

## · 临床研究 ·

## 113 例重症急性胰腺炎治疗分析

陈 伟<sup>1</sup>, 陈应果<sup>2</sup>, 杨忠衡<sup>1△</sup>

(1. 重庆市渝北区中医院外科 401120; 2. 重钢总医院普通外科 400081)

**摘要:**目的 探讨重症急性胰腺炎的治疗方法。方法 回顾性分析 2000 年 6 月至 2009 年 12 月两院按 2002 年世界胃肠病大会颁布的急性重症胰腺炎诊断标准, APACHE II 积分 $\geq 8$ 分、Ranson 积分 $\geq 3$ 分、Bahhazar CT 分级 $\geq B$ 级收治的重症急性胰腺炎患者 113 例, 采用保守治疗、穿刺引流、早期手术、延期手术等个体化治疗和暴发性胰腺炎予以 48~72 h 非手术治疗, 若多器官功能衰竭症状加重早期手术治疗, 分析其治疗效果。结果 113 例患者, 治愈 91 例(80.5%), 死亡 22 例, 病死率为 19.5%, 其中暴发性胰腺炎 23 例, 早期手术治疗 14 例成活 11 例, 非手术治疗 9 例成活 2 例。13 例死于多器官功能衰竭(MODS)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)和肾功能衰竭, 4 例死于腹腔感染, 3 例死于腹腔内出血, 2 例死于真菌败血症。结论 个体化治疗和暴发性胰腺炎早期手术方法能有效地提高重症急性胰腺炎的治愈率。

**关键词:**重症胰腺炎; 个体化治疗; 早期手术

中图分类号: R576

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2010)14-1856-02

## Clinical analysis on treatment of severe acute pancreatitis

CHEN Wei<sup>1</sup>, CHEN Ying-guo<sup>2</sup>, YANG Zhong-heng<sup>1△</sup>

(1. Chen Wei, Department of Surgery, YuBei Chinese Traditional Hospital of Chongqing, Chongqing 401120, China;

2. Department of General Surgery, Chonggang General Hospital, Chongqing 400081, China)

**Abstract: Objective** To investigate the methods of treatment for severe acute pancreatitis(SAP). **Methods** A retrospective review was made on 113 SAP cases treated by the methods of "individual treatment" and fulminant acute pancreatitis(FAP) of early operation, admitted in our two hospital from Jun. 2000 to Dec. 2009. Then, to summarize and analyze the efficacy of treatment. **Results** Among 113 patients with SAP, 91 patients were cured with the rate of 80.5%, and 22 patients died with the mortality as 19.5%. 14 patients with FAP treated by the methods of early operation, 11 cases were cured. 9 patients with FAP treated by the methods of non-operation, 2 cases were cured. 13 cases were died due to MODS, ARDS and renal failure, 4 cases due to abdominal infection, 3 cases due to abdominal bleeding, 2 cases due to septicemia caused by fungus. **Conclusion** The methods of "individual treatment" and fulminant acute pancreatitis(FAP) of early operation can increase effectively cure rate of SAP.

**Key words:** severe acute pancreatitis(SAP); individual treatment; early operation

经过国内外学者近 30 年的探索, 目前重症急性胰腺炎的疗效已显著提高, 特别是通过个体化治疗获得成功, 然而暴发性急性胰腺炎(FAP)由于在病程早期即出现难以控制的器官功能障碍而仍有很高的病死率, 对这些患者采用早期手术治疗可望改善预后。两院自 2000 年 6 月至 2009 年 12 月收治的急性胰腺炎患者 557 例, 其中重症胰腺炎(SAP)113 例, 属于 FAP 23 例, 报道如下。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 2000 年 6 月至 2009 年 12 月两院共收治 SAP 患者 113 例, 其中 FAP 患者 23 例。113 例 SAP 中男 54 例, 女 59 例; 年龄 19~87 岁, 平均 51.4 岁; 23 例 FAP 中男 13 例, 女 10 例; 年龄 21~63 岁, 平均 42.3 岁。SAP 的诊断符合 2002 年世界胃肠病大会颁布的急性重症胰腺炎诊断标准, APACHE II 积分 $\geq 8$ 分、Ranson 积分 $\geq 3$ 分、Bahhazar CT 分级 $\geq B$ 级, 器官功能障碍的诊断均符合 2001 年中华医学会外科学会胰腺外科学组相关器官功能障碍标准。FAP 的判断标准: 在入院 72 h 内出现 1 个或 1 个以上脏器系统的功能不全, 在积极纠正代谢和循环功能障碍后, 脏器功能仍呈进行性加重

趋势<sup>[1-2]</sup>。

**1.2 早期手术治疗** 早期手术不以坏死清除为目的, 而是为腹腔及腹膜后减压, 建立有效的小网膜囊和腹膜后间隙的灌注引流系统。主要手术方式为腹腔镜或开腹手术, 在小网膜囊、胰周腹膜后间隙放置有效的灌注引流。

**1.3 非手术治疗和 ICU 加强治疗** 非手术治疗包括液体复苏抗休克治疗、预防性抗生素应用、胰腺“休息疗法”、短期应用大剂量激素、中医治疗如以消炎散外敷胰腺区域, 中药清胰 II 号加芒硝胃管内注入及保留灌肠, 若腹胀仍明显, 出现胃肠麻痹的患者加用针灸治疗<sup>[3]</sup>。还包括内镜下鼻胆管引流或 Oddi 括约肌切开、血滤、ICU 脏器功能和代谢支持治疗等。严密监测血糖、血脂和水电解质酸碱平衡, 并根据情况采取相应的处理措施。

在 ICU 加强治疗的同时出现下列情况应采取手术治疗: (1) 坏死感染、胰周脓肿; (2) 腹内高压及其导致腹腔间室综合征的减压及引流; (3) FAP 早期虽经非手术治疗, 但器官功能仍出现进行性损害; (4) 胆源性急性胰腺炎(ABP)的病因去除; (5) SAP 的局部并发症的处理, 如消化道瘘、出血、胰腺假性囊

△ 通讯作者, 电话: 13983427501。

肿等。

## 2 结 果

**2.1 非手术治疗** 75 例非手术治疗 62 例获得成功,其中暴发性胰腺炎非手术治疗 9 例仅成活 2 例。治疗过程中出现深部真菌感染 5 例,肾功能不全 8 例,胰周积液、假性囊肿形成 29 例,3 个月吸收愈合。9 例死于多器官功能衰竭(MODS)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)和肾功能衰竭,2 例死于腹腔严重感染,1 例死于假性囊肿破裂大出血,1 例死于真菌败血症。

**2.2 手术治疗** 手术治疗 38 例,其中急诊手术 8 例,为胆管结石伴急性胆管炎的胆源性胰腺炎患者;早期手术 14 例,为暴发性胰腺炎,腹腔镜手术 5 例,开腹手术 9 例,死亡 3 例,2 例死于术后早期多器官功能障碍综合征,1 例死于术后晚期的残余感染;延期手术 16 例,在积极非手术治疗后 7~20 d 手术,其中有明确坏死感染、胰周脓肿形成 7 例,胰腺假性囊肿伴感染 5 例,胰腺假性囊肿十二指肠瘘 1 例,4 例 3 个月后因假性囊肿未吸收而行内引流术。死亡 9 例,4 例为急性期呼吸窘迫综合征(ARDS),肾功能衰竭和多器官功能衰竭(MODS),3 例死于腹膜残余感染,2 例死于腹腔内出血。

## 3 讨 论

**3.1 个体化治疗原则** SAP 的治疗经历了手术→非手术→早期手术→个体化治疗的过程,SAP 治疗的一个重要进展是个体化治疗观念的提出。随着对 SAP 全病程病变规律认识不断加深,ICU 技术水平的提高,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,SAP 个体化治疗的内涵在不断扩大<sup>[4]</sup>。(1)SAP 均予以监护及最大限度地加强治疗,包括吸氧、补充血容量、纠正体液失衡、禁食、胃肠减压、使用抑制胰腺分泌的药物、胰腺感染的防治、肠外、肠内营养支持以及重要脏器功能支持;(2)FAP 予以 48~72 h 非手术治疗,若多器官功能衰竭症状加重,应早期手术;(3)ABP 首选早期内镜治疗包括鼻胆管引流(ENBD)、内镜下十二指肠乳头切开术(EST);(4)SAP 合并感染根据患者脏器功能及营养状况、感染灶是否局限、尤其是能否耐受肠内营养,分别予以更加细化的“个体化治疗”,包括保守治疗、穿刺引流、早期手术、延期手术等;(5)适时多学科的临床及辅助检查评估,及时予以个体化的治疗方案调整。目前普遍一致的认识是不主张在发病 2 周内对 SAP 手术治疗,延期手术是为了让胰腺及胰周坏死组织出现分界。一般认为发病后 3~4 周是坏死组织清除术的最佳时机,这时手术范围较小,利于清创,而且能使切除范围尽量缩小,避免组织切除过多导致术后胰腺内分泌和外分泌功能障碍。然而,FAP 作为重症急性胰腺炎的亚型表现为发病后数日内迅速发展为多器官功能衰竭,很多患者在 72 h 内死亡,病死率仍极高,非手术治疗的疗效都很差。对于这些患者,如在接受 ICU 治疗情况下,仍相继发生器官功能障碍或是病情严重恶化,可早期手术治疗减压引流。作者认为将“个体化”治疗与暴发性胰腺炎早期手术有机地结合,能够改善重症急性胰

腺炎,特别是 FAP 的预后。本组 FAP 23 例,早期手术治疗 14 例成活 11 例,非手术治疗 9 例仅成活 2 例。

**3.2 暴发性胰腺炎(FAP)** FAP 是重症急性胰腺炎中极为凶险的亚型,疗效差。但是由于外科和 ICU 治疗的认识和手段的进步,这种局面现在已经有了明显的改观。张圣道等<sup>[5]</sup>总结特重型急性胰腺炎救治措施,认为早期手术,结合短时血液滤过治疗是 FAP 有力的治疗措施。彭淑牖等<sup>[6]</sup>总结 4 例 FAP,特点为腹痛、腹胀极度严重,腹膜刺激征明显,生命体征无法稳定,很快出现器官功能障碍,采用手术治疗 3 例痊愈,1 例非手术治疗死亡。在《重症急性胰腺炎治疗草案》<sup>[7]</sup>中,虽然没有将 FAP 单独列出,但是已经指出在急性反应期,在非手术治疗中,病情发展极快,腹胀及腹膜刺激症状严重,生命体征不稳,在 24 h 左右很快出现多器官功能不全者,应及时进行腹腔引流,本组 23 例,治愈率 56.5%(10/23),个案分析发现治疗选择与疗效有相关性,针对 FAP,早期手术治疗能够阻止脏器功能障碍的发展。仅作非手术治疗无效;在非手术治疗的基础上作血液滤过治疗能缓解病情,但多数还不足以逆转病情;在非手术治疗的基础上进行早期手术可明显改善预后,尤其选择创伤小的腹腔镜引流手术。

作者体会,FAP 采用常规的治疗方法难于救治,血液滤过治疗可为患者创造手术条件和术后针对 MODS 的治疗,改善肾功能和血脂血症,但无法阻断 FAP 的胰腺坏死。一旦确诊后需要及时手术,作腹腔、小网膜囊、腹膜后减压和灌洗引流,为病情逆转创造条件,并根据情况在手术前、后进行 ICU 治疗包括呼吸机治疗和血液滤过治疗。

## 参考文献:

- [1] Bosscha K, Halstaett PE, Hennipinan A, et al. Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis: results of management of the abdomen and “Planned” reoperations[J]. J Am Coll Surg, 1998, 18(7):255.
- [2] 汤耀卿,李宏为.特重型急性胰腺炎救治措施探讨(附 1 例报告)[J].外科理论与实践,2000,10(5):97.
- [3] 陈华军,杨学忠,陈涛,等.急性重症胰腺炎的综合治疗[J].重庆医学,2009,38(24):3186.
- [4] 王春友.进一步细化重症急性胰腺炎治疗方案的几个重要方面[J].临床外科杂志,2006,14(1):1.
- [5] 张圣道,汤耀卿,李宏为,等.特重型急性胰腺炎救治措施探讨[J].外科理论与实践,2000,5(2):972.
- [6] 彭淑牖,牟一平,蔡秀军.重视暴发性胰腺炎的诊断和治疗[J].外科理论与实践,2001,6(2):68.
- [7] 中华医学会外科学会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎治疗草案[J].中国实用外科杂志,2001,21(9):513.

(收稿日期:2010-02-05 修回日期:2010-06-18)