

## 暴发性胰腺炎的急救原则探讨

吴福宁 李玥巍

【关键词】 胰腺炎, 暴发性; 诊断标准; 急救原则

2002—2004 年我院共收治急性胰腺炎(AP)患者 193 例,其中 4 例属暴发性胰腺炎(FAP)。FAP 又称特重型 AP,是重症急性胰腺炎(SAP)的一个特殊类型,本组 4 例 FAP 患者中 2 例术后痊愈,2 例未手术死亡,报告如下。

### 1 FAP 的定义与诊断

1.1 定义:依据文献[1]标准将 AP 分为轻型和重型两型,后者再以有器官功能障碍分为 I 级和 II 级。现阶段,多数学者认为 FAP 的临床表现及诊断依据属于 I 级 AP 范围。实际上 FAP 是 AP 在发病早期(48 h 内)即出现进行性多器官功能衰竭(MOF)的一种特重型 AP,是 AP 死亡高危人群。

1.2 诊断标准:FAP 的诊断首选腹腔穿刺(过度腹胀、肠鸣音弱者禁止穿刺),其阳性率在 90%左右,常规检查血钙、血、尿淀粉酶、脂肪酶等;辅助检查以 B 超、CT 和在 CT 引导下细针穿刺(FNA)判别胰腺坏死及胰外侵犯是否已有感染,其准确率近于 100%。CT 对胰腺的评价目前多采用 Balthazar CT 分级方法<sup>[2]</sup>:① I 级:胰腺正常;② II 级:局部或弥漫性胰腺增大,少量胰内液体积聚;③ III 级:以上征象伴胰周炎症;④ IV 级:以上征象伴有单一胰外液体积聚及 30%~50%胰腺坏死;⑤ V 级:以上征象伴有广泛胰外液体积聚,胰腺脓肿与 >50%胰腺坏死。达到 II 级或 III 级以上即为 AP 指征。毛恩强等<sup>[3]</sup>在亚特兰大 SAP 临床诊断分级标准(1992)诊断基础上,提出 FAP 的诊断标准为:发病 72 h 内任何时间同时满足以下 5 项指标中的任何 1 项或以上者可诊断为 FAP:①急性生理学及慢性健康状况评分 I (APACHE I)≥20 分;②急性肾功能衰竭(ARF);③急性呼吸窘迫综合征(ARDS);④腹腔渗液超过 3 000 ml 和后腹膜有严重渗出;⑤格拉斯哥昏迷评

分(GCS)<8 分。但 FAP 与 SAP 的病因和临床表现大致相同,按照 Balthazar CT 分级法评定也均属于 II 级或 III 级以上,及时准确地诊断是关键所在。

### 2 FAP 的急救治疗原则

2.1 急症手术治疗:FAP 的死亡主要发生于急性反应期,且主要死亡原因不是坏死感染而是无菌坏死和胰外侵犯迅速发展所致的 MOF。常规治疗 SAP 的非手术疗法及择期手术疗法不能适应 FAP 的病情发展,应在条件许可的情况下及早行手术治疗。早期手术的重点是腹腔引流及缓解腹腔内高压,去除腹腔内毒性物质以及术中、术后冲洗,早期手术治疗是阻止 FAP 出现器官功能障碍的最有效手段。手术指征:①临床治疗 8~12 h 后,腹腔渗出液多,腹腔高压不缓解达 4 级,经腹腔穿刺时抽出多量血性或混浊腹水时,说明胰腺出血、坏死严重,坏死因子已遍及腹腔。此时腹腔内的腹水不会自行吸收,是造成 ARDS、ARF 和全身衰竭的重要因素,同时也是腹腔内严重感染的重要因素,此时任何保守治疗都无济于事,须行急症手术治疗;②CT 示胰腺病变严重,疑有感染,但此时进行传统手术会加重病情,故宜采取对机体干扰小且有效的措施。采用术式宜小不宜大,如经腹腔镜下或开腹冲洗腹腔,腹腔灌洗,手术引流后腹膜及结肠旁沟等,不主张对 FAP 患者施行胰腺切除术<sup>[4]</sup>。术中仅清除易脱落的坏死组织,不强调彻底清除;胰腺减压可改善胰腺微循环;切除大网膜,尽量减少手术后的感染因素;建立有效的灌洗引流。

2.2 血液滤过:血液滤过能控制 FAP 早期促炎细胞因子引起的过度炎症反应,有助于稳定血流动力学及内环境,减轻全身炎症反应,并改善心、肺、肾等器官的功能,使得 MOF 的发生几率大大降低,同时也为急症手术做好准备。

2.3 腹腔室间隔综合征(ACS)的处理:腹腔减压是目前治疗 ACS 的惟一方法。

2.4 全身并发症的治疗:ARDS 时可用人工呼吸机辅助呼吸纠正低氧血症,并

在支气管肺泡灌洗液中加入地塞米松。实验证明,磷脂酶 A<sub>2</sub> 在 AP 并发肺损伤的病理过程中发挥了重要作用,钙通道阻滞剂维拉帕米对 AP 并发肺损伤有很好的治疗作用<sup>[5]</sup>。弥散性血管内凝血(DIC)早期可使用低分子肝素,以试管法监测凝血。ARF 和循环功能障碍均可并发 MOF,病死率极高,所以在监护下进行积极的治疗非常重要,必须早期预防性应用抗生素,并加强全身营养支持。

2.5 中西医结合治疗:中西医结合治疗 SAP 有提高治愈率、降低病死率、缩短病程等作用。清胰汤及柴匀承气汤均有可靠的清热解毒、行气消胀、攻下通便、活血化瘀、改善血循环及刺激肠蠕动、防止肠麻痹、松弛胆管口括约肌、降低胆管压力等作用,特别是生大黄为主药,具有抑制胰酶活性、减少炎症细胞因子及自由基释放,抑制血管通透性,维护肠管屏障功能,防止肠菌易位的作用,因而缓解了患者腹痛、腹胀和腹肌紧张,并防止和治疗了腹腔炎性包块等并发症<sup>[6]</sup>。

### 参考文献:

- 1 中华医学会外科学会胰腺组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J]. 中华外科杂志, 1997, 35: 733.
- 2 Oyanagi H. Clinical significance and problems in parenteral nutrition care [J]. Nippon Geka Gakkai Zasshi, 1998, 99: 159-163.
- 3 毛恩强, 汤耀卿, 张圣道. 进一步改善重症急性胰腺炎预后的探讨[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 23: 50-52.
- 4 Frthmann E H, Lausen M, Schoffel U. Indication for surgical treatment of pancreatitis [J]. Hepatogastroenterology, 1993, 40: 557.
- 5 张红, 李永渝. 磷脂酶 A<sub>2</sub> 在大鼠急性胰腺炎并发肺损伤中的作用及维拉帕米的治疗效应[J]. 中国危重病急救医学, 2003, 15: 418-421.
- 6 阎洁. 中西医结合治疗重症急性胰腺炎 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10: 77.

(收稿日期: 2004-09-20)

修回日期: 2005-03-01)

(本文编辑: 李银平)

作者单位: 300050 天津市天和医院

作者简介: 吴福宁(1956-), 男(汉族), 安徽省枞阳县人, 副主任医师。