维普资讯 http://www.cqvip.com



局解手术学杂志 2007年第16卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 2

# 闭合性胰腺外伤18例诊治分析

何 芳,张光全,廖 忠 (成都市第六人民医院普通外科,四川 成都 610051)

[摘 要] **目的** 探讨闭合性胰腺外伤的诊断和治疗方法。**方法** 对我院1991年6月至2006年6月收治的18例闭合性胰腺外伤的病例资料进行总结分析。**结果** 18例中治愈17例,死亡1例。发生严重并发症6例(33.3%),其中胰瘘2例,腹腔脓肿1例,假性胰腺囊肿2例,假性胰腺囊肿伴大出血1例。**结论** 早期腹部CT检查是诊断胰腺损伤最快捷、直观的方法,在剖腹探查术中常规探查胰腺是早期发现和避免漏诊胰腺外伤的关键。治疗时应综合考虑胰腺损伤的类型、合并伤和病人全身情况,选择合理的治疗方法。

[关键词] 胰腺损伤;诊断;治疗
[中图分类号] R657.5 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2007)02-0094-02

## Analysis of diagnosis and treatment of closed pancreatic trauma in 18 cases

HE Fang, ZHANG Guang-quan, LIAO Zhong (Department of General Surgery, the Sixth People's Hospital, Chengdu Sichuan 610051, China)

**Abstract: Objective** To study the diagnosis and treatment of closed pancreatic trauma. **Methods** Retrospectively analysis was carried in 18 closed pancreatic trauma cases from 1991 to 2006. **Results** In all cases, 17 cases cured and 1 died, Severe complication were happened in 6 cases(33.3%), included 2 cases of pancreatic fistula, 1 cases abdominal abscess, 2 cases pancreatic pseudocyst, and 1 case pancreatic haemorrhage. **Conclusion** Early abdominal CT examine is the direct and simple way to diagnose pancreatic trauma, check-up pancreas as a routine in exploratory laparotomy can be key to early diagnosis and avoid misdiagnosis. Treatment methods should be made with the severity of pancreatic trauma, associated injury and general situation.

**Keywords**: pancreatic trauma; diagnosis; treatment

胰腺位于腹膜后,位置较深,外伤的发生率较低。但胰腺损伤一旦发生,常合并有其他脏器的复合伤,病情凶险,治疗复杂,并发症较多,病死率高[1]。本文将1991年6年至2006年6月,我院收治的18例胰腺外伤病例的临床资料进行总结分析,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组病例共18例,男13例,女5例,年龄17~53岁。全部病例均为闭合性损伤,其中车祸伤11例,拳脚伤4例,钝器伤3例。根据Lucas分级,本组中Ⅰ级5例,Ⅱ级6例,Ⅲ级4例,Ⅳ级3例。合并脾破裂4例,肝破裂6例,胃破裂4例,十二指肠损伤3例,胆管损伤1例,肾挫裂伤2例,结肠或小肠破裂3例,肠系膜上静脉与下腔静脉破裂1例,颅脑损伤3例,肋骨骨折并血气胸4例。合并1~2个器官损伤9例,3~4个器官损伤4例,4个以上器官损伤2例,其中6例合并创伤失血性休克。17例于伤后30 min至6 h就诊,1例为外院非手术治疗1 d后转入我院。

### 1.2 临床诊断

18例患者均有明确的腹部外伤史。CT检查提示有胰腺损伤者11例,其中胰颈断裂2例,胰体尾部断裂2例,胰体尾部挫伤4例,胰头、十二指肠损伤3例。7例CT检查未见确切胰腺损伤,其中4例因腹腔内有积血或游离气体而行剖腹探查,术中发现胰体尾部损伤;3例腹部体征不明显者先予保守治疗,2 d后复查CT,2例提示胰腺轻度增大,胰周少量渗液,1例5 d后发现胰腺损伤。

### 1.3 治疗方法

2例予保守治疗,16例行手术治疗。Ⅰ~Ⅱ级损伤患者中,8例行胰腺清创与外引流;Ⅲ级损伤4例,其中2例为胰体尾部断裂,行断端缝合、远侧段胰腺切除、胰体尾部加脾切除术,另2例胰颈断裂,行近端胰管结扎、远端胰肠Roux-en-Y吻合术;Ⅳ级损伤3例,行胰头、十二指肠切除术2例,十二指肠憩室化手术1例,余1例先保守治疗后中转手术。

## 2 结果

本组病例手术治愈15例,保守治愈2例。术后并发胰瘘2例,经充分引流2个月后痊愈;并发胰腺假性囊肿2例,腹腔脓肿1例,经再次手术后治愈。平均住院时间为27 d。死亡1例,死亡原因为确诊及手术时间较晚,行囊肿空肠*Roux-en-Y*吻合术2周后发生消化道大出血,介入治疗2次并行再次手术无效。

[作者简介] 何 芳(1971-),男,四川省成都市人,主治医师,本科,主要从事肝胆胰外科临床方面的研究。电话:(028) 84332033-8028

[收稿日期] 2007-01-15 [修回日期] 2007-02-25

维普资讯 http://www.cqvip.com



## 3 讨论

闭合性胰腺损伤多见于严重上腹部挤压伤,对上腹撞击后有剧烈腹痛、恶心、呕吐者均应考虑有胰腺或十二指肠损伤。以往认为血清淀粉酶升高是诊断胰腺外伤的重要依据,但近年来有文献报道在胰腺损伤早期,淀粉酶可以不升高[2],有时在严重的胰腺挫裂伤,升高的淀粉酶可迅速降至正常。部分学者认为血清淀粉酶及同工酶检查对胰腺外伤的诊断并无特异性,外伤性上消化道穿孔、闭合性腹部内脏损伤时血清淀粉酶均可升高。因此血清淀粉酶升高与有无胰腺损伤,以及损伤的严重程度并无肯定关系。

CT扫描、B超、MRI检查有助于胰腺外伤的诊断。早期CT检查即可发现胰腺肿大,腺体密度不均匀,胰管损伤,胰腺断裂以及出血、包膜增厚等,适时的动态观察可减少检查的假阴性率。由于肠道气体的干扰及图像质量欠佳,B超检查对早期诊断胰腺外伤的价值不大。但B超对腹腔液体显示敏感,在B超定位下进行腹腔穿刺,并以穿刺液或灌洗液中淀粉酶升高来推断胰腺或十二指肠损伤以及胰瘘的发生有重要意义[3]。MRI检查耗时长,价格昂贵,可作为CT的补充检查。

胰腺损伤的外科治疗原则为:①控制出血;②切除失活的胰腺组织;③对较严重胰腺损伤加行胆道减压手术;④正确处理合并损伤;⑤处理断裂胰管;⑥充分有效地进行胰周引流[3-4]。对于单纯胰腺外伤与合并伤应先处理合并伤,合并重要血管破裂时要认真细致地进行修补,防止术后形成血栓;对于活动性出血者止血要迅速,同时对血压不稳定、脉搏细速的患者要迅速补充血容量,输注新鲜全血;对于合并脾脏损伤者,较小的挫裂伤可采用缝合修补或喷洒生物胶的方法[5-6]。合并十二指肠损伤时应慎重选择胰十二指肠切除术,只有胰头及十二指肠完全毁损,或有无法控制的出血及严重的血运障碍时才施行此术式[7]。对胰头及十二指肠严重挫伤而尚有较好血供时,可施行十二指肠憩室化手术,手术方法是切开胃窦部前壁,在胃内用可吸收线连续缝合闭锁胃幽门,再将胃窦切口与空肠吻合,同时行十二指肠造瘘、引流。闭锁的胃幽门将在手术后3~4周内随着缝线的吸收而自行开放,而在这段时间内受损部位已经愈合或基本稳定。此改良术式缩短了手术时间,减轻了手术影响,尤其适用于全身情况较差的危重病人。

症状、体症轻微的Ⅰ级胰腺损伤可先保守治疗,注意观察CT检查的结果变化;对Ⅱ级损伤及有明显体征的Ⅰ级损伤,应进行确切的清创、止血、缝合、乳胶管或双套管引流,一般都能获得良好的预后;Ⅲ级以上的胰腺外伤,应根据患者的实际情况,尤其是合并伤情况和施术者的水平量力而行。清创受损伤的胰腺组织应做到对每一个出血点必须严格止血,丧失生机的胰腺组织必须清除。因胰腺血运丰富,血管细而壁薄,胰腺组织较脆,故胰腺组织出血不能钳夹,较大的出血仍以缝扎为主,小的出血点以纱布压迫后双极电凝止血[8]。

闭合性胰腺损伤最常见的并发症是胰漏和胰腺假性囊肿,治疗上应保证有效而通畅的引流,以防胰漏引起的化学性腹膜炎及胰腺假性囊肿,同时合理应用抗生素治疗。发生胰漏后,治疗上应加强引流,抑止胰腺分泌,注意抗感染及营养支持。经保守治疗后,约80%可自行愈合,超过2个月不愈合者需行再次手术治疗[3]。胰腺假性囊肿较小者可先行保守治疗,观察其是否被吸收,较大者待囊壁成熟增厚以后行内引流手术治疗,但保守观察过程中囊肿急剧增大者,应急诊手术作外引流。

由于胰腺外伤患者大都遭受过严重外伤及复杂手术,尤其是Ⅲ级以上损伤者,处于高消耗及高代谢状态,早期全胃肠外营养支持是十分必要的。适时地补充蛋白质和热量是改善病人全身情况,增强机体抵抗力,促进伤口愈合的重要措施。本文认为对Ⅲ级以上的胰腺外伤患者,在术中常规置空肠营养管,待肠功能恢复后及时进行肠内营养治疗非常经济实用。

## [参考文献]

[1] 李伟汉,张 浩,刘平贤,等. 胰腺外伤的诊治体会[J]. 河南外科学杂志,2004,10(4):13-14.
[2] 张国伟,周 杰,廖彩仙,等. 闭合性胰腺外伤的诊治体会(附19例报告)[J]. 肝胆外科杂志,2003,11(6):414-416.
[3] 李 波,霍永忠. 胰腺外伤的诊疗现状与进展[J]. 创伤外科杂志,2005,7(5):321-324.
[4] 胡晓华,沈文来. 胰腺外伤14例临床分析[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(10):75.
[5] 毕旭东,张 红,郑晓库,等. 胰腺外伤的诊断与治疗(附51例临床分析)[J]. 中国综合临床,2004,20(10):922-924.
[6] 尹宁伟,季春勇,季予江,等. 胰腺外伤38例手术治疗[J]. 医师进修杂志(外科版),2004,27(3):38-39.
[7] 张光全,王 健,廖 忠,等. 胰腺外伤24例临床诊治分析[J]. 现代临床医学,2005,31(6):398-399.
[8] 张新俊,王彦坤,莫一我. 胰腺外伤及其并发症的治疗[J]. 中国误诊学杂志,2005,5(2):272-273.

(编辑:雷 艳)