

CT 导引下介入治疗胰腺炎

成明富 李淑芳 丁涤飞 陈玉明

【摘要】 目的:探讨 CT 导引下对急性坏死性胰腺炎并发的胰周积液,脓肿或假性囊肿行穿刺、抽吸及注入抗生素治疗的价值。方法:9例急性坏死性胰腺炎均在 CT 导引下行胰周积液(4例)、脓肿(3例)、假性囊肿(2例)穿刺、抽吸及注入抗生素治疗,最少治疗2次,最多4次。结果:8例获得较好疗效,1例因脓肿与胃肠道相通,经4次 CT 导引下介入治疗,病情稳定后转外科手术。随访6例,随访时间3~18个月,无1例复发。结论:CT 导引下行胰周积液、脓肿和假性囊肿穿刺、抽吸及注入抗生素治疗急性坏死性胰腺炎是一种安全有效的介入治疗技术,其成功率高,并发症少,疗效肯定,死亡率低,病人痛苦少,可反复进行。

【关键词】 胰腺炎 CT 导引 介入治疗

CT guided interventional therapy on acute pancreatitis Cheng Mingfu, Li Shufang, Ding Difei, et al. The 123rd hospital of PLA, Bengbu 233015

【Abstract】 Objective: To study the value of CT guided interventional therapy on acute pancreatitis. **Methods:** CT guided puncture, aspiration and injection of antibiotics, at least 2 times and at most 4 times, were performed in 9 patients with acute necrotic pancreatitis. Among those patients, there was peripancreatic effusion in 4 cases, abscess in 3 and pseudocyst in 2. **Results:** Good curative effect was obtained in 8 cases. 1 case of gastrointestinal tract fistula with abscess was transferred to surgical operation after 4 times interventional therapy. Follow-up from 3 months to 1.5 years in 6 cases was carried out and no recurrence was found. **Conclusions:** The interventional therapy on acute pancreatitis mentioned above is a safe, repeatable and effective method with high success rate, less complication and low mortality rate.

【Key words】 Pancreatitis CT guidance Interventional therapy

急性坏死性胰腺炎(ANP)发病急骤,病情严重,预后凶险,病死率极高。过去认为应早期手术清除坏死组织,但病人痛苦大,术后并发症和死亡率比较高^[1]。近10年来,外科趋向于保守治疗,虽ANP的并发症和死亡率有所降低,但对ANP所形成的并发症的治疗仍感棘手。我院自1996年2月至1998年6月在CT导引下对9例ANP并发的胰周积液、脓肿及假性囊肿进行穿刺、抽吸及注入抗生素治疗,获得较好疗效,报道如下。

材料与方 法

本组ANP患者9例,男7例,女2例,年龄34~65岁,45岁以上6例。临床表现:腹痛9例,恶心呕吐2例,发热6例,腹胀5例,黄疸2例。病因及诱因:胆管炎、胆石症3例,酒精性2例,暴食3例,原因不明1例。全部病例经临床和CT检查确诊,根据CT检查的结果确定胰腺坏死的部位、范围和严重程度,其中伴发胰周积液4例,脓肿3例,假性囊肿2例。积液量大都在50~250ml,其中100ml以上6例。

CT装置为GE Max 640。穿刺器械和药品:同肝脏穿刺活检术,用18~22G抽吸针,腹部穿刺包1个,2%普鲁卡因、抗生素、生理盐水及造影剂等。

穿刺前准备:术前常规作出凝血时间、血小板计数和凝血酶原测定,并禁食4h以上。术前口服适量镇静剂,术前需作CT扫描,有的病例应做增强扫描,以便了解液体积聚或脓肿与大血管关系。

病人仰卧位,常规CT扫描,选好穿刺层面、进针点和进针行径。进针行径选择最短距离,避开大血管和邻近腹腔脏器。在CT监控下进行,采用直线、侧方斜向或水平方向进针。采用抽吸针直接穿刺抽吸法。CT扫描核实穿刺针尖位于靶点中央,然后拔出针芯,针尾接上注射器抽吸。将抽出的液体作常规、生化、细菌和细胞学检查。应尽量将液体抽尽,如果是脓肿在抽尽脓液后用生理盐水进行冲洗之后并注入抗生素,直接控制感染。术后再行CT扫描,观察抽吸效果及有否并发症发生,术后需观察4h。

结 果

9例ANP并发的胰周积液(4例),脓肿(3例)或假性囊肿(2例)均在CT导引下进行穿刺抽吸及注入抗生素治疗,最少治疗2次,最长达4次。

疗效评价:9例中除1例胰腺大片坏死,胰周伴发的多房脓气肿范围较广并与胃肠道相通,经4次在CT导引下介入治疗后,临床病情稳定,脓腔缩小,脓壁增

厚明显转外科手术治疗, 其余 8 例经 1~3 次介入治疗后均在 1~3 个月内治愈。本组随访 6 例, 时间为 3~18 个月, 无 1 例复发。

讨 论

急性坏死性胰腺炎因胰液大量外溢而引起机体组织的自我消化, 病情凶险, 早期大多死于休克、多器官衰竭等, 后期主要死于胰周感染。临床对 ANP 治疗存在分歧, 过去提倡早期手术清除坏死组织, 但病人痛苦大, 术后并发症多, 病死率仍较高。近 10 年来外科趋向于保守治疗, 虽 ANP 的并发症和死亡率有所降低, 但仍为危险的难治性疾病。1973 年 Johnson 等^[2]发现 5-Fu 能阻止胰腺自我消化的作用, 之后用 5-Fu 治疗 ANP 广泛应用于临床。静脉内给药, 药物分布于全身, 进入胰腺的药物很难达到有效的治疗浓度; 腹腔动脉插管持续药物灌注可以增加局部的药物浓度, 提高疗效, 此法主要适应于 ANP 的早期治疗。目前临床对 ANP 并发的胰周积液、假性囊肿或脓肿的治疗感到十分棘手, 病程经常连绵数月, 即使幸免于死, 多数也伴有不同程度胰功能损伤或有慢性胰腺炎的表现, 而 CT 导引下对 ANP 并发的胰周积液、假性囊肿或脓肿进行穿刺、抽吸及注入抗生素治疗, 为临床治疗 ANP 开辟了一条新的途径。该方法操作简单, 易于开展, 安全性高, 病人痛苦少, 死亡率明显降低。本组开展的 9 例, 除 1 例伴发的脓肿与胃肠道相通, 脓肿壁太厚, 经 4 次

介入治疗, 病情稳定后转外科手术治疗外, 其余 8 例均治愈。经 3~18 个月随访的 6 例, 无 1 例复发。

通过本组资料分析, 笔者认为在强有力的内科综合治疗的同时, CT 导引下对 ANP 并发的胰周积液、脓肿或假性囊肿行穿刺抽吸及注入抗生素治疗, 具有以下优点: ①创伤小, 简单易行, 病人痛苦少; ②CT 导向准确, 成功率高, 与手术相比, 手术的早期以清除胰内肉汤样毒素为主, 后期主要针对并发的感染, 而 CT 导引下穿刺抽吸能达到清除脓肿的目的, 且安全系数高; ③CT 导引下对 ANP 并发的胰周积液、积液, 除了穿刺抽吸外, 还可有目的注入药物治疗, 使药物直接作用于局部, 可进一步提高疗效, 缩短疗程, 而不会促使脓肿播散; ④病理研究证实 ANP 呈进行性发展, 一次手术很难彻底, 病人不可能反复多次手术, 而 CT 导引下穿刺抽吸可反复多次进行; ⑤用此法治疗 ANP, 并发症少, 费用低、疗效高, 且病死率明显降低; ⑥本技术的推广使用, 丰富了 CT 机介入治疗的应用范围, 提高了 CT 机的效能, 将最大限度降低手术的危险性及并发症的发生。

参考文献

- 1 Dodierto GB, Gui D, Pacell F, et al. Open VS closed treatment of secondary pancreatitis. Arch Surg, 1994, 129: 689-693.
- 2 Johnson RM, Barone RM, Newson BL, et al. Treatment of experimental acute pancreatitis with 5-Fluorouracil (5-Fu). Am J Surg, 1973, 125: 214-222.

(2000-02-21 收稿)

Peutz-Jeghers 综合征一例

薛宏元

Peutz-Jeghers 综合征是一种常染色体显性遗传性疾病。息肉与色素沉着是构成此综合征的 2 个组成部分。最近我院遇见 1 例, 经手术病理证实, 且息肉已恶变, 现报告如下。

患者 女, 17 岁, 因腹痛 1 年, 加剧 8 小时伴恶心、呕吐入院。体检: 嘴唇及口周黑斑, 双手指、双足趾及足底色素沉着。急剧痛苦面容。呕吐胃内容物, 呈非放射状。腹部稍隆起, 于下腹部正中可触及儿头大小包块。实验室检查, 尿常规: 尿蛋白 $\geq 300\text{mg/dl}$ 。K、Na、Cl、Ca 均低于正常。立位腹部 X 线平片示左上中腹多个气液平面, 张力较低, 考虑肠套叠所致。术前抽取腹水送检偶见肿瘤细胞, 术中见空肠距 Treitz 氏韧带 140mm 处空肠套叠长约 40mm, 套入的肠管变黑坏死, 其中可见鸡蛋大肿块突入肠管内, 行肠切除肠吻合术。

病理诊断: 小肠腺癌(中等分化), 癌组织侵及肠壁深肌层。

术后患者因腹腔内癌组织广泛转移, 腹腔内感染, 呼吸及肾功能衰竭, 中毒性休克死亡。

讨论 Peutz-Jeghers 综合征即胃肠道息肉病伴粘膜、皮肤色素沉着比较少见。病理上以胃肠道多发性息肉和口腔、粘膜以及面部、指趾、足底皮肤的黑色素沉着为特征。一般具有家族性。在一些文献报道中, 均未见患者有息肉癌变现象。此病例患者有一孪生姐妹。2 人皆是从 2 岁开始面部、口唇及手指、足趾出现黑色素沉着逐年加深, 但无腹痛不适, 身体健康良好。患者于 1 年前开始腹痛不适后, 黑斑及色素未见加深。入院后, 患者经手术探查, 病变部位送病检, 息肉已恶变, 并转移而死亡。可见这些息肉有象腺瘤性息肉或绒毛状腺瘤那样的恶变趋势, 因此在发现此病的初期就应采取及时治疗措施, 以防息肉恶变, 争取病人得到最好的康复。

(1999-10-25 收稿)