

胰腺囊肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E8_83_B0_E8_85_BA_E5_9B_8A_E8_c22_308515.htm 名称胰腺囊肿所属科室消化内科病因 胰腺假性囊肿是外溢的血液和胰液进入胰周组织，或于少见的情况下进入小网膜囊内发生包裹形成的囊肿。假性囊肿与真性囊肿的差别在于后者发生于胰腺组织，囊肿在胰腺内，囊内层为腺管或腺泡上皮细胞组成；而前者是胰腺四周组织形成囊壁将积液包囊形成的囊肿，囊壁内没有上皮细胞，故名为假性囊肿。大约75%的假性囊肿病例由急性胰腺炎所致，约20%病例发生在胰腺外伤后，5%病例由胰癌所致。有一组报告32例假性囊肿，其中20例发生于急性胰腺炎后，3例发生在腹部外伤后，另8例无明确的病因，另1例由于胰腺纤维肉瘤压迫后形成。发生在急性胰腺炎后的20例中，出现囊肿的最早是在发病后一周，最晚是发病后2年，多数是在发病后3~4周期间。含有多种消化酶的胰液自坏死的胰腺组织渗出至胰腺四周腹膜后间隙，引起炎症反应和纤维素沉着，经一周至数周后形成纤维包膜，后腹膜构成囊肿的前壁。或者胰液直接渗入小网膜囊内，Winslow孔往往由于炎症而封闭，囊肿则在小网膜内形成。有时胰液沿着组织间隙进入其他部位形成非凡部位的囊肿，如纵隔内、脾内、肾内及鼠蹊部的假性胰腺囊肿等。Howard和Jorden根据囊肿形成的病因，将胰腺囊肿分为：炎症后假性囊肿：见于急性胰腺炎和慢性胰腺炎。外伤后假性囊肿：见于钝性外伤、穿透性外伤或手术外伤。肿瘤所致假性囊肿。寄生虫性假性囊肿：蛔虫或包囊虫引起。特发性或原因不明性。病理 胰腺炎症或外伤等引起胰腺坏死物、胰液及血液等积聚于

胰腺四周、大网膜及胃等处以及小网膜内，可刺激四周组织，使结缔组织增生，如未化脓感染，可形成一纤维性囊壁。动物实验显示假囊肿壁形成需4周，在人体至少需6周。典型的假性囊肿与主胰管相交通，这种胰腺囊肿因囊内有胰液的分泌压力，可不断地向四面扩大，并持续存在。假性胰腺囊肿约80%为单发大小不一，一般直径15cm左右，小的不到3cm，大者有报道其容量达5000ml。囊内液体呈碱性，有蛋白质、粘液、胆固醇及红细胞等。其色泽也不一，可为澄清黄色液，也可呈巧克力样稠浊液，虽然淀粉酶含量增高，但一般无活化的酶存在。假性囊肿的囊壁由于炎症反应，可发生粘连；表面常有坏死组织附着；由于肉芽组织形成，囊壁不断增厚。囊肿在其扩大过程中可向各个方向发展。如有活化的胰酶进入囊内侵及囊壁上血管，可引起囊内出血。Becker报道当囊肿合并感染时，因胰酶侵至血管及囊壁而发生致命性囊肿破裂、出血者达70%~90%。假性囊肿尤其是胰头部囊肿可侵蚀消化管而形成内瘘。胰尾部囊肿侵及脾动脉可致腹腔内出血。大的假性囊肿可压迫邻近脏器而发生压迫性症状。一般认为胰腺假性囊肿多见于胰体、尾部，但近年来由于B型超声显像检查的广泛应用，胰头部假性囊肿的发现率明显增加。Sugawa及Walt报告50%的假性囊肿位于胰头部。当胰腺炎症时或（和）胰管损伤后，胰液和积液可沿着后腹膜间隙扩散而形成异位假性囊肿，例如，通过横膈裂孔伸向后纵隔可形成纵隔囊肿甚至形成颈部囊肿；而向下可沿着左右两侧腰旁间隙形成腹股沟部或外阴部囊肿。临床表现少数假性囊肿无症状，仅在B超检查时发现。大多数病例临床症状系由囊肿压迫邻近脏器和组织所致。约80%~90%

发生腹痛。疼痛部位大多在上腹部，疼痛范围与囊肿位置有关，常向背部放射。疼痛的发生系由于囊肿压迫胃肠道、后腹膜、腹腔神经丛，及囊肿和胰腺本身炎症所致。有恶心、呕吐者约20%~75%；食欲下降者约有10%~40%。体重下降约见于20%~65%的病例。发热常为低热。腹泻和黄疸较为少见。囊肿假如压迫幽门可导致幽门梗阻；压迫十二指肠可引起十二指肠郁积及高位肠梗阻；压迫胆总管可引起阻塞性黄疸；压迫下腔静脉引起下腔静脉梗阻症状及下肢浮肿；压迫输尿管可引起肾盂积水等。纵隔内胰腺假性囊肿可有心、肺和食道压迫症状，发生胸痛、背痛、吞咽困难、颈静脉怒张等。假如假性囊肿伸展至左腹股沟、^{***}或直肠子宫隐窝等处，可出现直肠及子宫受压症状。体格检查时，约于50%~90%患者上腹部或左季部有包块可扪及。包块如球状，表面光滑，鲜有结节感，但可有波动感，移动度不大，常有压痛。诊断在急性胰腺炎或胰腺外伤后出现持续上腹、恶心呕吐、体重下降和发热等，腹部扪及囊性肿块时，应首先考虑假性胰腺囊肿形成的可能。及时进行下列检查，作出诊断。

（一）血尿淀粉酶测定 囊肿内胰酶经囊肿壁吸收后可出现于血尿中，引起血清和尿液中淀粉酶呈轻度到中度增高。但有报告约于50%的病例淀粉酶可不升高。一般在急性胰腺炎所致假性囊肿，血清淀粉酶常持续升高，而慢性胰腺炎所致者常正常。（二）B超检查 B超检查是诊断胰假性囊肿的一项简便而有效的手段，典型者于上腹可探及一位置明确、范围肯定的液性暗区。B超对鉴别包块和囊肿非凡有助，对胰假性囊肿的诊断正确率可达73%~91%。动态的超声探查可了解囊肿大小的改变。此外，在B超引导下，可作囊穿刺，抽取囊液

作生化和细胞学检查。（三）CT检查 在CT扫描图上胰假性囊肿为边缘光滑的圆形或卵圆形密度均匀减低区。如CT检查显示有气液平面，说明有感染性脓肿形成。（四）X线检查 X线钡餐检查对胰腺假性囊肿亦有定位价值，除可排除胃肠腔内病变外，尚可见到囊肿对四周脏器的压迫和移位征象。如在胃后有大的假性囊肿存在，钡剂可显示胃向前推移，胃小弯亦可受压。胰头部假性囊肿可使十二指肠曲增宽，横结肠向上或向下移位。腹部平片偶可发现胰腺钙化阴影。（五）ERCP 通过ERCP可确定囊肿的存在和位置，并有助于与胰癌相鉴别。假性囊肿时ERCP表现有囊肿充盈；主胰管梗阻，梗阻端呈锥形或截然中断；胆总管受压移位；非沟通性囊肿时胰管分支受压和局限性分支不充盈。但约有半数假性囊肿不与主胰管沟通，故胰管造影正常不能否定诊断。ERCP亦可检查有否瘘管存在。但ERCP可促使继发感染或使炎症扩散，故在诊断业已肯定的病例，不宜列为常规检查。（六）选择性动脉造影 选择性动脉造影对假性囊肿有肯定的诊断价值，能显示病变部位。囊肿区呈无血管区，并见邻近血管移位变形。该项检查能正确地诊断血管受侵情况，确定有否出血和出血来源，判定囊壁内有否假性动脉瘤存在。血管造影对判定假性囊肿是否侵入脾内，较B超和CT更有价值。并发症 Sankaran和Walt复习131例胰腺假性囊肿发现30%的病例并发感染。累及邻近的血管或内脏，以及穿孔。（一）继发感染 这是假性囊肿最常见也是最严重的并发症。病人病情迅速恶化，出现严重毒血症，此时如不及时手术，往往迅速发展为胰腺脓肿和脓毒血症，几乎无例外地导致死亡。（二）胰性腹水 假性囊肿内胰液从瘘管或裂口漏入腹腔，刺激腹膜可引

起腹水。胰腺四周淋巴管堵塞致淋巴外渗，也可引起腹水。正常腹膜能吸收大量液体，但在胰性腹水时由于纤维素渗出，纤维组织增生，炎性细胞浸润和弹性纤维变性等病变，液体不能大量地被吸收，而积聚于腹腔内。（三）胰性胸水约有50%的胰性胸水与胰假性囊肿并存。囊肿内胰液如通过横膈之淋巴管，弥散入胸腔，刺激胸膜或囊肿与胸腔之间形成瘘管，即可引起胸水。胸水多在左侧。（四）出血 出血是假性囊肿罕见的但最危险的并发症。出血可以由于：假性囊肿内血管破溃；囊肿侵及胃肠道壁；并发门脉或脾静脉梗阻而发生食道静脉曲张破裂；囊肿侵及胆道而出血；假性动脉瘤破裂。在囊内出血时，囊肿急剧增大，并可听到血流声。故凡囊肿忽然增大并有全身失血征象，应及时动脉造影检查，此时常需急症手术，包括囊肿摘除术或打开囊肿结扎出血的血管，并作囊肿引流。（五）脾脏受累 胰假性囊肿患者可同时有脾受累，可能由于：胰假性囊肿侵蚀脾；从囊肿溢出的胰液对脾的消化作用；脾内移位胰腺组织发生炎症；并发脾静脉血栓形成，脾内梗死区的液化。在此种情况，应早期作脾脏切除术，并尽可能同时作远端胰腺切除术。（六）囊肿破裂和穿孔 胰假性囊肿可自发穿孔或破入邻近的内脏，常并发胃肠道出血。胰腺假性囊肿破入胃、十二指肠、结肠等不一定有症状，此时对病人不一定有危险，相反能提供有效的引流。但如囊肿破入腹腔，则死亡率极高。在此情况下，病人常有休克，死亡率18%~80%。（七）其他 黄疸：由于假性囊肿压迫胆总管可引起梗阻性黄疸。 腹泻：假性胰腺囊肿有时可引起严重腹泻。治疗（一）外科手术治疗 胰假性囊肿的治疗以外科手术为主。假性囊肿

由于常与胰管分支和功能性胰腺组织相沟通，因此往往持续存在并不断增大。除非少数小的囊肿可自行消散外，约有85%的假性囊肿是非手术治疗不可的。

1.手术时机 多数认为以延期手术为宜，以便有足够的时间让囊肿壁形成成熟的纤维化包膜。过早手术常由于囊壁松脆，不能有效地缝合，术后易发生吻合处断裂。最佳的方案是在观察期内以B超随访，观察囊肿有无消散或增大。如一旦发现囊肿增大或7周后仍不能自行消散，应作手术。

2.手术方式 常用的手术方式有三类：

（1）囊肿摘除术：为最理想的方法，但大都仅适用于胰尾部较小的囊肿，对大的囊肿该手术较为困难。

（2）囊肿引流术：过去认为外引流术为治疗胰假性囊肿的首选方法，但由于外引流后，胰痿的发生率甚高，故目前多数学者渐渐趋向于内引流手术。外引流术后的并发症较多，依次为胰痿、腹腔脓肿、胰腺炎、囊肿复发和出血。Shatney和Lillehei复习119例胰腺假性囊肿手术治疗的结果，也认为内引流术死亡率及并发症发生率均低。内引流术中首选为囊肿-胃吻合术。本手术可使囊肿消散。对不适合囊肿-胃吻合术者，可按Roux-en-y法将囊肿引流入空肠内或十二指肠内。

（3）胰切除术：胰腺切除术常在胰腺有严重病变或恶性肿瘤时进行，可以作胰十二指肠切除术、胰体尾部切除术或全胰切除术。

（二）其他引流方法

1.经皮抽吸与经皮置管引流 在CT或B超引导下，穿刺囊肿抽吸囊内液体，约于30%的病例可使囊肿消失。本法主要缺点是液体可再集聚，因而需反复抽吸。在针刺抽吸时，经皮置入引流管，可免除反复抽吸，尤适用于与胰管交通的假性囊肿。当引流管无液体流出时，往往意味着痿管的闭合，可以停止引流。但在拔管前应注重排

除引流管阻塞。经皮置管引流适用于感染性和非感染性假性囊肿，有效率67%~91%。Van Sonnenberg等报告应用本法治疗101例假性囊肿，其中对感染性囊肿有效率90.1%，对非感染性囊肿有效率86%，平均引流时间19.6天。置管引流后假性囊肿复发率仅4%，低于手术引流后复发率。为了防止感染，他们认为引流管应反复冲洗。

2.内镜下引流 假如假性囊肿与胃壁或胸壁紧邻，正确地说，在CT或超声上囊肿壁与胃肠腔相距不超过1cm，可经内镜引流。其方法系在内镜下，应用热穿刺针或激光，穿通胃或十二指肠^{***}和囊肿壁，然后将鼻导管放入囊肿内进行持续引流。Cremer等在内镜下作十二指肠或胃-囊肿吻合，分别于96%和100%的病例成功的进行了引流，复发率仅分别为9%和19%。有人主张取经十二指肠乳头途径，通过Vater壶腹将导管置入假性囊肿内。

（三）药物治疗 生长抑素对胰外分泌具有显著抑制作用。合成的生长抑素类似品善得定（sandostatin）体内半衰期长，应用胰外瘘病人，可促进瘘管闭合。Lansden等在4例假性囊肿引流后和1例胰癌切除后发生胰瘘的患者予以善得定治疗，初期50 μ g，一日2次，连用2~6周。治疗后第2天瘘管排液量平均减少52%，3天后减少70%，所有瘘管在7~44天内闭合。未见明显副作用。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com