

· 经验交流 ·

[文章编号]1009-2188(2000)02-0135-02

胰十二指肠切除术预防胰瘘的临床研究 (附 102 例 Whipple 术无胰瘘报告)

李汉贤

【提要】 1981 年 12 月~1999 年 5 月间,由作者主术胰十二指肠切除术 102 例,采用如下综合措施重点预防胰瘘:作好围手术期处理,固定有经验的医师主术,套迭吻合时内外两层缝线间严密不留间隙的缝合,套迭吻合内嵌胰管吻合,胰管支撑内、外引流,胆肠外引流,带蒂大网膜包裹吻合口,安放可靠的腹腔引流等。结果采用综合措施的 102 例术后无 1 例发生胰瘘。作者认为综合措施有助于预防胰十二指肠切除术后胰瘘发生,黄疸病例亦可争取一期胰十二指肠切除。

【关键词】 胰十二指肠切除术; 胰瘘

【中图分类号】 R657.5; R656.6 **【文献标识码】** B

胰瘘是胰十二指肠切除术(Whipple 术)最严重和最常见的并发症。文献报道胰瘘的发生率为 3.6%~18.5%,死亡率为 10%~40%,近年有明显下降^[1]。1981 年 12 月至 1999 年 5 月,其中作者担任主术者 102 例,采用多种措施重点预防胰瘘,结果无 1 例胰瘘发生。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 102 例,男性 64 例,女性 38 例,年龄 25~67 岁。胆管壶腹部癌 46 例,胆总管癌 10 例,胰头癌 19 例,十二指肠癌及肉瘤 13 例,胃癌侵犯胰十二指肠 7 例,结肠肝曲癌侵犯胰十二指肠 6 例,慢性胰腺炎 1 例。黄疸情况 13 例病人无黄疸。黄疸病人 89 人,其中术前血清总胆红素 < 170mmol/L 者 24 人,170~340mmol/L 者 48 人, > 340mmol/L 者 17 人,最高者为 460mmol/L。

1.2 手术方法

全组病例均为一期胰十二指肠切除吻合。再建方法采用 Child 术式,即吻合顺序为胰肠、胆肠、胃肠;胰肠吻合主要采用胰肠端端套入式,少数采用端侧吻合。

1.3 预防胰瘘措施

1.3.1 两层吻合缝线间严密无间隙的胰肠套迭术 Child 原术套迭吻合的深度为 2cm,由于套迭部较宽,

内外二层缝线间多有一点距离,可能有潜在间隙造成微量积液。本组全部病例吻合采用间断 1 号丝线两层吻合,胰断端进针较深,并注意两层缝线靠紧不留间隙。将胰断端严密套入空肠内约 1.5cm。

1.3.2 套迭内嵌胰管吻合 胰腺内层吻合时,前后壁各 2 针经主胰管断缘穿过与肠吻合,打结时将肠粘膜与胰管断口对好,使套入式的吻合口内嵌胰管吻合,但胰管吻合并不强求很严密。采用预置缝线,缝针从胰管口内进针向胰腺外缝出易完成此类吻合。有些病例前后壁只各缝上 1 针,仅 1 例因术中未找到胰管而放弃胰管吻合。

1.3.3 胰管支架内、外引流 本组 60 例行支架内引流,取长约 6~8cm 合适口径的硅胶管,作数个侧孔,置于胰管内 3~4cm,并缝 1 针固定。另有 41 例因术中考虑营养差、病程晚、或吻合不放心改作支架外引流,置于胰管内的引流管另一端从肠壁和腹壁戳口引出体外。术后常压或负压引流,必要时进行冲洗。

1.3.4 胆肠支架外引流 胆管—空肠吻合口内置入乳胶管一条,胆管及空肠内部分均作侧孔,与胰管外引流分别从肠壁戳孔引出体外,术后低负压吸引。

1.3.5 带蒂大网膜包裹胰肠吻合口 除大网膜全被根治性切除外,91 例病人的胰肠吻合口用带蒂大网膜片包裹一圈,并间断缝合数针固定于胰空肠壁。

1.3.6 胆肠吻合口、胰肠吻合口后下方各置一条可靠腹腔负压引流管。

1.3.7 营养支持 部分病人术前后接受了短期的肠外营养支持。

【收稿日期】2000-01-14,【修回日期】2000-05-16

【作者简介】李汉贤,男,54 岁,汉族,江西丰城市人,湖南衡阳医学院第一附属医院三外科主任,研究方向普腹外科肿瘤。衡阳 421001

2 结 果

本组 102 例术后无胰瘘,腹腔引流液胰酶不高。发生粘连性肠梗阻 1 例,胆瘘 1 例,均保守治愈。1 例胰头癌行扩大胰十二指肠切除的局部晚期病例(合并肝总动脉、门静脉部分切除重建),术中出血较多,术后发生 DIC 治疗无效死亡,死亡率 0.98%。

3 讨 论

作者主术胰十二指肠切除手术,连续 102 例无胰瘘发生,其它并发症死亡 1 例(0.98%)。可见固定有经验的医师施行胰十二指肠切除手术,可以减少胰瘘的发生及手术危险性^[2]。本组多数病例有较深黄疸,术前未行 PTCO 减黄,也未分二期手术。可见黄疸也并非必致胰瘘的因素,Cullen^[3]的研究也未证实黄疸与术后胰瘘死亡率有关。作者认为可靠的手术操作可抵消黄疸的影响。另据报道 PTCO 并未能降低胰十二指肠切除手术的并发症,而其本身却有出血、胆瘘及感染等并发症,并延长手术治疗时间,故目前不强调术前应用。

Child 术套入吻合的深度为 2cm,认为套入较多可更牢固,以防胰瘘,但 Child 法并未比 Whipple 法减少胰瘘。这是因为胰实质松软和胰断端组织易自溶液化,作者体会缝合要进针较深确保牢固,内外两层的缝线要靠紧,中间不要留死腔。套入过宽内外两层缝线间易留有空隙,难免偶会有胰液积滞影响愈合。笔者的套入

深度约为 1.5cm。如此方法,对胰腺残端粗大难以套入空肠者,采用 Whipple 法的胰肠端侧吻合,效果一样。本组在套送的吻合口内嵌胰管空肠吻合,目的是使它们上皮化愈合,减少两断端瘢痕及肉芽堵塞胰管的可能,希冀减少胰瘘,并保持胰管长期开放。

胰管支撑引流对防胰瘘有意义,特别是支撑外引流可低负压吸引及冲洗、造影,能有效防止胰液肠液在吻合口处淤积,对易发生胰瘘者宜采用或常规使用。

胆肠吻合内支架外引流的应用,由于胆管及肠管内均有侧孔,术后可同时引流胆汁及肠液,对于安放胰管内支架者尚可引流滞留于肠内的胰液,有利于空肠减压保护吻合口。如停止负压吸引则可使部分胆汁进入肠腔有助于消化。邱恩昌等^[4]特意设计在胰十二指肠切除术后空肠盲袢内置负压引流管,认为术后将胰胆液引出腹外对于预防胰瘘的发生有重要价值。

[参考文献]

- [1] Lillemore KD. Current management of pancreatic carcinoma[J]. Ann Surg, 1995, 221: 133-136.
- [2] 张怡杰,唐岩,王本茂,等.胰十二指肠切除术 153 例临床分析[J].中华外科杂志,1997,35(3):140-143.
- [3] Cullen JJ, Sarr MG, Ilstrup DM. Pancreatic anastomotic leak after pancreaticoduodenectomy: incidence, significance, and management[J]. Am J Surg, 1994, 168: 295-298.
- [4] 邱恩昌,李乐天,袁剑,等.空肠盲袢内置管吸引预防胰十二指肠切除术后胰瘘 11 例报告[J].临床外科杂志,1996,4(3):145.

[文章编号]1009-2188(2000)02-0136-02

50 例危重病人深静脉置管术

吕益中,李 丽

[提要] 探讨在危重病人抢救过程中,为保证输液途径通畅和监测中心静脉压,用深静脉置管术代替静脉切开术的可行性。对 50 例外伤、休克、心肺功能衰竭、肠瘘、晚期肿瘤病人,经颈内静脉或股静脉行深静脉置管术。穿刺 57 次,57 条血管,均置管成功。留管时间最长 28 天,平均 8.90 ± 1.45 天。认为应用加锁外套管针进行深静脉置管,操作方便,快速,不破坏血管,对负压静脉无形成空气栓塞之虑,几乎没有并发症,能满足任何临床静脉给药及 CVP 监测的需要,可代替静脉切开术。

[关键词] 穿刺术; 插管法; 颈静脉; 股静脉

[中图分类号] R615 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2000-04-03, **[修回日期]** 2000-05-08

[作者简介] 吕益中,男,44 岁,广东省佛山市石湾医院普外科主治医师。佛山 528031

由于穿刺器械材料的改进,穿刺操作技术的简化,深静脉置管术在危重病病人的抢救、监测、营养支持等方面得到广泛应用。近期对 50 例危重病人应用