维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol. 13, No. 3

38例胰腺损伤的诊断与治疗

赖湘群，卢伟良
（兴宁市人民医院急诊科，广东 兴宁 514500）

［摘要］ **目的** 探讨胰腺损伤的诊断和治疗方法。**方法** 回顾性分析1980年至2002年收治的38例胰腺损伤的临床资料。**结果** 32例治愈，6例死亡，病死率15.8%，其中3例死于严重多发伤。发生胰瘘、肠瘘在内的各类并发症8例。**结论** 胰腺损伤早期诊断困难，应保持警觉，综合判断。按损伤类型及胰腺损伤情况，选择适当的术式，以提高生存率，减少并发症的发生。

［关键词］胰腺损伤；诊断；治疗
［中图分类号］R322.491 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2004)03－0158－02

Diagnosis and treatment of pancreatic trauma: a report of 38 cases

LAI Xiang-qun, LU Wei-liang
(Department of Emergency, Xingning People's Hospital, Xingning 514500, China)

Abstract: Objective To investigate the methods for diagnosis and treatment of pancreatic trauma. **Methods** Clinical data of the 38 patients with pancreatic trauma admitted to our hospital from 1980 to 2002 were analyzed retrospectively. **Results** Cure was achieved in 32 cases. Death was found in 6 cases (fatality rate: 15.8%), including 3 cases of serious multiple injuries. Complications, including fistula and peritoneal infection, were found in 8 cases. **Conclusion** Early diagnosis of pancreatic trauma is difficult, so alertness and comprehensive judgement are the key factors in the diagnosis of pancreatic injury. The proper option of surgical approaches based on the injury types and the condition of pancreatic trauma may be beneficial for the improvement of survival rates and decrease of occurrence of complications.

Keywords: pancreatic trauma; diagnosis; treatment

胰腺损伤较为少见，其症状缺乏特异性，早期诊断比较困难，术后并发症多，病死率高。我院1980至2002年收治38例胰腺损伤患者，现结合有关资料分析、讨论其诊断与治疗。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组38例，男29例，女9例。年龄5～55岁，平均32岁。闭合伤33例，其中交通伤23例，撞击伤10例；开放伤5例，均为刀刺伤。单纯性胰腺损伤7例，占18.4%。合并其它脏器损伤者31例，其中合并十二指肠损伤者6例，肝损伤8例，脾损伤12例，胃挫伤1例。此外还合并有血气胸、颅内血肿、结肠挫裂伤等。根据美国创伤外科学会(AAST)分级标准，本组病例中，Ⅰ级损伤5例，Ⅱ级损伤14例，Ⅲ级损伤8例，Ⅳ级损伤6例，Ⅴ级损伤5例。

1.2 方法

Ⅰ、Ⅱ级损伤共19例，行清创缝合、乳胶管引流术；Ⅲ级损伤行远端胰及脾切除；Ⅳ级损伤6例中，行远端胰及脾切1例，缝合近端胰腺裂口，远端胰空肠吻合3例，单纯缝合、胰管吻合修补、十二指肠憩室化及Whipple术各1例；Ⅴ级损伤5例中，1例行胰头清创切除，远端空肠Roux-Y吻合，胃、十二指肠造口，4例行十二指肠憩室化手术。

2 结果

本组治疗病例中，发生胰瘘2例，肠瘘1例，切口感染3例，腹腔感染2例。治愈32例，死亡6例，其中死于多发伤引起的创伤性休克3例，颅脑损伤1例，严重腹腔感染1例，十二指肠瘘1例。

3 讨论

胰腺位于腹膜后，位置深、隐蔽，受伤早期多无明显的症状及体征，若合并腹腔多脏器损伤或颅脑、胸部和骨骼损伤，胰腺损伤的症状体征还常被其它脏器的症状和体征所掩盖，诊断非常困难。本组38例中仅7例(18.4%)术前确诊，其余均因开放性腹部损伤和腹膜炎在剖腹探查中明确诊断。

血液、腹腔渗液的淀粉酶测定是疑有胰腺损伤时常规检查项目。对它的确诊作用，人们意见不一。

［作者简介］赖湘群(1969－)，男，广东省兴宁市人，主治医师，大学本科，主要从事急诊创伤外科方面的研究。电话：(0753)3363104

［收稿日期］2004－01－10 ［修回日期］2004－03－21

维普资讯 http://www.cqvip.com

Bach等[1]发现一些胰腺完全断裂伤的病人其血淀粉酶仍正常，他认为血淀粉酶无敏感性和特异性，而其它学者研究发现，有82%伴胰十二指肠损伤其血淀粉酶高，故被认为具有诊断意义[1]。本文认为，动态观察血淀粉酶，对诊断有一定帮助。由于胰腺独特的解剖位置及冲洗液难于进入小网膜缘故，有时即使胰腺完全横断，其腹腔冲洗液检查仍可正常，故认为诊断性腹腔冲洗无助于胰腺损伤的诊断。

B超操作方便，可作为主要筛选检查的手段，但受胃肠道气体影响，其漏诊率达25%。但有学者报告B超的正确率可达94.2%[2]。CT具有较高的诊断敏感性，同时能发现其它内脏损伤。但Edward认为CT对确诊及损伤程度的分类并不可靠，不能用于指导治疗[1]。另有些学者提出经手术证实有胰腺损伤的病人中，约40%的病人CT提示正常，且认为鉴别主胰腺管是否损伤，CT无能为力[1]。此外，术前ERCP检查可以发现胰管的损伤及断裂，准确率高，但只适合病情稳定的病人。至今对有手术指征的病人进行剖腹探查仍是诊断胰腺损伤的主要方法。胰腺损伤的术前保持呼吸道通畅，建立通畅的静脉通道，补充足够的血容量。胰腺损伤的处理应采用以手术治疗为中心的综合治疗，尽管胰腺损伤的保守治疗国内外均有成功的报告[3]但因胰腺损伤的程度术前无法准确估计，本文认为，凡怀疑或诊断为胰腺损伤者均应尽早、积极地剖腹探查，细致全面检查胰腺，若术中忽略对胰腺的检查，常可遗漏胰腺的损伤，发生严重的术后并发症，甚至危及患者生命。胰腺损伤的手术方法依据1990年美国创伤外科协会提出的分级作相应的处理。Ⅰ～Ⅱ级胰腺损伤者，通常在清创止血后置管引流即可，但当术中难于判断胰管是否损伤时，应将损伤分级提高，按Ⅲ级胰腺损伤处理以确保安全。

本组中有1例病人在外院手术时发现胰腺部分裂伤，未探清胰管是否损伤，仅行清创引流，术后发生胰漏，导致严重腹腔感染死亡。对于此类病人，可采取经损伤远端胰腺注入4 ml生理盐水加1 ml美蓝，或切开十二指肠，经乳头逆行插管注入美蓝，观察其是否从损伤部位溢出而作出判断。Ⅲ级胰腺损伤，最好的治疗方案是作胰腺远端连同脾切除，本组8例行此手术。但近年来有人提出作该术式时保留脾脏的报道。Ⅳ级胰腺损伤Roux-Y式吻合。此术式可确保胰腺分泌而避免糖尿病的发生。Ⅴ级胰腺损伤，此种损伤多伴有十二指肠严重受损，处理较棘手。胰十二指肠切除术式创伤大，并发症多，病死率高，只有在胰头十二指肠严重受损且伴有血运障碍难于修复时，才采用此术式，十二指肠憩室化手术相对简单，耗时少，损伤亦小，是救治胰十二指肠损伤之简单、合理术式，本组4例行此术式，均治愈。濒死病例首次手术应进行简化探查，控制出血，阻止肠内容物外溢，在ICU纠正病人低血容量、酸碱平衡，维持内环境的相对稳定后，再考虑第二次手术。

胰腺外伤，可导致大量胰酶外溢，引起腹膜渗出，加之手术创伤，可引起胰瘘、假性胰腺囊肿和继发感染等并发症，因此充分的腹腔和胰周引流，是保证创伤愈合，吻合口愈合，防治并发症的重要措施。

[参考文献]

[1] Bradley EL, Young PR, Chang MC, et al. Diagnosis and initial management of blunt pancreatic trauma: guidelines from a multiinstitutional review[J]. Ann Surg, 1998, 227(6): 861－869.

[2] Lucciarini P, Ofner D, Weber F, et al. Ultrasonography in the initial evaluation and follow-up of blunt abdominal injury [J]. Surgery, 1993, 114(3): 506－512.

[3] Nadler EP, Gardner M, Schall LC, et al. Management of blunt pancreatic injury in children [J]. J Trauma 1999, 47(6): 1098－1103.

(编辑:文 灿)

关于单位符号的使用

各种单位除在无数值的叙述性文字中和科普读物中可使用中文名称或中文符号外，均应使用单位符号。单位符号都是正体拉丁和希腊字母，无复数形式，符号后不附加圆点(正常语法名字尾标点符号除外)。来源于人名的单位，例如：Pa、Gy、W等的首字母大写以外均为小写，“升”的符号可用大写(L)也可用小写(l)，一般在单位使用不加词头时用大写。数值与单位符号之间、单位符号与相邻的其他符号(例如：化学元素符号)之间应留半个阿拉伯数字空隙，词头与其所组合的单位符号之间不需空隙。词头不能单独使用，也不能重叠使用(例如：“mμm”应为“nm”)。

(本刊编辑部)