

改良保留十二指肠胰头切除术治疗慢性胰腺炎观察

王洁

(河南科技大学第一附属医院 洛阳 471003)

摘要:目的:分析改良保留十二指肠胰头切除术对慢性胰腺炎患者内分泌功能及并发症的影响。方法:前瞻性选取 2017 年 8 月~2018 年 7 月治疗的 60 例慢性胰腺炎患者,根据随机数字表法分为对照组和观察组,各 30 例。对照组采用胰十二指肠切除术,观察组采用改良保留十二指肠胰头切除术。比较两组手术相关指标及内分泌功能、并发症发生情况。结果:与对照组相比,观察组手术时间及住院时间较短,术中出血量较少($P<0.05$);与术前相比,两组术后 3 个月、6 个月餐后 2 h 血糖均较低,且观察组术后 6 个月餐后 2 h 血糖水平较对照组低($P<0.05$);住院期间,观察组术后并发症发生率较对照组低($P<0.05$)。结论:采用改良保留十二指肠胰头切除术治疗慢性胰腺炎患者可获得显著疗效,并发症发生率较低,且安全性较高,是一种较为理想的手术方法。

关键词:慢性胰腺炎;改良保留十二指肠胰头切除术;内分泌功能;并发症

中图分类号:R657.51

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.14.037

胰腺炎是临床常见的急腹症,其发病原因与胆道系统疾病及胰腺感染有关,一旦发作,病情发展变化迅速,且多伴有严重并发症,对患者生命安全具有较大威胁^[1-2]。急性胰腺炎治疗过程中,对胆道系统梗阻尽早解除是治疗关键,缓解胆道系统的梗阻和压力,以便将胰液和胆汁分别引流出体外,达到治疗效果,减轻患者痛苦^[3]。而慢性胰腺炎(Chronic Pancreatitis, CP)治疗方法则是将胰腺感染部位及水肿部位进行有效切除,以达到治疗目的。临床实践表明,切除十二指肠胰头部位对治疗 CP 具有重要作用,且对于术后患者并发症发生情况及预后内分泌功能产生较大影响^[4-5]。本研究选取 60 例 CP 患者为研究对象,分组实施胰十二指肠切除术与改良保留十二指肠胰头切除术,评估不同术式治疗的效果及安全性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 前瞻性选取 2017 年 8 月~2018 年 7 月于我院治疗的 60 例 CP 患者,已签署知情同意书。(1)纳入标准:符合《慢性胰腺炎诊治指南(2014)》^[6]相关诊断标准,且经 CT、实验室、病理学检查等确诊;年龄>18 岁;均行外科手术治疗;凝血功能检查均正常。(2)排除标准:急性腹部疼痛患者;合并胆结石、胆管狭窄、消化道梗阻患者;麻醉药物过敏患者;肠系膜血管受压迫患者;术前疑似恶性肿瘤患者。根据随机数字表法分为对照组和观察组,各 30 例,两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)
		男	女		
对照组	30	13	17	69.28± 5.57	6.09± 0.36
观察组	30	14	16	70.01± 5.64	6.12± 0.40
χ^2/t		0.067		0.504	0.305
P		0.795		0.616	0.761

1.2 治疗方法 两组患者在术前全面评估身体状况,排除手术禁忌证,维持水电解质平衡。对照组采用胰十二指肠切除术治疗,切口位于右侧腹直肌,进入腹腔后详细探查胰腺情况,确定患者病变位置,先将病变部位穿刺病理检查,确定为炎性病变后,切开肝结肠韧带,并切开升结肠侧腹膜组织,将升结肠游离,随后将结肠及系膜游离显露十二指肠降部,切开侧方腹膜,显露胰头及血管,结扎血管,切除胰腺,在距屈氏韧带 18 cm 处需进行离断空肠处理,于结肠后行胰肠吻合及 Roux-en-Y 型吻合,术中探查胆道系统通畅情况及有无结石情况。观察组采用改良保留十二指肠胰头切除术手术方法。在对照组手术方法上,将胰头保留后行胰头上缘解剖分离,在胆总管左侧分离,保护胰内段胆管,断扎主胰管汇入胆管前 1.0 cm 处,保留十二指肠筋膜脂肪组织,完整切除胰腺病变部位,创面仔细止血,检查有无胆管及十二指肠损伤后行胰腺空肠吻合。

1.3 观察指标 (1)手术指标:记录患者手术时间、术中出血量、住院时间。(2)葡萄糖耐量试验(OGTT):于术前、术后 3 个月、6 个月,取无水葡萄糖 75 g 溶入温水 300 ml,叮嘱患者 5 min 后口服,2 h 后取其肘静脉血 3 ml,检测其餐后 2 h 血糖(2 h PG)水平,检测时采用日立 7600 型生化分析仪检测。(3)并发症发生情况:比较患者住院期间并发症发生情况(如切口感染、疼痛、肠痿等)。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较 与对照组相比,观察组手术时间、住院时间均较短,术中出血量较少($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
对照组	30	223.36± 52.78	370.42± 68.42	14.67± 4.25
观察组	30	135.63± 26.83	205.38± 35.21	8.39± 2.13
t		8.116	11.748	7.236
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组术前、术后 OGTT 指标比较 与术前相比,两组术后 3 个月、6 个月 2 h PG 水平均较低,且观察组术后 6 个月 2 h PG 水平较对照组低 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组术前、术后 OGTT 指标比较(mmol/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前	术后 3 个月	术后 6 个月
对照组	30	11.54± 1.43	9.52± 2.42	7.87± 1.25
观察组	30	11.37± 1.31	9.38± 2.21	6.79± 0.68
t		0.480	0.234	4.157
P		0.633	0.816	<0.001

2.3 两组并发症发生情况比较 观察组术后并发症发生率较对照组低($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	切口感染	疼痛	肠痿	出血	总发生
对照组	30	3(10.00)	1(3.33)	2(6.67)	2(6.67)	8(26.67)
观察组	30	1(3.33)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	2(6.67)
χ^2						4.320
P						0.038

3 讨论

胰腺炎是常见的严重消化系统疾病,临床上大多是由于饮食及胆道系统感染引起,胆汁及胰液无法及时排出,体内淤积后形成炎症而引发慢性感染^[7-8]。

胰腺炎治疗方法一般有保守治疗和手术治疗,在发现疾病时,若不能进行及时有效的治疗,胰腺炎会发生严重并发症,严重影响患者生命及健康^[9]。保守治疗即常规使用抗生素,维持身体电解质平衡,动态观察患者生命体征,但治疗效果一般较差,且疾病容易再次复发,或病情加重,甚至危害患者生命健康^[10]。传统手术选择开腹手术,对腹腔进行探查,一般能够及时发现胰腺水肿及炎症等情况,手术方法是对胰腺水肿或炎性部位进行手术切除,这也是治疗关键所在。开腹手术虽然可以及时切除胰腺控制炎症,缓

解患者感染症状,但手术对患者机体损伤也比较大,术后并发症发生率也较高。伤口损伤较大,且相应组织器官有被损伤可能。目前较为先进的手术方法是对十二指肠胰头切除时进行改良保留,将胰头部位有效保留,切除炎性水肿部位,可减少对患者健康不利的因素,能够取得理想的治疗效果,降低对机体的应激损伤,利于术后康复。本研究结果显示,与对照组相比,观察组手术时间及住院时间较短,术中出血量较少,术后 6 个月 2 h PG 水平较对照组低。这说明相比较传统开腹切除手术,改良保留十二指肠胰头手术能够及时有效治疗 CP,有利于患者术后各项指标的恢复,抑制病情进展。结果还显示,观察组并发症发生率低于对照组,说明改良保留十二指肠胰头技术安全性及有效性,可降低术后并发症发生风险,利于患者机体功能的恢复。

综上所述,采用改良保留十二指肠胰头手术对 CP 进行治疗可以获得显著的治疗效果,并发症发生率较低,可降低术后空腹血糖的升高,减少对内分泌功能的影响,是一种较为理想的手术方法。

参考文献

[1]王凯,潘志坚.急性胰腺炎严重程度评分系统的临床研究进展[J].肝胆胰外科杂志,2020,32(11):67-71.
[2]陈梅福,梁路峰,李浩,等.保留十二指肠胰头勾式切除术治疗慢性胰腺炎合并胰管结石的前瞻性研究[J].中华消化外科杂志,2014,13(4):251-254.
[3]谢彬,王槐志,等.保留十二指肠胰头切除术的手术要点及适应症把握[J].肝胆外科杂志,2014,22(1):5-7.
[4]关思源,林柄华.保留十二指肠胰头切除术治疗胰头部肿块型慢性胰腺炎的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2015,26(21):4907-4909.
[5]陈勇,赵滨,卢斌,等.胰头切除治疗胰头部慢性胰腺炎不同术式疗效评价[J].武警医学,2019,30(4):325-328.
[6]中华医学会外科学分会胰腺外科学组.慢性胰腺炎诊治指南(2014)[J].中华外科杂志,2015,53(4):241-246.
[7]张雷.慢性胰腺炎 22 例手术时机及治疗方案选择的临床研究[J].山西医药杂志,2018,47(10):1181-1183.
[8]吴峻立,苗毅,等.慢性胰腺炎的外科治疗[J].中华肝脏外科手术学杂志,2017,6(3):156-159.
[9]张成,安东均,冯金鸽,等.内镜微创治疗慢性胰腺炎 52 例临床分析[J].中华肝胆外科杂志,2017,23(3):207-208.
[10]周雪峰,钟海,等.内镜下治疗慢性胰腺炎的临床疗效及对患者腹痛症状改善程度的研究[J].中国内镜杂志,2017,23(10):83-86.

(收稿日期: 2021-05-10)

(上接第 56 页)影响[J].山西医药杂志,2018,47(12):1381-1384.
[3]陆可,潘万能,张清华.索拉非尼、沙利度胺联合肝动脉介入化疗对原发性肝癌的影响[J].浙江实用医学,2019,24(2):104-106.
[4]丁慎华,沈春娟.索拉非尼和奥沙利铂对肝癌患者血管内皮生长因子及骨桥蛋白等水平的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(3):288-291.
[5]许洲松,方大鹏,陈中平.血清 CYFRA21-1 等肿瘤标志物预测肝癌 TACE 序贯索拉非尼治疗疗效的临床价值[J].现代医药卫生,2019,35(15):2308-2312.

[6]张辉,杜松,牟玮,等.碘 125 粒子内放疗联合门静脉支架及 TACE 序贯索拉非尼治疗对原发性肝细胞癌合并门静脉主干癌栓患者生存的影响[J].癌症进展,2019,17(23):2811-2814.
[7]陈秀峰.经皮肝动脉化疗栓塞术后联合阿帕替尼或索拉非尼对原发性肝癌患者甲胎蛋白的影响[J].医学临床研究,2020,37(4):551-553,556.
[8]顾朋,刘登尧,樊喜文.索拉非尼联合 TACE 技术对中晚期肝细胞癌肺转移患者的疗效及预防复发的作用[J].解放军预防医学杂志,2019,37(12):63-64.

(收稿日期: 2021-04-15)