

胰腺完全断裂 1 例报道

黄永刚, 顾卯林, 郭 吕, 朱景元, 王恒杰

(南京中医药大学附属昆山市中医院外一科, 江苏 昆山 215300)

中图分类号: R657.5

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2018.12.064

文章编号: 1006-1959(2018)12-0192-01

1 临床资料

患者女性, 21 岁, 2017 年 5 月 2 日骑车摔倒致上腹部疼痛不适, 持续性上腹痛阵发性加剧, 向腰背部放射, 伴恶心、呕吐, 来我院急诊后入院。查体: T 36.5 °C, R 20 次/min, BP 110/70 mmHg, P 77 次/min。神志清, 面色苍白, 皮肤湿冷, 强迫卷屈体位, 上腹部及左侧腹部压痛明显, 轻度肌紧张和反跳痛, 肝脾区无叩痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音低弱。血常规: WBC $13.2 \times 10^9/L$, N 90.6%, HB 137 g/L, 肝肾功能正常, 血淀粉酶: 3500 U/L, 尿淀粉酶: 12890 U/L。B 超示: 肝胆胰脾均未见异常, 腹盆腔积液。腹部平扫 CT: 外伤性胰腺炎征象, 腹盆腔积液, 腹部增强 CT 提示: 胰腺颈部断裂, 胰周积液, 见图 1。入院诊断: 胰腺断裂, 腹腔积液。即刻行急诊手术探查, 腹腔积血约 500 ml, 腹膜后血肿, 肝、胆、脾、胃肠无异常。打开网膜囊探查胰腺, 发现胰腺颈部完全断裂, 且主胰管 1 mm 左右, 术中决定行胰腺近端缝合, 远端行胰胃吻合, 再行空肠造瘘, 胰周放置引流管。术后禁食, 胃肠减压, 补液抗感染、抑制胰液及胃液分泌等对症支持治疗, 术后并发胰漏, 测引流液淀粉酶高达 115061 U/L, 予以加强抗感染, 引流管持续冲洗, 并空肠造瘘管肠内营养支持后痊愈出院。



图 1 CT 提示: 胰腺颈部断裂, 胰周积液

2 讨论

胰腺是腹膜后位器官, 在腹部外伤中胰腺外伤发生率相对较低, 占 1%~4%^[1]。一旦发生胰腺外伤, 早期明确诊断和有效的治疗方式对于降低患者病死

率, 提高治愈率具有重要价值^[2]。胰腺位置隐蔽, 损伤后缺乏典型的临床表现, 诊断上缺乏特异的手段, 处理技术复杂, 术后并发症多, 死亡率高。本例患者骑车摔倒时上腹部受到直接骤发的暴力作用下胰腺受挤压于椎体而损伤。

胰腺损伤的手术方式需根据术中胰腺情况决定, 本例患者胰颈部断裂, 且主胰管 1 mm 左右, 如行胰肠吻合, 胰管支撑管难以置入, 吻合后胰漏可能性大, 考虑简化手术, 故直接行胰胃吻合。此例术后并发胰漏, 可能为胰头侧断面组织被胰液侵蚀, 水肿严重所致, 故缝合胰腺断面建议先“U”形缝合, 再“8”字间断缝合断端, 此缝合法较为可靠。值得注意的是胰腺损伤常伴有其他器官损伤, 故探查需仔细, 避免遗漏。

超声检查胰腺易受胃肠道气体影响, 诊断率不高, 而 CT 则能显示胰腺轮廓、损伤部位及胰腺水肿, 了解胰周积液情况, 同时 CT 可显示腹部其他脏器损伤, 是一种及时可靠的检查方法。本例患者腹部平扫 CT 仅显示胰周渗出, 因而对于上腹部损伤患者怀疑胰腺损伤者需行增强 CT 扫描, 并且可以显示与周围血管之间的关系。冯淞^[3]报道胰腺外伤患者 CT 检查阳性率为 100%。判断主胰管损伤破裂有重要价值的检查是磁共振胰胆管成像(MRCP)。

对于本例患者术后并发胰漏, 我们的经验是早期监测引流液的淀粉酶, 尽早明确胰漏是否存在。确诊后及时进行引流管冲洗, 肠道功能恢复后进行肠内营养支持, 1~2 周后胰漏基本愈合。

参考文献:

- [1] 余伟, 宋政炜, 钟征翔, 等. 损伤控制外科理念在 22 例胰腺外伤治疗中的应用[J]. 中国医师进修杂志, 2017, 40(10): 908-911.
- [2] 赵国兴. 腹部创伤 86 例诊治分析[J]. 中国基层医药, 2012, 10(5): 452.
- [3] 冯淞. 胰腺外伤的诊断及治疗分析[J]. 河南医学研究, 2017, 26(2): 260-261.

收稿日期: 2018-3-13; 修回日期: 2018-3-23

编辑/张建婷

作者简介: 黄永刚(1979.6-), 男, 江苏昆山人, 本科, 副主任医师, 研究方向: 肝胆胰微创外科疾病的诊治