

## 65 例急性梗阻型胆源性胰腺炎外科治疗分析

龚福祥, 张迪平, 成灵才, 张 悍, 郑 冰, 刘 斌

作者单位: 417009 湖南, 娄底涟钢医院普外科

作者简介: 龚福祥(1967-), 男, 大学本科, 主治医师。研究方向: 普通外科学。E-mail: lgygfox@163.com

**[摘要]** 目的 探讨急性梗阻型胆源性胰腺炎(AOGP)外科治疗的有关问题。方法 对 65 例梗阻型 AGP 患者的临床资料进行回顾性分析, 轻症急性梗阻型胆源性胰腺炎(MAOGP)42 例, 保守治疗 38 例, 急诊后期手术 4 例; 重症急性梗阻型胆源性胰腺炎(SAOGP)23 例, 均行早期或急诊手术。结果 本组病例痊愈 64 例, 1 例因伴心脏病、糖尿病、多器官功能衰竭及腹腔感染术后 2 周内死亡。结论 对伴有化脓性胆管炎的 AOGP 者早期宜行急诊手术, 轻型梗阻型 AGP 早期积极非手术治疗, 胰腺炎治愈后 2~4 周内择期手术治疗胆石病, 可以降低复发率、并发症发生率和病死率。

**[关键词]** 急性胰腺炎; 胆石症; 外科治疗

**[中图分类号]** R 657.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)07-0739-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2009.07.30

**Analysis on surgical treatment in 65 patients with acute obstructive gallstone pancreatitis** GONG Fu-xiang, ZHANG Di-ping, CHENG Ling-cai, et al. Department of General Surgery, Liangang Hospital, Loudi 417009, China

**[Abstract]** **Objective** To discuss the surgical treatment of acute obstructive gallstone pancreatitis (AOGP). **Methods** The clinical data of 65 patients with AOGP were analysed retrospectively. In 42 patients with mild acute obstructive gallstone pancreatitis (MAOGP), 38 patients received conservative therapy, 4 patients underwent delayed operation. All 23 patients with severe acute obstructive gallstone pancreatitis (SAOGP), underwent early or emergency surgery. **Results** Among 65 patients with AOGP, 64 patients were cured, 1 patient died of concomitant heart disease, diabetes, the multi-organ function failure and the abdominal cavity infection in 2 weeks after operation. **Conclusion** It is necessary to take the early emergency surgery for the patients with AOGP accompanied by the suppurative cholangitis and take the early positive non-surgery treatment for the patients with MAOGP; taking the selective operation for the patients with cholelithiasis in 2 to 4 weeks after the pancreatitis was cured, may reduce the recurrence rate, the occurrence complication and the case fatality rate.

**[Key words]** Acute pancreatitis; Cholelithiasis; Surgical treatment

急性梗阻型胆源性胰腺炎(acute obstruction gallstone pancreatitis, AOGP)系由胆道疾病所诱发的急性胰腺炎, 是普外科常见病, 起病急、发展快, 占我国急性胰腺炎发病总数的 55%~65% 以上, 病死率可达 20%~30%<sup>[1]</sup>。胆道疾病以胆道结石所占比例较高<sup>[2]</sup>, 在诊断的特发性胰腺炎中仍有 50%~70% 为微小结石引起的 AGP。其预后与早期手术或非手术治疗的选择紧密相关。总结分析我科 1998~2008 年收治的 65 例 AOGP 患者的外科治疗问题, 报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 65 例患者中男性 45 例(69%), 女性 20 例(31%), 年龄为 32~71 岁, 平均年龄为 51.5 岁。有高血压病史 6 例, 糖尿病史 3 例, 心脏病史 2 例。

**1.2 临床分型** 根据中华医学会外科学会胰腺组 1996 年提出急性胰腺炎的分型标准: 轻型急性胰腺炎(mild acute

pancreatitis)指急性胰腺炎仅引起极轻微的脏器功能紊乱, 临床恢复顺利, 没有明显腹膜炎体征及严重代谢紊乱等重症急性胰腺炎的临床表现; 对及时的液体治疗反应良好, 临床体征和实验室检查迅速恢复正常, 经 48~72 h 的治疗后情况不改善或出现腹腔内渗液者, 应及时注意有局部并发症的可能。重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis)指急性胰腺炎伴有脏器功能障碍, 或出现坏死脓肿或假性囊肿等局部并发症者, 或两者兼有; 腹部体征包括明显的压痛、反跳痛、肌紧张、腹胀、肠鸣音减弱或消失; 可有腹部包块, 偶见肋腹部瘀斑征(Grey-Turner)或脐周瘀斑征(Cullen); 可并发一个或多个脏器功能障碍, 也可伴有严重代谢紊乱, 包括低钙血症, 血钙低于 1.87 mmol/L(7.5 mg/dL); 局部并发症有坏死、脓肿和假性囊肿<sup>[3]</sup>。本组重型梗阻型 23 例, 轻型梗阻型 42 例, 所有患者均有不同程度的皮肤巩膜黄疽、胆绞痛、上腹部

压痛、血尿淀粉酶升高、血清胆红素升高且以直接胆红素升高为主,B超及CT提示肝内胆管不同程度扩张,胆总管下段结石、胆囊壁增厚、胆囊充盈及急性胰腺炎。

## 2 治疗方法

**2.1 重症急性梗阻性胆源性胰腺炎(SAOGP)** 本组23例均在24~48 h内行急诊手术,行胆囊切除、胆总管引流,其中8例行胰腺包膜切开减压、胰腺坏死组织清除、在胰床放置1~2根大口径的多孔引流管,小网膜孔、脾窝、Douglas腔均放置多孔引流管,行胆总管切开取石、胆道探查及T管引流,2例行空肠造瘘,2例行胃造瘘。术中见8例不同程度的胰腺坏死,23例肝内胆管扩张、胆总管结石,11例胆囊结石。

**2.2 轻症急性梗阻性胆源性胰腺炎(MAOGP)** 本组42例采用控制饮食和胃肠减压、静脉输液及应用抗生素、静点生长抑素、中药等综合性非手术治疗方法,其中38例保守治疗效果满意,根据治疗效果,分别在5 d~4 W后复查血、尿淀粉酶,B超检查胰腺,保守治疗后2~4 W内行择期手术,术式为胆囊切除,胆总管探查引流,腹腔引流,29例行腹腔镜胆囊切除术;9例行胆囊切除、胆总管切开取石、T管引流术。另4例MAOGP因向SAGP转化,分别于入院24~48 h行胆囊切除、胆总管切开取石、T管引流术。

**2.3 术后处理** (1)一般原则:手术后病人一般采取早期禁食(禁食时间一般为10~15 d,根据具体情况可适当调整),胃肠减压,补充血容量,纠正水电解质紊乱,改善胰腺微循环;(2)营养支持:主要是胃肠外的营养(TPN),如输给脂肪乳剂、氨基酸等,本组有2例空肠造瘘者待肠功能恢复后经瘘管注入营养液;(3)抗感染:选择效价高且易透过血胰屏障的有效的抗生素;(4)使用H<sub>2</sub>受体拮抗剂,生长抑素(如善得定、施他宁)与抑肽酶,以抑制胰腺的分泌;(5)加强监护,注意重要脏器功能的保护。

## 3 治疗结果

本组65例平均住院日25 d,64例痊愈出院,其中3例并发腹腔脓肿,4例合并假性囊肿及肠梗阻,2例并发胆瘘,均经保守治疗痊愈;1例因伴心脏病、多器官功能衰竭及腹腔感染术后2周内死亡。本组病例死亡率为1.5%,治愈率为98.5%。

## 4 讨论

**4.1 胆结石是急性胰腺炎最常见的发病原因,也是胰腺炎反复发作的主要原因,结石梗阻使胆胰管压力增高,胆道排空障碍,胆汁不能通畅流入十二指肠内,而反流入胰管内,胆汁中的卵磷脂被胰液中的磷脂酶和脂肪酶分解成溶血性卵磷脂,同时胆汁中细菌酰胺酶激活胰液,使胰腺组织自溶,发生急性胰腺炎,尤其是嵌顿于Vater壶腹部的胆结石,使胰腺呈进行性坏死,迅速出现多器官功能衰竭综合症、休克和脑功能障碍,病情凶险。其病理过程及临床表现特点:(1)病因明确,去除病因可阻止胰腺炎反复发作;(2)可同时并发急性胆囊炎和化脓性胆管炎;(3)反复发作,迁延不愈。**

**4.2 对急性梗阻性胆源性胰腺炎(AOGP)的手术时机**目前仍存在不同观点,有些学者认为早期取除结石,解除梗阻,去

除病因,通畅引流胆汁胰液,防止胰腺进行性坏死。也有人认为早期手术对于重型胆源性胰腺炎风险大,并发症多,死亡率高。待胰腺炎恢复3~5 M后针对胆结石手术更容易。但中华医学会胰腺外科学组推荐认为,急性胰腺炎伴有胆道梗阻者应该急诊手术或早期手术;而以胰腺病变为主的则采取非手术治疗<sup>[4]</sup>。张圣道等<sup>[5]</sup>提出对于SAGP患者采取早期引流手术结合监护治疗的方法很有效,但术前应权衡胆道梗阻、胆道感染与胰腺炎的关系,因为SAOGP早期手术的目的是解除胆道梗阻<sup>[4]</sup>。目前我国常用的重症急性胰腺炎的最佳治疗方案明确指出了重症胆源性胰腺炎患者,凡伴胆道梗阻者应急诊手术;无胆道梗阻者先非手术治疗,待病情缓解后行胆石症手术<sup>[6]</sup>。有些学者<sup>[7,8]</sup>提出重症胰腺炎(SAP)伴有胆道梗阻者应早期手术取出结石、解除梗阻、去除病因、通畅引流胆汁胰液,防止胰腺进行性坏死。本组23例采用早期急诊手术治疗,治愈率为98.5%。我们体会是:如果强化治疗48 h内皮肤巩膜黄染进行性加深,血清胆红素持续升高>34 μmol/L,超声胆管扩张,体温持续高于38℃及腹膜炎体征加剧,白细胞>18×10<sup>9</sup>/L,甚至出现感染中毒、休克症状者,说明保守治疗效果差,均立即中转手术,解除胆道梗阻。其中38例非手术治疗,4例患者因出现MAOGP向SAOGP转变而中转急诊手术。我们体会中转手术治疗的条件是:(1)上腹部阵发性绞痛,抗炎腹腔治疗无效,B超或CT提示胆囊颈部结石嵌顿或胆总管下端结石梗阻且胆总管扩张和处于应激状态;(2)血、尿淀粉酶持续升高;(3)伴高热、GSAP,或各种检查提示胰腺坏死组织感染合并弥漫性腹膜炎需早期手术清除坏死组织并引流者<sup>[9]</sup>。对AOGP的外科治疗有条件者可尽早施行内镜微创治疗切断炎性反应的恶性循环链<sup>[10]</sup>。

## 参考文献

- 1 金世龙,顾红光,王仁云,等.急性重症胰腺炎Rinder综合评分及预后[J].中华肝胆外科杂志,2003,9(6):355-357.
- 2 玉振东,王金龙,肖景春,等.出血坏死性胰腺炎119例诊治报告[J].实用外科杂志,1986,6(9):465-466.
- 3 中华医学会外科分会胰腺外科学组.关于急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J].中华外科杂志,1997,35(12):773-775.
- 4 中华医学会外科分会胰腺外科学组.重症胰腺炎诊治草案[J].中华外科杂志,2001,39(11):699-700.
- 5 张圣道,雷若庄.重症急性胰腺炎治疗的急诊进展和发展趋势[J].中国实用外科杂志,2002,22(1):22-23.
- 6 张圣道.重症急性胰腺炎诊治草案(2000年杭州会议)[J].胰腺病学,2001,1(1):46-48.
- 7 姜洪池,孙备,张伟辉,等.重症急性胰腺炎手术时机及手术指征的探讨[J].中华肝胆外科杂志,2000,4(2):127-128.
- 8 李荣,陈博艺,刘宁江,等.爆发型急性胰腺炎外科干预的价值[J].中国现代普通外科进展,2005,8(3):189.
- 9 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):513-514.
- 10 姜洪池,刘昶.重症急性胰腺炎手术治疗有关问题[J].中华肝胆外科杂志,2003,9(11):690-692.

[收稿日期 2009-03-16][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]