

重症急性胰腺炎的手术综合治疗与非手术综合治疗对比分析

于建江

(汉沽中医医院外科, 天津 300480)

【关键词】 胰腺炎, 急性, 重症; 手术; 综合治疗

中图分类号: R605 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2008)06-0375-02

随着对重症急性胰腺炎(SAP)病理生理认识的深入和治疗经验的积累,近年来在SAP治疗方面已达到一定的共识,形成以个体化治疗为基础的非手术治疗策略^[1]。分析1990年2月—2007年8月本院收治的218例SAP患者临床资料,提出手术治疗与非手术综合治疗的想法,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:218例患者均符合中华医学会外科学分会胰腺外科学组SAP临床诊断和分级标准^[2],其中男115例,女103例;年龄16~82岁,平均(49±33)岁;SAP I级72例,II级146例。病因:胆源性129例,非胆源性88例(酒精性23例,高脂血症、妊娠、腹部手术后及不明原因诱发66例)。

1.2 病例分组及治疗情况:按治疗方法分为3组。入院3d内手术者(早期手术组)67例;入院后先经非手术治疗,3d后再行手术者(中转手术组)24例,中转原因为并发严重感染7例,晚期残余脓肿或后腹膜脓肿10例,出现多器官功能障碍综合征(MODS)且对治疗反应差4例,持续腹胀、腹部体征(腹腔间隔室综合征)不能缓解3例;病程中始终应用非手术治疗者(非手术组)127例。218例患者按年限分为3个阶段:第一阶段为1990年2月—1994年2月,共37例;第二阶段为1995年1月—2004年12月,共59例;第三阶段为2001年1月—2007年8月,共122例。

1.3 治疗方法

1.3.1 非手术综合治疗:严密监测重要器官功能并防治其功能障碍;禁食、胃肠减压、应用制酸药等使胰腺休息;用生长抑素抑制胰腺外分泌;积极扩容抗休克;纠正水、电解质及酸碱失衡;全胃肠外营

养(TPN)或肠内营养(EN)支持;使用硫酸镁、甘露醇等导泻以促进胃肠道功能恢复;预防性应用能通过血胰屏障且对肠道常见菌有效的抗生素等。

1.3.2 手术治疗:胰腺被膜切开减压;坏死组织清除;胰周及腹腔多管引流;胰腺局部切除;胃、空肠及胆道造瘘;胆囊切除;胆道减压引流等。

1.4 统计学处理:采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同阶段的疗效比较:218例中死亡43例,病死率为19.7%。治愈率第一阶段为59.4%(22/37),第二阶段为72.9%(43/59),第三阶段为89.3%(109/122),不同阶段治愈率比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.2 不同治疗方式疗效比较:非手术组治愈率最高[85.8%(109/127)],早期手术组最低[71.6%(48/67)],中转手术组居中[75.0%(18/24)]。不同方式治愈率差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 死亡原因:早期手术组死亡19例,主要死亡原因为多器官功能衰竭(MOF)、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)、急性肾功能衰竭(ARF)、肠瘘、胰瘘、严重出血和严重感染等。中转手术组死亡6例,死亡原因为MOF 3例、ARF 1例、严重感染2例。非手术治疗组死亡18例,死亡原因为MODS/MOF 10例、ARF 2例、严重感染2例、早期休克1例、ARDS 1例、中毒性脑病1例,另有1例合并支气管哮喘者出现哮喘持续状态,最终死于呼吸衰竭。

3 讨论

3.1 外科干预与非手术综合治疗的地位:随着对其发病机制的深入研究,发现SAP是一种胰腺局部病变诱发全身性炎症介质和细胞因子释放的“瀑布样级联反应”的全身性疾病,临床过程大致分

为早期的生理紊乱期和后期的坏死感染期。急性生理紊乱期伴有器官功能的损害,此时进行手术不能中止胰腺炎的病理进程,反而可能加重应激反应,并使原有血胰屏障破坏,增加术后胰腺感染等并发症的发生率和病死率;而非手术治疗则可能纠正SAP引起的一系列早期急性生理紊乱^[3]。危重症监护水平的提高以及现代影像检查结合胰腺穿刺技术等,使得对SAP严重程度的判断以及并发症的早期诊断成为可能,更使非手术治疗成为现实而不影响胰腺感染的手术治疗^[4]。

3.2 非手术综合治疗强调对患者的复苏和监护治疗:不管病因和病情严重程度如何,第三间隙的液体丧失很大,故须快速恢复和维持有效的血液循环容量;液体复苏时需对患者进行呼吸、心血管和肾功能监测^[5]。SAP患者均存在或可能发生低氧血症,应早期吸氧。ARDS者应尽早进行呼吸机支持。生长抑素使用广泛,可抑制胰液分泌,也可抑制肿瘤坏死因子(TNF)等释放,降低ARDS和休克等并发症的发生率^[6]。

笔者发现,凡胃肠功能恢复早者,病情好转均较快,故常规早期应用硫酸镁和甘露醇等泻药,以促进胃肠蠕动,减少肠道菌库的储存量,保护胃肠道屏障功能,减少细菌移位,也可促进腹腔渗液的吸收^[7]。肠道去污也可降低胰腺感染率。早期预防性应用抗生素可降低胰腺坏死组织感染的发生率,环丙沙星、甲硝唑、头孢噻肟和亚胺培南等能通过血胰屏障,对胰腺感染有预防作用^[8]。近年来,由于抗生素等的预防作用,胰腺感染的发生率有所下降,但真菌感染发生率上升。全身性真菌感染也是SAP后期死亡的重要原因之一,应予以重视^[9]。本组死亡病例中有2例为真菌感染或合并真菌感染,对此可给予氟康唑或两性霉素治疗,

作者简介:于建江(1964-),男(汉族),天津市人,副主任医师。

对有明确病灶者应同时予以引流。

在现代治疗学中,营养支持是 SAP 必不可少的措施之一,其实施方式一般采用从肠外营养(PN)向 EN 过渡。在国外,PN 已成为标准营养方式,但其具有增加费用及导管相关感染,可能导致电解质代谢失衡,改变肠道屏障、增加肠道渗透性等缺点,故目前越来越强调 EN 的应用。有研究表明,经鼻胃途径或鼻空肠途径的肠道营养是安全的^[10],但禁食是不可缺少的手段。胃肠道功能一旦恢复即应通过鼻空肠途径给予 EN,待患者病情稳定后再经口服,从少量饮水逐步过渡至流质、半流质,最后至普通低脂饮食。此期间应仔细观察患者主诉及腹部体征,若有异常则明确原因,给予相应处理。

3.3 SAP 手术或非手术综合治疗的选择:在对 SAP 患者行手术或非手术治疗的选择上,笔者认为应根据不同病因,遵循以下原则:①胆源性 SAP 患者,凡伴有胆道梗阻应及时手术或早期手术,目的是解除梗阻;无胆道梗阻者,应先行非手术治疗,待病情缓解后酌情行胆石症手术。②非胆源性 SAP 患者,先行非手术治疗。③对有下列特征的非梗阻性胆源性和非胆源性患者,如有早期手术指征,应及时实施手术治疗。如早期有严重全身感染;SAP II 级,经积极非手术治疗 48~72 h 后,症状无改善,腹部体征无改善甚至加重,且 CT 提示腹腔内及腹膜

后渗出未减少甚至增多;早期有中毒性休克、ARDS、MODS 等严重并发症,经积极对症和脏器功能支持治疗仍难以维持病情稳定。

有以下情况应及时中转手术:①治疗中出现感染者。如已明确或高度怀疑胰腺坏死合并感染、胰腺脓肿或腹膜后脓肿者,应作 CT 或 CT 引导下细针穿刺术;对体温 $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ 、白细胞计数 $\geq 20 \times 10^9/\text{L}$ 和腹膜刺激征范围 ≥ 2 个象限者,或 CT 上出现气泡征,或细针穿刺抽吸物涂片找到细菌者,均可诊断为坏死感染^[11]。本组有 17 例非手术治疗患者出现上述情况并及时中转手术,行感染坏死组织清除和引流术,治愈 13 例。②非手术治疗过程中,病情发展极快,证实有腹腔室隔综合征,腹膜刺激征严重,生命体征不稳,或有全身器官功能不全者,应及时行腹腔引流或腹腔引流加坏死组织清除术。本组有 7 例属上述情况,经积极的非手术综合治疗后反应差并及时中转手术,治愈 5 例,疗效尚满意。

参考文献

[1] 崔乃强,吴威中.重症急性胰腺炎治疗的现状和展望[J].中国危重病急救医学,2004,16(12):705-707.

[2] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.急性胰腺炎的临床诊断及分级标准[J].中华外科杂志,1997,35(12):773-775.

[3] 刘胜利,陈峰,陈怀仁.重症急性胰腺炎的非手术治疗[J].中华外科杂志,

1996,33(9):545-547.

[4] 么改琦,朱曦,薄世宁,等.重症急性胰腺炎早期判定指标研究[J].中国危重病急救医学,2007,19(8):460-462.

[5] Yousaf M, McCaillon K, Diamond T. Management of severe acute pancreatitis [J]. Br J Surg, 2003, 90(4): 407-420.

[6] Wyncoll DL. The management of severe acute necrotising pancreatitis: an evidence-based review of the literature [J]. Intensive Care Med, 1999, 25(2):146-156.

[7] 吕新生,张翼,李宜雄,等.甘露治疗重症急性胰腺炎[J].中国普通外科杂志,2004,13(6):401-404.

[8] Derveniz C, Johnson CD, Bassi C, et al. Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis [J]. Int J Pancreatol, 1999, 25(3):195-210.

[9] 石欣,宿士智,高乃荣.急性坏死性胰腺炎物质在肠壁的表达及肠黏膜通透性之间的关系[J].中国危重病急救医学,2007,19(8):452-455.

[10] Eatock FC, Brombacher GD, Steven A, et al. Nasogastric feeding in severe acute pancreatitis may be practical and safe [J]. Int J Pancreatol, 2000, 28(1): 23-29.

[11] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎诊治原则草案[J].中华外科杂志,2001,39(12):963-964.

(收稿日期:2008-10-19)

(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

欢迎订阅 2009 年《中国中西医结合急救杂志》

《中国中西医结合急救杂志》系中国中西医结合学会主办、天津市天和医院承办的全国性科技期刊(为中国中西医结合学会系列杂志之一,由《中西医结合实用临床急救》杂志更名),是我国中西医结合急救医学界权威性学术期刊,已进入国内外多家权威性检索系统。本刊为双月刊,64 页,国际通用 16 开大版本,80 克双胶纸印刷。欢迎广大读者到当地邮局办理 2009 年的订阅手续,邮发代号:6-93,定价:每期 9.0 元,全年 54.0 元。

订阅本刊的读者如果遇有本刊装订错误,请将刊物寄回编辑部调换,我们将负责免费邮寄新刊。

《中国中西医结合急救杂志》已经进入美国《化学文摘》(CA)、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)、“WHO 西太平洋地区医学索引(WPRIM)”、“中国期刊网”、“中国知网(CNKI)”、“万方数据网络系统(China Info)”、“eml20.com 危重病急救在线”以及国家中医药管理局“中国传统医药信息网”(http://www.Medicine China.com)。投本刊论文作者需对本刊以上述方式使用论文无异议,并由全部作者或由第一作者全权代表其他作者在版权转让协议和校稿上签字同意。稿酬已在本刊付酬时一次付清,不同意者论文可不投本刊。

《中国中西医结合急救杂志》开设有述评、专题讨论、博士论坛、论著、研究报告、经验交流、病例报告、治则·方剂·针灸、基层园地、临床病理(病例)讨论、消息、读者·作者·编者等栏目,欢迎广大作者踊跃投稿。同时,本刊倡导学术争鸣,对所投稿件将予以重视,优先考虑。

2009 年以前的合订本和单行本请在杂志社发行部电话订购:022-23042150。

地址:天津市和平区睦南道 122 号天和医院内;邮编:300050。

(本刊编辑部)

作者: 于建江, YU Jian-jiang
 作者单位: 汉沽中医医院外科, 天津, 300480
 刊名: 中国中西医结合急救杂志 **ISTIC PKU**
 英文刊名: CHINESE JOURNAL OF INTEGRATED TRADITIONAL AND WESTERN MEDICINE IN INTENSIVE AND CRITICAL CARE
 年, 卷(期): 2008, 15(6)
 被引用次数: 0次

参考文献(11条)

1. 中华医学会外科学分会胰腺外科学组 重症急性胰腺炎诊治原则草案[期刊论文]-[中华外科杂志](#) 2001(12)
2. Eatock FC;Brombacher GD;Steven A [Nasogastric feeding in severe acute pancreatitis may be practical and safe](#) 2000(01)
3. 刘胜利;陈峰;陈怀仁 [重症急性胰腺炎的非手术治疗](#) 1996(09)
4. 中华医学会外科学分会胰腺外科学组 [急性胰腺炎的临床诊断及分级标准](#) 1997(12)
5. 崔乃强;吴咸中 [重症急性胰腺炎治疗的现状和展望](#)[期刊论文]-[中国危重病急救医学](#) 2004(12)
6. 石欣;宿士智;高乃荣 [急性坏死性胰腺炎物质在肠壁的表达及肠黏膜通透性之间的关系](#)[期刊论文]-[中国危重病急救医学](#) 2007(08)
7. Dervenis C;Johnson CD;Bassi C [Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis](#) 1999(03)
8. 吕新生;张翼;李宣雄 [甘遂治疗重症急性胰腺炎](#)[期刊论文]-[中国普通外科杂志](#) 2004(06)
9. Wyncoll DL [The management of severe acute necrotising pancreatitis: an evidence-based review of the literature](#) 1999(02)
10. Yousaf M;McCallion K;Diamond T [Management of severe acute pancreatitis](#) 2003(04)
11. 么改琦;朱曦;薄世宁 [重症急性胰腺炎早期判定指标研究](#)[期刊论文]-[中国危重病急救医学](#) 2007(08)

相似文献(10条)

1. 期刊论文 李磊. 王兴鹏. 吴恺. LI Lei. WANG Xingpeng. WU Kai [脂多糖诱导实验性急性水肿性胰腺炎演变为急性坏死性胰腺炎的基因表达谱变化](#) -[胃肠病学](#)2008, 13(6)

背景:既往对急性坏死性胰腺炎(ANP)的研究一般仅限于个别炎症相关基因的阐明,其发展过程中的基因表达谱变化尚未明确。目的:应用基因芯片技术分析脂多糖(LPS)诱导小鼠实验性急性水肿性胰腺炎(AEP)演变为ANP的基因表达谱变化,探讨该过程的基因变化机制。方法:分别以腹腔内注射雨蛙肽和雨蛙肽+LPS诱导小鼠AEP和ANP模型,组织病理学检查鉴定建模是否成功。以Affymetrix小鼠寡核苷酸芯片检测AEP组和ANP组血白细胞基因表达谱,筛选差异表达基因。结果:ANP组/AEP组表达显著上调的基因包括转录因子、信号转导、炎症反应、黏附分子、急性反应蛋白、蛋白酶、细胞凋亡、氧自由基代谢等基因;表达显著下调的基因包括信号转导、黏附分子、细胞凋亡、防御反应、转录因子、代谢酶等基因。结论:AEP演变为ANP的基因变化模式可能为LPS等炎症信号激活酪氨酸蛋白激酶(TPK)信号通路和G蛋白介导的信号转导途径,活化C/EBP β 、Klf5等转录因子,从而促发Tnf, I11b, Tcam1等相关基因表达。

2. 期刊论文 王琛 [生长抑素应用于急性轻型胰腺炎时血浆内毒素和TNF \$\alpha\$ 水平变化](#) -[消化外科](#)2003, 2(1)

目的观察生长抑素(施他宁)对急性轻型胰腺炎的治疗效果及其对急性轻型胰腺炎患者血浆内毒素和THF α 水平的影响。方法58例急性轻型胰腺炎患者随机分为A、B两组,A组采用施他宁治疗(治疗组),B组给予一般常规治疗(对照组),于第1、3、5、7天抽血测定血内毒素和THF α 。结果急性轻型胰腺炎患者入院第1天的血浆内毒素和THF α 水平均明显高于健康人;治疗组患者血浆内毒素和THF α 水平下降速度明显快于对照组。结论急性轻型胰腺炎患者早期均存在不同程度的内毒素血症及血浆水平升高,生长抑素治疗急性轻型胰腺炎疗效肯定,治疗组患者血浆内毒素和THF α 水平下降均明显快于对照组。

3. 期刊论文 关凯. 刘晓红. 钱家鸣 [表皮生长因子对雨蛙肽联合应激诱导的大鼠急性出血性胰腺炎的保护作用](#) -[胃肠病学](#)2004, 9(2)

背景:表皮生长因子(EGF)是参与细胞增殖、成熟和再生的主要因子。目前已证实其对胃肠道黏膜具有保护作用,能促进溃疡愈合,但是罕见关于EGF在急性出血性胰腺炎中作用的报道。目的:观察外源性EGF对雨蛙肽联合应激诱导的大鼠急性出血性胰腺炎的保护作用。方法:予雄性Sprague-Dawley大鼠腹腔内注射雨蛙肽(40 μ g/kg,两次注射间隔1h)联合水浸束缚应激(第一次注射雨蛙肽后开始,持续5h)诱导急性出血性胰腺炎。EGF治疗组第一次注射雨蛙肽之前0.5h和之后2.5h,分别皮下注射EGF 1、10或30 μ g/kg。观察各组动物胰腺炎生化、病理学等指标的变化。结果:制模开始后12h,对照组的胰腺湿重为4.24g/kg \pm 0.68g/kg,血清淀粉酶含量为4325U/L \pm 822U/L,胰腺组织DNA和淀粉酶含量分别为1577 μ g/g \pm 433 μ g/g和21.39U/mg蛋白 \pm 6.83U/mg蛋白,各病理学指标评分均为0。胰腺炎组的胰腺湿重(10.49g/kg \pm 1.87g/kg)和血清淀粉酶含量(24433U/L \pm 16751U/L)较对照组显著增高(P<0.01),胰腺组织DNA(561 μ g/g \pm 278 μ g/g)和淀粉酶含量(16.95U/mg蛋白 \pm 5.01U/mg蛋白)则降低,病理学评分显著增高(P<0.01)。10 μ g/kg EGF能显著降低胰腺湿重(6.47g/kg \pm 2.64g/kg,P<0.01)和血清淀粉酶含量(9010U/L \pm 3983U/L,P<0.05),提高胰腺组织淀粉酶含量(23.92U/mg蛋白 \pm 8.58U/mg蛋白,P<0.05),并改善病理学评分。免疫组化检查结果显示该组胰腺腺泡细胞EGF受体表达上调,DNA合成增加。10 μ g/kg EGF对急性出血性

胰腺炎的保护作用呈时间依赖性. 结论:外源性EGF对雨蛙肽联合应激诱导的大鼠急性出血性胰腺炎有一定的保护和促恢复作用. 该作用至少是部分依赖于减轻炎症、上调EGF受体的表达和促进胰腺组织DNA合成来实现的.

4. 期刊论文 [冯素萍, 马应杰, 方立峰, 姜海波, 贾克利](#) 急性复发性胰腺炎46例临床及ERCP检查结果分析 -[临床医学](#)

2004, 24(3)

目的:研究急性复发性胰腺炎的临床特点、复发原因、预防措施. 方法:对46例急性复发性胰腺炎进行血淀粉酶、尿淀粉酶、血脂血糖、血清胰岛素、B超、CT常规检查,并在一周内进行ERCP检查,其中16例在ERCP基础上进行EST治疗,对所有病人进行3个月至2年的随访. 结果:临床诊断显示易复发的胰腺炎前三位分别是胆源性胰腺炎、高脂血症性胰腺炎、酒精性胰腺炎. ERCP检查结果:十二指肠乳头憩室18例,胆总管结石12例,其中8例胆总管结石合并十二指肠乳头憩室,6例为胆总管结石切除术后结石复发. 正常11例,其它5例. 结论:临床分析及ERCP显示:胆道病变是胰腺炎复发的首要原因. ERCP对胆总管、乳头病变引起的胰腺炎具有B超、CT无法替代的优势,并可在ERCP基础上实施EST治疗,有效防止胰腺炎的复发.

5. 期刊论文 [陈文德](#) 螺旋CT诊断急性胰腺炎的临床应用价值 -[吉林医学](#)2010, 31(21)

目的:探讨螺旋CT在急性胰腺炎中的诊断价值. 方法:选100例手术中证实为急性胰腺炎、并行CT检查的患者,观察CT在诊断急性胰腺炎中的价值,并对结果进行分析. 结果:100例患者中,CT诊断为急性胰腺炎96例,准确率为96.00%,急性单纯水肿型胰腺炎76例,急性坏死型胰腺炎24例. 结论:螺旋CT在急性胰腺炎中准确率较高,有一定的临床应用价值,值得推广应用.

6. 期刊论文 [肖江华](#) 急性胆石性胰腺炎手术治疗探讨 -[中国医药指南](#)2009, 7(20)

手术治疗急性胆石性胰腺炎64例,急诊手术37例,发病36h内和以后手术的死亡数分别为1/21和6/16($P < 0.01$),急诊手术指征:①坏死性胰腺炎;②并发化脓性胆管炎或胆囊炎;③急性复发性胆石性胰腺炎. 术后随访50例,复发1例,同期非手术组随访27例,复发10例($P < 0.01$),故急性水肿性胆石性胰腺炎经保守好转后应择期手术.

7. 学位论文 [何瀚](#) 5-氟尿嘧啶对狗急性坏死型胰腺炎外分泌影响的研究 2004

目的:探讨急性坏死型胰腺炎时,狗胰腺外分泌的变化及5-氟尿嘧啶(5-FU)对狗急性坏死型胰腺炎时胰腺外分泌的影响. 方法:采用狗主胰管内注射自身胆汁的方法制备急性坏死型胰腺炎模型,分析急性坏死型胰腺炎时血淀粉酶和血脂酶的变化趋势;电镜观察胰腺腺泡细胞的超微结构改变;酶组织化学结合图像分析了解胰腺腺泡细胞参与外分泌酶合成的酶(琥珀酸脱氢酶、辅酶II黄递酶、乳酸脱氢酶、细胞色素氧化酶、碱性磷酸酶)表达的变化. 探讨5-FU对胰酶合成和分泌的影响. 结果:坏死型胰腺炎时,胰腺腺泡细胞超微结构发生改变:血清淀粉酶和脂肪酶升高;琥珀酸脱氢酶、辅酶II黄递酶、乳酸脱氢酶、细胞色素氧化酶、碱性磷酸酶的表达均降低. 5-FU治疗没有降低血清淀粉酶和脂肪酶水平;5-FU治疗亦不能进一步降低琥珀酸脱氢酶、辅酶II黄递酶、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶、细胞色素氧化酶的表达. 结论:急性坏死型胰腺炎时胰腺腺泡细胞外分泌功能降低. 5-FU用于急性坏死型胰腺炎,不能进一步降低胰酶的合成和分泌.

8. 期刊论文 [刘在勇](#) 急性出血性坏死性胰腺炎的CT诊断及预后评价 -[中国社区医师\(医学专业\)](#) 2010, 12(27)

目的:探讨螺旋CT动态增强扫描对急性出血性坏死性胰腺炎的诊断及预后评价. 方法:搜集经CT和临床实验室检查明确诊断的,早期均行非手术治疗的72例急性出血性坏死性胰腺炎患者,并进行回顾性分析,首诊均作平扫,于入院后72小时内行CT动态增强扫描. CT影像学表现可分为点片状、段状、胰腺全段坏死,出血可为灶性或弥漫性,坏死部位可分为胰头、体部及尾部,并能发现并发症以及病因,结合患者发热($T \geq 38^\circ\text{C}$)、禁食、住院时间以及器官功能受损、假性囊肿形成情况、中转手术及死亡率等对其预后的评价起到了积极的作用. 结果:72例中(灶性、弥漫性)出血41例;点片状坏死24例、段状坏死38例、胰腺全段坏死10例,72例CT动态增强扫描中,坏死区域不强化,低密度坏死灶CT值 $0 \sim 25\text{Hu}$,与正常胰腺有显著的对比. 胰腺周围有大量的渗出,其中合并感染14例. 假性囊肿16例,胰腺周围、小网膜囊脓肿9例,中转手术19例,死亡8例. 结论:急性出血性坏死性胰腺炎的病因及发病机制复杂,死亡率较高,有典型的临床症状及实验室相关指标,螺旋CT动态增强扫描,可根据急性出血性坏死性胰腺炎影像学表现,不仅能明确的诊断,同时为临床早期及时有效的治疗,对判别病情的轻重及预后的评价有着重要的指导意义.

9. 期刊论文 [李俊达, 何剑琴](#) 内镜逆行胰胆管造影在急性复发性胰腺炎治疗中的作用观察 -[新医学](#)2006, 37(3)

目的:探讨内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP)在急性复发性胰腺炎治疗中的作用. 方法:对16例在病程早期行ERCP检查的急性复发性胰腺炎患者的临床资料进行数理分析. 结果:16例中,男9例,女7例,中位年龄48岁. 3例患者曾多次检查B超和CT未发现致病因素. 全部病例在急性发作期或病情基本控制后行ERCP检查,并根据其结果11例加行内镜括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy, EST). 16例患者治愈后随访1年以上未再复发,1例术后出现柏油样黑便,经内镜下止血治疗后治愈,ERCP和EST过程中无重大并发症发生. 结论:急性复发性胰腺炎早期行ERCP是安全的,且EST可通畅胰液引流,明显减少急性复发性胰腺炎的发作.

10. 期刊论文 [占强, 郭继忠, 徐敏, 夏敏, 唐良, 乌司他丁](#) 治疗 20例急性轻症胰腺炎的疗效观察 -[中国医院用药评价与分析](#)2001, 1(3)

目的:观察乌司他丁治疗急性轻症胰腺炎的疗效. 方法:将40例急性轻症胰腺炎患者均分为乌司他丁治疗组和对照组,对照组采用常规治疗方案,治疗组除常规治疗外,加用乌司他丁. 各组均观察临床治愈时间及监测血清淀粉酶变化. 结果:治疗组在降低急性轻症胰腺炎血清淀粉酶及临床治愈时间方面明显优于对照组. 结论:乌司他丁能有效阻滞急性轻症胰腺炎的病情发展.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgzyjhjzz200806021.aspx

授权使用: qkzgz16(qkzgz16), 授权号: 1f19df64-0f8c-4a56-bfbd-9eec0103f1f9

下载时间: 2011年5月23日