

文章编号:1005-6947(2007)05-0503-02

· 临床报道 ·

暴发性急性胰腺炎合并腹腔室隔综合征的诊治

刘清安, 袁松林, 黎有典, 黄忠诚, 陈新文, 尹明祥

(湖南省常德市第一人民医院 普通外科, 湖南 常德 415003)

摘要:探讨暴发性急性胰腺炎(FAP)合并腹腔室隔综合征(ACS)的诊断与治疗。全组共20例,12例采用腹腔灌洗、床旁置管引流等非手术治疗;8例采用开腹手术治疗。死亡8例(40.0%)。生存者治疗后心率、呼吸、血氧分压、尿素氮相关指标明显改善($P < 0.05$)。提示FAP合并ACS的患者病情极其危重,早期诊断,早期置管引流及灌洗,肠道导泻及早期的呼吸支持对其有益。

[中国普通外科杂志,2007,16(5):503-504]

关键词: 胰腺炎/并发症; 腹腔室隔综合征/继发性; 急性病/治疗

中图分类号: R657.51

文献标识码: B

暴发性急性胰腺炎(fulminant acute pancreatitis, FAP)目前仍无公认的定义,我科将发病72h内出现器官功能障碍的重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)称为FAP^[1]。FAP因腹腔内压(intra-abdominal pressure, IAP)升高致腹腔内高压(intra-abdominal hypertension, IAH),从而可导致器官功能障碍综合征(multiple organs dysfunction syndrome, MODS),称之为腹腔室隔综合征(abdominal compartment syndrome, ACS)。ACS容易被误认为是全身炎症反应综合征所致MODS,而致处理不当或不及时,可严重影响预后。我科从1996—2006年共收治FAP合并ACS 20例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男15例,女5例;年龄14~72(平均56)岁。SAP及器官功能障碍的诊断均符合1997年中华医学会外科学会胰腺外科学组SAP及相关器官功能障碍的临床诊断及分型标准^[2]。本组APACHE评分均大于14分,腹内压测定10例(经Foley导尿管膀胱测压法),其中10~15cm H₂O 3例,15~25cm H₂O 3例,25~35cm H₂O 2例,>35cm H₂O 2例。病因:胆源性8例,非胆源性12例。住院时间4~156d。

1.2 入院时或发病72h内脏器功能障碍情况

急性成人呼吸窘迫综合征(ARDS)15例,急性肾功能障碍7例,心功能障碍6例,休克7例,DIC2例,肝功能障碍2例,胃肠功能衰竭4例,脑功能障碍3例;其中1个脏器功能障碍4例,2个10例,3个4例,4个及以上2例。

收稿日期:2006-12-03; **修订日期:**2007-02-05。

作者简介:刘清安,男,湖南澧县人,湖南省常德市第一人民医院副主任医师,主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者:刘清安 E-mail:yybjkoy@yahoo.com.cn

SAP的效果优于常规治疗,说明低分子量肝素和甘遂两者联合应用治疗重症急性胰腺炎有效。但与本课题组以前单用甘遂或LWMH治疗SAP的结果相比,联合治疗组及两个单药组三者之间无论在临床观察指标和实验室测指标等方面均无显著差异(均 $P > 0.05$)^[5-6],提示两者联合应用并无明显协同作用。然而甘遂及LWMH的疗效肯定,副作用小,且价廉,用法简单。本研究表明,联合应用低分子量肝素和甘遂安全有效,不会加重患者的经济负担和痛苦,可以应用于临床。至于联合用药较应用单药是否有某些潜在的优势,尚需进一步扩大治疗病例数研究。

参考文献:

- [1] Uhl W, BÜchler MW, Malfertheiner P, et al. A randomized, double blind, multicentre trial of octreotide in moderate to severe acute pancreatitis[J]. Gut, 1999, 45(1): 97-104.
- [2] Maravi-Poma E, Gener J, Alvarez-Lerma F, et al. Early antibiotic treatment (prophylaxis) of septic complications in severe

acute necrotizing pancreatitis: a prospective, randomized, multicenter study comparing two regimens with imipenem-cilastatin[J]. Intensive Care Med, 2003, 29(1): 1974-1980.

- [3] 吕新生, 张冀, 李宜雄, 等. 甘遂治疗重症急性胰腺炎[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(6): 401-404.
- [4] 吕新生, 邱颀, 李介秋, 等. 低分子量肝素治疗重症急性胰腺炎的多中心前瞻性临床研究[J]. 中华普通外科杂志, 2006, 21(7): 500-503.
- [5] 邱颀, 吕新生, 范钦桥, 等. 低分子量肝素对重症急性胰腺炎大鼠微循环的影响[J]. 中华中西医杂志, 2004, 5(2): 97-100.
- [6] 吕新生, 张冀, 艾宇航, 等. 甘遂治疗急性重症胰腺炎的前瞻性研究[J]. 中国医师杂志, 2004, 6(11): 1444-1447.
- [7] 潘小季, 吕新生, 段练, 等. 甘遂和低分子量肝素联合应用治疗重症急性胰腺炎的实验研究[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(11): 831-835.

1.3 FAP 合并 ACS 的诊断标准

符合我科 FAP 的诊断标准,具备下列 ≥ 2 条或第 6 条就可诊断 ACS:(1)急性腹膜炎,“球腹”征阳性(腹腔前后径与横径之比大于 0.8);(2)腹部高度膨胀,腹壁张力高;(3)液体补充足量后仍有心动过速或低血压,中心静脉压(CVP)、肺毛细血管楔压(PCWP)升高;(4)气道峰压升高($\geq 85\text{cmH}_2\text{O}$)伴进行性低氧血症($\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$);(5)使用大剂量多巴胺并补足液体后仍少尿、无尿;(6)IAP $> 25\text{cmH}_2\text{O}$,或手术中发现腹腔积液、胃肠充血水肿、腹膜后积液肿胀、关腹困难。本组全部符合上述诊断标准。

1.4 治疗措施

1.4.1 一般治疗 (1)支持治疗,包括补充血容量、纠正水电解质紊乱酸碱失衡及营养支持治疗等;(2)密切观察生命体征,腹部体征及重要脏器功能监测;(3)动态 CT 检查或 MRI,胆源性胰腺炎行 MRCP 检查,以了解胆道梗阻情况;(4)抑制胰腺外分泌,使用生长抑素;(5)ARDS 者使用呼吸机,急性肾功能障碍使用血液净化治疗;(6)早期使用强有力抗生素。

1.4.2 特殊治疗 全部病例均使用:(1)胃管内注入 33% 硫酸镁 100mL,仍不排便 4~6h 可重复使用,直至排便。(2)床旁小切口置管引流,腹腔灌洗。

1.4.3 手术治疗 本组 8 例手术治疗。(1)手术指征:合并胆道急性梗阻并感染;非手术治疗 8~12h 病情不缓解或进一步恶化;IAP $\geq 35\text{cmH}_2\text{O}$ 。(2)手术方式:胰床松动减压引流;胆道梗阻者胆道 T 管引流;腹腔引流;空肠造瘘;感染期坏死组织脓液清除引流。

2 结果

本组死亡 8 例,病死率 40.0%,其中 8 例开腹手术治疗者中死亡 5 例(62.5%),其它 12 例死亡 3 例(25.0%)。死亡时间为住院后 2~25d。7 例死于急性炎症反应期,1 例死于感染期;均死于多器官功能衰竭,其中 2 个器官 2 例,3 个器官 4 例,4 个器官及以上 2 例。治愈者住院 25~156d,5 例发生胰腺假性囊肿,2 例发生胰瘘。FAP 合并 ACS 治疗前后各相关指标对比情况见表。

附表 20 例 FAP 合并 ACS 治疗前后各相关指标对比情况

项目	HR		R		Pao ₂		BUN	
	正常	异常	正常	异常	正常	异常	正常	异常
治疗前	3	17	1	19	5	15	7	13
治疗后	11	9	13	7	16	4	15	5
χ^2	7.0330		13.2967		12.1303		6.4646	
P	< 0.01		< 0.01		< 0.01		< 0.05	

3 讨论

1989 年 Fietsam 首先提出腹腔室隔综合征的概念以来,引起了广泛关注,并对其进行了深入研究。但对 FAP 并发 ACS 的诊断标准仍缺乏统一的认识。IAP 的测定有其局限性;IAP 的测定常采用间接测压,以 ICP(经 Foley 导尿管膀胱内测压)为其衡量指标被认为是简单有效的方法^[3]。由于 FAP 在不同病例、不同病程、不同病情产生 ACS 的病理基础不同,对腹内压的影响不同。部分病例表现为结肠上区水肿、渗出严重、上腹部张力高而下腹部相

对较低或接近正常;或腹膜后水肿、坏死严重,但腹腔压力升高不显著。故 ICP 不能完全真实反映腹内压的变化。本组部分病例 ICP 仅轻度升高而临床症状严重,就充分说明了这点。笔者认为不能将 ICP 作为衡量腹内压的唯一依据,而应综合判断。结合文献及根据本组病例的特点。并认为这一诊断标准在临床上有一定的实用价值,特别是尽可能避免全身炎症反应综合征所致 MODS 掩盖 ACS,使 ACS 能得到及时诊断和治疗。

腹腔减压是治疗 ACS 的有效方法,但不是唯一方法。FAP 引起腹内压增高主要是由于胃肠道充血水肿、积气积液、腹腔渗液、腹膜后水肿出血坏死等;故凡能使上述病变减轻的治疗方法均可治疗 ACS。据此,笔者采用床旁小切口置管引流、腹腔灌洗、33% 硫酸镁导泻,必要时剖腹手术收到了良好效果。FAP 并发 ACS 均属极危重病人,不宜过多搬动,本组有 6 例患者在呼吸机支持,局麻下床旁小切口置管持续腹腔灌洗及引流(0.9% NS),不需搬动病人,尽量避免在 SIRS 期手术麻醉的打击,加重病情。腹腔渗液减少,对胃肠壁刺激减少,水肿减轻,有利于减少毒性腹水的吸收,减轻全身炎症反应。33% 硫酸镁 100mL,胃管注入,如不排便,24h 可重复使用 2~3 次,直至肛门排便排气,最早使用 6h 后排便排气,一般在 24h 之内肛门排气排便,同时鼻胃管抽吸,减少胃潴留,保持消化道通畅,胃肠道积液积气减少,充血水肿减压,亦可减少胃肠道细菌的繁殖,细菌移位减少,减少内源性感染的机会。对 FAP 综合治疗无效者,腹腔渗液多,引流不畅和腹腔压力高者应及时行剖腹检查。本组病例治疗前后心率、呼吸、血氧分压、尿素氮均有明显好转($P < 0.05$),充分说明了治疗的有效性,有效避免了 ACS 所致 MODS 不能得到及时治疗的问题。

FAP 的病员应尽量避免在 SIRS 期手术,以免加重病情;但在合并急性胆道梗阻或非手术治疗 8~12h 病情不缓解反而加重的患者或 ICP 大于 30~35cmH₂O 以上者应及时剖腹手术。手术方式较多,但手术范围应尽量缩小,以解决主要矛盾为目的。张英豪等^[4]报告早期蝶式引流可能为有效的方法。

参考文献:

- [1] 张圣道,雷若庆.暴发性急性胰腺炎的初步认识[J].中华肝胆外科杂志,2003,9(8):457-458.
- [2] 中华医学会外科学会胰腺外科学组.急性胰腺炎临床诊断标准及分级标准[J].中华外科杂志,1997,35(12):773-775.
- [3] Kashtan J, Green Jf, Parson EQ, et al. Hemodynamic effects of increased abdominal pressure[J]. J Surg Res, 1981, 30(3):249-255.
- [4] 张英豪,薄涛,任义,等.早期蝶式引流治疗暴发性重症急性胰腺炎并发腹腔高压综合征的体会[J].中国普通外科杂志,2005,14(5):391-392.