

[文章编号] 1000-2200(2008)03-0290-02

· 临床医学 ·

## 重症急性胰腺炎 58 例治疗体会

昌 祥

**[摘要]** 目的:探讨重症急性胰腺炎(SAP)的合适治疗方案。方法:收集 1998 年 6 月~2006 年 1 月经我科收治的 58 例重症急性胰腺炎病例,并对治疗方案与治疗效果进行回顾性分析。结果:总并发症发生率 44.8%,总病死率 29.3%,总治愈率 70.7%,保守治疗组并发症发生率为 46.9%,外科手术治疗组为 42.3%;保守治疗组病死率为 31.3%,外科手术治疗组为 26.9%;保守治疗组治愈率为 71.9%,外科手术治疗组为 69.2%,两组差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:正确把握重症急性胰腺炎的治疗时机与指征,合理选择治疗方式,对于决定重症急性胰腺炎的预后至关重要。

[关键词] 胰腺炎;胰腺疾病/外科手术;治疗学

[中国图书资料分类法分类号] R 657.51 [文献标识码] A

## Treatment of severe acute pancreatitis: A report of 58 cases

CHANG Xiang

(Department of Emergency Surgery, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

**[Abstract]** **Objective:** To investigate an optimal therapy for severe acute pancreatitis(SAP). **Methods:** The clinical data of 58 cases of severe acute pancreatitis treated in our department from June 1998 to January 2006 were reviewed retrospectively, and the therapy and results were analyzed. **Results:** The overall incidence of complication, fatality rate and cured rate were 44.8%, 29.3%, and 70.7%, respectively. The incidence rates of complication in non-surgery group and surgical intervention group were 46.9% and 42.3%, ( $P > 0.05$ ), respectively. The fatality rate in non-surgery group and surgical intervention group were 31.3% and 26.9%, respectively ( $P > 0.05$ ). The cured rates in non-surgery group and surgical intervention group were 71.9% and 69.2%, respectively ( $P > 0.05$ ). **Conclusions:** Grasp of treatment time, indications and choice of treatment are vital to the prognosis of SAP.

[Key words] pancreatitis; pancreas/surgery; therapeutics

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)又称急性出血坏死性胰腺炎,是一种起病急骤、病情凶险、并发症多及病死率高的高危急腹症。近年来,随着对 SAP 全病程病变规律认识不断加深,重症监护治疗水平的提高,循证医学在临床实践中的应用及内镜技术、营养支持观念的不断发展及更新,使重症急性胰腺炎的治疗效果明显提高,在标准、规范的诊断治疗下,病死率由原来的 50%~80%降至 20.8%~36%<sup>[1,2]</sup>。在此,仅对我院近年来收治的 58 例 SAP 病例进行总结,以探讨 SAP 的临床特点及合理的诊治措施。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集我院 1998 年 6 月~2006 年 1 月住院治疗的 SAP 病例共 58 例。入院时主要临床表现:突出性上腹剧痛、腹胀、恶心、呕吐及明显的腹膜刺激征,均依据生化检查、B 超及 CT 明确诊断。所有患者均符合“1996 年贵阳第六届胰腺外科学术会议”制定的诊断标准<sup>[3]</sup>。I 级 43 例,II 级 15 例。男 36 例,女 22 例;年龄 20~76 岁。致病原因:胆道

疾病 33 例(56.9%),暴饮暴食 18 例(31.0%),酒精性 5 例(8.6%),原因不明 2 例(3.5%)。

1.2 保守治疗 保守治疗 32 例,禁食、持续胃肠减压、补液,纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱。(1)早期使用生长抑素等抑制胰腺分泌和加贝脂或乌司他丁等抑制胰酶活性:奥曲肽首剂 100  $\mu\text{g}$  静脉注射,以后用 25  $\mu\text{g}/\text{h}$  静脉滴注,持续 3~7 天;乌司他丁 10 万 u 溶于 5% 葡萄糖或 0.9% 氯化钠溶液 250 ml 中,每天 2 次,共 3 天,3 天后改为 10 万 u,每天 1 次,疗程 5~10 天。(2)补充血容量,改善微循环:静脉滴注低分子右旋糖酐 500~1 000 ml,复方丹参注射液每次 30~40 ml,每天 3 次,休克者应用白蛋白、鲜血或血浆。(3)早期应用能通过血-胰屏障的抗生素,如第三代头孢菌素、氧氟沙星、环丙沙星等预防感染:亚胺培南-西拉司丁钠 1.0 g/d,静脉滴注;环丙沙星每次 250~500 mg,每天 2~3 次。(4)早期肠内营养(early enteric nutrition, EEN):在发病第 3 或第 4 天,经内镜或在 X 线引导下给患者置入鼻空肠管,并给予半量要素饮食。能量密度为 4.184 J/ml,如能耐受,逐渐增量至全能营养配方。(5)中药生大黄 15 g(或硫酸镁)经胃管灌注或直肠内灌入,每天 2 次,同时每天采用生理盐水 2 000~4 000 ml + 0.5% 甲硝唑 200 ml + 庆大霉素 16 万 u,进行持

[收稿日期] 2007-09-21

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 急诊外科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 昌 祥(1970-),男,主治医师。

续腹腔灌洗。(6)对有胰腺外器官损害者进行积极有效的对症治疗:注意保护肾功能,应用利尿剂;呼吸衰竭时应进行动脉血气分析,予以高流量吸氧;心功能不全者应及时给予强心剂。

1.3 外科手术 本组病例采用手术治疗 26 例。(1)内镜治疗:内镜下 Oddi 括约肌切开取石,并放置内支架 2 例,放置鼻胆管引流 1 例;(2)经皮穿刺置管引流:B 超引导下经皮穿刺置管引流 3 例;(3)腹腔镜治疗:早期 SAP 行腹腔镜减压、引流、灌洗 2 例,后期对胆源性 SAP 行腹腔镜胆囊切除术 3 例;(4)剖腹手术:胰被膜切开,胰床松动加胰周腹腔多管引流,腹腔灌洗 3 例,胰被膜切开,胰床松动加胰腺坏死组织清除 3 例,胰床松动加胆道引流胆囊切除 2 例;左、右大麦氏切口引流 3 例;(5)联合治疗:早期 SAP 行内镜治疗加后期剖腹胆囊切除,胆道探查 2 例,早期 SAP 经腹腔镜减压、引流、灌洗,加后期腹腔多部位切开引流 2 例。

1.4 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

本组总并发症发生率 44.8%,总病死率 29.3%,总治愈率 70.7%;其中,保守治疗组并发症发生率为 46.9%,外科手术治疗组为 42.3% ( $\chi^2 = 0.12, P > 0.05$ );保守治疗组病死率为 31.3%,外科手术组为 26.9% ( $\chi^2 = 0.13, P > 0.05$ );保守治疗组治愈率为 71.9%,外科手术组为 69.2% ( $\chi^2 = 0.05, P > 0.05$ )。保守治疗组早期病死原因为休克、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、多器官功能障碍综合征(MODS)、胆道梗阻或腹腔间室隔综合征等;后期病死原因为全身感染和 MODS。外科手术治疗组病死原因为 MODS、感染和腹腔出血。

## 3 讨论

SAP 的治疗曾经历一个曲折的发展过程,在 20 世纪 60~80 年代,人们试图单纯依靠早期的扩大手术范围提高疗效,认为早期手术可以清除胰性腹水,减轻对胰外器官的损害,改善胰腺微循环,防止胰腺进一步坏死。然而,实践证明,早期手术并不能阻止 SAP 的病理进程,反而增加胰腺感染等并发症的发生率和病死率<sup>[4,5]</sup>。20 世纪 90 年代以来,随着对急性胰腺炎病理生理认识的不断提高,以及重症监护的完善及更强抗生索的有效应用,现代营养学的发展,对于 SAP 的治疗已达成一定的共识,形成以“个体化治疗方案”为基础,按不同病因及不同病期进行处理的“综合治疗方案”。“个体化治疗方案”的核心内涵是针对 SAP 患者是否有感染而区别对待,

无感染者可行非手术治疗,有感染者行手术治疗<sup>[6]</sup>。感染的诊断需结合临床和增强 CT 扫描作出判断。CT 扫描中如出现气泡征,则确诊感染存在,但是无气泡征并不能排除感染的存在,因此 CT 诊断一定要结合临床。如果判别还有困难,可在 CT 或 B 超引导下做细针抽吸,标本做涂片染色和细菌培养。笔者的体会是 SAP 诊断一经确立,即应给予监护,支持治疗,抑制胰腺外分泌,预防感染,抑制胰酶活性,改善胰腺微循环,保护胰腺免受自由基损伤,以促进肠功能恢复等非手术治疗,本组非手术治疗 32 例均采用此法,取得较好的疗效。

SAP 患者出现下列情况,要考虑手术治疗:(1)胆源性胰腺炎合并胆管梗阻或化脓性胆囊炎<sup>[7]</sup>;(2)持续性的急腹症;(3)胰腺脓肿、胰腺坏死感染包裹;(4)造成 MODS 后(连续 72 h 的密切监护治疗无效);(5)大面积的腹腔内出血;(6)持续性的肠梗阻、肠穿孔;(7)门静脉血栓形成;(8)急性反应期过后,如果在缓解的过程出现脓毒综合征,CT 扫描证实有胰腺坏死、感染,即为手术指征;(9)少数患者病程急性反应期、全身感染期的表现相互重叠,也是手术时机;(10)在非手术治疗过程中,病情发展快,腹胀或腹膜刺激症状严重,生命体征不稳定,在 24 h 左右很快出现 MODS 者,应及时进行腹腔引流<sup>[8]</sup>。常用的手术方式有胰周围灌洗引流术、内镜下乳头括约肌切开术(EST)、胰腺包膜切开减压术、坏死组织清创术及网膜囊造袋术等。其目的是引流有害的胰酶液体,清除胰腺周围坏死组织和感染灶。

### [参 考 文 献]

- [1] Howes N, Greenhalf W, Rutherford S, et al. A new polymorphism for the R122H mutation in hereditary pancreatitis[J]. *Gut*, 2001, 48(2):247-250.
- [2] Bosscha K, Hulstaert PF, Hennipman A, et al. Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis: results of open management of the abdomen and “planned” reoperations[J]. *J Am Coll Surg*, 1998, 187(3):255-262.
- [3] 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.
- [4] Duan ML, Zhang SW, Wang BE. Mechanism of acute pancreatitis complicated with MODS[J]. *Chin J Emerg Med*, 2005, 14(3):222-224.
- [5] Pezzilli R, Ceciliato R, Barakat B, et al. Immune-manipulation of the inflammatory response in acute pancreatitis. What can be expected[J]. *JOP*, 2004, 5(3):115-121.
- [6] 牛孝敏, 李成华. 重症急性胰腺炎规范化“个体化治疗方案”的探讨[J]. *蚌埠医学院学报*, 2004, 29(4):321-323.
- [7] 黄荣柏, 胡锡踪. 重症急性胰腺炎手术时机选择的发展与演变[J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15(6):460-463.
- [8] 方 巍, 孙家邦. 重症急性胰腺炎死亡的相关因素分析及治疗探讨[J]. *肝胆外科杂志*, 2006, 14(3):172-174.