

· 短篇论著 ·

老年急性胰腺炎 160 例患者预后及其危险因素分析

路 琴*, 付万发

(北京老年医院消化科, 北京 100095)

【关键词】老年人; 胰腺炎, 急性坏死性; 预后; 危险因素

【中图分类号】R576

【文献标识码】A

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2013.00016

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是临床常见病之一, 随着社会老龄化进程的加速, 老年 AP 发病率呈上升趋势, 病情重, 死亡率高。本文通过回顾性研究, 分析 160 例 AP 患者临床资料, 探讨影响老年 AP 预后的相关危险因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集北京老年医院 2009 年 10 月至 2011 年 12 月收治的资料完整的 AP 患者 160 例。对照组 (<60 岁) 45 例, 男 26 例, 女 19 例, 平均年龄 (38 ± 8) 岁; 老年组 (≥ 60 岁) 115 例, 男 61 例, 女 54 例, 平均年龄 (71 ± 9) 岁。

1.2 入选标准

所有病例均符合 2003 年中国急性胰腺炎诊治指南中的诊断标准^[1], 重症急性胰腺炎 (severe acute pancreatitis, SAP) 即在急性胰腺炎的基础上伴有下列 1 项者: (1) Ranson 评分 ≥ 3 分; (2) Balthazar CT 严重指数 (CT severity index, CTSI) ≥ 4 分 (CTIS 指数将 Balthazar 分级 A~E 级, 分别记为 0, 1, 2, 3, 4 分; 将坏死及其范围分为无、<30%、30%~50%、>50%, 分别评为 0, 2, 4, 6 分, 两种记分相加即为 CTIS 评分); (3) 出现一个或一个以上器官功能障碍。

1.3 统计学处理

采用回顾性研究分析所有资料, 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理。计数资料组间比较采用 χ^2 检验, 计量资料比较采用 t 检验进行统计学分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 肥胖

按照我国肥胖标准, 体质量指数 (body mass index, BMI) > 28 为肥胖。本研究发现老年组 SAP 患者 56 例, 其中 BMI > 28 的例数为 40 例, 占老年组 SAP 患者总数的

71.43% (40/56); 对照组 SAP 患者 8 例, 其中 BMI > 28 的例数为 2 例, 占对照组 SAP 患者总数的 25% (2/8), 两组 SAP 发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 低蛋白血症

老年组低蛋白血症 45 例, 占老年组总例数的 39.13% (45/115); 对照组低蛋白血症 5 例, 占对照组总例数的 11.11% (5/45), 老年组低蛋白血症患者中 SAP 42 例, 对照组低蛋白血症患者中 SAP 2 例。两组 SAP 发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 高血糖

老年组入院时高血糖 58 例, 占老年组总例数的 50.43% (58/115), 空腹血糖平均值 (10.43 ± 1.53) mmol/L, 老年组高血糖患者中 SAP 52 例; 对照组高血糖 8 例, 占对照组总例数的 17.78% (8/45), 空腹血糖平均值 (7.78 ± 1.03) mmol/L, 对照组高血糖患者中 SAP 4 例。两组空腹血糖比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组 SAP 发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 高脂血症

老年组入院时高脂血症 56 例, 占老年组总例数的 48.70% (56/115), 甘油三酯平均值 (6.63 ± 1.01) mmol/L, 老年组高脂血症患者中 SAP 50 例; 对照组高脂血症 6 例, 占对照组总例数的 13.33% (6/45), 甘油三酯平均值 (3.12 ± 0.84) mmol/L, 对照组高脂血症患者 SAP 3 例。两组 SAP 发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

2.5 并发症

老年组慢性并发症发生率 72.17% (83/115), 慢性肺病 31 例 26.96% (31/115), 高血压 49 例 42.61% (49/115), 冠心病 47 例 40.87% (47/115), 心功能不全 37 例 32.17% (37/115), 胆囊结石 52 例 45.22% (52/115), 消化性溃疡 23 例 20% (23/115), 慢性肾功能不全 38 例 33.04% (38/115), 其他 18 例。合并 2 种慢性病 32 例; 合并 3 种及以上慢性病 15 例, 均为 SAP; 对照组慢性并发症发生率 33.33% (15/45), 慢性肺病 2 例 (4.44%, 2/45), 高血压

6例(13.33%, 6/45), 冠心病3例(6.67%, 3/45), 胆囊结石6例(13.33%, 6/45), 消化性溃疡1例(2.22%, 1/45), 慢性肾功能不全1例(2.22%, 1/45), 合并2种慢性病4例, 其中1例为SAP, 无3种以上慢性病。两组慢性伴发症发生率比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.6 多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)发生率

老年组MODS发生率46.09%(53/115), 器官损害主要为肝损害, 低氧血症及急性呼吸窘迫综合征, 肠麻痹, 低血压或休克, 急性肾功能不全, 胰性脑病等。发生2个器官功能衰竭16例, 死亡2例; 3个器官功能衰竭10例, 4例死亡; 4个以上器官功能衰竭5例, 全部死亡。对照组MODS发生率13.33%(6/45), 2个器官功能衰竭3例, 余均为1个器官功能衰竭, 死亡1例。两组MODS发生率比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.7 病情严重程度评估

2.7.1 Ranson评分 所有资料均采用Ranson评分, 老年组(5.32 ± 2.11)明显高于对照组(2.88 ± 1.02), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.7.2 CTIS评分 患者在发病后48h内行胰腺增强CT扫描, 并进行CTIS评分, 老年组平均得分为 6.28 ± 2.93 , 对照组平均得分为 3.05 ± 1.67 , 两组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.8 预后评估

2.8.1 SAP发生率 老年组SAP发生率为48.70%(56/115), 对照组SAP发生率为17.78%(8/45), 两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.8.2 死亡率 老年组死亡率为15.65%(18/115), 对照组死亡率为2.22%(1/45), 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

急性胰腺炎为临床常见病, 约有20%可发展为重症, 常引起严重的全身或局部并发症, 病死率高达10%~30%^[2]。因此, 充分认识并重视其相关危险因素, 对老年AP病情分级及预后具有重要意义。本研究通过回顾性研究, 分析老年AP的预后及相关危险因素。

研究表明年龄为影响AP预后的独立危险因素, Ranson及APACHE II评分均把年龄作为其中一项指标, 由于老年AP临床表现不典型, 伴发病及合并症多, 器官功能退化, 代偿力差, 抵抗力差, 易合并感染等多因素造成老年AP预后差。本研究亦表明老年组较对照组病情重, 并发症多, SAP发生率及病死率高。

Lankisch等^[3]首次提出BMI与AP的发生及疾病严重程度相关。一组meta分析研究发现, 肥胖与AP的不良预后相关, 肥胖患者SAP显著增加, 其发生系统并发

症和局部并发症者明显增加, 病死率亦增高, 指出肥胖可以作为AP病情严重度评价的指标^[4]。本研究亦显示老年肥胖者发生SAP比率明显高于对照组。其机制可能是通过释放白细胞介素(interleukin, IL)- β 、IL-1 γ 、IL-6、IL-8及IL-10来放大炎症反应从而加大AP的严重性^[5]。

研究表明低蛋白为AP预后的独立指标之一。冯莉莉等^[6]研究低蛋白血症($< 32\text{g/L}$)可作为独立指标对AP的病情严重程度进行早期预测。Rober前瞻性研究单因素分析中得出低蛋白为预测AP的指标之一, 同时通过多因素分析发现预测AP严重性的最佳指标是血白蛋白与腹部CT联合。本结果亦表明老年低蛋白易发生AP, 且老年组伴低蛋白者SAP发生率较对照组高。

多项研究显示持续高血糖与AP严重度分级及预后有关, 当血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 时, AP病情明显加重, 恶化死亡显著增加, 血糖越高, 预后越差。国外研究认为高血糖为AP预后的独立危险因素^[7]。徐永寿^[8]研究发现老年AP继发糖尿病组SAP的发生率高, 且酮症酸中毒的比例明显高于对照组, 表明血糖升高使AP并发症的发生率明显升高。余贤恩等^[9]研究亦表明入院时高血糖是AP发生器官衰竭的独立危险预测因素。本研究结果显示老年组血糖较对照组明显高, 且老年伴高血糖易发生SAP。

研究显示高脂血症既可以为AP的独立病因, 亦可为AP预后独立危险因素之一。张帆等^[10]研究结果表明高甘油三酯血症可启动、促发和加剧胰腺自身损伤以及胰源性远隔器官的炎症反应和组织损伤。本结果显示老年组甘油三酯较对照组高, 且老年组并高脂血症SAP发生率高。高脂血症致AP预后差的原因可能为高脂血症易造成胰腺小叶内微动脉痉挛、栓塞、血栓形成或间质水肿而出现所支配区组织供血不足。

老年AP常伴发多种慢性病, 为导致其预后差的原因之一^[11]。傅卫红等^[12]研究表明老年SAP死亡率较非老年组明显高, 与老年组病前基础疾病多, 重要器官生理功能下降有关。本研究老年AP合并慢性病发生率高, 且多种慢性病并存, 伴发2种以上慢性病的老年AP患者更易发展为SAP。

老年AP易合并胰腺外损害, 合并胰腺外损害的老年患者预后差^[13]。老年SAP高死亡率的关键因素不是局部病理改变, 如胰腺脓肿、急性胰腺囊肿、急性腹腔室隔综合征, 而是器官功能障碍, 特别是心血管、肺、肾、脑功能障碍^[14]。本研究亦显示老年组胰腺外MODS发生率较对照组高, 且器官衰竭数目越多, SAP发生率越高, 死亡率高, 提示老年AP合并多器官功能衰竭为AP预后差的因素之一。

总之, 老年AP病情复杂、凶险, 死亡率高, 肥胖、低蛋白、高血糖、高血脂、慢性伴发症、MODS发生率及衰竭器官数目等多因素影响老年AP的预后, 因此尽早

对病情准确评估,有助于及时正确治疗,减少并发症的发生和降低死亡率。

【参考文献】

- [1] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案) [J]. 中华内科杂志, 2004, 43(3): 236-238.
- [2] Whitcomb DC. Clinical practice. Acute pancreatitis[J]. N Engl J Med, 2006, 354(20): 2142-2150.
- [3] Lankisch PG, Schirren CA. Increased body weight as a prognostic parameter for complications in the course of acute pancreatitis[J]. Pancreas, 1990, 5(5): 626-629.
- [4] Martinez J, Sanchez-Paya J, Palazon JM, *et al.* Is obesity a risk factor in acute pancreatitis? A meta-analysis[J]. Pancreatolgy, 2004, 4(1): 42-48.
- [5] Sempere L, Martinez J, de Madaria E, *et al.* Obesity and fat distribution imply a greater systemic inflammatory response and a worse prognosis in acute pancreatitis[J]. Pancreatolgy, 2008, 8(3): 257-264.
- [6] 冯莉莉, 谢鹏雁. Ranson 及 Glasgow 评分系统在急性胰腺炎中的应用——附 311 例急性胰腺炎临床分析[J]. 中国医刊, 2005, 40(11): 30-31.
- [7] Lankisch PC, Blum T, Brun, A, *et al.* Has blood glucose level measured on admission to hospital in a patient with acute pancreatitis any prognostic value[J]. Pancreatolgy, 2001, 1(3): 224-229.
- [8] 徐永寿. 老年急性胰腺炎继发糖尿病的影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(14): 2777-2778.
- [9] 余贤恩, 黄培宁, 王三亨. 肥胖和入院时高血糖对急性胰腺炎发生器官衰竭的预测作用[J]. 胃肠病学和肝病科学杂志, 2011, 20(2): 187-189.
- [10] 张帆, 郭强, 张渊智. 高脂血症、微循环障碍与急性胰腺炎关系的探讨[J]. 胃肠病学和肝病科学杂志, 2011, 20(3): 275-278.
- [11] 董汉朝. 老年胆石症 120 例临床分析[J]. 中国基层医药, 2009, 16(1): 115.
- [12] 傅卫红, 张青, 仇雷霞, 等. 老年重症急性胰腺炎的多脏器损害[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2011, 10(1): 70-71.
- [13] 庞春梅, 舒建昌, 张文茹, 等. 老年急性胰腺炎患者胰腺外损害的临床研究[J]. 胃肠病学和肝病科学杂志, 2006, 15(2): 147-149.
- [14] Xin MI, Chen H, Luo B, *et al.* Severe acute pancreatitis in the elderly: etiology and clinical characteristics[J]. World J Gastroenterol, 2008, 14(16): 2517-2521.

(编辑: 周宇红)