

重症急性胰腺炎外科干预应注意的几个问题*

张广权¹ 孙备^{1△}

[关键词] 重症急性胰腺炎;外科干预;创伤递升式

doi:10.13201/j.issn.1009-5918.2016.02.002

[中图分类号] R576 [文献标志码] A

Several notable issues on surgical intervention of severe acute pancreatitis

Summary Severe acute pancreatitis (SAP) is a common clinical abdomen, patients often have rapid onset and high fatality rate. Surgical intervention is indispensable in the treatment of SAP, but there is still a need to pay attention to timing, indication and procedure.

Key words severe acute pancreatitis; surgical intervention; step-up approach

重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是一种病情凶险、治疗棘手的急腹症,其病死率可达30%^[1]。外科手术治疗SAP已有百余年的历史,发展至今,外科干预的必要性已无可非议,但对外科干预指征、时机的把握以及方式的选择仍有需要注意的问题。

1 微创化与多元化的辩证统一

对于SAP的治疗,既往曾追求早期行扩大胰腺切除并强行清除坏死组织,然而,该术式破坏性极大,极易导致出血、胰痿、肠痿等并发症,乃至出现死亡。如今SAP外科干预的方式应在“损伤控制原则”的引导下,以微创外科(minimal invasive surgery, MIS)为主导,包括CT或超声引导下经皮穿刺置管引流(percutaneous catheter drainage, PCD)、内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)、内镜下十二指肠乳头括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)、内镜下鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)、腹腔镜治疗、以及各种内镜治疗及介入治疗等。微创化治疗虽为SAP外科干预的趋势,但不可过分或一味追求微创化,而忽视外科手术的重要地位。其原因包括:①部分单位不具备微创设备、技术或不擅长微创化处理方式。此时外科医生应选择自己擅长或成熟的治疗方式,以提高治疗效果,避免不必要的风险;②过度追求微创化治疗,可能错过手术的最佳时机,导致患者病程迁延,预后不佳,甚至患者消耗严重,最终导致死亡。由此引发的问题是如何量化评估微创化治疗的有效性,即哪些指标可以预测外科手术的必要性以及何时实施手术等。其意义在于,对评估

为微创治疗可治愈的患者,可适当延长微创治疗的时间,使其免于手术;反之,则需准确把握手术指征,果断采取手术治疗。目前针对这些问题,我们还停留在主观的经验性判断上,亟需相关的循证医学证据支持^[2]。Babu等^[3]针对此问题进行研究认为,PCD后1周内脓毒症逆转、PCD时APACHE II评分、发病后1周内出现器官衰竭(organ failure, OF)是预测外科手术必要性的早期独立因素。最近,荷兰急性胰腺炎研究小组分析得出:男性、多器官功能衰竭、CT可见大面积胰腺坏死及坏死区呈混杂密度是单纯PCD不能完全有效控制病情的独立危险因素^[4];③许多病例并非单一治疗方式即可治愈,多种治疗方式互为补充、完善。应根据SAP的具体病因、病程、患者具体情况将微创化与开放手术有机地结合起来,做出“个性化”选择,而不应仅限于一个模式,追求“one size fits all”的理想状态。

2 SAP的阶段化治疗

SAP自然病程中呈现2个死亡高峰:早期(发病后2周内)以全身炎症反应综合征(systemic inflammatory response syndrome, SIRS)和OF为特点,也称为急性反应期,患者常出现休克、呼吸功能衰竭、肾功能衰竭、脑病等并发症。在此阶段,患者主要在ICU接受治疗,如液体复苏、血液滤过、多器官功能支持与保护、合理地应用抗生素等,基本不需要外科干预;后期(发病4周以后)则以感染性并发症为主,也称为感染期,表现为脓毒血症、感染性胰周积液(infected peripancreatic effusion)、胰腺坏死感染(infected pancreatic necrosis, IPN)等^[5]。此阶段为外科医生干预的重点时期,亦是外科医生应担负的责任与使命。然而对于此时期的治疗,外科干预往往相对不足。其主要原因集中在以下3个方面:①社会因素:在当前SAP治疗方式多元化的大背景下,外科手术与其他微创化治疗方式相

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(No:81302057、81370565)

¹ 哈尔滨医科大学附属第一医院胰胆外科(哈尔滨,150001)

△ 审校者

通信作者:孙备, E-mail: sunbei70@tom.com

比,更易引起患者对身心创伤及手术相关危险的担忧,难以被广泛认同与接受;②医生因素:因对治疗理念不甚明确,且对外科手术的时机和指征难以把握,加之忙于其他疾患,致使外科医师往往欠缺应有的积极态度,对 SAP 的治疗过分依赖于 ICU 的各种仪器、设备,而忽略了外科手术的重要作用;③外在因素:由于 SAP 患者早期往往在 ICU 接受治疗,外科医生只能以科室间会诊的形式参与治疗,对患者病情缺乏及时、动态和长期的掌控,极易延误治疗时机。有鉴于此,我们认为外科医生应勤于与 ICU 医生沟通,以了解患者病情,勇于担当,对于多次微创干预均效果不佳、并发腹腔间隔室综合征(abdominal compartment syndrome, ACS)或 OF 等经积极治疗无效的 SAP 患者,应努力为患者争取良好的预后。

3 创伤递升式分阶段干预理念与“3D”原则交相呼应

随着对 SAP 外科干预指征、时机及方式探讨的不断深入,我们于 2007 年在国内首次提出创伤递升式分阶段干预理念,即对于确诊或疑似 IPN 患者,先行超声引导下的 PCD,在选择穿刺通道上,应尽量沿腹膜后进行,若腹膜后间隙难以利用,则选择在上腹部经小网膜囊进行。对于分散或分隔的积液,可多点穿刺引流并定期冲洗;若效果不佳,则选择以穿刺点作较小切口,沿穿刺管逆行进入感染浓腔,行坏死组织清除术;若效果仍不理想,则果断经腹或腹膜后行开放手术,循序渐进、创伤递升^[6-8]。随后多项研究证实创伤递升式分阶段治疗 SAP 在降低术后并发症发生率、缩短住院时间、节省住院费用等方面均表现出明显优势^[9-10],创伤递升式分阶段干预理念亦获得大多数指南性文件的肯定与推崇^[11-13]。

我们认为创伤递升式分阶段治疗 SAP 理念具有极其重要的意义。其临床价值及优势在于:①充分体现微创化治疗的优势。据报道,通过单纯 PCD 即可有效逆转 62.5% 的脓毒症及 36.6% 的 OF,使 25%~55% 的 IPN 患者免于手术^[3,10,14],且 PCD 简便易行,可广泛开展;②对于单纯 PCD 无法治愈的患者,PCD 可被视为过渡性干预方式,通过持续引流适当延迟手术时机,使坏死组织充分液化、包裹,有望一次手术解决病灶,避免了早期手术的“二次打击”及相关不良后果,如出血、肠痿、胰痿等。同时 PCD 做为“路标”为外科手术精确定位,即沿置管路径,逆行扩创,精确进入病灶部位;③因创伤递升式分阶段治疗 SAP 显著缩短住院时间,节省住院费用,使其具有较高的卫生经济学价值。既能减轻患者的经济负担,又可为政府节约大笔医疗开支;④创伤递升式分阶段干预理念与 IPN 治疗的“3D(Delay, Drain, Debride)”原则相呼应。Delay:

PCD 可将手术时机延迟到 IPN 发病后 4 周左右,其为外科治疗 IPN 的最佳时机^[1,5,15-16];Drain:外科干预以引流减压为主;Debride:若引流效果不佳,则施行坏死组织清除术^[17]。辩证地说,创伤递升式分阶段干预理念是“3D”原则的具体表现,而“3D”原则则是创伤递升式分阶段干预理念的精髓所在。

同时,我们也应该认识到,创伤递升式分阶段治疗 SAP 是一种理念,而不是一种教条。对于从基层单位转诊入院的患者,不应过度循规蹈矩地行非手术治疗、微创治疗。我们一般在积极调整患者状态后,准确把握手术时机、指征,果断行开放性清创引流术。应意识到 SAP 治疗中外科干预的时机要比外科干预的方式更重要。

综上所述,SAP 是一种发病机制复杂,治疗棘手的疾病。在临床治疗中应在遵循微创化及“创伤控制理念”基础上,将本单位医疗资源状况及自身特长、偏好与 SAP 治疗的“三个不”原则、“3D”原则辩证统一。另外,作为胰腺专科医生,不但要对外科干预的相关内容了如指掌,更要整体把握 SAP 的治疗方法,加强学科间交流、沟通,以期进一步提升 SAP 治疗的有效性与安全性。

参考文献

- [1] Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis[J]. *Pancreatology*, 2013,13(4 Suppl 2):e1-15.
- [2] Bakker O J, Issa Y, van Santvoort H C, et al. Treatment options for acute pancreatitis[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2014, 11(8):462-469.
- [3] Babu R Y, Gupta R, Kang M, et al. Predictors of surgery in patients with severe acute pancreatitis managed by the step-up approach[J]. *Ann Surg*, 2013, 257(4):737-750.
- [4] Hollemans R A, Bollen T L, van Brunschot S, et al. Predicting success of catheter drainage in infected necrotizing pancreatitis[J]. *Ann Surg*, 2015, [Epub ahead of print].
- [5] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 急性胰腺炎诊治指南(2014 版)[J]. *中华外科杂志*, 2015, 35(1):50-53.
- [6] 孙备,徐东升,姜洪池,等. 高脂血症重症急性胰腺炎综合治疗的探讨[J]. *中华外科杂志*, 2007, 45(11):733-735.
- [7] 孙备,周昊昕,李军,等. 重症急性胰腺炎外科综合治疗的经验总结[J]. *中华外科杂志*, 2010, 48(18):1383-1386.
- [8] 孙备,程卓鑫,姜洪池,等. 重症急性胰腺炎并发感染治疗观念的更新[J]. *中华外科杂志*, 2010, 48(5):321-324.
- [9] 孙备,宋增福,姜洪池,等. 创伤递升式分阶段处理重

- 症急性胰腺炎[J].中华外科杂志,2013,51(6):493-498.
- [10] van Santvoort H C, Besselink M G, Bakker O J, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis[J]. N Engl J Med, 2010, 362(16): 1491-1502.
- [11] 孙备,李乐.急性胰腺炎诊治观念的更新与进展[J].中国实用外科杂志,2014,34(3):235-239.
- [12] 孙备,苏维宏.2013年美国胃肠病学会《急性胰腺炎治疗指南》解读[J].中国实用外科杂志,2013,33(9):768-772.
- [13] 孙备,苏维宏.2013年国际胰腺病学会与美国胰腺病学会《急性胰腺炎治疗的循证性指南》解读[J].中华消化外科杂志,2013,12(12):937-943.
- [14] Gooszen H G, Besselink M G, van Santvoort H C, et al. Surgical treatment of acute pancreatitis[J]. Langenbecks Arch Surg, 2013, 398(6): 799-806.
- [15] Yoboe M, Takada T, Mayumi T, et al. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese guidelines 2015[J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2015, 22(6): 405-432.
- [16] Tenner S, Baolliie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(9): 1400-1415.
- [17] Besselink M G. The 'step-up approach' to infected necrotizing pancreatitis: delay, drain, debride[J]. Dig Liver Dis, 2011, 43(6): 421-422.

(收稿日期:2015-12-30)

中国泰山高峰论坛 P&O 第七届全国中毒急危重症学术会议通知

各有关单位及专家:

本次会议主要相关事宜如下:

一、主办、承办单位

主办单位:中国泰山中毒联盟、山东大学齐鲁医院等;承办单位:山东大学齐鲁医院

二、继教项目

国家级继续医学教育项目“中毒急危重症新进展高级研修班”[2016-12-01-024(国)], I类学分10分。

三、会议时间及日程

(1)时间:2016年4月8-10日;(2)报到:4月8日全天;(3)常委会会议:4月8日晚20:00-22:00;(4)学术交流:4月9-10日全天;(5)新技术现场演示:4月10日上午。

四、会议地点

济南军区燕子山庄,地址:山东省济南市历下区经十路14668号(燕山立交桥西首南188米),电话:0531-51669666。

五、主题内容

(1)中国泰山高峰论坛 P&O 中毒急危重症新技术高级研修班;(2)中国泰山高峰论坛 P&O 中毒救治培训基地建设;(3)中国泰山高峰论坛 P&O 中毒救治临床新技术现场演示;(4)百草枯中毒“齐鲁方案”(Qilu Scheme)最新研究报告;(5)中国泰山高峰论坛 P&O 中毒护理新进展高级研修班;(6)中国泰山高峰论坛 P&O 中毒护理新技术现场演示。

六、参会人员及会务事宜

(1)参会代表:从事急诊、急救、重症医学、中毒、职业病、预防医学、护理学等相关专业医药卫生人员等;(2)会议投稿:文稿要求使用 PPT 或 Word 文档格式,通过电子邮件附件方式发送至大会邮箱 E-mail: jianxiangdongvip@163.com,会议不接受纸质文稿,文责自负,截稿日期2015年3月31日;(3)会务事宜:会务费650元/人(含餐费、资料费、学分及证书费等),大会统一安排住宿,费用自理。(4)通讯地址:山东省济南市历下区文化西路107号,邮编250012,山东大学齐鲁医院急诊科中毒与职业病科,王珂 营向东 电话:15069053190,0531-82166112