

# 苏州地区1 018例急性胰腺炎病因分析及与年龄性别的关系

贺明庆<sup>1</sup>, 李建中<sup>1</sup>, 朱锦舟<sup>2</sup>, 沈佳庆<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>苏州大学附属第一医院老年医学科, <sup>2</sup>消化内科, 江苏 苏州 215006

**[摘要]** 目的: 回顾性研究苏州地区急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)的病因及其与年龄、性别之间的关系。方法: 回顾分析2013年1月—2017年12月苏州大学附属第一医院收治的AP患者资料。共有1 018例AP患者纳入研究。AP的诊断参照《中国急性胰腺炎诊治指南》。AP病因按胆源性、高脂血症性、酒精性、暴饮暴食、内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangio pancreatography, ERCP)相关、恶性肿瘤梗阻、特发性和其他病因等进行分类。结果: 纳入病例中胆源性AP共674例(66.21%)、高脂血症性AP 69例(6.78%)、酒精性AP 28例(2.75%)、ERCP相关AP 10例(0.98%)、暴饮暴食导致的AP 16例(1.57%)、恶性肿瘤梗阻导致的AP 12例(1.18%)、其他原因导致的AP 12例(1.18%)和特发性AP 197例(19.35%)。≥60岁患者的胆源性AP比例(79.30%)明显高于<60岁患者(55.46%)。胆源性AP随年龄增长发病比例逐渐增加。高脂血症和酒精性AP在30~<40岁年龄段最为常见。女性胆源性AP比例(72.69%)高于男性(58.85%), 而男性患者中特发性、高脂血症、酒精性和暴饮暴食导致的AP比例明显高于女性。结论: AP的主要病因仍以胆源性为主。年龄和性别不同, AP的病因构成有差别。明确病因对AP的治疗和预防复发有重要意义。

**[关键词]** 急性胰腺炎; 病因; 年龄; 性别; 苏州地区

**[中图分类号]** R576

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 1007-4368(2018)11-1548-03

**doi:** 10.7655/NYDXBNS20181113

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是消化科常见疾病, 系由多种病因导致的胰酶在胰腺内激活后引起胰腺组织自身消化进而导致的胰腺水肿、坏死、出血<sup>[1]</sup>。AP的临床表现主要为突发的上腹痛、恶心、呕吐和发热等, 同时伴随血清淀粉酶或脂肪酶的显著升高<sup>[2]</sup>。AP的严重程度不尽相同, 多数患者表现为轻型AP, 病情较轻, 呈自限性倾向, 预后良好。少数患者可向重症AP发展, 表现为胰腺出血坏死, 可继发感染、休克和多器官损伤, 病死率高<sup>[3-4]</sup>。AP的发病原因因人种、地域、饮食习惯和环境的不同而有所差异<sup>[5]</sup>。本研究通过回顾性分析2013年1月—2017年12月期间苏州大学附属第一医院收治的AP患者资料, 探讨苏州地区AP的发病原因和特点。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

回顾性分析2013年1月—2017年12月苏州大学附属第一医院收治的AP患者资料。共有1 018例AP

**[基金项目]** 江苏省青年医学人才计划(QNRC2016722); 江苏省“六大高峰人才”项目(2013-WSN-068)

\*通信作者(Corresponding author), E-mail: sjqsz@126.com

患者纳入本研究。

### 1.2 方法

AP的诊断参照《中国急性胰腺炎诊治指南》<sup>[6]</sup>。AP病因按胆源性、高脂血症性、酒精性、暴饮暴食、内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangio pancreatography, ERCP)相关、恶性肿瘤梗阻、特发性和其他病因等进行分类。①胆源性急性胰腺炎(biliary acute pancreatitis, BAP): 影像学(腹部超声、上腹部CT或MRI、ERCP)检查发现胆囊炎、胆囊结石或胆总管结石, 或同时存在胆道感染、狭窄等疾病, 且排除其他病因; ②高脂血症性急性胰腺炎(hyperlipidemic acute pancreatitis, HLAP): AP患者的血甘油三酯>11.3 mmol/L, 或甘油三酯值虽为5.65~11.30 mmol/L, 但血清呈乳状, 并排除引发AP的其他因素; ③酒精性急性胰腺炎(alcoholic acute pancreatitis, AAP): 胰腺炎患者有严重酗酒史(饮酒≥50 g/d, 且>5年); ④特发性急性胰腺炎(idiopathic acute pancreatitis, IAP): 经临床与影像、生物化学等检查, 不能确定病因者; ⑤暴饮暴食引起的AP: 短期内食入大量高蛋白高脂肪食物, 并排除引发AP的其他因素; ⑥其他病因: 如壶腹乳头括约肌功能不良、高钙血症、先天性(胰腺分裂、环形胰腺、

十二指肠乳头旁憩室等)、肿瘤性(壶腹部周围癌、胰腺癌)、感染性(腮腺炎病毒、蛔虫症、柯萨奇病毒)、ERCP术后等。

### 1.3 统计学方法

采用SPSS18.0统计学软件进行统计学分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示。计数资料差异比较分析采用 $\chi^2$ 检验。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

共有1 018例患者资料纳入本研究,其中男520例(51.08%),女498例(48.92%);年龄为15~97( $56.08 \pm 17.08$ )岁;单发性AP 828例(81.34%),复发性AP 190例(18.66%)。图1显示BAP共674例(66.21%)、HLAP 69例(6.78%)、AAP 28例(2.75%)、ERCP相关AP 10例(0.98%)、暴饮暴食导致的AP 16例(1.57%)、恶性肿瘤梗阻导致的AP 12例(1.18%)、其他原因导致的AP 12例(1.18%)和IAP 197例(19.35%)。

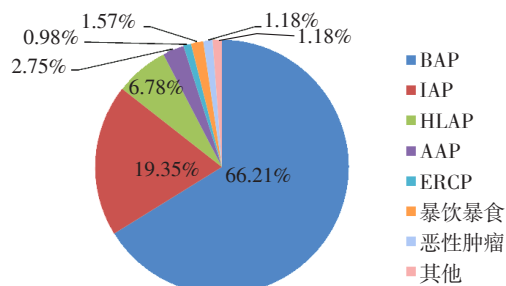


图1 1 018例AP患者病因构成

从AP发病年龄来看,≥60岁患者(459例)少于<60岁患者(559例)。所有病因在这两组内均可见,但构成比不尽相同。虽然BAP仍然是这两组最重要的病因,但≥60岁患者BAP的比例(79.30%)明显高于<60岁患者(55.46%),而<60岁患者中HLAP、AAP、暴饮暴食导致的AP和IAP的比例要高于≥60岁患者(表1)。

表1 老年AP患者与非老年AP患者的病因构成比较 [n(%)]

病因	<60岁(n=559)	≥60岁(n=459)
BAP	310(55.46)	364(79.30)*
IAP	128(22.90)	69(15.03)*
HLAP	66(11.81)	3(0.65)*
AAP	22(3.94)	6(1.31)*
ERCP	5(0.89)	5(1.09)
暴饮暴食	14(2.50)	2(0.44)*
恶性肿瘤	5(0.89)	7(1.53)
其他	9(1.61)	3(0.65)

与<60岁组相比,\* $P < 0.05$ 。

将患者按年龄分层后可发现BAP随年龄增长发病比例逐渐增加。HLAP和AAP在30~<40岁年龄段最为常见,并随年龄增加发病比例逐渐降低。暴饮暴食引起的AP以<30岁的人群最为多见(表2)。

从患者性别来看,男性(520例)略多于女性(498例)。女性BAP比例(73.90%)高于男性(58.85%),而男性患者中IAP、HLAP、AAP和暴饮暴食导致的AP比例明显高于女性(表3)。

表2 不同年龄段的病因构成比较 [n(%)]

病因	<30岁 (n=70)	30~<40岁 (n=112)	40~<50岁 (n=199)	50~<60岁 (n=178)	60~<70岁 (n=215)	70~<80岁 (n=157)	≥80岁 (n=87)
BAP	30(42.86)	46(41.07)	103(51.76)	131(73.6)	168(78.14)	126(80.25)	70(80.46)
HLAP	4(5.71)	23(20.54)	31(15.58)	8(4.49)	3(1.40)	0(0.00)	0(0.00)
AAP	1(1.43)	5(4.46)	9(4.52)	7(3.93)	6(2.79)	0(0.00)	0(0.00)
暴饮暴食	5(7.14)	1(0.89)	1(4.02)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)

在190例复发性AP中,BAP共110例(57.89%)、HLAP 23例(12.11%)、AAP 4例(2.11%)、暴饮暴食导致的AP 2例(1.05%)、IAP 43例(22.63%)和其他原因的AP 8例(4.21%)。

## 3 讨论

AP是消化系统的常见疾病,目前明确诊断并不困难,但是病因诊断有时比较困难。AP的病因诊断对患者的严重程度评估、评价预后和预防复发有重

要意义。

现在仍然认为BAP是我国AP发病的重要原因<sup>[7]</sup>,本研究也显示多数收住院的AP患者系胆道系统疾病所引起(占总病例的66.21%),主要病因包括胆囊结石和胆总管结石。随年龄增加BAP的发病比例也随之增加,≥60岁时近4/5的AP患者存在胆道系统问题。研究显示年龄是胆道系统疾病发生的一个独立危险因素,同时随着年龄增加,胆囊对胆囊收缩素的反应性降低<sup>[8]</sup>。女性患者BAP发病比例明

表3 不同性别AP患者的病因构成比较

病因	[n(%)]	
	男性	女性
BAP	306(58.85)	368(73.90)*
IAP	119(22.88)	78(15.66)*
HLAP	44(8.46)	21(4.22)*
AAP	27(5.19)	1(0.20)*
ERCP	3(0.58)	7(1.41)
暴饮暴食	13(2.50)	3(0.60)*
恶性肿瘤	6(1.15)	6(1.20)
其他	2(0.38)	10(2.01)*
总计	520(100.00)	498(100.00)

与男性患者组相比,\* $P < 0.05$ 。

显高于男性,这可能与女性患者本身更易发生胆道系统结石有关<sup>[9]</sup>。同时胆道系统疾病也是复发性AP最主要的原因。HLAP和AAP则以男性更为多见。暴饮暴食引起的AP以年轻人群最为多见。约10%~30%的AP患者通过病史、体检、实验室检查和常规影像学检查(包括腹部超声、CT和MRCP)评估后仍难以确定病因,称为IAP<sup>[10]</sup>。杨丽等<sup>[11]</sup>研究显示胆源性疾病和高脂血症在内江地区AP患者的病因中排第1和第2位。本研究中19.35%的患者系IAP,排在病因中的第2位。目前认为IAP可能与胆道微结石或胆泥、Oddi括约肌功能失调、胰腺分裂、基因突变等有关<sup>[12-15]</sup>。在AP常见病因的基础上,应该重视少见病因,以防漏诊。在本研究收集的病例中尚有胆道蛔虫、甲状旁腺功能亢进、胆胰管汇流异常、胃癌转移堵塞胰管等少见病因。在老年患者中尚需关注壶腹部和胰头肿瘤,其可导致胰管阻塞,胰酶激活,继发胰腺局部炎症。在AP发病初期时影像学诊断可能鉴别不清,因此建议影像学多次复查<sup>[16]</sup>。

总之,AP的主要病因仍以BAP为主。年龄和性别不同,AP的病因构成有差别。明确病因对AP的治疗和预防复发有重要意义。

[参考文献]

[1] Greenberg JA, Hsu J, Bawazeer M, et al. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis [J]. *Can J Surg*, 2016, 59(2): 128-140

[2] Portelli M, Jones CD. Severe acute pancreatitis: pathogene-

sis, diagnosis and surgical management [J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2017, 16(2): 155-159

[3] Imrie CW. Prognostic indicators in acute pancreatitis [J]. *Can J Gastroenterol*, 2016, 17(5): 325

[4] 王 箴,沈光贵,汪 彤,等. 红细胞分布宽度及其动态变化在评估重症急性胰腺炎患者预后中的价值[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2016, 36(10): 1218-1221

[5] Carvalho JR, Fernandes SR, Santos P, et al. Acute pancreatitis in the elderly: a cause for increased concern? [J]. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2018, 30(3): 337-341

[6] 王兴鹏,李兆申,袁耀宗,等. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013年,上海)[J]. *临床肝胆病杂志*, 2013, 29(9): 656-660

[7] Wang GJ, Gao CF, Wei D, et al. Acute pancreatitis: Etiology and common pathogenesis [J]. *World J Gastroenterol*, 2009, 15(12): 1427-1430

[8] Perez C, Lammers WJ, Goet JC, et al. Increase in age at diagnosis of primary biliary cholangitis over the last 40 years [J]. *J Hepatol*, 2017, 66(1): S358

[9] Shen HN, Wang WC, Lu CL, et al. Effects of gender on severity, management and outcome in acute biliary pancreatitis [J]. *PLoS One*, 2013, 8(2): e57504

[10] Majidi S, Golembioski A, Wilson SL, et al. Acute pancreatitis: etiology, pathology, diagnosis, and treatment [J]. *South Med J*, 2017, 110(11): 727-732

[11] 杨 丽,王春晖. 内江地区1 153例急性胰腺炎病因及临床诊治分析[J]. *中国医学前沿杂志(电子版)*, 2017, 9(10): 53-57

[12] Martínez-Barona S, Ribes-Koninckx C. Genetics in idiopathic pancreatitis and acute recurrent pancreatitis [J]. *Rev Esp Enferm Dig*, 2017, 109(6): 478-479

[13] Shetty S, Sairam T, Janarthanan K, et al. Spink1 mutation in idiopathic recurrent acute pancreatitis-pilot study [J]. *JCDR*, 2018, 12(3): 15-17

[14] Safari MT, Miri MB, Ebadi S, et al. Comparing the roles of EUS, ERCP and MRCP in idiopathic acute recurrent pancreatitis [J]. *Clin Med Insights Gastroenterol*, 2016, 9: 35-39

[15] Errabih I, Kharrasse G, Krami HE, et al. Pancreatic cancer revealed by acute pancreatitis [J]. *J Afr Cancer*, 2011, 3(3): 208-211

[收稿日期] 2018-06-15