

第十三章 急性胰腺炎



概述

概念：多种病因造成胰酶激活后所致的胰腺组织的局部炎症反应，可伴有其他器官功能改变。

临床分为： 轻症急性胰腺炎（MAP）
重症急性胰腺炎（SAP）



病因

常见病因：

胆道疾病

胰管梗阻

十二指肠疾病

酗酒和暴饮暴食

高脂血症、高钙血症

其他：手术、外伤、感染、药物、原因不明。



发病机制

胰腺分泌过度旺盛、胰液排泄障碍、胰腺血液循环紊乱、生理性胰蛋白酶抑制物减少，导致胰酶激活，从而引起胰腺自身消化——急性胰腺炎。



病理

病理分型：水肿型（间质型）、出血坏死型。

间质炎症：

肉眼见：胰腺肿大。

显微镜下：间质充血、水肿与炎症细胞浸润，少量腺泡坏死和小灶性脂肪坏死。

胰腺组织坏死：

肉眼见：胰腺肿大，间质坏死，脂肪坏死，出血，胰腺假性囊肿，血性腹水，DIC。

显微镜下：广泛腺泡坏死、出血与自溶，腺泡及脂肪组织坏死、血管出血坏死。

临床表现

轻症急性胰腺炎（MAP）

1. 腹痛

多在暴饮暴食后起病，解痉药不能缓解，弯腰、坐起前倾可减轻，主诉重而体征轻。

2. 恶心、呕吐

3. 发热

4. 黄疸

5. 体征：上腹部压痛，轻度反跳痛与肌紧张，轻度腹胀。



临床表现

重症急性胰腺炎（SAP）

1. 腹痛持续、剧烈
2. 弛张热
3. 低血压与休克
4. 弥漫性腹膜炎
5. 麻痹性肠梗阻
6. 体征：全腹压痛、反跳痛、肌紧张、肠鸣音减弱或消失，出现腹水和胸水可呈血性，皮肤瘀斑（Grey-Turner征、Cullen征）。

并发症

（一）局部并发症

1. 胰腺脓肿
2. 胰腺假性囊肿
3. 胰腺坏死感染



并发症

（二）全身并发症

1. 败血症、真菌感染
2. 消化道出血
3. ARDS
4. 急性肾衰竭
5. 急性心力衰竭与心律失常
6. 胰性脑病
7. 糖尿病
8. 凝血异常 血栓形成、DIC
9. 水电解质、酸碱平衡紊乱

实验室及其他辅助检查

1. WBC记数：增多，核左移。
2. 血尿淀粉酶：升高，血淀粉酶超过正常值3倍可确诊本病。
3. 脂肪酶：超过正常值3倍有诊断意义。
4. 生化检查：血糖增高、血钙下降、血清转氨酶增高，LDH、BUN、三酰甘油、胆红素可增高。
5. 血清正铁血白蛋白：重症时呈阳性。
6. 影像学检查：
X线检查：肠麻痹、胰腺钙化，哨兵袢和结肠切割征为间接征象。
B超：胰腺肿大、回声异常。
CT：是诊断和鉴别诊断、病情评估最重要的检查。



诊 断

轻型胰腺炎

1. 腹痛、恶心、呕吐、发热
2. 压痛
3. 血/尿淀粉酶升高
4. 影像学检查



重型胰腺炎的诊断

1. 休克表现
2. 麻痹性肠梗阻
3. 脂肪坏死
4. 消化道出血
5. 腹痛剧烈
6. 腹膜炎体征
7. Grey-Turner / Cullen征
8. CT检查




鉴别诊断

1. 消化性溃疡
2. 急性胆囊炎
3. 急性胃肠炎
4. 急性肠梗阻
5. 心肌梗死



治 疗

原则：减少及抑制胰腺分泌，纠正水电紊乱，维持有效血容量，防治并发症

1. 一般治疗
 2. 药物治疗
 3. 预防和治疗肠道衰竭
 4. 内镜治疗
 5. 中医中药
 6. 并发症治疗
 7. 外科手术
- 

一般治疗

1. 严格禁食、全胃肠营养
2. 胃肠减压
3. 重症监护
4. 维持水电：补钾、补钙
5. 纠正休克：低右、血浆



药物治疗

1. 解痉镇痛：654-2 /阿托品/ 杜冷丁
2. 减少胰腺分泌：奥曲肽、洛赛克
3. 抑制胰酶活性：抑肽酶、加贝酯
4. 抗菌治疗：1~2种抗生素
5. 血管活性药：前列腺素E1、丹参



预防和治疗肠道衰竭

1. 促肠道动力药：大黄、乳果糖、硫酸镁
2. 微生态制剂：双歧杆菌、乳酸杆菌
3. 保护肠道屏障：谷氨酰胺
4. 恢复饮食



内镜治疗

1. 内镜逆行胰胆管造影（ERCP）
2. 内镜下Oddis括约肌切开术（EST/EPT）

适应证：胆源性胰腺炎伴黄疸、胆管炎



中医中药

疏通胰腺微循环，促进胃肠道蠕动，减轻腹胀，减少内毒素吸收。可用柴胡、厚朴、枳实、黄连、黄芪等。



并发症的治疗

重症胰腺炎并发腹膜炎时，行腹膜透析；
ARDS用人工呼吸机；
并发糖尿病时用胰岛素；
胰性脑病时使用醒脑剂，白蛋白。



外科手术

1. 重症胰腺炎，内科治疗无效者，手术。
2. 去除坏死组织，腹腔冲洗、引流。

