

自身免疫性胰腺炎的诊断与治疗知识

杨 舟

(渠县临巴镇中心卫生院 四川达州 635214)

自身免疫性胰腺炎 (AIP) 的概念最早出现于 1995 年, 此后便在全球范围内广泛报道。由于此疾病发病率相对较低, 且处于不同地区的流行病学特点又存在明显差异, 因此导致许多地方对于 AIP 的认知还存在不足甚至是误区。目前从临床工作经验总结可知, 关于 AIP 患者的临床诊治存在两个方面的问题。第一, 是诊断认识不够。由于胰腺癌和肿块型 AIP 存在相似处, 但两者预后情况也各不相同, 常有出现 AIP 被误诊的情况。第二点问题, 则是关于 AIP 患者存在被过度诊治的情况。由于对诊断工作存在不足, 因此也有许多医师会盲目地结合大量辅助检查工作来判断。鉴于此, 此次结合实际, 特从 AIP 诊断、治疗方面加以简述, 望能为临床工作提供有力参考。

一、自身免疫性胰腺炎诊断

(一) 病史及临床表现

由于 AIP 起病较隐蔽, 一般最初出现的症状是无痛性黄疸, 同时还可能伴有腹部 (上区域)、后背部疼痛等情况, 和临床上的胆管肿瘤、胰腺肿瘤等疾病较为相似, 加大了辨别难度。通常而言, 1 型患者常因合并 IgG4 相关性硬化性胆管炎就诊。而 2 型患者多因胰腺肿块或胰管道狭窄而就诊。据统计, 有 50.0% 的概率 1 型 AIP 患者会累及到胰腺外器官, 而 2 型 AIP 患者中则多出现溃疡性结肠炎, 上述情况, 都可作为一定的诊断提示, 利于医师做出判断。

(二) 实验室检查

IgG4 是 1 型 AIP 患者中的血清标志物, 可作为一项重要的依据来便于诊断。经临床实践可知, IgG4 在 AIP、胰腺癌、慢性胰腺炎三者中的鉴别中, 可发挥出较高特异度, 效果良好。但由于 IgG4 在诊断工作中的敏感度还略微不够, 因此常常在结合其他的血清标志物。有研究显示, AIP 患者中 IgG4 阳性率 86.0%, 属于典型判断标志; IgG、IgE 阳性率分别是 65.70%、43.40%, 因而也可起到辅助诊断作用。另外, 还有部分患者经血常规检查后发现嗜酸性粒细胞升高, 也在一定程度上提示可能存在胰腺癌的风险。

(三) 影像学检查

影像学检查是诊断的必要途径。AIP 患者经影像学 (CT 或 MRI) 检查, 其形态存在明显差异, 一般分为弥漫型、局限型 (含肿块型、节段型) 两种。一般 1 型 AIP 患者经影像学检查, 其形态多表现为弥漫型; 反之, 而 2 型患者中多见肿块型。另外, AIP 罕见胰周积液、假性囊肿, 同时, 因胰周脂肪纤维化, 会导致其病变处有低密度囊状边缘, 被临幊上称之为“晕环征” (或“假包膜征”), 一般有 50.0% 的患者会出现上述至少 1 项的影像学特征, 因此可作为诊断参考。此外, 3.0T MRI 可通过分析胰管的狭窄程度来对胰腺癌、AIP 的鉴别提供方向。

(四) 内镜检查

利用超声内镜 (EUS), 能够提升观察患者胰腺病灶的清晰准确率, 因而运用价值较高, 往往能够较于常规影像学检查法更早地发现

复发病灶。虽然 AIP 患者在超声诊断中表现并不会有明显的特殊性, 但若患者合并了 IgG4 相关的硬化性胆管炎后, 可能够发现诊断出的回声呈现出“高-低-高”的模式, 因此可成为一项有力诊断依据。另外, 有研究认为, 在 EUS 的引导作用下实现穿刺活检 (FNB 或 CNB)、细针抽吸 (FNA), 能够对 AIP 诊断提供有力支持。但需注意上述方法的诊断准确率, 常和操作人员的经验、技术、所用活检设备有所关联。

二、自身免疫性胰腺炎治疗

(一) 药物治疗

首先, 类固醇治疗。此药物已经被认为是治疗 AIP 患者的一大标准。一般认为若患者出现梗阻性黄疸、腹痛等症状, 此采取此方法治疗。在使用过程中要结合影像学结果和血清学改善情况, 合理调节剂量。有关调查指出, 类固醇治疗后疾病的复发率有显著下降。其次, 免疫调节剂治疗。为了缓解 AIP 患者病情发展, 可长期使用激素来达到效果, 而临幊上常见的 AZA、6-MP、MMF 等免疫调节剂便作为其替代方案。但由于 AIP 复发率相对较高, 因此替代治疗方案无法有效预防并发症, 而长时间的治疗也可能导致患者出现药物抵抗或是其他毒副作用。最后, 利妥昔单抗治疗。此药物能够起到有效缓解和抵抗效果, 尤其针对难治性 AIP 患者优势更明显。患者无法耐受免疫调节剂治疗时可选择此治疗措施。

(二) 内镜治疗

目前并未有大型规模下的实验研究证明 AIP 患者内镜治疗下的有效性。但临幊上认为, 针对出现严重性的黄疸患者, 可考虑经内镜逆行胰胆管造影术引流治疗; 而针对黄疸症状较轻的患者, 则可单纯采取糖皮质激素进行缓解治疗。另外有学者发现, 在出现梗阻性黄疸的 AIP 患者治疗中可采取内镜胆道支架置入术, 从而预防出现胆道感染等各种不良反应, 影响患者预后, 而当治疗 1 个月左右时间后可将支架安全取出即可。由于内镜治疗法操作相对药物治疗难度提升, 且加大了医疗成本和风险, 因此关于其运用还在不断完善中。

(三) 手术治疗

绝大部分情况下不需要运用此方法。但在部分患者中, 由于病灶周围纤维化严重、血液循环差, 都导致药效很难通过血液进入病灶中。另外, 还有患者经内科治疗后效果较差。针对上述情况, 临幊医师综合考虑后会采取手术治疗法。此外针对可能出现恶变可能的患者, 也有必要采取手术医治。

综上所述, 关于 AIP 的诊断方法包括内镜、影像学、临床症状分析等多种。同时其治疗方法又涵盖了药物、手术等。由于 AIP 发病率相对较低且流行病学特点差异多, 因此导致关于此认知还存在不足。由于此病症常涉及到诸如消化科、胰腺外科等多个科室, 因此需要临幊医师不断深入研究, 回顾性分析并总结经验, 进而针对患者实际病情状况制定更为适宜的诊治方案, 以提升治疗效果。