

急性胰腺炎

遵义医院普外一科

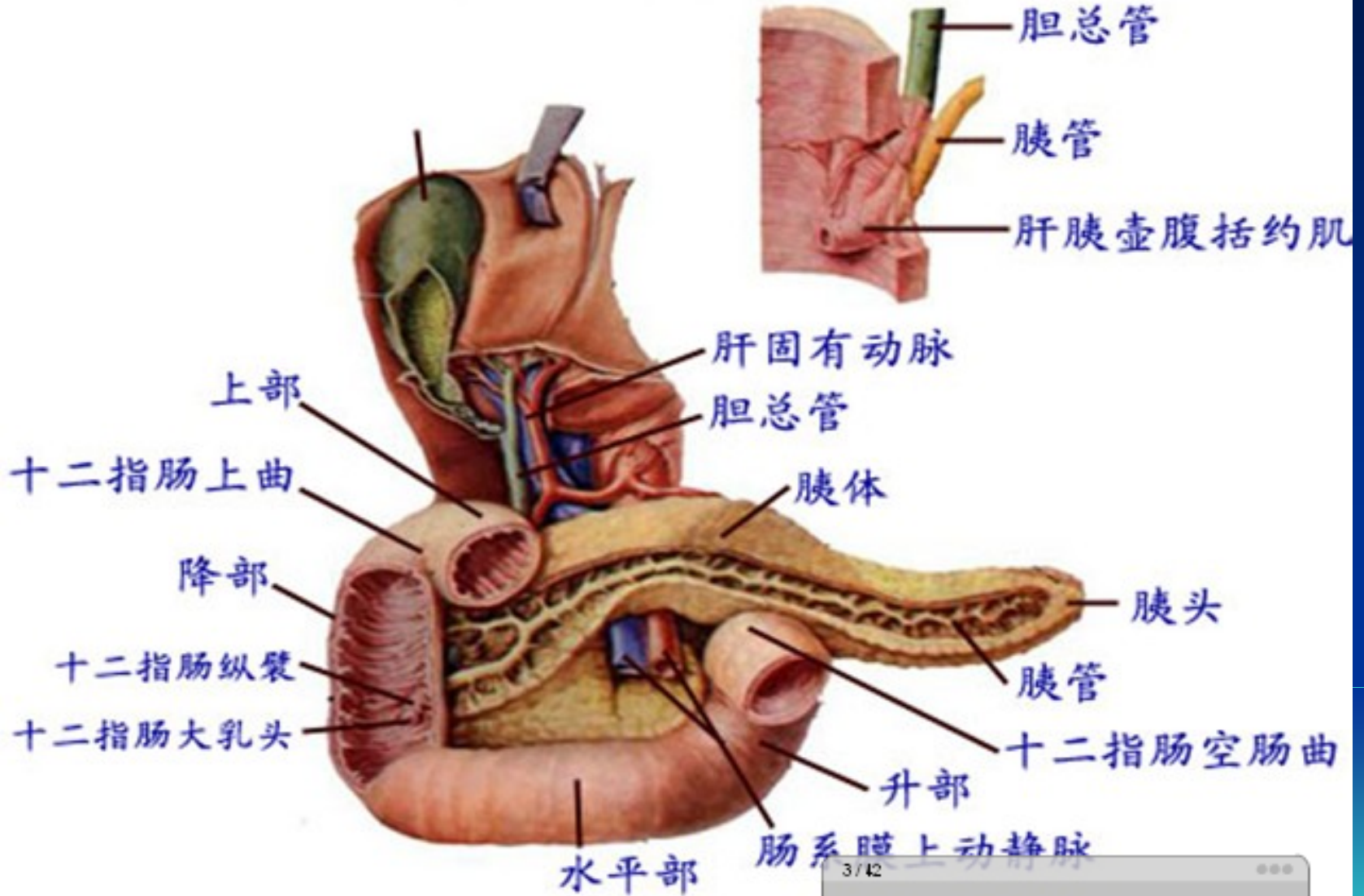
学习要点

- 解剖生理
- 定义
- 病因
- 发病机理
- 临床表现
- 实验室资料及辅助检查
- 治疗
- 临床护理

胰腺解剖生理

- 胰腺长17—20cm，宽3—5cm，厚1.5—2.5cm，重约82—117克。
- 主胰管直径约2—3毫米。
- 胰腺的血液供应：头部主要是胰十二指肠动脉和肠系膜上动脉的胰十二指肠前后动脉弓，体尾部主要是胰横动脉（胰背动脉和胰大动脉）。**胰形态细长，分为头、颈、体、尾四部分**
- **胰头部宽大被十二指肠包绕**

胰腺解剖图



胆道、十二指肠和胰腺前面观

3 / 42

PREV NEXT AUTOPLAY

胰腺功能

- 外分泌：胰液，每日约750—1500毫升，为无色透明碱性液体，主要成分：各种消化酶（胰淀粉酶、胰蛋白酶、糜蛋白酶、弹性蛋白酶、胶原酶等）及水和碳酸氢盐。
- 内分泌：胰岛主要分布于胰体尾部，有多种细胞（A胰高血糖素、B胰岛素、D生长抑素、PP胰多肽、G胃泌素、D1—VIP）

急性胰腺炎

(acute pancreatitis)

定义

胰腺分泌的胰酶在胰腺内被异常激活后对自身及其周围脏器产生化学作用而引起的炎症性疾病。

急性胰腺炎

(acute pancreatitis)

- ❖ 临床分为水肿型和出血坏死型
- ❖ 水肿型：症状轻，有自限性，预后好
- ❖ 出血坏死型：病情严重，变化快，常伴休克、多脏器功能衰竭、局部并发症，病死率高

病因

- 1.梗阻因素：结石 肿瘤 炎症 蛔虫 痉挛；
- 2.饮酒
- 3.暴饮暴食
- 4.高脂血症
- 5.高钙血症
- 6.创伤：外伤 手术 操作
- 7.特发性胰腺炎
- 8.胰腺缺血
- 9.其它：药物、遗传、病毒感染等。

临床表现

- 1.腹痛： 剧烈 胀痛 放射
- 2.腹胀： 反射性 肠管扩张 腹腔积液
- 3.恶心、呕吐： 发作频繁，早期为反射性，内容为食物、胆汁。
- 4.腹膜炎体征
- 5.发热： 多为中度热，38-39摄氏度，一般3-5天后逐渐下降，但重型者则可持续多日不降，提示胰腺感染或脓肿的形成。
- 6.其他症状： 如寒战、黄疸、腹水、高血糖、手足抽搐等
- 7.皮下出血： Cullen征 Grey-Turner征
- 8.休克： 低血容量 血管扩张 ARDS 心肌抑制因子
- 9.MODS： 消化道出血、DIC等



(Grey Turner征)

Gullen征



诊断

1. 轻型急性胰腺炎（水肿性胰腺炎）

腹痛、恶心、呕吐，腹膜炎范围局限于上腹部，血、尿淀粉酶增高，X线见左上腹小肠积气，CT胰腺轻度水肿，无或轻度的脏器功能损害，经及时的液体治疗短期内好转。

一、实验室检查

1. 血常规 WBC多有升高，合并感染时升高更明显。

2. 淀粉酶

(1) 血淀粉酶：早期有价值，8h升高，48-72h下降，3-5天恢复正常。

正常值：温氏法—正常8-64U，大于128U有价值；

苏氏法—正常40-80U，大于500U有价值；

(2) 尿淀粉酶：后期有价值，8-12h升高，连续升高1-2周。

正常值：温氏法—正常8-32U，大于128U有价值；

苏氏法—正常80-320U，大于300U有价值

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/278017062052006076>