

文章编号:1005-6947(2007)05-0486-02

· 专家讲座 ·

重视慢性胰腺炎外科手术的选择

郑英键

(湖北省武汉市中心医院 肝胆胰外科, 湖北 武汉 430014)

摘要:慢性胰腺炎 CP, 发病有增高趋势。病理呈进行性慢性损毁过程。一般以内科治疗为主, 若有并发症时, 常需外科处理, 以终止病变发展, 保存胰腺功能。手术包括引流和切除, 术式繁多, 各有其适应证, 选择时应予重视。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(5):486-487]

关键词: 胰腺炎/外科学; 外科手术/方法; 手术后并发症/预防与控制

中图分类号: R657.5

文献标识码: A

慢性胰腺炎(CP)是胰腺实质的反复或持久炎症造成胰腺呈广泛纤维化或灶性破坏、钙化、结石、胰胆管阻塞、内外分泌功能丧失, 可表现为多种临床症状。

我国的慢性胰腺炎发病较少, 近年来随着人民生活水平提高及饮食习惯的改变, 发病率有增高的趋势。其病因较多, 西方国家酗酒是重要因素, 我国则胆石症较为常见。急性胰腺炎发作之后, 胰腺一般可以恢复正常。但近来研究发现, 如急性胰腺炎愈合过程中伴有胰腺管梗阻时, 可导致 CP。

CP 是胰腺的慢性进行性损毁过程, 已损毁的组织难以恢复, 最终纤维化。CP 的治疗以内科为主, 当出现并发症, 胆、胰管梗阻, 慢性假性囊肿, 不能除外恶变的肿块或胰源性门静脉高压症, 或持续难以的控制疼痛等, 常需要外科治疗, 以解除胰、胆管梗阻, 终止疾病的发展, 减轻或消除症状, 保存胰腺功能。

目前尚无一个能满足上述要求的理想的 CP 手术。CP 的手术治疗术式繁多。总的可分为两类, 即胰腺切除和减压引流手术。当前的趋势是减压引流术多于胰腺切除手术。全胰、胰十二指肠切除应尽量减少, 除非已证实胰腺癌变或包块不能排除恶变, 或曾行引流手术并引流无效者。引流手术是解除梗阻、降低胰管内压力, 保全实质及其内外分泌功能。采用介入方法置放支架, 胰腺自体移植, 为今后发展方向。

1 胰管减压引流手术

胰管减压可缓解症状, 最大限度的保存胰腺组织, 被认为是较理想手术。胰管减压引流术, 最初是 DuVal (1954), Zollinger (1954) 施行的脾脏及胰尾切除及胰腺空肠吻合术, 以逆行引流胰管。方法简单, 适于 CP 伴有明显胰管扩张者。后来, Puestow (1956) 在 DuVal 基础上, 采用切开扩张胰管行空肠吻合。由于引流不够理想, 需切脾及胰尾, 现已少用。目前常用的引流术有以下。

1.1 Partinogon-Rochelle 胰管空肠 Roux-en-y 吻合手术

将胰管全程切开行空肠吻合。由于广泛切开, 引流充分, 效果好。是近年来广泛采用的基本术式。关键在于胰管扩张需 $> 5\text{mm}$ 时较适用。但应注意下几种情况:

(1) 若胰腺纤维化、胰管内结石, 并伴有多处狭窄及串珠囊性扩张, 应切开串珠处狭窄, 取尽结石, 才能达到充分的引流的目的。

(2) 若胰管有串珠样扩张伴管壁多处假性动脉瘤形成时, 尤应对局部瘤体行捆扎缝合及受累脾动脉分支结扎, 才可以确保防止术后并发出血。

(3) 若胰管扩张伴有乳头部或胰管开口处狭窄者, 行 Partington 术同时, 宜经十二指肠切开胰管开口, 或经内镜下行 EST。也可向胰管内置放支撑管, 以利充分引流。

(4) 若主胰管扩张, 并有胰管内结石嵌顿或伴有胰头部增大不易清除者, 可在手术引流同时行局部包块切除。Frey (1957) 采用对胰头部剝除, 解除胰头部肿块对主胰管和胆总管下端的压迫, 同时行全程切开胰管空肠吻合手术。

1.2 胰胆管梗阻双重引流术

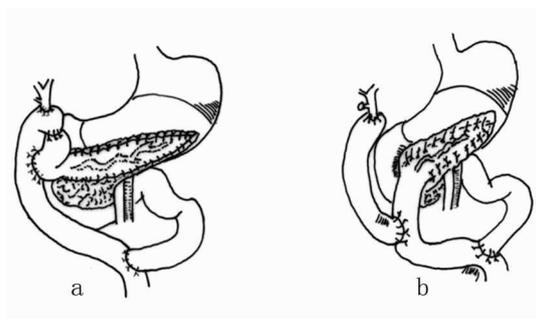
CP 约有 10% ~ 45% 合并胆道梗阻, 少数患

收稿日期:2007-01-06; 修订日期:2007-03-30。

作者简介:郑英键,男,湖南汉寿人,湖北省武汉市中心医院主任医师,主要从事普外科方面的研究。

通讯作者:郑英键 E-mail:Doctorzheng1929@yahoo.com.cn

者可同时有严重胰管梗阻存在。处理时,宜先解决胆道梗阻,探查证实胰管梗阻后,再行胰管减压引流;也可同时利用空肠Y形长袢,先行胰管空肠侧侧吻合,再行胆总管空肠端侧吻合。为防止胆汁流入胰管内激活胰酶,可将胆肠吻合近端封闭,然后将胆肠吻合口远端空肠与空肠吻合口下方(远端)的空肠行Braun吻合(附图a),以分开胆胰引流;也可采用间置空肠游离肠袢行引流胆汁和胰管空肠Roux-en-Y吻合,同时引流胰液的手术(附图b)。



附图 胰胆管双重引流术示意图

1.3 假性囊肿

CP并发假性囊肿者,若持续观察6周以上,直径>5cm无缩小征象,常不能自行消退,并有破裂或感染危险,还可压迫邻近器官,故需手术治疗。由于囊肿位于胰头、体、尾不同,需行假性囊肿与胃、十二指肠或空肠Roux-en-Y吻合手术。引流应大口、低位吻合。左侧假性囊肿也可行胰尾切除。若伴胰管扩张,争取同时胰管减压引流,以免复发。

2 胰腺切除术

对伴有并发症的无胰管扩张的CP患者应考虑切除手术,尤对炎性病灶不能删除恶变者。根据部位,切除范围有全胰切除式和胰次全切除式胰十二指肠切除术(PD),保留幽门胰十二指肠切除(PPPD),保留十二指肠胰头切除(Beger&Frey手术)及十二指肠节段、胰头切除术(PHRSD)等。左侧胰部分切除适于左侧节段胰腺炎病变(包括左侧区域性门静脉高压症);右侧胰腺切除,适于胰头部炎性肿块或恶变的CP患者。近年来,对CP采用切除手术逐渐减少,引流手术增多。Falcon等报道的547例CP中,80%为引流术,20%为切除术。笔者64例CP,采用PPPD切除者仅占12.5%。

2.1 胰头肿块

是CP的病变之一。早期胰腺纤维程度较轻,影响胰腺外分泌较少。但胰头肿块,在临床上不易与癌变相鉴别,只有靠术中穿刺细胞学检查以助诊断。由于易误诊,且炎症浸润易造成胆、胰管梗阻,故宜早期切除。Sakorafa报告105例CP中,64例术前误诊为胰腺癌。笔者24例中8例

术前疑为癌变,术后确诊仅2例为胰头癌。

对胰头部恶性肿瘤,采用PD,PPPD已是公认常用有效术式。但有作者提倡对CP也行PD手术,尤其是胰头部肿块疑为恶变者。王仁云等报导对胰头肿块型CP行PD手术。文后有田雨霖、赵玉沛等予以评论,(中华普通外科杂志2003,18(6):331)。笔者认为:除胰头恶性肿瘤,应采用扩大根治PD外,胰头炎性肿块或肿块不能除外恶变时,仍应采用局部切除为宜。因为,须注意在当前情况下,法律要求取证及家属认可“只有恶变肿块,才可根治切除”的实事。

2.2 保留幽门的胰、十二指肠切除(PPPD)及保留十二指肠的胰头切除(Beger&Frey)

前者适于胰头较大炎性肿块或拟为恶变病灶,或多发胰管结石,或囊肿与周围脏器有粘连,或并有胆总管,十二指肠梗阻患者。后者是仅切除有炎性病变的胰头,又保留了胃、十二指肠及胆道正常连续性的手术。由Beger倡导,后又由Frey改进,即胰头中心部分切除,胰空肠吻合术。

十二指肠节段、胰头切除(PHRSD)适于胰头较小肿块与十二指肠有致密粘连者。更是缩小了病变切除范围,为现代推荐的微创术式。

2.3 全胰十二指肠切除术(TD)

TD术后将会导致胰腺内外分泌全部永久丧失,故应严格掌握其适应证。仅适于多灶性胰癌,难治性胰腺疼痛及胰岛素依赖性糖尿病患者。笔者有1例顽固性胰腺疼痛胰岛素依赖性糖尿病的CP患者,病史>6个月,ERCP发现导管内结节,伴有导管内漂浮癌细胞,故采用TD,术后胰疼消失,5年内无癌复发。

2.4 胰源性门静脉高压症

是CP少见并发症。大部分是脾静脉闭塞所致。多伴有消化道出血,脾大脾亢。检查有胃底周围静脉曲张。一般行脾切除,效果满意。综观上述:CP外科手术术式繁多,各有其适应证。选择时应慎重。笔者对64例CP患者共采用13种术式治疗CP其合并的10种并发症。可见CP病理变化多样、具有个体化治疗倾向、手术选择复杂的特点。

3 CP术后手术综合治疗的重要性

CP患者外科手术治疗后,其预后与生存状况,不仅依赖于外科治疗术式的选择,还取决于患者的后续治疗、与医生的密切配合、重新调整生活方式等。后续治疗包括:饮食调节,严格禁酒;糖尿病患者应遵循糖尿病的低脂、高蛋白、低碳水化合物饮食。胰酶替代治疗也很重要。服用胰酶及助消化药物,促进消化吸收,改善营养低下状态。如有胰腺炎复发时,宜用胃、胰分泌抑制剂,以缓解胃、胰的分泌,降低胰管内压,缓解胰性疼痛。