

## · 专家论坛 ·

**编者按:**我国著名肝胆外科学家,中国共产党优秀共产党员,中国工程院院士,全军肝胆外科研究所所长,解放军总医院专家组组长,主任医师、教授、博士研究生导师黄志强同志,因病医治无效,于2015年4月24日9时22分,在北京逝世,享年93岁。为了感谢黄志强院士对本刊的关心和支持,本刊特将黄志强院士在2013年5月4日第11届北京微创外科论坛的最后一次演讲报告,整理成文稿刊发,同时将黄志强院士部分照片和视频收集编辑刊发在本刊光盘视频栏目,以此表达对黄志强院士离世的哀悼、追思和深切缅怀。

## SAP:外科的今昔观——以患者为中心的多科协作

黄志强

微创外科已经成了本世纪外科发展的主流,当然,它应该是多方面发展,不止局限开个小刀、开个小口。所以笔者认为,微创外科在当前是一个逐步拓展的阶段。那么在微创外科时代,我们怎么看这个问题——重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)。经过半个世纪的研究,很多问题都没有得到解决。在微创外科时代,有些问题是不是能够解决呢?

微创外科不单单是个手术问题,也不单单是一个小的问题,可以融合在科学、实验各个方面的基础上,才能够有发展。SAP是一个很严重的疾病,病死率很高,是“上帝”的失误还是人类的错误?但是也没有办法。目前来讲,急性胰腺炎约1/3发生坏死性改变,病死率很高。西方国家情况特别严重。在中国,根据笔者跨世纪的体验,过去,我们没有重视,在国际上报告几百例到几千例,死亡率低;现在不同了,急性胰腺炎发病率及其并发症升高,SAP患者死亡率也升高,可以说是跟世界接轨了,值得我们进一步重视。

急性胰腺炎的治疗在过去没有很明显的进步。希波克拉底格言:“用药治疗不了的疾病,手术刀可以做到”;手术刀解决不了的,那就没办法了。现在我们回过头看一看,列举过去发表过的一些文章,重症急性胰腺炎的手术死亡率占百分之二十几,一直没有很大的变化。所以,对于急性胰腺炎的治疗,一开始是内科治疗,内科治不好,开刀,开刀治不好,又内科治疗,反反复复,以致关于胰腺炎是内科治疗还是外科治疗,争论不休。分析解放军总医院2000年以后所有的胰腺炎死亡病例的临床资料,结果表明,胰腺炎不做外科治疗,只做内科治疗是不行的;解放军总医院重症急性胰腺炎死亡病例15例,全部是内

科患者,没有外科患者。近一个世纪以来,急性胰腺炎的治疗经过反复探索,没有真正的认识。

中国与日本的SAP外科治疗比较。在中国,据1987-1989年的调查,不管用什么手术方式,死亡率相差不大,唯有手术做得越大,死亡率越高。在当时,上海有学者主张做胰腺切除,死亡率高达50%,不因手术而转移。在日本,1991-1994年也做过同样的调查,得出结论,不同的手术方式,死亡率相差不多,手术越大,感染率和死亡率越高。德国Ulm大学医院Beger也对急性坏死胰腺炎患者总的病死率高做了研究,Beger指出,胰腺坏死组织清除未能降低死亡率,和我国的29%大致一致,保守治疗反而病死率降低。美国MGH经验显示,死亡率降至11%,但其中有许多患者是经过多次引流减轻病症,而且手术时间平均为术后52d,都属于晚期手术。

过去一个世纪以来急性胰腺炎的治疗,可以说一句话——“外科文化,内科文化”。到底是外科治疗,还是内科治疗,大家没有统一的意见。外科,一切了之,万事主张清除;内科,保守治疗到死。这种典型的经过,内科患者在治疗的前提下,最后才会找外科会诊,亦无治疗措施。急性胰腺炎患者就只能保守治疗至死亡,并没有外科处理。在急性胰腺炎过去治疗的这种混乱状况中,问题的根本是我们没有很好地了解这种疾病。

现在,笔者认为急性胰腺炎的治疗应该更新观念,以此来看会不会有所好转,急性胰腺炎这种外科脓毒症的临床模型,从另一个角度看,也许在治疗方面有一定的出路。它不是单独一个器官的疾病,而是典型外科脓毒症,怎样面对一个外科脓毒症,手术治疗?或保守治疗?什么时候手术治疗,什么时候保守治疗,这是我们的需要考虑的一个问题。

首先,要理解急性胰腺炎与微循环,一切的改变都是从微循环开始的,胰腺的微循环有自己的特点,

其生理特点是胰腺能自动调控,急性胰腺炎病理的改变完全是胰腺微循环的改变。从胰腺微循环的破坏、栓塞开始展开的过程,这一系列的改变必然会引起血流动力学的改变,如血管痉挛、出血等改变;小静脉改变,如堵塞造成胰腺内高压,胰腺内高压是胰腺坏死发展必然的一个现象,也是急性胰腺炎向胰腺外扩展必然的一个趋势。一系列的凝血障碍、细胞介质也起到作用。

急性胰腺炎为什么与其他器官炎症不一样呢?因为胰腺所处的位置不一样,胰腺处在腹膜外,腹膜外是一个不布防的区域,腹膜内直接将组织包围,腹膜外则直接与脏器接触,急性胰腺炎病死率高,因为是在腹膜外不布防的地方,假如把胰腺放在腹腔内,可能问题就不一样了,就像阑尾炎。但是现在,我们对腹膜后间隙不够了解。

从外科临床角度来说,我们把急性弥漫性胰腺炎分为 3 种类型: I 型,单纯胰腺坏死,比较少见; II 型,胰腺及胰周组织坏死,最常见; III 型,单纯胰周脂肪坏死,与脂肪酶有关,胰腺本身是好的,比较少见。这 3 种类型临床过程的手术处理和外科手段完全不一样。SAP 分 3 种类型。分型治疗,手术治疗的考虑是有帮助的。外科医师的视野应该开始,急性胰腺炎一开始便是外科脓毒症过程,这就是急性胰腺炎的临床本质。

首先的问题,急性胰腺炎死亡的 3 个高峰:第 1 个高峰是早期,第 2 个高峰是感染多器官衰竭,第 3 个高峰是后期。

早期的时候,全身炎症急性反应的时候,怎么办?保守治疗,要不要用激素来调控?这些问题现在都没有解决。皮质激素治疗有用吗?这个问题从 1952 年首次报道皮质激素临床应用以来,争议从未停止。当然,皮质激素的作用是调控炎症反应的,当前很多动物试验证明,氢化可的松可以降低早期的炎症反应,降低早期死亡,证明在血管扩张性休克的时候,用适量的氢化可的松可降低死亡率。现在要提出一个认识,重症相关的皮质激素不足,是严重的急性炎症开始的时候,存在一个相对的皮质激素不足的现象。这个问题过去也提出过,即相对性的皮质激素功能不全的问题。

很多前瞻性研究提出,假如 SAP 与相对皮质激素功能不全,这种患者的死亡率提高。笔者过去也有这样的研究,手术后创伤反应会引起肾上腺素分泌增加,会引起皮质激素的分泌增加,假如这两个时间是不一样的,肾上腺素分泌增加在先,皮质激素分泌增加在后,这是典型的应激反应。假如皮质激素反应在先,这个患者手术后创伤反应要轻。因此,现

在慢慢地认识到,SAP 激素治疗目的是重新平衡炎症反应,而不是治疗胰腺坏死。过去以为,大剂量的激素治疗是把胰腺坏死治好了,其实激素治疗是平衡身体的反应,以降低早期的死亡率。

外科干预的依据与胰腺炎的全身炎症反应有什么关系呢?怎么认识这个问题呢?全身炎症反应是脓毒症的部分了,这里与细胞因子大量的释放有关系,为何对急性胰腺炎特别强调全身炎症反应综合征(SIRS)呢? SAP 的早期死亡高峰与 SIRS 有什么关系呢?

现在人们认识到在急性炎症反应的时候,身体有个代偿性的抗炎反应,抑制免疫反应,是身体自然的过程。急性胰腺炎的过程有个反应期,有个低反应期,假如这个时候增加它的刺激,促进它的炎症反应,那么会导致患者病情更重、死亡率更高;假如这个时候抑制它的炎症反应,那么患者病情严重性将降低。

作为外科医师,对外科治疗的认识,我们的手术,我们的治疗有什么措施能够抑制炎症反应,过多的炎症对身体不好,过度抑制炎症对身体也不好,外科治疗的目的首先是维护体内的平衡,只要选择好时机,才能达到维护体内平衡的目的。外科医师不能够一刀了之,手术的目的是挽救生命,保存功能,重新建立体内的平衡以达到目的。

第二个问题,我们要认识到 SAP 与腹内高压的问题。这个问题大家都了解,患者此时常常腹内高压,呼吸衰竭,最后死亡。胰腺外的侵犯总的趋于胰上、小网膜囊区、胰后等,所以胰腺炎的时候腹腔内高压,腹膜后的高压,两部分的高压混到一起。我们对腹膜后的高压、腹膜后区认识的还不够清楚。腹膜外高压和腹膜内高压一样地引起腹膜外室膜的改变、气腹引起的高压,能引起肾血流的改变,腹膜外高压,同样能引起肾血流的改变。急性胰腺炎腹腔内高压包括腹膜内和腹膜外两个组成部分,当存在腹腔内高压的时候,死亡率更高。

当然,腹膜后组织出血、水肿也是很重要的因素。我们用腹腔镜看腹腔内、腹腔外、腹腔后有出血、渗血;腹膜后的高压,伴以引流,其目的是减压,引流,而不是手术,最后情况好转。一般认为腹腔内高压要开腹减压,但这样死亡率更高,要慎重选择。腹肌松弛药、抑制炎症反应,帮患者降低腹压,度过急性炎症反应期。因此我们说,急性坏死性胰腺炎的微创手术,不是单单地做一个手术,而是挽救生命,保护功能,促进愈合,属于损伤控制的外科范畴。

胰周坏死感染外科治疗的问题,现在的主流意见:坏死组织切除,切得越干净越好。笔者不主张这

种做法,因为会增加感染的机会,应该:选时机、少骚扰、给出路,但外科医师也不能畏缩,该出手就出手,这就是微创外科对损伤控制所取得位置。

微创外科治疗开始得很早,1965年使用了腹腔灌洗。1994年,笔者在腹腔镜胆囊切除使用的时候就感觉,这种方法可以治疗急性坏死性胰腺炎,得到比较好的效果,当时已有报道。很早,我们用微创外科方法治疗急性坏死性胰腺炎,可以有效地达到减少骚扰、有效治疗的目的。先用微创肾镜,随后刘荣教授用后腹膜镜,这个方法后来得到很多文献的支持。

但是,是不是就局限在微创外科方面呢?也不是的。笔者意见是外科医师该出手时就出手,什么技术都为我所用。

对于暴发型的急性坏死性胰腺炎,有时候须做扩大的手术。大量饮酒以后导致的急性坏死性胰腺炎,急性胰腺炎合并出血、呼吸衰竭、多器官衰竭、栓塞,栓塞后腹压增高,膀胱压上升,血压下降。此时,

单纯腹腔减压引流是无效的,外科医生该出手时就出手,切除:胰腺、结肠、脾脏、脂肪、网膜一起切除,手术后腹压下降,伴以引流,患者治愈。有文献也显示,外科以微创为主,但该出手时就出手。

值得注意,2000年,有30例ICU病房SAP患者,有3例死亡,死亡率10%,均死于后期,提示结肠穿孔、坏死等并发症的问题对于胰腺炎应该给予重视。那么怎样早期诊断呢?影像学上、病理学上均可帮助诊断。急性坏死性胰腺炎要检验粪便,假如粪便结果持续异常,要高度警惕结肠的并发症。意大利维也纳医院1988-1997年共100例手术治疗SAP,患者结肠并发症占比较高的比例。

总之,外科治疗重症急性胰腺炎的目的在于控制损伤、减少死亡、促进愈合。重症坏死性胰腺炎,“苦海”无边,“回头”非岸。外科治疗是一种艺术,不过分也无不及。这就是微创外科时代,外科医生对重症急性胰腺炎的治疗策略。

(本文编辑:薛瑞华)

黄志强. SAP:外科的今昔观——以患者为中心的多科协作[J/CD]. 中华腔镜外科杂志:电子版,2015,8(2):87-89.