

文章编号:1005-6947(2006)11-0876-02

· 临床报道 ·

胆道外引流加胃造瘘术治疗不能切除的壶腹癌及壶腹周围癌

姚敦武¹, 杨海峰², 宁伟明²

(1. 湖南省怀化市第三人民医院暨怀化医专附属医院 普通外科, 湖南 怀化 418000; 2. 湖南省新晃县人民医院 普通外科, 湖南 怀化 419200)

摘要:对21例不能切除的壶腹癌及壶腹周围癌中的高龄、体弱、危重患者施行胆道外引流加胃造瘘术,术后将两管体外连接。全组无手术死亡病例。术后3~6d黄疸消退,胆管炎病情很快得以控制。随访16例,时间为4个月至24个月,最长存活2年。提示对不能切除的壶腹癌及壶腹周围癌中的危重患者采用胆道外引流加胃造瘘术对于缓解黄疸和胆管炎症状是有效的,同时避免了胆汁长期丢失的后患。

关键词:胰腺肿瘤/外科学;引流术

中图分类号:R735.9

文献标识码:B

临床上不能切除的壶腹癌及壶腹周围癌^[1]常伴有重度梗阻性黄疸,有时还可并发急性梗阻性化脓性胆管炎。笔者近5年来利用胆道外引流加胃造瘘,术后将两管体外连接的术式治疗21例不能切除的壶腹癌及壶腹周围癌中的高龄、体弱、危重患者,疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男13例,女8例;年龄65~80(平均71)岁。壶腹癌9例,壶腹周围癌12例。病程2~4个月。5例伴有肝转移;6例并发急性梗阻性化脓性胆管炎,其中4例发生于经皮肝穿刺胆管造影(PTC)检查之后。均有重度黄疸;术前胆红素362~627 $\mu\text{mol/L}$;平均432.5 $\mu\text{mol/L}$ 。术前行B超、CT检查显示肝内外胆管扩张伴胆囊肿大,胆总管直径2.0~3.8cm。9例行PTC检查,均支持上述结果。

1.2 手术方法

本组病例手术中均发现癌肿不能切除,5例有肝转移。全组均行扩张段胆管切开,T管引流术并用胃造瘘管(覃型管)行胃窦部造瘘术,覃型端插入十二指肠降部位置,术后胆道外引流管(T管)接无菌袋引流胆汁,覃型管接负压吸引行胃肠减压,待肠功能恢复后夹闭。2~3周后将胆道外引流管与胃造瘘管予以连通,使胆汁流回十二指肠内。

2 结果

本组无手术死亡病例。合并急性梗阻性化脓性胆管炎的6例病情很快得以控制。术后3~6d黄疸迅速消退,约2~3周恢复正常。全组无应激性溃疡、肝肾衰竭及急性呼吸窘迫综合征等严重并发症发生。16例随访4个月至24个月,壶腹癌中无肝、肺转移的患者生存6个月3例,9个月2例,1年8个月1例,迄2006年1月存活超过2年的1例;有肝转移的患者生存4个月1例;壶腹周围癌中无肝、肺转移的患者生存4个月3例,5个月1例;有肝转移的患者3例生存不足3个月,生存3个月的1例。全组均无胆汁反流性胃炎的表现。

3 讨论

对不能切除的壶腹癌及壶腹周围癌如仅行扩张段胆总管切开置T管外引流术,术后减黄效果虽满意,但经T管丢失大量胆汁,可造成患者严重的消化不良和水电解质失衡,逆行感染等并发症,对患者的精神亦是一种创伤,严重影响患者的生活质量及生存时间^[2]。黄志强认为长时间的胆管外引流可因胆汁大量丧失,影响患者食欲和体质的恢复,故有时需作一胃造瘘或空肠造瘘以使胆汁回输^[3],以预防胆汁长期大量丢失。为此,笔者对不能切除的壶腹癌及壶腹周围癌患者采用扩张段胆总管切开置T管引流加胃造瘘术,术后将两管体外连接。由于外引流可直接减压,引流胆汁,减黄效果满意,黄疸一般在术后3~6d即可明显减退,2~3周基本恢复。因解除了梗阻使胆管炎病情得以迅速控制。本组有1例患者1个月后黄疸才开始消退,是由于胆道梗阻时间较长,肝细胞功能受损严重所致。该术式操作在一个部

收稿日期:2006-06-20; 修订日期:2006-10-31。

作者简介:姚敦武,男,湖南新晃人,湖南省怀化市第三人民医院暨怀化医专附属医院副主任医师,主要从事普通外科方面的研究方面的研究。

通讯作者:姚敦武 E-mail:hyuodouwu@126.com。

文章编号:1005-6947(2006)11-0877-02

· 临床报道 ·

急性胰腺炎继发迟发性胰性脑病:附5例报告

韩玮, 陈启龙, 李俊, 王喜艳

(新疆医科大学第一附属医院 普通外科, 新疆 乌鲁木齐 830000)

摘要: 笔者对收治的5例急性胰腺炎迟发性胰性脑病(WE)的临床资料进行回顾性分析。5例均为急性胰腺炎的恢复期发病,均经注射维生素B1(VitB1)等非手术治疗治愈;1例遗有轻度抑郁。提示WE发生于急性胰腺炎的恢复期。目前考虑与禁食时间长、反复呕吐及全胃肠外营养中未补充VitB1造成VitB1缺乏有关。WE的治疗关键在于早期诊断和早期补充足量的VitB1。

关键词: 胰腺炎/并发症; 胰性脑病/病因学; 胰性脑病/治疗

中图分类号: R576; R743.2

文献标识码: B

急性胰腺炎(AP)系全身性疾病,可累及多个脏器。随着人们对AP的认识的逐步深入,中枢神经系统症状亦渐渐被重视。面对伴有中枢神经系统改变的胰腺炎患者,临床医师往往首先注意到的是在病程早期出现的胰性脑病(pancreatic encephalopathy, PE)。近年来越来越多的学者注意到在AP病程后期或恢复期亦可出现的脑病表现,且已证明其发生与长期禁食、缺乏维生素B1(VitB1)有直接的关系,称为迟发性胰性脑病或韦尼克脑病(Wernicke's encephalopathy, WE)^[1]。我科于2004年以来共收治5例,报告如下。

1 病例报告

病例1 男,39岁。因轻型急性胰腺炎(MAP)在外院

收稿日期:2006-03-30; 修订日期:2006-07-03。

作者简介:韩玮,男,江苏南京人,新疆医科大学第一附属医院主治医师 主要从事胰腺疾病方面的研究。

通讯作者:陈启龙 E-mail:chenqilong651003@sohu.com。

位,不会过多干扰腹腔,不需另作切口或延长切口,无吻合口等其他操作,未明显增加对患者的手术打击。术后2~3周将外引流管与胃造瘘管接通,便可使胆汁流回十二指肠,解决了胆汁长期大量丢失的问题。如行空肠造瘘,则需探查腹腔,寻找空肠起始端,相对而言,空肠造瘘加大了对腹腔的干扰,延长了手术时间,从而增加了对患者的手术打击。

如将胃造瘘管的蕈型端仅置入胃窦部,在上述两管连通后,胆汁流入胃窦部,这样可增加胆汁反流性胃炎的发生率。本术式将胃造瘘管蕈型端通过幽门置入十二指肠降部,胆汁回流时直接到达十二指肠,加上幽门的抗反流作用可降低此并发症的发生率。本组21例患者经上述方

行非手术治疗1个月后又出现幻视、行走困难,症状出现后1周转入我科。体检表情淡漠,双下肢肌力四级,不能独立行走;病理征未引出。患者自述视物不清,复视。中枢神经系统CT,磁共振显像(MRI)检查均无阳性发现。给予VitB1 50mg,肌内注射,2次/d。1周后症状明显缓解,巩固治疗1周后出院。

病例2 女,68岁。在我院诊断胆源性重症胰腺炎(SAP),行非手术治疗于住院后第84天出现视力、听力下降,性格改变,精神萎靡。体检双眼球内聚,下肢肌力减弱,双下肢凹陷性水肿。中枢神经系统CT, MRI均无阳性发现。给予VitB1 50mg,肌内注射,2次/d。1周后症状缓解出院。患者原性格开朗,但出院后表现轻度抑郁。

病例3 男,44岁。诊断重症胰腺炎行非手术治疗,27d后出现复视、眼球震颤和幻觉,行走时向一侧偏斜,双眼球内聚,双下肢凹陷性水肿。中枢神经系统MRI检查无阳性发现。给予VitB1 100mg,肌内注射,1次/d,并配合使用水溶性复合维生素(水乐维他 20mL/d),2周后症状缓解出院。

法处理后,分别生存4个月至2年,且随访资料证实无胆汁反流性胃炎病例存在,取得了较好的疗效。

参考文献:

- [1] 郑英键. 十二指肠壶腹部肿瘤早期诊断及术式选择的思考[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(5): 325-326.
- [2] 孙立巨, 张柏和, 张永杰, 等. 远端胆管癌手术方式的选择[J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25(2): 89-91.
- [3] 黄志强. 黄志强胆道外科手术学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1991. 114.