

内科学知识点辅导：消化系统疾病(急性胰腺炎) PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/14/2021_2022__E5_86_85_E7_A7_91_E5_AD_A6_E7_c22_14987.htm 概述 急性胰腺炎是指胰腺酶对胰腺自身消化所致的化学性炎症。临床表现以急性上腹部剧烈疼痛、恶心、呕吐及血、尿淀粉酶增高为特点。按病理组织学改变分为急性水肿型胰腺炎和急性出血坏死型胰腺炎两种。前者约占90%，预后良好，后者死亡率高。病因和发病机制

1. 梗阻与返流 约50%的急性胰腺炎由胆道结石、炎症和胆道蛔虫引起，尤以胆结石最为常见。上述疾病可引起壶腹部梗阻，胆汁潴留超过胰管压力，倒流入胰管，激活胰酶而发炎。胰管结石或蛔虫、胰管狭窄、肿瘤均可引起胰管梗阻，胰液排泄不畅、压力增高引起胰腺腺泡破裂，胰液外溢而导致急性胰腺炎。另外，十二指肠邻近部位病变如十二指肠室炎、肠系膜上动脉综合征等常伴有十二指肠内压增高和奥的氏括约肌功能障碍，促使十二指肠液返流胰管激活胰酶而发病。

2. 酗酒和暴饮暴食 可使胰液分泌过多，酗酒还可引起十二指肠乳头水肿与奥的氏括约肌痉挛，如伴呕吐可导致十二指肠内压骤增，引起十二指肠液返流激活胰酶而致病。

3. 感染 肝胆炎症病原菌可通过淋巴管进入胰腺，也可发生血行感染，或肠道细菌由寄生虫携入胰管。一些急性传染病如流行性腮腺炎、病毒性肝炎以及柯萨奇病毒感染等可伴有急性胰腺炎。

4. 中毒 某些内分泌和代谢疾病如甲状旁腺肿瘤、高血脂、高血钙等，一些药物如利尿剂、肾上腺皮质激素、四环素、硫唑嘌呤等通过不同机制对胰腺造成毒性损害。

5. 手术与创伤 手术损伤胰腺血管、胰胆管造影

(ERCP) 也可引发急性胰腺炎。 各种病因引起的急性胰腺炎虽然致病途径不同，但却具有共同的发病过程，即胰腺各种消化酶被激活所导致的自身消化作用。病理按病理变化，急性胰腺炎可分为两种类型。 1 . 水肿型 (也称间质型) 临床多见，主要表现为胰腺间质的水肿、充血和炎性细胞浸润，可见少量腺泡坏死，血管变化不明显。 2 . 出血坏死型腺泡和脂肪组织坏死，血管出血坏死是本型的主要病变特点。病程长者可见脓肿、假性囊肿或瘘管形成。此型少见，预后差。 临床表现 出血坏死型比水肿型严重，常伴有休克等多种并发症。 1 . 腹痛 为主要临床表现。腹痛常于暴饮暴食后突然发作，为持续性剧痛，可有阵发性加重。腹痛位于上腹部，可偏左或偏右，有时向腰背部或肩背部放射。局部有压痛及反跳痛，但肌紧张不明显。 2 . 恶心、呕吐 起病时即有明显的恶心、呕吐，呕吐与腹痛、肠胀气有关，呕吐剧烈时可吐出胆汁或血液，呕吐后腹痛不能缓解。 3 . 发热 水肿型患者有中度发热，少数高热，一般持续3~5天；出血坏死型发热较高，且持续不退。如并发胰腺脓肿或腹膜炎时常呈弛张热。 4 . 休克 是出血坏死型胰腺炎的重要特点。休克主要是由于有效血容量不足所致。 5 . 水电解质及酸碱平衡紊乱 多有轻重不同的脱水，呕吐频繁者可有代谢性碱中毒。出血坏死型常有明显脱水及代谢性酸中毒，常伴有血钾、血镁下降。因低钙血症引起手足搐搦者，为重症与预后不佳之征兆。 6 . 胰腺邻近组织受累的表现 胰头部水肿或伴有胆道疾患可出现黄疸。胰液外溢至腹膜可发生腹膜炎，出现全腹压痛、反跳痛、肌紧张及腹水征。坏死蔓延至胆管、胃肠道，或发生应激性溃疡，可并发急性消化道出血。病变侵犯膈肌可并发

胸腔积液和肺不张。诊断和鉴别诊断 1 . 诊断 凡遇到急性上腹痛、恶心、呕吐、发热患者，都要想到急性胰腺炎，及时作血、尿淀粉酶检查，必要时作腹水淀粉酶检查，若淀粉酶升高达到诊断标准即可确诊。如空腹可作腹部 B 超协助诊断。出血坏死型胰腺病情凶险，有时因症状不典型及淀粉酶正常不易诊断，出现以下征象有利于出血坏死型胰腺炎的诊断：休克、腹膜炎、胸膜炎和肺不张、消化道出血及皮肤紫癜、播散性血管内凝血、血钙下降及血糖升高、急性肾功能衰竭等。转贴于：100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com