

重症急性胰腺炎内科综合治疗的研究

钮兰芬 黄 健 陈南生
(苏州市第二人民医院, 苏州, 215002)

关键词 重症急性胰腺炎; 内科综合治疗

中图分类号: R576 文献标识码: A 文章编号: 1007-6514(2000)04-0310-02

重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis sap) 病情发展迅速, 即使及时手术, 其死亡率仍高达 30%~40%^[1]。1994 年第 10 届国际消化病会议提出 SAP 的早期应进行积极的内科治疗。我院消化内科 1990~1998 年 10 月共收住院 SAP35 例进行内科综合治疗, 观察疗效较满意。

性因暴食、饮酒 15 例 (42.9%)。男 11 例, 女 24 例, 年龄 19~84 岁, 平均 50.6 岁。全组均在入院后 12h 内作 B 超和 24h 内作腹部 CT。诊断符合以下标准: ①具有局部并发症包括胰腺坏死, 胰液渗出, 腹膜炎, 胰腺脓肿或假性囊肿。②多脏器功能障碍/衰竭。按 Ransonll 项指标均在 6 项以上。见表 1。

1 临床资料

SAP35 例, 胆道疾病 20 例 (57.1%), 非胆道

表 1 35 例 SAP 的临床及实验室表现

临床表现	例数	%	实验室表现	例数	%
腹痛	35	100	WBC> 16×10 ⁹ /L	35	100
恶性呕吐	33	94.3	血钙< 2mmol/L	35	100
发热 38℃以上	20	57.1	血糖> 11.1mmol/L	35	100
黄疸	3	0.9	GOT> 150IU/L	30	85.7
腹膜炎	30	85.7	PO ₂ < 8KPa	30	85.7
ARDS	3	0.9	BUN> 1.7	12	34.3
休克	20	57.1	LDH> 350U/L	30	85.7
急性肾衰	2	0.6	BD< -4	20	57.1
年龄> 55	30	85.7	HCT 下降 10%以上	15	42.9
			体液隔离量> 6L	6	1.8

35 例中出现多脏器功能衰竭 30 例占 85.7%。

治疗方法: 常规禁食 2 周以上、胃肠减压、每日补液 3 000~3 500ml 左右, 补钾 3g/d 左右, 禁食 3d 后给予 5% 的苏打液 200ml, 静脉点滴及时纠正酸中毒, 使之抢救药物有效。雷尼替丁 300mg/d 和 654~220mg/d 静滴 5~7d。善得定 16ug/h 或施他宁 250^μg/h 滴速维持 5d。为恢复胃肠动力功能同时在发病 12h 内使用普瑞博思 10mg 3 次/d 或中药生大黄 5~15g/次, 1~2d 导泻。早期使用足量广谱抗生素, 首选用胰内穿透性强的如泰能 2~3g/d 或头孢哌酮 4~6g/d 或灭

滴灵 2g/d 和氟喹诺酮类联合使用, 时间一般在 2 周左右。严密监护避免出现多脏器功能衰竭。早期给予吸氧, 隔日白蛋白 10g/d 输入, 保护肝肾功能。中后期加强营养支持疗法, 血浆和白蛋白交替使用, 200ml/次血浆或 10~20g/d 白蛋白静滴。病程 3 月内忌高脂肪和高糖饮食。饭后口服达吉 2 粒 3 次/d, 替代胰脏消化功能不全。

结果: 35 例中 33 例康复出院。死亡 2 例, 死亡率 5.7%^[2], 1 例因原患冠心病、房颤, 住院 5d 后死亡于心律失常。另 1 例因服用生大黄导泻药时间过长, 水电质紊乱、酸碱平衡失调导致胰性脑病死亡。本组并发胰腺脓肿和假性囊肿形成 12 例, 均未作手术治疗。20 例胆结石患者均作延期胆囊切除手术。平均住院日 37.2d。全组治愈率 94.3%, 与“个体化治疗方案”^[3] 基本相符。

收稿日期: 1999-05-10

作者简介: 钮兰芬 (1945-), 女, 江苏常熟人, 副主任医师, 参与研究省级以上科研课题 1 项, 共发表论文 8 篇。

2 讨论

SAP 是一种危重急腹症, 以往多主张外科手术治疗, 但死亡率仍较高。不适宜的扩张手术对胰腺的创伤值得重视, 并发感染是 SAP 死亡率高的主要原因。目前大量研究证实 SAP 发病机制是由炎性细胞因子 IL-1 β , IL-6, TNF α 和炎性介质 PLA₂, 淀粉酶升高有关。也可以引起血和肺组织内 TNF α , IL-1 β 过度表达及肺部严重受损^[4]。因此尽早使用胰酶抑制剂如: 善得定或施他宁可以防止 ARDS 的发生。肠道细菌移位问题已逐渐被大家认可, 早期使用足量抗生素是抢救成功的关键, 一般选用在胰组织能达到杀菌浓度的如: 泰能、三代头孢、灭滴灵和氟喹诺酮联合使用^[5]。尽量减少胰周脓肿的形成。发病 12h 内用普瑞博思、生大黄导泻可以促使胃纳物排空和胃肠动力功能恢复, 但剂量不宜过大。复方丹参和 654-2 静滴可以改善微循环。尽早使用可以预防

多脏器功能衰竭的发生。一旦出现多脏器功能衰竭的早期征象, 应及早吸氧、保护肝肾功能、及时采取有效综合治疗措施, 防止病情恶化。本组统计资料表明: 大多数多脏器功能衰竭患者是可以恢复的。SAP 病程的后期强化营养支持疗法, 以补充血浆和白蛋白来改善负氮平衡, 增强抗感染能力。胆结石患者均予延期作胆囊切除术。

参考文献

- [1] 张圣道. 外科治疗急性坏死性胰腺炎的进展. 实用外科杂志, 1991; 11: 466
- [2] 修典荣, 袁 炯, 侯宽永 等. 急性出血坏死性胰腺炎早期非手术治疗的探讨—附 37 例临床分析. 中华消化杂志, 1997; 5: 277
- [3] 张圣道. 全国重症急性胰腺炎诊治新进展. 全国学习班上的讲稿. 1997, 10
- [4] 蔡 瑞, 张群华, 殷保兵 等. 急性坏死性胰腺炎时肺部损伤发病机制的研究. 中化消化杂志. 1998; 3: 139
- [5] 王自法编译, 潘承思校. 重症急性胰腺炎预防性应用抗生素的评价. 国外医学消化系疾病分册. 1997; 4: 228

(上接 309 页)

除术。本组一般手术距穿孔时间较长, 且术中有半数以上病例高度疑诊胃癌穿孔。前田守^[3]对比非穿孔性与穿孔性胃癌, 行根治性胃切除术与非根治性胃切除术在手术效果、生存率等方面均有明显差异。故对胃癌穿孔应持积极态度, 采取一期或二期根治术。本组随访结果一期与二期手术 1 年、5 年生存率无明显差异, 并均优于单纯修补术, 二期手术时机选择, 文献尚无报告, 笔者认为时间越早越好, 一般应以 2~3 周为宜, 其间适当化疗。

良性溃疡修补手术后, 二期手术一般规定在 3 个月以上, 而胃癌不可等待, 二期手术一般腹腔粘连多, 给手术增加很大难度。特别是根治手术的淋巴结廓清更为困难, 甚至丧失根治条件。因此应争取一期根治手术。本组随访一期根治 21 例, 手术体会: ①穿孔时间不机械性地以 8h 为限, 而以腹腔污染和炎症范围、局部解剖条件及手术者技术、设备等方面为主要参考, 本组一期根治 25 例, > 8h 18 例, 但手术后均恢复顺利; ②穿孔巨大或癌块较大, 修补术采用网膜填塞修补仍十分

困难, 且有导致术后消化道梗阻危险的不应勉强修补, 应采用大量冲洗、灌洗、积极切除的方法。本组 6 例为此种情况, 术后均恢复良好; ③重视全身条件, 严重感染中毒症状或贫血不应冒险行事, 应采用二期手术。本组死亡 6 例, 有 2 例虽局部条件尚好, 但全身条件不佳, 勉强行一期根治术, 结果术后死亡, 实为教训。④单纯修补术 25 例, 比例较高, 多为如下因素决定: ①年龄过高, > 72 岁; ②全身情况差, 手术后 2~3 周不能恢复者; ③术中证实转移, 难以根治者; ④患者及家属满足于近期效果, 拒绝再次手术。经随访疗效最差, 其生存率与以两组比较有显著差异, 应尽量避免此术式。

参考文献

- [1] 王东明, 赵乾之. 胃癌急性穿孔的诊断和处理. 肿瘤临床, 1984; 11: 28
- [2] 张春福等. 胃癌急性穿孔的外科治疗. 辽宁医学杂志. 1988; 3: 126
- [3] 前田守. 胃癌穿孔病例の检讨. 日本临床外科医学会杂志, 1980; 41: 149