

梗阻型急性胆源性胰腺炎早期不同治疗方法的疗效分析

赵波, 咎建宝, 何承龙, 徐爱忠

安徽医科大学附属安庆医院普外科, 安徽 安庆 246003

摘要: **目的** 分析早期梗阻型急性胆源性胰腺炎(ABP)患者应用不同治疗方法治疗的效果。**方法** 回顾性分析安徽医科大学附属安庆医院 2013 年 7 月至 2015 年 1 月收治的 60 例梗阻型 ABP 患者临床资料,根据不同治疗方法分为非手术治疗组、开腹手术组和内镜下十二指肠乳头括约肌切开术(EST)治疗组,每组 20 例;依据 Ranson 标准及 APACHE II 评分,将患者分为轻型组(34 例)及重型组(26 例)。对比各组患者住院时间、腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、病死率、半年内胰腺炎复发率及胰腺炎并发症发生情况。**结果** 轻型组患者比较:非手术治疗组住院时间、腹痛缓解时间及血淀粉酶恢复时间均长于开腹手术组、EST 治疗组(P 均 <0.05),而开腹手术组和 EST 治疗组比较差异无统计学意义(P 均 >0.05)。重型组患者比较:非手术治疗组住院时间、腹痛缓解时间及血淀粉酶恢复时间均长于开腹手术组、EST 治疗组(P 均 <0.05),且开腹手术组均长于 EST 治疗组(P 均 <0.05)。非手术治疗组患者死亡率为 15.0%,开腹手术组为 5.0%,EST 治疗组为 5.0%,3 组患者死亡率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。开腹手术组患者并发症发生率、胰腺炎复发率均低于非手术治疗组(P 均 <0.05);EST 治疗组并发症发生率、胰腺炎复发率均低于非手术治疗组,均高于开腹手术组,但差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。**结论** 梗阻型 ABP 患者非手术治疗后,须早期行开腹手术或 EST 解决胆道梗阻。同时,对于早期胆道手术方式的选择,需根据患者实际疾病及机体应激状态、年龄等综合因素做出科学选择,以便进行针对性治疗,促进患者预后康复。

关键词: 急性胆源性胰腺炎; 胆道梗阻; 内镜下十二指肠乳头括约肌切开术; 开腹手术; 非手术治疗; 疗效

中图分类号: R 576 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)03-0324-04

Efficacy of different early treatment methods for acute obstructive biliary pancreatitis

ZHAO Bo, ZAN Jian-bao, HE Cheng-long, XU Ai-zhong

Department of General Surgery, Anqing Hospital Affiliated to Anhui Medical University, Anqing, Anhui 246003, China

Corresponding author: ZAN Jian-bao, E-mail: zanjianb@sina.com

Abstract: **Objective** To analyze the efficacy of early different treatment methods in patients with obstructive acute biliary pancreatitis (ABP). **Methods** The clinical data of 60 patients with obstructive ABP who were treated in Anqing hospital affiliated to Anhui medical university from July 2013 to January 2015 were retrospectively analyzed. According to the treatment methods, the patients were divided into non-surgical treatment group, laparotomy group, endoscopic sphincterotomy (EST) treatment group ($n = 20$ each). Based on Ranson score and acute physiology and chronic health evaluation (APACHE II) score, the patients were divided into mild type group ($n = 34$) and severe type group ($n = 26$). Hospital stay, time of abdominal pain relief and time coming back to normal level of serum amylase, mortality rate, recurrent rate and complications of pancreatitis in half a year were compared in different groups. **Results** For mild type group, the hospital stay, the time of abdominal pain relief and the time of serum amylase recovery in non-surgical treatment group were significantly longer than those in laparotomy group and EST group (all $P < 0.05$), and there was no statistical difference between laparotomy group and EST group ($P > 0.05$). For severe type group, the hospital stay, the time of abdominal pain relief and the time of serum amylase recovery in non-surgical treatment group were significantly longer than those in laparotomy group and EST group (all $P < 0.05$), which in laparotomy group were significantly longer than those in EST group (all $P < 0.05$). There was no significant difference in mortality rates among non-surgical treatment group, laparotomy group and EST treat-

ment group (15.0% vs 5.0% vs 5.0%, $P > 0.05$). The incidence of complications and recurrence rate of pancreatitis in laparotomy group were significantly lower than those in non-surgical treatment group (all $P < 0.05$), and the incidence of complications and recurrence rate of pancreatitis in EST group were lower than those in non-surgical treatment group but higher than those in laparotomy group without statistical differences (all $P > 0.05$). **Conclusion** After non-surgical treatment in obstructive ABP patients, the obstruction of biliary tract needs to be removed by early laparotomy or EST, and the choice of ways of early biliary tract surgery needs to be based on the actual situation of the patients' disease, organism stress status, age and other comprehensive factors in order to perform targeted therapy and promote rehabilitation of patients.

Key words: Acute biliary pancreatitis; Biliary obstruction; Endoscopic sphincterotomy treatment; Laparotomy; Non-surgical treatment; Therapeutic effect

急性胆源性胰腺炎 (acute biliary pancreatitis, ABP) 是临床上常见的急腹症之一, 常表现为上腹痛、恶心呕吐, 血尿淀粉酶超过正常值的 3 倍, 影像学检查有胆道结石。ABP 是指各种胆道疾病导致的急性胰腺炎, 在国内占急性胰腺炎年发病人数的 75%^[1], 具有起病急、进展快、并发症多、病死率高等特点, 是临床上常见的急危重症^[2]。ABP 又可分为非梗阻型 ABP、梗阻型 ABP。目前国内外对于梗阻型 ABP 的早期治疗方式的选择仍然存在争议。本研究主要是分析不同治疗方法对梗阻型 ABP 早期治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择安徽医科大学附属安庆医院 2013 年 7 月至 2015 年 1 月收治的梗阻型 ABP 患者共 60 例, 所有患者均符合梗阻型 ABP 诊断标准。男性 35 例, 女性 25 例, 年龄 34 ~ 75 (51.22 ± 4.77) 岁。胆总管结石 30 例, 胆囊结石合并胆管结石 25 例, 胆管扩张 5 例。首次发作 50 例, 2 次发作 8 例, 3 次以上发作 2 例。重症胰腺炎 26 例, 轻症胰腺炎 34 例。

1.2 方法

1.2.1 纳入标准 (1) 所有患者均符合急性胰腺炎诊断标准: ①临床表现为上腹痛、恶心呕吐等; ②血淀粉酶高于正常值 3 倍; ③腹部影像学检查符合急性胰腺炎改变。(2) 排除其他原因引起的胰腺炎, 如酒精性、高钙血症、高脂血症和外伤。(3) ABP 严重程度: Ranson 标准 ≥ 3 分、APACHE II 评分 ≥ 8 分, 为重症急性胰腺炎; Ranson 标准 < 3 分、APACHE II 评分 < 8 分, 为轻症胰腺炎。(4) 符合胆道梗阻的诊断标准^[3]: ①血总胆红素和直接胆红素不断增高; ②手术之前磁共振胆道造影 (MRCP) 检查提示胆总管有结石或胆总管扩张 ≥ 10 mm; ③胃肠减压无胆汁流出。

1.2.2 排除标准 (1) 临床资料不足或不符合梗阻型 ABP 诊断标准。(2) 住院时间不足 3 d。(3) 合并有其他基础疾病, 干扰治疗效果。

1.2.3 分组 将符合以上纳入标准的 60 例患者根据治疗方式分为非手术治疗组、开腹手术组和内镜下十二指肠乳头括约肌切开术 (EST) 治疗组。每组 20 例。3 组入院时性别、年龄、血尿淀粉酶、胰腺炎类型等比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。见表 1。

1.2.4 治疗方法 (1) 非手术治疗方法: 入院后采取非手术治疗, 予以禁食水、胃肠减压、抗感染、抑酸、抑酶、皮硝外敷、生大黄胃灌注等对症治疗。预防性抗生素常用能通过血胰屏障的药物如甲硝唑、氧氟沙星、亚胺培南 (泰能) 等, 其在胰腺组织内特别是坏死组织中可以达到的有效浓度, 能抑制引起感染的常见菌群^[4]。同时纠正水电解质及酸碱平衡紊乱, 心电图监护监测患者生命体征, 若患者呼吸不好, 可予以吸氧。若患者非手术治疗效果不佳甚至加重, 需急诊行手术解除胆道梗阻^[5]。本组死亡 3 例, 死因为合并急性化脓性胆管炎、休克、急性肾功能衰竭。(2) 开腹手术: 若患者在短期非手术治疗基础上, 症状加重或无明显效果, 需急诊手术。其余均早期行胆道手术治疗。20 例患者均早期行胆道手术, 胆囊切除 + 胆总管切开 + 术中胆道镜取石 + T 管引流术 15 例, 胆总管切开 + 术中胆道镜取石 + T 管引流术 5 例 (既往有胆囊切除病史)。本组死亡 1 例, 死因为术后出现多器官功能衰竭 (MODS)。(3) 内镜下十二指肠乳头括约肌切开术 (EST): 在非手术治疗基础上, 早期行 EST 治疗。患者在短期非手术治疗过程中, 若出现腹痛加剧、腹膜炎症状加重、黄疸进行性加深、发热等化脓性胆管炎症状时, 需急诊行手术^[6], 解除胆道梗阻。20 例患者均在短期非手术治疗后, 早期行 EST 治疗。本组死亡 1 例, 死亡原因为休克。

1.3 观察指标 所有患者均于出院后随访 6 个月, 对比 3 组患者住院时间、腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间、病死率、半年内胰腺炎复发率及胰腺炎并发症发生率 (胰腺脓肿、胰腺假性囊肿、胰腺坏死、MODS) 等指标。

表 1 3 组患者临床资料比较

项目	非手术治疗组(n=20)	开腹手术组(n=20)	EST 治疗组(n=20)	P 值
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	52.90 \pm 1.05	53.10 \pm 9.65	53.80 \pm 1.02	0.957
性别[例(%)]				
男	9(45.0)	12(60.0)	14(70.0)	0.272
女	11(55.0)	8(40.0)	6(30.0)	0.272
血淀粉酶(U/L, $\bar{x} \pm s$)	1372.10 \pm 57.30	1367.40 \pm 52.10	1371.45 \pm 74.09	0.967
尿淀粉酶(U/L, $\bar{x} \pm s$)	2373.58 \pm 38.07	2405.30 \pm 86.02	2373.65 \pm 36.80	0.156
重症胰腺炎[例(%)]	7(35.0)	9(45.0)	10(50.0)	0.622
轻型胰腺炎[例(%)]	13(65.0)	11(55.0)	10(50.0)	0.622

1.4 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间并发症发生率、病死率、半年内胰腺炎复发率比较采用 χ^2 检验,组间平均住院天数、腹痛缓解时间、血淀粉酶恢复时间比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者住院时间、腹痛缓解时间及血淀粉酶恢复时间比较 轻型患者比较,非手术治疗组住院时间、腹痛缓解时间及血淀粉酶恢复时间均长于开腹手术组、EST 治疗组(P 均 < 0.05),而开腹手术组与 EST 治疗组比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。重型患者比较,非手术治疗组住院时间、腹痛缓解时间及血淀粉酶恢复时间均长于开腹手术组、EST 治疗组(P 均 < 0.05),开腹手术组均长于 EST 治疗组(P 均 < 0.05)。见表 2。

2.3 3 组患者病死率比较 3 组患者经治疗后,出院 55 例,死亡 5 例。其中非手术治疗死亡 3 例(15.0%),死因为合并急性化脓性胆管炎、休克、急性肾功能衰竭。开腹手术组死亡 1 例(5.0%),死因为术后出现 MODS。EST 治疗组死亡 1 例(5.0%),死因为出现休克。3 组患者病死率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 3 组患者住院时间、腹痛缓解时间及血淀粉酶恢复时间比较 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间	腹痛缓解时间	血淀粉酶恢复时间
非手术治疗组				
轻型	13	22.71 \pm 1.94	4.18 \pm 0.98	6.54 \pm 0.97
重型	7	38.00 \pm 2.37	7.00 \pm 0.82	9.14 \pm 0.90
开腹手术组				
轻型	11	13.07 \pm 1.75 ^a	3.60 \pm 0.99 ^a	6.01 \pm 0.80 ^a
重型	9	31.78 \pm 1.86 ^b	5.50 \pm 1.04 ^b	7.50 \pm 1.05 ^b
EST 治疗组				
轻型	10	12.00 \pm 1.78 ^a	3.14 \pm 0.92 ^a	5.21 \pm 1.05 ^a
重型	10	24.60 \pm 1.83 ^{bc}	4.60 \pm 0.55 ^{bc}	6.20 \pm 0.84 ^{bc}

注:与非手术治疗组轻型比较,^a $P < 0.05$;与非手术治疗组重型比较,^b $P < 0.05$;与开腹手术组重型比较,^c $P < 0.05$ 。

表 3 3 组患者并发症发生率、胰腺炎复发率比较 例(%)

组别	例数	并发症	胰腺炎复发
非手术治疗组	20	7(35.0)	5(25.0)
开腹手术组	20	1(5.0) ^a	0 ^a
EST 治疗组	20	2(10.0)	2(10.0)

注:与非手术治疗组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.4 3 组并发症发生率、胰腺炎复发率比较 开腹手术组患者并发症发生率、胰腺炎复发率均低于非手术治疗组(P 均 < 0.05)。EST 治疗组并发症发生率、胰腺炎复发率均低于非手术治疗组,均高于开腹手术组,但差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。见表 3。

3 讨论

急性胰腺炎是临床较常见的外科急腹症之一,存在着多种致病危险因素,包括胆道疾病、十二指肠液向胰管内反流、十二指肠乳头邻近部位的病变、暴饮暴食或过度饮酒、高血脂和高钙血症、创伤、胰腺微循环障碍等。急性胰腺炎往往会出现超高代谢反应和严重应激、蛋白质分解、糖原异生和脂肪动员增加。在我国胆道疾病占主要因素,其中以胆道感染、胆结石最常见^[7-9]。

ABP 是指因胆道梗阻相关因素引起的急性胰腺炎,因此当壶腹部有结石嵌顿或乳头括约肌痉挛、炎性水肿等狭窄因素存在时,炎性胆汁将经“共同通道”逆流入胰管导致胰腺自身消化和坏死而发病^[10]。ABP 根据胆道有无梗阻分为梗阻型 ABP、非梗阻型 ABP。

ABP 的治疗方式选择,目前国内外大部分学者认为,对于 ABP 的处理方法根据临床分型而选择不同治疗方式^[11]。非梗阻型 ABP,无论轻症还是重症,通常以非手术治疗为主,主要包括禁食、水、胃肠减压、抗感染、抑酸、抑酶、补液、解痉、止痛等治疗。梗阻型 ABP 患者应早期解除胆道梗阻,否则病情会进一步加重,尤其是对重症患者而言。若早期得不到彻底解除胆道梗阻,可能会加重胰腺感染甚至会导致胰腺坏死。开腹手术是治疗梗阻型 ABP 的重要手段,是被大家所公认的有效方法。

早期手术方式选择目前仍没有形成统一标准。传统开腹手术创伤比较大,随着内镜技术的不断发展,内镜治疗梗阻型 ABP 成为一种新的治疗手段,尤其是在重症 ABP 老年患者,由于其机体的免疫功能下降,全身各脏器功能的衰退,很难耐受传统的外科手术,此时应用内镜治疗早期解除患者胆道梗阻,有利于患者术后的恢复,先让患者度过危险期,然后等病情平稳后再行手术,最终解决引起胆道梗阻的病因。内镜治疗虽然有很多优点,如创伤小,术后恢复快、住院时间短等,但仍有其缺点,如乳头肌功能失调,正常生理屏障破坏,胆肠、胰肠反流可能会反复引起胆道感染甚至导致细菌性肝脓肿,乳头肌切开出血、血尿淀粉酶升高等^[12],与开腹手术比较,EST 残余结石的发生率仍然较高,而多次采用内镜取石会导致并发症发生率升高;重型 ABP 患者,内镜不能解决胰腺及胰周的坏死感染灶,需手术治疗,同时可行腹腔镜引流和营养性空肠造口等。

综上所述,梗阻型 ABP 应在非手术治疗后,早期行胆道手术,解除胆道梗阻。早期胆道手术选择应针对患者的具体情况,如疾病严重程度、年龄等,采取不同的治疗方式,以利于患者病情的恢复。

参考文献

[1] 廖向宏. 急性胆源性胰腺炎的诊疗体会[J]. 吉林医学, 2014, 35

(20):4409-4410.

- [2] Yang J, Zhang X, Zhang X. Therapeutic efficacy of endoscopic retrograde cholangiopancreatography among pregnant women with severe acute biliary pancreatitis [J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2013, 23(5):437-440.
- [3] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J]. *中华外科杂志*, 1997, 35(12):773-775.
- [4] 彭爱国, 赵怀辉. 胆源性急性胰腺炎 65 例诊治分析[J]. *安徽医学*, 2010, 31(2):150-151.
- [5] 陈建荣, 张学利, 陆孝道, 等. 急性胆源性胰腺炎诊治分析[J]. *肝胆胰外科杂志*, 2013, 25(3):244-246.
- [6] 苗祥, 曾建宝, 宋康颀, 等. 早期肠内营养对重症急性胰腺炎患者血清 CRP 及 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. *肝胆胰外科杂志*, 2013, 25(2):116-118, 121.
- [7] 刘跃文. 36 例急性胆源性胰腺炎的治疗体会[J]. *实用临床医学*, 2013, 14(11):45-46.
- [8] 唐悦峰, 徐扬荣, 廖国庆. 早期内镜治疗在重症急性胆源性胰腺炎治疗中的作用[J]. *中国普通外科杂志*, 2010, 19(7):801-804.
- [9] 张春, 廉桂香. 胆源性重症胰腺炎的治疗体会[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2014, 14(27):155.
- [10] 刘翼, 祝琳. 急性复发性胰腺炎的临床特点及病因分析[J]. *重庆医学*, 2014, 43(9):1047-1048.
- [11] 魏宪武. 重症急性胰腺炎手术的临床疗效观察[J]. *中国医药指南*, 2013, 11(6):100-101.
- [12] 刘玉杰, 江堤, 苏剑东, 等. 急诊 ERCP 在急性胆源性胰腺炎治疗中的应用[J]. *肝胆胰外科杂志*, 2012, 24(4):278-280, 285.

收稿日期:2015-10-06 修回日期:2015-11-05 编辑:王娜娜

(上接第 323 页)

- [2] Alamo ST, Kunutsor S, Walley J, et al. Performance of the new WHO diagnostic algorithm for smear-negative pulmonary tuberculosis in HIV prevalent settings: a multisite study in Uganda [J]. *Trop Med Int Health*, 2012, 17(7):884-895.
- [3] 中华医学会感染病学分会艾滋病学组. 艾滋病诊疗指南(2011 版)[J]. *中华临床感染病杂志*, 2011, 4(6):321-330.
- [4] 中华医学会. 临床诊疗指南·结核病分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:1-43.
- [5] 中华医学会消化病学分会肝胆疾病协作组. 急性药物性肝损伤诊治建议(草案)[J]. *中华消化杂志*, 2007, 27(11):765-767.
- [6] Chalasani NP, Hayashi PH, Bonkovsky HL, et al. ACG Clinical Guideline: the diagnosis and management of idiosyncratic drug-induced liver injury [J]. *Am J Gastroenterol*, 2014, 109(7):950-966.
- [7] 沈银忠. 艾滋病合并结核患者的抗结核治疗[J]. *上海医药*, 2009, 30(1):8-11.
- [8] Anandaiah A, Dheda K, Keane J, et al. Novel developments in the epidemic of human immunodeficiency virus and tuberculosis coinfection [J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2011, 183(8):987-997.
- [9] 呼丹, 刘悦, 樊星, 等. 药物性肝损伤研究概述[J]. *国际药学研究杂志*, 2014, 41(2):164-168.

- [10] Yew WW, Leung CC. Antituberculosis drugs and hepatotoxicity [J]. *Respirology*, 2006, 11(6):699-707.
- [11] Tostmann A, Boeree MJ, Aarnoutse RE, et al. Antituberculosis drug-induced hepatotoxicity: concise up-to-date review [J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2008, 23(2):192-202.
- [12] Huang YS. Genetic polymorphisms of drug-metabolizing enzymes and the susceptibility to antituberculosis drug-induced liver injury [J]. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*, 2007, 3(1):1-8.
- [13] 邹俊, 刘燕芬, 吴念宁, 等. HIV/TB 患者抗结核治疗强化期发生肝损伤的危险因素 [J]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2013, 7(20):9047-9049.
- [14] 吴念宁, 陈万, 邹俊, 等. HIV TB 病人抗结核治疗强化期发生药物性肝炎的研究 [J]. *中国艾滋病性病*, 2014, 20(1):13-16.
- [15] Pukenyte E, Lescuré FX, Rey D, et al. Incidence of and risk factors for severe liver toxicity in HIV-infected patients on anti-tuberculosis treatment [J]. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2007, 11(1):78-84.
- [16] 中华医学会结核病学分会, 《中华结核和呼吸杂志》编辑委员会. 抗结核药所致药物性肝损伤诊断与处理专家建议 [J]. *中华结核和呼吸杂志*, 2013, 36(10):732-736.

收稿日期:2015-10-06 修回日期:2015-11-30 编辑:石嘉莹