

文章编号:1005-6947(2004)01-0068-02

· 临床报道 ·

胰头十二指肠切除术后胰痿的预防

王文龙¹, 刘初平²

(1. 湖南省株洲四三〇医院 外科, 湖南 株洲 412003; 2. 湖南省人民医院 肝胆科, 湖南 长沙 410002)

摘要:分析近10年间施行胰头十二指肠切除术71例的临床资料,71例均无胰痿发生。手术均采用胰胃吻合,这是防止胰痿的有效措施。配合胰胆管内置管外引流、胃造瘘、术后应用生长抑素及全胃肠外营养等综合措施,也是取得良好效果的因素。

关键词:胰痿/预防和控制;胰头十二指肠切除术

中图分类号:R635; R657.5 **文献标识码:**B

胰头十二指肠切除术后胰痿的发生率国内报道为3.4%~18.6%,占全部并发症的40%~50%^[1]。它是导致胰十二指肠切除术死亡的主要并发症,其死亡率高达20%~40%。笔者对近10年间湖南省人民医院肝胆外科施行胰十二指肠术71例的临床资料进行分析,71例均无胰痿发生,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

湖南省人民医院近10年来收治胰头癌28例、十二指肠乳头癌41例、壶腹癌23例、胆总管下段癌20例,共112例。其中施行胰头十二指肠切除71例,男42例,女29例。平均手术年龄56.2(29~83)岁。平均手术时间6.7(5~11)h,平均手术失血量230(150~500)ml。总的手术切除率68.9%、十二乳头癌、壶腹癌和胆总管下段癌的切除率76.9%(60/78)、胰头癌切除率44.0%(11/25)。

1.2 手术方法

整块切除胰十二指肠(包括胆总管中下段、切除或保留胆囊、远端胃50%、十二指肠、胰头)后,消化道重建采用胰胃吻合^[2],胆管空肠吻合及胃空肠吻合。胰胃吻合时胃壁戳孔位置靠近胰残端,无张力,胃壁戳孔较胰残端小。胰残端游离1cm左右,便于插入胃腔内。胰胃吻合以4号丝线一层间断内翻缝合。在作后壁吻合时,勿损伤胰管,胰管支架管经胃前壁引出胃腔。然后置胃造瘘、胆管引流、胰管引流、右肝下间隙引流管后结束手术。

1.3 术后处理

术后禁食2周,应用生长抑素1周,全胃肠外营养2周。术后常规做腹腔液淀粉酶测定,以明确有无胰痿。腹腔引流术后7~10d拔除,2周拔除胃造瘘管,3周拔除胰管引流管,4周拔除T管。

2 结果

71例手术死亡1例,手术死亡率1.4%。死者为74岁的女性患者并发肺部二重感染,术后23d死于呼吸衰竭。术后无1例胰痿发生。

3 讨论

近年胰十二指肠术后胰痿的发生率明显下降。由于胰痿是胰十二指肠切除术后死亡的主要因素,因此手术死亡率也随之明显下降。

术后腹腔液引流部位或切口流出超过5d,引流液中淀粉酶和脂肪酶的浓度3倍于血清值,液体量大于10ml/24h,即可诊断为胰痿^[3]。

Fabre^[4]积其10年160例的手术经验主张行胰胃吻合以代替胰肠吻合,其结果显示这一改进可显著降低手术死亡率,胰痿发生率仅为2.5%。本组71例胰十二指肠切除术均采用胰胃吻合,术后无1例胰痿发生。将残胰与胃行嵌入式吻合,由于二者部位邻近、胃壁伸缩性大,易与胰残端拉拢、便于胰残端套入胃腔,吻合方便,无张力,胃壁厚、血供丰富,胃内无激活胰酶的物质,术后胃造瘘有效减压、胃内无胰胆肠液滞留和积聚,从而可有效预防胰痿的发生。

本组将胆管内置T管、胰管内置塑料管,分别将胆汁和胰液引流体外,大大减少胰消化酶被激活的可能性,从而将减少胰痿的发生^[5]。而短期内将胆汁和胰液引流体外。对患者的生理机能不会造成严重的损害。由于胰管插管拔出是在胆管T形管拔出之前进行,故拔除胰管插管后进入胃肠的胰液被胆汁激活的可能性亦减少。另外,胰管内插管对减少断端胰管的狭窄,有利于永久性向胃开放。胰管插管是在术后3周拔除,这时胰胃吻合周围已形成牢固的粘连包裹,胰液不会再进入腹腔。

此外通过抑制胰腺外分泌的方法,对预防胰外痿的发生,也会有所帮助。胃肠外静脉营养也有助于减少被手术

收稿日期:2002-08-02; 修订日期:2003-08-02。

作者简介:王文龙(1968-),男,湖南株洲人,湖南省株洲四三〇医院副主任医师,主要从事肝胆胰专科方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)01-0069-02

· 临床报道 ·

重度肝外伤 18 例手术治疗体会

雷树米, 李朝龙, 周杰, 阚和平

(第一军医大学南方医院 肝胆血管外科, 广东 广州 510515)

摘要:回顾性分析 18 例重度肝外伤手术治疗的临床资料。18 例重度肝外伤中, 7 例采用单纯肝缝合术, 6 例采用大网膜填塞缝合术, 全部治愈; 3 例采用清创性肝部分切除术, 2 例治愈, 1 例死亡; 2 例采用纱布填塞术, 1 例治愈, 1 例死亡。提示采用合理、适当的手术治疗方法, 可以提高重度肝外伤的救治成功率和减少术后并发症。

关键词:肝/损伤; 破裂; 创伤和损伤/外科学

中图分类号: R657.32

文献标识码: B

我院外科 1999 年 8 月 ~ 2002 年 8 月共收治重度肝外伤 18 例, 全部病例经手术治疗, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男 14 例, 女 4 例。年龄 9 ~ 62 (平均 36.5) 岁。从受伤至入院时间为 3 ~ 10h, 平均 5h。就诊时出现不同程度休克者 10 例, 其中 2 例血压测不到。损伤原因: 挤压伤 5 例, 坠跌伤 6 例, 利器伤 4 例, 砸击伤 3 例。损伤情况: 按 Moore 氏分度法^[1], 本组 III 度肝损伤 13 例, IV 度伤 3 例, V 度伤 2 例。其中右叶破裂 8 例, 左右叶破裂 6 例, 左叶破裂 4 例; 闭合性损伤 14 例, 开放性损伤 4 例。

1.2 合并伤

四肢骨折 4 例, 肋骨骨折 7 例, 脾破裂伤 2 例, 肾挫伤

1 例, 后腹膜血肿 2 例, 脑震荡 2 例, 骨盆闭合性骨折 1 例。

2 治疗方法及结果

13 例 III 度肝损伤中, 采用单纯肝缝合术 7 例, 肝创面清创加带蒂大网膜填塞缝合术 6 例, 全部治愈, 术后未发生腹腔感染、出血及胆漏等并发症。3 例 IV 度肝损伤均采用清创性肝切除术, 其中 2 例治愈; 1 例术后死于循环衰竭及肾衰竭。2 例 IV ~ V 度肝损伤, 均采用纱布填塞术, 其中 1 例术后第 6 天死于腹腔感染和肾衰竭, 另 1 例于术后 5d 内分 5 次拔出填塞纱布, 并经腹腔充分引流及术后抗炎等辅助治疗后痊愈。本组病例共治愈 16 例, 治愈率 88.8%; 死亡 2 例, 病死率为 11.1%。

3 讨论

严重肝外伤手术治疗的基本原则是快速止血, 彻底清创及充分引流^[2-3]。快速进入腹腔后采用 Pringle 法阻断第一肝门控制出血, 吸净积血后探查肝损伤情况以便决定手术方法。

收稿日期:2003-01-08; **修订日期:**2003-10-06。

作者简介:雷树米(1966-), 男, 江西波阳人, 第一军医大学南方医院(现在解放军第四二一医院)主治医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

所激活的胰酶对胰腺组织和吻合口的消化, 最终防止胰瘘发生^[6]。生长抑素及其类似物减少胰腺的外分泌量是毋庸置疑的, 其预防和治疗胰瘘的作用确实。

参考文献:

- [1] 严律南、姚榛祥. 现代普通外科手术学[M]. 北京:北京医科大学出版社, 1997. 334.
- [2] 吴金术. 临床胆石病学[M]. 长沙:湖南科技出版社, 1998. 434-543.
- [3] 任建安, 黎介寿. 胰瘘[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 11(11): 645

-651.

- [4] Fabre JM, Amaud JP, NaVarro F, *et al.* Results of pancreatogastrotomy after pancreatoduodenectomy in 160 consecutive patients[J]. Br J Surg, 1998, 85(6): 751-754.
- [5] Roder JD, Stein HJ, Bottcher KA, *et al.* Stented versus nonstented pancteaticojejunostomy after pancreatoduodenectomy, a prospective study [see Comments] [J]. Ann Surg, 1999, 229(1): 41-48.
- [6] Ohwada S, Ogawa T, Tanahashi Y, *et al.* Fibrin glue Sandwich prevent pancreatic fistula following distal pancreatectomy [J]. World J Surg, 1998, 22(5): 494-498.