

· 经验交流 ·

胆源性重症胰腺炎手术方法的探讨(附 29 例报告)

陈春民 薛冰川^①

中铁十二局集团公司中心医院普外科(太原 030053)

【摘要】 目的 探讨胆源性重症胰腺炎合理治疗方法。 方法 回顾分析 1997 年 11 月~2001 年 6 月 29 例胆道梗阻性重症胰腺炎临床资料。手术方法为不切开胰被膜,不破坏胰腺的完整性。 结果 28 例治愈。死亡 1 例。术后并发症 7 例。 结论 对胆道梗阻性重症胰腺炎应早期手术,手术方式应简单易行,解除胆道胰管梗阻,确保充分引流。避免坏死胰腺组织继发感染是关键,保护胰腺被膜完整性是避免胰腺继发感染的重要措施之一。

【关键词】 胆源性胰腺炎 胆道梗阻

中图分类号 R657.5

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2003)02-0171-02

1997 年 11 月~2001 年 6 月,我院共收治 29 例胆道梗阻性急性重症胰腺炎(Severe acute pancreatitis, SAP),均采取早期手术,对胰腺处理力求简单,不破坏胰腺被膜,给予胆道减压、T 管引流,胰腺外引流,中西药改善微循环治疗,效果满意,报道如下。

临床资料与方法

一、一般资料 本组 29 例,男 8 例,女 21 例。年龄 23 岁~72 岁。均有右上腹疼痛,伴皮肤巩膜黄染 13 例,腹胀 27 例,恶心呕吐 21 例,上腹部肌紧张 18 例,休克 6 例,发热 12 例。术前合并症:高血压病 12 例,糖尿病 9 例,慢性支气管炎肺气肿 4 例,心电图异常 10 例,合并两种以上疾病 6 例。B 超提示:胆囊结石合并胆总管结石 12 例,合并右肝管结石 6 例,合并左肝管结石 2 例,肝外胆管扩张 9 例。CT 检查:胰腺肿大,密度不均,有坏死灶 20 例,伴腹腔积液 8 例。血尿酸淀粉酶高于正常二倍以上 25 例。总胆红素 $17\mu\text{mol/L}$ ~ $34\mu\text{mol/L}$ 9 例, $34\mu\text{mol/L}$ ~ $110\mu\text{mol/L}$ 12 例, $110\mu\text{mol/L}$ 以上 8 例。空腹血糖 6.2mmol/L ~ 13.2mmol/L 7 例, $13.2\mu\text{mol/L}$ 以上 5 例。凝血酶原时间(磁珠法) $7\sim 12$ 秒 6 例($4\sim 6$)秒 3 例。APACHEII 评分 8 分 12 例, > 8 分 17 例,其中 SAP I 级 20 例,II 级 9 例。按照中华医学会 1991 年临床诊断及分级标准^[1,2],本组患者均为 SAP。

二、方法

1. 手术方法 麻醉后常规开腹探查,对胰腺坏死无感染者,胰腺不作任何处理,保持胰腺被膜的完整性。对胰腺坏死合并感染者,清除坏死组织,切除皂化斑点及网膜组织,如有包裹、囊肿形成,切开囊肿开窗引流。手术常规胆囊切除及胆总管探查,放置 T 管,腹腔引流,并行胃空肠造瘘。术中彻底清除腹腔内渗液、腹水,直至冲洗液体清亮为止。然后于胰腺被膜处放置双腔引流管 2 根。纤维胆道镜观察胆管内有无残余结石。18 例术中发现胆管结石,且壶腹部有小结石,取出或推入十二指肠。11 例术中发现胆管增宽未见结石及肿瘤,放置 T 管引流。

2. 术后处理 术后给予禁食、胃肠减压,洛赛克 40mg 一日二次静滴,生长抑制素八肽如善得定 1mg 皮下注射 6 小时一次($1\sim 2$)周。应用通过胰腺屏障的抗生素如头孢曲松,环丙沙星,甲硝唑。应用胰岛素,即使血糖正常者也给予雾化液(GIK)治疗。应用复方丹参 50ml 一日一次静点 1 周~3 周,以改善微循环。完全胃肠外营养、肠内营养(一般在术后排气后),应用中药如生大黄、白芍、木香、元胡、柴胡、黄芩,于术后 48h~72h 经胃管内注入连续 3d~4d。同时 T 管引流和腹内灌注冲洗引流。

结 果

22 例局灶性坏死性胰腺炎,17 例一期愈合,并发症 5 例,3 例胰漏,穿刺引流后治愈;1 例腹腔感染、积液,B 超定位穿刺引流 3 次治愈;1 例反复出现腹膜炎,T 38.6°C ,呼吸急促,并发全身中毒症状,二次手术,清除坏死感染灶引流治愈。3 例胰腺完全坏死,术后一期治愈。4 例胰腺坏死合并感染,胰周有包裹性积液,恶臭,其中 2 例并发 $10\text{cm}\times 8\text{cm}\times 6\text{cm}$ $4\text{cm}\times 3\text{cm}\times 2\text{cm}$ 假性胰腺囊肿,抽出黑褐色臭味液体,坏死组织 450ml~750ml,2 例术后一期治愈,1 例术后出现急性腹膜炎,再次手术清除坏死组织,多次 B 超定位穿刺引流治愈,1 例并发结肠漏出血死亡。

讨 论

我们认为胆源性重症胰腺炎的手术时机,一旦明确诊断,有胆道梗阻症状,无明显手术禁忌证,急诊或早期手术治疗。手术主要目的是解除胆道梗阻、胰管梗阻、对胰腺组织的损害通畅引流,手术处理力求简单。胰腺坏死不合并感染者对胰腺不做处理,不做胰腺被膜减压,不清除坏死组织。本组 22 例胰腺不同程度坏死,对坏死的胰腺组织未作任何处理,术后痊愈出院,可以得到验证。胰腺和胰周围组织继发感染是重症胰腺炎死亡的主要原因^[3,4]。对于重症胰腺

(下转第 173 页)

(上接第 171 页)

炎、坏死是必然存在的,如何避免感染是问题的关键,本组 4 例合并胰周感染,清除坏死组织,破坏胰被膜的完整性和血液循环,术后并发症增加,二次手术 1 例,感染出血死亡 1 例,说明破坏胰被膜的完整性,感染发生机会增加,可能加重胰腺缺血,破坏被膜屏障作用,目前证实细菌主要来源于肠道细菌移位和血液播散^[5,6]。打开胰腺被膜,破坏胰腺的正常组织屏障,感染的机率明显增加。不切开胰腺被膜使其感染的机会减少,我们对胰腺被膜不做切开减压。^[7]

对术后合并感染者,手术时机尽可能延迟,早期手术治疗并不能降低并发症的发生和死亡率,手术指征应从严掌握,对腹腔渗出较多者可在 B 超或 CT 定位下穿刺引流。如果体温持续在 38.5℃ 以上,腹部体征逐渐加重,且精神状态不佳,有中毒症状者需第二次手术清除坏死组织及感染灶积液时,应尽量保护胰腺组织,术后持续负压冲洗引流。本组 1 例并发结肠漏术后 63 天出血,由于全身衰竭,营养差,失去抢救时机而死亡。对于结肠漏要及时手术治疗,因为漏出物多为成形粪便,单纯靠引流不可能使漏出物顺利排出,即使冲洗效果也不佳,因此感染难以控制,漏口也难愈合。如果时间拖延过长,炎症无法控制可引起严重后果。所以,合

并结肠漏的手术有待探讨,手术时机的选择非常重要。

参 考 文 献

- 1 中华医学会外科学会胰腺外科组.重症胰腺炎临床诊断标准及分析标准.中华外科杂志,1991,29:496-497.
- 2 中华医学会胰腺外科组.重症胰腺炎的诊治草案.中国实用外科杂志,2001,21:513-514.
- 3 Heath D, Alexander D, Willson C, et al. Which complications if acute pancreatitis are most lethal? A prospective multicentre study of 719 episodes. Gut, 1995, 36(3):A478.
- 4 Bradley EI III, Allen K. A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. Am J Surg, 1991, 161(1):19.
- 5 Frakas G, Marton J, Mandi Y, et al. Surgical strategy and management if infected pancreatic necrosis. Br J Surg, 1996, 83:930-933.
- 6 李宝华.非手术治疗重症急性胰腺炎.中国实用外科杂志,1999,19:530-532.
- 7 汪训实,曹钧,曹庭嘉,等.早期重症胰腺炎手术后的单管冲洗负压.中国微创外科杂志,2001,1:77-79.

(2002-09-10 收稿)

(2003-03-11 修回)