

急性出血坏死型胰腺炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_87_BA_E8_c22_306106.htm 名称急性出血坏死型

胰腺炎所属科室普通外科诊断1.症状骤起上腹剧痛或在急性水肿型胰腺炎治疗过程中出现高热，弥漫性腹膜炎，麻痹性肠梗阻，上腹部肿块，消化道出血，神经精神症状，休克。2.体征全腹膨隆，压痛及反跳痛，移动性浊音，肠鸣音消失，少数患者因含有胰酶的血性渗液经腹膜后间隙渗至皮下，出现皮下脂肪坏死，两侧腹壁淤斑和脐四周褪色。3.辅助检查 血尿淀粉酶可有持续升高或因胰腺广泛坏死而不升高。血钙下降，其值 $< 1.74\text{mmol/L}$ ($7\text{mg}\%$)则预后差。血糖增高，出现糖尿。血清高铁血红蛋白阳性。 腹腔穿刺液血性混浊，淀粉酶、脂肪酶升高。 B型超声检查可见胰腺肿大，内部光点反射稀少。CT显示胰腺弥漫性增大，外形不规则，边缘模糊，胰周间隙增宽。治疗1.抗休克，纠正水电解质失衡根据血生化检测结果补充钾、钙、镁。输入全血及血浆，补足血容量，改善微循环，必要时加用正性收缩能药物（多巴胺、多巴酰胺、异丙基肾上腺素）。2.禁食，胃肠道外营养（TPN）采用葡萄糖/氨基酸系统；非蛋白质热与氮比例约为 $150 \sim 200 \text{ g} : 1$ ，热卡 $146 \sim 188\text{kJ/kg}$ ($35 \sim 45\text{kcal/kg}$)，补液量 $30 \sim 45\text{ml/kg}$ 。3.抑制胰腺外分泌细胞的酶蛋白合成术后即开始给予5-氟尿嘧啶 250mg 溶于 500ml 液体中静脉滴入，连续 $5 \sim 7$ 天。福埃针（EOY） $100 \sim 200\text{mg}$ ， $1 \sim 3$ 次/日， $5 \sim 7$ 日。4.抗感染感染菌常为需氧与厌氧菌混合感染，如肠球菌、大肠杆菌、类产碱杆菌、金葡菌、绿脓杆菌、克雷白杆菌属、脆弱类杆

菌、产气荚膜梭菌等。选用氯林可霉素，哌哌青霉素，甲硝唑。必要时作血培养及药敏试验。5腹腔灌洗穿刺置管腹腔灌洗，24小时内灌洗平衡盐溶液12~24L，以减少中毒症状。6. 手术治疗(1)适应证：诊断尚不能肯定但有急性腹膜炎；急性胰腺炎出现休克或同时伴有胆道结石、胆道蛔虫，急性化脓性胆管炎，阻塞性黄疸，胰腺脓肿，胰腺假性囊肿者。(2)手术时机：经积极治疗若腹痛腹胀，中毒症状加重，腹腔穿刺出血性渗液，即应手术，手术时间愈早，死亡率愈低。(3)手术方式：病程早期主要为引流和清除坏死组织，后期主要为处理胰腺和胰外感染及并发症。病情重笃，情况差，不能耐受较大手术的患者，可行单纯胰周及腹腔引流。病情答应，行胰腺坏死组织清创引流术。对胰腺部分或全胰切除应慎重。必要时行三个造口（探查性胆总管造瘘，减压性胃造瘘，空肠营养性造瘘）。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