

文章编号:1005-6947(2005)11-0873-02

· 临床报道 ·

胰腺损伤的诊断和治疗:附15例报告

李平, 周旭坤, 李忠, 罗毅, 江涛, 刘顺顺, 肖永彪, 吴梅青, 李栋

(新疆阿克苏市农一师医院 普通外科, 新疆 阿克苏 843000)

摘要:笔者回顾性分析近8年收治的15例胰腺损伤病例的临床资料,胰腺损伤分级:I级2例,II级3例,III级5例,IV级4例,V级1例。15例患者均手术治疗。5例行局部清创引流。胰头侧近端缝扎,体尾部切除6例(其中行保留脾脏的胰体尾切除4例),胰头侧近端缝扎,远侧行胰空肠 Roux-en-Y 吻合2例。对1例V级损伤行十二指肠憩室化手术;1例IV级损伤合并脾静脉、门静脉破裂致腹腔大出血休克死亡,未完成手术。14例痊愈。14例中并发创伤性胰腺炎1例,经非手术治疗痊愈。胰漏4例,经引流,善宁及联合使用抗生素治愈。提示早期诊断、术中细致探查是治疗胰腺损伤成功的关键之一。

关键词:

中图分类号: **文献标识码:**B

胰腺损伤在腹部创伤中较少见,占腹部创伤的1%~3%。但近20年来由于交通事故的发生率升高,胰腺损伤的比例也呈上升趋势。我院1997年5月~2005年5月收治15例胰腺损伤,现将诊治情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男13例,女2例。年龄8~46岁。致伤原因:闭合性腹部损伤、挤压伤、坠落伤13例,刀刺伤2例。其他脏器合并伤包括肝损伤9例、胃贯通伤2例、十二指肠损伤2例、胸部损伤6例、横结肠损伤3例、脾脏损伤4例、大血管损伤1例、四肢及骨盆骨折7例。损伤至入院时间6h3例,6~12h11例,12h以上1例。临床表现为腹痛、腹胀伴恶心呕吐。血清淀粉酶>220IU/L3例,尿淀粉酶>800IU/L1例,CT检查6例中2例(33.3%)诊断为胰腺损伤,B超检查8例中2例(25.0%)诊断为胰腺损伤。入院明确诊断2例,余为术中探查证实。

1.2 损伤分级

按1990年美国创伤外科协会(AAST)胰腺损伤分级^[1],I级损伤2例,II级3例,III级5例,IV级4例,V级1例。

收稿日期:2005-06-07; **修订日期:**2005-10-29。

作者简介:李平(1965-),男,新疆阿克苏人,新疆阿克苏市农一师医院副主任医师,主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者:李平 电话:0997-2123821-2016, 13999220095(手机); E-mail:doctorLixue@163.com。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

根据临床表现、查体及辅助检查15例均有手术指征而行手术治疗。先行处理腹腔脏器合并伤。行胃、结肠修补5例,肝破裂修补9例,十二指肠损伤行三腔造瘘2例。对胰腺损伤作如下处理:I级损伤,行胰腺被膜缝合止血,局部引流。II级损伤,行清创、修补、胰周双套管冲洗及引流。在III级损伤中,1例行胰体尾部切除加脾切除,4例行保留脾脏的胰体尾切除,近端缝扎,胰床置外引流术。IV级的4例中,1例行损伤远侧胰腺+脾切除,胰床置引流,2例行胰腺近端缝扎,远侧行胰空肠 Roux-en-Y 吻合术,1例合并脾静脉、致腹腔大出血,未完成手术于术中死亡。V级损伤的1例行十二指肠憩室化术。

2.2 治疗结果

术后1例并发创伤性胰腺炎,经非手术治疗病愈。发生胰瘘4例,1例引流40d自愈,余3例引流2~3周自愈。无胰腺假性囊肿并发症发生。14例治愈。不可逆休克术中死亡1例。

3 讨论

胰腺损伤早期诊断极为困难,因其腹膜刺激小临床表现及体征轻微,易被腹腔实质脏器或空腔脏器损伤的表现所掩盖。且一旦受伤往往为多发伤,伤情严重,不允许进一步B超及CT检查。本组15例均有合并伤,仅2例术前CT检查提示胰腺横断。所以在诊断中必须注意以下几点:(1)详询病史,注意外力与脊柱之间的关系。(2)对腹部

损伤后出现腹膜刺激征者应高度怀疑有胰腺损伤的可能。

(3) 多器官损伤在剖腹探查时,勿遗漏对胰腺的探查。

血清淀粉酶的测定对胰腺损伤的诊断价值较小。腹部损伤伴淀粉酶升高的患者中胰腺损伤仅占8%,而在十二指肠、空肠损伤可见淀粉酶升高,胰腺损伤的患者40%早期淀粉酶可能正常^[2],本组仅3例术前血清淀粉酶升高。B超已成为诊断腹部创伤的首选方法,但对胰腺损伤的诊断易遗漏。本组行B超检查8例,2例提示胰腺损伤,漏诊率为75.0%。CT诊断胰腺损伤亦较困难,各家报道其可靠性不一。Udekwu等^[2~4]认为CT诊断胰腺损伤的正确率是所有腹腔脏器中最低者,CT假阴性率达40%,其对大胰管损伤的诊断意义不大。本组CT检查6例,仅发现2例胰腺横断伤。提示CT仅对胰腺横断伤诊断有一定的帮助。文献报告逆行胰胆管造影(ERCP)是诊断胰管损伤的可靠方法之一,可在生命体征平稳的患者中使用。本组因伤情及医院条件所限未行此项检查。

手术处理:胰管较血管脆弱,较大的胰管可在无明显胰腺损伤或水肿时发生断裂,均应在胰床设置外引流。对裂伤只需清创止血,单纯外引流即可。本组I级和II级损伤5例,行上述方法处理,发生胰漏1例,引流2周后自愈,未发生腹腔感染。III级损伤多位于肠系膜上静脉左侧。姚榛祥^[5]主张行包括损伤在内的远侧胰腺切除,近端缝扎,胰床置管引流。本组III级损伤5例采用此法,无胰漏及胰周脓肿发生。本组IV级损伤4例,其中1例因合并门静脉、脾静脉破裂致腹腔大出血未完成手术死于休克。1例远侧切除者手术后1周时血糖最高值>15.6mmol/L,后渐下降至正常;术后监测血糖3个月未再出现高血糖症。本组术后胰漏2例,引流3周后自愈。V级损伤属胰头损伤,须行胰十二

指肠切除,但手术病死率高达30%~40%^[6]。本组1例行十二指肠憩室化手术,术后胰漏引流40d自愈,效果满意。

其他治疗:善宁、大剂量联合使用抗生素加之充分引流可以较成功地控制和预防胰漏及腹腔感染,短程大剂量地塞米松静脉注射,有良好的降温、抗毒抗休克及促进症状缓解的作用,能防止器官衰竭进一步发展。近7年来笔者采用了此方法用于救治多器官损伤合并胰腺外伤取得了较满意的疗效。

参考文献:

- [1] Moor EE, loghill TH, Malangoni MA, *et al.* Organ injury scaling: pancreas, cluocluenuim, small bowel, colon and rechim [J]. *Trauma* 1990, 30(11):1427-1429.
- [2] Udekwul PO, Gurkin B, Oller DW. The use of computed tomography in blunt abdominal injuries [J]. *Am Surg*, 1996, 62(1):56-59.
- [3] Clements RH, Reisser JR. Urgent and oscopic retrograde pancreat. graphy in the stable trauma patient [J]. *Am Surg*, 1996, 62(6):446-448.
- [4] Bradley EL, Young PB, Chang MC, *et al.* Diangnosis and initial management of blunt pancreatic trawma: guidelines from a multi-institutional review [J]. *Am Surg*, 1998, 227(6):861-869.
- [5] 姚榛祥. 胰腺横断性损伤的术式选择[J]. *中华实用外科杂志*, 1999, 19(7):433-434.
- [6] Wilson RH, Moorehead KJ. Current management of trauma to the pancreas [J]. *Br J Surg*, 1991, 18(10):1196-1202.

胰腺炎、胰腺癌外科临床诊治专题学术研讨会征文

由中华医学会外科学会胰腺外科学组、中华医学会《中华肝胆外科杂志》联合主办、广东佛山市第一人民医院协办的“胰腺炎、胰腺癌外科临床诊治专题学术研讨会”定于2006年4月24~27日在广东佛山市举办,研讨会集中介绍胰腺炎(重症型、爆发型、慢性型)和胰腺癌的临床问题、外科处理、手术和综合治疗的最新进展、诊断分型、治疗效果;开展当前面临热点问题的讨论,并展(演)示临床诊疗的新方法、新技术、新手术和新器材的应用,以进一步推动学术交流,发展和提高临床诊疗水平,并勾画进一步协作和研究。

会议邀请知名专家作专题演讲,采取提问、讨论、争鸣、答辩新方式进行研讨,共同关注和参与。会议广泛征集2005年以前未公开发表的临床经验总结论文或800字以内摘要、新手术和影像资料的放映以及学术资料、图片(展板120cm×100cm)展示,会议拟安排手术实况演播,使会议生动活泼,人人都来参与,个个都有收获,工作中都有参考、都会应用、都有提高。

欢迎报名、来稿、寄来资料截稿日期:2006年3月15日 联系和收稿单位:《中华肝胆外科杂志》编辑部信封注明“胰腺外科会征文” 地址:北京市复兴路28号,邮编:100853 电话:010-66936223 传真:010-68177009 E-mail:zhgdwkkz@vip.163.com。