

# 胰腺损伤 32例诊治体会

张著杰 赵新潮

734000甘肃省张掖市人民医院普外科

**摘 要** 目的:探讨胰腺损伤的诊断及手术方式。方法:回顾性分析手术治疗 32例胰腺损伤临床资料。结果:治愈 29例,术后发生胰瘘 5例,腹腔感染 3例,切口感染 6例。再手术 2例,死亡 3例,死亡率 9.4%。结论:胰腺损伤宜早期诊断并及时手术治疗,术中判断损伤类型、正确选择手术方式及充分的冲洗引流是治疗胰腺损伤,防止或减少并发症的关键。  
**关键词** 胰腺损伤 诊断 手术

## 资料与方法

1990~2007年收治胰腺损伤病例 32例,男 26例,女 6例;年龄 5~59岁;损伤原因:车祸 21例,钝物击伤 6例,坠落伤 3例,家畜踢伤 2例,均为腹部闭合性损伤。合并其他脏器损伤 23例,其中合并十二指肠损伤 4例,肝损伤 4例,脾损伤 3例,血气胸 3例,空肠破裂 4例,骨折 5例,19例有休克。

手术方法:按 Moore<sup>[1]</sup>分类法,Ⅰ~Ⅱ级 15例,行清创引流;Ⅲ级 6例,行远侧胰切除;Ⅳ级 7例,其中 3例行远侧胰及脾切除,1例行保留脾脏的远侧胰切除,3例行胰腺近侧端缝闭、远侧端胰空肠 Roux—en—Y 吻合术;Ⅴ级 4例,2例行 Whipple 术,2例行十二指肠憩室化手术。

## 结 果

治愈 29例,术后发生胰瘘 5例,腹腔感染 3例,切口感染 6例,再手术 2例。死亡 3例,死亡率 9.4%。死亡原因:2例死于严重多发伤,1例死于胰瘘及严重腹腔感染。

## 讨 论

胰腺损伤占腹部闭合伤的 1%~3%<sup>[2]</sup>。本组病死率 9.4%,合并十二指肠破裂病死率 40%~50%。因此,合理处理胰腺损伤是腹部损伤的重要课题。

胰腺损伤诊断:胰腺位置深,在闭合

性单纯性损伤症状隐蔽、诊断困难,特别是合并腹内其他脏器损伤时,症状常常被掩盖。①凡上腹部外伤尤其是钝性撞击伤,均应考虑到有胰腺损伤的可能:本组病例都有明确的上腹部外伤史,上腹部有深压痛,反跳痛较少,个别患者上腹壁有瘀斑。因为胰腺位于腹膜后,诊断性腹腔穿刺及腹腔灌洗术虽简便易行,可重复操作,但阳性率低,本组阳性率约为 37%。严重创伤后,胰腺外分泌受到抑制,患者血、尿淀粉酶均升高,故在胰腺损伤的诊断中无特异性,只能作为协助诊断,本组的阳性率达 75%。②影像学检查:胰腺损伤的 CT 诊断率为 71.4%。胰周脂肪有利于 CT 获得清晰扫描图像,而 B 超则易受胃肠道气体及腹壁脂肪厚度等因素干扰而显示不清。因此,CT 对胰腺损伤的诊断有较高价值,但难以确定有无主胰管损伤。判断主胰管损伤破裂有非常重要价值的检查是磁共振胰胆管成像(MRCP),该检查无创且时间短,但费用高。③剖腹探查:对疑诊者及早行剖腹探查是早期诊断胰腺损伤的简单有效方法。术中胰胆管造影也不失为较好的方法,本组也采用损伤远端胰管内注射美兰,以观察近端有无染色的胰液漏出来,判断胰管

的损伤。此法简便易行,有一定的参考价值。

术式选择:胰腺损伤手术方式的选择应根据损伤的部位、程度,是否有主胰管破裂,是否合并十二指肠及其他腹部内脏损伤以及患者的全身状态等因素而决定。不管采取何种术式,均以严密止血、清除坏死组织、充分的胰周引流、合理处理其他合并伤为原则。本组 2 例行十二指肠憩室化手术,皆痊愈出院。

胰瘘的预防:①胰腺损伤的患者早期手术、彻底清创可避免胰液大量漏出,并及时清除胰周围胰液腐蚀的组织,减轻局部炎症反应,对吻合口和创伤愈合有利。②冲洗腹腔,通畅而有效腹腔引流。本组患者胰腺部位放置多根双套管引流,术后大量盐水冲洗腹腔。③术后禁食和应用抑制胰液分泌的各种措施。

## 参考文献

- Moore EE, Cobhill TH, Makrgoni MA, et al. Organ injury scaling: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum. J Trauma. 1990;30(11):1427—1429.
- 李际辉.胰腺外伤的诊断和治疗.中国实用外科杂志,1991,7:387.

## 尽快启动脑死亡判定标准(1)

迄今已有数万名器官终末期患者通过他人捐献的器官获得了新生。器官移植手术使很多患者看到了健康的曙光,等待接受器官移植的人越来越多,但是愿意捐献器官的人却寥寥无几。

传统死亡标准不利于器官捐献

北京协和医院神经内科教授李舜伟:

中国和世界其他国家一样面临着日益严峻的器官短缺问题,严重制约了器官移植对于挽救生命应该发挥的作用。目前世界上大多数国家都已通过《脑死亡判定标准》,而中国一直沿用传统的死亡标准,即心脏停止跳动,从而导致供体器官因缺血而质量下降,失去了器官移植的最佳时机。

现代医学的发展认为,由于脑功能的无可替代性,脑细胞不能再生、脑不能移植、不能人工替代等特性,全脑功能不可逆的损害可以作为死亡的标准。资料表明,脑死亡只与万分之一的人群有关,绝大部分自然人的死亡都是心跳停止的死亡。脑死亡标准对

于器官移植的意义在于,如果有脑死亡判定,又有亡者身前(或故后家属的)器官捐献意愿,以及器官捐献的体系,则有可能让脑死亡者捐献器官成为现实。世界上器官捐献最好的国家,如奥地利、西班牙,每年每百万人口器官捐献人数为 34~36人(34~36/100万);我国 2006年只有 0.016/100万,2007年为 0.03/100万。没有脑死亡判定标准是造成这种巨大差距的主要原因之一。

脑死亡的提出是医学科学进步的标志,我国应尽快颁布已经制订的脑死亡判定标准。

没有呼吸机就没有脑死亡判定

中华医学会器官移植学分会副主任委员、武汉同济医院教授陈忠华:

在有呼吸机介入临床抢救的情形下,应采用脑死亡判定标准,该标准是对呼吸机使用时代临床死亡标准的完善和补充。在无呼吸机介入的情形下,应采用心死亡的标准。