

急性胰腺炎_消化内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E6_80_A5_

[E6_80_A7_E8_83_B0_E8_c22_611166.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E8_83_B0_E8_c22_611166.htm) 急性重症胰腺炎急性重症胰腺炎是急性胰腺炎的严重类型，常表现为广泛的胰周及胰内脂肪坏死，胰腺实质的坏死和出血，腹膜后间隙大量的血性渗出液以及大网膜、系膜组织被渗出的胰酶所消化，此型病情发展快、并发症多、病死率高。【诊断】1. 症状多在饱餐或酗酒后发病。呈剧烈的上腹痛。症状可骤起或由单纯胰腺炎发展恶化形成，可伴有高热、恶心、呕吐。2. 体征上腹或全腹弥漫性压痛、反跳痛及肌紧张，可有移动性浊音，肠鸣音消失，如不及时治疗可出现神经、精神症状和休克。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，两侧腹壁淤斑和脐周围褪色。3. 辅助检查 3. 辅助检查 血、尿淀粉酶持续升高或因胰腺广泛坏死而不升高。血清钙水平能反映病情的严重性和预后，血清钙 $<1.40\text{mg/l}$ 时，表示预后危险。腹腔穿刺。呈混浊血性液体，其中淀粉酶、脂肪酶明显升高。b超、ct。可见胰腺体积增大，胰周组织水肿，外形不规则以及腹膜腔内和胰腺后间隙积液等。【治疗】重症胰腺炎治疗，近年强调“个体化方案”，总的原则为预防感染，加强支持治疗，避免并发症的发生。一旦出现并发症和感染，则应手术引流含有大量胰酶和有毒物质的腹水及清除感染的坏死组织。1. 禁食胃肠减压，使胰腺处于“休息”状态，减轻胃潴留和腹胀。2. 抗休克纠正水、电解质失衡，以纠正大量功能性体液的短缺，维持循环稳定，必要时应用多巴胺等升压药物。3. 支持疗

法经胃肠外静脉营养，既补充机体的消耗，又可使胰腺外分泌处于“休息”状态。4. 抑制胰腺外分泌可给予氟尿嘧啶250mg，溶于500ml液体中静脉滴入。或奥曲肽0.1mg，6—8小时1次，口服；或施他宁、阿托品等抑制胰腺分泌的药物。5. 抗感染因多为混合感染，主张应用联合、足量、有效抗生素。必要时作血培养和药物过敏试验。6. 腹腔灌洗疗法应用腹膜透析液或生理盐水加入抗生素和钾盐，于15分钟内从灌洗输入管注入1000ml，夹管，30分钟后再开放，于15分钟内放出灌洗液，隔1—2小时重复1次，反复进行，直至灌洗液变清亮，灌洗的主要目的是将胰酶、毒性物质、炎性渗出液予以稀释和引出腹腔，从而改善病人情况，但对胰腺坏死和感染灶不能达到治愈的目的。7. 手术治疗对于重症胰腺炎的手术治疗，目前观点尚不一致。手术指征和时机选择。目前多主张对有明显感染或有并发症者，应行早期手术，而对无明显感染又无并发症者，应采用尽可能晚期手术。手术方法。常用的方法有灌洗引流术、坏死组织清除术和胰腺规则性切除术，其目的是清除胰腺坏死组织和充分的胰周和腹腔引流。“三造口”治疗；包括胃造口，营养性空肠造口，和胆总管切开“t”管引流或胆囊造口。“三造口”已成为急性重症胰腺炎的手术治疗的常规附加手术。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