

· 综 述 ·

胰腺假性囊肿的临床治疗进展

余钢铃¹, 陈平²

(1. 内蒙古医科大学, 内蒙古 呼和浩特 010059; 2. 内蒙古医科大学附属医院 消化内科)

摘要: 胰腺假性囊肿多继发于急、慢性胰腺炎等胰腺疾病, 临床表现各不相同, 部分患者无明显不适, 可选择保守治疗。随着内镜技术的发展, 内镜下经胃肠道壁穿刺置管引流术、内镜下经十二指肠乳头穿刺囊肿置管引流术、超声胃镜引导下经胃肠道壁穿刺置管引流术因技术操作简单、临床效果肯定、并发症少而逐渐应用于临床。当然传统的经皮超声引导下囊肿引流术同样适应于某些患者的治疗。当内科治疗失败或治疗效果不佳时, 可采用外科手术治疗。本文综述了以上治疗方式的最新进展, 并进行总结。

关键词: 胰腺假性囊肿; 治疗; 内镜

中图分类号: R683.1

文献标识码: A

文章编号: 1673-9388(2022)01-0081-04

DOI: 10.19891/j.issn1673-9388.(2022)01-0081-04

PROGRESS IN CLINICAL TREATMENT OF
PANCREATIC PSEUDOCYST

YU Gangling, CHEN Ping

(Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010059 China)

Abstract: Pancreatic pseudocyst is often secondary to pancreatic diseases such as an acute or chronic pancreatitis, and its clinical manifestations are different. For example, some patients have no obvious discomfort, who can choose conservative treatments. With the development of endoscopic technology, endoscopic drainage and endoscopic ultrasound guided transgastric drainage of pancreatic pseudocysts are gradually used in clinical treatments, due to simple technical operation, positive clinical effect and few complications. And the traditional percutaneous catheter drainage is also adapted to the treatment of some patients. When medical treatment fails or the treatment is ineffective, surgical treatment may be used. In this paper, the latest advances of the above treatments are reviewed and summarized.

Key words: pancreatic pseudocyst; treatment; endoscopic

根据2012亚特兰大急性胰腺炎指南^[1], 胰腺假性囊肿(pancreatic pseudocyst, PPC)特指胰腺周围组织中的积液(可能部分或全部位于胰腺内)。胰腺假性囊肿被边界清楚的壁所包围, 基本上没有固体物质。PPC在慢性胰腺炎中发病率较高。通常可以根据这些形态学标准作出诊断。

如果进行囊肿内容物抽吸, 通常内容物会有明

显增加的淀粉酶活性。胰腺假性囊肿被认为是由于主胰管或其胰腺内分支破裂引起的, 没有任何可识别的胰腺实质坏死。这一理论表明, 随之而来的胰液渗漏会导致持续性的局部液体收集, 通常在超过4周后形成。PPC可以分为单发性囊肿或多发性囊肿, 形态、大小不一, PPC可以压迫胃肠道导致腹痛腹胀, 严重可致胃肠道梗阻。胰腺本身血运丰

收稿日期: 2021-10-17; 修回日期: 2021-12-03

基金项目: 内蒙古自治区科技攻关计划(2021GG0234)

作者简介: 余钢铃(1993-), 男, 内蒙古医科大学2019级在读硕士研究生。

通讯作者: 陈平, 主任医师, 硕士研究生导师, Email:nmgcp@sina.com 内蒙古医科大学附属医院消化内科, 010050

富,破裂可导致出血、感染等并发症。部分PPC患者可表现为无明显不适症状。

1 保守治疗

PPC保守治疗主要是指针对其症状,使用药物治疗,改善其生活质量。PPC非干预性保守治疗仍未得到很好的评价。早些时候的研究表明,希望自发解决的保守治疗并不是没有风险的^[2]。保守治疗期间应注意检测患者囊肿变化,病情加重时及早干预治疗,对于部分依从性差的患者谨慎对待。研究已经警告PPC保守治疗可能出现与之相关的严重的、危及生命的并发症。然而,随着医疗技术的改善,并发症的发生率和病死率都大幅下降。几项研究已经报道,如果患者出现的症状能够得到控制,一些PPC患者可以保守治疗。根据他们的结果,保守治疗的并发症发生率较低。

是否需要进行假性囊肿引流不仅仅取决于囊肿的大小,但小于4 cm的囊肿被发现更容易自然消退^[3,4]。假性囊肿的自发消退很常见,尤其是在急性胰腺炎发作后发生的那些。稳定、非增大的假性囊肿很少引起任何症状,因此,针对无并发症假性囊肿可以选择保守治疗^[5],包括根据需要使用镇痛药和止吐药以及低脂饮食。如果假性囊肿的大小确实增加或出现并发症,这些患者通常需要间隔较短时间复查以便早期发现。

2 经皮穿刺置管引流术

经皮穿刺置管引流是在超声或CT引导下进行,操作简便、创伤小,一些不宜转运的危重症患者(特别是ICU住院患者)可在床旁行该手术,可在短时间内减轻患者临床不适症状,特别适用于不能耐受手术或手术风险极高的患者。李龙等^[6]选取收治的64例胰腺假性囊肿患者分为经皮穿刺引流术治疗组和常规手术治疗组,研究表明经皮穿刺引流对胰腺假性囊肿具有不错的临床效果,并发症少,安全可靠,值得临床积极推广应用。雷一鸣等^[7]研究表明超声引导经皮穿刺引流具有操作简单、引导性强、微创性等优势,应用于胰腺假性囊肿患者中的效果显著。其不仅能提高手术成功率,还能够降低复发率。

3 内镜下引流

如果胰腺假性囊肿持续时间超过4~6周,且 ≥ 6 cm,引起胃出口梗阻或胆道梗阻等症状,则应予以引流。可以采用不同的内镜方法,包括电子胃镜引导下经胃肠道壁穿刺置管引流术、电子胃镜下经十二指肠乳头穿刺囊肿置管引流术、超声胃镜引导下经胃肠道壁穿刺置管引流术。根据一项在全亚洲范围内进行假性囊肿引流的调查^[8]。在实际操作中有很大的差异,迫切需要相关研究来建立处理这种情况的最佳方法,还迫切需要就安全的做法达成共识。在适合的患者中,内镜引流应被认为是胰腺假性囊肿的一线治疗方法^[9]。

3.1 内镜下经胃肠道壁穿刺置管引流术

内镜下经胃肠道穿刺置管引流术,主要是指临床医生直接在内镜直视下经胃肠道穿刺胰腺假性囊肿置管引流,对于临床医生能力要求较高。内镜引流的目的是在假性囊肿和消化道之间建立连接^[9]。当假性囊肿与胃肠壁之间的距离小于1 cm时,通过胃、十二指肠或空肠壁进行跨壁引流。

3.2 内镜下经十二指肠乳头穿刺囊肿置管引流术

首先,采用十二指肠镜,常规术前准备,胰管插管后,导丝插至囊腔保持导丝原位,然后狭窄处扩张管逐级扩张,胰管括约肌切开,选择合适的胰管支架^[10]。最后观察引流情况。内镜经十二指肠乳头引流是治疗胰腺假性囊肿的有效方法,具有安全性高、创伤小、成功率高、并发症少的特点^[11]。但电子胃镜下经十二指肠乳头穿刺囊肿置管引流术引流前应了解假性囊肿与主胰管交通情况。与主胰管交通的多囊腔囊肿,多囊腔间交通者,电子胃镜下经十二指肠乳头穿刺囊肿置管引流术均有效。

3.3 超声胃镜引导下经胃肠道壁穿刺置管引流术

超声胃镜引导下经胃肠道壁穿刺置管引流术,主要包括以下步骤^[12]:第一,选择囊肿与胃肠道壁小于1cm的位置;第二,多普勒评估插入血管,确定最佳穿刺点;第三,用19 G细针抽吸穿刺(可能会抽出样本送去实验室分析,如微生物学),通过针插入一根导丝,在透视引导下盘绕在假性囊肿内;第四,使用内镜逆行胰胆管、胆管扩张器扩张胆道,另一种方法是使用10 Fr支架或针刀导管进行扩张;第五,对于双猪尾塑料支架(PS)的放置,通过瘘管引入额外的导丝,并放置两个PS,通常口径为7~10 Fr;第六,对于完全覆盖的自膨式金属支架或管腔对位金属支架(LAMS)的放置,通过导线上的管道引入支架输送装置并展开支架。

Shekhar等^[13]系列研究表明,EUS引导下的跨壁

引流可以在几乎所有清醒镇静状态下的患者中安全和成功地进行,而不需要透视控制。在研究中,单独使用塑料支架置入的标准技术取得了很好的效果,提示可能不需要进一步的额外技术。我们建议,只有在非常特殊的情况下才需要更宽的内径和相对昂贵的金属支架,而不是常规使用。EUS引导下的胰腺假性囊肿引流与建立有效的假性囊肿引流有关^[14],特别是在没有肿胀和存在无意中刺穿中间血管的风险的情况下。这项技术已被证明比传统的内窥镜方法更安全 and 更有利,因为它没有病死率,且并发症和复发率较低。瘘管扩张至0.15 cm,同时使用支架和鼻囊管,并联合生理盐水冲洗,可改善该技术的效果。

EUS引导下PPC引流是可行、合理、并发症较少的方法,因此成为一种领先的手术方式^[15]。每一位内窥镜医生都应该非常熟悉与这一过程相关的并发症,并应尽一切努力将其降至最低。EUS治疗PPC疗效显著^[16],安全性较好,并发症发生率低,病死率极低,已逐渐成为主要的治疗手段之一。

4 手术干预治疗

对于在内镜下引流或经皮穿刺引流无效而复发的PPC患者应行手术干预治疗,外科治疗^[17]包括开腹和腹腔镜手术,包括开腹引流、囊肿胃吻合术、囊肿空肠吻合术、胰腺远端切除术、PPC切除和胰腺空肠吻合术。开放引流术是一种开腹引流PPC的方法,主要是针对PPC周围的炎症或由于先前手术后继发的粘连而进行的。对于那些因炎症而行开放引流的患者,在几个月后进行第二次手术(远端胰腺切除术或PPC切除术)。

一项单中心PPC患者的内引流资料分析表明^[18],胃囊肿引流术(cystogastrostomy, CG)和Roux-en-Y型囊肿空肠吻合术(Roux-en-Y-type cystojejunostomy, RCJ)治疗PPC均安全有效。两组治愈率、再手术率、病死率均无显著性差异。CG组手术时间、术中预计出血量、引流管安装量及总费用均低于RCJ组。重症急性胰腺炎发作次数(≥ 2)是反复发作的独立危险因素。短程胰腺炎和RCJ是PPC术后并发症的独立危险因素。因此,我们建议临床治疗PPC时,尽量对其进行较长时间的保守治疗。当需要手术治疗时,CG是首选。

5 内镜联合腹腔镜手术治疗

戈建辉等^[19]研究重症急性胰腺炎并发胰腺假性囊肿患者,根据治疗方案的不同分为开腹组与双镜组,采用十二指肠镜与腹腔镜的联合治疗,结果说明采用双镜联合手术方案治疗重症急性胰腺炎合并胰腺假性囊肿,手术效果更好,术后并发症较少,可有效改善患者的临床症状。

内镜和腹腔镜手术治疗PPC有一定的可靠性和有效性^[20],两者联合运用可以充分利用两者的优势提高最终治疗的成功率,有效减少开腹手术造成的损伤,使得腹腔视野更加清楚,也减少了并发症发生的可能,更加有利于患者早期康复,有利于提高患者远期生活质量。

6 小结

PPC的管理需要个性化、多学科的方法^[21]。位于胃后区域且胰管正常的、有症状的且无并发症的PPC适合内窥镜或外科内引流手术。如果胰头、钩突、颈部和体部的胰管与PPC之间有交通,也可以接受经乳头内窥镜引流。位于胰腺尾部或远离胰腺的PPC应考虑行外科内引流或切除。腹腔镜手术方法已被证明是可行和有效的。慢性胰腺炎和PPC患者需要评估胰管和实质。应考虑导管引流程序或切除。累及附近动脉或静脉的复杂PPC可能导致危及生命的出血或血栓形成,可能需要通过胰腺切除来预防或治疗这些危险的并发症。

每一种治疗方式都有其适应症及禁忌症,临床医师在实际诊疗中,应结合患者的具体情况(患者的一般情况、囊肿的情况、患者的依从性等)以及包括内科医师、影像科医师、外科医师、病理医师在内的多学科会诊意见和所在医院的设备情况等综合考虑,以期可以选择最适合患者的个性化治疗方法。

参考文献

- [1]Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Acute pancreatitis classification working group. classification of acute pancreatitis. 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus[J]. Gut, 2013; 62(1):102-110
- [2]Enver Z, Goran H, Svjetlana LZ, et al. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts[J]. World J Gastroenterol, 2015; 21(22): 6850-6860
- [3]Malley VP, Cannon JP, Postier RG. Pancreatic pseudocysts: cause, therapy, and results[J]. Am J Surg, 1985; 150(6):680-682

- [4]Gouyon B, L é vy P, Ruzsniwski P, et al. Predictive factors in the outcome of pseudocysts complicating alcoholic chronic pancreatitis[J]. Gut, 1997; 41(6):821-825
- [5]Byrne MF, Mitchell RM, Baillie J. Pancreatic pseudocysts[J]. Curr Treat Options Gastroenterol, 2002; 5(5):331-338
- [6]李龙, 丁洁, 潘宏波. 经皮穿刺引流和手术治疗胰腺假性囊肿的疗效研究[J]. 现代诊断与治疗, 2017; 28(18):3486-3487
- [7]雷一鸣, 麦兴盛, 李涛, 等. 超声引导经皮穿刺引流治疗胰腺假性囊肿的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018; 3(35):48-49
- [8]Teoh AY, Ho LK, Dhir VK, et al. A multi-institutional survey on the practice of endoscopic ultrasound (EUS) guided pseudocyst drainage in the Asian EUS group[J]. Endosc Int Open, 2015; 3(2):e130-e133
- [9]Pan G, Wan MH, Xie KL, et al. Classification and management of pancreatic pseudocysts[J]. Medicine (Baltimore), 2015; 94(24): e960
- [10]龚彪, 潘亚敏, 沈丽. 十二指肠乳头囊肿引流术治疗胰腺假性囊肿[J]. 中华消化内镜杂志, 2004; 1(6):378-380
- [11]聂胜峰, 曾志峰, 丁洁, 等. 内镜下经乳头引流术治疗胰腺假性囊肿的疗效观察[J]. 医学信息, 2018; 31(23):186-187
- [12]Pereira F, Caldeira A, Leite S, et al. Grupuge perspective: endoscopic ultrasound-guided drainage of peripancreatic collections[J]. GE Port J Gastroenterol, 2020; 28(1):39-51
- [13]Shekhar C, Maher B, Forde C, et al. Endoscopic ultrasound-guided pancreatic fluid collections' transmural drainage outcomes in 100 consecutive cases of pseudocysts and walled off necrosis: a single-centre experience from the United Kingdom [J]. Scand J Gastroenterol, 2018; 53(5):611-615
- [14]Puri R, Mishra SR, Thandassery RB, et al. Outcome and complications of endoscopic ultrasound guided pancreatic pseudocyst drainage using combined endoprosthesis and nasocystic drain[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012; 27(4):722-727
- [15]Kazim E, Taj MA, Zulfikar I, et al. Endoscopic ultrasound guided pancreatic pseudocyst drainage experience at a tertiary care unit[J]. Pak J Med Sci, 2020; 36(4):637-641
- [16]金震东. 内镜超声引导下胰腺假性囊肿引流术的方法与价值[J]. 中华消化内镜杂志, 2019; 36(9):629-631
- [17]Saul A, Ramirez MA, Chan C, et al. EUS-guided drainage of pancreatic pseudocysts offers similar success and complications compared to surgical treatment but with a lower cost[J]. Surg Endosc, 2016; 30(4):1459-1465
- [18]Ye J, Wang L, Lu S, et al. Clinical study on cystogastrostomy and Roux-en-Y-type cystojejunostomy in the treatment of pancreatic pseudocyst: A single-center experience[J]. Medicine (Baltimore), 2021; 100(10):e25029
- [19]戈建辉, 徐雨, 汪斌, 等. 双镜联合手术治疗重症急性胰腺炎并发胰腺假性囊肿的安全性及细胞炎因子改善研究[J]. 中华普外科手术学杂志(电子版), 2019; 13(02):200-202
- [20]崔铭, 廖泉. 胰腺假性囊肿治疗方式选择[J]. 中华肝脏外科手术学电子杂志, 2016; 5(06):355-357
- [21]Matsuoka L, Alexopoulos SP. Surgical management of pancreatic pseudocysts[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2018; 28(2):131-141

(上接第 80 页)

参考文献

- [1]李慧, 邱银玲, 战同霞, 等. 课程思政在内科护理学情景模拟教学中的应用[J]. 护理学杂志, 2020; 35(13):60-62
- [2]张玲华, 贾建芳. “课程思政”在本科内科护理学中的实践[J]. 中华护理教育, 2020; 17(7):611-616
- [3]覃勤, 马秋平, 凌芸. “孝文化”渗透下《内科护理学》课程思政模式的探索[J]. 教育现代化, 2020; 7(77):194-197
- [4]魏春平. “课程思政”理念在内科护理学中的探索[J]. 福建茶叶, 2020; 42(3):428
- [5]赵梦媛. 基于“课程思政”的教学模式改革与实践——以老年护理学课程为例[J]. 卫生职业教育, 2020; 38(2):47-48
- [6]梁宇杰, 王红明, 李春卉, 等. 基础护理学混合式教学实施课程思政的探索[J]. 中国继续医学教育, 2020; 12(30):64-67
- [7]车小雯, 王婷, 周娜. “互联网+课程思政”混合式教学模式在急救护理学中的应用[J]. 卫生职业教育, 2020; 38(22):89-90
- [8]胡友莹, 李文月. 传染病护理学“课程思政”的实践和思考[J]. 中国实用护理杂志, 2020; 36(35):2783-2786
- [9]邹宝林, 应燕萍, 杨丽, 等. 基于案例教学的护理管理学课程思政建设的探讨[J]. 智慧健康, 2020; 6(5):22-23+28
- [10]任柳, 沈军, 简平, 等. 护理学基础“课程思政”的设计与实践[J]. 中华护理教育, 2020; 17(7):621-624
- [11]彭蕤蕤, 李宜培, 陈洁, 等. “互联网+”背景下基于课程思政的病理生理学立体化教材建设探讨[J]. 卫生职业教育, 2020; 38(24):58-60
- [12]杨永, 张璞, 杨连招, 等. 中医院校《外科护理学》案例情境模拟实训“课程思政”教学研究[J]. 文化创新比较研究, 2020; 4(36):113-115
- [13]陈振华, 陈恒英, 周小利. 课程思政改革背景下思政元素融入药理学课程的探索和实践[J]. 延边教育学院学报, 2020; 34(06):20-22
- [14]马素丽, 王继红, 郭耀玲, 等. 课程思政引领下的混合式教学在护理学基础教学中的应用[J]. 卫生职业教育, 2020; 38(22):85-87
- [15]梁宇杰, 王红明, 李春卉, 等. 基础护理学混合式教学实施课程思政的探索[J]. 中国继续医学教育, 2020; 12(30):64-67