

临床评估的各种评分系统,如急性生理和慢性健康状况评分(APACHE 评分)<sup>[5,6]</sup>系统、改良早期预警评分(MEWS)<sup>[7]</sup>系统内容繁多,均需多种综合检查结果,不适合急诊、急救快速进行病情评估。因此,迫切需要寻找一种简单、灵敏而准确的急诊病情评估预测方法来满足急诊临床工作的需要,尤其对老年患者意义更大。

SCS 评分内容简单,搜集方便,可在急诊系统中快速进行分析。任艺等<sup>[8]</sup>认为,SCS 评分系统适合在急诊抢救室对危重患者做出正确的评价。根据本研究发现,随着 SCS 评分的升高,急诊抢救室老年患者的各个分值间的死亡构成比也随之上升,且上升幅度有统计学意义。所以,医护人员应加强对 SCS 评分 $\geq 8$  老年患者的关注,通过积极地预防及治疗降低此类患者的死亡风险。

综上所述,医务人员可根据 SCS 评分对进入急诊抢救室的患者进行早期的预后判断,继而有效地指导医护人员对老年患者区别进行干预、指导抢救,有利于改善急危重症老年患者的预后,降低病死率。

#### 4 参考文献

- Kellett J, Deane B. The simple clinical score predicts mortality for 30 days after admission to an acute medical unit [J]. QJM, 2006; 99(11): 771-81.
- Kellett J, Rasool S. The prediction of the in-hospital mortality of acutely ill medical patients by electrocardiogram (ECG) dispersion mapping compared with established risk factors and predictive scores—a pilot study [J]. Eur J Intern Med, 2011; 22(4): 394-8.
- 焦薄惠. 冠心病的预防策略 [J]. 中国老年学杂志, 2005; 25(7): 860-3.
- 聂虎, 何庆, 何斌. 病人危险度评分在急诊的应用 [J]. 华西医学, 2006; 21(4): 726-7.
- Badia M, Armendáriz JJ, Vilanova C, et al. Long distance interhospital transport. Accuracy of severity scoring system [J]. Med Intensive, 2009; 33(5): 217-23.
- Hargrove J, Nguyen HB. Bench-to-bedside review: outcome predictions for critically ill patients in the emergency department [J]. Crit Care, 2005; 9(4): 376-83.
- Heitz CR, Gaillard JP, Blumstein H, et al. Performance of the maximum modified early warning score to predict the need for higher care utilization among admitted emergency department patients [J]. J Hosp Med, 2010; 5(1): E46-52.
- 任艺, 邵旦兵, 刘红梅, 等. 简单临床评分在急诊抢救室中的应用价值 [J]. 中华急诊医学杂志, 2012; 21(9): 1012-5.

[2012-10-31 收稿 2013-01-30 修回]

(编辑 袁左鸣)

## 老年患者重症胰腺炎的诊断和治疗

耿文茂 张倩<sup>1</sup> 吴亚光 苏忠学 秦成坤 (山东省立医院肝胆外一科, 山东 济南 250021)

[关键词] 急性胰腺炎; 重症; 治疗

[中图分类号] R657.5<sup>+</sup>1 [文献标识码] A [文章编号] 1005-9202(2014)03-0822-02; doi:10.3969/j.issn.1005-9202.2014.03.128

重症胰腺炎是常见外科急腹症,其发病急,并发症多。老年人口在我国占有相当比重,其机体重要器官代偿功能差,多伴发其他疾病,因此发生重症胰腺炎后预后更差。目前重症胰腺炎的诊断临床已无困难,但治疗方法仍存争议。本文探讨老年重症胰腺炎患者的诊断治疗以期改善其预后。

### 1 资料与方法

1.1 入选标准 老年人标准参照我国老年人定义即 $\geq 60$ 岁,急性胰腺炎的诊断标准参照中华医学会外科学胰腺学组 1996 年制定的急性胰腺炎临床诊断标准<sup>[1]</sup>,轻重分型参照 APACHE II 评分系统分为轻、重型, $\geq 8$ 分者为重症急性胰腺炎。

1.2 一般资料 2005 年 6 月至 2010 年 6 月我院收治的老年重症胰腺炎患者 32 例,男性 22 例,女性 10 例,年龄 60~82 岁,

平均年龄 69.5 岁。合并高血压病者 14 例,糖尿病 10 例,慢性阻塞性肺部疾病 4 例,冠心病 12 例,高脂血症 6 例,脑梗死后遗症者 1 例。

1.3 临床表现及实验室检查结果 发病诱因:既往胆道疾病史者 17 例,发病前饮酒 1 例,11 例无明显诱因。临床表现主要为全腹胀痛,呕吐,腹胀尤其明显者 20 例,发热 22 例,体温在 37~38℃ 间,呼吸困难 14 例,窦性心动过速 20 例,尿少 32 例,肛门停止排气排便 32 例。入院时患者血液检查白细胞升高 22 例,最高达  $22.3 \times 10^9/L$ ,血小板减少 7 例,血淀粉酶为 216~1 550 U/L,尿淀粉酶为 1 500~5 450 U/L。血钙降低 32 例,腹部超声检查 32 例,腹部 X 线检查 17 例,腹部增强 CT 检查 22 例,腹部 CT 平扫 10 例,CT 影像均提示胆囊体积增大,胰腺不同程度的肿大、胰周间隙消失,肠管扩张,胸腹腔积液,22 例强化 CT 影像均提示胰腺内不同低密度坏死灶。单纯胆囊结石 12 例,其中泥沙样结石 10 例;胆囊结石合并胆管结石 3 例,胆管结石 2 例。

1.4 治疗经过及转归 入院后予以禁食、胃肠减压,调整水、电解质平衡、预防感染,抑制胰腺分泌,必要的呼吸支持,多科

1 济南市长清区人民医院内三科

第一作者:耿文茂(1978-),男,博士,主治医师,主要从事肝胆胰腺疾病研究。

室协作处理伴随疾病等常规处理。5例胆管结石患者3例予以行十二指肠乳头切开,鼻胆管引流术,另外2例因操作失败进行胆囊穿刺引流术。30例患者早期予以超声引导下腹腔置管引流,并给予生理盐水持续灌洗,其中17例患者腹胀和腹痛减轻明显。13例患者后因胰腺周围坏死组织感染行胰床松解,坏死组织清除,空肠造瘘,腹腔置管引流冲洗术;其中2例再次剖腹行感染坏死组织清除,腹腔引流,8例患者后期放置鼻空肠营养管。2例患者入院12h内死亡,死因为多脏器衰竭。3例患者治疗期间自动出院,2例患者因严重肺部感染死亡,2例因腹腔严重感染死亡,1例因腹腔内大出血死亡,住院时间1~94d,平均住院周期56d。

## 2 讨论

老年重症胰腺炎起病诱因多为胆道系统疾患<sup>[2]</sup>,常发生于进食油腻食物后,饮酒诱发较少,本组仅1例患者饮酒诱发。急性重症胰腺炎的诊断目前并不困难,结合病史,影像学和实验室检查结果多可明确诊断。但部分患者临床表现与胃十二指肠穿孔和肠系膜血管病变类似。消化道穿孔起病急骤,疼痛迅速弥漫至全腹,为刀割样疼痛。急性重症胰腺炎多起病稍慢,疼痛渐弥漫至全腹,疼痛以胀痛为主。肠系膜血管病变早期主要表现腹部剧烈疼痛,但腹膜炎体征不明显。此外,少数患者起病以严重腹胀和腹腔积液为表现,腹痛不明显,此时易导致误诊<sup>[3]</sup>。本组患者1例起病表现为明显腹胀,无腹痛,行腹部强化CT检查发现胰腺肿胀,胰腺内不规则坏死灶而得以诊断。

重症胰腺炎早期非手术治疗仍以禁食,胃肠减压,抑制胰酶分泌,预防感染和处理水电解质平衡为主。老年重症胰腺炎患者伴发疾病较多,器官功能代偿能力差,病死率仍居高不下,尤其是爆发性胰腺炎患者,多在起病12h内因脏器衰竭死亡<sup>[4]</sup>,本组2例患者亦因此而死亡。治疗胰腺炎时应重视伴发疾病的诊治,尤其伴发慢性阻塞性肺部疾病患者,本组4例伴发慢性阻塞性肺部疾病患者2例因严重肺部感染而死亡。重症胰腺炎的早期液体复苏应引起重视,此类患者血管通透性增加,大量体液外溢至组织间隙,液体入量难以控制,目前液体复苏方案有多种,目标导向性治疗渐受重视<sup>[5]</sup>。本组患者均行锁骨下静脉穿刺,检测中心静脉压,采用晶胶并用,晶体为主,边补边脱的方法,既有效保护肾脏功能,又可维持循环血量。肺是早期受损脏器之一,且严重腹胀也影响呼吸功能,人工辅助呼吸对部分患者尤为重要。

急性重症胰腺炎易合并大量腹腔积液,可引起严重全身炎症反应及腹腔高压,应早期处理<sup>[6]</sup>。文献报道有腹腔镜下置管引流,局麻下麦氏切口盆腔置管引流和超声引导下置管引流术<sup>[7]</sup>。老年重症患者心肺功能差,腹腔镜下置管难以耐受,局麻下盆腔置管引流,效果有限。超声引导下腹腔置管引流术,简便易行,可多次重复进行,置管部位和数量尚无定论。本组患者采用超声引导下置管引流术,引流管多放置于肝下,左侧脾门胰尾下区,小网膜囊区,盆腔区。部分患者可根据超声检查适度调整,置管成功后予以温生理盐水持续腹腔灌洗,本组30例患者早期予以超声引导下腹腔置管引流术持续灌洗术,上

腹部引流管为进水通路,盆腔引流为出水通路,灌洗液体维持100ml/h,腹水颜色清,淀粉酶正常后停止灌洗改为自然引流,其中17例患者腹胀和腹痛减轻明显。因引流管易于堵塞,需记录出入水量,床旁超声定期观察腹腔积液情况,引流管可根据需要调整。

手术治疗对于部分重症胰腺炎患者非常必要<sup>[8]</sup>。胆源性重症胰腺炎合并完全胆管梗阻者可早期手术治疗,可改善患者预后。采用术式为胆囊切除,胆管探查,T管引流,坏死组织清除,胰床松解,空肠造瘘,腹腔引流术。如条件允许,可行内镜下鼻胆管引流术,该操作创伤小,但部分患者操作困难,且引流管容易堵塞,可配合胆囊穿刺引流共同完成胆道减压。本组5例胆管结石患者,3例成功放置鼻胆管引流,2例失败而改行经皮经肝胆囊穿刺引流,胆管结石二期手术处理。重症胰腺炎后期手术主要处理坏死组织感染,胰腺脓肿,选择适当时机非常重要,胰腺坏死感染常表现发热,体温较早期升高,多超过38.5℃,多汗。增强CT扫描具有重要诊断价值,手术以清除坏死感染组织,置管引流冲洗,空肠造瘘为目的,术后持续冲洗,本组13例患者每天持续冲洗10L生理盐水,平均冲洗26d,冲洗液中淀粉酶正常,坏死残渣消失时改为自然引流。其中2例因再发坏死感染二次手术,但术后仍死于腹腔感染,1例术后14d发生腹腔出血,考虑为胰酶腐蚀血管,保守治疗无效死亡。

重症胰腺炎患者的营养支持亦非常重要,早期不宜给予静脉营养,急性期过后可逐步予以营养支持。如肠道功能恢复,可尽早给予肠内营养支持。应当引起注意的是,小肠功能常先于胃,十二指肠恢复,可能与坏死组织刺激及受压有关,可予以放置鼻肠营养管,给予肠内营养支持。

老年重症胰腺炎患者伴发疾病多,治疗根据不同时期病情特点而定,早期重视急性脏器功能损伤和液体复苏,中后期要注意坏死感染和脓肿形成等并发症处理。

## 3 参考文献

- 1 中华医学会外科学胰腺学组. 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):773-5.
- 2 Gloor B, Ahmed Z, Uhl W, et al. Pancreatic disease in the elderly [J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2002;16:159-70.
- 3 周波,余建勋,余萌. 老年急性胰腺炎102例临床分析[J]. 中国老年学杂志,2006;26(11):1277-8.
- 4 么改琦,朱曦,薄世宁,等. 重症急性胰腺炎早期合并胰腺感染的危险因素分析[J]. 中华普通外科杂志,2007;22(12):892-5.
- 5 任建安,张良. 外科脓毒症病人的液体治疗[J]. 中国实用外科杂志,2010;30(6):460-2.
- 6 蔡小勇,高枫,陈利生. 腹内高压和腹腔间隔室综合征研究进展[J]. 中华外科杂志,2007;45(11):780-2.
- 7 周蒙滔,张启瑜,王春友,等. 重型非胆道梗阻性急性胆石性胰腺炎的外科处理[J]. 中华肝胆外科杂志,2007;13(8):533-5.
- 8 王敏,许志伟,雷若庆,等. 重症急性胰腺炎临床特征及治疗方案的选择[J]. 中华外科杂志,2007;45(11):745-9.

[2012-11-29 收稿 2012-11-30 修回]

(编辑 安冉冉)