

文章编号:1005-6947(2006)11-0869-02

· 临床报道 ·

胰腺假性囊肿的外科治疗体会

肖元初, 杨志奇, 胡涛, 王锐

(湖北省荆州市中心医院 外一科, 湖北 荆州 434020)

摘要: 回顾性分析 5 年余收治的 25 例胰腺假性囊肿的病例资料。行囊肿空肠吻合术 7 例, 囊肿胃吻合术 1 例, 单纯囊肿外引流术 9 例, 内引流 + 外引流术 2 例, 外引流 + 脾切除术 1 例, 外引流 + 半胃切除 + 胃空肠吻合术 1 例, 囊肿切除术 1 例, 经皮穿刺置管引流术 1 例, 非手术治疗 2 例。外引流术后 1 例因胰痿而再行痿管空肠吻合术, 1 例因胰痿而再行痿管切除术, 1 例囊肿胃吻合术后并发消化道出血经非手术治疗而愈, 其余病例术后均痊愈。提示胰腺假性囊肿应根据不同情况选择不同的治疗方式, 大多能治愈。

关键词: 胰腺假囊肿/外科学; 胰腺假囊肿/治疗

中图分类号: R657.52 **文献标识码:** B

胰腺假性囊肿是胰腺囊性病变中最常见的一种, 占全部胰腺囊性病变的 80% 以上^[1]。其治疗方式的正确选择对于提高该病的疗效和降低术后并发症具有重要的意义。回顾性的分析 2000 年 1 月—2005 年 5 月本院收治的 25 例胰腺假性囊肿的临床病例资料, 现报告如下。

1 临床资料

本组男 11 例, 女 14 例; 年龄 38 ~ 74 岁, 中位年龄 54 岁。病因: 急性胰腺炎 20 例 (80.0%), 慢性胰腺炎 2 例 (8.0%), 外伤 1 例 (4.0%), 不明病因 2 例 (8.0%)。并

发病: 感染 10 例 (40.0%); 囊肿破裂 3 例 (12.0%), 其中囊肿十二指肠痿 1 例, 囊肿结肠痿 1 例, 囊肿向游离腹腔破裂 1 例; 囊内出血 2 例 (8.0%)。所有病例均经 CT 扫描检查, 部分病例经术后病理证实诊断。

2 治疗方法及结果

本组非手术治疗 2 例 (8.0%), 均治愈。手术治疗 23 例 (92.0%), 术后发生并发症 3 例 (13.0%), 均经非手术疗法治愈, 无死亡病例 (附表)。

附表 25 例胰腺囊肿中的治疗方法及结果

治疗方式	例数 (%)	结果
囊肿空肠吻合术	7 (28.0)	无并发症, 治愈
囊肿胃吻合术	1 (4.0)	术后并发消化道出血经非手术治疗而愈
单纯囊肿外引流术	9 (36.0)	1 例因长期胰痿而再行痿管空肠吻合术而愈
内引流 + 外引流术	2 (8.0)	无并发症, 治愈
外引流 + 脾切除术	1 (4.0)	无并发症, 治愈
外引流 + 半胃切除 + 胃空肠吻合术	1 (4.0)	术后并发胰痿再行痿管切除术而愈
囊肿切除术	1 (4.0)	无并发症, 治愈
经皮穿刺置管引流术	1 (4.0)	无并发症, 治愈
非手术治疗	2 (8.0)	无并发症, 治愈

3 讨论

胰腺假性囊肿的自然消退率 7% ~ 60%, 其中发病 6 周内的消退率为 40%^[1]。一般认为囊肿经过 6 周的观察和非手术治疗而直径大于 6 cm 者, 要考虑手术治疗。因为持续 6 周以上的假性囊肿很少自然消退, 且易并发感染、出血

或破裂^[2-3]。但现有学者^[4]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, 故不应将囊肿时间超过 6 周和直径大于 6 cm 作为手术的绝对指征; 只有当患者出现与囊肿相关的明显症状及并发症或观察期间囊肿增大时, 才需手术治疗^[5]。

手术治疗包括内引流术、外引流术及囊肿切除术, 以及经皮穿刺置管引流和经内镜下切开引流。应根据不同情况选择相应的治疗方式。

内引流术包括囊肿空肠吻合术、囊肿胃吻合术和囊肿十二指肠吻合术。术式的选择应根据囊肿部位及囊肿的主要凸起方向, 但首选囊肿空肠 Roux-en-Y 吻合术。内引流术应注意吻合口低位、宽阔 (4 cm) 的原则。消化道出血、囊肿继

收稿日期: 2006-06-10; 修订日期: 2006-08-18。

作者简介: 肖元初, 男, 湖北荆州人, 湖北省荆州市中心医院副主任医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者: 肖元初 E-mail: xiaoyc123@sina.com。

发感染、囊肿复发是其术后常见并发症。本组除1例囊肿胃吻合术后早期有消化道出血外,其余无上述并发症。

囊肿外引流术主要适用于有并发症的假性囊肿(如感染、出血、破裂)及巨大薄壁囊肿而无法行内引流者。术中应清除囊内坏死组织及分隔,但注意不要损伤贯穿其中的重要血管,如肠系膜上血管。本组1例囊肿十二指肠内瘘感染并出血者,术中发现肠系膜上血管裸露贯穿于囊肿内,经采用大网膜填塞方法将其包裹,防止了进一步遭腐蚀所导致的术后大出血。如果术中遇有囊内活动性出血,可于出血部位进行缝扎止血,但要注意所缝扎的血管是否系不可替代的重要血管。如果为脾动脉破裂出血,可行脾动脉缝扎止血,同时行脾切除术。如在内引流术或外引流术后并发囊内大出血,应首选内脏动脉造影加栓塞治疗。外引流术后胰瘘如经6个月的治疗而不愈者,可行瘘管空肠吻合术。本组绝大部分外引流术后能痊愈,但有1例因胰瘘经久不愈而再次行瘘管空肠吻合术,1例因胰瘘而行瘘管切除术。

对于囊肿巨大产生压迫,或进行性增大而有破裂危险及合并感染不能耐受手术的患者可考虑行经皮穿刺置管引流;部分患者仅通过单纯经皮穿刺置管引流而治愈,但当囊内存在坏死组织及分隔时则不能收到良好的引流效果。

笔者在临床实践中体会到,对于部分囊肿继发感染、出血及进行性增大的巨大囊肿,如果有可供吻合的成熟囊壁,则

采用囊肿内引流加外引流的术式,该术式既可保证吻合口愈合,又可避免单纯外引流术后因胰瘘或囊肿复发而再次手术。笔者在对1例囊肿十二指肠内瘘并感染、出血患者,经囊肿外引流+半胃切除+胃空肠吻合术治疗而愈。故笔者认为该术式通过外引流+胃空肠转流解决了内瘘后囊内感染而出血的问题。

囊肿切除术主要适于胰尾部的较小囊肿,如果累及脾血管及脾脏则同时行脾切除术。本组1例胰尾部5cm的囊肿因累及脾门而行囊肿切除+脾切除术。

参考文献:

- [1] 田雨霖. 胰腺外科手术学[M]. 沈阳: 沈阳出版社, 1995. 203-219.
- [2] 张太平, 赵玉沛, 杨宁, 等. 胰腺假性囊肿治疗方式的选择评价[J]. 中华外科杂志, 2005, 43(3): 149-152.
- [3] 钟守先. 胰腺外科[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1997. 420-436.
- [4] 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.
- [5] 马利林, 沈洪薰, 朱建伟, 等. 胰体尾部肿瘤的手术切除[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(5): 373-375.

2007 中华肝胆胰脾外科(国际)学术论坛征文通知

2007年中华肝胆胰脾外科(国际)学术论坛,是我们肝胆胰脾外科界学术交流的例行盛会。注重科学创新、理论指导临床、提高与普及兼顾。“论坛”以学术水平高、学术气氛浓、专家与同道共同参与,一届比一届热烈、精彩。经编委会研究决定:“2007年中华肝胆胰脾外科(国际)论坛”应澳门特区外科学会的盛情邀请定于2007年4月16日-19日在澳门举办。

“论坛”将围绕本专业领域当前的难点、热点、结合临床和实践研究,本着百家争鸣的精神,共同探索和讨论。沟通信息、启发思考、提高专业水平、激励人才成长。

“论坛”热忱邀请内地、香港、澳门和中国台湾的专家和同道以及国外朋友踊跃参加。

“论坛”进行方式 专题报告、代表发言、提问答疑,热点辩论、名家引导和点评。展板及影像映示。

“论坛”议题及征文要点:

肝癌 诊断及外科与综合治疗:新诊断技术—可切除与否的界定—综合治疗与序贯化思路—对复发转移的研究进展—微创技术实际应用的可行性。

医源性 胆管损伤的预防—胆管下端功能状态对修复及重建的影响—肝胆管结石外科治疗的新经验—肝门胆管癌根治性切除的实施与效果。

胰腺炎 重症急性、出血坏死性、“凶险性”—治疗中早期复苏的策略与实施—相关并发症的预防和处理。

胰腺癌 早期诊断的思路与进展—根治术在当前的含意和尺度—术前减黄与并发症的处理。

脾功能 研究进展—保脾与切脾含意和抉择—PH时单纯切脾的指征与价值。

肝移植 应用指征的决策—供肝切取与保存—技术性与非技术性并发症—再移植—远期存活的努力。

来稿请寄未曾公开发表过4000字以内全文及800字论文摘要一份(无摘要不入汇编),请在信封上注明“会议征文”。截稿日期:2007年1月底。正式代表发论文证书并授一级继续教育学分。论文将择优在《中华肝胆外科杂志》刊出。

来稿请寄:《中华肝胆外科杂志》编辑部

地址:北京市复兴路28号 邮编:100853,电话:010-66936223,电传:010-68177009, E-mail: zhgdwkzz@vip.163.com,详情请登录网站: www. zhgdwkzz. net