

# 52 例重型急性胰腺炎的外科综合治疗分析

张锋良,赵海平,高飞

**[摘要]** 目的 总结重症急性胰腺炎(SAP)的外科治疗经验,探讨合理的治疗方案。方法 对1990年~2005年收治的52例SAP患者的资料进行回顾性分析。结果 20例早期手术患者的死亡率为35%(7/20),并发症发生率分别为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)25%(5/20)、休克35%(7/20)、肾功能衰竭20%(4/20)、心功能不全45%(9/20);32例早期非手术结合后期手术综合治疗患者的死亡率为15.63%(5/32),并发症发生率分别为ARDS 6.25%(2/32)、休克12.5%(4/32)、肾功能衰竭12.5%(4/32)、心功能不全15.63%(5/32)。两组患者的死亡率及并发症发生率均有显著性差异( $P < 0.05$ )。结论 采取早期非手术结合后期手术综合治疗SAP能有效降低病死率和并发症发生率。

**[关键词]** 重症急性胰腺炎;外科治疗;并发症

**Multidisciplinary Treatment of Severe Acute Pancreatitis in Surgery: a 52 Cases Report** ZHANG Feng-liang, ZHAO Hai-ping, GAO Fei. The Department of Surgery, Beijing Charity Hospital, Beijing 100068, China

**[Abstract]** **Objective** To summarize experience of surgical treatment of severe acute pancreatitis (SAP) and find out suitable treatment program. **Methods** The data of 52 SAP cases treated from 1990 to 2005 were analyzed retrospectively. **Results** The mortality rate of 20 cases received operation at early stage was 35% (7/20) and the incidence rates of complications such as adult respiratory distress syndrome (ARDS), shock, renal failure and cardiac failure were 25% (5/20), 35% (7/20), 20% (4/20) and 45% (9/20) respectively. While, the mortality rate of 32 cases received non-surgical treatment at early stage and operation in the later stage was 15.63% (5/32), and incidence rates of ARDS, shock, renal failure and cardiac failure were 6.25% (2/32), 12.5% (4/32), 12.5% (4/32) and 15.63% (5/32) respectively. There was a significant difference between two groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Integrated treatment that non-surgical procedures at early stage combined with operation in the later stage can effectively decrease mortality rate and complications.

**[Key words]** severe acute pancreatitis; surgical treatment; complication

中图分类号:R657.5 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2006)04-0350-02

**[本文著录格式]** 张锋良,赵海平,高飞. 52例重型急性胰腺炎的外科综合治疗分析[J]. 中国康复理论与实践,2006,12(4): 350—351.

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis,SAP)是一种发病急、进展快、并发症多、死亡率高的严重疾病。近年来,随着生活水平的提高,SAP的发病率也逐年上升。笔者对我科1990~2005年收治的52例SAP患者的临床资料进行了回顾性分析,以期探讨合理的治疗方案。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 全部病例均经临床查体、生化检查、腹腔穿刺、B超、CT和/或手术探查证实胰腺有坏死,符合中华医学会外科学分会胰腺学组1996年制订的

急性胰腺炎临床诊断标准。有20例患者接受了早期手术(以下简称A组),其中男性13例、女性7例,最小21岁,最大79岁,平均47岁;病因为胆源性9例(45%)、酒精性5例(25%)、不明原因6例(30%)。有32例患者接受早期非手术结合后期手术的综合治疗(以下简称B组),其中男性18例、女性14例,最小18岁,最大82岁,平均51岁;病因为胆源性13例(40.62%)、酒精性11例(34.37%)、不明原因8例(25%)。

**1.2 治疗方法** A组患者入院后2~3d内经抗休克、纠正酸碱平衡紊乱处理后即行手术治疗,方法为切开胰腺被膜、胰周多管引流,以及空肠造瘘,胆源性SAP同时行胆囊切除、胆管探查术。

作者单位:北京博爱医院外科,北京市100068。作者简介:张锋良(1970-),男,河北石家庄市人,主治医师,主要研究方向:消化外科疾病。

B 组患者的治疗分为早期非手术治疗和后期手术两个阶段。非手术治疗除采取禁食、胃肠减压、抗休克、纠正水电平衡紊乱等一般处理外,注重加强抗感染、抑制胰腺分泌、全静脉营养(total parenteral nutrition, TPN)支持和中药治疗,根据患者的经济情况,分别应用奥曲肽(善宁 0.6 mg/d,10~14 d)或 5-氟尿嘧啶(5-fluorouracil, 5-FU, 500 mg/d,10~14 d)等治疗,待水、电和酸碱失衡纠正后给予 TPN,经中心静脉 24 h 匀速泵入,同时经胃管注入清胰汤(每次 100 ml,保留 30 min,2 次/d,连用 10~14 d),以产生轻度腹泻(4~5 次/d)为宜。后期手术是指发病 14 d 以上,针对胰腺炎的并发症及病因(如胆石症),施行胰周脓肿和腹腔引流、胰腺假性囊肿内引流以及胆囊切除、胆道探查、T 管引流等手术。B 组中应用奥曲肽(善宁)治疗 27 例(84.38%)、5-FU 治疗 4 例(12.50%);TPN 营养支持 27 例(84.38%);后期手术治疗 15 例(46.88%),其中胰周脓肿和腹腔引流 3 例、胰周脓肿引流+胆囊切除+胆道探查+T 管引流术 4 例、胆囊切除+胆道探查+T 管引流术 7 例、胰腺假性囊肿内引流术 1 例。

2 结果

本组 52 例患者 40 例治愈出院,占 76.92%;12 例死亡,占 23.07%。A 组和 B 组患者的治愈率分别为 65%(13/20)和 84.36%(27/32),两组间有显著性差异( $P < 0.05$ );死亡率分别为 35%(7/20)和 15.63%(5/32),两组间亦有显著性差异( $P < 0.05$ )。A 组患者的主要并发症如急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)、休克、肾功能衰竭和心功能不全的发生率高于 B 组( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者的主要并发症及死亡率比较[n(%)]

组别	ARDS	休克	肾功能衰竭	心功能不全	死亡
A 组	5 (25)	7 (35)	4 (20)	9 (45)	7 (35)
B 组	2 (6.25)	4 (12.5)	4 (12.5)	5 (15.63)	5 (15.63)
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

对于 SAP 应采取何种治疗方式,一直以来有着不同的观点。以往有人主张早期手术治疗,但 20 世纪 90 年代以来,越来越多的学者认为采取早期非手术治疗和后期手术治疗可明显降低 SAP 的并发症和死亡率<sup>[1]</sup>。临床资料显示,采取早期手术治疗,SAP 的死亡率高达 38.7%~47.8%<sup>[2]</sup>。本组早期手术的患者(A 组)死亡率为 35%,而采取早期非手术治疗结合后期手术综合治疗的患者(B 组),死亡率为 15.63%,明显低于以上统计数字,且并发症的发生率也较低(见表 1)。我们的体会是,早期非手术治疗非常重要,通过恰当的治疗,可使大多数患者安全渡过急性反应期,避免或减轻低血容量休克、多脏器功能衰竭、内环境紊乱及

手术创伤打击造成的全身情况恶化,减少局部和全身感染的机会,降低死亡率。在早期非手术治疗中,我们体会到以下三方面的治疗非常重要:

第一,合理应用抗生素,有效控制感染至关重要。近年来,有研究者提出抗生素降阶梯治疗方案,即初始治疗选用的抗生素要有足够的抗菌覆盖面,并根据培养及药敏结果,尽快降低抗菌谱的覆盖面,转入目标性治疗<sup>[3]</sup>。在本组患者的抗生素治疗中我们发现,三代头孢和喹诺酮类药物联合应用,同时应用甲硝唑针对厌氧菌治疗效果确切,通过强有力的抗生素治疗能控制胆道感染,阻止胆源性胰腺炎进一步加重。需注意的是,应根据患者病情的危重程度选择药物,并结合本院的细菌耐药监测结果作为选择抗生素的必要依据。

第二,抑制胰腺分泌及胰酶活性。除传统的方法外,选择生长抑素及类似物如善宁可有效减轻疼痛等临床症状,有效降低脓肿和 ARDS 的发生率,缩短住院时间,降低死亡率。而 5-FU 疗效较差,且有远期不良反应如白细胞减少等,对患者恢复不利,应减少使用。

第三,TPN 营养支持可以减少对胰腺分泌的刺激,使胰腺得到休息,可以明显改善患者的预后。但有人认为 TPN 可导致肠黏膜萎缩、肠黏膜屏障功能损害和肠道细菌移位致使肠源性感染增加<sup>[4]</sup>。因此,适时给予胃肠内营养是十分重要的。我们在临床中观察到,TPN 应用 7~10 d,患者情况稳定、肠道蠕动功能恢复后,可开始经胃管给予营养剂,逐渐恢复经口饮食。另外,应用清胰汤可促进肠黏膜修复,减少毒素吸收,防止肠源性感染。本文中的 B 组患者应用中药治疗效果满意。

后期手术是渡过急性反应期后采取的手术治疗,术中应注意解决 SAP 的并发症,解除引起胰腺炎的病因如胆道疾病,而且还需要联合应用上述非手术治疗方法。本文中的 B 组患者有 15 例行手术治疗,仅 1 例死亡,效果良好。

[参考文献]

[1] 杨兴无,赵尚达,杨春明. 急性坏死性胰腺炎的手术时机与预后的关系[J]. 中华普通外科杂志,2000,15(12):724.  
[2] 金筱泰,邵卫中,袁祖荣,等. 25 年 381 例重症急性胰腺炎治疗经验[J]. 肝胆胰外科杂志,1999,11(2):63.  
[3] 闵东,汤耀卿,瞿洪平,等. 抗生素降阶梯治疗在重症急性胰腺炎非手术治疗中的应用[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(9):526.  
[4] Buggy BP, Nastrant TT. Lethal pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol,1993,3(3):810.