

急性胰臟炎之診治準則

長庚大學 / 林口長庚醫院 胃腸科

邱正堂 醫師

急性胰臟炎是一個常見的疾病，通常病程都和緩。然而卻有百分之二十的胰臟炎病人是以較為嚴重的形式來表現而且其中有將近百分之二十的死亡率。過去五年來在胰臟炎的發展上已有一些進展，而這些進展在降低急性胰臟炎的併發症與死亡率上已有一些成果並已形成準則，本文摘要介紹最近有關命名與定義，以及嚴重急性胰臟炎與其併發症治療之探討的大致結論。

急性胰臟炎的流行病學：

急性胰臟炎發生率的確定是很困難的一件事，因為所有急性胰臟炎的發生率都是來自於醫院而且這些資料的正確性受到它們收集資料的方法有很大的影響。而這些資料從英格蘭的每 5.4/100,000 人到美國的每 79.8/100,000 都有。在一些國家所收集到資料顯示急性胰臟炎有增加的趨向。以蘇格蘭來說，1968-1980 年的發生率是 9.4/100,000 人，但 1985-1995 年的發生率卻上升到 31.8/100,000 人。相似的情形在英格蘭，丹麥，瑞典，芬蘭，德國及荷蘭皆可見到。發生率的增加被認為是酗酒人口的增加有關，但也有可能是在這段時間內因為診斷技術的進步而使診斷率提高。許多在早期不容易被診斷的胰臟炎如膽道性胰臟炎的病人，如今可以借助超音波內視鏡，顯影強化電腦斷層，及微小膽石探查來加以診斷。急性胰臟炎並沒有季節性或每週的差別。男性的發生率高於女性，而一般的發生年齡約為 40-60 歲。理由可能是男性酒精性胰臟炎比女性為多，而膽石性胰臟炎則約略相等。

急性胰臟炎佔一般人口的死亡原因，在瑞典約為 1.3/100,000，在英格蘭約為 0.9-1.6/100,000，在蘇格蘭約為 1.3/100,000。大多急性胰臟炎是一個良性的病程，然而卻有百分之二十的胰臟炎病人是以較為嚴重的壞死性胰臟炎來表現而且其中有將近百分之二十的死亡率。雖然有的報告從 2% 到 22% 都有，急性胰臟炎住院中的死亡率約為 10%。老人又比年輕人來的高(15~25% vs <10%)。

定義與病因

急性胰臟炎的病因有很多，其中最常見的就是膽石症與酒精，不同地區的幾項主要病因所佔的百

分比各異，但排名順序大致相同。急性胰臟炎依 1992 年 Atlanta 國際研討會是指胰臟組織之急性發炎過程，可能涉及胰臟周圍組織或遠處器官系統。嚴重急性胰臟炎是指有器官衰竭，或有局部併發症。在住院 48 小時內可藉 Ranson's criteria 與 APACHE-II score 作為早期預測嚴重與否。胰臟壞死 (pancreatic necrosis) 是指一處或多處胰臟實質壞死，通常合併胰臟周圍脂肪組織壞死。急性胰臟炎約有 20% 屬壞死性胰臟炎。胰臟外積液 (extrapancreatic fluid collection) 是因胰液外滲堆積於腹腔或後腹腔，可能無菌或併發細菌感染。

胰臟偽囊腫 (pancreatic pseudocyst) 是因胰液蓄積且由非上皮外壁包圍而成，通常須發病後 4 週方形成界線分明肉芽或纖維性外壁。當合併細菌感染時，亦稱胰臟膿瘍 (pancreatic abscess)。胰臟膿瘍定義為急性胰臟炎或胰臟外傷後之腹內積膿，可能為先前胰臟囊腫之細菌感染，或胰臟壞死發生液化與感染。至於以往常用之 hemorrhagic pancreatitis 和 phlegmon，因無法予以臨床定義而刪除。

病理機轉

急性胰臟炎時，已知許多包括胰液、血管活性物質外滲至腹腔或血液循環而造成器官衰竭。近年來研究焦點集中於白血球及其產物 (如 cytokine, elastase, 與 nitric oxide) 於加重發炎反應和系統併發症之角色。其他有關胰臟脆弱之細微血液循環也是研究課題。

臨床診斷

急性胰臟炎除典型持續性上腹痛併嘔吐外，應包括血清 amylase 和 lipase 上升。通常上升至正常值 3 倍以上較有診斷特異性，但血清 amylase 和 lipase 上升多寡與胰臟炎嚴重程度無關。測量 ACCR 與 amylase isoenzymes 對於診斷急性胰臟炎幫助不大；每日測量血清 amylase 對於疾病進行之評估亦無用。血清 ALT > 80 U/dL 可用於鑑別膽管性胰臟炎，但靈敏度僅 50%。目前公認 CRP, IL-6, Leukocyte elastase-1 enzyme, 與 TAP (Trypsinogen activation peptide) 的檢測對於胰臟炎的壞死程度與病程追蹤最為有效。

影像檢查

1. 腹部超音波 (Abdominal ultrasound):

建議於急診或住院 24-48 內小時實施，以檢查是否有膽結石、膽管擴大、與腹水。

2. 動態加強顯影之電腦斷層檢查(Dynamic contrast-enhanced CT scan)：

對於嚴重急性胰臟炎或器官衰竭患者建議應予實施以區分間質性與壞死性胰臟炎。另外 CT 嚴重度指標 (CT Balthazar' s index)亦可評估 morbidity 預後。另對於不確定診斷的病例，可做為鑑別診斷之用，對一些治療反應不佳的病患，也可做為追蹤檢測與抽吸之用。

3. 內視鏡逆行性膽胰管攝影 (ERCP)：

主要用於膽結石引發之嚴重胰臟炎時膽道結石定位與摘除，但對於不嚴重胰臟炎的角色，則未定。

4. 其它：

核磁共振攝影(MRI)與內視鏡超音波(EUS)對診斷也會有所幫助。

評估與治療之選擇

1. 嚴重度評估步驟:

到院立即之評估:

A. 臨床評估包括呼吸，心血管，腎臟功能，肝功能，凝血功能，胃腸衰竭之跡象(ilewu, UGI bleeding?)

B. 計算 Body mass index: >30kg/m² 有危險性; >40kg/m² 有高度危險性

C. 影像診斷: X 光片需注意是否有肋膜積水; 電腦斷層需注意是否有壞死;

D. 是否有器官衰竭

E. CRP 之測定(本院有)

F. Ranson's criteria

到院 24 小時後評估:

A. 臨床評估包括呼吸，心血管，腎臟功能

B. 是否有器官衰竭, Glasgow Score 的評估，CRP 是否大於 150mg/L

到院 48 小時後評估:

A.臨床評估包括呼吸，心血管，腎臟功能

B.是否有器官衰竭，Glasgow Score 或 Ranson's criteria 的評估，追綜 CRP 的值

2. 支持性照顧:

包括有效的止痛劑、輸液供應、營養支持。鼻胃管可減輕嚴重胰臟炎病患的胃腸脹氣及胃物吸入。禁食超過 7-10 天應考慮全靜脈營養(total parenteral nutrition)或內視鏡置放術經鼻胃空腸道營養(Post-endoscopic nasogastrojejunal tube feeding)，近幾年後者較被認同。

3. 局限系統併發症:

嚴重水分留失於第三空間時，應加強輸液治療；膽結石引發之嚴重胰臟炎，應接受緊急內視鏡逆行性膽胰管攝影與乳頭切開術，將膽道結石取出。從最近英國與香港發表之研究顯示：72 小時或 24 小時內施行內視鏡乳頭切開術與膽道結石取出可降低罹病率而非死亡率，應是降低膽道敗血症之故。

利用降低胰臟分泌，抑制(inactivated protease)或洗除(peritoneal lavage)發炎介質以除去活性胰臟酵素之前瞻研究顯示，並無明顯功效。另外抑制胰臟分泌的 somatostatin 與抑制發炎反應的 platelet activating factor 的拮抗劑也無顯著功效。

4. 預防胰臟壞死與感染:

胰臟微循環(microcirculation)的破壞是胰臟壞死主因，但加強輸液治療僅有助於腎衰竭與休克，是否可預防胰臟壞死仍未知。動物實驗已證實 isovolemic hemodilution 可幫助胰臟微循環及預防胰臟壞死。動物實驗亦證明抗蛋白酵素可改善胰臟及肝臟之微循環。

對於壞死性胰臟炎且併有器官衰竭者，應使用廣效性抗生素對付嗜氧及厭氧性細菌。有證據顯示壞死性胰臟炎之次發性細菌感染來自大腸細菌的轉移(translocation)，故有效對抗腸內菌並高穿透於胰臟組織之抗生素(如 Imipenem)可降低感染率(30%至 12%)，但非死亡率。即使如此，預防性抗生素是否可預防胰臟壞死感染，仍需隨機性雙盲前瞻性研究。

當壞死性胰臟炎經治療後臨床無改善時，應考慮 CT 指引經皮抽吸術(guided percutaneous aspiration)以區分感染性與無菌性壞死；前者須開刀清創，後者可繼續內科治療至 4-6 週。

5. 偽囊腫(pseudocyst)與膿瘍(abscess):

百分之四十的急性胰臟炎患者都有急性胰液的積聚(**acute pancreatic fluid accumulation**)，其中百分之五十會演變成偽囊腫更甚者併發膿瘍，目前動態加強顯影之電腦斷層檢查(Dynamic contrast-enhanced CT scan)仍是最好的診斷及監測工具。但核磁共振攝影(MRI)可用於對動態加強顯影之電腦斷層 (Dynamic contrast-enhanced CT scan) 檢查為禁忌症的患者。此外內視鏡逆行性膽胰道攝影術(ERCP) 可用於診斷偽囊腫與胰管是否有相通，並且施以支架放置術治療。

一般而言，偽囊腫需要處理的原則為造成併發症，如壓迫到總膽管或十二指腸造成阻塞，或是形成感染如膿瘍。最主要有效處理方法為經內視鏡內引流(Endoscopic internal drainage)或予以經手術內、外引流(Surgical internal or external drainage)。胰膿瘍的處理則可以外科或以 CT 或超音波引流之。

