

185-186

老年重症急性胰腺炎 41 例诊治体会

R657.51

湖南省人民医院(长沙 410002) 王湘英 吴金术

关键词 胰腺炎, 外科手术; 消化系统; 老年人

诊断 治疗

急性胰腺炎(AP)占老年人急性腹痛的5%~7%^[1],其重症胰腺炎(SAP)病死率达20%~40%^[1,2]。随着老年人口的增多,老年SAP患者增加,如何降低老年SAP病死率,已成为国内外学者关注的问题^[1-4]。1985~1998年本院收治≥60岁老年SAP 41例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组41例,男10例,女31例,平均年龄67(60~81)岁。发病原因:胆源性24例,脂餐7例,饮酒2例,9例发病原因不明。同时合并高血压者16例,冠心病14例,糖尿病7例,甲亢病1例。非手术治疗12例,平均发病至入院时间27.1h;手术治疗29例,平均发病至入院时间31.5h,入院至手术时间17.8h。按我国SAP临床诊断标准^[5]:重型I级30例,II级11例。

1.2 临床表现 上腹剧痛41例,腰背胀痛29例,腹胀34例,呕吐41例,黄疸11例。体温≥38℃29例,呼吸≥30次/min 17例,脉搏≥110次/min 19例;左右腰背抬举痛26例,白血球≥15×10⁹/L者23例,血清淀粉酶300~1760u(正常40~160u),尿淀粉酶389~7860u(正常120~1200u),腹水淀粉酶880~7820u。

亡率较高^[2],本组有2例非手术治疗无效而未手术,最后反复出血死亡。

2.3 关于肝外伤术后胆道出血 肝外伤术后胆道出血是严重并发症,多与首次手术处理不当有关,其原因为肝裂伤较深或中央型肝破裂,缝合时不能伸及裂伤底而残留死腔,形成术后血肿,继而感染形成血管胆管瘘。这种病人非手术治疗多难奏效,可先行栓塞治疗,如无效则应及时手术。术中根据首次手术情况决定手术方案,对已缝合的肝裂口应拆开,彻底清创、止血、结扎创面上的各种管道结构,必要时作肝部分切除;对止血不可靠的还应作肝动脉结扎,并留置T管引流。本组2例肝裂伤病人首次缝合,其中1例术后8d突然

1.3 特殊检查 48例均在入院48h内行腹部B超,诊断性腹腔穿刺检查,17例行腹部CT及胸部X线检查,检查结果见附表。

附表 41例特殊项目检查及其结果(例,%)

检查项目	n	检查结果	阳性数
腹部B超	41	腹囊结石	22(53.7)
		胆总管结石	2(4.9)
		胰腺边缘毛糙	
		且回声减弱	41(100)
诊断性腹穿	41	胰周液	14(34.2)
		血性腹水	32(78.0)
CT扫描	17	Bathaza评分	
		I级	7(41.2)
		II级	4(23.5)
胸部X线检查	17	III级	6(35.3)
		左胸腔少量积液	7(41.2)

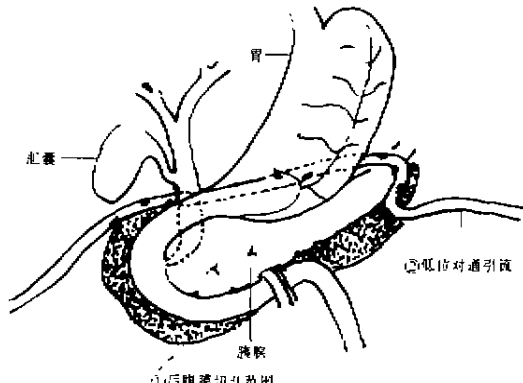
1.4 治疗方法 ①非手术治疗,主要措施包括吸氧,禁食,纠正低血容量,纠正酸碱紊乱,使用胰酶抑制剂(5-Fu,善得定,施他林),H₂受体阻滞剂,抗生素,TPN静脉高营养以及监测血糖和重要脏器机能。当出现腹痛持续不缓解,腹膜炎体征明显,腹腔大量血性液体;腹胀、腰背抬举痛明显;B超,CT提示梗阻性胆道疾病即中转手术。②手术治疗,每一例均行了胰床切开减压、胃造瘘、低位对通引流术(见附图)。

绞痛、休克、紧急手术,彻底清创止血治愈,另1例在当地先后2次手术均没有彻底缝扎创面血管,第3次手术才达到止血目的。

参 考 文 献

- 1 蒋寿林. 52例术中胆道出血的诊断与处理. 中国实用外科杂志, 1996, 16(6): 344
- 2 梁力健. 胆道出血的诊断和治疗. 肝胆外科杂志, 1997, 5(2): 72
- 3 全志伟, 张一楚. 胆道出血的定位诊断及处理. 中国实用外科杂志, 1996, 16(6): 323
- 4 郑光琪, 李樱东. 122例胆道大出血的诊治经验. 实用外科杂志, 1989, 9(5): 233

(19990206 收稿)



附图 后腹膜切开, 低位对通引流术

同时,行胆囊切除 11 例;胆囊造瘘 18 例;胆总管造瘘 11 例;腹膜后清创引流 19 例;空肠造瘘 2 例。术中所见 29 例均有小网膜囊内血性或淡血性液体(100~300 ml)、腹腔渗液 300~500 ml;胰广泛坏死 4 例;灶性坏死 15 例,节段坏死 8 例,胰坏死区占全胰 50% 以上 6 例,≤30% 12 例。腹膜后血性渗出 19 例,腹膜后广泛出血坏死 2 例,1 例并横结肠,降结肠坏死。

1.5 结果 全组死亡 4 例,病死率 9.76%。非手术治疗死亡 2 例(16.7%),分别死于中毒性休克,多器官功能衰竭和治疗中突发脑血管意外。手术治疗死亡 2 例(6.9%),1 例于术后 97 h 死于出血性胃炎、ARDS,1 例于术后 9 d 死于胰开放引流创口突发大出血。两组病死率比较差异有显著性($P < 0.01$)。手术治疗主要并发症为:糖尿病 3 例,胰瘘 2 例,腹腔脓肿 2 例,胰假性囊肿 1 例。非手术治疗平均住院时间 25.8 d,手术治疗平均 57.4 d,两者比较差异有显著性($P < 0.01$)。

2 讨论

2.1 老年 SAP 临床特点 老年 SAP 女性多见^[1,4],以胆道疾病为主要原因,30%~40% 病因不明,亦与胆固醇结晶,胆色素颗粒胆泥(biliary sludge)有关^[6]。我国老年 SAP 发病率较高,黄志强统计^[2] 689 例手术证实 SAP ≥ 60 岁者占 53.1%。除与上述临床特点基本相符外,本组资料还显示:①血性腹水是老年 SAP 早期重要表现,腹水中淀粉酶含量高。②SAP 胰腺渗液易在腹膜后间隙内蔓延,造成腹膜后广泛出血坏死。严重者可出现肋腹皮下瘀斑。③老年 SAP 起病急,血液淀粉酶增高为正常 2~10 倍。

2.2 老年 SAP 的治疗

2.2.1 非手术治疗 既可作为老年 SAP 的单独治疗措施,也可作为手术的辅助治疗和术前准备。主要措施为:①注意生命体征、腹膜炎体征、尿量、血钙、血糖的变化,积极纠正失水酸中毒;②综合应用胰腺分泌抑制剂如 654-2、5-Fu,善得定、施他林;③早期使用抗生素;④相关科室多科协作治疗,可望使一些重危不能

承受手术的老年 SAP 患者获得救治机会。

2.2.2 手术治疗 鉴于 SAP 不同于一般炎症的病理、生理表现,老年 SAP 及时手术治疗可①去除导致 AP 的直接诱因;②彻底清除胰性腹水,减少毒性物质的吸收;③胰床切开减压,改善胰腺循环,防止胰腺继续坏死;④可及时处理腹内脏器腐蚀、出血、坏死、穿孔等 SAP 特异并发症。其手术方式较多,主要包括总胆管引流、胆囊切除、胰被膜切开、空肠造瘘。本组的基本术式为胰床而不是胰被膜的切开减压及网膜囊低位对通引流;能有效解除胰腺压力,并使胰周炎性液体和坏死组织得到充分引流;同时,网膜囊低位对通引流,循环灌洗能及时清除积聚于胰周的炎性坏死物,可预防和减少感染并发症。本组手术治疗患者,除 1 例网膜囊带状开放引流需清创外,无再手术病例,胰局部并发症亦低于同类文献报道^[1,3]。

老年人免疫机能低下,患 SAP 时其伴随疾病的诱发或加重常增加病情复杂性。所以,对老年 SAP 患者,应根据其病理生理特点以及具体情况,采用合适的治疗措施。对入院时存在休克、SRDS、肾并发症的老年 SAP 患者应积极非手术治疗并作好术前准备,把握手术时机;有手术指征者及时手术,以免失去手术机会。对于存在胆道疾病患者,力争一期胆囊切除、胆总管造瘘胆道减压,但如果病情十分严重,肝、十二指肠韧带严重水肿,则行胆囊造瘘。本组少用空肠造瘘,因为:①减少手术复杂性,尽量缩短手术时间;②术后采用 TPN 静脉高营养支持疗法,利于胃肠道功能在完全静止状态下恢复;③老年人血管退行性病变,炎症情况下常出血难止。对老年 SAP 患者开放引流计划性再次扩创应采取慎重态度。本组 1 例采用网膜囊开放袋状引流于术后第 9 天第 2 次清创后突发创面大出血不止,抢救不及死亡,是为教训。

参 考 文 献

- Lilleco KD. Pancreatic disease in the elderly patient. *Surg Clin North Am.* 1994,74:317~344
- 黄志强. 急性坏死性胰腺炎的危险因素分析. *中华外科杂志*, 1992, 30(1):27~31
- Fanst, Chioi TK, Caucs, et al. Influence of age on the mortality from acute pancreatitis. *Br J Surg.* 1993,75:463~466
- Park J, Frankes J, cooperman MD, et al. Acute pancreatitis in elderly patients pathogenesis and outcome. *Am J Surg.* 1986,152:638~642
- 中华医学会外科学会胰腺外科组. 重症胰腺炎临床诊断及分级标准. *中华外科杂志*, 1991, 29:496
- Bronden W, Patterson MD, Thompson JL, et al. Acute pancreatitis of unknown etiology in the elderly. *Ann Surg.* 1993,217:469~475

(19990412 收稿)