

慢性胰腺炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/307/2021\\_2022\\_\\_E6\\_85\\_A2\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_83\\_B0\\_E8\\_c22\\_307947.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E8_83_B0_E8_c22_307947.htm) 名称慢性胰腺炎所属科室消化内科病因我国以胆道疾病（结石、炎症、蛔虫）为主要病因，西方国家与慢性酒精中毒有关。上述致病因素的长期存在，使胰腺炎症反复发作而呈慢性经过，最终导致慢性胰腺炎。其次，肠道炎性病变、肝硬化、营养不良、噻唑类药等也可诱发本病。尚有不少患者病因未明。病理病变的范围和程度轻重不一，以胰头部为多见。肉眼见胰腺呈结节状，硬度增加，有纤维组织增生和钙沉着，切面可见胰腺间质增生，胰管扩张，管内可含有结石，有时可见实质坏死，坏死组织液化后，被纤维组织包围形成假性囊肿。镜下可见胰腺小叶四周和腺泡间纤维增生或广泛纤维化，腺泡和胰岛组织萎缩、消失、胰管柱状上皮有鳞状化生；间质有淋巴细胞、浆细胞浸润。少数慢性胰腺炎的胰腺上皮细胞异常增生，有癌变的可能性。病变的范围和程度轻重不一，以胰头部为多见。肉眼见胰腺呈结节状，硬度增加，有纤维组织增生和钙沉着，切面可见胰腺间质增生，胰管扩张，管内可含有结石，有时可见实质坏死，坏死组织液化后，被纤维组织包围形成假性囊肿。镜下可见胰腺小叶四周和腺泡间纤维增生或广泛纤维化，腺泡和胰岛组织萎缩、消失、胰管柱状上皮有鳞状化生；间质有淋巴细胞、浆细胞浸润。少数慢性胰腺炎的胰腺上皮细胞异常增生，有癌变的可能性。临床表现患者年龄多在40岁以上，男多于女。病程长，数年或数十年不等。初期为相对无症状期与发作期交替出现；晚期主要为胰腺功能不全之表现。一、腹痛 常见，占90%左右，多呈间歇

性发作，少数呈持续性，疼痛多位于上腹部，可向背部、双侧季肋部、前胸、肩胛等处放散，饭后或饱餐后可诱发，仰卧位时加重，前倾、坐位减轻。发作时可伴有发热或黄疸。间歇期可无症状，或仅有消化不良表现。少数患者以隐袭慢性炎症方式进行，临床上可不发生腹痛。

二、胰腺外分泌不足的表现 患者可出现食欲减退、腹胀、不耐油腻食物等，大便次数频繁、量多，色淡，有恶臭，此系蛋白酶、脂肪酶分泌减少或缺乏所致。长期腹泻致患者消瘦、营养不良及维生素A、D、E、K缺乏等症状。

三、胰腺内分泌不足的表现 10 - 20%患者有显著糖尿病症状，如多饮、多食、多尿、体重减轻等。约50%患者发生隐性糖尿病，葡萄糖耐量试验结果异常。

四、体征 上腹可有稍微压痛。少数患者因胰头显著纤维化或假性囊肿压迫胆总管，可出现持续或缓慢加深的梗阻性黄疸。化验检查 血清淀粉酶及脂肪酶定量除急性发作期，一般不增高，粪便镜检可见脂肪滴及未消化的肌纤维，部分患者可有尿糖阳性，空腹血糖增高。

一、胰腺外分泌功能试验

(一) 胰泌素试验 用胰泌素刺激胰腺后，观察胰液分泌量，碳酸氢钠和胰酶的含量。如碳酸氢钠排出小于10mmol/20分钟，或胰液量小于80ml/20分钟则提示分泌功能受损。

(二) Lundh试验 用特定饮食刺激胰腺分泌，从双腔管抽吸胰液，测定其中某些胰酶的活力。此法费时，繁琐，现渐少用。

(三) 胰功<sup>\*\*\*</sup>试验 (N - 苯甲酰 - L酪氨酰对氨苯甲酸，简称BT - PABA试验) BT - PABA是一种人工合成<sup>\*\*\*</sup>，口服后经胰液的作用可分解成PABA，自小肠吸收而从尿中排泄。当胰腺外分泌功能减退，糜蛋白酶分泌不足时，可致尿PABA含量减少，约为正常量的60%。此方法简便易行，近来多用此法

。（四）血清胆囊收缩素 - 胰泌素（CCK - PZ）含量测定用免疫法测定血中CCK - PZ含量为当前诊断慢性胰腺炎的一种较好方法。由于本病胰酶分泌减少，对胆囊收缩 - 胰泌素的反馈性抑制消失或减弱，故血清中CCK - PZ浓度明显增高，正常值60pg/ml。

二、胰岛功能检查 空腹血糖升高，葡萄糖耐量试验可呈糖尿病耐量曲线。尿糖可出现阳性。

三、X线检查 腹部平片有时在胰腺部位可显示钙化的斑点，上消化道造影可显示“袢”扩大，胃、十二指肠受压征象。

四、影像检查 是近年来诊断慢性胰腺炎的重要手段，B型超声和CT检查可见胰腺增大或缩小，部分病例可发现有钙化灶，结石或囊肿等异常现象。内窥镜逆行胰胆管造影术（ERCP）可见结石，囊肿、胰管管腔可因扩张和缩窄相交替而显示“串珠”影像。

诊断 慢性胰腺炎临床诊断较为困难，有赖于慢性上腹痛与脂肪泻等病史，粪便检查可发现脂肪滴和不消化的肌肉纤维，胰腺外分泌功能试验减退，有时出现尿糖，腹部X线平片显示胰腺部位钙化影，\*\*检查

和逆行胰胆管造影有慢性胰腺炎的图像或影像改变等，均有助于本病的诊断。在鉴别诊断上，主要应与下列几种病变相鉴别。

一、慢性复发性胰腺炎和急性复发性胰腺炎 后者在发作期血清淀粉酶显著增高，胰腺分泌功能试验多正常，腹部平片一般阴性，在缓解期后，不遗留组织学或胰腺功能上的改变，预后良好；前者最终可发展为胰腺功能不全，预后较差。

二、乏特壶腹和其四周病变 慢性胰腺炎压迫胆总管出现梗阻性黄疸时，常与胰头癌、壶腹部肿瘤、总胆管结石等相混淆。逆行胰胆管造影、B超检查有助于鉴别，但有时需剖腹探查才能明确诊断。

三、消化性溃疡 慢性胰腺炎反复上腹痛与溃疡病的鉴别有赖于病

史，胃肠钡透与胃镜检查等。此外，胰源性腹泻尚需和小肠性吸收不良综合征相鉴别，D木糖试验在前者正常，后者则示吸收障碍。借助胰外分泌功能试验，亦有助于鉴别。

并发症一、假性囊肿 胰腺炎引起大腺管阻塞后，可致小腺管及腺泡腔扩张，胰液积聚，上皮细胞萎缩，形成假性囊肿，或由于腺管破坏，胰液分泌受阻，胰液同炎性渗出物被四周之浆膜、腹膜或肠系膜等包裹。假性囊肿可在胰腺实质内或胰腺表面，主要表现为腹痛、低热上腹部包块、少数有黄疸。B超检查可诊断直径2 - 3厘米以上的囊肿。

二、脾静脉血栓形成 因胰腺纤维化或假性囊肿压迫血管形成脾静脉血栓、脾肿大等。血栓可延伸至门静脉，引起静脉曲张及消化道出血。

三、胰源性腹腔、心包腔、胸腔积液 以腹腔积液较多见，呈渗出性，淀粉酶浓度增高。此乃液体从假性囊肿或扩张的胰管漏入腹腔所致。

四、消化性溃疡 可高达10 - 15%，由于胰腺分泌碳酸氢钠减少所致。

五、胰腺癌 极少数慢性胰腺炎可有癌变。

治疗

一、急性发作期 同急性胰腺炎。

二、慢性期

（一）饮食 宜清淡低脂肪饮食，可用中链脂肪酸代替脂肪饮食，禁酒、避免饱餐。

（二）纠正胰酶不足 采用各种胰酶制剂作替代疗法，一般口服胰酶片0.6~1.2g，每日3次，或胰浸出液及多酶片。对胃酸分泌量高者可同时服用小苏打或甲氰咪胍，有增强胰酶的药理作用，胰源性腹泻明显者可补充钙片，脂溶性维生素（如K、A、D）、叶酸及B12。

（三）有糖尿病者 按糖尿病处理。

（四）中医中药 辨证施治改善消化功能等。

（五）外科手术 手术适应证为： 伴有剧烈顽固性疼痛经内科治疗无效者； 胰腺有假性囊肿或结石者； 伴有可手术治疗的胆道病变，如结石、胆管狭窄； 慢性胰腺炎

引起难以消退的阻塞性黄疸者；不能排除胰腺癌者。预防及预后积极治疗者可缓解症状，但不易根治。晚期多死于并发症。如衰竭、糖尿病、胆道化脓性感染等，少数可演变为胰腺癌。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](http://www.100test.com)