

# 超声引导经皮引流治疗胰腺假性囊肿\*

陈焕伟 崔伟珍<sup>①</sup> 王军华 苏树英 甄作均

佛山市第一人民医院肝胆外科(佛山 528000)

**【摘要】** 目的 探讨超声引导经皮引流治疗胰腺假性囊肿(pancreatic pseudocyst, PPC)的临床价值。方法 2000 年 12 月~2003 年 10 月我院采用超声引导经皮引流治疗 PPC 12 例,其中单纯穿刺抽液 1 例,置管引流 11 例。结果 1 例因囊肿与主胰管相通,改行开腹囊肿空肠 Roux-Y 吻合术,余 11 例囊肿消失。引流时间 7~90 d,平均 28 d。无并发症发生。12 例随访 6~34 个月,平均 18 个月,1 例复发,但较引流前明显缩小。结论 超声引导经皮穿刺抽液或置管引流是治疗 PPC 一种简单可行的方法,具有创伤小,并发症少,早期、多部位、重复治疗等优点。

**【关键词】** 超声; 胰腺假性囊肿

中图分类号 R657.5

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2004)03-0235-02

**Ultrasound-guided percutaneous drainage for pancreatic pseudocyst** Chen Huanwei\*, Cui Weizhen, Wang Junhua, et al.  
\* Department of Hepatobiliary Surgery, Foshan First People's Hospital, Foshan 528000, China

**【Abstract】 Objective** To investigate the therapeutic value of ultrasound-guided percutaneous drainage in the treatment of pancreatic pseudocyst. **Methods** Twelve patients with pancreatic pseudocyst underwent ultrasound-guided percutaneous drainage from December 2000 to October 2003 in this hospital, including 1 case of simple puncture aspiration and 11 cases of drainage placement. **Results** A conversion to open cyst-jejunum Roux-en-Y anastomosis was required in 1 case because the cyst and the main pancreatic duct opened into each other. Pseudocysts disappeared in the remaining 11 cases. The drainage time was 7~90 days, with a mean of 28 days. No complications occurred. Follow-up in the 12 cases for 6~34 months (mean, 18 months) found 1 case of recurrence of cyst which decreased remarkably in size. **Conclusions** Ultrasound-guided percutaneous puncture aspiration and drainage for pancreatic pseudocyst is simple and feasible, offering advantages of minimal invasion and fewer complications. The procedure may be applied repeatedly at early stage to multiple sites.

**【Key Words】** Ultrasound; Pancreatic pseudocyst

胰腺假性囊肿(pancreatic pseudocyst, PPC)是急性慢性胰腺炎和胰腺外伤常见的合并症,胰腺囊肿空肠吻合内引流术已成为首选治疗方法。近年来,国内外相继报道采用超声引导经皮穿刺或置管引流治疗 PPC<sup>[1,2]</sup>。2000 年 12 月~2003 年 10 月我院对 12 例 PPC 采用超声引导经皮引流方法治疗,取得良好效果,现报道如下。

## 临床资料与方法

### 一、一般资料

本组 12 例,男 6 例,女 6 例。年龄 27~65 岁,平均 44.5 岁。创伤性胰腺假性囊肿(traumatic pancreatic pseudocyst, TPPC)3 例,急性重症胰腺炎合并 PPC 3 例,均合并囊肿感染,1 例合并腹腔脓肿,慢性胰腺炎合并 PPC 4 例,慢性胰腺炎引起阻塞性黄疸行胰腺活检、胆肠内引流术后并发 PPC 1 例,晚期胰腺癌行<sup>125</sup>I 植入后并发 PPC 1 例。囊肿直径 4~20 cm,其中 >10 cm 4 例。2 例位于胰头部,10 例位于胰体尾部。12 例均有明显的临床症状,以腹痛、腹胀、恶心、呕吐等消化道症状为主,8 例可扪及上腹部包块,1 例伴有十二指肠梗阻,3 例有发热。所有病例均经 CT 和 B 超以及穿刺抽液证实。病程 1~8 周,平均 4.3 周。

病例选择标准 ①囊肿进行性增大;②囊肿合并感染;③有明显临床症状,如顽固性疼痛;④伴有消化道、胆道梗阻;⑤慢性胰腺假性囊肿经 6 周观察后,囊肿未缩小。

### 二、方法

除 1 例采用超声引导经皮穿刺抽液外,其余均采用超声引导经皮穿刺置管引流。先经 B 超检查确定囊肿位置和囊腔大小,选择最佳进针路线(通常左肋缘下)。常规消毒铺巾,皮肤局部麻醉。超声引导下将 18GPTC 针经皮刺入囊腔内,拔出针芯,此时多可见囊液自针管内缓慢流出。将导丝从穿刺针腔插入囊腔后拔出穿刺针,沿导丝插入扩张管扩张通道后置入 F<sub>7</sub>~F<sub>12</sub>猪尾巴引流管,再退出导丝,囊液经导管流出并接尿袋。每日经引流管灌注囊腔,当导管引流停止,或每天引流量 <10 ml,行窦腔造影,了解导管通畅和囊肿萎缩以及有无囊肿胰管相通,如无这些情况,则夹管 3 d 左右,再行 B 超或 CT 检查,排除积液后方可拔管。

### 结果

1 例 TPPC 在创伤后 1 周行穿刺抽液,共施行 2 次,余 11 例行囊腔内置管外引流,1 例暴发性急性胰腺炎同时行腹腔引流和胸腔闭式引流,1 例急性坏死性胰腺炎因囊肿溃破形

\* 佛山市医学科研基金项目(项目编号:2003233)

① 超声科

成腹腔脓肿同时行腹腔引流。引流时间 7~90 d, 平均 28 d。11 例囊肿消失; 1 例慢性胰腺假性囊肿因每日引流量 > 50 ml 经引流管造影, 发现囊腔与主胰管相通, 遂改开腹囊肿空肠 Roux-Y 吻合术。无并发症发生。12 例门诊 B 超或 CT 随访 6~34 个月, 平均 18 个月, 1 例拔引流管后 1 个月复发, 囊肿直径为 3 cm, 较引流前明显缩小( 引流前囊肿直径为 10 cm ), 再次穿刺抽液治疗, 仍有一小囊肿, 其余未见复发。

讨 论

一、PPC 的治疗

PPC 是急慢性胰腺炎的常见并发症。急性囊肿随着胰腺急性炎症的消退有自行消散的可能, Nealon 等<sup>[3]</sup>报道 253 例 PPC 中 68 例( 26.9% ) 自行消散。对于 3 个月内未能自行消散或反而增大的 PPC, 以往主张行囊肿-空肠或胃内引流术, 但通常需在囊肿形成 6~8 周以后, 否则容易发生吻合口漏等并发症。在胰腺囊肿形成 6 周内, 可能出现囊腔内大出血、感染、囊肿溃破形成腹腔脓肿、囊肿穿破周围脏器或因囊肿迅速增大压迫周围脏器引起梗阻等一系列并发症。Sankaran 等<sup>[4]</sup>报道 112 例 PPC 中 33 例术前出现并发症。本组 12 例中, 1 例合并十二指肠梗阻, 1 例合并腹腔脓肿, 3 例合并胰腺脓肿。因此, 随着对 PPC 的重新认识以及介入超声技术的发展, 我们认为对有临床症状、囊肿进行性增大、有合并症( 感染和继发性胆道或胃十二指肠肠梗阻等 ) 的胰腺假性囊肿, 可先试行经皮穿刺抽吸或置管引流治疗, 而无须等待 4~6 周囊壁成熟再处理, 大多数病人往往能得到治愈。与剖腹手术相比, 其创伤小, 并发症少。但当囊腔与主胰管相通、囊肿已侵蚀较大的血管导致大出血或囊肿已溃破至腹腔引起急性弥漫性腹膜炎等情况下, 仍需外科手术。有报道<sup>[5,6]</sup>采用内镜或腹腔镜技术内引流治疗胰腺假性囊肿, 成功率和再复发率与开腹手术相近, 但由于内镜或腹腔镜下引流同样需要囊肿形成 6 周以上, 囊肿与胃或十二指肠肠紧密相连, 并要求有熟练内镜技术和相关器械, 因此, 该技术通常只能在某些大的医疗中心开展, 且只适合部分病人。TPPC 的治疗, 以往大多采用手术内引流, 李新丰等<sup>[7]</sup>报道在 TPPC 囊壁未成熟期, 施行穿刺或外引流术, 治疗效果佳, 但必须确定囊腔是否与胰管相通。本组 3 例 TPPC, 1 例经皮穿刺抽液, 另 2 例由于囊肿较大经皮置管引流, 分别在术后 14 d 和 40 d 拔管, 复查 CT 示囊肿消失, 随访 1 年未见复发( 图 1, 2 )。



图 2 经皮置管引流后复查 CT 示囊肿消失

临床工作中曾遇到酷似急性胰腺炎表现的真正性囊肿, 如仅作置管引流, 必将延误治疗。可根据多方面表现综合判断, 如胰腺炎病史、胰腺形态变化、囊内容物性状及淀粉酶测定等。2. 一定行囊腔造影或 ERCP 检查, 明确假性囊肿的分型。Nealon 等<sup>[3]</sup>根据 ERCP 检查结果, 将主胰管与囊肿的关系分成 I~VII 型来指导假性囊肿治疗方法的选择( 手术或经皮引流 )。他认为主胰管正常, 或有狭窄而不与囊肿沟通者可采用经皮引流, 囊肿与胰管相通、伴胰管梗阻或狭窄者经皮穿刺或置管引流成功率不高, 多数需经手术治疗, 经皮引流时间的长短与主胰管解剖学相关。3. 合理选择治疗方法。经皮多次穿刺抽液不如采用置管引流好, 因后者可减少病人痛苦, 感染机会少, 且可以反复灌洗囊腔和囊腔造影。但经皮置管引流也有一定并发症, 如胃肠道损伤。本组无一例发生, 我们的经验是, B 超引导下找到合适的进针点避开胃及肠管( 通常在 B 超下能较好分辨出胃腔及蠕动的肠管 ); 当囊肿较大时, 囊肿前壁有部分囊壁能顶开胃肠道通过网膜组织直接与腹壁相连, 这样置管比较安全, 无法避开胃肠道时, 适当推迟穿刺时间, 待囊肿增大后再进行。最近, 我们尝试 2 例在 CT 引导下穿刺置管引流, 取得较好的效果, 我们体会 CT 引导比 B 超更安全, 局部组织结构显示更清, 但费用昂贵, 主要适用于 B 超显示不清的情况下。还有导管方面的并发症, 如引流管脱落、阻塞、导管旁蜂窝组织炎、脓毒症以及疼痛等, 另外带管时间也通常较长, 国外文献<sup>[3]</sup>报道为( 39.1 ± 7.9 ) d, 本组平均引流 28 d, 往往对病人造成不便。黄冬梅等<sup>[8]</sup>报道采用皮维碘灌洗囊腔有助于囊腔的早日闭合。

参 考 文 献

- 1 柏宇野, 攀庆洋, 宋 延. 介入性超声治疗胰腺假性囊肿的探讨. 中国超声诊断杂志 2001, 2(1): 49-50.
- 2 Boerma D, Obertop H, Gouma DJ. Pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis. Surgical or interventional drainage? Ann Ital Chir 2000, 71: 43-50.
- 3 Nealon WH, Walser E. Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts( surgery versus percutaneous drainage ). Ann Surg 2002, 235: 751-758.
- 4 Sankaran S, Walt AJ. The natural and unnatural history of pancreatic pseudocysts. Br J Surg 1975, 62: 37-44.
- 5 麻树人, 张 宁, 王春辉. 内镜治疗胰腺假性囊肿并文献复习. 中国实用内科杂志 2001, 21(10): 610-612.
- 6 Park A, Schwartz R. Laparoscopic pancreatic surgery. Am J Surg 1999, 177: 158-163.
- 7 李新丰, 吕国荣, 李建也, 等. 创伤性胰腺假性囊肿的治疗. 中华创伤杂志 1996, 12(2): 134.
- 8 黄冬梅, 迟江丽, 吴 谦, 等. B 超引导下经皮穿刺抽液皮维碘冲洗治疗胰腺假性囊肿. 中国现代医学杂志 2000, 10(8): 30-31.

( 收稿日期 2003-09-28 )  
( 修回日期 2004-01-02 )

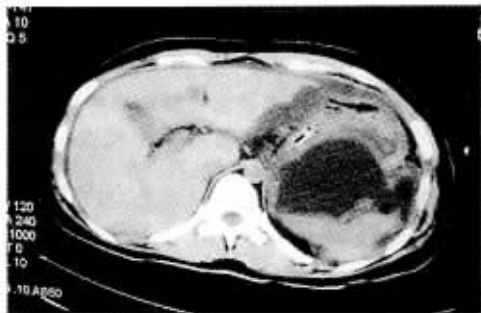


图 1 CT 示位于胰尾部的创伤性胰腺假性囊肿

二、超声引导经皮引流治疗 PPC 的价值

对于胰腺炎或外伤后合并的 PPC, 超声引导经皮穿刺抽吸或置管引流是一简单可行的方法, 具有创伤小, 早期、多部位、重复治疗等优点。我们认为, 可在超声引导下先试行经皮穿刺抽液和( 或 ) 置管引流, 既可以明确诊断, 又可以治疗, 但在处理时应注意几点: 1. 必须排除真性囊肿。我们在