

20 例胰腺损伤的诊治体会

周育宏 周东 王学闽
(武警江西总队医院 南昌 330030)

摘要:目的:探讨胰腺损伤的诊断与治疗,以指导今后对胰腺外伤的处理。方法:回顾性分析近 4 年来收治的 20 例胰腺外伤病人的临床资料,对胰腺外伤的诊断、术式及术后治疗进行分析。结果:术前确诊 14 例,术中探查到胰腺损伤 6 例。清创缝合修补加外引流 13 例,胰体尾切除 4 例,胰腺挫裂近端缝合、远端与空肠 Roux-Y 吻合 2 例,十二指肠憩室化手术 1 例。术后发生并发症有:腹腔感染 2 例,消化道大出血 1 例,胰瘘 4 例,假性胰腺囊肿 1 例,切口感染 2 例。治愈 19 例,死亡 1 例,死亡原因为术后腹腔感染,最终出现 MODS。结论:胰腺外伤的诊治,应对临床各相关指标作仔细的综合分析,尽早作出诊断,术中根据胰腺损伤的部位、程度及主胰管是否受损、是否伴有重要器官组织损伤以及当时病人的具体情况等采取相应的术式。

关键词:胰腺损伤;诊断;手术治疗

中图分类号:R 657.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.055

胰腺损伤在腹部外伤中的发病率较低,以前报道仅占 2%~4%;近年来随着交通伤的增多,胰腺损伤有逐渐增多的趋势。由于胰腺位置深而隐蔽,加之腹膜屏蔽作用,症状出现延缓而模糊,且常合并有其他部位的损伤,诊治较困难,并发症多。笔者总结我院 2005~2009 年间收治的 20 例胰腺损伤的诊治情况,旨在提高对胰腺损伤的认识与诊疗水平。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者男 15 例,女 5 例;年龄 18~52 岁,平均 27.5 岁。致伤原因:交通伤 15 例,坠落伤 2 例,挤压伤 2 例,爆震伤 1 例。20 例均合并一个或多个腹内其他脏器的损伤,其中合并肝破裂 5 例,脾破裂 6 例,小肠破裂 6 例,膈肌破裂 1 例,十二指肠破裂 1 例,肠系膜血管破裂 3 例,后腹膜或肠系膜血肿 6 例,胃破裂 1 例,肾挫伤 3 例。还有 2 例合并肋骨骨折、血气胸,2 例合并颅脑外伤,4 例合并骨盆、脊柱和四肢骨折。本组患者伤后入院时间 3 h~1 d,入院后经血清及尿淀粉酶检测、B 超、腹部 X 线平片检查,对病情稳定的患者行 CT 及磁共振度及血小板黏附性,扩张血管,有利于胰腺微循环的改善,也减少了对心、脑、肺、肾等脏器的损害。清胰汤既清热利胆,又通里攻下,同时可杀灭肠道细菌,有效保护胃肠道的黏膜屏障,减少肠道内细菌移位至胰腺坏死组织引起感染的机会,减轻全身炎症反应。清胰汤中大黄有抑制胰腺消化酶作用,具有较强的利胆、促进肠蠕动、减轻毛细血管的渗出作用;芒硝具有泻下利尿消肿抗炎等功效;黄芩、胡黄连清热利湿,抑制内毒素生成,加快毒素排泄;柴胡疏肝解郁;木香、延胡索行气止痛,减轻腹痛与腹胀^[3]。生脉和丹参均具有抑制血小板聚结和黏附作用,可降低血液黏稠度,从而改善胰腺血流灌注,降低缺血对胰腺的损害。

西医治疗胰腺炎基本出发点是抑制胰腺的分

振胰胆管造影 MRCP 检查。术前明确诊断 14 例,其余为其他脏器损伤手术探查时发现。

1.2 胰腺损伤情况 分级标准参照 1990 年美国创伤协会(AAST)分级标准(Moore 分级)^[1]: I 级:胰腺轻微挫伤或表浅撕裂伤 7 例; II 级:胰腺有明显的挫伤或撕裂伤 6 例; III 级:主胰管损伤并伤及肠系膜上静脉左侧的远端胰腺 4 例; IV 级:主胰管损伤并伤及肠系膜上静脉右侧的胰腺 2 例; V 级:胰头遭到广泛性撕裂性破坏,常合并十二指肠损伤 1 例。

1.3 手术方式 在处理合并伤同时,对 7 例 I 级损伤和 6 例 II 级损伤,行胰腺清创术并严密止血;4 例 III 级损伤,其中 2 例行胰体尾部加脾切除术,2 例行保留脾脏的胰体尾切除术;2 例 IV 级损伤,近端胰腺缝闭,胰体尾断端行空肠 Roux-Y 吻合术;1 例 V 级损伤,行十二指肠憩室化手术。

2 结果

10 例手术后出现并发症,包括腹腔感染 2 例,消化道大出血 1 例,胰瘘 4 例,假性胰腺囊肿 1 例,切口感染 2 例。上述手术后并发症,均出现于腹腔泌功能以使胰腺得到充分休息。中医则认为本病起因于诸多病邪,包括热、湿、水、气、瘀等壅阻于胰、肝、胆、胃、肠、脾等脏腑,诸邪互结、壅滞失通,引发腹痛、呕、胀、闭、发热等症,治疗上则以通导为大法。六腑以通为用,通则不痛。本组观察发现:排便越早、排便次数越多、病程越短则并发症发生率越低。中西医结合治疗急性胰腺炎,可缩短疗程,减少费用,提高疗效,值得临床应用。

参考文献

[1]中华医学会外科学会胰腺组.急性胰腺炎的诊断与分级标准[J].中华外科杂志,1997,35(12):773
[2]雍铁山,罗满生.中西医结合治疗急性胰腺炎 60 例[J].实用医学杂志,2010,26(1):45
[3]揭志刚,李涛.清胰汤合并善得定治疗急性重症胰腺炎[J].江西中医药,2000,31(6):16

(收稿日期: 2011-02-12)

污染明显、胰腺损伤严重或多器官组织损伤以及受伤后未能及时采取手术治疗者,其中胰瘘 1 例再次开腹手术引流,1 例假性胰腺囊肿则数月后行空肠 Roux-Y 吻合内引流术。20 例患者中,治愈 19 例,死亡 1 例。死亡者胰腺损伤为 III 级,死亡原因为术后腹腔感染,最终出现 MODS 而死亡。其余手术后并发症患者均行持续引流、加强抗感染、支持治疗、对症处理等措施后痊愈。

3 讨论

3.1 胰腺损伤的诊断

3.1.1 胰腺创伤的特点 胰腺位于腹膜后,解剖位置深而隐蔽,单纯性胰腺损伤时的少量出血和胰瘘仅局限于腹膜后间隙,无明显的腹腔内出血和腹膜刺激征,若合并其它脏器损伤,常被其它脏器的症状和体征所掩盖,导致术前诊断率低。故应仔细询问病人受伤史,如有上腹部锐器伤、挤压伤、钝性伤,伴上腹部剧烈痛、恶心呕吐,应考虑胰腺损伤的可能。随着病程的进展,胰酶激活刺激腹膜使大量的血浆渗入腹腔,致使腹膜刺激征和腹胀进行性加重。进行性腹胀和腰背部疼痛是胰腺损伤较有意义的症状,应予以足够重视。

3.1.2 胰淀粉酶测定 胰腺创伤后,血清及尿淀粉酶大都升高,约占 90%,具有诊断意义,但升高与损伤时间成正比。受伤早期血清淀粉酶及尿淀粉酶可不升高,明显升高多在伤后 12~48 h。因此,在连续测定淀粉酶的过程中,虽然开始是正常的,如果以后表现有上升趋势者,也有助于胰腺创伤的诊断。现在,淀粉酶测定主要用于:上腹部创伤疑胰腺损伤尚未确诊的观察治疗病例;胰腺创伤合并创伤性胰腺炎的病例,了解病情发展。

3.1.3 超声检查 超声检查简单易行,并可反复进行,胰腺损伤时 B 超可发现损伤胰腺回声不均和胰腺周围积血或积液,但易受胃肠内气体的干扰而影响诊断。由于内镜超声不受胃肠内气体的干扰,对胰腺损伤的诊断有较大价值。术中超声的应用对判定主胰管及周围血管的损伤有一定的诊断价值。

3.1.4 CT 及 MRCP 检查 CT 是显示腹膜后器官的最佳方法,不仅能发现损伤胰腺实质水肿、出血、密度不均及胰周积液等改变,而且可见到胰腺断裂实质内边界清晰低密度线状裂伤或 V 形裂口,是诊断胰腺损伤最可靠的直接依据,是判断胰腺损伤最有价值的检查方法,不受肠道气体干扰,明显优于 B 型超声。但 CT 在判断主胰管损伤方面诊断价值不大,不能用于指导治疗方案。磁共振胰胆管造影(MRCP)在诊断胰腺损伤方面与 CT 相同,在检测

主胰管损伤方面是一种无创、敏感、特异性较好的方法,能清晰显示主胰管,对判定主胰管损伤及损伤的程度有较大的帮助。MRCP 检查时间长,适合生命体征稳定的病人。

3.1.5 剖腹探查 胰腺创伤多经手术探查方能明确诊断。在探查时,如发现胰腺邻近器官损伤,不要因此而忽略了胰腺损伤的可能性。尤其是术中发现以下情况应切开胃结肠韧带进入小网膜囊,全面仔细探查整个胰腺,注意胰腺包膜有无裂伤、出血、血肿。(1)大网膜有皂化斑;(2)十二指肠、小网膜、肠系膜根部、胰周、腹膜后积气、积液、血肿;(3)横结肠或结肠系膜血肿;(4)腹腔内有血性液或棕色液体而未发现出血来源者。必要时打开十二指肠侧腹膜,探查胰头。主胰管损伤术前确诊较困难,术中探查如发现下列情况可认为有主胰管损伤^[2]:(1)胰腺完全横断;(2)在胰腺断裂面上可清楚看到大胰管裂伤或断裂;(3)胰腺断裂、撕裂大于胰腺直径的 1/2,特别是胰颈、胰体中上部断裂;(4)胰腺中心较大穿透伤;(5)胰腺组织严重挫伤接近碎裂。对怀疑有主胰管损伤者可行胰管造影或亚甲兰注射法进一步确诊。

3.2 胰腺损伤的手术治疗 Jurkovich 等^[3]于 1990 年提出胰腺损伤的治疗原则:(1)控制出血和细菌感染;(2)清除失去生机的胰腺组织;(3)尽可能保留 20%~50%的正常胰腺组织;(4)充分的内或外引流损伤的胰腺组织或将其切除。目前该治疗原则仍具有重要的指导意义。我们的体会是:(1)I 级和 II 级损伤多见,本组占 65%。只需清除坏死胰腺组织并严密止血,对于深度裂伤,创面处喷涂生物蛋白胶即可,不必缝合,因为胰瘘有自限性,引流通畅可自行愈合,缝合反而可能导致术后并发胰腺假性囊肿。(2)III 级损伤,行包括损伤部位在内的胰体尾部切除术,但至少保留 20% 胰腺组织以维持正常的内外分泌功能。近年保留脾脏的胰体尾部切除术越来越多被采用,本组有 2 例行该术式。此术式虽然相对延长手术时间,但保留了脾脏,有利于减少术后 SIRS 的发生率。因此,只要患者全身情况允许,应尽可能保留脾脏。(3)IV 级损伤,若切除过多的胰腺组织,势必会引起胰腺内外分泌功能不足。因此,应尽量多地保留胰腺组织。常用的手术方法是:缝合近端胰腺创面,远端与空肠行 Roux-Y 式吻合,以利于保留胰腺功能,必要时可加作 oddi 括约肌切开术,加强胰液引流。如怀疑近端胰管有回流障碍,远近端可分别与空肠吻合,从而防止发生胰瘘。(4)V 级损伤,原则上应施行胰十二指肠切除术,但在急性

期施行此种手术患者难以耐受,勉强手术常有较高的死亡率(30%~40%)^[4]。目前常行十二指肠憩室化手术。此术式被广泛地应用于严重的胰头十二指肠损伤,获得满意的效果,目前已成为治疗严重胰头十二指肠合并伤的一种标准术式。十二指肠憩室化手术包括几个基本部分,即胃窦部切除、迷走神经切断、胃空肠端侧吻合、十二指肠断端缝合闭锁加置管造瘘、十二指肠破裂修补缝合、胰头损伤局部清创及缝合修补、胆总管 T 管引流、腹腔内置多根引流管等。当严重的胰头与十二指肠损伤累及范围非常广泛,伴有明显的血运障碍或坏死时,或无法控制的胰头出血,可考虑行胰十二指肠切除术。根据损伤控制性原则^[5],行胰十二指肠切除术,但不重建消化道(胰颈横断并褥式缝合,幽门、近端空肠横断并缝闭,迅速切除胰头、十二指肠,胆总管、胰管置管引流胆汁、胰液,放置三腔三套引流管),病情稳定后,争取在 72 h 内行确定性手术,重建消化道。

3.3 术后并发症及处理 胰腺损伤术后并发症发生率较高,约 1/3 患者发生严重的术后并发症,如导致胰瘘、胰腺假性囊肿、腹周脓肿形成及术后出血,其中最常见的为胰瘘及胰腺假性囊肿。一旦发生胰瘘,治疗包括:(1)高效引流:引流可减少外溢胰液在胰周的积聚,减轻胰液对自身组织的消化腐蚀,可预防腹腔内的严重感染及胰周脓肿、胰腺囊肿的发生,有利于胰瘘的早期闭合,减少再次手术。引流管放置应做到低位、多处、多孔,确保创面得到有效引流。(2)营养支持:可通过空肠造瘘,早期进行胃肠内营养,不但有利于改善全身营养状况,而且能

(上接第 70 页)占 18.03%;复发 2 例,占 3.28%。

1.4 典型病例 刘某,男性,53 岁,于 2005 年 9 月 27 日就诊。肛周奇痒反复发作 25 年,复发加剧 1 个月,在外院诊为慢性肛周湿疹,曾多次口服扑尔敏、大剂量维生素 C,静注葡萄糖酸钙,局部注射奴伏卡因加强的松龙,外用醋酸去炎松尿素软膏及肤氢松软膏治疗,效果不佳。查体:距肛缘 5 cm 内一周皮肤呈暗红色,呈片状浸润肥厚、干燥、散在覆以痂壳及少许鳞屑,并有散在的皲裂及抓痕,其皮损边缘较清楚,双侧对称,未见痔核及肛裂,直肠指诊(一)。诊为肛周顽固性慢性湿疹,给予中药 10 剂(以湿疹汤加党参、黄芪、当归)口服,同时肛周病灶局部封闭治疗 1 个疗程,并配合湿疹散外敷,中药坐浴 1 个月而痊愈,随访 5 年未复发。

2 讨论

(1)肛周湿疹病因尚不十分明确,但属于过敏性疾病范畴,故过敏原和刺激物是诱发本病的重要

促进胃肠道蠕动,防止肠道菌群异位及腹腔感染的发生。此外,胰腺损伤术后胃肠外营养支持有利于促进创伤愈合,减少并发症的发生^[6]。“三升袋”的支持治疗,可以提供机体的正常消耗、纠正负氮平衡、修复损伤胰腺,因此及时、合理、充分地营养支持是救治的重要环节。(3)抑制胰液分泌:术后应用 H₂ 受体拮抗药,抑制胰腺的分泌,如善得定及水解酶抑制剂等。胰瘘经保守治疗,一般可在 3~6 个月内愈合。长期不愈者应行手术治疗,术前常规经腹腔引流管行碘油造影并行胰腺 CT 扫描,掌握瘘管的具体位置及走向,可对术中解剖起到重要的引导作用。手术方法是尽量解剖胰腺瘘道,再将胰瘘管与空肠做 Roux-Y 型吻合,完成后的吻合口直径大约在 1.2 cm 以上。假性胰腺囊肿形成后,一般需行内引流治疗。内引流术需在胰腺外伤术后 6~8 周(囊壁形成后)进行,常用的内引流方法是囊肿与胃吻合或与空肠 Roux-Y 式吻合。

参考文献

- [1]Moore EE,Cogbill TH,Malangoni MA,et al.Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum,smallbowel,colon,andrectum [J].Trauma, 1990,30(11):1 427-1 429
- [2]皮执民.消化外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.1 001
- [3]Jurkovich GJ,Carrico CJ.Pancreatic trauma [J].Surg Clin North Am, 1990,70(3):575-593
- [4]Wgnn M,Hill DM,Miller DR,et al.Management of pancreatic and duodenal trauma[J].Am J Surg,1985,150: 327-332
- [5]Knudson K,Raeburn CD,McIntyre RC,et al.Management of duodenal and pancreaticobiliary perforations associated with perampullary endoscopic procedures[J].Am J Surg,2008,196(6):975-981
- [6]王良坤,谢建明,赖佳明,等.胰腺损伤术后早期胃肠外营养支持治疗的体会[J].腹部外科,2004,17(4):220-221

(收稿日期: 2011-02-02)

因素。(2)治疗本病的同时应积极寻找过敏原并予以去除,注意少吃或不吃刺激性食物,忌用肥皂及热水烫洗,避免搔抓等激惹因素。(3)局封用利多卡因可使肛周神经感觉降低或消失,从而避免搔抓;亚甲蓝破坏表浅末梢神经,配合肾上腺素协同利多卡因而延长麻醉时间;地塞米松可抗炎抗过敏;中药坐浴及湿疹散外敷能祛湿止痒。(4)慢性肛周湿疹者,久病致血虚不能濡养肌肤,口服湿疹汤有清热燥湿之功,辅以党参、黄芪、当归补血补气而使诸证消失,乃致痊愈。(5)局封应在皮下均匀注射,切勿过深。封闭术后 4~6 h 肛门有不同程度的烧灼不适感,且小便呈蓝色,以后则有不同程度的表皮脱落,应先告之患者,以利配合治疗。(6)局部皮肤并发感染者应先控制炎症后才可行封闭注射治疗。(7)本组 2 例复发者均系慢性肛周湿疹,且由于怕疼痛,局部封闭未足 1 个疗程(两患者局封分别为 1 次、2 次)。

(收稿日期: 2011-02-12)