

老年人持续腹痛 警惕急性胰腺炎

▲ 山东省单县中心医院 朱宗文 哈尔滨医科大学附属第一医院 谭宏涛



谭宏涛 教授



朱宗文

急性胰腺炎（AP）是临床常见的急腹症，其主要特征为各种原因引起胰酶激活导致的胰腺局部炎症反应，病情重者可合并全身炎症反应综合征（SIRS）或并发器官功能障碍，甚至危及生命。近年来，随着生活方式的改变和人口的持续老龄化，老年人群中 AP 的发病率在逐年上升。老年患者常合并基础疾病，器官功能减退、机体应激能力差，使得其病情更为复杂凶险。

老年急性胰腺炎病情重、预后更差

AP 根据器官功能状况可分为轻症急性胰腺炎（MAP）、中重症急性胰腺炎（MSAP）和重症急性胰腺炎（SAP）。MAP 占 AP 的大多数，不伴有器官功能障碍及并发症，恢复快，病死率极低；MSAP 伴有一过性器官功能障碍，早期病死率低，后期合并感染时病死率增高；SAP 占 AP 的

5%~10%，伴有持续性器官功能衰竭（48 h 以上），病情凶险，死亡率高，后期合并感染时死亡率更高。

AP 病程中有两个死亡高峰：第一个死亡高峰为发病 2 周内，即急性期内，以全身炎症反应综合征和器官功能障碍为主要表现。早期准确甄别和维持器官功能和内环境稳定是此期治疗的重

点；第二个死亡高峰为发病 4 周后，即感染期内，以胰腺实质和（或）胰周组织坏死为主要病理特点，可合并胰腺实质、胰周组织和全身感染，继而可导致胰瘘、感染性腹腔出血及消化道瘘等严重并发症，控制感染和治疗并发症为此期治疗重点。在 AP 起病早期，器官功能衰竭被认为是判断 AP 严重

程度、评估其预后的重要指标，早期有效甄别和规范化诊治是治疗的关键。

老年 AP 中，SAP 比例高、病情重、预后更差。老年为 AP 预后的独立危险因素，老年患者器官功能储备差，AP 早期更易出现器官功能障碍，因此早期的准确诊断和器官功能的维持是治疗的重中之重。

早期症状不明显 需结合实验室和影像检查

老年 AP 的病因较中青年患者有较大区别，胆源性、药物性和肿瘤引起 AP 较青年更多。老年人因胆汁黏稠度

增高、胆道蠕动减慢等导致胆石症发病率增加，淤积的胆汁易堵塞胆胰管进而诱发 AP。老年患者中，药物引起的 AP 也有一定比例。老年人基础疾病发病率增高，常服用一种或多种药物，如双丹宁酸、富尿苷、皮质类固醇、阿唑嘌呤和丙戊酸钠等有诱发 AP 的可能。老年人群肿瘤发病率较中青年人群高，胰头部、胆管中下段和壶腹部肿瘤易压迫胰管，进而导致

AP 发生。同时老年人群较中青年，更注重饮食方式和生活习惯，饮酒者占比更低，因而高脂血症性和酒精性急性胰腺炎比例低于中青年。

AP 的主要症状多为急性发作的持续性腹上区剧烈疼痛，常向背部放射，伴有腹胀及恶心呕吐。因老年人对疼痛刺激敏感性差等因素，使老年 AP 临床症状不典型，部分老年患者在 AP 早期可仅出现上腹部隐痛或

不适感，易被忽视，就诊较晚，错失了早期治疗的最佳时机。胆源性 AP 还可能出现发热、黄疸等症状。AP 的临床诊断还需结合实验室和影像学检查，血清淀粉酶和脂肪酶是诊断的重要指标。影像学检查主要依靠超声和 CT 扫描，尤其增强 CT 扫描不仅可显示胰腺实质水肿及周围渗出情况，还可评估胰腺和胰周坏死程度，临床应用较广泛。

早期积极液体复苏 控制好感染及并发症

老年 AP 的治疗需包括胰腺外科、消化内科、重症医学科和心内科等相关科室多学科诊治模式。病程早期，准确预测 SAP 的发生、甄别高死亡风险患者并积极采取干预措施具有重要临床意义。

笔者团队前期研究发现，老年 AP 患者入院早期血清白蛋白水平、胸腔和腹腔积液是患者死亡的独立风险因素。降钙素原、血清尿素氮、血清肌酐、血钙和胸腔积液为老年 AP 严重程度相关的独立风险因素。根据患者具体情况，积极纠正风险因素，高风险患者重点监护，积极采取个体化治疗措施，可有效提高临床诊疗水平，为改善患者预后提供参考。

老年患者早期液体复

苏同时也要考虑患者心肺功能，避免因液体过多使呼吸、循环等器官功能进一步恶化。AP 感染期，以积极控制感染和相关并发症的治疗为主，对伴有确诊或疑似感染性胰腺坏死患者，可参照创伤递升式分阶段治疗模式，先行超声引导下的腹膜后入路经皮穿刺置管引流，必要时多处引流并定期冲洗。若效果不佳，进一步自 PCD 穿刺点做小切口逐层扩创进入病灶部位，行坏死组织清除术。若效果仍不理想，则经腹或腹膜后行开放性手术。

老年 AP 患者中胆源性占绝大多数，胆系疾病也是老年 AP 患者再入院的重要原因。入院患者有胆道结石梗阻者应通过内镜或手术治疗及时

解除梗阻、通畅引流。伴有胆囊结石的 MAP 者应在病情控制后尽早行胆囊切除术。而坏死型胰腺炎患者可在后期行胰周坏死组织清除时切除或病情控制后择期处理。

警惕高危因素，预防老年 AP 的发生。对于患胆石症老年人群，如伴有胆囊炎或反复发作的胆绞痛者，可及时行腹腔镜胆囊切除术。有血脂增高者，应低脂饮食，可在医师指导下服用降脂药物、定期监测血脂水平。同时应避免酗酒、暴饮暴食等 AP 诱发因素。



关联阅读全文
扫一扫

研究进展

经皮覆膜支架辅助内镜坏死组织清除术 感染性胰腺坏死治疗新策略

▲ 解放军东部战区总医院 汪鹏 柯路

经过数十年的临床实践，感染性胰腺坏死（IPN）的治疗策略也已从传统开放性手术转变为阶梯式微创引流方式。近年来，在国内外阶梯式微创引流策略基础上，结合笔者中心的治疗特色，创新地提出“经皮导管引流—持续负压冲洗引流—内镜坏死组织清除—剖腹手术”的四步法，大大降低了 SAP 合并 IPN 患者的死亡率及相关并发症发生率。

2017 年 10 月以来，笔者中心探索性地应用自膨式全覆膜金属支架建立可重复利用的稳定经皮内镜清创窦道，旨在缩短经皮穿刺置管引流与内镜坏死组织清除的间隔时间，缩短患者住院时长，降低患者住院费用。

经皮覆膜支架辅助的内镜坏死组织清除术（简称 SAPEN）是对四步法的进一步完善。在第二步建立经皮内镜清创窦道时，使用自膨式全覆膜金属支架，内嵌黎氏双套管（图 1）。操作示意图（图 2）。

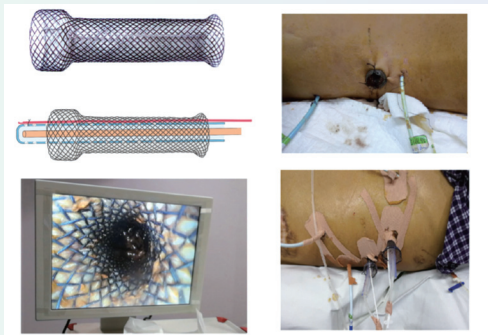


图 1 自膨式全覆膜金属支架，内嵌黎氏双套管

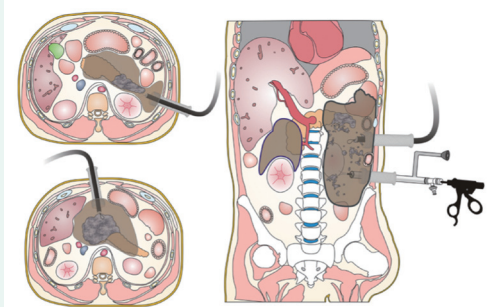


图 2 SAPEN 术操作示意图

笔者总结了 2017 年 10 月至 2018 年 3 月本中心 23 例接受 SAPEN 术的 SAP 合并 IPN 患者资料。所有患者的覆膜支架放置成功，操作过程无相关并发症发生。其中 16 例患者避免了开腹手术，SAPEN 临床成功率 70%。因此，SAPEN 在治疗 SAP 合并 IPN 过程中是安全可行且行之有效的。但 SAPEN 能否缩短患者住院时长及住院费用需进一步临床实践及对照研究证实。

目前，针对 IPN 的微创引流，国内外有多种清创技术可供选择。而 SAPEN 在经皮窦道选择上更多样，可有效减少操作盲区；借助自膨式全覆膜金属支

架可迅速建立稳定窦道；操作器械的选择更丰富，可选择软镜和（或）硬镜联合操作。

SAPEN 操作孔道约为 1.2 cm，无需额外小切口，真正做到微创引流，减少切口感染、切口疝等并发症。覆膜支架的保护、双套管的持续负压冲洗引流，可减少窦道损伤、局部感染扩散。

SAPEN 的操作条件更宽松，如麻醉上仅给予基础镇痛镇静；操作地点可在床边或病房操作间；人员配置上一般 2~3 人就可顺利完成操作，无需额外专科医师。对于感染性胰腺坏死患者，清创操作需反复多次实施，SAPEN 的经济及便利优势更加突出。