

(上接第16版)

胰腺坏死伴感染外科干预浙二经验：以时间换空间

▲浙江大学医学院附属第二医院肝胆胰外科 梁廷波 张匀



梁廷波 教授



张匀 教授

2012年修订版亚特兰大标准将持续性脏器功能衰竭(POF)作为界定AP为SAP的唯一标准虽已被广泛采用,但忽略了胰腺/胰周坏死伴感染(Pnec)对急性胰腺炎(AP)预后的影响。对Pnec实施手术创伤及各种严重并发症是造成AP高死亡率的主要原因。2012年DBC分类首次将Pnec联合POF作为评估AP严重程度的标准,甚至将POF合并Pnec定义为危重型急性胰腺炎。

由于Pnec清创术本身创伤大、出血及肠漏等并发症发生率高,在MOF、ACS及营养不良等SAP早期病理生理基础上实施清创术将进一步威胁生命。目前基本共识是尽量避免早期清创手术。由于临床医生越来越多地考虑到机体状态与手术时机、微创清创效率与价值、清创彻底性与手术的打击程度间的辩证关系,有关Pnec的清创方案目前仍充满争议。笔者团队在Pnec治疗上已经历10余年的研究,基于自身学科发展的特点形成了一套经验与读者分享。

逐步采用强度更大的清创措施

逐步采用强度更大的清创措施(step-up)是以经皮置管引流(PCD)、扩管后低负压灌洗(CNPI)、视频辅助后腹膜清创(VARD)及剖腹清创(ON)作为4步递增的模式。

PCD及CNPI的实质即由细管扩张到粗管、由单纯引流到低负压灌洗的被动清创。在引流积液及已被吹散的坏死组织的同时,建立实施VARD的窦道。为延迟后续干预并将危重患者平安送入最佳手术时间窗、甚至避免手术(30%)创造有利条件。

自VARD开始至ON即为医生进行主动的清创手术,而VARD已成为目前Pnec清创的主流方法。在腹腔镜、经皮单孔腹腔镜、胃镜等视频辅助下医生可进行直视下清除坏死组织。VARD有效性的前提条件是在PCD及CNPI的铺垫下,患者不仅具备较稳定的全身情况及视频设备进出

腔隙的通道,感染性坏死病灶已被完整包裹。VARD最大的优势是其腔内操作的特点,其使手术对全身情况的影响极小,即便发生肠漏及出血等并发症也因其局限性且与外界相通的特点而更易处理。

笔者中心更多应用单孔腹腔镜实施VARD,根据坏死病灶的位置、深度及大小可采用不同的实施方法。对于深部孤立腔隙由于往往仅能建立单条通路,可采用单腔单入路清创;对于浅表较为广泛地病灶则可采用单腔多入路清创达到更彻底的清创效果;对于多腔的病灶则可利用不同腔隙间潜在的通道实施多腔贯通清创以实现超过开腹清创的效果。

开腹清创的发生率虽已降至极低的状态,但在step-up模式中仍不能忽略。这里所指的ON并非传统意义上的开腹清创,而是对VARD的后续补充治疗。

经长期摸索,笔者团队认为,以下情况可实施局部位置的ON:

- ☆十分浅表的病灶其实并不适合VARD,做一个小巧的切口可达到快速、彻底且同样是微创的清创效果;
- ☆某些区域(如小网膜囊区)由于血管密集,经PCD扩管行VARD易导致出血且止血困难,而小切口清创则可行直视下进行有效的止血;
- ☆多个相邻病灶或病灶分隔大大增加VARD的难度时可行小切口清创直接打通所有腔隙等。

不经step-up直接采用传统开腹手术

skip-up模式指部分Pnec可不经step-up而直接采用传统的开腹手术以达更佳疗效。

当患者全身脏器功能及营养情况良好、但坏死感染病灶广泛、多发、分隔或非常隐蔽、甚至存在必须手术解决的胆道问题。直接手术可大大加快治疗进度、减少并发症及治疗费用。

若患者全身情况非常

严重,往往合并MOF及ACS,同时大量坏死感染病灶主要集中在胰头区域,引流及VARD十分困难,此类step-up往往没有实施的条件。此时在具备成熟肝胆胰外科手术技能及术后管理经验的前提下实施开腹清创术,能一定程度上提升治愈率。此种情况尚存争议,需进一步证据支持。

结语

笔者团队针对胰腺坏死感染的外科干预经验在理念上体现了“以时间换空间”的辩证思想,在战术层面上集成了大量传统外科、视频辅助及微创介入的先进技术,集中体现了SAP合并Pnec诊治的个体化需求。然而Pnec外科干预仍存在众多悬而未决的问题和困难需要更深入的临床研究。

重症急性胰腺炎：早期注重内科 后期重在微创

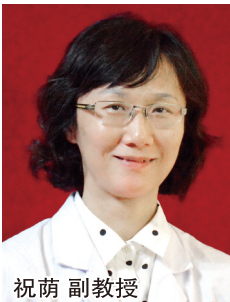
▲南昌大学第一附属医院消化内科 何文华 祝荫 吕农华

南昌大学第一附属医院消化科自90年代初在王崇文教授的带领下开展重症急性胰腺炎(SAP)非手术治疗方法的探索。跨入新世纪,吕农华教授传承与创新,率领消化团队致力于提高SAP治愈率、降低病死率的基础与临床研究。成立消化科胰腺亚专业和全院MDT团队,建立了AP的独立病区和胰腺重症监护室(PICU),创建了AP的数据库,开展了基于临床问题的系列临床研究。

经过近30年的努力,目前南昌大学第一附属医院消化科已成为以“SAP早期内科综合治疗、后期并发症的内镜微创与介入治疗”为特色的急性胰腺炎诊疗中心,年收治急性胰腺炎的患者近千例,重症急性胰腺炎病死率从19.3%降至6.2%。



吕农华 教授



祝荫 副教授

及时去除SAP病因 阻断病情发展

及时去除SAP病因有助于阻断SAP病情进展。消化科开通了急诊绿色通道,对重症急性胆源性胰腺炎合并化脓性胆管炎患者,24h内随时可行ERCP,解除胆道梗阻。对于高甘油

三脂血症性胰腺炎,基于团队研究,轻中度患者采用肝素、胰岛素紧急降脂,重症患者进行高容量血滤治疗。妊娠合并SAP患者,与妇产科协作及时终止妊娠,控制病情发展。

早期阻断SRIS 维护器官功能稳定

持续性SRIS与器官衰竭的发生密切相关,笔者中心制定了阻断SIRS、维护器官功能的个体化措施:对于血容量不足及休克患者,在发病24h内给予积极液体复苏,24h后给予限制性早期液体复苏;合并肾功

能不全患者给予CRRT稳定内环境并清除炎性介质;合并肺损伤和呼吸衰竭患者短期使用糖皮质激素和乌司他丁,积极去除胸腔积液等影响呼吸功能因素;对于胰源性腹水引起腹内高压者行早期腹腔引流。

尽早恢复肠道功能 进行早期肠内营养

20世纪90年代初,笔者团队开始早期应用大黄、芒硝治疗SAP引起的肠功能障碍,通过细化剂量及疗效判断标准,建立了大黄、芒硝的“立体式全方

位给药方法”,促进肠功能的恢复。对于大黄、芒硝治疗无效的严重肠麻痹,加用肌注新斯的明和鼻空肠管给甘露醇促进肠动力和通便,为早期肠内营养

创造了条件。先后进行的肠内营养时机、新斯的明安全性等前瞻性临床研究证实,SAP患者在发病2~4d内如能有效通便,给予早期肠内营养安全可行。

基于大样本数据库建立感染性胰腺坏死预测评分系统

2010年,团队创建了急性胰腺炎的数据库,并获得国家软件证书。目前数据库已全面收集了我院自2005年以来7000多例AP患者的临床数据。

基于这一大样本数据库,笔者团队创建了感染性胰腺坏死(IPN)的预测评分系统——TRCNCP评分,该评分系统预测IPN的准确性

高于降钙素原等现有的单一指标,可早期预测SAP患者胰腺坏死继发感染的风险,帮助临床医生对高风险患者及早进行预防,选择性使用抗菌药。

升阶梯式内镜微创 治疗SAP后期并发症

针对SAP后期感染性胰腺坏死,笔者团队同时开展了经胃十二指肠与经皮腹膜后两种升阶梯式内镜清创疗法,使绝大部分感染性胰腺坏死患者不需要开腹手术获得痊愈。前者是NOTES技术:即在超声内镜(EUS)引导下经胃/十二指肠壁对坏

死组织进行穿刺,置入金属双蘑菇头覆膜支架引流,如病情需要,在内镜直视下通过网篮或圈套器等器械将坏死组织清除。后者是先经皮穿刺引流(PCD),如临床症状无明显改善,再将PCD的猪尾巴管更换为直径1~1.5cm的双套管,

形成大的窦道后在胃镜视频辅助下进行坏死组织清创。此外,还开展了肠瘘内镜下钛夹闭合术、坏死腔出血内镜下止血术、假性动脉瘤介入栓塞术等多项内镜、介入微创技术处理SAP后期并发症,使患者免于了开腹手术。