

急性胰腺炎病因与临床特征的回顾性分析

黄山平, 段万星

1. 陕西省肿瘤医院肿瘤消化科, 陕西 西安 710061; 2. 西安交通大学第一附属医院, 陕西 西安 710061

摘要: **目的** 探讨急性胰腺炎的常见病因、诊断分类与预后的临床分布情况, 为提高急性胰腺炎的防治提供依据。**方法** 回顾性分析 2012 年 1 月至 2014 年 12 月收治住院的 1 143 例急性胰腺炎患者的临床资料, 观察其发病原因、诊断分类及预后分布情况。**结果** 1 143 例急性胰腺炎病例中, 胆源性为 592 例 (51.8%), 酒精性为 97 例 (8.5%), 高脂血症性为 161 例 (14.1%), 饮食性为 92 例 (8.0%), 特发性为 83 例 (7.3%), 其他类型为 118 例 (10.3%); 其中重症 (SAP) 223 例 (19.5%), 轻症 (MAP) 920 例 (80.5%); 不同病因 SAP、MAP 发生率及预后比较无统计学差异 ($P > 0.05$); 而 SAP 患者预后较差, 未治愈和死亡率较高。**结论** 胆源性和高脂血症性是急性胰腺炎的主要病因类型, SAP 发生率高且预后较差。

关键词: 急性胰腺炎; 病因; 临床特征; 轻症; 重症; 转归

中图分类号: R 576 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)10-1351-03

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是临床常见急腹症之一, 主要由胰酶激活和胰腺组织自身消化及局部炎症为特征、伴或不伴有其他器官功能改变的疾病^[1]。AP 可以按照不同发病原因分为胆源性、酒精性、高脂血症性、特发性以及其他类型, 但其病理生理过程和发病机制仍不清楚^[2]。AP 因病情轻重程度不同临床表现差异较大, 轻症多可自愈, 而约 20% ~ 30% AP 患者临床过程凶险, 常并发多脏器功能障碍, 预后较差, 病死率高达 10% ~ 30%^[3]。关注 AP 的病因、病情和临床特征对于临床研究工作仍具有重要意义, 本文回顾性分析我院近 3 年收治 AP 患者的临床资料, 旨在为提高其防治策略提供指导。

1 资料与方法

1.1 资料来源 收集我院肝胆外科 2012 年 1 月至 2014 年 12 月收治住院的 AP 患者的完整临床病历资料共 1 143 例, 年龄 15 ~ 90 (48.16 ± 16.45) 岁。其中男 620 例 (54.2%), 年龄 (46.24 ± 16.04) 岁; 女 523 例 (45.8%), 年龄 (50.43 ± 16.66) 岁。详细整理所有患者一般病史资料、实验室生化检查、影像学指标、治疗方法、住院时间及疾病转归等情况。病例纳入标准按照中华消化病学分会 2003 年颁布的《中国急性胰腺炎诊治指南 (草案)》^[4], 并按照此标准分为轻症 (mild acute pancreatitis, MAP) 患者和重症 (severe acute pancreatitis, SAP) 患者。排除慢性胰腺炎

患者及病历资料不完整者。

1.2 病因及预后分组标准 按照 AP 常见病因分为胆源性、酒精性、高脂血症性、饮食性 (单纯暴饮暴食所致)、不明原因特发性及其他因素性 (包括感染、外伤、手术创伤、遗传因素、自身免疫、药物和毒物等)。预后按照临床症状、体征、实验室及 CT 检查分为治愈、好转、未治愈和死亡, 其中治愈指临床症状和体征消失, 实验室指标恢复正常; 好转指预后指标与入院相比有明显改善; 未治愈指预后指标无明显改善或者加重, 因转院或放弃治疗等原因出院; 死亡指 AP 病情加重失去生命体征且抢救无效。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件处理数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 描述, 计数资料以频数和 % 描述, 采用单向有序资料 R × C 表的 χ^2 检验; 等级资料的比较采用秩和检验。检验水准取 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 不同病因 AP 一般资料分布 1 143 例 AP 患者中, 胆源性为 592 例 (51.8%), 酒精性为 97 例 (8.5%), 高脂血症性为 161 例 (14.1%), 饮食性为 92 例 (8.0%), 特发性为 83 例 (7.3%), 其他因素为 118 例 (10.3%)。不同病因分组一般资料分布见表 1。

2.2 不同病因中 AP 轻症和重症的构成情况 1 143 例 AP 患者中, SAP 223 例 (19.5%), 其中男 110 例, 女 113 例; MAP 920 例 (80.5%), 其中男 510 例, 女 410 例。不同病因中 SAP 和 MAP 的构成比比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

2.3 不同病因 AP 疾病转归情况 1 143 例 AP 患者

中,共治愈 841 例(73.4%),好转 228 例(19.9%),未治愈 26 例(2.3%),死亡 48 例(4.4%)。不同病因 AP 的疾病转归情况比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.4 AP 轻症和重症转归情况比较 MAP 患者转归情况显著优于 SAP($P < 0.01$)。见表 4。

3 讨论

国内外 AP 的主要病因构成因地域、种族、生活

表 2 不同病因中 AP 轻症和重症的构成情况 例(%)

分型	例数	胆源性($n=592$)	酒精性($n=97$)	高脂血症($n=161$)	饮食性($n=92$)	特发性($n=83$)	其他因素($n=118$)	P 值
SAP	223	116(19.6)	22(22.7)	21(13.0)	21(22.8)	15(18.1)	28(23.7)	>0.05
MAP	920	476(80.4)	75(77.3)	140(87.0)	71(77.2)	68(81.9)	90(76.3)	

表 3 不同病因 AP 疾病转归情况比较 例(%)

项目	例数	胆源性($n=592$)	酒精性($n=97$)	高脂血症($n=161$)	饮食性($n=92$)	特发性($n=83$)	其他因素($n=118$)	P 值
治愈	841	440(74.3)	74(76.3)	124(77.0)	71(77.2)	55(66.3)	77(65.3)	>0.05
好转	228	117(19.8)	17(17.5)	26(16.1)	14(15.2)	20(24.1)	34(28.8)	
未愈	26	10(1.7)	2(2.1)	4(2.5)	3(3.3)	4(4.8)	3(2.5)	
死亡	48	25(4.2)	4(4.1)	7(4.3)	4(4.3)	4(4.8)	4(3.4)	

表 4 SAP 和 MAP 疾病转归情况比较 例(%)

分型	例数	治愈	好转	未治愈	死亡
SAP	223	93(41.7)	83(37.2)	16(7.2)	31(13.9)
MAP	920	748(81.3)	145(15.8)	10(1.1)	17(1.8)
P 值			<0.01		

习惯等情况不同而有所差异,国外报道胆源性疾病和酒精性因素是 AP 的主要病因^[5],其次为高脂血症性和其他类型。在国内胆源性疾病仍然是 AP 发生的主要病因,而多项调查分析发现高脂血症已居于第二位,再次为酒精性和其他类型^[6-7]。本研究中胆源性 AP 占 51.8%,高脂血症性占 14.1%,居于发病原因的前两位,但二者差距较大,与国内其他研究结果基本一致。高脂血症性 AP 的发生率升高可能与我国人民生活水平的提高和饮食结构改变有关;本研究其他因素所致 AP 发生率达 10.3%,发生率较高,说明 AP 病因的复杂性以及感染、创伤等因素亦需要警惕。从年龄和性别分布来看,胆源性 AP 发生的平均年龄最高,为(51.73 ± 16.69)岁,基本与胆道疾病的好发年龄一致;而酒精性 AP 的平均年龄最低,为(41.88 ± 13.39)岁;从性别比例分布来看,酒精性 AP 男性发病是女性的 3.62 倍,提示酗酒等行为主要发生在青壮年男性群体,符合流行病学特点;而在其他病因分组中,年龄和性别分布基本一致。

胰腺炎的发病机制仍不完全明确,目前认为主要由于胰胆共同通道的存在,当 Oddi 括约肌痉挛、炎症水肿、狭窄或梗阻时,胆汁排泄不畅逆流至胰腺管而使胰酶激活所致^[8]。胆源性疾病如胆道结石、胆道

表 1 不同病因一般资料分布

项目	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	例数比值 (男:女)	住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)
胆源性	51.73 ± 16.69	0.98(293:299)	14.89 ± 9.31
酒精性	41.88 ± 13.39	3.62(76:21)	13.73 ± 10.82
高脂血症	43.22 ± 13.69	1.15(86:75)	14.17 ± 8.69
饮食性	45.60 ± 15.48	1.36(53:39)	12.99 ± 8.30
特发性	44.37 ± 17.00	1.24(46:37)	12.29 ± 7.82
其他因素	46.79 ± 17.16	1.27(66:52)	14.69 ± 12.40

感染和蛔虫等易造成胆管的梗阻而诱发 AP。高脂血症性发病更为复杂,与患者脂质代谢异常如血清甘油三酯异常升高关系密切。酒精对胰腺慢性损伤的证据已较为确切,但如何导致 AP 的发生机制仍不清楚,酒精性胰腺炎在西方国家胰腺炎病因中占主要地位,在国内虽然随着高脂血症性比例升高而有所下降,但酗酒导致 AP 发生仍需重视。另外,饮食不规律、感染、创伤及其他器官疾病等亦可作为 AP 发生的危险因素,能够导致胰酶的异常激活而诱发 AP。

本研究中 SAP 的发生率为 19.5%,略低于其他研究报道约 20%~30% 的发生率^[3],且各病因分组与 SAP 和 MAP 发生分布情况无明显关系。随着诊治水平的不断提高,AP 的治愈率也显著提升,本研究中总治愈和好转率为 93.3%,与王培环的报道基本相近^[9]。据报道 AP 总的病死率约 5%~10%^[10],本研究中未治愈主要指患者放弃治疗出院,未治愈和病死率合计达 6.7%,仍处于一个较高的水平,虽然各病因组预后分布无统计学差异,但无论何种病因,均应重视 AP 的治疗。SAP 由于病情严重、并发症多、临床过程复杂,其病死率一直居高不下,本研究中 SAP 未治愈和病死率达到 21.1%,远高于 MAP 患者,因此,对于 SAP 的治疗策略和预后关系应继续研究。一般认为,影响 SAP 预后因素主要包括胰腺及胰周组织坏死、感染和炎症的严重程度,及其他器官功能障碍的发生情况,而 SAP 的治疗原则应根据病因和病期不同采用个体化的综合治疗方案^[11]。

克发生,减少远处与局部脏器损害,降低并发症发生率^[14]。本研究结果显示,观察组治疗后总并发症率 7.04% 低于对照组的 33.90%,表明急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗效果较好,能够减少并发症的发生。基于外部环境及样本例数等因素影响,有关急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗后生活质量改善状况,需临床深入研究加以验证补充。

综上所述,急性重症胰腺炎患者行奥曲肽和乌司他丁联合治疗效果优于单纯奥曲肽治疗,是一种安全有效的治疗方法,能够促进患者腹痛、腹胀等症状改善和血清相关指标优化,降低败血症等并发症的发生。

参考文献

- [1] 孙亮,曾玉剑,罗华友,等. 急性胰腺炎胰腺白细胞、血清白细胞介素-6、腹水胰淀粉酶变化的意义[J]. 中华实验外科杂志, 2016,33(1):43-45.
- [2] 肖鸣,谢伶俐. 新型免疫疗法治疗急性重症胰腺炎继发感染疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2015,29(4):401-403.
- [3] 李燕军,赵浩亮. 活菌生态制剂联合肠内营养治疗急性重症胰腺炎的疗效观察[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2013,8(5):512-514.
- [4] 杨科,杨启,秦长岭,等. 急性重症胰腺炎患者腹腔感染的临床诊断及治疗[J]. 中华医院感染学杂志, 2015,25(5):1122

-1124.

- [5] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,中华胰腺病杂志编辑委员会,中华消化杂志编辑委员会. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013年,上海)[J]. 中华消化杂志, 2013,33(4):217-222.
- [6] 汪正权,李子龙,屠海霞,等. 重症急性胰腺炎合并腹腔间隔室综合征减压时机的选择[J]. 中华急诊医学杂志, 2014,23(5):526-530.
- [7] 吴东,芦波,杨红,等. 重症急性胰腺炎三分类的单中心探索研究[J]. 中华内科杂志, 2014,53(12):937-940.
- [8] 王春友,赵玉沛. 重症急性胰腺炎诊治进展及国内外指南解读[J]. 中华外科杂志, 2013,51(3):198-200.
- [9] 赵洪涛,张占云,王栋. 乌司他丁联合参麦注射液治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2015,9(2):128-130.
- [10] 张更伟,单爱军,柳勋法,等. 大剂量山莨菪碱联合乌司他丁治疗重症胰腺炎[J]. 中华急诊医学杂志, 2014,23(2):187-190.
- [11] 孙强,郑正. 奥曲肽治疗急性水肿型胰腺炎 72 例临床研究[J]. 中华全科医学, 2013,11(5):714-715.
- [12] 徐华,陈易,金额,等. 生长抑素及其类似物奥曲肽治疗急性胰腺炎时诱发的低血糖[J]. 中华胰腺病杂志, 2014,14(2):117-119.
- [13] 张红霞,王杰,刘月. 乌司他丁与奥曲肽单用及联合用药对急性胰腺炎患者疗效及细胞因子影响的观察[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013,7(20):9356-9359.
- [14] 孙英刚,姬伟凤,孙力勇. 乌司他丁治疗创伤性休克的研究[J]. 中华实验外科杂志, 2014,31(1):148.

收稿日期:2016-06-20 修回日期:2016-07-12 编辑:王娜娜

(上接第 1352 页)

总之,病因流行病学特点提示胆源性和高脂血症性是国内 AP 发病的最重要原因,SAP 的发生率和病死率仍处于较高水平,严重威胁患者的生命健康。针对 AP 病因学的治疗和预防尤为重要。社会应该倡导人们养成健康的生活习惯,合理膳食,避免高脂、不规律饮食和酗酒行为;对于 AP 高危群体应进行筛查干预,尽早发现和合理治疗胆道疾病,尽量做到一级预防,降低 AP 的发生率。

参考文献

- [1] Whitcomb DC. Clinical practice. Acute pancreatitis[J]. N Engl J Med, 2006,354(20):2142-2150.
- [2] 郑亚民,李嘉,李昂,等. 急性胰腺炎病因学变化趋势和对策的研究进展[J]. 医学研究杂志, 2011,40(4):140-143.
- [3] 雷衍军,王湘英. 急性胰腺炎严重程度及预后评估的研究进展[J]. 医学综述, 2013,19(6):1060-1063.
- [4] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治

指南(草案)[J]. 胰腺病学, 2004,4(1):35-38.

- [5] Bumbasirevic V, Radenkovic D, Jankovic Z, et al. Severe acute pancreatitis: overall and early versus late mortality in intensive care units[J]. Pancreas, 2009,38(2):122-125.
- [6] 刘加宁,朱美玲,苑彩云,等. 226 例急性胰腺炎病因分析[J]. 中国老年保健医学, 2014,12(5):12-14.
- [7] 李君玉,谢志军,黄才斌,等. 489 例急性胰腺炎病因分析和健康教育[J]. 赣南医学院学报, 2014,34(4):628-630.
- [8] 姜海. 急性胆源性胰腺炎的诊治分析[D]. 蚌埠:蚌埠医学院, 2014.
- [9] 王培环. 急性胰腺炎 351 例病因分析[D]. 福州:福建医科大学, 2012.
- [10] 王鹏飞. 急性胰腺炎 260 例病因和临床特征分析[J]. 当代医学, 2011,17(19):75-76.
- [11] 王宇,蒋晓青. 重症急性胰腺炎的治疗体会[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015,20(1):65-67.

收稿日期:2016-05-05 修回日期:2016-06-01 编辑:王国品