

文章编号:1005-6947(2008)09-0935-02

· 临床报道 ·

空肠反转套入式缝合在胰空肠吻合术中的应用

孟凡亭

(山东医学高等专科学校 外科学教研室, 山东 临沂 276002)

摘要:目的 探讨空肠反转套入式缝合在胰十二指肠切除胰空肠吻合术中预防胰痿的应用价值。方法 对38例行胰十二指肠切除术的患者,在游离胰腺断端后,将空肠断端约3 cm的黏膜外翻并灭活,先将胰腺的切缘与外翻的空肠黏膜间断缝合(缝线不穿透空肠浆膜层),然后将外翻空肠复位,并将胰腺断端套入空肠腔内,再将空肠切缘与胰腺被膜间断缝合。结果 38例均获痊愈,无胰痿、腹腔脓肿及术后大出血等严重并发症发生。随访2个月至3年,无胰腺炎、吻合口溃疡,亦无脂肪泻等胰腺外分泌功能不足表现。结论 空肠反转套入式胰空肠吻合术可有效防止胰空肠吻合口痿。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(9): 935-936]

关键词: 胰十二指肠切除术; 胰肠吻合术; 套入式缝合; 胰痿

中图分类号: R 657.5

文献标识码: B

胰十二指肠切除术(pancreatoduodenectomy, PD)手术复杂,切除范围广,创伤性大,术后并发症较多,有些甚至是致命的,如胰痿、出血等。1994年12月—2007年10月间,我院对38例PD手术患者应用空肠反转套入式胰空肠吻合术,无胰空肠吻合口痿发生,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男25例,女13例;年龄34~76岁,中位年龄59.8岁。临床表现:腹痛19例,上腹闷胀不适30例,食欲减退、乏力23例,间歇发热5例,黄疸33例,伴有呕吐和腹泻各2例。38例均行经典式胰十二指肠切除。术后经病理组织学证实35例为恶性肿瘤,其中胰腺腺癌12例,胰腺黏液性囊腺癌9例,壶腹部癌14例(十二指肠乳头癌、胆总管下端腺癌各7例);3例为良性肿瘤,其中慢性胰腺炎2例,胰腺浆液性囊性瘤1例。

1.2 手术方法

按常规完成胰十二指肠切除,消化道重建顺序采用Child法。在距Treitz韧带10 cm左右处切

断空肠,于结肠后上提远端空肠行胰、空肠肠管反转套入式吻合;用2把Allis钳置入空肠腔内,夹住黏膜及黏膜下肌层组织,使空肠断端约3 cm的黏膜面翻转套入肠壁外,然后用2%碘酊和75%酒精交替涂擦外翻之黏膜,使之失去分泌功能。先将胰腺断端行“8”字缝合,再将胰腺后切缘与外翻的空肠黏膜、黏膜下层及肌层丝线间断缝合,取一段粗细合适、长约15~20 cm的硅胶管置入胰管内约4~5 cm,作为支撑吻合口及引流胰液之用,并利用胰肠吻合处的缝线将导管固定,另一端置于空肠腔内,使其远端超过胆肠吻合口约10.0 cm,然后再间断缝合胰腺前切缘,共6~8针,缝针不宜穿透浆膜层;然后将翻转空肠复位,并将胰腺断端套入空肠腔内,最后行空肠切缘与胰体被膜间断缝合,一般缝合4~6针。

2 结果

本组38例均获痊愈,无胰痿、腹腔感染及术后大出血等严重并发症发生。术后7~10 d B超检查均未发现胰腺残端周围积液。仅发生功能性胃排空障碍3例,切口感染2例,均经保守治疗治愈,无手术死亡病例。住院天数9~18 d,中位住院天数13 d。35例随访(随访率92.1%,35/38)2个月至3年,无死亡者,无胰腺炎、吻合口溃疡,亦无脂肪泻等胰腺外分泌功能不足表现。

收稿日期:2008-03-15; 修订日期:2008-08-21。

作者简介:孟凡亭,男,山东医学高等专科学校副教授,主要从事肝胆胰外科临床及教学方面的研究。

通讯作者:孟凡亭 E-mail:mft61@163.com

3 讨论

PD术后并发症和病死率仍较高^[1]。胰瘘是PD术后常见和最凶险的并发症之一。近年来随着手术经验的积累和技术的改进,手术后胰瘘的发生率已由52.8%降至13.5%,与胰瘘相关的术后病死率约为7.9%^[2]。胰瘘不仅明显延长患者术后恢复时间,而且还可引起腹腔脓肿、败血症、腹腔内大出血等一系列严重并发症^[3],是PD术后早期死亡的主要原因。PD术后胰瘘的发生除与术者的手术技巧及经验有关外,还与胰腺质地、胰肠吻合方式、引流是否通畅及局部感染有关^[4]。防止术后胰瘘最重要的是外科医师行该手术的经验及胰空肠吻合技术的娴熟、精细程度,手术经验愈丰富,胰瘘的发生率愈低。目前临床上处理胰腺残端常用方法有胰空肠端端套入式吻合、胰管空肠黏膜吻合、胰胃吻合、胰管结扎或栓塞等,但至今尚未就残腺处理的最佳方法达成一致意见^[5]。胰管-空肠黏膜端侧吻合,符合生理要求,但对胰管口径要求较高,在胰管无明显扩张者施行困难。胰胃吻合有其潜在的优点,且有报道认为可降低术后胰瘘率,但不符合生理,与胰肠吻合相比胰瘘发生率并无明显差异。胰管结扎或栓塞,完全牺牲了胰腺外分泌生理功能,部分患者术后可出现长期脂肪泻,生活质量降低,难为临床普遍接受。

为有效减少胰瘘的发生,笔者在施行PD时采用空肠反转套入式胰空肠吻合。为保证满意的断端套入吻合,获得较好的手术效果,术中应注意以下几点:胰腺断端一般需游离2~3cm;若胰腺断端过宽,可将其上下角均作楔形切除,以使横断的胰腺断端完全、可靠、无张力地套入空肠腔内。将外翻空肠黏膜用2%碘酊和75%酒精交替涂擦破坏,消除了吻合口空肠黏膜的分泌作用,并促进吻合口处粘连的形成,可阻止胰、肠液的回渗,有利于吻合口的愈合。胰管内放置硅胶管支撑引流,可防止胰管或吻合口狭窄^[6],并使胰液引流至远离胰肠吻合口处,可减轻胰酶对胰肠吻合口的消化作用,从而减少了胰瘘的发生^[7]。对胰管不

扩张的患者,术中也无须特意寻找胰管。该手术操作简单易行,由于肠黏膜松弛无张力,易与胰切缘拉拢缝合,粘贴可靠,可有效防止胰瘘的发生,是PD胰空肠吻合较理想的手术方式。本组共38例,术后均恢复顺利,无胰瘘及消化道出血等严重并发症发生。

再者,重视围手术期处理也是预防和减少胰瘘发生,降低手术病死率的重要环节。术前注意纠正水电解质及酸碱平衡紊乱,改善凝血功能及营养状况等,如对有黄疸、凝血酶原时间延长者,术前要补充维生素K₁;合并糖尿病者,血糖应控制在10mmol/L以下,以提高患者手术耐受性。术中严格规范操作,尽量避免胆汁、胃肠液外溢;手术结束前用温生理盐水彻底冲洗腹腔,并放置引流管行腹腔有效引流。术后应补充足够的液体及碱性药物,保证患者尿量维持在30~50mL/h以上。继续抗感染、营养支持及加强保肝治疗,并常规应用甲氧咪胍、善宁等,减少胰液分泌,抑制纤溶酶、胰蛋白酶等多种酶活性,以减少胰瘘的发生。

参考文献:

- [1] Cameron JL, Riall TS, Coleman J, *et al.* One thousand consecutive pancreaticoduodenectomies [J]. *Ann Surg*, 2006, 244 (1): 10-15.
- [2] Lin JW, Cameron JL, Yeo CJ, *et al.* Risk factors and outcomes in post-pancreaticoduodenectomy pancreaticocutaneous fistula [J]. *J Gastrointest Surg*, 2004, 8 (8): 951-959.
- [3] 孙蕾,朱化刚.胰十二指肠切除术后并发症的原因与防治[J].*胰腺病学*, 2007, 7(4): 263-265.
- [4] 倪泉兴.胰十二指肠切除手术并发症的预防[J].*肝胆胰外科杂志*, 2001, 13(2): 58-59.
- [5] 毛勤生,周新泽,咎志政,等.胰十二指肠切除术后胰瘘与胰肠吻合方法的关系[J].*河北医学*, 2002, 8(9): 797-799.
- [6] 郭吉田,吕忠船,马春丽,等.胰十二指肠切除术胰肠吻合术式的探讨[J].*中国普通外科杂志*, 2006, 15(6): 404-405.
- [7] 邵堂雷,杨卫平,彭承宏,等.139例胰十二指肠切除术后各种并发症的临床分析[J].*中国普通外科杂志*, 2005, 14(11): 770-772.