

文章编号:1005-6947(2008)09-0844-04

· 胰腺炎专题研究 ·

胆源性急性胰腺炎手术方式及时机的选择

陈梅福, 吴金术, 汪新天, 朱朝庚, 沈贤波, 王方明

(湖南省人民医院肝胆医院 肝胆三科, 湖南长沙 410005)

摘要:目的 探讨胆源性急性胰腺炎的手术方式和时机选择。方法 回顾性分析 236 例胆源性胰腺炎的临床资料, 对其手术方式和时机及疗效进行对比研究。结果 各型胆源性急性胰腺炎分别进行了早期手术和延期手术, 轻症胰腺炎患者均痊愈出院; 梗阻型重症胰腺炎患者早期手术无死亡, 延期手术病死率 14.29% (1/7), 非梗阻型重症胰腺炎患者早期手术病死率 7.14% (1/14), 延期手术病死率 14.29% (1/7), 各型之间的并发症计分经统计学处理差异无显著性 ($P > 0.05$)。暴发性胰腺炎患者早期手术病死率为 20.00% (1/5), 另延期手术 1 例死亡。结论 对胆源性急性胰腺炎患者应在经短期 (24 ~ 48 h) 积极的非手术治疗后早期手术; 根据病情选择手术方式, 可以提高治愈率, 降低病死率。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(9): 844-847]

关键词: 胰腺炎/外科学; 手术时机; 手术方法; 对比研究

中图分类号: R 657.5

文献标识码: A

Selection of method and timing of operation in acute biliary pancreatitis

CHEN Meifu, WU Jinshu, WANG Xintian, ZHU Chaogeng, SHEN Xianbo, WANG Fangming
(the Third Hepatobiliary Department, Hospital of Hepatobiliary Surgery, Hunan Provincial People's Hospital, Changsha 410005, China)

Abstract: **Objective** To study the selection of method and timing of operation in the treatment of acute biliary pancreatitis (ABP). **Methods** The clinical records of 236 cases of ABP from our hospital were reviewed and analyzed. **Results** All types of ABP underwent early or delayed operation, respectively. Mild pancreatitis patients were cured and discharged. For severe acute pancreatitis with bile duct obstruction, early surgery had no mortality, but delayed operation mortality was 14.29% (1/7). The mortality in patients with severe pancreatitis without bile duct obstruction who underwent early operation was 7.14% (1/14), and for those who had delayed operation was 14.29% (1/7). The complication score between the various groups was not statistically significant ($P > 0.05$). The mortality rate for early operation of fulminant pancreatitis was 20.00% (1/5), and another case died after delayed operation. **Conclusions** In cases of ABP, early operation should be performed after aggressive non-surgical treatment for 24-48 h. Selection of operative method, according to the patient's condition, can improve cure rate and decrease mortality rate.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(9): 844-847]

Key words: Pancreatitis/surg; Operation Timing; Operative Method; Comparative Study

CLC number: R 657.5

Document code: A

在我国,胆源性急性胰腺炎(ABP)约占急性

胰腺炎患者的 75% 左右^[1]。如何正确地认识胆源性胰腺炎的治疗,选择适当的手术时机及合适的手术方式,目前尚无定论,我院 2005 年 4 月—2008 年 4 月手术治疗胆源性胰腺炎 236 例,效果满意,现报道如下。

收稿日期:2008-04-05; 修订日期:2008-08-07。

作者简介:陈梅福,男,湖南省人民医院肝胆医院主任医师,主要从事胰脾外科方面的研究。

通讯作者:陈梅福 E-mail:chen_meifu@126.com

1 临床资料

1.1 一般资料

236例中,男142例,女94例;年龄8~78岁,(平均年龄52.4岁)。全组均有不同程度的上腹部疼痛、腹胀、恶心、呕吐等;均有胆结石病史,其中肝外胆管(包括胆囊)结石221例,肝内外胆管结石15例;121例出现不同程度的黄疸,61例有弥漫性腹膜炎的表现;合并多脏器衰竭38例,糖尿病83例。

辅助检查:血尿酸酶明显增高234例,正常2例(1例重症胰腺炎,1例暴发性胰腺炎);总胆红素17.2~428.6 mmol/L,以直接胆红素升高为特点,血钙 <1.87 mmol/L者53例。B超及CT检查均提示胆囊和/或肝内外胆管结石,部分有肝内外胆管扩张;胰腺不同程度的肿大、坏死,胰床及胰周积液。

1.2 分型

按《中国急性胰腺炎诊治指南》^[2]的标准,根据临床表现、APACHE II评分系统及Balthazar CT诊断标准分型:APACHE II评分 <8 分,Balthazar CT分级为B、C级的为轻症胰腺炎,APACHE II评分 ≥ 8 分,Balthazar CT分级为D、E级的为重症胰腺炎。暴发性胰腺炎是指在发病后72 h内出现多脏器衰竭者。本组急性轻症ABP 173例,急性重症ABP 57例,暴发性ABP 6例。根据有无黄疸又将各型分为梗阻型ABP(TBI ≥ 34 $\mu\text{mol/L}$,121例)和非梗阻型ABP(TBI < 34 $\mu\text{mol/L}$,115例)(表1)。

1.3 合并症

入院时合并多脏器功能不全18例,休克8例,心功能不全11例,肺功能不全12例(其中2例ARDS,行气管切开呼吸机维持呼吸),胰源性胸水22例,肺部感染17例,肝功能不全1例。

1.4 围手术期处理

入院后即行禁食、胃肠减压、液体复苏,重症胰腺炎均行中心静脉置管输液,纠正水电解质平衡紊乱,并加用万汶维持血压的稳定,必要时加用血浆、白蛋白维持有效胶体渗透压;抑制胰腺外分泌和应用胰酶抑制剂,常规使用抗生素、免疫治疗及营养支持。记录24 h出入水量,行心电监护,动态观察血气的变化。术前用呼吸机维持呼吸2例,术后用呼吸机维持呼吸21例,时间1~20 d;床旁人工血透8例,人工肝治疗2例。

1.5 手术治疗

1.5.1 急性轻型ABP 术中见胰腺充血水肿,但无明显发黑坏死,少数病人可见皂化斑,部分延期手术的患者胰腺已无明显的病理性改变。(1)急性轻症梗阻型ABP:均行开腹或腹腔镜下胆囊切除、胆总管探查、T管引流术,其中早期手术(发病后3 d以内)62例,延期手术(发病 > 3 d)19例(包括11例是在胰腺炎治疗稳定后1~2周后施行手术)。(2)非梗阻型:早期手术21例,行开腹或腹腔镜下胆囊切除、胆总管探查、T管引流术;延期手术71例,均为腹腔镜下手术,其中单纯胆囊切除54例,胆囊切除、胆总管探查、T管引流术17例(表1)。

1.5.2 急性重症ABP 手术中可见腹腔内有血性腹水600~2 500 mL,胰腺发黑坏死,皂化斑,35例胰周坏死组织呈瘀泥样改变,3例出现腹膜后组织广泛坏死,1例横结肠近脾曲处部分坏死。其中早期手术43例,延期手术14例。手术方式均为胆囊切除(或胆囊造瘘)、胆总管探查、T管引流术及胰床松解,置管冲洗引流,视病情严重程度加作胃造瘘及空肠造瘘术,1例因横结肠部分坏死行结肠脾曲切除吻合术(表1)。

1.5.3 暴发性ABP 手术中可见腹腔内有血性腹水600~1 200 mL,腹膜后明显肿胀高压,胰腺发黑坏死,皂化斑,胰周坏死组织均呈瘀泥样改变,胰床松解后腹膜后可流出大量的血性液体,3例出现腹膜后组织广泛坏死,1例胆总管部分坏死,1例横结肠部分坏死。5例为早期手术,1例为延期手术(在外院住院6 d,气管切开人工呼吸5 d后转入我院)。手术方式为胆囊造瘘,胰床松解,坏死组织清除,置管引流,并行胃造瘘及空肠造瘘术,1例因横结肠部分坏死行横结肠切除,升结肠造瘘术(表1)。

2 结果

2.1 手术并发症

手术后并发症主要包括,多脏器功能不全(主要为呼吸系统、循环系统、肾及胃肠道功能不全)38例,休克13例,单个脏器功能不全12例,腹腔内大出血6例,胰瘘3例,胆瘘1例,肠瘘2例,腹腔脓肿4例,腹腔感染42例,肺部感染43例,胸水38例,肝功能衰竭2例,胰腺假性囊肿4例。为了便于对并发症的严重程度进行对比,将并发症进行评分,多脏器功能不全为4分,休克、单个

脏器功能不全为2分,其余的为1分。各型 ABP 术后并发症计分无统计学意义 ($P > 0.05$) (表1)。

2.2 治愈率

治愈231例。其中有9例行再次手术:4例腹腔脓肿引流,1例肠切除吻合,4例胰腺假性囊肿行囊肿空肠内引流(2例为胰瘘后形成假性囊

肿);6例行介入栓塞止血。5例死亡,死因:4例为多脏器功能衰竭(术前均有多脏器功能不全,1例气管切开机械通气;术中见2例腹膜后广泛坏死,1例胆总管坏死,1例横结肠坏死),1例在术后3个月死于腹腔内大出血(为梗阻型重症 ABP,术前多脏器功能不全而延期手术,术中见腹膜后广泛坏死)。

表1 各型胆源性急性胰腺炎治疗及结果比较

	分型	手术时期	例次	APACHEII 计分	并发症计分	死亡(%)
轻症胰腺炎	梗阻型	早期手术	62	5.62	0.06	0(0)
		延期手术	19	5.34	0.11	0(0)
	非梗阻型	早期手术	21	6.16	0.06	0(0)
		延期手术	71	5.78	0.04	0(0)
重症胰腺炎	梗阻型	早期手术	29	12.63	5.41	0(0)
		延期手术	7	10.87	4.57	1(14.29)
	非梗阻型	早期手术	14	12.19	5.71	1(7.14)
		延期手术	7	11.26	4.14	1(14.29)
暴发性胰腺炎		早期手术	5	15.24	6.40	1(20)
		延期手术	1	15	6	1(100)
合计			236	7.51	1.47	5(2.12)

3 讨论

3.1 手术时机及适应证

胆源性急性胰腺炎的发病机制主要有3种,结石梗阻、结石在胆管内移动,或结石在胆囊管嵌顿后反射性地引起 Oddis 括约肌痉挛,水肿,阻塞胆、胰管的共同通道,诱发及加重胰腺炎。因此,治愈胆源性急性胰腺炎的关键是外科手术,只是手术时机的选择一直是有较大的争议,主张延期手术治疗者^[3]认为,急性胰腺炎尤其是重症胰腺炎早期手术治疗并发症多,病死率高。保守治疗待患者度过早期严重的应激反应,全身各个脏器功能有所改善后,再行手术治疗效果好。故多主张在急性发作1~2周后在同一住院周期内手术^[4]。Alimoglu 等^[5]报道首次发病入院即行胆道手术与复发后再行胆道手术的病人间平均住院时间(15.29 d vs. 36.66 d)及并发症发生率(11% vs. 43%)差异均具有显著性意义,认为临床一般情况改善后行胆道手术是安全的。从本组资料看急性轻症胰腺炎不管是梗阻型还是非

梗阻型,早期手术及延期手术均无死亡,并发症之间也无差异。但值得一提的是,本组的急性重症胰腺炎中,有8例是在院外治疗了6~15 d转入我院的,从其CT片看起病时是属于轻症胰腺炎,行非手术治疗后,转为重症胰腺炎。有人建议改善胰腺微循环,防治腺泡细胞钙超载,抑制胰酶的治疗可明显降低AP的重型转化率^[6]。但该8例患者都做了以上治疗,仍转为重症。因此,对于非手术治疗24~48 h,效果不明显者,建议早期手术治疗。

对于梗阻型胆源性急性重症胰腺炎(BSAP),如果短时间内梗阻不解除,胰腺病变会进行性加重,病情迅速恶化,病死率高,对这些患者建议早期手术。本组29例中无1例死亡,但延期手术7例中(均为外院转入)有1例死亡,并发症之间无明显差异。

对非梗阻型BSAP,笔者主张短期(24~48 h)内在ICU行非手术治疗,待各脏器功能稍稳定后,行早期手术治疗。胆源性胰腺炎,因为本身存在胆道的感染,坏死的胰腺组织亦容易并发感

染,早期手术对减少死亡率是很有临床意义的。本组中有15例作了胆汁及胰周坏死组织的细菌培养,结果均为有菌生长。

对于暴发性胰腺炎,早期手术治疗加术后积极的综合治疗是抢救患者生命的唯一方法。本组术后常规加用免疫治疗(日达仙1.6 mg,皮下注射,每8 h 1次)可能是本组病死率相对较低(33.3%,1/6)的原因之一。

综上所述:笔者认为胆源性胰腺炎的早期手术指征是:(1)梗阻型的轻、重胰腺炎;(2)非梗阻型有下列情况之一者亦应考虑手术。可同时解决原发病变者(如单纯的胆囊结石),尤其是轻症胰腺炎,可防止其向重症胰腺炎转化;经保守治疗24~48 h,症状无明显改善或加重者;合并腹腔间隔室综合征者;合并胆道感染者;胰腺及胰周坏死组织继发感染者;合并其它脏器坏死者。(3)暴发性胰腺炎。

3.2 手术方式的选择

目前有学者报道,胆源性胰腺炎先行 ERCP 及 EST 解除胆道梗阻,待病情稳定后再行手术处理相关胆道疾病^[7-8],Hammarstrom 等^[9]研究认为,对胆源性胰腺炎而言,单纯的内镜处理,并不能彻底解决胆道的相关问题,只有清除结石才能从根本上减少胆源性胰腺炎的复发及并发症的发生。对于轻症 ABP 患者,一般都能耐受早期手术,行胆囊切除,胆总管探查,无须先行内镜治疗,再行胆囊切除、胆总管探查,并且 EST 破坏了 Oddis 括约肌的功能,可能出现返流性胆管炎。对于重症 ABP 患者,多已出现了胰腺及胰周组织的坏死,甚至感染,疾病的性质已发生改变,单纯的胆道引流,并不能解决胰腺的继续坏死及腹膜后的张力性浸润,只有手术将胰床松解后,才能解决腹膜后张力性浸润,防止胰腺的继续坏死。因此,笔者主张胆源性急性重症胰腺炎患者入院后,短期内(24 h 内)予以积极的非手术治疗,纠

正水电解质平衡紊乱,纠正休克,有器官功能不全者尽量纠正,不能完全纠正者可边治疗边手术。于24~72 h 内早期行胆囊切除(或胆囊造瘘)、胆总管探查、胰床松解引流术,术后可持续冲洗,以清除胰周的坏死组织,并加用免疫治疗。本组重症型患者,病死率仅5.26%(3/57),说明了经短期内积极的综合治疗后,采取早期手术治疗,是有效的治疗 ABP 的手段,可提高 ABP 的治愈率、降低病死率,并减少患者的费用。

参考文献:

- [1] 罗丹,雷若庆. 重症急性胰腺炎手术适应症及手术时机选择[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(4): 332 - 334.
- [2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 胰腺病学, 2004, 4(1): 35 - 37.
- [3] 周伟红,施维锦. 急性胆源性胰腺炎的诊治体会[J]. 胰腺疾病, 2002, 2(2): 85 - 87.
- [4] 余泉,李永国,黄生福,等. 胆源性急性胰腺炎早期非手术治疗探讨[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(3): 158 - 160.
- [5] Alimoglu O, Ozkan OV, Sahin M, *et al*, Timing of cholecystectomy for acute biliary pancreatitis outcomes of cholecystectomy on first admission and after recurrent biliary pancreatitis. [J]. World J Surg, 2003, 27(3): 256 - 259.
- [6] 蒲青凡,任瑞芳,曹高健,等. 遏制轻型急性胰腺炎向重型转化的非手术治疗策略[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(11): 855 - 857.
- [7] Lee SK, Kim MH, Seo DW. Severe gallstone pancreatitis [J]. Endoscopy 2001, 33(4): 382 - 384.
- [8] 龙锦,何忠野,葛春林,等. 急性胆源性胰腺炎的微创治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(5): 409 - 411.
- [9] Hammarstrom LE, Stridbeck H, Ihse I. Effect of endoscopic sphincterotomy and interval cholecystectomy on late outcome after gallstone pancreatitis [J]. Br J Surg, 1988, 85(3): 333 - 336.