



南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

# 急性胰腺炎教学查房





南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

---

## 参加人员

- 病区主任：李祎主任
- 主查医师：蒋小猛副主任医师
- 副主任医师：桑华超副主任、王为副主任、蔡朋朋副主任
- 规培住院医师：胡娜娜
- 管床住院医师：李培培
- 主治医师：王海洋、赵志飞、杨焱
- 主管护师：常洁
- 其他规培/实习医师：



南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

---

## 教学查房目的

- 掌握：急性胰腺炎的诊断、鉴别诊断、治疗原则
- 熟悉：急性胰腺炎的病因、严重程度评估、并发症
- **重点培养大家对急性胰腺炎的诊治临床思维能力**



南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

---

## 教学查房要求

- 保持环境有序、安静，手机静音；
- 医生态度端正、严谨；
- 注意手卫生，避免交叉感染；
- 注意爱伤观念及人文关怀、注意保护病人隐私。



南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

查房对象：消化科 xxxxx床 XXXX

- 汇报病史



- 体格检查





南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

---

## 简要病史

- 消化科 1床，72966
- 姓名：李某
- 性别：女性
- 年龄：75岁
- 主诉：间断上腹痛4天



南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

# 简要病史

- **现病史：**患者4天前无明显诱因下出现间断上腹痛，以右上腹为主，伴有后背部放射痛，无恶心、呕吐，无畏寒发热，伴有纳差，后至我院门诊就诊，查血常规：WBC $21.03 \times 10^9/L$ ，N82.2%，Hb123g/L，PLT $180 \times 10^9/L$ ，CRP90mg/L。心肌酶谱：未见异常。血脂肪酶、淀粉酶正常。上腹部CT示急性胰腺炎，胆总管扩张，胆囊结石伴胆囊炎。现为进一步诊治收住我科。病程中患者无胸闷、心慌，无头晕、头痛，无尿频、尿急、尿痛，饮食差，睡眠及精神一般，大小便减少，排气减少，近期体重无明显改变。
- **既往史：**既往有“高血压”病史，长期口服“压氏达”，有“糖尿病病史”，予诺和灵早12u 晚12u皮下注射控制。



南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

## 入院查体

神志清楚，精神尚可，体型肥胖，全身浅表淋巴结未触及肿大。两肺听诊呼吸音清，未闻及明显干湿性罗音。心率78次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹稍隆，未见静脉曲张，无胃肠型及蠕动波，腹软，中上腹压痛阳性，无反跳痛，无肌卫，未及异常包块，肝、脾肋下未及，Murphy's征阴性。全腹叩诊呈鼓音，肝、肾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音约3次/分。





南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

## 入院查体

神志清楚，精神尚可，体型肥胖，全身浅表淋巴结未触及肿大。两肺听诊呼吸音清，未闻及明显干湿性罗音。心率78次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹稍隆，未见静脉曲张，无胃肠型及蠕动波，腹软，中上腹压痛阳性，无反跳痛，无肌卫，未及异常包块，肝、脾肋下未及，Murphy's征阴性。全腹叩诊呈鼓音，肝、肾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音约3次/分。



# 腹痛的问诊

腹痛的特征	伴随症状	相关疾病&病史
发作&病程； 性质&程度； 部位&放射&转移； 诱因，与进餐的关系； 与呼吸，体位关系；	大便； 恶心、呕吐； 烧心反酸； 寒战、发热； 皮肤巩膜黄染； 血尿；	不洁饮食，暴饮暴食； 既往腹部疾病； 邻近脏器疾病； 药物史； 腹部手术、外伤； 妇科病史； 职业与中毒； 食物过敏。

# 常见急性腹痛病因的鉴别

	急性胃炎	消化性溃疡 穿孔	缺血性肠病	急性阑尾炎
部位	上腹	上腹、全腹	脐周	转移性右下腹
性质	绞痛	刀割样	痉挛性	隐痛、胀痛
程度	轻微	剧烈	剧烈	差异较大
诱因	急性应激、化学损伤	溃疡活动性	心房血栓脱落	阑尾管腔阻塞、感染
持续时间	持续存在	持续存在	持续加重	持续存在
伴随症状	发热、恶心、呕吐、腹泻	放射至肩部、后背，急性腹膜炎	恶心、呕吐、腹泻、血便	发热、恶心、呕吐
辅助检查	便常规、胃镜	立位腹平片	便潜血、结肠镜、影像学	血常规、立位腹平片、CT、B超
治疗	PPI，对症处理	手术	禁食禁水、肠外营养	手术

	急性胰腺炎	急性胆囊炎 / 胆管炎	腹主动脉夹层 动脉瘤	宫外孕
部位	上腹，腰背部	右上腹	腹主动脉走行	下腹
性质	束带样	绞痛、胀痛	刀割样	绞痛、钝痛
程度	剧烈	剧烈	突发剧烈提示破裂	剧烈
诱因及影响因素	胆道疾病、高脂血症、酒精；前倾缓解	脂肪餐、夜间；结石梗阻、感染	高龄男性，动脉硬化，高血压，高血脂	闭经后5-6周
持续时间	持续加重	持续存在	持续加重	持续或间歇
伴随症状	可伴恶心、呕吐、发热、黄疸；Grey-Turner征、Cullen征	Murphy's征（+）/ Charcot、Reynolds	常伴面色苍白、冷汗、四肢厥冷	，肛周坠痛、里急后重、面色苍白、晕厥
辅助检查	淀粉酶、脂肪酶、影像学	超声、ERCP	彩超、CTA、MRA；DSA	超声
治疗	禁食、对症、手术	单纯性择期手术 / 紧急手术	腹主动脉瘤切除，人工血管移植术	紧急手术



南京医科大学附属

逸夫醫院

SIR RUN RUN HOSPITAL  
NANJING MEDICAL UNIVERSITY

---

## 入院初步诊断

急性胰腺炎

胆囊结石伴胆囊炎

高血压

糖尿病



# 诊断流程

AP诊断是否成立



引起AP的原因



严重程度的分级



并发症 的评估



# AP诊断标准

---

## ➤ 与AP相符的临床症状

进行性加重的急性上腹痛，常向背部放射，常伴有腹胀及恶心呕吐

排气排便停止

发热

## ➤ 血清淀粉酶和(或)脂肪酶活性至少>3倍正常上限值（与病情严重程度不呈相关性）

本例患者：1300U/L，4500U/L

## ➤ 增强CT / MRI或腹部超声呈AP影像学改变

# AP诊断标准

- 血清淀粉酶

6-12h开始升高，48h达峰；

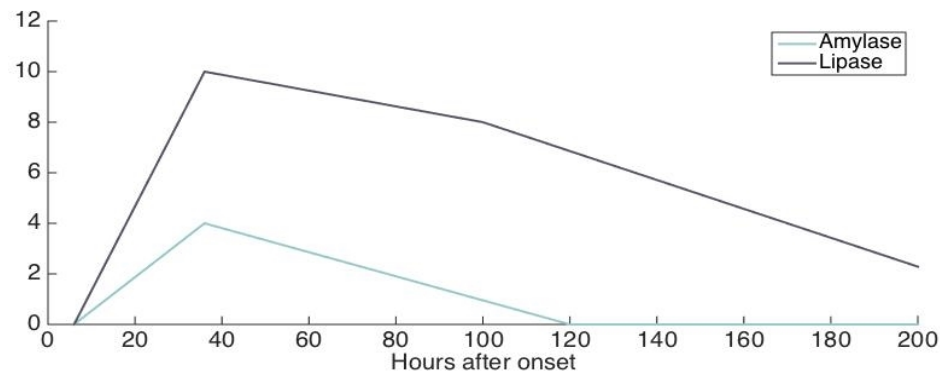
而后逐渐下降，尿淀粉酶升高

尿淀粉酶无诊断意义

- 血清脂肪酶

24h内开始升高，持续时间更长：7-10天

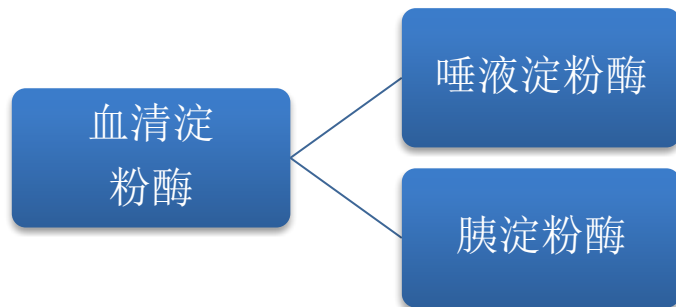
敏感性和特异性与血清淀粉酶相当





# 血清淀粉酶升高→胰腺炎？

血清淀粉酶升高→胰腺炎？



- 急腹症是淀粉酶升高的常见原因
- 消化性溃疡穿孔、肠系膜梗死、肠梗阻、阑尾炎、胆道感染、胆石症等
- 巨淀粉酶血症
- 肾衰竭
- 非胰腺炎疾病升高 **不 > 3倍**

# AP→淀粉酶均升高？

- 急重症急性胰腺炎
- 极轻胰腺炎
- 慢性胰腺炎基础上急性发作
- 急性胰腺炎恢复期
- 高脂血症相关性胰腺炎

# AP的病因

常见	不常见
胆石症	<b>解剖或遗传因素：</b> 乳头肌功能不良、乳头旁憩室、胰腺分裂症、 $\alpha$ 1-抗胰蛋白酶缺乏
酒精	<b>药物：</b> 化疗药、抗反转录病毒药、噻嗪类、磺胺
高脂血症	<b>感染：</b> 柯萨奇病毒、腮腺炎病毒、CMV、HIV、蛔虫
医源性（ERCP、经口小肠镜）	<b>免疫：</b> 自身免疫性胰腺炎、原发性胆汁性肝硬化、SLE、干燥综合征
	高钙血症

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/318110067074006070>