

· 临床研究 ·

小儿急性胰腺炎 19 例报告

陈 辉 何 美

【摘要】 目的 探讨小儿急性胰腺炎的发病以及诊治经验。方法 回顾性分析我院 19 例小儿急性胰腺炎患儿的诊治经过,总结分析其临床表现、实验室检查以及诊治过程。结果 本组 19 例,男 12 例,女 7 例,平均年龄 8.5 岁,均有明显腹痛病史,实验室检查血清淀粉酶均升高。

【关键词】 急性病; 胰腺炎/外科学

急性胰腺炎是小儿严重的急腹症之一,治疗不及时、措施不当将会引起严重的后果。尤其是重症胰腺炎会发生严重并发症,甚至可危及患儿生命。我院 1990 年~2006 年共手术治疗小儿急性胰腺炎 19 例,均治愈出院。现报道如下。

资料与方法

本组 19 例,男,12 例,女,7 例。平均年龄 8.5 岁(3~14 岁)。均急性发病,有明显腹痛病史,其中持续性腹痛伴上腹部绞痛 16 例;腹痛伴呕吐 15 例,为非喷射性呕吐,呕吐物为胃内容物,2 例吐出蛔虫;腹痛伴发热 10 例,其中 6 例超过 39℃;腹痛伴有黄疸 6 例。19 例均有腹部压痛,其中上腹部压痛 15 例;全腹压痛 4 例;反跳痛 4 例。2 例在右肋缘下可扪及椭圆形包块。3 例发生中毒性休克。6 例行腹腔穿刺,2 例抽出淡血性混浊液体,4 例为浅黄色液体。

19 例血清淀粉酶均升高,其中 500~1 000 μ /L 13 例,超过 1 000 μ /L 6 例。胆红素升高 14 例,直接胆红素升高 11 例。肝功能转氨酶升高 12 例。碱性磷酸酶升高 15 例。乳酸脱氢酶升高 7 例。白细胞总数均有不同程度增高,5 例在 20×10^9 /L 以上,6 例腹腔穿刺液淀粉酶大于 1 000 μ /L。

B 超、CT 检查 19 例,16 例有胆道系统疾患,其中胆囊结石 4 例;胆总管结石 3 例;胆道蛔虫 7 例;胆道化脓感染 2 例。19 例均有胰腺水肿增大。

结 果

19 例均为急性胰腺炎,其中水肿型 16 例,坏死重症型 3 例。全组均经积极非手术治疗 2~7 d,胆道梗阻症状和(或)胰腺炎症状无明显缓解或加重,转手术治疗。16 例胆源性胰腺炎中,15 例行胆总管切开减压探查 T 管引流,其中 10 例取出蛔虫、蛔虫残体或结石;2 例胆道化脓性感染予冲洗引流;4 例胆囊结石予摘除胆囊,其中 1 例未行胆总管探查。19 例均分离胃结肠韧带进入小网膜腔探查胰腺,胰腺被膜切开、腺体松动、清除坏死组织、胰腺周围行单管或多管引流。本组全部治愈出院,无死亡病例。

讨 论

小儿急性胰腺炎的病因不十分清楚,从临床来看,是多种病因和多因素相互影响或共同作用的结果。文献报道主要与胆道梗阻、感染、创伤、激素及某些药物(硫酸嘌呤、消炎痛等)因素有关。从本组病例来看主要是胆源性感染,其中以胆道蛔虫较多。这可能与边远地区蛔虫感染率高,胆道蛔虫发生率相对较高,致使胆胰逆行感染有关。其发病机制可能是在胆道梗阻或蛔虫上行逆行感染的基础上,致胰管内压力上升或感染到胰腺体内,胰腺细胞受损或胰管内压上升后胰液向胰腺体内渗出,胰酶对胰腺和周围组织进行消化和自我消化所致。当胰管压力增高后,导致血中炎性介质血清肿瘤坏死因子(TNF- α)、血清内皮素(ET-1)和血清磷脂酶 A₂(PLA₂)增高,间接或直接影响心、脑、消化、呼吸和内分泌系统血流,使这些器官受到损害,功能下降^[1],严重患儿可发生多器官功能不全,因此,小儿急性胰腺炎是一种多脏器功能受损的疾病。

作者单位:贵州省人民医院小儿外科(贵阳,550002),E-mail: Huyueguang@yahoo.com.cn.

小儿急性胰腺炎诊断并不困难,临床医师对本病应有足够的认识。在急性腹痛发作伴上腹部压痛或左腰部叩击痛,腹膜刺激征伴有血性腹水,血、尿或腹水中胰酶升高,以及影像学检查胰腺有炎症改变,而排除其他急腹症者即可诊断本病^[2]。急性轻型胰腺炎和重型胰腺炎是本病发展的两个阶段,二者之间没有明显的界限。急性重型胰腺炎临床表现凶险,患儿发病后短时间内可出现严重的腹膜刺激征、腹水、肠麻痹、脱水和休克。因此,急性胰腺早期诊断,积极治疗是降低死亡率的重要环节。

急性胰腺炎的治疗包括非手术治疗和手术治疗。对非手术治疗后病情无好转或持续恶化的病例,手术治疗非常重要。从本组经验来看,胆道疾患的胆源性胰腺炎,因有胆囊或胆管器质性病变或机械性梗阻,非手术治疗效果差,因此,应采取积极手术治疗。手术的目的是清除坏死感染的组织和充分引流,防止大量炎症介质进入血流导致其他组织器官受损,胰腺坏死组织清除术的原则是:①尽量保存有活力的胰腺组织;②手术操作要仔细,即要尽量

清除胰腺和胰腺外坏死组织,又要尽量减少术中 and 术后出血;③引流通畅,要保证术后腹膜坏死组织和渗出最大限度的排出和引流^[3]。对手术时机的选择上许多学者有不同的观点。我们认为,如有下列指征应尽早手术:①胆源性胰腺炎胆道梗阻不缓解或加重;②出现弥漫性腹膜炎;③CT 发现胰腺有脓肿、坏死;④无法排除其他威胁生命的急腹症时^[4]。

参 考 文 献

- 1 褚先秋. 小儿急性胰腺炎的临床特点与实验研究[J]. 中华小儿外科杂志, 2003, 24(1): 54.
- 2 吴梓梁, 主编. 临床儿科学[M]. 广州: 广州出版社, 1998. 1650.
- 3 雷若庆, 张圣道. 胰腺坏死感染的手术指征时机和方式选择[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 12(3): 34.
- 4 陈洁. 小儿急性胰腺炎的诊断和非手术治疗[J]. 小儿急救医学, 2003, 10(6): 349.

(上接第 43 页)

造成慢性感染, 形成迁延不愈的肛瘘。

小儿肛瘘在治疗上不仅要求疗效好, 复发率低, 而且对小儿控便、排便能力也有较高的要求。虽然部分肛瘘可以自愈, 但大部分患儿都需要手术治疗。传统的窦道切开和挂线疗法愈合时间长, 一般约需 4 周左右, 且术后伤口疼痛较重, 小儿配合能力差, 也给治疗和护理带来一定的困难。


我院采用 I 期切除瘘管、缝合切口的手术方式治疗肛瘘, 该手术具有创伤小, 操作简单易行, 痛苦小, 复发率低, 肛门控便能力良好, 疗程短的优点, 但可能发生切口感染。我们在工作中体会到只要严格掌握手术指征(对无明显感染的单纯肛瘘可采用该手术方法), 完善围手术期处理, 手术时操作细致即可以有效地减少切口感染的发生。手术中还应注意以下要点: ①术前积极控制感染, 清洁肠道; ②仔细探查瘘管走行和内口, 完整切除瘘管, 对于瘘管粗大、瘢痕组织较多者宜尽量减少周围健康组织特别是肌肉组织的损伤; ③缝合前手术创面彻底止血和冲洗, 以减少上皮细胞碎片的存在, 从

而减少异物感染的机会^[4]; ④手术缝合紧密, 分层对合齐整, 避免留死腔, 重视括约肌修补对瘘管复发的影响, 可采取分层缝合的方法, 加强对括约肌的修补, 使创面缝合紧密; ⑤术后控制肛门排便 5~7 d, 加强伤口护理, 及时清除肛内分泌物。

参 考 文 献

- 1 刘宇, 陈雨历. 瘘管切除直肠粘膜下拖出覆盖瘘内口治疗小儿单纯性肛瘘 [J]. 临床小儿外科杂志, 2003, 2 (6): 147.
- 2 孙琳, 王燕霞. 小儿肛瘘的好发部位和原因探讨 [J]. 临床外科杂志, 1994, 2 (6): 306-307.
- 3 张东铭, 主编. 盆底与肛门病学[M]. 贵州科学技术出版社, 2000. 448-469.
- 4 李正, 王慧贞, 吉士俊. 小儿实用外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 957.

小儿急性胰腺炎19例报告

作者：[陈辉](#)，[何美](#)
作者单位：[贵州省人民医院小儿外科, 贵阳, 550002](#)
刊名：[临床小儿外科杂志](#) 
英文刊名：[JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)
年，卷(期)：2007, 6(3)
被引用次数：1次

参考文献(4条)

1. [陈洁](#) [小儿急性胰腺炎的诊断和非手术治疗](#)[期刊论文]-[小儿急救医学](#) 2003(06)
2. [雷若庆](#); [张圣道](#) [胰腺坏死感染的手术指征时机和方式选择](#)[期刊论文]-[中国实用外科杂志](#) 2003(03)
3. [吴梓梁](#) [临床儿科学](#) 1998
4. [褚先秋](#) [小儿急性胰腺炎的临床特点与实验研究](#)[期刊论文]-[中华小儿外科杂志](#) 2003(01)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [陈平常](#) [重症急性胰腺炎手术指征与时机的选择](#) -[医学临床研究](#)2008, 25(2)
[目的]探讨重症急性胰腺炎(SAP)手术治疗的指征与时机。[方法]65例SAP患者,非手术治疗23例,手术治疗42例。手术组暴发性急性胰腺炎(FAP)24 h内手术3例,24 h后手术2例。合并腹腔间隔综合征(ACS)48 h内手术2例,48 h后手术1例。胰腺及胰周坏死感染3周内手术14例,其中2例术后10 d和12 d并发胰腺脓肿再手术切开置管外引流;1例合并胰腺假性囊肿3个月后再手术行囊肿空肠Roux-en-Y吻合内引流术。有胆道梗阻者同时作胆总管切开取石、T管引流20例;无胆道梗阻者3个月后进行胆囊切除术7例。[结果]非手术组治愈9例,死亡14例;手术组治愈31例,死亡11例,两组比较差异有显著性($P<0.01$)。FAP 24 h内手术3例,死亡1例;24 h后手术2例,死亡2例。合并ACS 48 h内手术2例,无死亡病例;48 h后手术1例,死亡1例。胰腺及胰周坏死感染3周内手术14例,出现并发症5例,再手术3例,死亡6例;3周后手术20例,出现并发症1例,死亡1例。两者并发症比较($P<0.05$),再手术比较($P<0.05$),死亡率比较($P<0.01$)。[结论]正确掌握手术指征与时机,是SAP救治成功的关键。
2. 期刊论文 [黄荣柏](#), [胡锡琼](#), [HUANG Rong-bo](#), [HU Xi-cong](#) [重症急性胰腺炎手术时机选择的发展与演变](#) -[中国普通外科杂志](#)2006, 15(6)
综述国内外有关重症急性胰腺炎(SAP)手术时机选择的文献。结果显示SAP手术时机选择的发展与演变大致可分为3个阶段,20世纪60~80年代,开创了以早期手术为手段治疗SAP的先河;80年代后期至90年代后期,以个体化治疗方案和在此基础上进一步完善的后期手术综合治疗体系为手段治疗SAP,取得良好的临床疗效;20世纪90年代末期至21世纪初,进一步确立暴发性胰腺炎(FAP)的诊断,并根据FAP病理生理变化的特殊性明确提出FAP的有效治疗措施是早期手术。这3个阶段SAP手术时机选择的发展与演变反映出对SAP的研究不断深入,疗效不断提高。
3. 期刊论文 [龚爱民](#), [康健](#), [田平](#), [GONG Ai-min](#), [KANG Jian](#), [TIAN Ping](#) [急性重症胰腺炎治疗:附41例报告](#) -[中国普通外科杂志](#)2005, 14(8)
回顾性分析1997~2005年收治的41例重症急性胰腺炎的临床特征、治疗方法和病死率等资料,其中早期手术13例,非手术治疗后中转手术5例。治愈33例,治愈率80.5%。其中手术治疗18例,治愈12例,手术治愈率66.7%;非手术治疗23例,治愈21例,非手术治愈率91.3%。提示重症急性胰腺炎早期应强调以非手术为主的综合治疗,但对有早期手术指征和中转手术指征患者,应及时行手术治疗。
4. 期刊论文 [高德明](#), [马庆久](#), [GAO De-ming](#), [MA Qing-jiu](#) [重症急性胰腺炎的早期处理和手术时机](#) -[中国普通外科杂志](#)2005, 14(5)
重症急性胰腺炎(SAP)是一种来势凶险的急腹症,因其起病急骤、病情变化迅速且复杂多变,临床诊治难度大,而成为医学界同仁们关注的热点和治疗决策的难点。综观近30年来我国重症急性胰腺炎治疗徘徊的历程,从上个世纪70~80年代主张早期手术,甚至SAP一经诊断就立即手术及过分强调手术切除的彻底性,这种积极手术和良好愿望及推理,并未被不断的临床实践和动物实验所证实,结果过早的手术干预和巨创加重了MOF,未能提高成活率。现已认识到SAP早期的胰腺多为无菌性坏死,属于SAP的第一期(急性反应期),此时局部病变造成全身炎症反应及胰外器官损害的危重性远远超出胰腺病变的本身,所以,防治多器官功能衰竭成为提高SAP早期治疗的关键。
5. 期刊论文 [杨凤辉](#), [王占民](#), [刘军](#), [YANG Feng-hui](#), [WANG Zhan-min](#), [LIU Jun](#) [早期手术治疗重症急性胰腺炎20例分析](#) -[中国普通外科杂志](#) 2005, 14(5)
为探讨重症急性胰腺炎(SAP)早期手术的效果,对6年间收治的20例SAP患者,在非手术治疗24~48h仍无好转的情况下因符合手术指征而行早期手术治疗进行回顾性分析。术中吸净腹腔积液;如胰腺坏死较轻不剪开胰腺被膜,如胰腺坏死较重则剪开胰腺被膜充分松动胰床,但不作过多的胰腺及腹膜后坏死组织清除。胆源性胰腺炎加行胆囊切除加T管引流。术后保持引流通畅。结果显示,本组早期手术治愈率85.0%(17/20),死亡3例,病死率15.0%,均死于术后多脏器衰竭。手术至死亡时间分别为21,31,36d。提示积极早期手术治疗可提高SAP的治疗效果。
6. 期刊论文 [李卫民](#) [重症急性胰腺炎术后并发十二指肠瘘](#) -[中国普通外科杂志](#)2004, 13(10)
目的探讨重症急性胰腺炎(SAP)术后并发十二指肠瘘的原因及防治方法。方法对22例SAP术后并发十二指肠瘘患者的临床资料进行回顾性分析。结果 184例手术治疗的SAP发生十二指肠瘘22例,15例出现在术后2周,18例非手术治疗自行愈合,4例再次手术治愈。结论 SAP早期手术、胰周感染、手术时引流管放置不当或时间过长与十二指肠瘘发生有关。保持瘘口周围引流通畅,积极控制胰周感染,抑制胃肠道分泌,加强营养支持,多数十二指肠瘘可自行愈合。
7. 期刊论文 [张晓国](#), [刘志苏](#), [欧新元](#) [病程半年以上重症急性胰腺炎成功治愈7例报告](#) -[中国普通外科杂志](#)2003, 12(12)
总结病程半年以上重症急性胰腺炎(SAP)成功治愈经验,回顾分析7例病程超越半年以上SAP的临床诊治过程。体会:坚持“个体化治疗方案”,坚持对胰腺炎病因治疗及合并感染后的选择治疗。在胰腺炎全身反应期,注重胰外脏器的监测及保护。全身感染期,注重胰腺继发性感染和感染后并发症。残余感染期,注重胰周脏器损害尤其胃肠道并发症的发生和处理。
8. 期刊论文 [戴运宏](#), [刘帮芝](#), [翁端舜](#) [重症急性胰腺炎手术时机与术式选择](#) -[中国普通外科杂志](#)2003, 12(9)
目的探讨重症急性胰腺炎(SAP)的最佳手术时机及术式,方法对收治的56例患者并经手术治疗的临床资料进行回顾性分析。结果 54例(96.4%)在发病后48h内手术,均治愈;2例(3.6%)在发病后5~6d手术者,均于术后24h死于多器官衰竭。结论 SAP无论发病时间长短,只要病情在某一时期发展到具备特定的手术指征时即应尽早手术。
9. 期刊论文 [韩要法](#), [刘洪建](#) [重症急性胰腺炎早期手术治疗18例](#) -[中国普通外科杂志](#)2002, 11(10)
目的探讨重症急性胰腺炎(SAP)的早期手术时机及指征。方法回顾性分析对18例SAP进行早期手术治疗的临床资料。结果 SAP I级6例均治愈;II级12例,治愈8例,死亡4例,其中II级单一脏器受损者8例,治愈6例,死亡2例;2个或2个以上脏器受损者4例,治愈2例,死亡2例,总病死率为22.2%。死亡原因为休克、ARDS及MOF。结论 SAP早期应有选择地采取手术治疗,宜在严重感染或MOF前进行。手术以清除胰腺坏死组织,胰周置管冲洗引流为宜。
10. 期刊论文 [谢新波](#), [吴青松](#), [李灼日](#) [重症急性胰腺炎手术的时机和术式探讨](#) -[中国普通外科杂志](#)2002, 11(3)
目的探讨重症急性胰腺炎(SAP)手术治疗的时机和术式。方法对58例SAP患者采用手术治疗的时机、术式及疗效进行回顾性分析。结果 58例SAP患者均于入院后2~48h(平均18.5h)行手术治疗,手术时充分引流,清除大部分胰腺组织;早期手术死亡率3.5%,并发症发生率18.9%,疗效满意。结论 SAP患者经保守治疗无效后可在1周内行手术;手术方式应以充分引流、去除病因为基本原则。

引证文献(1条)

1. [文勇](#), [杨闻晓](#) [小儿重症胰腺炎18例诊治分析](#)[期刊论文]-[临床小儿外科杂志](#) 2008(4)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200703022.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: bc95ab59-9e21-47c2-8647-9ed40112e026

下载时间: 2011年4月29日