

## 小儿重症胰腺炎 18 例诊治分析

文 勇 杨 闯 晓

**【摘要】** 目的 探讨小儿重症胰腺炎的临床表现及诊疗经验。方法 回顾 18 例重症胰腺炎患儿的治疗经过,分析其临床疗效,总结治疗经验。结果 18 例中,13 例采取非手术治疗,5 例行手术治疗,均获痊愈。结论 小儿重症胰腺炎宜采用以非手术治疗为主的综合治疗,治疗过程中应遵循“个体化”的治疗方案,掌握手术原则。

**【关键词】** 胰腺炎,急性坏死性 / 诊断;胰腺炎,急性坏死性 / 治疗

急性重症胰腺炎即出血坏死性胰腺炎,是小儿外科严重的急腹症之一。<sup>[1]</sup>患儿起病急骤,病程进展快,容易误诊,死亡率较高。本院自 1996 至 2007 年共收治 18 例,其中手术治疗 5 例,非手术治疗 14 例,疗效满意,现报告如下。

### 资料与方法

#### 一、一般资料

本组 18 例,其中男 15 例,女 3 例,年龄 3 ~ 13 岁。4 例有暴饮暴食史,4 例有上呼吸道感染病史,3 例食用糯米食品,3 例有胆道蛔虫病史,2 例有腮腺炎病史,首诊时病程 1 ~ 3.2 d。

#### 二、临床表现

18 例均起病急骤,以明显腹痛为主要临床表现,并存在多个临床症状,其中伴呕吐 7 例(39%),腹胀 15 例(83%),腹泻 4 例(22%),发热 3 例(47%),腹水 14 例(78%),肠麻痹 10 例(56%)。5 例(28%)就诊时存在休克,1 例(6%)治疗过程中出现休克。1 例误诊为急性肠系膜淋巴结炎,1 例误诊为绞窄性肠梗阻,1 例误诊为急性菌痢,误诊率为 17%。

#### 三、实验室检查

血常规检查:17 例白细胞计数均明显增高,其中 10 例 WBC  $1.3 \sim 1.8 \times 10^9/L$ ,7 例 WBC  $2.0 \times 10^9/L$  以上。15 例血及尿淀粉酶增高 4 倍以上,其中 1 例腹腔穿刺液淀粉酶明显增高,超过  $1\,000\ U/L$ 。3 例血、尿以及腹水淀粉酶均正常。14 例存在腹水,其中 9 例穿刺液为淡红、暗红或深褐色,血生化检查均存在低血钙及不同程度的二氧化碳结合率降低。17 例 CT 和 B 超检查显示胰腺肿大或胰腺坏

死,其中 1 例经急诊手术确定。10 例有胸腔积液,其中 5 例为大量胸腔积液,5 例为少量胸腔积液。

#### 四、治疗方法

1. 非手术治疗:13 例(均为 2000 年以后病例)采取非手术治疗,包括禁食,胃肠减压,腹腔穿刺引流,营养支持和纠正水、电解质紊乱,使用头孢三代抗生素,补充血浆、白蛋白等措施,经治疗 24 ~ 48 h 后,3 例好转。1 例病情未见好转,腹膜炎症状加重,腹腔压力增高无改善,转手术治疗。

2. 手术治疗:共 5 例,其中 2 例确诊为出血性坏死性胰腺炎,剖腹探查发现胰腺部分坏死或大部分坏死,行坏死灶清创引流术和胰尾部切除加清创引流术;2 例腹腔穿刺引流效果欠佳,病情无好转,腹膜炎症状加重,腹腔压力增高无改善,合并腹腔间隙室综合征,转行坏死胰腺部分清除加胰周多管引流术;1 例腹水为暗红色,查血、尿及腹水淀粉酶均正常,误诊为绞窄性肠梗阻,行剖腹探查术,术中发现胰腺点片状坏死,未打开胰腺包膜,单纯置腹膜后引流管,未做进一步手术处理。

### 结 果

13 例非手术治疗患儿中,12 例 2 ~ 5 周后痊愈出院,其中 1 例 3 个月复查 CT 发现胰腺囊肿,直径 3 cm,无症状,半年后再次复查时已消失;1 例出院后 2 周出现腹腔内脓肿,经皮硝外敷后脓腔明显缩小,2 周后 B 超复查脓肿完全消失。

5 例手术治疗患儿中,2 例无并发症;1 例形成胰痿,术后 45 d 带管出院,3 个月后胰痿自行愈合;1 例形成胰腺囊肿,6 个月再次行内引流术,随访 1 ~ 2 年,复查 B 超、CT 均无异常,血糖及血尿淀粉酶、血钙均正常。

作者单位:湖南湘西自治州人民医院普外科(416000)

## 讨 论

小儿急性胰腺炎临床表现多样, 症状多不典型, 多数有剧烈上腹痛, 较早出现腹胀和腹膜炎, 早期出现休克, 血、尿淀粉酶增高, 部分甚至存在血性腹水。血淀粉酶增高及腹部 CT 检查可明确诊断。由于小儿病史表达不详和检查不合作, 以及部分病例症状不典型, 常易导致误诊, 如本组 1 例临床表现为左上腹疼痛、腹胀、肛门停止排气排便, 血、尿、腹水淀粉酶正常, 未行 CT 检查, 以致误诊为绞窄性肠梗阻, 于剖腹探查时才确诊; 另 1 例有上呼吸道感染病史, 表现为腹痛, 血、尿淀粉酶及 B 超检查均正常, 经 CT 检查确诊。

小儿重症胰腺炎为进行性损害, 大多数学者认为, 一旦确诊应尽早手术, 近年来普遍认为应用“个体化治疗方案”可取得良好疗效<sup>[1]</sup>。本组非手术治疗 14 例均获痊愈。

小儿重症胰腺炎常因机体抵抗力下降, 脏器功能相对不完善, 患病时全身炎症反应综合征(SIRS)表现突出, 因而早期容易发生多器官功能衰竭(MODS), 已证实重症胰腺炎导致 MODS 的原因在于释放大量炎症细胞因子, 使组织器官严重受损, 引发 MODS。

采取腹腔或腹膜穿刺引流(300~700 ml/d)、利尿剂以及血液净化等治疗重症胰腺炎, 其目的是清除或减少体内毒素、炎症介质及细胞因子, 阻断炎症介质链的启动, 阻止 SIRS 向 MODS 发展<sup>[2]</sup>。同时第三间隙异常(体液的体内转移), 表现为腹膜腔及腹膜后大量积液, 胸膜腔反应性积液, 梗阻时胸腔内大量积液及合并休克时大量体液淤积于微循环中, 这部分液体不能参与体液的正常代谢, 虽体重不减轻, 但体液丧失的临床表现却很重, 起病 24 h(特别是前 8 h)的补液治疗很重要, 其中体液中的胶体最为重要。前 8 h 补液量应达每小时 20~30 ml/kg, 同时参考电解质、血红蛋白、尿量、心率、血压、中心静脉压, 3~5 d 后胶体量所占比例应更高, 目的在于增高血浆胶体渗透压, 提高第三间隙液体的回收, 同时补充一定量蛋白质。

非手术治疗宜在重症监护下进行, 应监护各项生化指标及生命体征, 及时处理各种并发症, 早期预防 ARDS、MODF、DIC 等, 后期应警惕严重的腹膜感染或二重感染, 预防电解质紊乱, 改善胃肠功能,

加强营养支持, 应遵循“个体化”的治疗原则<sup>[3-5]</sup>。

有作者认为, 小儿急性胰腺炎症状多不典型, 体征无特异性, 给诊断带来一定困难。应结合病因及影像学检查尽早诊断<sup>[6]</sup>, 廖承德等<sup>[7]</sup>报告, 外伤、胆道疾病与感染是引起小儿急性胰腺炎的重要原因, Chen DF 等<sup>[8]</sup>认为, 如怀疑小儿急性胰腺炎, 应尽早进行影像学检查, 影像学检查异常的特异表现常与起病时间有关。

重症胰腺炎有下列指征时应尽早手术: ①手术治疗 24~48 h 病情不能控制, 腹膜炎症状加重, 生命体征不稳定; ②胰腺坏死并感染; ③腹膜间隙室综合征; ④出现需要手术的并发症, 如大出血、肠痿等。如本组 1 例出现持续性腹腔内压力增高, 多次穿刺置管于腹腔及腹膜后引流无效, 经中转手术后获得满意疗效。

小儿对手术的耐受能力差, 但胰腺组织修复能力明显高于成人, 因此, 手术范围不宜太大, 手术时间不宜过长, 小儿出血性坏死性胰腺炎不切开或单纯行胰腺包膜切开, 切除明显坏死的组织、小网膜和腹腔引流即能达到良好的疗效。此外, 保持围术期机体内环境平衡, 加强全身支持疗法以及控制感染, 对提高治愈率也十分重要。

## 参 考 文 献

- 1 刘保池, 杨孟选, 裴辉, 等. 重症急性胰腺炎的评估与手术时机选择 [J]. 世界急危重病医学杂志, 2007, 4(1): 1642-1644.
- 2 肠外肠内营养学分会指南与规范编委会. 急性胰腺炎与临床营养支持 [J]. 中国临床营养杂志, 2007, 15(6): 340-341.
- 3 陈辉, 何美. 小儿急性胰腺炎 19 例报告 [J]. 临床小儿外科杂志, 2007, 6(3): 47-48.
- 4 曹镇宁, 臧宏, 钱益. 重症胰腺炎 64 例个体化治疗的在认识 [J]. 南通大学学报(医学版), 2007, 27(5): 407-408.
- 5 汤耀卿. 多器官功能障碍综合征 [J]. 外科理论与实践, 2004, 9(5): 附 1-4.
- 6 薛平, 黄宗文, 赵建蕾, 等. 小儿急性胰腺炎的文献研究 [J]. 临床儿科杂志, 2005, 23(10): 748-749.
- 7 廖承德, 徐敬, 李红丽, 等. 小儿急性胰腺炎的影像学诊断 [J]. 临床小儿外科杂志, 2007, 6(5): 59-60.
- 8 Chen CF, Kong MS, Lai MW, et al. Acute pancreatitis in children: 10-year experience in a medical center [J]. Acta pediatric Taiwan, 2006, 47(4): 192-196.

# 小儿重症胰腺炎18例诊治分析

作者: [文勇](#), [杨闻晓](#)  
作者单位: [湖南湘西自治州人民医院普外科, 416000](#)  
刊名: [临床小儿外科杂志](#)   
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)  
年, 卷(期): 2008, 7(4)  
被引用次数: 0次

## 参考文献(8条)

1. [Chen CF;Kong MS;Lai MW](#) [Acute pancreatitis in children:10-year experience in a medical center](#) 2006(04)
2. [廖承德;徐敬;李红丽](#) [小儿急性胰腺炎的影像学诊断](#)[期刊论文]-[临床小儿外科杂志](#) 2007(05)
3. [薛平;黄宗文;赵建蕾](#) [小儿急性胰腺炎的文献研究](#)[期刊论文]-[临床儿科杂志](#) 2005(10)
4. [汤耀卿](#) [多器官功能障碍综合征](#)[期刊论文]-[外科理论与实践](#) 2004(05)
5. [曹镇宁;臧宏;钱益](#) [重症胰腺炎64例个体化治疗的在认识](#)[期刊论文]-[南通医学院学报](#) 2007(05)
6. [陈辉;何美](#) [小儿急性胰腺炎19例报告](#)[期刊论文]-[临床小儿外科杂志](#) 2007(03)
7. [肠外肠内营养学分会指南与规范编委会](#) [急性胰腺炎与临床营养支持](#)[期刊论文]-[中国临床营养杂志](#) 2007(06)
8. [刘保池;杨孟选;裴辉](#) [重症急性胰腺炎的评估与手术时机选择](#) 2007(01)

## 相似文献(1条)

1. 期刊论文 [戴勇. 赵小建. 彭建堂](#) [重症急性胰腺炎29例治疗体会](#) -[陕西医学杂志](#)2007, 36(7)  
重症急性胰腺炎(SAP)发病凶险、病情较重,常伴有多种并发症,病死率高,目前有报道为10%~20%[1].现将我院1998~2006年间收住的29例SAP患者的治疗效果进行回顾性分析,现报告如下.

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_lcxewkzz200804018.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200804018.aspx)

授权使用: [黔南民族师范学院\(gnnzsfxy\)](#), 授权号: f038cdc2-dea7-4021-a4e7-9ed401055642

下载时间: 2011年4月29日