

文章编号:1005-6947(2007)10-1027-02

· 临床报道 ·

胰腺假性囊肿的外科治疗:附31例报告

陈刚

(攸县人民医院 普通外科, 湖南 攸县 412300)

摘要: 回顾性分析我院1997—2006年收治的胰腺假性囊肿31例的外科临床资料。全组5例行保守治疗,2例囊肿明显缩小,3例囊肿消失。26例行手术治疗,其中6例行外引流,17例行内引流,3例行胰腺囊肿及胰体尾部联合切除,无手术死亡。提示:对胰腺假性囊肿的外科治疗,应根据发病机制、病程、囊肿位置、大小及是否有合并症而决定个体化治疗方案;合理的治疗是决定预后的关键。

[中国普通外科杂志,2007,16(10):1027-1028]

关键词: 胰腺假囊肿/外科学; 引流术

中图分类号: R 657.52

文献标识码: B

胰腺假性囊肿是急、慢性胰腺炎及胰腺外伤所引起的并发症。我院1997—2006年共收治31例,均经外科治疗,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男17例,女14例,年龄为19~65(平均48)岁。病因:急性胰腺炎23例,长期酗酒者2例,胰腺外伤5例,原因不详1例。合并胆石症15例,合并上消化道出血2例,合并急性脾破裂3例,合并糖尿病12例。临床表现均为上腹部胀痛伴呕吐,伴上腹部肿块16例,尿淀粉酶明显增高23例。病程1周~2个月。

1.2 诊断及治疗方法

所有患者均行B超及CT检查,检查阳性率均达100%。其中诊断为多发囊肿3例,单发囊肿28例;囊肿直径为3~20cm;位于胰体尾处者24例,胰头处3例,小网膜囊内4例。其中4例经ERCP检查证实囊肿与胰管相通。5例因病程短于6周,症状轻,囊肿直径小于5cm,行非手术治疗。其余26例行手术治疗,其中行囊肿外引流6例,胃后壁囊肿吻合6例,囊肿空肠 Roux-en-Y 吻合11例,行囊肿及胰体尾并脾切除者3例。术后病理检查报告:囊壁均未见上皮组织。

2 结果及随访

本组病例无1例死亡。经保守治疗5例者囊肿消失3例,明显缩小2例。行囊肿外引流者6例中,4例术后并发胰外瘘,每天渗液约10~25mL,行规律换药,平均72d(2~3个月)痊愈;另2例恢复良好,无重大并发症发生;

均未行再次内引流术,痊愈后复查CT,囊肿消失。1例行胃后壁囊肿吻合术后6d并发应激性溃疡并出血,积极治疗后痊愈,其余5例囊肿胃吻合及囊肿空肠 Roux-en-Y 吻合术者,均无胰瘘、肠瘘、大出血、感染等严重并发症。术后31例随诊2个月至4年,均复查B超及CT,无囊肿复发。

3 讨论

胰腺假性囊肿有急、慢性之分^[1]。急性者多由急性重症胰腺炎及腹部外伤所致,系胰液外溢、周围组织被纤维包裹形成。一般时间短,囊壁薄,可与胰管相通。慢性者多由胰腺炎基础上,发生胰管破裂,大多与胰管相通,囊肿大,不易消失。胰腺假性囊肿可合并胆道、胃肠道、内分泌等多种疾患。对该病的治疗应根据发病机制、病程及囊肿部位,大小而各不相同,选择合理个体化治疗方案。这是决定疾患预后的关键。

急性胰腺假性囊肿,发生在6周以内,不与胰管相通者,部分能自行消退,对急性期、特别是囊肿小于5cm,无合并全身感染中毒症状,应首先保守治疗^[2]。本组5例,经禁食、胃肠减压、抗感染、补液、抑胰酶等处理,临床症状消失。CT随访6个月,3例囊肿消失,2例囊肿明显缩小。对慢性胰腺假性囊肿,且囊肿较大者,可行手术治疗。手术方式有:

(1)外引流 可在B超指引下经囊肿穿刺吸液或置管,因复发率高且多次穿刺带来痛苦,临床不宜采用。对于病情较重,保守治疗无效,囊肿较大,压迫症状明显,增长过快,有破裂危险,这时需早期行外引流术^[3]。但术后并发症较多,术后易并发经久不愈胰外瘘及出血,故应严格把握外引流适应证。本组6例分别在发病后2~4周行外引流术,虽缓解症状,但有4例出现胰瘘,经换药及对症状处理,平均72d痊愈。

(2)内引流 是治疗胰腺假性囊肿的主要方式。适用于:病程大于6周,无自行吸收可能;B超或CT检查提示囊肿壁厚大于0.5cm;患者一般情况可,无心、肺、肾、内分泌

收稿日期:2007-05-31; **修订日期:**2007-08-20。

作者简介:陈刚,男,江苏南通人,湖南省攸县人民医院主治医师,主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者:陈刚 E-mail:woaitaixing198678@163.com

文章编号:1005-6947(2007)10-1028-02

· 临床报道 ·

重症急性胰腺炎继发胰腺假性囊肿的诊治体会

齐飞波¹, 成建芬², 亚力坤³

(新疆医科大学第一附属医院 1. 综合外科 3. 急诊外科, 新疆 乌鲁木齐 830054; 2. 新疆乌鲁木齐市第四人民医院 老年医学科, 新疆 乌鲁木齐 830000)

摘要:为探讨急性重症胰腺炎(SAP)继发假性囊肿的诊断和治疗方法。笔者回顾性分析10年间收治的SAP继发胰腺假性囊肿38例的临床资料。囊肿直径6~29 cm。内科非手术治疗22例,治愈好转18例(81.8%)。外科手术16例,治愈好转12例(75.0%)。提示:对胰腺假性囊肿可先采用非手术治疗,无效者可行手术治疗。外科手术是有效的治疗方法,应严格掌握治疗指征。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(10):1028-1029]

关键词: 胰腺假囊肿/治疗; 胰腺炎, 急性坏死性/并发症

中图分类号: R 657.5

文献标识码: B

重症急性胰腺炎(SAP)是一种病情凶险的疾病,并发症甚多。胰腺假性囊肿是常见并发症之一,现将我院1996年1月—2006年3月38例胰腺假性囊肿患者的诊治情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

经我院临床明确诊断的SAP患者142例,其中继发假性囊肿38例,占26.8%。男27例,女11例;年龄22~78

(平均46.8)岁。既往有糖尿病史6例。囊肿均发生于SAP之后。

1.2 临床表现及诊断

本组患者均有程度不同的腹胀、腹痛。12例上腹部可触及肿块,圆形或椭圆形,边界不清,活动度差,无明显触痛。确诊的金标准为胰腺平扫加增强CT。治疗2周后复查CT,并与入院时CT对照,其中36例诊断为假性囊肿。囊肿直径为6~29 cm,胰头部囊肿6例,胰体尾囊肿30例,囊肿内出血4例,合并感染6例。

1.3 手术适应证及治疗方法

1.3.1 非手术组 22例。入院后采用综合治疗措施,即禁食、胃肠减压、抗感染、抑制胰液分泌,包括使用奥美拉唑40 mg,静脉滴注,2次/d;善宁0.1 mg,皮下注射,1次/6h。

收稿日期:2006-11-22; 修订日期:2007-06-05。

作者简介:齐飞波,男,河南巩义人,新疆医科大学第一附属医院副主任医师,主要从事腹部外科方面的研究。

通讯作者:齐飞波 E-mail: cjf700208@163.com

系统重大并发症或已积极治疗得到控制,能耐受手术。手术方法可选择:①胃后壁囊肿吻合术。适于囊肿位于胃后壁及小网膜囊内,粘连较重,可就近采取该吻合方式。但易引起囊腔感染及胃溃疡病。本组6例中有1例术后因应激性溃疡出现胃出血,经保守治疗痊愈。②囊肿空肠Roux-en-Y吻合术。可运用于任何部位的,已形成厚壁的囊肿,术中注意应在囊肿低位空肠吻合。多囊者在吻合前应去除囊腔间隔,肠攀应长于50 cm以防返流,吻合口应大于5 cm,以利于引流。曾有报告因吻合口狭窄或再闭需行再次手术者^[4]。本组11例疗效均良好,术后均无重大并发症发生。③囊肿十二指肠或囊肿空肠侧侧吻合。较少采用,但有报道,也可取得较好疗效^[5]。术中应注意勿损伤胆管、胰管及重要血管。本组未采用。

(3)囊肿切除术 囊肿与胰体尾粘连致密,或合并损伤等。一般不易做囊肿单纯切除,须将胰体尾、脾脏一并切除,缝扎胰管,将胰体尾断面"U"形交锁缝合。此术中应注意尽可能多保留正常胰腺组织,至少大于20%,以防机体代谢紊乱。本组3例采用此法,疗效良好,术后痊愈出院。

综上所述,笔者认为针对胰腺假性囊肿患者应根据具

体情况采取个体化外科治疗方案。对于囊肿小于6 cm、无症状,可不做处理。随访观察,若短期出现症状,且迅速增大或继发感染则需行外引流术。囊肿大于6 cm,经过6周至3月仍不吸收者,应行内引流术。术前行ERCP,明确囊肿与胰管关系^[6]。同时应重视围手术期的综合治疗。

参考文献:

- [1] Crase RA, Way LW. Acute and chronic pancreatic pseudocysts are different [J]. *Am J Surg*, 1981, 142(6):660-663.
- [2] 范育林, 马优刚, 梁少银, 等. 胰腺假性囊肿外科治疗方法及手术时机选择 [J]. *肝胆胰外科杂志*, 2004, 16(4):302-303.
- [3] Stephen W. Behrman, Scottm, et al. Pancreatic pseudocysts following acute pancreatic [J]. *Am J Surg*, 1996, 172(2):228-229.
- [4] 黄志强. 现代腹部外科学 [M]. 长沙: 湖南科技出版社. 1997. 570.
- [5] 王强, 秦晔, 孙威, 等. 77例胰腺假性囊肿治疗分析 [J]. *中华肝胆外科杂志*, 1999, 5(6):417.
- [6] 中华医学外科学会胰腺外科学组. 重症胰腺炎治疗草案 [J]. *中华普通外科杂志*, 2001, 16(11):699-700.