

胰腺假性囊肿的诊断和治疗

(附 23 例报告)

附属第一医院基本外科 程龙华 寿才灿

本科自1964年6月~1984年11月共收治胰腺假性囊肿23例,现报告如下。

临床资料

一、一般资料 男14例,女9例。年龄16~66岁,平均40.73岁。病程:最短1天,最长5年。2例因狂饮、3例因暴食诱发胰腺炎后发病,4例因闭合性腹部损伤引起,因胆石症和胆道蛔虫症引起的共4例,因分娩、胰头部肿瘤和胰腺脓肿引起的各1例,不明原因7例。

二、临床表现 表现为急性或慢性腹痛和上腹肿块15例,仅有腹部肿块而无其他症状2例,2例伴有大量胸水,其余有的伴有高热、黄疸、乏力、厌食及体重减轻,有的伴幽门不全梗阻,间歇性腹泻等。肿块多数较大,占据整个上腹部,光滑,具囊性感,其中2例肿块下缘超过脐部。

三、实验室检查 血常规:白细胞总数和中性粒细胞明显升高5例。血清淀粉酶均正常。尿淀粉酶检查10例,6例明显升高(1024u~4096u,温氏法)。囊液淀粉酶穿刺检查14例,12例明显升高(1000u~6044u,温氏法)。

四、特殊检查 A型超声波(简称A超)检查13例,提示囊性肿块波型、液平段12例。B型超声波(简称B超)检查7例,提示胰腺囊肿6例,左上腹巨大液性肿块1例。X线钡餐造影4例,2例显示十二指肠曲向右推移、变形,2例正常。

五、术前诊断 确诊17例,误诊6例。分别误诊为肝囊肿,先天性胆总管囊肿,胆囊肿积液,胰腺癌,胃癌或结肠癌各1例。这些误诊病例均发生在B超应用之前。

六、术中所见 肿块位于胃后壁和整个小腹腔5例,胃结肠韧带后7例,横结肠以下3例。肿块分别源于胰头部(3),胰体部(4),胰尾部(4),胰头体部(4),胰体尾部(3)或全胰腺(3)。伴有腹水2例,合并胆总管高度扩大2例,与胆石症、十二指肠球部陈旧性溃疡同时并存1例;胰头癌1例。囊肿均为单房性。囊肿最小如拳头,最大为 $22 \times 22 \times 15\text{cm}$ 。7例囊内含咖啡色液和血凝块兼大量坏死组织,5例含淡绿色液;1例呈混浊脓性伴有胰尾部坏死;1例为混浊脓性液,囊内仍能见到胰尾部胰管损伤性裂孔。其余9例均为淡黄色澄清液。容量最少为150ml,最多2,400ml。

七、手术方式及术后情况 22例进行手术治疗,1例拒绝手术。作内引流术13例,其中12例为Roux-en-Y吻合术。近期出现并发症5例,计为逆行感染(2),上消化道大出血(1),囊液引流不畅(1),囊肿胆道内瘘(1)等。外引流术5例,其中1例按PTCD方法作经皮、囊肿穿刺置管引流,近期观察均恢复良好。其他有囊肿切除(2)和术中单纯抽吸减压术(3)。

八、随访 随访14例,失访7例。随访时间6个月~16年,死亡3例。其中术后1年10个月和11年9个月死于囊肿复发各1例,1

例并发于胰头癌术后68天死亡。

讨 论

一、发病率和病因 早期文献报告胰腺假性囊肿发生率为1~2%⁽¹⁾,近期报告为11~20%^(2~4)。这可能与B超和电子计算机X线体层扫描(CT)的广泛应用有一定关系。

胰腺假性囊肿的病因主要与急性或慢性胰腺炎有关,此病的发生,一般认为与狂饮、暴食有密切关系。本组病例以闭合性腹部外伤占首位(21.8%),其次为饮食不当(17.4%),而狂饮居第三位(13%)。因此对上腹部外伤的患者,即使是轻微损伤,也应考虑损伤胰腺可能,尤其是在脾脏损伤时,容易忽略同时存在的胰尾部损伤⁽⁵⁾。术中必须仔细探查,对伴有上腹部腹膜后血肿的病例更应注意⁽⁵⁾。本组有1例外伤性脾破裂,术中发现胰尾部下缘腹膜后血肿,但未予注意,仅作急诊脾修补术,术后1周发现左上腹部有巨大肿块,并迅速增大,作第二次剖腹探查,发现合并胰外伤后形成的急性胰假性囊肿。对此应引以为训。

二、临床症状 胰假性囊肿的临床症状无特异性⁽⁶⁾。多数病人仅有上腹痛不适、厌食和体重减轻^(1,6~9),少数病人可以无症状⁽⁸⁾。有人认为,这种不典型腹痛往往暗示有慢性胰腺炎存在⁽⁷⁾,临床上容易被误认为一般“胃痛”。因此对这类病人应提高警惕,常规进行B超追踪检查,以便及早发现囊肿,及时治疗。

三、诊断 根据近期有胰腺炎或胰腺外伤史和体检发现肿块,诊断并无困难。辅助诊断方法以B超较有诊断价值。尿和囊液淀粉酶检查对诊断也有所帮助。X线钡餐检查适用于胰头、尾部的大囊肿,可发现胃或十二指肠影象被推移,但对于小囊肿无诊断价值。如病情持续存在,常伴发大量胰性腹水^(3,8,9),或同时有大量胰性胸水。胰性腹水的特征为无明显腹膜刺激症状,淀粉酶持续增高,蛋

白含量 $>2.5^{(8)} \sim 2.9^{(8)}$ g%。有人认为这种胰性腹水可能是来自胰腺管道的漏泄⁽¹⁾。本组有1例外伤后继发急性胰假性囊肿患者,在其囊内发现胰尾部有一胰管裂孔,直径约0.4cm,向囊内漏泄胰液,囊液淀粉酶测定高达6044u(温氏法)。通过向裂孔内插入小尼龙导管行外引流,术后恢复满意。

胰腺假性囊肿形成,有的发生较急,有的呈慢性过程。急性者具有急性胰腺炎的特征。肿块一般在急性胰腺炎或外伤后5天到6周(平均2.3周)出现^(6~8)。本组有7例,占30.4%。慢性者症状不典型,只有慢性腹痛⁽⁷⁾。肿块往往是在进行性增大期或出现并发症时才发现⁽⁷⁾。本组中这种病例较多,胰腺炎的过去史往往难以追溯。

四、治疗 以手术治疗为主,其中以内引流为首选。手术时机可根据病情急缓选择。Warren等人的动物实验证明,假性囊肿成熟需要4~6周时间^(1,7,8),在此期间,急性发病者20~40%可以自行消散^(2,4)。因此,应积极抗感染治疗,同时用B超监测。如囊肿逐渐缩小,又无并发症,表明囊肿消散^(1,2,7,10)。如迅速增大,或同时出现全身严重中毒症状,就需要急诊手术,但此时囊壁尚未纤维化,作内引流常有困难,故仅能作外引流术^(1,2,8,7,10)。经4~6周治疗,囊肿仍未自行消散者,此时囊壁已成熟,即应手术,不宜继续保守治疗,以免并发囊内出血、胰腺坏死,或发展成为胰腺脓肿^(7,10),而丧失治疗的良机。本组有4例均因保守治疗时间过长或未能明确诊断而延误手术时机,产生严重并发症。

慢性胰假性囊肿,可能因胰管内有似蛋白质样物质沉淀,致有胰管阻塞及管道系统纤维化,自行消散者罕见^(2,8)。一般均主张手术治疗,这样可以减少各种严重并发症的发生。

在各式内引流术中,我们有如下体会:

①结肠前式 Roux-en-Y (下转第90页)

- 2 : 482.
4. 张尚礼, 等. 桡动脉穿刺测压的临床应用 中华外科杂志 1979; 17 : 421.
 5. 蒋豪, 等. 外套管穿刺针的临床应用. 中华麻醉杂志 1981; 1 : 176.
 6. Davis F M, et al. Radial artery cannulation. A prospective study in patients undergoing cardiac surgery. Br J Anaesth 1980; 52 : 41.
 7. Boswick J. Injuries of the radial and ulnar arteries. J Bone Joint Surg 1967; 49(A) : 582.
 8. Barber T D. Severe ischemia of the hand following radial artery catheterization. Surgery 1976; 80 : 449.
 9. Evans P J D. Arterial occlusion after cannulation. Br Med J 1975; 3 : 197.
 10. Downs J B, et al. Hazards of radial artery catheterization. Anesthesiology 1973; 38 : 283.
 11. Bedford RF, et al. Complications of percutaneous radial artery cannulation: An objective prospective study in man. Anesthesiology 1973; 38 : 228.
 12. Baker R J. Severe ischemia of the hand following radial artery catheterization. Surgery 1976; 80 : 449.

(上接第81页) 型囊肿空肠吻合术, 术后囊肿复发的机会较多, 不宜采用。本组用此术式的患者仅有 2 例, 均出现囊肿复发。究其原因可能此术式的吻合口不易选在最低位, 以致囊液引流不畅。②巨大型壁厚的囊肿, 单纯作内引流术, 易并发囊液潴留, 可同时作外引流术予以防止。本组有 3 例, 其中 2 例兼作外引流术, 情况良好, 倘因术后发生囊内出血, 也能及时发现。另 1 例作内引流术后未加作外引流, 吻合口虽有 4.5 cm 大小, 并处于最低位, 但术后持续发热, 上腹胀痛不适长达 1 个月, 检查表明为囊液潴留。这可能因巨大囊肿术后囊壁塌陷, 吻合口变狭变小, 以致引流不畅。

关于外引流, 有文献报告, 在 X 线或 B 超引导下用套管针刺抽吸并置导管外引流⁽¹⁾。作者对 1 例急性胰假性囊肿患者用

此法治疗成功。此法简便易行, 病人易于耐受, 倘若病例选择得当, 则不失为可取的方法。

参 考 文 献

1. Trevor Sandy J, et al. Am J Surg 1981; 141 (5) : 574.
2. Agha, FP. Surg Gynecol Obst 1984; 158(1) : 22.
3. 朱人伟, 等. 上海医学 1981; 4(6) : 17.
4. 曾宪九摘译. 国外医学外科学分册 1984; 11(3) : 189.
5. 杜永华. 国外医学外科学分册 1985; 12(2) : 77.
6. Brian R, et al. Am J Surg 1982; 144(6) : 685.
7. Richard A, et al. Am J Surg 1981; 142(6) : 663.
8. 曾宪九, 等译. 克氏外科学上册. 第1版, 北京: 人民卫生出版社 1983 : 1492.
9. 裘法祖, 等编. 外科学. 第2版, 北京: 人民卫生出版社 1984 : 553.
10. Clagton H, et al. Surg Gynecol Obst 1981; 152(6) : 809.