·临床研究·

胰腺假性囊肿的手术与非手术治疗 58 例回顾性分析

黄子明，　蔡勇，　杨晨晨，　陈政，　孙虹

淮安市第一人民医院急诊外科，江苏 淮安　223300

摘要：目的　比较开腹手术与内镜、超声介入穿刺引流等非手术方法在胰腺假性囊肿(PPC)治疗中的疗效及并发症情况。**方法**　收集 2009 年 6 月至 2016 年 5 月确诊的 58 例 PPC 患者的临床资料。对开腹手术组($n=36$)与非手术组($n=22$)的治愈率、并发症、术后复发率及住院时间、费用等指标进行比较。**结果**　囊肿位置：胰头 10 例，胰体 15 例，胰尾 17 例，胰体尾 16 例。外科手术治疗 36 例，非手术治疗 22 例(B 超定位下行经皮穿刺抽液及经皮导管引流术 8 例，内镜治疗 14 例)。非手术组与开腹手术组的治愈率(86.4% *vs* 86.9%，$P>0.05$)、复发率(13.6% *vs* 13.8%，$P>0.05$)、并发症发生率(18.2% *vs* 19.4%，$P>0.05$)比较，差异均无统计学意义；但非手术组住院时间[(5.0±3.1)d *vs*(14.0±10.2)d，$P<0.01$]和住院费用[(3 045.0±1 620.2)元 *vs*(7 780.0±1 140.9)元，$P<0.01$]均低于开腹手术组。**结论**　内镜下治疗及超声引导下的穿刺引流术与开腹手术治疗 PPC 相比，两者的临床疗效及并发症发生率相当，但非手术治疗因其缩短住院时间及减少住院费用，故在 PPC 的治疗中更值得推荐。

关键词：胰腺假性囊肿；交通性囊肿；超声内镜；内镜下经十二指肠乳头引流术；超声引导下穿刺引流术；外科手术；非手术治疗；并发症

中图分类号：R 657.5　**文献标识码：**B　**文章编号：**1674－8182(2016)08－1099－03

胰腺假性囊肿(pancreatic pseudocyst，PPC)多继发于急慢性胰腺炎和胰腺损伤，年发生率为 0.5～1/10 万[1]。传统治疗 PPC 以手术外引流或胰腺囊肿肠道吻合治疗为主，术后可出现吻合口瘘、消化道出血及切口感染等并发症，影响患者的预后。随着内镜下经十二指肠乳头引流及超声内镜的推广，对于囊肿位置靠近十二指肠，以及囊肿与胃壁紧密接触、囊肿无明显分隔的交通性囊肿，内镜及超声内镜下行胃肠道囊肿内引流术有明显的优势。对于孤立的靠近胰体尾的非交通性囊肿，超声引导下的穿刺引流术因其创伤小、术后患者恢复快，其地位也不可忽视。临床上针对开腹手术及非手术治疗 PPC 的效果孰优孰劣仍有争论，本文通过回顾性分析我院 58 例 PPC 患者的临床资料及术后随访情况，比较两者的治疗效果，为临床选择 PPC 治疗方案提供参考。

1　资料与方法

1.1　*一般资料*　对 2009 年 6 月至 2016 年 5 月确诊的 58 例 PPC 患者的临床资料进行回顾性分析。男 42 例，女 16 例；年龄 2～76 岁，平均(43±16.5)岁；病因：急性胰腺炎 18 例，胰腺外伤 4 例，慢性胰腺炎 36 例，其中合并胆源性胰腺炎 3 例，胆总管结石 1 例。全部病例经 B 超、CT 或手术检查证实为囊周假性纤维壁形成。其中非交通性囊肿 32 例，交通性囊肿 26 例；囊肿直径最大 12 cm×10 cm×10 cm，最小 3 cm×4 cm×4 cm；临床表现：腹部胀痛 34 例(压痛 12 例)，腹部包块 10 例，黄疸 9 例，囊肿感染 5 例，合并糖尿病 2 例；囊肿位置：胰头 10 例，胰体 15 例，胰尾 17 例，胰体尾 16 例。

1.2　*治疗方法*　根据囊肿的位置、大小、与周围比邻等选择术式。(1)手术组(36 例)：位于胰体尾的孤立性非交通性囊肿，采用囊肿单纯切除术 5 例；胰体部位于小网膜囊内，与后壁毗邻的囊肿，采用胃囊肿吻合术 2 例；与十二指肠降部毗邻的囊肿行十二指肠囊肿吻合术 2 例；囊肿与胃后壁、十二指肠距离较远者，采用囊肿空肠 R-en-Y 吻合术 24 例；2 例囊肿位于胰体、胰尾者进行了空肠胰腺 β 吻合；1 例合并胆总管结石术中同时行胆囊切除＋胆肠吻合＋胰肠吻合术。(2)非手术组(22 例)：囊肿位于胰体尾部，表面紧贴腹壁，行超声引导下的穿刺引流术 8 例；囊肿与胃肠道最短距离 <1 cm 者，采用超声内镜下胃肠道囊肿内引流术 4 例；对于交通性囊肿，囊内无明显分隔者，采用内镜下乳头肌切开置管内引流 10 例。

1.3　*疗效判断标准*　目前国内外尚无明确的 PPC 干预治疗效果判定标准，作者收集大量文献，一般认为治疗有效：术后复查囊肿消失或者直径在 2 cm 以下；复发：囊肿大小无改变或较治疗前增大，症状复发或加重；并发症：消化道出血、术后感染、穿孔、支架移位及吻合口瘘；死亡：患者治疗无效后死亡。

DOI：10.13429/j.cnki.cjcr.2016.08.025

通讯作者：孙虹，E-mail：m15896163441@163.com

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 软件行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。$\alpha = 0.05$ 为检验水准。

2 结 果

2.1 临床治疗效果评价 非手术组与开腹手术组的治愈率分别为 86.4%(19/22)、88.9%(32/36),差异无统计学意义($P > 0.05$);复发率分别为 13.6%(3/22)、13.9% (5/36),差异无统计学意义($P > 0.05$);住院时间分别为(5.0 ± 3.1)d、(14.0 ± 10.2)d,差异有统计学意义($P < 0.01$);住院费用分别为(3 045.0 ± 1 620.2)元、(7 780.0 ± 1 140.9)元,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.2 并发症比较 非手术组:并发症发生率 18.2%(4/22)。超声定位下经皮穿刺引流 8 例,术后均治愈;内镜下经十二指肠乳头引流共 10 例,术后出现支架移位 1 例,术后感染 1 例,内引流术发生消化道出血 2 例,最终转为开腹囊肿十二指肠吻合术。手术组:并发症发生率 19.4%(7/36),消化道出血 2 例,穿孔 2 例,吻合口瘘 3 例。两组并发症发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组均无死亡病例。

3 讨 论

PPC 的干预方法众多[2],尚缺乏前瞻性随机对照研究来比较 PPC 不同治疗方式的优劣,如何选择最佳的治疗方案仍存在争议。目前普遍认为,对于囊肿合并有感染、出血、破裂、黄疸、胰瘘或胃肠道梗阻、进行性增大或怀疑恶变者,仍主张外科手术治疗。手术优势在于一些潜在的疾病可以一并处理,而且假性囊肿引流比较彻底,术后并发症及远期复发率低[3-4],如本研究 1 例慢性胰腺炎合并胆总管结石,同时行胆总管切开取石 + 胰肠吻合 + 胆肠吻合,术后引流满意。外科手术共 36 例,其中囊肿胃吻合术后并发胃出血、吻合口瘘 1 例,该囊肿位于胰体尾部,囊肿前壁与胃后壁粘连成熟,如果刻意进行囊肿空肠吻合,易导致囊肿破裂,故进行了该术式,术后发生吻合口瘘,考虑可能系吻合口缝合过紧、吻合口较小或吻合口位置偏上,不能保证引流通畅。2 例囊肿分别位于胰体、胰尾,进行了空肠胰腺 β 吻合,方法:距 Treitz 韧带40 cm提起空肠,经结肠后与囊肿吻合,此吻合口下方 10 cm 处行空肠袢间侧侧吻合(高位吻合口),再于高位吻合口下 10 cm 处作第 2 个空肠袢间侧侧吻合(低位吻合口),两个吻合口各长 5 cm。此法的优点是两吻合口较远,减少食糜逆流;增加了一处肠间吻合,从而增加了食糜环流,减少食糜进入囊肿的机会,这是防止逆行性感染设计的一种方法[5]。但是本法吻合口多,手术操作繁杂,其中 1 例发生吻合口瘘,不如囊肿空肠 R-en-Y 吻合术实用,因此不宜选用本法。

B 超引导经皮穿刺置管引流术,其特点是创伤小、操作相对简单、能同时放置多根引流管引流,并迅速改善病人状况等。在临床应用中不可忽视[6]。引流管置放时间 7 ~ 10 d 不等。特别对于囊肿压迫十二指肠及胆总管而导致黄疸、恶心呕吐、腹痛等症状,快速的穿刺引流,可以在短期内缓解症状,同时给外科手术争取时间,有利于囊肿壁的增厚牢固,提高外科手术吻合成功率[7-8],通常适用于:(1)囊肿巨大,有压迫症状;(2)囊肿感染;(3)快速增大的囊肿;(4)囊肿合并持续不能缓解的疼痛;(5)估计不能耐受手术者;(6)部分病例在保守治疗的同时可采取穿刺引流的联合治疗方案。有报道,对于引流时间较长的交通性囊肿可注入无水乙醇或四环素促其粘连闭合[9],拔管前必须夹管 3 ~ 7 d,复查超声证实囊肿闭合,可逐步退管拔除。

超声内镜治疗 PPC 与外科内引流相似,通过内镜在假性囊肿与胃肠道间造口并放置支撑架,使囊肿内容物通过支撑架流入胃肠道而达到治疗目的[10]。本组 4 例超声内镜引导下胃肠道内引流术发生消化道出血 2 例,最终转为开腹囊肿十二指肠吻合术。

内镜下经十二指肠乳头引流术作为创伤最小的 PPC 干预手段之一,它通过在胰管内置入支架恢复导管的连续性,适合囊肿与胰管相通、囊内无分隔的患者[11]。适应证为最大径≤6 cm 的 PPC,一般不主张对巨大的 PPC 行该方法治疗。内镜下经十二指肠乳头引流术最常见的并发症是诱发急性胰腺炎,其次是感染,本组发生术后感染 1 例。对于交通性囊肿,位置与周围胃肠道距离较远,逆行胰胆管造影仍为首选。本组发生支架移位 1 例,术后感染 1 例。在遇到主胰管有狭窄的情况下,可先用气囊或探条扩张,再置入支架进行引流。

非手术与开腹手术治疗 PPC 相比较,两者在临床疗效及并发症上无明显差异,作者的经验是:对于直径 <5 cm,单发的非交通的囊肿,超声介入抽液引流效果最好;对于多发、分隔明显、囊壁未成熟者手术优势更大。因非手术治疗能够显著缩短住院时间及减少住院费用,故在 PPC 的治疗中更值得推荐。

参考文献

[1] Sandy JT, Taylor RH, Christensen RM, et al. Pancreatic pseudocyst: Changing concepts in management[J]. Am J Surg, 1981, 141(5): 574 - 576.

[2] 何文华,陈幼祥,吕农华,等. 急性胰腺炎并发胰腺假性囊肿的干预治疗及疗效分析[J]. 中华消化杂志,2013,33(6):430.

[3] Lerch MM, Stier A, Wahnschaffe U, et al. Pancreatic pseudocysts: observation, endoscopic drainage, or resection? [J]. Dtsch Arztebl Int, 2009, l06(38):614 - 621.

[4] Nealon WH, Bhutani M, Riall TS, et a1. A unifying concept: pancreatic duetal anatomy both predicts and determines the major complications resulting from pancreatitis[J]. J Am Coll Surg, 2009, 208(5):790 - 799.

[5] 张伯良,于克信,胡德刚,等. 胆道 - 空肠 β 形吻合术[J]. 实用外科杂志,1984,4(2):96.

[6] Ashkar M, Gardner TB. Role of endoscopic ultrasound in pancreatic diseases: a systematic review [J]. Minerva Gastroenterol Dietol, 2014, 60(4):227 - 245.

[7] Heide R, Meyer AA, Galanko JA, et a1. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts is associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients[J]. Ann Surg, 1999, 229(6):781 - 789.

[8] Andersson B, Nilsson E, Willner J, et a1. Treatment and outcome in pancreatic pseudocysts[J]. Scand J Gastroenterol, 2006, 41(6):751 - 756.

[9] Suzuki R, Thosani N, Annangi S, et al. Diagnostic yield of EUS-FNA-based cytology distinguishing malignant and benign IPMNs: a systematic review and meta-analysis [J]. Pancreatology, 2014, 14(5):380 - 384.

[10] 姚仁玲,吕瑛,徐桂芳,等. 7F 与 10F 支架在引流胰腺假性囊肿中的疗效比较[J]. 中华消化内镜杂志,2015,32(8):525 - 528.

[11] Bhasin DK, Rana SS, Udawat HP, et al. Management of multiple and large pancreatic pseudocysts by endoscopic transpapillary nasopancreatic drainage alone[J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(8):1780 - 1786.

收稿日期:2016 - 04 - 06　**编辑**:王国品

· 临床研究 ·

微创 PKP 术与椎体支柱块植入术治疗单纯胸腰椎压缩骨折的疗效对照

罗刚,　匡文忠,　曹亮杰

池州市第一人民医院骨二科,安徽 池州　247000

摘要:目的　探讨微创经椎弓根球囊扩张椎体后凸成形术(PKP)与椎体支柱块植入术治疗单纯胸腰椎压缩骨折的临床疗效。**方法**　选择 2013 年 1 月至 2014 年 12 月收治的 80 例单纯胸腰椎压缩骨折患者作为研究对象,其中 40 例患者给予 PKP 治疗(PKP 组),40 例患者给予椎体支柱块植入术治疗(植入组)。比较两组患者的手术情况、伤椎前缘高度、Cobb 角及日常生活能力量表(ADL)评分。**结果**　植入组手术时间明显长于 PKP 组,术中出血量为明显高于 PKP 组(P 均 <0.01);术后 12 个月,植入组 Cobb 角明显低于 PKP 组,伤椎前缘高度明显高于 PKP 组(P 均 <0.01);两组患者术后 VAS 评分、ADL 评分比较差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。**结论**　PKP 与椎体支柱块植入术均是治疗单纯胸腰椎压缩骨折的有效术式,均可显著改善患者疼痛程度和日常生活能力,PKP 减少了手术操作时间和术中出血量,而椎体支柱块植入术则显著提高了患者伤椎前缘高度和 Cobb 角恢复效果。

关键词: 胸腰椎压缩骨折;椎体支柱块植入术;经椎弓根球囊扩张椎体后凸成形术;骨质疏松;伤椎前缘高度;Cobb 角

中图分类号: R 683.2　**文献标识码:** B　**文章编号:** 1674 - 8182(2016)08 - 1101 - 04

单纯胸腰椎压缩骨折的传统疗法包括支具外固定、卧床休息、药物镇痛等,虽然可缓解患者疼痛程度,但对于脊柱畸形问题无法完全解决,而且极易造成骨量丢失,加重了患者骨质脱钙疏松情况,使得骨折难以愈合;同时,由于合并骨质疏松症增加了开放性手术难度[1]。目前,对于老年骨质疏松性椎体压缩骨折临床多采用微创技术治疗,主要术式包括椎体支柱块植入术、经皮椎体成形术与椎体后凸成形术,但对于采取何种术式尚存一定争议[2]。基于此,本研究分析了微创经椎弓根球囊扩张椎体后凸成形术(PKP)与椎体支柱块植入术治疗单纯胸腰椎压缩骨折的临床疗效,旨在为临床治疗提供参考依据。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择我院 2013 年 1 月至 2014 年 12 月收治的 80 例单纯胸腰椎压缩骨折患者作为研究对象,均经 MRI、X 线片、CT 等检查确诊。入选标准:(1)均有明确外伤史;(2)损伤节段在 $T_{11} \sim L_2$;(3)均为新鲜骨折。排除标准:(1)心肺功能严重不全;(2)胸腰椎爆裂骨折及骨折脱位者;(3)椎管内压迫

DOI: 10.13429/j.cnki.cjcr.2016.08.026