

胰十二指肠切除术 51 例报道

朱志斌 万进

(1 江西省瑞金市人民医院 瑞金 342500; 2 广东省人民医院 广州 510080)

关键词: 胰头瘤; 十二指肠癌; 手术疗法; 胰头切除术; 十二指肠切除术

中图分类号: R 735

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)01-0044-01

胰头十二指肠切除术主要应用于治疗包括来自胰头及其壶腹附近的肿瘤, 笔者自 1994~2004 年间连续施行了 51 例胰头十二指肠切除手术。现将临床治疗体会总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全组男 35 例, 女 16 例; 平均年龄 57 岁。均以进行性黄疸为主要临床表现, 全部病例均经病理组织学证实为恶性肿瘤; 其中胰头癌 15 例 (29.4%), 胆总管下段癌 18 例 (35.3%), 十二指肠癌 17 例 (33.3%), 十二指肠平滑肌肉瘤 1 例 (2%)。

1.2 手术方法 整个手术过程包括诊断、探查、切除、胃肠道重建四部分, 有些过程在技术上经过一些改进, 主要包括: (1) 胆总管空肠端侧吻合, 胆总管不放 T 形管引流, 将胃管通过胃肠吻合口引入空肠输入袢, 触摸管端到达胆肠与胰肠吻合口之间即可。常规冲洗腹腔并放置负压引流球, 术后胃管持续负压引流, 并加强胃管护理, 防止脱出, 保护引流通畅。(2) 不作传统的胰空肠套入式吻合, 而是采用彭淑牖等介绍的捆绑式胰肠吻合^[1], 首先离断胰腺, 需要使胰断面稍斜, 使胰腺后缘多留一些。游离残端线 3cm, 作套入及捆绑用, 然后准备空肠套, 靠近一根空肠终末动脉处离断空肠, 将空肠断端翻起 3cm, 使粘膜外露, 用电凝烧灼破坏粘膜组织。最后将胰断端与空肠粘膜先后唇再前唇作间断缝合, 将粘膜面已破坏的肠浆肌层翻回原状, 使其覆盖胰断端 3cm (注意胰管内应插入相应粗细的硅胶管作引流用), 将空肠浆膜与胰包膜间断缝合固定数针。在空肠断端系膜侧 2 根动脉之间用粗丝线环绕空肠壁缝扎, 使之与胰腺紧密相贴, 防止液体在两层间流动, 完成捆绑式手术。

1.3 结果 本组 51 例中, 术中门静脉损伤 4 例 (7.84%), 术后胰瘘 7 例 (13.73%), 胆瘘 1 例 (1.96%), 上消化道出血 4 例 (7.84%), 胆管炎 1 例 (1.96%), 肺部感染 2 例 (3.92%), 切口感染 2 例 (3.92%), 住院期间死亡 2 例 (3.92%)。观察病例中 1 例因肿瘤侵犯门静脉, 强行剥离致术中不可逆大出血死亡; 另外 1 例因术后 4 天并发胰瘘致上消化道出血抢救无效死亡。

特别指出的是术中门静脉损伤均发生在前 30 例病人中, 系手术经验欠佳, 本组有 3 例门静脉撕裂, 均在术中采用手捏缝合法止血。后期无门静脉损伤病例。7 例胰瘘亦发生在早期病例, 后 11 例采用捆绑式胰肠吻合, 经过良好, 无 1 例并发胰瘘, 亦无手术死亡。平均住院时间 21d。

2 讨论

胰头十二指肠癌的外科治疗以胰十二指肠切除效果最好, 但由于该手术方式为公认的腹部高难度手术, 要切除胰

头、十二指肠、胆囊、胃远端二分之一和切断胆总管, 重建胰肠、胆肠、胃肠, 胰、胆管造瘘引流, 手术操作复杂, 创伤大, 时间长, 对病人打击大, 且胰瘘等并发症多, 从而导致手术死亡率高, 我们通过学习文献, 借鉴前人的经验和教训, 后期并发症降低, 无手术死亡。现谈谈体会:

2.1 重视手术前准备 这类病人大多数有食欲不振, 体重减轻, 不同程度的梗阻性黄疸, 全身生理功能都会受到影响。因此, 在这种大手术前必须对病人作充分的评估和准备。(1) 给以高蛋白、高碳水化合物的饮料, 补充足量的维生素、钙剂、口服胆盐及胰酶制剂。有的手术前需要多次输新鲜血液, 以补充血容量, 提高血浆蛋白水平, 改善凝血机能及纠正贫血。(2) 作详细的术前检查, 如肝肾功能、血电解质、心电图等, 特别注意有无低钾血症。(3) 合并感染者, 术前抗生素的应用。(4) 术前减黄问题: 一般病人经过充分的手术前准备, 多能胜任一期胰头十二指肠切除, 个别体质差, 黄疸深的病员, 可考虑术前减黄。

2.2 术中门静脉周围组织的处理 由于胰头部特殊的临床解剖特点, 手术时极易损伤门静脉及其分支, 本组前期门静脉损伤 4 例有教训。处理门静脉周围组织, 恰当与否是直接影响手术效果的关键环节。我们的经验是: 对于肿瘤与门静脉无明显粘连或者侵犯的病例, 可先横断胆总管, 提吊其远端, 分离胆总管与门静脉间隙, 一般均能顺利通过, 如对于那些肿瘤已侵犯门静脉的病例 (胰头癌侵及门、肠系膜上静脉的比例很高, 达 40% 左右), 若强行切除, 极易损伤门静脉或者遗留肿瘤组织在血管壁上, 达不到根治的目的。本组死亡 1 例就是强行剥离致不可逆大出血, 教训深刻。这时可试行联合门静脉在内的扩大根治手术。肿瘤局部侵犯静脉壁或者一段门静脉, 可采用血管右侧壁局部切除, 只要血管直径缩小不超过二分之一不会造成影响, 如果需切除一段血管, 作对端吻合也是较符合生理的, 但切除长度不要大于 3cm, 否则往往对合困难。国内骆明德 PV/smw 受侵范围 $\leq 1.5\text{cm}$ 者采用局部切除, 对拢缝合即可其方法简单, 对门静脉系统血液动力学影响较小, 对 PV/smw 受侵范围 $>1.5\text{cm}$ 者应采用节段切除, 对端缝合^[2]。这样, 可使原为姑息性手术治疗的病人得到根治性切除, 而且可以减少术中出血, 使手术过程和术后恢复较为顺利。对于术中门静脉及其分支一旦损伤的处理, 切忌盲目钳夹, 可暂时用纱布条填塞, 用手压迫片刻, 然后观察出血部位及血管损伤情况, 若是静脉分支断裂出血, 可仔细结扎, 若系大静脉裂伤, 则视裂口大小, 选择不同处理方法。本组静脉裂口小于 0.5cm, 采用手捏缝合法, 修复成功。若大于 0.5cm, 有介绍可采用组织钳夹法, (下转第 66 页)

脐尿管囊肿的超声诊断(附 17 例分析)

汪丽和¹ 朱雪莲²

(1 浙江省永嘉县人民医院 永嘉 325100;2 温州医学院附属一院 浙江温州 325000)

关键词:脐尿管囊肿;超声诊断;临床分析

中图分类号:R 445.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)01- 0066-01

脐尿管囊肿在临床上较为罕见,多见于男性。现回顾性总结我院自 2001 年 10 月以来 17 例脐尿管囊肿病变的临床及超声表现,以期提高对本病的认识,并以探讨对其超声显像的特点及诊断价值。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 17 例自 2001 年 10 月~2004 年 9 月均经手术病理证实,均为我院住院患者。年龄 16~65 岁,17 例中只有 1 例为女性。临床表现为下腹疼痛,有些患者伴有尿频、尿痛,个别患者伴脐部流黄白色脓液及发热(一般为低热),脐下方可触及包块或局部肿胀,排尿后包块的大小无改变。病理分类包括单纯性囊肿 9 例,伴感染 7 例,癌变 1 例。

1.2 方法 使用 ATL 超 9 型超声诊断仪,探头为 3.5~7.0MHz 变频探头。平卧,膀胱充盈适度,于耻骨联合上方至脐部行横切口和纵切,着重扫查包块的部位、大小、形态、内部回声及其与膀胱壁的关系,腹式深呼吸观察包块与呼吸的关系。检查发现者记录进行 CDFI 检查鉴别,同时追踪及手术病理检查结果。

2 超声图特征

17 例脐尿管囊肿患者术前 B 超检查发现囊肿最大者 36mm×68mm×23mm,最小者 13mm×16mm×10mm;9 例呈椭圆形,4 例呈囊袋状,3 例呈梭形,1 例呈哑铃状,均表现为下腹自脐部至膀胱中线部位可探及囊性包块,位于腹壁内。9 例囊壁簿,囊腔内无回声,透声性良好,囊肿清晰、整齐、壁光滑整,排尿时囊肿大小无改变,不随体位变化,位于表浅与腹壁关系密切;7 例合并感染,囊肿声像图表现有囊壁增厚 2~4mm,而且粗糙,囊腔内无回声染透声差,其中 3 例囊内出现散在细小回声,4 例出现絮状低回声,另加多普勒血流影像显示包块周围及内部无明显血流信号。本组 17 例术后病理证实。17 例脐尿管囊肿中伴感染 7 例,腺癌 1 例。

3 讨论

脐尿管属于腹膜外结构,是连结脐和膀胱之间的管道,位于腹横筋膜和腹膜之间的 Retzius 间隙。本病之病理学及

于胚胎期限 10~24 周(一般为 5 周),膀胱尚未扩大至脐部,其后膀胱则沿前腹壁下降,在下降过程中一细管与尿囊相通。此管道逐渐变细、闭塞期间疏松结缔组织内形成一纤维条数,自脐部连于膀胱前壁。如两端闭塞,中间部分未全闭锁则有形成囊肿之可能。因脐尿管有分泌功能,都是引起感染出血,如长期慢性感染刺激,本病也可癌变。脐尿管腺癌是本组中的 1 例,男性,48 岁,无痛性尿尿非全程性,无尿痛、尿急,无腰背疼痛等症状。超声声像图表现:膀胱前壁近尖部见一大小约 22mm×24mm×21mm 低回声团,块边界欠清;内部回声不均匀,其内可探及血流信号。肿块压破膀胱壁,膀胱壁黏膜尚完整。提示为脐尿管肿瘤。CT 表现膀胱前壁肿瘤。术中发现脐尿管末端膀胱前壁肿块 30mm×20mm,质硬呈哑铃状,病理检查报告脐尿管腺癌。

对于典型的脐尿管囊肿诊断不十分困难,但必须与下列病变相鉴别:(1)腹壁疝图象。与以上相同,但可以还纳入腹腔,而脐尿管囊肿则不能。(2)肠系膜囊肿或卵巢囊肿。两者都在腹腔内,呼吸时与腹壁有相对运动多数活动度好。而脐尿管囊肿则位于腹横筋膜与腹膜之间(RETZIUS 间隙)的疏松结缔组织内,不随体为变动。(3)结合性腹膜炎。多数腹腔内有囊液或积液有结核症状。(4)皮脂腺囊肿。不与脐相通。但脐尿管囊肿与脐相通。因此必须利用超声提示出的解剖结构物理信息,早期诊断脐尿管囊肿及病变以减少误诊,为临床提供确切诊断依据。因此超声诊断检查不失为一种简便、有效、廉价、安全、无创伤,无痛苦的方法,是诊断脐尿管囊肿的主要手段,具有较好的临床意义。

参考文献

[1]李正,王慧贞,吉士俊.实用小儿科学[M].北京:人民卫生出版社,2001,9
[2]Kamel R,Ounaies A,Saadani H,eta.,Urachal cyst,Report of 3 cases [J] Prog Urol,2001,11(2):314~318
[3]张岐山,廖应禄.泌尿系超声诊断治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2001.233~234

(收稿日期: 2004 -10-28)

(上接第 44 页)直接对端吻合、静脉补片等。

2.3 胰瘘的预防 胰十二指肠切除后主要致命并发症是胰瘘。因此,为预防术后胰瘘的发生,已有种类繁多的胰肠吻合方法应用于临床,而胰空肠吻合一直被大多数外科医师施行,我们前期亦采用胰肠套入法,结果有 7 例发生胰瘘(13.7%),后期 11 例更新了技术,采用彭淑牖教授介绍的捆绑式吻合法,结果无 1 例发生胰瘘。笔者认为该法可行,传统的胰肠套入式吻合法无法消除吻合过程中两针之间留有的空隙,这应该是发生胰瘘的“突破口”。而捆绑式吻合由于胰残端用肠粘膜缝合时,不穿过浆膜层,浆膜面无针眼,而不易

发生胰瘘。此外,够长的空肠浆膜肌鞘与胰腺紧贴,再加上粗丝线绕空肠结扎,彻底消除了二者之间的空隙,肠内积液几乎没有可能从这里渗出,此吻合式操作简单,我们认为在预防胰瘘发生上有确切的临床推广应用价值。

参考文献

[1]彭淑牖,刘颖斌,牟一平,等.捆绑式胰肠吻合术—150 例的临床应用[J].中华医学杂志,2002,82(6):368
[2]骆明德,张一楚.胰腺癌的扩大切除术[J].中国实用外科杂志,2001,21(1):54

(收稿日期: 2004 -11-02)