1　102 例治疗方式与结果(%)

Tab 1　Therapeutic methods and outcomes of 102 cases of severe acute pancreatitis(%)

Group	Methods	*n*	Recovery (%)	Mean hospital days	Operation
Biliary SAP					
With biliary tract obstruction	Operation	22	20(91)	52	2(9)
Without biliary tract obstruction	Operation	20	19(95)	36	1(5)
	Non-operation	18	18(100)	21	
Non-biliary SAP	Operation	23	16(70)	73	7(30)
	Non-operation	19	16(84)	24	3(16)

2　讨论

2.1　重症急性胰腺炎的非手术治疗

对 SAP 的治疗基于医师对 SAP 的认识与病情的判断, 有无胆道梗阻是决定手术与否的关键。对已确诊为 SAP 的病人自 20 世纪 80 年代以来多主张早期手术, 手术方式也不断扩大, 甚至全胰切除[2]。近年来的观察早期手术非但无益, 还可能有害。国外有学者提倡延期手术[3], 目前基于非手术原因主要是: ①手术无法彻底清除病灶, 胰腺实质的坏死多为灶状, 肉眼对坏死或严重出血难以确定。②手术不能阻止胰腺的自身消化和并发症的发生, 也不能防止术后胰腺继续坏死和继发感染。③术后可增加外源性感染机会。④SAP 是一种严重的创伤, 手术将加重对机体的打击。⑤腹部大的手术切口、胆道引流的"T"管及数根引流管的安置将影响病人的腹式呼吸, 从而严重影响病人的呼吸功能。因此现在多数学者认为除伴胆道梗阻的 SAP 外, 一般不主张早期手术, 不主张过大的手术。非手术治疗的适应症根据本组的资料及治疗经验, 应包括以下几点: ①临床肉眼观察无黄疸, 肝功能检测总胆红质及一分钟胆红质在正常范围。②B 超检查, 胆总管直径在正常范围, 且无结石或蛔虫等。③CT 检查无气泡征或增强 CT 的胰腺密度＞50 Hu。④右上腹无明显压痛或肿大胆囊。⑤胃管内可见胆汁。⑥保守治疗腹痛症状逐渐减轻。本组非手术病人 37 例, 均依上述指标观察判断, 无死亡及严重并发症发生者。

2.2　手术治疗

由于 SAP 外科治疗观念的转变, 对手术的适应证、手术时机及手术方法的认识也产生新的观点。结合我们的经验认为主要有以下几点: ①凡伴有胆道梗阻并经影像学检查确诊者。②严重弥漫性腹膜炎, 伴全身严重感染及血性腹水。③坏死性胰腺炎合并感染, 经 CT 检查或细胞穿刺, 找到细菌者。④发生 ARDS 或 MOF。⑤过去非手术治疗不够合理, 经 24 h 加强治疗病情继续恶化者。⑥正规非手术治疗已超过 24 h 病情无好转。目前对胆源性胰腺炎可区分为胆道梗阻性胰腺炎和非胆道梗阻性胰腺炎。非胆道梗阻性胰腺炎即 SAP 与胆囊结石并存而无胆道、胰管流出道梗阻的病人应在急性胰腺炎病情缓解后择期经腹或腹腔镜胆囊切除术比较安全, 最好出院休息一段时间再手术。38 例非胆道梗阻性胰腺炎早期手术 20 例, 死亡 1 例(5%), 伤口感染 5 例(25%)。非手术治疗 18 例无死亡及伤口感染者, 住院时间明显短于手术治疗者。因此, SAP 早期针对胆道疾病手术是不恰当的。对胆道梗阻性胰腺炎即 SAP 伴有胆道梗阻者, 手术可使阻塞的壶腹开放, 减少胆管炎, 防止胰腺坏死的进展[4]。胆道探查理论上有其优越性, 但有加重病情的潜在危险性[5], 而并无想象中的优点。逆行胆管(ERC)和内镜下括约肌切开术(EST), 可降低对胆源性胰腺炎病人的死亡率[6], 但有待于进一步积累经验。目前对 SAP 手术方法主要有胰腺被膜切开、坏死组织清除及腹腔引流术, 并在此基础上加做胆囊切除术、胆总管探查、"T"管引流术。规则性胰腺切除治疗 SAP 手术破坏性很大、易发生出血及胰瘘, 此外, 胰腺外观与实际病理改变的差异很大, 多数 SAP 仅胰腺外周部分坏死。因此现已不主张对 SAP 施行规则性胰腺切除术。胰腺坏死组织的清除对一些小的坏死灶是有效的, 但术后坏死过程仍可能继续发展, 需依靠腹腔灌洗引流胰性毒性物质, 以减少胰性渗出及坏死组织向腹膜后发展。

近年来改善胰腺血液循环治疗 SAP 已受到重视, 胰腺组织缺血、灌注不足、微循环障碍是胰腺出血坏死的重要原因, 也是病情加重的重要病理特征。目前应用的低分子右旋糖酐不仅对扩容及抗休克有重要作用, 也有降低血液粘稠度、祛聚、抑制血栓形成及增加胰腺血流量的多重作用。新药凯时(前列地尔脂肪乳注射液)具有强烈的扩张血管作用, 抑制血小板凝集以及改善末梢血循环作用。本组 8 例在一般治疗的基础上加用凯时, 症状缓解时间明显缩短。

胰腺坏死后继发感染是 SAP 的重要死亡原因, 应选用能通过血胰屏障对肠道常见菌有效的抗生素, 如泰能、头孢他啶、头孢噻肟、氟嗪酸、氧氟沙星、甲硝唑等, 可经胃管灌注肠道抗生素, 如甲硝唑、庆大霉素、氧氟沙星等。此外 SAP 时腹膜后严重的炎症反应和大量液体渗出可致肠麻痹。早期应用硫酸镁以及中药大承气汤等导泻剂, 可促进胃肠蠕动、减少细菌过量繁殖、减少细菌移位及促进腹腔渗液的吸收。本病多见于肥胖患者。伤口感染、脂肪液化的发生率也较其它

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

腹部手术明显增高。

ARDS 是 SAP 常见致命并发症，几乎所有死亡病人均发生 ARDS。表明 ARDS 是重症急性胰腺炎多器官功能不全的最早临床表现，其发生率在 80% ~ 100%[7]。一旦发生应高度重视，并给呼吸机治疗。在预防感染及 ARDS 发生同时也应注意预防应激性溃疡及注意保肾利尿，适当利尿可增加毒性及酶性液体排出，保护肾功，减少胰性脑病的发生。

参考文献：

[1] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治草案[J]. 中华普通外科杂志, 2001, 16(1): 699－700.
[2] Alexandra J H. Role of total pancreatectom in the treatment of necrotizing pancreatitis[J]. World surg, 1981, 5(2): 369－372.
[3] Ranson J C, Guerrieri M T. The role of surgery in the management of acute panceratitis Ann Surg[J]. World J Surg, 1990, 211(4): 382－386.
[4] 王自法，潘承恩. 重症急性胰腺炎外科治疗的进展与评价[J]. 现代临床普通外科, 1998, 3(1): 7－9.
[5] Tenner S, Banks P A. Acute panceratitis: nonsurgical management[J]. World J Surg, 1997, 21(2): 143－147.
[6] Lin Chi-leung, Lo Chlong Mau, Fan Sheung-Tat. Acute biliary panceratitis: diagnosis and management[J]. World J Surg, 1997, 21(2): 149－154.
[7] 朱立元，高福志. 重症急性胰腺炎与多器官功能不全综合征[J]. 临床外科学, 1998, 6(3): 124－125.

（编辑 张大春）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2003)17-1566-01

B 超对慢性肝病患者非肝性腹水的诊断价值

Diagnostic value of B-ultrasound on non-hepatic ascites of patients with chronic liver disease

李 霞，陈东风 （第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所消化内科，重庆 400042）

超声检查中慢性肝病合并其它原因所致腹水时易引起误诊，我科接诊多例慢性肝病合并腹水患者外院 B 超误诊为“肝硬化腹水”。我科 B 超检查后肝胆脾及腹水影像和有关临床资料分析是排除“肝硬化腹水”的一个有效方法。

1 资料与方法

病例来源于我科 B 超检查慢性肝病合并腹水患者 26 例，外院 B 超均诊断“肝硬化腹水”。其中男 18 例，女 8 例，年龄 23 ~65 岁。对照组 30 例肝性腹水患者，男 23 例，女 7 例，年龄 25 ~70 岁。

检查方法：采用 RTFino 超声诊断仪。探头频率 3.5 MHz。受检者空腹，依次探查肝（大小、回声、有无占位）、胆、门静脉宽度、脾脏大小。

2 结果

2.1 腹水病因

经腹水腹膜、CT、胃镜、肠镜及病理检查，确诊 26 例非肝性腹水。其中，渗出型结核性腹膜炎 16 例，胃癌腹膜转移并腹水 3 例，结肠癌腹膜转移 2 例，腹膜间皮瘤 1 例，腹膜假性粘液瘤 1 例，布-加综合征 1 例，盆腔炎 2 例。对照组 30 例肝性腹水中肝硬化 25 例，肝硬化并肝癌 4 例，重症肝炎 1 例。

2.2 脏器超声表现

26 例慢性肝病非肝性腹水患者多数肝脏形态规则、回声均质，仅 2 例肝大，8 例回声稍增粗；门静脉内径 11 ~ 13 mm；脾大 12 例（轻度 9 例，中度 3 例），胆囊壁厚 3 ~ 5 mm。肝病性腹水患者肝脏形态、大小、回声异常，肝大 4 例、缩小 22 例，回声粗糙 29 例，其中回声不均质 4 例；门静脉 14 ~ 17 mm；脾大 30 例（中度 17 例，重度 13 例）；胆囊壁 5 ~ 11 mm。

2.3 腹水的超声表现

26 例非肝性腹水及 30 例肝性腹水的腹水超声表现对比分析，结果见表 1。

表 1 慢性肝病非肝性腹水与肝性腹水的腹水超声表现

超声表现	慢性肝病非肝性腹水		肝病性腹水	
	例数（总数 26）	%	例数（总数 30）	%
腹水游离	7	26.9	28	93.3
腹水分隔	18	69.2	2	6.7
肠管固定	19	73.1	2	6.7
腹膜增厚与结节	16	61.5	2	6.7

3 讨论

慢性肝病非肝性腹水患者肝脏大小、形态、回声基本正常，除 2 例肝大，8 例回声稍增粗；门静脉内径均在 13 mm 以内；胆囊壁厚 3 ~ 5 mm，无双边征；脾大 12 例（轻度 9 例、中度 3 例）；合并胃癌、结肠癌者腹腔内可查见“假肾征”。而肝性腹水患者肝脏不同程度缩小（22 例，73.3%），4 例肝硬化合并肝癌肝脏增大，肝内可见不均质回声块影，29 例肝硬化回声均粗糙（96.7%）；除 1 例重症肝炎外，门静脉增宽 14 ~ 17 mm，其中 3 例有癌栓形成；30 例胆囊壁都有不同程度增厚分层 5 ~ 12 mm（重症肝炎尤其明显），与非肝性腹水显著不同。所有肝性腹水脾脏均肿大，且程度明显重于非肝性腹水。

（下转 1569 页）

作者简介：李 霞（1968－），女，重庆市人，主管护师，主要从事消化内镜及 B 超检查方面的研究。电话：(023)68757382

收稿日期：2002-10-30；修回日期：2003-03-12

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net