

文章编号:1005-6947(2005)11-0866-02

· 临床报道 ·

胰十二指肠切除 36 例临床分析

李汉智, 张洁靖, 陈中建, 赵付生

(河南南阳医学高等专科学校附属医院 普通外科, 河南 南阳 473058)

摘要:对 36 例胰十二指肠切除术患者的临床资料进行回顾性分析。病理检查证实 34 例恶性, 2 例良性。术中发现 5 例肝动脉变异, 即迷走肝右动脉, 起源于肠系膜上动脉, 肝左动脉起自腹腔动脉。术后并发症总发生率为 11%, 胰瘘发生率为 2.7%, 36 例患者中 35 例痊愈, 死亡 1 例(死于肝衰竭)。提示胰十二指肠切除对治疗十二指肠肿瘤是有效而安全的方法, 但术后并发症较多, 应予重视。

关键词:十二指肠肿瘤/诊断; 十二指肠肿瘤/外科学; 胰头十二指肠切除术

中图分类号: R656.64; R657.5 **文献标识码:** B

胰十二指肠切除是治疗壶腹部周围癌与十二指肠肿瘤的经典手术, 但手术并发症多, 病死率高。为了提高此手术的安全性和满意疗效, 笔者回顾性分析我院 2000~2004 年 36 例胰十二指肠切除患者的临床资料, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 20 例, 女 16 例; 年龄 32~72(平均 52)岁。临床表现各异, 亦无特异性, 如腹痛、黄疸、恶心、呕吐或无症状等。

1.2 术前诊断

术前辅助诊断包括: 腹部 CT、磁共振成像(MRI)、B超、胃镜、内镜逆行胰胆管造影(ERCP)或磁共振胰胆管造影(MRCP)及 CEA, CA19-9 和 CA125 检测等^[1]。术前病理诊

断恶性 34 例, 良性 2 例; 其中胰头癌 18 例, 壶腹癌 6 例, 十二指肠乳头癌 6 例, 十二指肠癌 4 例, 十二指肠绒毛膜腺瘤 2 例。

1.3 手术方法

采用经典 Whipple 手术^[2]。胰肠吻合采用 3 种方法: 袖套式套入胰肠吻合 19 例, 捆绑式胰肠吻合 10 例, 胰管空肠黏膜吻合 7 例。术中发现肝动脉变异: 即迷走肝右动脉 5 例, 起源于肠系膜上动脉, 从门静脉后方入肝; 肝左动脉起源于腹腔动脉。36 例均手术成功。

1.4 术后并发症及预后

35 例术后痊愈, 1 例术后 5d 死于肝衰竭。35 例中 2 例良性, 1 例恶性至今仍存活(术后 3 年), 其余 32 例分别于术后 6~34 个月死亡。术后并发症发生率为 11.1% (4/36) (附表)。

附表 3 种不同胰肠吻合术后并发症

胰肠吻合术式	例数	并发症				小计(%)
		胰瘘	胆瘘	上消化道出血	腹腔感染	
袖套式套入胰肠吻合	19	1	1	0	1	3(15.8)
捆绑式胰肠吻合	10	0	0	1	0	1
胰管空肠黏膜吻合	7	0	0	0	0	0
合计	36	1	1	1	1	4(11.1)

注: 并发症总发生率为 11%; 4 种并发症发生率均为 2.7% (1/36)

2 讨论

胰十二指肠切除手术复杂。最常见的手术并发症是胰瘘、胆瘘、出血、感染等, 其中最严重的是胰瘘、胆瘘和出血, 常是导致死亡的主要因素^[3]。胰瘘是胰十二指肠切除术后最危险和最多发的并发症, 它直接影响预后, 给患者带

收稿日期: 2005-02-24; 修订日期: 2005-07-21。

作者简介:李汉智(1970-), 男, 河南南阳人, 河南南阳医学高等专科学校附属医院主治医师, 主要从事肝胆胰方面的研究。

通讯作者:李汉智 电话: 0377-63328372(0), 13837767386(手机); E-mail: peiliabcd@tom.com。

文章编号:1005-6947(2005)11-0867-02

· 临床报道 ·

重症急性胰腺炎早期死亡病例分析

孙立波, 于淑琴, 丁大勇, 王旭东, 房学东, 张德恒, 郑泽霖

(吉林大学中日联谊医院 普通外科, 吉林 长春 130033)

摘要:为探讨引起重症急性胰腺炎(SAP)患者早期死亡的原因,回顾性分析50例SAP患者的临床资料。将1周内死亡17例(占死亡病例的85%)与生存组33例的一般资料和血清生化指标相比较。死亡原因:急性呼吸窘迫综合征(ARDS)5例,急性肾衰竭(ARF)5例,消化道出血4例,休克3例。死亡组从发病至就诊时间明显长于生存组($P < 0.01$)。死亡组中,酒精性病因明显多于生存组($P < 0.05$);血糖水平明显高于生存组($P < 0.05$)。提示延误诊治是加重SAP病情,导致早期死亡的重要原因之一。酒精性因素更易使SAP发生死亡。高血糖是预后不良的表现。

关键词:胰腺炎/治疗;胰腺炎/死亡率;急性病

中图分类号:R657.51 **文献标识码:**B

尽管人们对重症急性胰腺炎(SAP)的认识在不断加深,治疗方法亦不断改进,但该病的病死率仍近30%^[1]。尤其对于早期出现脏器衰竭的病例,如何降低SAP的病死率,目前尚缺乏十分有效的防治方法。笔者回顾性分析我院SAP早期死亡和生存病例,就SAP早期死亡原因、判定指

标及防治方法作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

本院2001年1月~2004年1月收治急性胰腺炎(AP)228例,其中符合SAP的诊断标准的53例(23.2%)。1周内死亡17例(早期死亡组),1周后死亡3例,生存33例(生存组)。病因、就诊时间、血清生化学指标等相关资料见附表。

收稿日期:2004-11-08; **修订日期:**2005-07-27。

作者简介:孙立波(1965-),男,吉林通化人,吉林大学中日联谊医院副教授,博士,主要从事胆、胰外科疾病的基础与临床方面的研究。

通讯作者:孙立波 电话:13514401922(手机)。

来极大的痛苦和沉重的经济负担,甚至造成生命危险,因此直接影响此手术的开展和提高。据国内资料^[4]胆瘘发生率为3.9%,胰瘘2.8%,上消化道出血2.8%,腹腔感染约6.5%,本组各种发生率均约2.7%,总发生率为11.1%。我院采用捆绑式胰肠吻合和胰管空肠黏膜吻合术式,不同程度地降低了手术并发症,提高了手术疗效,该两种吻合术优点如下:肠管与胰腺粘连紧密,不留缝隙,无胰液渗漏及积存,且血供良好,有利于愈合。

肝十二指肠韧带内的管道结构在进入肝门之前有很多变异,特别是肝动脉和肝外胆管的变异有重要的意义。肝动脉的重要变异是异位起始的肝动脉即迷走肝动脉,多行走于门静脉后方,进入肝十二指肠韧带,分别替代肝总动脉,肝右动脉或肝左动脉。据资料^[5],迷走肝右动脉存在于12%~14%的人群中,迷走肝左动脉约10%~14%。本组有5例出现迷走肝右动脉,发生率13.9%,此动脉均起源于肠系膜上动脉,在门静脉后方入肝,而肝左动脉起源于腹腔动脉。本组有1例患者术后5d死于肝衰竭,考虑术中结扎并切断了迷走肝右动脉。值得借鉴。

笔者体会到胰十二指肠切除术后的手术并发症发生率除了与患者的全身情况有关外,还取决于手术医师对手术的熟练程度,手术技巧及术后正确管理。因此建立一支有丰富经验的专业治疗组是提高手术疗效、减少手术并发症和降低病死率的重要条件。

参考文献:

- [1] 胡先贵. 胰腺癌的外科治疗[J]. 胰腺病学, 2003, 3(4):191-192.
- [2] 高德明, 马庆久, 赖大年, 等. 126例胰十二指肠切除术的经验[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(3):189-191.
- [3] 吕云福. 现代胰腺外科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2003. 284-297.
- [4] 黄洁夫. 现代外科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2003. 1055-1056.
- [5] 严律南. 肝脏外科[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 12-13.