

急性胰腺炎来袭，该挂普外科还是消化内科

◎安岳县中医医院 陶 倩

急性胰腺炎是常见的急腹症之一，起病急、病情进展快，若就诊时挂错科室，可能会耽误最佳治疗时机。很多人疑惑，同样是急性胰腺炎，为何有时要挂普外科，有时却要挂消化内科？其实核心在于病情严重程度、是否存在外科干预指征，以及并发症情况。下面就从医学角度，帮大家理清不同情况下的挂号选择。

急性胰腺炎是胰腺因胰酶异常激活引发的自身消化性炎症，根据病情轻重可分为轻症急性胰腺炎（MAP）和重症急性胰腺炎（SAP），还有介于两者之间的中度重症急性胰腺炎（MSAP）。轻症患者多以胰腺水肿为主，无器官功能障碍，通过药物治疗、饮食调控就能恢复；而重症患者可能出现胰腺坏死、感染、休克，甚至多器官衰竭，部分情况需要手术干预。消化内科侧重“非手术治疗”，比如通过药物抑制胰酶分泌、补液纠正电解质紊乱、抗感染等方式控制炎症；普外科则侧重“手术干预”，当出现胰腺坏死感染、胆道梗阻等必须手术解决的问题时，就需要普外科介入。

这些情况，优先挂消化内科

大部分轻症急性胰腺炎患者，以及无外科并发症的中度重症患者，首次就诊可优先选择消化内科。

轻症急性胰腺炎，无严重并发症

检查（如腹部CT、血淀粉酶）提示胰腺轻度水肿，无坏死灶，此时属于轻症急性胰腺炎。消化内科可通过以下治疗控制病情：静脉输注抑酸药、生长抑素抑制胰酶分泌，补充葡萄糖和电解质纠正

脱水，同时禁食让胰腺“休息”，多数患者1~2周即可好转。

中度重症胰腺炎，无外科干预指征

部分患者虽出现一过性的器官功能异常（如短暂的肾功能不全），但经检查无胰腺坏死感染、胆道梗阻等问题，且通过内科治疗后器官功能可恢复，也适合在消化内科治疗。比如患者血淀粉酶显著升高，CT显示胰腺局部坏死但无感染迹象，无剧烈腹痛加重或高热不退，消化内科会通过加强监护、调整补液量、使用抗生素预防感染等方式，避免病情向重症发展。

慢性胰腺炎急性发作，无结构异常

有慢性胰腺炎病史的患者，若因饮食不当诱发急性，检查未发现胰腺假性囊肿破裂、胰管结石梗阻等情况，也可挂消化内科。医生会通过药物缓解炎症，同时指导后续饮食管理，预防再次发作。

出现这些信号，立刻挂普外科

当急性胰腺炎出现“必须通过手术解决的问题”时，需及时转到普外科，避免延误病情。

重症急性胰腺炎合并胰腺坏死感染

这是最常见的外科干预场景。

若患者发病后持续高热（体温超过38.5℃）、腹痛加剧且范围扩大，血白细胞显著升高，CT或超声提示胰腺坏死灶伴气体影（提示感染），说明可能出现胰腺坏死感染。此时单纯药物治疗无效，需普外科通过微创手术或开放手术清除坏死组织，否则感染可能扩散引发脓毒症，危及生命。

合并胆道梗阻，需紧急解除

若急性胰腺炎由胆道结石、胆道蛔虫等引起，且出现胆道梗阻（表现为皮肤巩膜黄染、尿色加深、肝功能异常），需普外科或肝胆外科及时手术解除梗阻。比如胆囊结石掉入胆管，阻塞胰液排出通道，引发胰腺炎，此时需通过腹腔镜胆囊切除术或胆管取石术，清除结石、恢复胰液引流，否则胰腺炎会反复加重。

出现胰腺假性囊肿并发症

急性胰腺炎发病后2~4周，部分患者可能形成胰腺假性囊肿（胰腺周围液体积聚形成的囊状结构）。若囊肿直径超过6厘米、持续增大，或出现压迫症状（如压迫胃导致进食困难）、破裂出血、感染等情况，需普外科通过内镜下引流或手术切除囊肿，避免并发症恶化。

分不清时，这样做更稳妥

若发病时无法判断病情轻重，可先挂急诊科。急诊科会通过快速检查（如血常规、血淀粉酶、腹部超声）初步评估病情，若为轻症，会协助转诊至消化内科；若需外科干预，会直接联系普外科会诊，避免患者在科室间奔波。

急性胰腺炎的治疗关键在“及时”和“精准”，正确挂号是第一步。记住：轻症无并发症找消化内科，需手术干预找普外科，分不清时先去急诊科，才能让治疗少走弯路，更快恢复健康。☺