

文章编号:1005-6947(2007)10-1025-02

· 临床报道 ·

胰腺假性囊肿的治疗:附35例报告

秦长江, 孟继明, 周忠勇, 孙嵩洛

(河南大学淮河医院 普通外科, 河南 开封 475000)

摘要:回顾分析35例胰腺假性囊肿患者的临床资料。非手术治疗6例,6例经皮导管引流,23例开腹手术治疗,疗效满意。提示:胰腺假性囊肿的治疗,应根据囊肿形成的时间、囊肿的大小、囊肿的不同部位、患者能否耐受手术以及有无合并症等因素,采用不同的治疗方法。

[中国普通外科杂志,2007,16(10):1025-1026]

关键词: 胰腺假囊肿/外科学; 胰腺假囊肿/治疗

中图分类号: R 657.52

文献标识码: B

胰腺假性囊肿是急慢性胰腺炎的并发症,少数是由外伤或其他原因引起^[1]。2000年6月—2006年6月,我院共收治了35例胰腺假性囊肿,笔者对其临床资料进行了回顾性分析,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男24例,女21例;年龄11~63(平均46.6)岁。其中急慢性胰腺炎后并发假性囊肿23例,胰腺外伤性10例,胰腺手术后2例。临床表现为上腹部饱胀不适29例,腹部包块25例,恶心、呕吐26例。本组急慢性胰腺炎占65.8%。

1.2 辅助检查及诊断

尿淀粉酶升高者16例,血清淀粉酶升高14例,血糖升高8例。全部患者均经B超或CT检查,其中26例囊肿>6cm伴有明显临床症状,9例囊肿<6cm者临床症状轻微或不明显。囊肿位于胰头部8例,胰体尾部27例。单发囊肿30例,多发囊肿5例。

2 治疗方法及结果

2.1 治疗方法

2.1.1 非手术治疗 6例直径小于6cm且病程短于6周的囊肿在影像监测下通过禁食、输液,抗炎,胃肠减压,胃肠外营养和抑制胰液分泌等治疗,5例7~10d痊愈,1例症状加重行手术治疗后治愈。

2.1.2 手术治疗 手术指征为直径>6cm的假性囊肿或伴有明显临床症状者,或经非手术治疗无效者。手术方法包括经皮导管引流术(PCD)6例,外引流4例,行囊肿空肠Roux-en-Y吻合14例,囊肿与胃吻合术2例(其中腹腔镜下

囊肿内引流术1例),囊肿与十二指肠吻合术1例,囊肿胰体尾脾切除术2例。

2.2 治疗结果

保守治疗6例,5例完全治愈,1例缩小不明显,改行囊肿空肠Roux-en-Y吻合术治愈。PCD术5例治愈,1例并发胰痿后保守治疗康复。囊肿外引流术4例均治愈,其中1例并发胰痿,经用生长抑素治疗后治愈;1例并发感染,经抗感染治疗痊愈。行囊肿空肠Roux-en-Y吻合术的14例全部治愈,其中1例术后吻合口瘘,保守治疗后痊愈。囊肿胃后壁吻合术2例治愈(其中腹腔镜下囊肿-胃内引流术1例)。囊肿与十二指肠吻合术1例,囊肿胰体尾脾切除术2例,均治愈。以上病例随访5个月至6年(平均22个月),无死亡病例,均无复发。

3 讨论

3.1 保守治疗

保守治疗适用于囊肿形成早期及囊肿较小未明显并发感染的病例,特别是直径小于6cm且病程短于6周的囊肿,通过禁食、持续胃肠减压、抑制胰酶的分泌,抗生素控制感染等非手术治疗一般效果良好,囊肿也多自行消退^[2]。但现有学者认为胰腺假性囊肿6周至1年内仍有60%的病例能自行吸收,不应将直径大于6cm且病程超过6周的囊肿作为手术的绝对指征,对于无症状病例可以采取非手术治疗,动态观察病情,若出现严重并发症及时中转手术^[3-4]。本组经保守治疗有5例自然消散,1例非手术治疗无效改行手术治疗。

3.2 手术治疗

3.1.1 外引流 外引流术主要适用于囊肿壁薄、出血、严重感染、脓肿形成及年老体弱不能耐受较大手术者。其优点是简单、易行、手术安全性高、生理干扰少。对短期、薄壁、无间隔的囊肿并与主胰管不交通的病例尤为适用。本组中4例急性期大的胰腺假性囊肿,临床上出现明显的消化道压迫症状,体质差,1例囊肿已破裂故予以实施外引

收稿日期:2007-02-09 修订日期:2007-09-14。

作者简介:秦长江,男,河南长葛人,河南大学淮河医院主治医师。主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者:秦长江 E-mail:changjiangqin2003@yahoo.com.cn

流术,4例治愈,平均住院时间75d。由于B超和CT引导下经皮置管引流术的开展,以及可能发生的持久性胰痿,单纯为行外引流术的患者已越来越少,笔者认为外引流应尽量少用或用PCD代替治疗,但是条件比较差的基层医院仍可考虑。

3.3.2 内引流 内引流术的适应证为为囊肿持续6周以上,伴有症状或囊肿直径大于6cm,囊肿持续增大,囊肿感染,或疑有恶性肿瘤者,最佳手术时机应选择在囊壁较厚,囊肿形成已有3个月以上者^[5]。Parks等^[6]认为手术内引流的并发症和死亡率均较低,应是首选的理想术式。其术式选择可根据囊肿在胰腺内形成的部位、大小以及引流效果而选择不同的术式:(1)囊肿与胃或十二指肠吻合术。此术式主要适用于胰头部或近胃后壁的囊肿。此术式吻合后,食物可进入囊内,加之胃肠收缩引起吻合口的缩小,可出现引流不畅,易导致感染及复发,临床上应用较少。(2)囊肿空肠 Roux-en-Y 吻合术。多数学者认为此术式是首选的内引流术式^[7-8]。本组有15例采用此术式,其中仅1例发生吻合口瘘,经保守治疗后治愈,疗效显著。本术式可一次完成,且可以防止食物返流入囊腔内,发生感染的机率小。

3.3.3 囊肿切除术 其方法有:(1)单纯囊肿切除,只限于较小而游离的囊肿。(2)合并胰体和脾切除的囊肿切除术。本组有1例因囊肿位于胰体尾部后方并与脾门紧密粘连,施此术治愈。缺点是创伤大,以丧失脾脏为代价。(3)胰体尾切除术。适于胰体尾部囊肿,连同囊肿将胰体尾切除。

3.3.4 微创手术 通过影像学检查可准确检测出囊肿的位置、大小与周围脏器的关系及距腹壁的深度。在B型超声引导下经皮穿刺抽液或穿刺囊肿置入导管进行外引流,安全、简便,其适用于囊肿形成时间少于6周;或者合并全身衰弱不能耐受手术者;或有压迫症状的巨大的可能破裂的囊肿的过渡治疗,以暂时抽液或引流达到减压缓解症状。在B超引导下选择距引流部位最近,避开腹腔内脏器和大血管为穿刺点并做标记,用1%利多卡因行局麻,先用PTC穿刺针试穿,取得囊液后,置入导丝,更换穿刺针,扩大穿刺孔,置入引流管并固定,接引流袋。术后B超复查,了解

囊肿大小变化,定期用甲硝唑冲洗引流管。本组共行6例,引流时间最短者16d,最长68d,平均34d。3例合并感染经应用抗生素后治愈,1例并发胰痿后保守治疗康复。

Gagner^[9]于1994年报道了应用腹腔镜技术治疗胰腺假性囊肿的经验,以后国外不少学者都在这方面作了努力,证明腹腔镜下囊肿内引流术是安全可行的,同时还体现了腹腔镜手术创伤小、恢复快、美观等优点。腹腔镜下治疗胰腺假性囊肿和开腹手术一样,可分为囊肿-胃、囊肿-十二指肠、囊肿-空肠吻合内引流术和囊肿切除术;可根据囊肿与周围的粘连程度、基底宽窄及位于胰腺的部位不同而选择囊肿切除或内引流术。本组腹腔镜手术采用的是囊肿-胃吻合术,疗效满意。此项技术创伤小、恢复快、适应证广,可能成为胰腺假性囊肿的首选治疗方法^[3]。

参考文献:

- [1] 吴在德,郑树.外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004.654.
- [2] Cheruvu CV, Clarke MG, Prentice M, et al. Conservative treatment as an option in the management of pancreatic pseudocyst [J]. Ann R Coll Surg Engl, 2003, 85(5): 313-316.
- [3] 邱云峰,许世吾,廖芝伟,等.胰腺假性囊肿的诊断与治疗:附36例报告[J].中国普通外科杂志,2004,13(11):874-875.
- [4] 汤恢焕,彭创,胡国潢,等.胰腺假性囊肿的外科治疗:附89例报告[J].中国普通外科杂志,2006,15(10):781-783.
- [5] Pitchumoni CS, Agarwal N. Pancreatic pseudocysts: when and how should drainage be performed? [J] Gastroenterol Clin North Am, 1999, 28(3): 615-639.
- [6] Parks RW, Tzovaras G. Management of pancreatic pseudocysts [J]. Ann R Coll Surg Eng, 2000, 82(6): 383-387.
- [7] 高琦,林擎天.胰腺假性囊肿38例诊治分析[J].肝胆胰外科杂志,2002,14(2):94-95.
- [8] 肖元初,杨志奇,胡涛,等.胰腺假性囊肿的外科治疗体会[J].中国普通外科杂志,2006,15(11):869-870.
- [9] Gagner ML. Laparoscopic transgastric cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst [J]. Surg Endosc, 1994, 8(5): 239.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

关于优先处理、录用课题论文的启事

为及时反映全国各地临床医学的新成果、新技术、本刊将对获得国家、省、市等各类科研基金资助、立项课题的来稿,尽快审稿,对可用稿件尽快刊登。敬请全国各地医药科研临床工作者踊跃投稿。投稿时请附相关材料、资助项目文件的复印件、单位介绍信,并在稿件左下方脚注中注明基金资助项目名称、编号。