

# 巨大胰腺假性囊肿的处理方法及时机选择

汪建初, 浦润, 李良波, 韦建宝, 韦忠恒, 马日海, 韦邦宁

## 背景资料

汪建初, 浦润, 李良波, 韦建宝, 韦忠恒, 马日海, 韦邦宁,

通讯作者: 汪建初, 533000, 广西壮族自治区百色市中山二路18号, 右江民族医学院附属医院肝胆外科. wjianchu@sina.com  
电话: 0776-2836646

收稿日期: 2006-04-02 接受日期: 2006-06-06

## Alternatives of timing and surgical treatments for giant pancreatic pseudocysts

Jian-Chu Wang, Jian Pu, Liang-Bo Li, Jian-Bao Wei, Zhong-Heng Wei, Ri-Hai Ma, Bang-Ning Wei

Jian-Chu Wang, Jian Pu, Liang-Bo Li, Jian-Bao Wei, Zhong-Heng Wei, Ri-Hai Ma, Bang-Ning Wei, Department of Hepatobiliary Surgery, the Affiliated Hospital of Youjiang Medical College for Nationalities, Baise 533000, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China

Correspondence to: Jian-Chu Wang, Department of Hepatobiliary Surgery, the Affiliated Hospital of Youjiang Medical College for Nationalities, 18 Zhongshan Er Road, Baise 533000, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China. wjianchu@sina.com

Received: 2006-04-02 Accepted: 2006-06-06

## Abstract

**AIM:** To investigate surgical interventions and timing for giant pancreatic pseudocysts.

**METHODS:** Twenty-nine patients with giant pseudocysts were retrospectively analyzed. According to the surgical interventions, we divided the 29 cases into three groups: internal drainage group ( $n = 14$ ), external drainage group ( $n = 7$ ), and percutaneous acupuncture drainage group ( $n = 8$ ).

**RESULTS:** Of the 14 cases in internal drainage group, 1 was complicated with obstruction of intestine and pseudocysts recurred in 4 patients. Of the 7 cases in external drainage group, abscess of pancreas was found in 1 case; pseudocyst recurred also in 1 case; fistula of pancreas and colon developed in 1 case; and the rest were cured with no complications. Of the 8 cases received percutaneous acupuncture drainage under B ultrasonography, 7 were cured completely

and 1 underwent cyst-jejunum anastomosis as the wall became thicker.

**CONCLUSION:** Percutaneous acupuncture drainage under B ultrasonography or computed tomography should be used in the early stage to make the pseudocyst mature or disappear. For the matured giant pseudocyst mature, surgical interventions should be chosen flexibly.

**Key Words:** Giant pancreatic pseudocysts; Surgical intervention; Surgical timing

Wang JC, Pu J, Li LB, Wei JB, Wei ZH, Ma RH, Wei BN. Alternatives of timing and surgical treatments for giant pancreatic pseudocysts. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2006;14(21):2142-2145

## 摘要

### 目的:

**方法:** 10 a 29  
( $n = 14$ ), ( $n = 7$ )  
( $n = 8$ ).

### 结果:

29  
1, 4  
; 1, 2  
; B  
7, 1

**结论:** B CT ; B

**关键词:** 巨大胰腺假性囊肿; 手术时机; 手术方法

汪建初, 浦润, 李良波, 韦建宝, 韦忠恒, 马日海, 韦邦宁. 巨大胰腺假性囊肿的处理方法及时机选择. *世界华人消化杂志* 2006;14(21):2142-2145

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/2142.asp>

## 0 引言

胰腺假性囊肿是胰腺炎或胰腺外伤常见的并发症, 临床处理方式多样, 期待性的处理方法常常延误治疗时机, 而且在等待过程中, 囊肿常并发出血、感染、破裂等并发症, 给患者造成很大的损失, 本文统计我院近10 a的假性囊肿病例, 将最大径超过10 cm称为巨大胰腺假性囊肿纳入研究对象, 对此类假性囊肿在早期即可经B超或CT定位置管外引流, 使囊肿缩小, 囊壁成熟, 部分囊肿可治愈; 晚期囊肿可根据实际情况选择相应的内引流术。

## 1 材料和方法

本组男19例, 女10例, 平均年龄31岁; 住院1次18例, 住院2次10例, 住院3次1例, 平均住院天数47 d, 所有病例均经B超或CT诊断, 最大囊肿25 cm×16 cm, 最小11 cm×10 cm, 平均15 cm×13 cm, 急性胰腺炎引起15例, 慢性胰腺炎引起4例, 外伤引起6例, 其他原因4例。头部囊肿14例, 体部囊肿6例, 尾部囊肿7例, 2例患者同时有2个囊肿。

(1)胃囊肿吻合内引流术4例, 囊肿均向胃小弯突出, 胃后壁构成囊肿壁的一部分, 囊肿不向胃结肠韧带或横结肠系膜突出。手术操作均先切开胃前壁, 然后细针抽吸定位囊肿部位, 继而切开胃后壁进入囊腔, 吸尽囊液后将囊壁和胃后壁吻合, 吻合口直径约4 cm。囊肿十二指肠吻合内引流术2例, 1例先分离胰头侧胃结肠韧带, 在囊肿贴近十二指肠处最低部位先悬吊2针, 与十二指肠平行切开囊壁3 cm, 然后将十二指肠纵向切开相等长度进行囊肿十二指肠吻合; 另外1例是位于十二指肠及胰头后的囊肿, 探查确定囊肿部位, 后经十二指肠前壁入路切开在十二指肠后壁及囊肿壁, 吻合口约2 cm。囊肿空肠Roux-en-Y吻合内引流7例, 所有内引流患者囊肿形成时间均在6 wk以上, 在囊肿低位切开约4-5 cm的囊壁游离约40-50 cm空肠襻。4例断端封闭, 在肠襻的对系膜缘切开, 与囊肿行侧壁吻合, 另3例直接予囊壁空肠断端吻合。所有内引流均切除部分囊壁送病理检查证实无内皮细胞, 且在吻合口周围放置腹腔引流管。(2)开腹外引流7例, 其中2例为急性胰腺炎后假性囊肿破裂, 行急诊外引流术, 2例囊肿产生压迫症状, 但囊壁尚未成熟, 3例合并感染, 均在囊内放置多孔硅胶管引流, 另放置腹腔引流管。(3)B超定位外引流8例, 本组8例均为急性胰腺炎后并发的

假性囊肿, 在B超实时引导定位下行囊肿穿刺置管, 引流管直径3 mm, 将前端10 cm长度管侧壁剪小孔, 以防堵塞不能起到有效引流, 若囊液黏稠用生理盐水冲洗抽吸, 保持通畅。B超确定假性囊肿位置, 选择距引流部位最近, 可避开腹腔内臓器和大血管为穿刺点, 并做标记, 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(3 mm)并固定, 接引流袋。(4)囊肿胃内外一期引流术1例, 因无法显露囊肿, 故先切开胃前壁, 经胃后壁切开囊肿, 处理囊内容后经胃前后壁将内径1 cm的软管一端剪3或4个侧孔软皮管插入囊内, 将胃后壁黏膜翻入胃腔后在腔内做两层荷包, 在胃前壁腔外做两层荷包内翻缝合, 亦造成内翻。

## 2 结果

内引流组中1例术后3 mo并发肠梗阻, 行肠段切除。外引流组中1例胰尾外引流患者4 mo后并发胰瘘和结肠外瘘, 行结肠脾曲切除后治愈; 假性囊肿复发4例, 均行再次手术; 2例急性胰腺炎后并发假性囊肿患者在观察期间囊肿破裂, 均行急诊手术外引流, 其中1例假性囊肿再发, 后为预防再次破裂予以B超定位下行囊肿外引流术, 术后30 d拔除置入管, 未再复发, 另外1例术后2 wk并发胰腺脓肿, 后行再次手术, 再次手术后并发假性囊肿, 3 mo后行内引流术; 无死亡病例。B超定位穿刺置管引流中7例治愈, 1例囊肿缩小后行囊肿空肠Roux-en-Y吻合内引流术治愈。

## 3 讨论

巨大胰腺假性囊肿常难以自然吸收, 故多需要外科干预治疗。本文总结我院近10 a的巨大假性囊肿病例, 处理方法多样, 均有良好的效果。我们认为, 假性囊肿的治疗方法随着医疗技术水平的发展和对疾病本身的认识加深, 治疗上更趋于微创, 从过去的期待性治疗过渡到主动干预治疗。常规外科干预时机, 囊肿形成时间需在6 wk以上, 囊壁厚度需大于1 cm, 囊肿大小需超过6 cm, 或者出现了明显的并发症。基于有这样的思想指导, 许多患者需长时间等待而得不到及时治疗, 造成了很大的身心损害, 本组有2例巨大囊肿患者在期待治疗期间破裂, 不得不行急诊手术, 而手术方式也仅能行外引流, 其中1例在外引流后1 mo内又形成巨大囊肿, 为防止囊肿再次破裂, 在多普勒超声定位引导下

创新盘点

10 cm

## 应用要点

*et al*

行囊肿穿刺置管引流, 1 mo后每日引流量少于10 mL, 拔除引流管, 囊肿消失, 随访3 mo囊肿未复发. 8例急性胰腺炎后早期形成的巨大囊肿, 我们均在超声引导下穿刺置管引流治疗, 对于囊液黏稠的患者, 均给予生理盐水冲洗抽吸, 7例治愈, 1例穿刺置管后囊肿缩小, 8 wk囊肿成熟后行内引流术治愈, 均无明显并发症. 张悍 *et al*<sup>[1]</sup>对16例急性胰腺炎后2-4 wk形成的假性囊肿, 除1例因出血改手术治疗外, 其余15例均行B超或CT定位置管引流治愈, 最长28 d, 最短仅用8 d, 对8例出现胰外瘘采用生长抑素抑胰分泌和生物蛋白胶封闭治愈; 3例出现囊内感染, 经冲洗、通畅引流、有效敏感抗生素应用, 感染控制良好, 15例治愈, 治愈率93%, 随访10例, 随访率62.5%, 无复发. 在此值得一提的是用生物蛋白胶封闭胰瘘的治疗方法, 我们尚未找到相关报道, 生物蛋白胶封闭瘘口是比较新颖的方法, 但是需要进一步研究可行性及实用性. 国内有不少关于应用无水酒精行硬化治疗<sup>[2-3]</sup>, 我们认为无水酒精可以导致周围组织坏死, 加重胰腺假性囊肿对周围的侵蚀作用, 出血和瘘的并发症有增加的危险; 故我们不主张用无水酒精灌注治疗假性囊肿. Seki *et al*<sup>[4]</sup>曾经在门诊反复抽吸一个囊肿形成时间8 wk, 但是壁厚仅2 mm的患者, 使囊肿缩小, 囊壁得以成熟, 后期顺利的行了囊肿空肠Roux-en-Y吻合. 结合本组病例, 我们认为对于囊肿过大、壁薄、有可能在观察期间破裂的假性囊肿患者, 一般在囊肿出现后6 wk以内, 先给予影像学定位引导下穿刺置管引流, 一方面可以使囊肿缩小减少破裂的发生率, 为尽早行手术治疗提供机会, 另一方面可以起到治疗作用. 对于行手术内引流治疗的时机问题, 本组均系在囊壁成熟后行手术, 但是吴河水 *et al*<sup>[5]</sup>比较27例胰腺炎后4-8 wk出现的假性胰腺囊肿, 行囊肿内引流术(早期手术组), 与30例患者囊肿形成后, 等待24 wk再施行手术的(晚期手术组)进行比较两组病例, 早期手术组的术后吻合口漏发生率、平均住院时间、平均住院费用明显低于晚期手术组, 晚期手术组有5例在等待手术的过程中出现并发症而急诊手术(1例囊肿内出血, 2例囊肿内感染, 2例囊肿破裂). 他们认为术前明确诊断, 严格掌握手术指征, 早期行假性胰腺囊肿内引流术是安全可行的, 且避免了等待过程中囊肿感染、出血和破裂的发生.

随着对胰腺假性囊肿认识的加深, 传统期

待性处理原则已经不太完善, 新的治疗方法应根据囊肿的分类, 亦即急性或慢性假性囊肿的发生、发展及其与主胰管的关系, 采用灵活的治疗方法. 对于巨大的假性囊肿, 期待性的处理方法应慎重, 巨大假性囊肿在期待性治疗期间极易破裂或者引起压迫、感染等症状. 本组有2例患者观察期间囊肿破裂的前车之鉴, 对所有新形成的巨大假性囊肿行多普勒超声实时引导下置管引流, 目的是使囊肿变小, 减少囊壁张力利于囊壁达到可以手术内引流的需要. 7例引流1 mo后复查B超发现囊肿消失, 拔除引流管后, 随访3 mo囊肿未见复发. 因此, 对于早期巨大假性囊肿, 我们可以早期影像学定位引导下穿刺置管引流, 使巨大囊肿变成小的囊肿, 对于不与主胰管相通的囊肿, 有时候可以通过此方法治愈. Nealon *et al*<sup>[6]</sup>研究认为胰管和囊肿相通的患者, 采用经皮穿刺置管引流治愈率低, 经皮穿刺引流对于胰管正常或者胰管狭窄, 但是与囊肿不相通的患者治愈成功率高. 对此, 中华医学会儿科学分会胰腺外科学组建议术前行ERCP检查, 明确主胰管与囊肿关系<sup>[7]</sup>. 章爱斌 *et al*<sup>[8]</sup>总结37例D'Egidio I型PPC中16例进行手术引流, 8例发生并发症或复发, 治疗成功率为50% (8/16); 另11例行经皮穿刺引流, 治疗成功率82% (9/11). 对于晚期的巨大假性囊肿, 处理方法比较成熟, 手术内引流或者外引流, 技术条件好的医院还可以通过内镜<sup>[9]</sup>或腹腔镜完成内引流手术. 本组行手术内引流的都是成熟囊肿, 有1例囊肿胃一期内外引流术, 因为解剖囊肿困难, 直接经过胃入路行内外引流术, 手术后没有明显的并发症发生. 周宏滔 *et al*<sup>[10]</sup>进行19例一期内外引流术, 近期无死亡, 无胰瘘, 1例切口感染, 均获随访, 时间2-18 a, 均无复发. 认为本法具有易于囊肿冲洗; 观察出血情况; 减压囊肿, 促进吻合口愈合减少瘘的发生; 拔管后继续发挥内引流作用等优点.

总之, 对于早期巨大胰腺假性囊肿, 我们主张先行B超或CT定位穿刺置管引流, 而对于晚期成熟的假性囊肿病例可采用灵活的手术方法.

## 4 参考文献

- 1 张悍, 黄毅为. 经皮穿刺置管治疗急性重症胰腺炎并发胰腺假性囊肿16例报告. 临床外科杂志 2006; 14: 54-55
- 2 金震东, 刘枫, 李兆申. 经皮穿刺无水乙醇灌注治疗胰腺假性囊肿一例报告. 胰腺病学 2003; 3: 80
- 3 熊国蓉, 黄明文. 超声引导经皮穿刺置管外引流治疗15例早期巨大胰腺假性囊肿. 中国民康医学杂志 2003;

- |   |  |                     |
|---|--|---------------------|
| 15: 427   | 957-960  | 同行评价<br>29<br>10 cm |
| 4 Seki H, Ueda T, Kasuya T, Kotanagi H. Repeated percutaneous aspiration therapy prior to surgery for a pancreatic pseudocyst: report of a case. <i>Surg Today</i> 1998; 28: 559-562                | 7 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治原则草案. <i>中华外科杂志</i> 2001; 39: 963-964   |                     |
| 5 吴河水, 张进祥, 王春友, 李定武, 熊炯. 重症急性胰腺炎继发假性胰腺囊肿手术时机探讨. <i>中华肝胆外科杂志</i> 2005; 11: 296-298  | 8 章爱斌, 郑树森. D'Egidio分型指导胰腺假性囊肿治疗方案选择. <i>中国实用外科杂志</i> 2004; 24: 605-607  |                     |
| 6 Nealon WH, Walser E. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas. <i>Ann Surg</i> 2005; 241: 948-957; discussion | 9 Cahen D, Rauws E, Fockens P, Weverling G, Huibregtse K, Bruno M. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: long-term outcome and procedural factors associated with safe and successful treatment. <i>Endoscopy</i> 2005; 37: 977-983 |                     |
|   | 10 周宏滔, 戴福生, 李宁, 刘杨. 假性胰腺囊肿胃肠道内外一期引流术. <i>中华普通外科杂志</i> 2005; 20: 603-604   |                     |

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2006年版权归世界胃肠病学杂志社

## • 消息 •

# 2006年第十二届华北区消化学术会议征文通知

**本刊讯** 为了进一步推动华北地区(北京、天津、河北、山西和内蒙)的消化学术交流与发展、帮助广大消化专业工作者全面了解国内外消化基础和临床研究进展, 提高消化疾病诊治和研究水平. 第十二届华北地区消化学术会议, 将于2006-10-27/29在河北省石家庄举办. 会议由北京、天津、河北、山西和内蒙医学会消化病学分会联合主办, 河北省医学会消化病学分会承办. 本次会议将就近年来国内外消化领域的研究进展、诊断和治疗方面的新技术、新方法进行广泛的学术交流, 大会将邀请国内著名消化病学专家作专题学术报告. 欢迎消化界各位专家和同仁积极投稿参会, 参会者可获得国家级 I 类继续教育学分.

## 1 征文内容

会议征集的论文内容包括: (1)消化系统疾病流行病学、发病机制、诊断和治疗的研究进展; (2)消化系统肿瘤的发病机制、诊断和治疗以及预防的进展; (3)消化内镜的应用现状及内镜下诊断和治疗的表演; (4)慢性肝病及肝癌近年来的发病情况治疗研究进展; (5)当前医源性疾病在消化疾病方面的表现与现状; (6)消化疾病在当前临床研究中热点、难点, 需要解决的问题.

## 2 征稿要求

来稿要求是未在国内外刊物上公开发表过的论文, 800字摘要一份, 摘要应包括: 目的、材料和方法、结果和结论4个部分. 来稿一律使用A4纸打印、WORD格式, 并附软盘或发电子邮件至: huabeixiaohua@yahoo.com.cn.

截稿日期: 2006-08-30, 以当地邮戳为准. 请务必在信封右上角注明“华北区消化会议”字样.

会议地址: 河北医科大学第二医院图书馆楼三楼会议室.

联系人: 河北省医学会学术会务部(邮政编码050011) 徐辉 电话: 0311-85988457; 河北医科大学第二医院(邮政编码050000)蒋树林 电话: 0311-87222301; 0311-87222951.