



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.03.007
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2016.03.007
Chinese Journal of General Surgery, 2016, 25(3):345-349.

· 专题研究 ·

以急性胰腺炎为始发症状的胰腺占位病变的诊治： 附 12 例分析

张春晨, 靳君华, 任建军, 张俊晶, 乌新林, 孟兴凯, 杨成旺

(内蒙古医科大学附属医院 普通外科, 内蒙古 呼和浩特 010050)

摘要

目的: 总结始发症状为急性胰腺炎(AP)的胰腺占位性病变的临床特点, 以期为今后该类情况的诊治提供借鉴。

方法: 收集内蒙古医科大学附属医院于2010年9月—2014年10月收治的12例典型上述病例资料, 对其临床表现、实验室指标、影像学特点等多项参数进行综合分析。

结果: 12例患者均诊断为AP入院; 男女性别比列为11:1, 明显高于胰腺癌发病的性别比(1.4:1); 12例(100%)尿淀粉酶均显著增高(>1 500 IU/L), 伴明显腰部放射痛8例(66.7%), CA19-9升高6例(50.0%); 胆红素增高6例(50.0%), 胰管扩张7例(58.3%); 5例获根治性手术, 其余因失去根治手术机会行非手术或姑息手术治疗, 其中1例(8.3%)姑息手术后病理确诊慢性胰腺炎。

结论: 在AP患者中, 男性患者、尿淀粉酶持续增高、伴有腰部放射痛、轻度胰管扩张、黄疸持续不退等对胰腺占位病变的诊断有提示作用。

关键词

胰腺炎 / 诊断; 胰腺肿瘤; 诊断, 鉴别

中图分类号: R657.5

Diagnosis and treatment of pancreatic occupying lesions with initial presentation of acute pancreatitis: an analysis of 12 cases

ZHANG Chunchen, JIN Junhua, REN Jianjun, ZHANG Junjing, WU Xinlin, MENG Xingkai, YANG Chengwang

(Department of General Surgery, the Affiliated Hospital, Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010050, China)

Abstract

Objective: To review the clinical characteristics of pancreatic occupying lesions with initial presentation of acute pancreatitis (AP), for providing warnings of this condition.

Methods: The data of 12 typical cases with above condition admitted between September 2010 and October 2014 were collected, and variables such as clinical findings, laboratory parameters and imaging features were comprehensively analyzed.

Results: All of the 12 patients were admitted for AP; the male to female ratio was 11:1, which was remarkably higher than that (1.4:1) of pancreatic cancer. The urine amylase was markedly increased (>1 500 U/L) in all cases (100%), 8 cases (66.7%) were accompanied with evident radiating pain around the waist, 6 cases (50.0%) showed increased CA19-9 level, 6 cases (50.0%) had elevated serum bilirubin level and pancreatic duct dilation was

基金项目: 内蒙古医科大学附属医院重大科研资助项目(NYFY YB 2014015)。

收稿日期: 2015-08-21; 修订日期: 2016-02-11。

作者简介: 张春晨, 内蒙古医科大学附属医院住院医师, 主要从事肝胆胰疾病方面的研究。

通信作者: 靳君华, Email: 12927195@qq.com

found in 7 cases (58.3%). Five cases underwent radical surgery, and the other cases had non-surgical treatment or palliative operation due to loss of chance for radical surgery, and one of the cases (8.3%) undergoing palliative operation was pathologically proven to be chronic pancreatitis after operation.

Conclusion: Among the AP patients, pancreatic occupying lesions should be taken into consideration in those with factors that include male sex, increased urine amylase, pancreatic duct dilation, and accompanied with pain radiating around the waist and persistent jaundice.

Key words Pancreatitis/diag; Pancreatic Neoplasms; Diagnosis, Differential

CLC number: R657.5

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是临床常见的急腹症, 但是在这些患者中有少部分随着病史的发展, 胰腺占位在后续的诊治中逐渐被发现。甚至有的学者^[1]认为, AP有时也是胰腺占位的一种临床表现。有台湾学者经过5年的随访发现AP患者后期发展为胰腺癌的可能是对照组人群的9倍^[2]。而Yachida等^[3]通过对7例胰腺癌晚期患者进行尸解, 并对胰腺癌及其转移灶癌细胞进行基因检测分析, 发现胰腺癌病程较为漫长, 从细胞突变到患者死亡需要近20余年时间。Victor等^[1]也通过对继发于胰腺肿瘤的AP患者进行了多中心的调查研究后发现, 从AP症状首次发作到胰腺肿瘤确诊的平均间隔时间为34周。上述研究结果为早期诊断胰腺占位提供了理论依据, 如能透过胰腺炎症的表象及早发现胰腺占位, 将会为患者带来诸多益处。本文意在通过分析早期表现为AP而最终确诊为胰腺占位的12例病例, 初步探索此类型病例的显著临床特点, 为今后的临床工作提供一些借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共12例, 男11例, 女1例; 年龄为39~77岁, 中位年龄54岁。全组病例均符合AP诊治指南(2014)规定的诊断标准。基本资料详见表1。

1.2 临床表现

本组12例除去1例合并胆囊结石外, 余无胆系结石及酒精摄入的发病原因, 病史均有急性发作的上腹痛病史, 并有急诊就诊病史, 发病后同时伴有明显腰背放射痛者8例, 明显体质量减轻者3例, 有明显黄疸体征者2例, 腹部查体均有腹部压痛, 以中上腹部或左上腹部为著, 均无反跳痛及腹肌紧张。从AP发病到临床上发现胰腺占位最

长用时9年6个月, 最短则3 d。

表 1 12例基本病例资料

项目	n (%)
性别	
男	11 (91.7)
女	1 (8.3)
临床表现	
腰部放射痛	8 (66.7)
明显黄疸	3 (25.0)
体质量下降	2 (16.7)
实验室指标	
CA19-9 升高	6 (50.0)
尿淀粉酶升高	12 (100.0)
胰管扩张	
CT	1 (8.3)
MRI	2 (16.7)
超声	6 (50.0)
治疗方式	
非手术	5 (41.7)
根治术	5 (41.7)
姑息手术	2 (16.7)

1.3 实验室检查及影像学检查

1.3.1 实验室检查 血清淀粉酶和(或)脂肪酶升高, 所有12例(100%)患者尿淀粉酶显著增高(均>1 500 U/L), 且在整个病史中一直维持在较高的水平, CA19-9升高者6例(50.0%), 胆红素增高6例(50.0%), 4例轻度增高, 2例明显黄疸。

1.3.2 影像学检查 9例CT图像提示胰腺界限不清, 胰周渗出, 左侧或双侧肾前筋膜增厚, 增强CT扫描后发现胰腺占位, 有3例并存肝脏转移(图1)。多普勒超声检查均未提示胰腺渗出等改变, 发现占位4例; 其中有8例患者进行了行MRI检查, T₂加权图像上可见呈高信号的胰周渗液(图2), 并发现占位6例。影像学提示胰管扩张(CT 1例、MRI 2例、超声6例)7例(58.3%), 胆道水成像确认胰管明显扩张(管径>3 mm)2例。

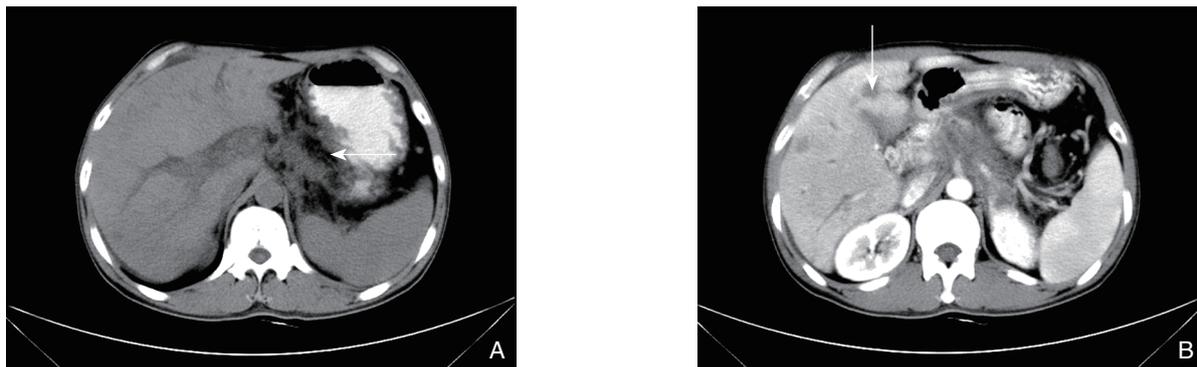


图1 39岁男性AP入院后CT平扫及增强图像 A: CT平扫提示胰周渗出; B: 增强扫描后可见肝内多发转移灶

Figure 1 CT plain scan and enhanced images of 39-year old male case admitted for AP A: CT plain scan showing peripancreatic exudation; B: Enhanced scan showing multiple metastases in the liver

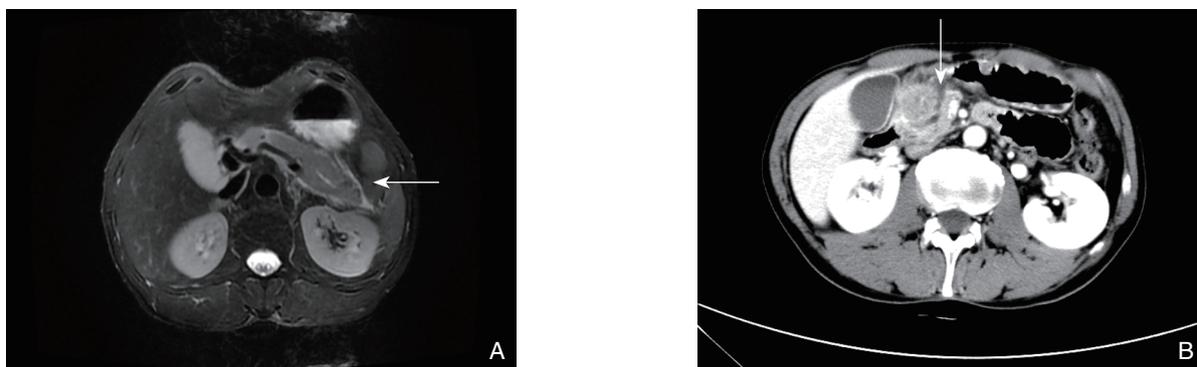


图2 59岁男性入院时的MRI图像及入院2周后的增强CT图像 A: MRI可见胰周明显渗出; B: 增强CT示胰头部肿物并压迫胰管

Figure 2 MRI image at admission and enhanced CT image at 2 weeks after admission of a 59-year old male case A: MRI showing evident peripancreatic exudation; B: Enhanced CT showing a mass in the head of the pancreas with pancreatic duct oppression

1.4 治疗方法

早期诊断急性胰腺炎后,均给予禁食、持续胃肠减压、消炎抗感染、抑酸、抑制胰腺分泌等对症治疗。后期发现胰腺占位后因肿瘤部位、分期及患者要求分别实施了不同治疗方法,包括有胰十二指肠切除术(3例)、胰体尾+脾切除(2例)、胆肠内引流术(2例)。非手术治疗者(5例)例均未行放、化疗,仅对症支持治疗。

2 结果

2.1 治疗结果

及时诊断和非手术治疗5例,其中2例因发现肝脏转移,3例因经济条件及高龄放弃手术。及时诊断并行根治术5例,其中3例行标准的胰十二指肠切除术,病理均提示中分化腺癌;2例行胰体尾+脾切除,1例提示中分化导管腺癌,1例病理提示黏液性囊性瘤(低度恶性)。明确诊断后失去根治术机会2例,其中1例AP发病3d后确诊胰

腺钩突占位,后因经济原因自动出院,3个月后因梗阻性黄疸再次入院,术中因瘤体侵犯肠系膜血管无法切除,行胆管-十二指肠吻合术,术中见肝脏多发转移,取肝转移灶活检,病理回报肝脏管状腺癌;另1例病史较长,从第1次AP发病到发现胰腺钩突占位历经9年余,曾反复发作急性胰腺炎4次,其间因发现胆囊结石行胆囊切除术,最后1次住院查增强CT时才发现胰腺占位,术中发现肿块较为固定,无法切除,行胆肠内引流术,术中取胰腺病理活检提示慢性炎症。

2.2 随访

5例及时诊断和非手术治疗患者,4例10个月内死于多器官功能衰竭、恶液质,1例患者拒绝随访。5例及时诊断并行根治术者,其中胰十二指肠切除术患者1例1年内出现远处转移死亡,另1例术后4个月出现黄疸,再次行PTCD,现仍存活。其余3例,一般状况良好。明确诊断后失去根治术机会者2例,行胆管-十二指肠吻合术者术后4个月死亡,另1例术后病理确诊慢性胰腺炎者,术后恢复良好。

3 讨论

AP是一种常见的急腹症，有时仅满足于急性胰腺炎这一诊断是不够的，还需明确疾病的主要矛盾——胰腺占位。虽然该部分患者在临床上并不多见，但一旦漏诊会延误患者的治疗，造成不良后果。故早期发现及早期诊断，对于此类疾病的治疗显得至关重要。如何在治疗AP的同时发现一些胰腺占位的早期迹象，是本文重点关注之处。笔者在临床治疗的过程中总结了12例相关病例资料，通过分析其临床诊治过程得出一些浅显的见解，希望对以后的临床工作有所帮助。

本组12例患者均有急性腹痛病史，有MRI和（或）CT影像胰腺渗出的特点，无合并其他脏器功能障碍，且胰腺渗出范围局限，全部为急性轻型胰腺炎^[5]。该结果符合关于胰腺占位合并急性胰腺炎中大多为轻型胰腺炎的结论^[6]。发病性别比率上本组有较明显的特点。数据显示我国胰腺癌男女发病率比为1.4:1，马少军等^[7]的115例胰腺癌研究结果也提示胰腺癌发病男性略高于女性，两者发病无统计学差异，而本组12例胰腺占位中男:女为11:1，男性明显高于女性，与前述数据差距较大，也高于Minato等^[6]关于同类疾病的研究结论（男:女=1:0.3），一定程度上提示，对于AP发作的男性患者在后续治疗中更应该明确有无胰腺占位。但考虑到因本组病例数量少，且有部分病例无病理确诊结果，给两组数据的比较带来了不小的误差，需待后期大宗病例的进一步验证。

病因上本组只有1例合并胆囊结石，余均无胆系结石及酒精摄入等常见诱发原因。而Minato等^[6]认为对于无明确诱因的AP，胰腺形体结构的评估显得尤为重要，必须通过影像图像除外肿瘤诱发胰腺炎症的情况，不可轻易地诊断特发性胰腺炎。也有的学者^[8]认为在特发性胰腺炎病因当中肿瘤因素占有相当大的比例。治疗过程上，本组12例患者经对症治疗后短期内上腹痛明显减轻，但有8例患者腰背部放射痛，且持续不缓解，这一现象不符合轻型胰腺炎的疾病经过，因急性胰腺炎起病急，疼痛多为胰腺渗出所致，轻型胰腺炎少量的渗出引起腰背部放射痛的现象较少，即使有腰背部疼痛的现象也应该在短期内消失，如果在上腹痛缓解后腰背部疼痛持续不缓解，应及时考虑到同时合并占位的可能。后者造成的疼痛多持续时间长，疼痛机制多与肿瘤侵犯腹腔神经丛有关^[9]，故不易缓解，且疼痛位置多为腰背部。

本组资料的另一特点为尿淀粉酶的增高，12例患者尿淀粉酶整个病程中持续处于较高的水平，而血淀粉酶及脂肪酶在后期逐步下降，此种现象考虑与血清淀粉酶出现时间早，高峰维持时间短有关，而尿淀粉酶的持续升高，与其升高时间晚、持续时间长有关，也与尿淀粉酶在判断胰腺炎症当中高敏感性的特点有关^[10]，另结合肿瘤分泌的炎症因子可直接激活胰酶造成胰腺炎的结论，对于该现象较为合理的推断是肿瘤的持续存在造成其分泌物不断刺激胰腺产生炎症，从而导致敏感性较高的尿淀粉酶持续高于正常水平。因此，定期监测尿淀粉酶值具有重要的临床价值。

影像学上本组有7例胰管扩张，其中2例明显扩张，余5例胰管轻度扩张，扩张明显的2例均属肿瘤晚期，均未能行根治术，其中1例术中发现肝脏转移。重度胰管扩张多为肿瘤阻塞胰液通道所致，通常疾病分期较晚，对提早判断胰腺占位的意义不大。但余下5例在轻型胰腺炎的疾病背景下出现轻度的胰管扩张，应值得引起重视，因轻型胰腺炎出现胰管扩张的几率较少，少量渗出、胰腺均匀肿胀加之短的病程较少引起慢性阻塞性胰管扩张。所以临床实际诊治中，明显的胰管扩张容易引起重视，但轻度胰管扩张容易被想当然的考虑为胰腺肿胀所致，造成诊断止步于胰腺炎症，疏忽了胰腺占位的存在，故需对扩张的胰管有所警惕，高度怀疑时需采用敏感性更高的检测方法，如超声内镜^[11-12]，同时可行细针引导下穿刺取病理来明确诊断。

本组6例CA19-9增高，值从79至1 200 U/ml不等，符合CA19-9对胰腺癌的诊断有助诊作用^[13]的普遍认识。本组6例胆红素增高，其中2例明显黄疸者，1例总胆红素232 $\mu\text{mol/L}$ ，另1例值为129 $\mu\text{mol/L}$ ，余4例表现为轻度黄疸（总胆红素值：39.6~43.2 $\mu\text{mol/L}$ ），前2例胆红素明显增高的患者因属晚期，失去根治手术的机会，对及早诊断意义不大。对于轻度黄疸应我们觉得也应给予重视，AP的复诊当中连续胆红素的监测也是必需的，因为AP病程当中胰头部炎症水肿可以引起轻度黄疸，胆红素通常随着AP病情的好转逐渐下降，但当黄疸持续存在或增高时应考虑是否有其他原因，需要与AP病程中逐渐表现为重症胰腺炎合并肝脏功能障碍相鉴别，同时也不能忽略胰腺占位的可能。

涉及胰腺占位时，增强CT的诊断作用毋庸置疑，本组中12例患者有9例经过增强CT扫描发现胰腺占位，体现了增强CT较为明显的优势。但增强CT在AP诊断中不是常规检查，事实上利用增强CT

图像不仅可以定性急性胰腺炎的诊断,而且可以判断AP病程中是否有胰腺实质坏死以及进一步区分轻重型胰腺炎,另其可以用来早期判定有无胰腺占位的存在。相对于平扫,CT增强扫描后在此类疾病上有更高的胰腺占位检出率^[14],这可能与急性期炎症渗出造成胰腺实质密度减低,掩盖了自身表现为低密度的胰腺肿瘤的存在^[6]。本组CT发现2例胰腺尾部占位,笔者认为就其发病机制不能用胰头部占位时肿瘤压迫胰管的机制来解释其发病原因,其机制可能为肿瘤产物直接激活胰酶导致AP发作或肿瘤细胞堵塞血管造成胰腺缺血性炎^[1]。

就手术时机和手术方式而言,手术无疑是胰腺恶性占位的首选治疗方法,但对于伴发急性胰腺炎的胰腺癌,苗毅等^[15]认为只要急性胰腺炎病情控制即可手术,不必强调等到急性胰腺炎完全消退。胰头部肿块选择胰十二指肠切除术(保留或不保留幽门的Whipple手术)。而对于胰腺肿块炎性病变,经手术解除胆道梗阻,行胆管空肠Roux-en-Y吻合术即可解决问题,术式简单易行,效果满意^[6]。

综上,在诊治AP的过程中,尤其对于轻型胰腺炎,笔者认为以下几点应值得重视:男性患者、尿淀粉酶持续增高、伴有腰部放射痛、轻度胰管扩张、黄疸持续不退、CA19-9增高。当急性胰腺炎诊治过程中出现上述几点时,应该进一步排除AP伴有胰腺占位病变的存在。

参考文献

- Mujica VR, Barkin JS, Go VL. Acute pancreatitis secondary to pancreatic carcinoma. Study Group Participants[J]. *Pancreas*, 2000, 21(4):329-332.
- Chung SD, Chen KY, Xirasagar S, et al. More than 9-times increased risk for pancreatic cancer among patients with acute pancreatitis in Chinese population[J]. *Pancreas*, 2012, 41(1):142-146.
- Yachida S, Jones S, Bozic I, et al. Distant metastasis occurs late during the genetic evolution of pancreatic cancer[J]. *Nature*, 2010, 467(7319):1114-1117.
- 马臣,姜永晓,刘曙正,等.中国胰腺癌发病趋势分析和预测[J].*中华流行病学杂志*, 2013, 34(2):160-163.
Ma C, Jiang YX, Liu SZ, et al. Trend and prediction on the incidence of pancreatic cancer in China[J]. *Chinese Journal of Epidemiology*, 2013, 34(2):160-163.
- Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus[J]. *Gut*, 2013, 62(1):102-111.
- Minato Y, Kamisawa T, Tabata T, et al. Pancreatic cancer causing acute pancreatitis: a comparative study with cancer patients without pancreatitis and pancreatitis patients without cancer[J]. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2013, 20(6):628-633.
- 马少军,孔棣.胰腺癌预后相关因素的分析研究[J].*中国中西医结合外科杂志*, 2014, 20(1):11-16.
Ma SJ, Kong D. Analysis of the Clinical Characteristics and Prognosis of Pancreatic Carcinoma [J]. *Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*, 2014, 20(1):11-16.
- Tummala P, Tariq SH, Chibnall JT, et al. Clinical predictors of pancreatic carcinoma causing acute pancreatitis[J]. *Pancreas*, 2013, 42(1):108-113.
- Imoto A, Mitsunaga S, Inagaki M, et al. Neural invasion induces cachexia via astrocytic activation of neural route in pancreatic cancer[J]. *Int J Cancer*, 2012, 131(12):2795-2807.
- 郑丽萍.血淀粉酶、脂肪酶及尿淀粉酶联合检测诊断早期急性胰腺炎的临床价值[J].*国际检验医学杂志*, 2014, 35(7):931-932.
Zheng LP. Clinical value of the combined detection of blood amylase and lipase and urine amylase for early acute pancreatitis[J]. *International Journal of Laboratory Medicine*, 2014, 35(7):931-932.
- 王淑君,阮戈冲,柏小寅,等.以急性胰腺炎为首发临床表现的胰腺癌1例[J].*胃肠病学和肝病学杂志*, 2015, 24(10):1281-1282.
Wang SJ, Ruan GC, Bai XY, et al. Acute pancreatitis as the first symptom in pancreatic cancer: one case report[J]. *Chinese Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2015, 24(10):1281-1282.
- 杨尹默,庄岩,高红桥.胰头部肿块——胰头部占位性病变的分类与诊治探讨[J].*中国实用外科杂志*, 2009, 29(8):625-628.
Yang YM, Zhuang Y, Gao HQ. Classification of the masses in the pancreatic head and the discussion on the modalities of their diagnosis and management[J]. *Chinese Journal of Practical Surgery*, 2009, 29(8):625-628.
- 王伟林,吴泽晖,朱峰,等. CA19-9在影像学检查疑似胰腺癌病人诊断中的价值[J].*中国实用外科杂志*, 2013, 33(2):137-139.
Clinical value of serum CA19-9 in the diagnosis of suspected pancreatic cancer by imaging methods[J]. *Chinese Journal of Practical Surgery*, 2013, 33(2):137-139.
- Khurana V, Ganguly I. Recurrent acute pancreatitis[J]. *JOP*, 2014, 15(5):413-426.
- 苗毅,蒋奎荣.胰腺癌伴急性胰腺炎的诊治[J].*外科理论与实践*, 2009, 14(5):479-481.
Miao Y, Jiang KR. Diagnosis and treatment of pancreatic cancer accompanied by acute pancreatitis[J]. *Journal of Surgery Concepts & Practice*, 2009, 14(5):479-481.
- 王悦华,黄志强,周宁新,等.胰腺肿块炎性病变的临床病理特征[J].*中国普通外科杂志*, 2007, 16(5):464-467.
Wang YH, Huang ZQ, Zhou NX, et al. Clinicopathological features of chronic inflammatory mass lesion of the pancreas[J]. *Chinese Journal of General Surgery*, 2007, 16(5):464-467.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式:张春晨,靳君华,任建军,等.以急性胰腺炎为始发症状的胰腺占位病变的诊治:附12例分析[J].*中国普通外科杂志*, 2016, 25(3):345-349. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.03.007
Cite this article as: Zhang CC, Jin JH, Rrn JJ, et al. Diagnosis and treatment of pancreatic occupying lesions with initial presentation of acute pancreatitis: an analysis of 12 cases[J]. *Chin J Gen Surg*, 2016, 25(3):345-349. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.03.007