

· 病例报告 ·

Whipple 手术治疗胰头部肿块型慢性胰腺炎

一例及文献分析

曹卫刚 邱宝安

胰头部肿块型慢性胰腺炎(pancreatic head mass type chronic pancreatitis, PHMTCP)于1973年由Becker首先描述,是慢性胰腺炎的一种特殊类型,因其酷似胰腺癌,故术前鉴别困难,但预后与胰腺癌截然相反,值得临床医师引起高度重视。本科室2012年收治该病例1例,将其临床资料报道如下。

一、病例摘要

患者,男性,70岁,因“全身皮肤黏膜黄染10 d,加重7 d”入院。患者10天前无明显诱因出现皮肤黏膜黄染,伴皮肤瘙痒,无腹痛、无发热,腹部超声检查提示胰腺占位,腹部CT检查胰头部占位性病变。患者近1周大便间歇性呈陶土色,小便浓茶色,近2个月体重下降约6 kg。既往无酗酒及急性胰腺炎病史。

查体:全身皮肤、巩膜重度黄染,上腹部深压痛,无反跳痛及肌紧张,余阴性;肿瘤标志物示糖类抗原199(carbohydrate antigen 199, CA199)97.21 KU/L,糖类抗原125(carbohydrate antigen 125, CA125)、癌胚抗原(carcino-embryonic antigen, CEA)、糖类抗原242(carbohydrate antigen 242, CA242)、甲胎蛋白(α -fetoprotein, AFP)和糖类抗原15-3(carbohydrate antigen 15-3, CA15-3)均在正常值范围。胰腺平扫CT示肝内胆管及胆总管明显扩张,胆总管下段壁增厚,胰头增大,大小约2.2 cm × 2.5 cm × 4.5 cm类圆形病灶,密度不均、边缘毛糙,左侧可见点状钙化(图A);增强后扫描病灶边缘不均匀增强,CT值约75 Hu,胰腺体尾部略增大,均匀强化,胰管扩张(图B),腹膜后未见肿大淋巴结,提示胰头占位,胰头癌可能性大,肝内外胆管扩张及胆总管明显扩张;腹部超声检查见胰头形态失常,主胰管未见明显扩张,胰头可见一大小约2.6 cm × 2.3 cm × 4.1 cm的低回声包块,形态尚规则、边界清,彩色多普勒超声(color doppler flow imaging, CDFI)未见明显血流信号,提示胰头实性占位。

术前诊断为梗阻性黄疸:胰腺癌?胆管癌?慢性胰腺炎?术中胰头部可触及质硬,活动性可包块,大

小约5 cm × 6 cm,胰腺整体质硬,表面凹凸不平,十二指肠降段及胰头部未触及肿大淋巴结。术中快速冰冻病理为胰头部慢性胰腺炎改变,小灶钙化,未见癌细胞。行胰十二指肠切除术。术后病理:慢性胰腺炎,局部硬化,范围大小4 cm × 3 cm × 2 cm,病变内可见小灶钙化,免疫组织化学结果显示:胰岛CgA(+),慢性胆管炎,十二指肠黏膜呈慢性炎,慢性胆囊炎(图2)。术后随访至今,患者无不适主诉。

讨论 胰头部肿块型慢性胰腺炎是节段性慢性胰腺炎的一种特殊类型,已被视为胰腺癌发生的癌前病变^[1]。病理过程为胰头部和钩突的慢性炎症迁延不愈,导致胰头部肿块形成,压迫胰管及胆总管下端,进而表现为反复发作性上腹痛、体重减轻及梗阻性黄疸等^[2],术前与胰头癌极难鉴别^[3]。腹部CT检查能够定位胰腺病变,但不能准确定性。CA199是诊断胰头癌的重要血清肿瘤标志物,但其升高也见于非肿瘤性梗阻性黄疸患者^[4]。对不能排除胰头癌及出现典型症状的胰头肿块型慢性胰腺炎,应行胰十二指肠切除术(Whipple手术),去除胰头癌发生的潜在病因,同时解除胆道、胰管、十二指肠的梗阻和门脉高压症的表现^[5]。

本例患者无长期饮酒及急性胰腺炎病史,病程中出现体重下降明显,进行性梗阻性黄疸,皮肤瘙痒等,CA199水平升高;影像学检查提示胰头部占位性病变,胆管扩张,考虑恶性肿瘤的可能性大,但也不排除慢性胰腺炎的诊断,有必要行胰十二指肠切除术,患者及家属表示同意手术治疗。术中见胰腺质地硬,胰头部可明显扪及质硬包块,表面凹凸不平,与胰头癌的术中表现类似。术中标本胰头肿块与正常胰腺组织界限清晰。术后病理报告显示慢性胰腺炎。病理组织学检查是确诊的金标准。患者顺利出院,随访患者,一般情况好。

胰头肿块型慢性胰腺炎主张积极手术治疗,目的是切除病灶、明确诊断、改善胰腺内、外分泌功能、解除胰、胆管梗阻^[6]。1946年,Whipple首次将Whipple手术用于治疗慢性钙化性胰腺炎,此后,广泛应用于慢性胰腺炎等胰腺良性疾病的治疗。胰头肿块型胰腺炎常伴有严重的疼痛症状,单纯采用胆肠吻合等手术,不能缓解胰管梗阻问题^[7]。针对胰头肿块

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2014.06.029

作者单位:264100 烟台市,滨州医学院烟台附属医院普通外科(曹卫刚);解放军海军总医院肝胆外科(邱宝安),北京100048)

通讯作者:邱宝安, Email: luckqiu@medmail.com.cn

型慢性胰腺炎的手术主要包括胰十二指肠切除术(保留或不保留幽门的 Whipple 手术)和保留十二指肠的胰头切除术(Beger 手术和 Frey 手术)^[8]。保留十二指肠的胰头切除术的患者在术后并发症少,恢复快等优势,但两种手术方式的远期临床疗效相当^[9]。

(本文图 1~2 见光盘)

参考文献

- 1 Izbickei JR, Bloec C, Broering DC, et al. Extended drainage versus resection in surgery for chronic pancreatitis[J]. Ann Surg, 1998, 228(6): 771-779.
- 2 谢勇, 张太平, 赵玉沛. 酷似胰头癌的胰头部肿块型胰腺炎 1 例[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(8): 705-706.
- 3 赵玉沛. 胰头部肿块鉴别诊断和临床对策[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(8): 619-621.

曹卫刚, 邱宝安. Whipple 手术治疗胰头部肿块型慢性胰腺炎一例及文献分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2014, 8(6): 852-853.

- 4 陈汝福, 林青. 胰头癌与胰头肿块型慢性胰腺炎的鉴别和治疗[J]. 岭南现代临床外科, 2010, 10(6): 415-416.
- 5 张忠涛, 尹杰. 胰头肿块型慢性胰腺炎的治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(9): 797-800.
- 6 屈振, 江勇, 吴宝强, 等. 肿块型胰头良性病变 38 例诊治体会[J]. 肝胆胰外科杂志, 2011, 23(2): 132-134.
- 7 支永发. 胰头肿块型慢性胰腺炎合并胰管结石的外科治疗[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(23): 4445-4446.
- 8 刘允怡, 赖俊雄, 刘晓欣. 胰头部肿块治疗策略[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(8): 617-618.
- 9 Bachmann K, Jakob R, Emre F. Chronic pancreatitis: modern surgical management[J]. Langenbecks Arch Surg, 2011, 396(1): 139-149.

(收稿日期: 2014-02-11)

(本文编辑: 孙荣华)

艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎二例

刘长民 张雁

卡氏肺孢子菌肺炎(Pneumocystis pneumonia, PCP)又称卡氏肺囊虫肺炎,是艾滋病患者最常见、最重要的机会性感染之一,约占机会性感染的62%^[1-4],而在晚期艾滋病患者中合并卡氏肺孢子菌肺炎的几率可达85%^[5],其发病率高,病情进展快,未经及时有效的治疗可100%死于呼吸衰竭,早期诊断和治疗可有效降低病死率^[6],以下就2013年本院收治的2例艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎患者的诊治情况总结如下。

一、病历资料

病例1: 患者, 男性, 49岁, 于2013年8月19日以“发热伴咳嗽、胸闷10 d余”入院。入院查体: 双肺呼吸音粗糙, 可闻及湿啰音, 腹部平软, 无压痛及反跳痛。辅助检查: 胸部X线片: 两肺纹理不清、结构紊乱; 胸部CT: 双肺上叶及右肺中叶呈磨玻璃样改变, 提示: 两肺感染。C-反应蛋白: 101.5 mg/L。呼吸科按“肺感染”予以亚胺培南西司他丁钠抗菌治疗3 d病情无好转, 且进一步加重, 出现呼吸困难、胸闷症状; 2013年8月23日查抗-HIV阳性, 经本市疾控中心检测, HIV确认阳性。诊断“艾滋病”成立, 遂转入感染科系统治疗, 转入后情况: 患者有发热, 呼吸困难, 活动后喘憋症状明显。查体: 面色暗, 嘴唇发绀明显, 双肺呼吸音粗糙, 可闻及散在湿啰音。

查CD4⁺T淋巴细胞为12个/μl, 氧分压为55 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 乳酸脱氢酶552 U/L。肺部CT回报两肺毛玻璃样变, 双肺感染。诊断考虑“艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎”。

病例2: 患者, 男性, 29岁, 有艾滋病病史4年, 出现发热、干咳、胸闷1个月, 于2013年11月5日入院, 入院查体: 面色暗, 嘴唇发绀明显, 咽部充血, 双肺底可闻及少量散在湿啰音, 查CD4⁺T淋巴细胞为3个/μl, 氧分压为48 mmHg。生化检查: ALT 22.8 U/L, AST 66 U/L, 乳酸脱氢酶 885 U/L; 肺部CT回报两肺多发磨玻璃影, 与典型肺炎表现不符, 患者为艾滋病感染者, 结合临床表现及各项检查结果, 高度怀疑“艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎”。

二、诊断标准

依据2011年《艾滋病诊疗指南》制定的艾滋病的诊断标准^[7], 关于艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎的诊断标准: CD4⁺T淋巴细胞计数< 200个/μl; 起病隐匿或亚急性, 干咳、气短和活动后加重, 可有发热、紫绀, 严重者发生呼吸窘迫; 肺部阳性体征少, 或可闻及少量散在干性湿啰音, 体征与疾病症状的严重往往不成正比; 胸部X线或CT检查可见双肺从肺门开始的网格状结节样浸润, 有时呈毛玻璃阴影; 血气分析示低氧血症, 严重病例动脉血氧分压明显降低, 常在60 mmHg以下; 乳酸脱氢酶常升高; 确诊依靠病原学检查如痰液或肺泡灌洗液等发现肺孢子的包囊或滋养

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2014.06.030

作者单位: 150088 哈尔滨市, 黑龙江省农垦总局总医院感染科(刘长民), 检验科(张雁)

通讯作者: 刘长民, Email: wschangmin@163.com