

· 临床研究 ·

儿童假性胰腺囊肿 26 例诊治分析

张雪琴 魏明发

【摘要】 目的 总结儿童假性胰腺囊肿的诊断与治疗经验。**方法** 回顾性分析华中科技大学同济医院小儿外科 1990 ~ 2010 年收治的 26 例假性胰腺囊肿患儿临床资料,对其诊断及治疗方法、预后进行分析。**结果** 26 例中,男 21 例,女 5 例;继发于外伤 18 例,原因不明 7 例,胰腺炎 1 例;临床症状以腹痛(19 例)、呕吐(20 例)、腹部肿块(13 例)及发热(7 例)为主。24 例经 B 超明确囊肿的位置和大小;11 例血尿淀粉酶不同程度升高;保守治疗 7 例,囊肿胃吻合术 7 例,囊肿空肠 Roux-Y 吻合术 7 例,外引流术 4 例,囊肿及胆囊切除 1 例,术后病理检查均符合假性胰腺囊肿;治愈 18 例,好转 7 例,自行出院 1 例,无一例死亡。**结论** 儿童假性胰腺囊肿多继发于上腹部外伤,B 超是重要的诊断方法,血尿淀粉酶监测对于判断假性胰腺囊肿的进展有重要意义,在囊肿未完全形成时可采用保守治疗,囊肿形成后则宜采用内引流术。

【关键词】 胰腺囊肿/诊断;胰腺囊肿/治疗;儿童

儿童假性胰腺囊肿临床并不少见,近年来有增多趋势。由于其症状不典型及小儿不合作,增加了诊断的困难。如何根据病情选择合理的治疗方案,仍在进一步探讨之中。华中科技大学同济医院小儿外科 1990 ~ 2010 年收治 26 例儿童假性胰腺囊肿患儿,疗效满意,现总结如下。

资料与方法

一、临床资料

26 例中,男性 21 例,女性 5 例,男:女为 4.2:1,年龄最大 14 岁,最小 1 岁 4 个月,平均年龄 9.5 岁。有明确外伤史 18 例,原因不明 7 例,存在慢性胰腺炎 1 例。

临床表现:上腹部疼痛 19 例,呕吐 20 例,便血 1 例;体查:上腹部包块 13 例,发热 7 例,消瘦 1 例,贫血 1 例。

辅助检查:11 例 B 超疑诊为假性胰腺囊肿并定位,2 例经 B 超及增强 CT 证实为上腹部囊性包块,并经手术证实为假性胰腺囊肿。上述 13 例患儿,囊肿位于胰头 4 例,胰体尾 9 例,囊肿大小 $3.0\text{ cm} \times 3.0\text{ cm} \sim 17.0\text{ cm} \times 6.4\text{ cm}$ 。其余 13 例经 B 超证实为上腹部囊性包块:其中 1 例经 MRI 证实为假性胰腺囊肿,4 例术前钡餐检查与 B 超报告一致,11

例术中及术后病理检查确诊为假性胰腺囊肿。11 例血尿淀粉酶有不同程度升高,5 例血白细胞及中性粒细胞不同程度升高。

二、治疗方法

1. 保守治疗:7 例临床症状较轻,囊肿大小约 $6.0\text{ cm} \times 6.0\text{ cm}$,患儿选择保守治疗,治疗措施包括严格禁食,胃肠减压,抑制胰酶分泌,肠外营养,补液及对症支持治疗。

2. 手术治疗:①7 例采取囊肿胃吻合术:5 例继发于外伤:其中 4 例术前经 B 超及增强 CT 确诊为假性胰腺囊肿,囊肿大小 $6.0\text{ cm} \times 3.5\text{ cm} \sim 11.5\text{ cm} \times 6.3\text{ cm}$,囊肿位于胰体尾部,与胃后壁粘连较紧,并于伤后 4 ~ 12 周行内引流术;2 例原因不明:其中 1 例经 B 超及增强 CT 证实为胰腺体部多发性假性囊肿,其中一个囊肿大小 $6.0\text{ cm} \times 5.0\text{ cm}$,临床症状重,发病后 3 周行囊肿胃吻合术,术中见假性囊肿位于胃后胰头体部,呈多房性,并行空肠置管造口术以备术后肠道营养,术后 9 d 拔除空肠造瘘管,进食后无不适。②7 例采取囊肿空肠 Roux-Y 吻合术:4 例继发于外伤,其中 1 例经 B 超及增强 CT 证实胰体假囊肿 $12.4\text{ cm} \times 7.4\text{ cm}$,伤后 8 个月行手术治疗,术后 5 d 出现便血,予对症支持治疗后症状消失。3 例原因不详,其中 2 例经 B 超、增强 CT 及 MRI 诊断为上腹部囊性病变,囊肿大小 $10.0\text{ cm} \times 9.0\text{ cm}$ 左右,位于胃体下方,后经手术证实为假性胰腺囊肿;1 例怀疑为淋巴管囊肿,病程半年,术中囊肿穿刺抽出暗红色液体 250 mL,术后病理检查证

实为假性胰腺囊肿。③4 例采取外引流术:3 例继发于外伤,其中 1 例病情重,B 超检查提示胰腺断裂、腹腔积液,行 B 超引导下 CVP 管囊肿穿刺引流术,并全胃肠外营养(TPN)治疗,住院 3 周后经 B 超及增强 CT 检查提示胰尾部形成囊肿,并逐渐减小,带管出院,1 个月后拔管,无瘘道形成。④1 例采取囊肿及胆囊切除术。

结 果

26 例中,治愈 18 例(占 69.23%),好转 7 例,经保守治疗后自行出院 1 例。随访 25 例,随访时间 0.5~1 年,无腹痛、呕吐等临床症状,B 超检查提示囊肿缩小或已吸收。

讨 论

假性胰腺囊肿在成人主要继发于急、慢性胰腺炎和胰腺损伤,约 3/4 的病例由急性胰腺炎引起,是临床上最常见的胰腺囊性病变,约占全部胰腺囊性病变的 75% 以上^[1]。而在小儿,据文献报道约 40%~70% 的患儿有明显外伤史,继发于胰腺炎者很少,其余原因不详^[2-3]。本组 26 例,有明显外伤史 18 例(占 69%),原因不详 7 例,继发于慢性胰腺炎 1 例,与文献报道相似。

一、病因

小儿腹壁肌肉即皮下组织较成人薄弱,活泼好动,容易发生意外伤害。当上腹部受到外伤时,易引起胰腺损伤,胰腺坏死组织、胰液、渗出物及血液积聚于胰腺周围网膜囊内,刺激周围炎性细胞及介质渗出,促使结缔组织增生形成纤维性包裹囊性结构,其囊壁由肉芽组织、纤维组织及含铁血黄素组成,壁内无胰腺上皮细胞。急性胰腺假性囊肿内积液可以自行吸收并消失,或转为慢性。慢性胰腺假性囊肿通常囊肿与胰管相通,囊肿持续存在,或因囊内胰液不断分泌,呈进行性增大,囊肿往往不能自愈。本组 26 例,9 例囊肿发生于胰体尾部。行内引流术的 14 例术中囊壁送病理检查证实符合假性胰腺囊肿的表现。

二、诊断

小儿假性胰腺囊肿的临床症状多不典型,但根据病史、临床症状、体征以及辅助,如 B 超、CT、MRI 和血尿淀粉酶检查,多能诊断,病理检查是该病诊断的金标准,可与胰腺真性囊肿相鉴别。本组 26 例术

前确诊 18 例,其余 8 例于手术中确诊,手术病例均有病理检查证实。

本病临床表现多样,多与受伤时间和程度、囊肿大小相关。腹痛多为腹部脏器损伤及炎症反应所引起;当囊肿增大压迫邻近器官时可引起呕吐等胃肠道症状;假性胰腺囊肿多为局限、边界清楚和光滑的囊性包块,无明显压痛;发热多为局部或全身炎症反应引起;另外,病程长者由于食欲不振可能发生不同程度的消瘦和贫血。

B 超是最常用和最有价值的检查,可以明确囊肿位置和大小,并可动态监测病情发展和预后情况。有文献报道,B 超对于该病的诊断率可达 75%~90%,CT 对于该病的诊断率可达 93% 以上^[4]。本组 B 超诊断率达 92.3% (24/26)。因此,对于有上腹部外伤史以及持续腹部不适的患儿,应常规先行 B 超检查。CT 和 MRI 不但可以明确囊肿的位置和大小,还可了解囊肿与腹腔其他脏器的关系,在 B 超不能明确诊断时,可用于鉴别诊断。

血尿淀粉酶的升高对于该病的诊断具有重要价值。尤其在血清淀粉酶呈持续性升高或下降后又再次升高,结合辅助检查应考虑该病。囊液淀粉酶的测定以及囊壁标本的病理检查是确诊的金标准。本组 11 例伴血尿淀粉酶升高,5 例伴白细胞及中性粒细胞升高,8 例囊液淀粉酶呈百倍升高,术后病理检查均符合假性胰腺囊肿的诊断。11 例患儿血尿淀粉酶在治疗后 1~4 周左右恢复正常。

三、治疗

本病治疗方式多样,主要根据发病时全身情况和囊肿形成的不同阶段予以合适的方法。

急性胰腺外伤后多继发胰周液体积聚,胰腺解剖功能正常,胰管一般不与囊肿相通,采用禁食、胃肠减压、肠外营养、抑制胰液分泌、补液及对症支持治疗后,囊液可自行吸收,囊肿多缩小,大部分可自行消退,故一般情况下急性液体积聚期如无急诊手术的必要,最好选择保守治疗。并在治疗期间经 B 超监控囊肿大小的变化,监测血尿淀粉酶的变化。文献报道,急性假性胰腺囊肿 <6 cm,且观察 6 周后无症状,囊肿有自行消失的可能,>6 cm、有症状及体积增大时应行内部减液内镜或外科手术。慢性假性胰腺囊肿 4~6 cm 大小,无症状者应继续观察,如囊壁已成熟,持续时间大于 6 周,囊肿直径大于 6 cm,有压迫症状,囊内有出血、感染,或短期内囊肿迅速增大等,应进一步检查及外科手术治疗^[5-6]。全身情况差并严重感染时,应及时施行外引流术,但

易引起胰瘘等并发症,复发率亦较高^[7]。本组 4 例行外引流术好转。而当全身情况良好,无明显感染时,常用术式为囊肿胃吻合术和囊肿空肠 Roux-Y 吻合术。前者适用于囊肿位于胃体后,并与胃后壁粘连者,手术简单易行,并发症较少^[8];吻合口位于囊肿低位,吻合口直径多为 3~4 cm,以利于引流。后者适用于囊肿较大,位于胃大弯水平,并与胃后壁粘连不紧密者,治愈率较高。

近年国内外均有运用内镜及腹腔镜手术治疗成人假性胰腺囊肿的报道,创伤小,疗效好,恢复快,已成为多数患者的首选治疗方式^[9-11]。但小儿由于生理条件的特殊性,其操作技术仍值得探讨。

参考文献

- 1 Palanivelu C, Senthilkumar K, Madhankumar MV, et al. Management of pancreatic pseudocyst in the era of laparoscopic surgery 2 experience from a tertiary centre[J]. Surg Endosc, 2007, 21(12): 2262-2267.
 - 2 张春英. 小儿假性胰腺囊肿的外科治疗[J]. 实用临床诊断和治疗杂志. 2006, 20(6): 429-430.
 - 3 黄旭璇, 林珏慧, 李彩霞, 等. 小儿胰腺囊肿性病变的 CT 诊断[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(1): 83-85.
 - 4 郑扶民. 胰腺囊肿及囊性肿瘤的外科处理[J]. 普外临床, 1994, 9(6): 346, 354-356.
 - 5 张太平, 赵玉沛, 杨宁, 等. 胰腺假性囊肿治疗方式的选择与评价[J]. 中华外科杂志, 2005, 43(3): 149-152.
 - 6 刘念. 胰腺假性囊肿的治疗[J]. 肝胆外科杂志, 2007, 15(3): 191.
 - 7 汤华, 郭平凡. 假性胰腺囊肿 32 例治疗体会[J]. 肝胆外科杂志, 2001, 9(3): 32-34.
 - 8 Spivak H, Galloway JR, Amerson JR, et al. Management of pancreatic pseudocysts[J]. J Am Coll Surg, 2003, 186(5): 507.
 - 9 Nealon WH, Walser E. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas[J]. Ann Surg, 2005, 241(6): 948-57.
 - 10 印慨, 郑成竹, 邹晓平, 等. 腹腔镜手术的新概念 - 腹腔镜胃腔内手术[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7(3): 181-183.
 - 11 梁中骁, 黄顺荣, 罗建强. 腹腔镜辅助下胰腺假性囊肿 - 胃吻合术 1 例报告[J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(6): 532.
-
- (上接第 203 页)
- 1 Antiperistaltic and isoperistaltic intussusception associated with abnormal motility after Roux-en-y gastric bypass: a case report[J]. Surgery, 1991, 110: 109-112.
 - 2 林中. Menachem Hanani, Patrizia Cohen. 内毒素腹腔内注射诱发小鼠肠套叠的实验研究[J]. 华夏医学, 1999, 12(1): 7-9.
 - 3 Huizinga JD, Robinson TL, Thomsen L. The search for the origin of rhythmicity in intestinal contraction: from tissue to single cells[J]. Neurogastroenterology & Motility, 2000, 12(1): 3-9.
 - 4 Hirst GD, Edwards FR. Role of interstitial cells of Cajal in the control of gastric motility[J]. J Pharmacol Sci, 2004, 96(1): 1-10.
 - 5 唐维兵, 徐小群, 耿其明, 等. 先天性肠闭锁肠电图和肠间质细胞的同步研究[J]. 临床小儿外科杂志, 2004, 3(1): 35-38.
 - 6 刘兴攀, 张金哲. 原癌基因 c-Kit 的生物学功能及其与胃肠动力障碍的关系[J]. 中华小儿外科杂志, 2005, 26(1): 49-52.
 - 7 伍小娟, 冯杰雄, 魏明发, 等. c-Kit 在肠神经节细胞发育过程中的作用[J]. 中华小儿外科杂志, 2009, 30: 785-788.
 - 8 王霞, 张霞, 董大翠, 等. c-kit + 肠间质细胞在先天性巨结肠及其同源病中分布状况的研究[J]. 中华小儿外科杂志, 2006, 8: 446-448.

·编者·作者·读者·

关于统计学符号的书写说明

专业论文中有关统计学符号的使用需按照国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的规定,符号一律用斜体表达。样本的算术平均数用小写 x , 不能使用大写 X , 也不能用 M (以免与中位数混淆)。标准差用 s , 而不用 SD 。标准误用 Sx , 不用 SE , 也不用 SEM 。 t 检验用小写斜体 t 。方差检验用大写斜体 F 。卡方检验用希文小写 χ^2 。相关系数用英文小写斜体 r 。自由度用希文小写斜体 v 。样本数用英文小写斜体 n 。相对危险度用 RR 。概率用大写 P 。概率数值用小数表示, 不用 % 号, 如 $P < 0.05$, 不用 $P < 5\%$ 。请作者在投稿时注意按本要求撰写稿件。