

本文引用: 蒙博, 庞春, 王云检, 等. 中段胰腺切除术的临床应用[J]. 新乡医学院学报 2014, 31(1): 63-64.

【临床研究】

中段胰腺切除术的临床应用

蒙 博, 庞 春, 王云检, 张 珉, 李庆军, 张先舟, 韩 风

(郑州大学附属肿瘤医院肝胆胰脾外科, 河南 郑州 450008)

摘要: 目的 总结中段胰腺切除术的临床经验。方法 回顾性分析 18 例行中段胰腺切除术患者资料, 并对手术相关情况术后并发症、预后进行统计分析。结果 平均手术时间(246.0 ± 34.2) min , 术中平均出血量(402.0 ± 26.6) mL , 切除胰腺平均长度为(53.0 ± 12.2) mm。术后病理结果 16 例良性或低度恶性 2 例恶性。术后出现腹腔出血 1 例, 胰瘘 6 例。结论 对于胰腺颈体部良性及低度恶性肿瘤, 中段胰腺切除术是安全、合理的手术方式。

关键词: 中段胰腺切除术; 胰腺颈体部肿瘤; 治疗

中图分类号: R657.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-7239(2014) 01-0063-02

Clinical application of middle pancreatectomy

MENG Bo, PANG Chun, WANG Yun-jian, ZHANG Min, LI Qing-jun, ZHANG Xian-zhou, HAN Feng

(Department of Hepatic-Biliary-Pancreatic Surgery, Cancer Hospital Affiliated to Zhengzhou University, Zhengzhou 450008, Henan Province, China)

Abstract: **Objective** To summarize the clinical experiences of middle pancreatectomy. **Methods** The clinical data of eighteen patients who underwent middle pancreatectomy were analysed retrospectively. The operation related conditions, postoperative complication and prognosis were analysed. **Results** The mean operative time was (246.0 ± 34.2) min, mean blood loss volume was (402.0 ± 26.6) mL, mean length of resected pancreas was (53.0 ± 12.2) mm. Pathology results after operation showed that sixteen patients were benign or low-grade malignancy tumor, two patients were malignant tumor. One patient had bleeding and six patients had pancreatic fistula after operation. **Conclusion** For benign or low-grade malignant tumor of pancreatic neck and body, middle pancreatectomy is safety and reasonable surgical approach.

Key words: middle pancreatectomy; pancreatic neck and body tumor; treatment

中段胰腺切除术最早由 Guillemin 和 Bessot^[1] 在 1957 年首次报道, 中段胰腺切除尽可能保留正常胰腺组织, 从而最大限度地保全了胰腺的内、外分泌功能, 因此, 近年来得以不断推广。本研究回顾性分析郑州大学附属肿瘤医院 2005 年 1 月至 2012 年 12 月中段胰腺切除术 18 例患者的临床资料, 探讨该手术方式的安全性及合理性, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 18 例患者中男 3 例, 女 15 例; 平均年龄(36.5 ± 2.3) 岁。实性假乳头状瘤 4 例, 浆液性腺瘤 4 例, 黏液性囊腺瘤 3 例, 胰腺囊肿 3 例, 胰岛素瘤 1 例, 黏液性囊腺癌 1 例, 腺癌 1 例, 分枝型导管内乳头状瘤 1 例。彩色超声及 CT 检查提示肿瘤位于胰腺颈体部, 直径(53.0 ± 12.2) mm。

1.2 手术方法 取上腹部正中切口或上腹 L 型切口, 打开胃结肠韧带进入小网膜囊从而显露胰腺, 明确肿瘤位置。当肿瘤侵犯胰头时, 行 Kocher 切口来游离胰头后方。胰腺下缘解剖出肠系膜上静脉后, 进一步向左侧游离胰腺下缘及后方的腹膜后间隙, 随后游离胰颈体上缘并显露门静脉, 在肠系膜上静脉、门脾静脉汇合部前方上下贯通胰颈, 在肿瘤右侧用电刀切断再缝闭残端, 肿瘤左侧用电刀离断。完全游离胰腺肿瘤, 结扎其与后方脾动静脉之间的分支血管与组织, 从而完成中段节段性切除。术中标本送病理科行冰冻病理学检查, 以证实病灶性质及切缘是否阴性。胰尾残端胰管内置入细支撑管, 行胰胃或胰肠吻合。置引流管 2 根, 1 根置于胰头侧创面旁, 另 1 根引流管置于胰肠或胰胃吻合口旁。

2 结果

18 例患者中 12 例行胰腺-空肠端侧吻合, 6 例行胰腺-胃后壁吻合, 平均手术时间为(246.0 ± 34.2) min, 平均出血量为(402.0 ± 26.6) mL。围术期无死亡病例。1 例患者出现消化道出血, 行胃镜

DOI: 10.7683/xyxyxb.2014.01.019

收稿日期: 2013-10-21

作者简介: 蒙 博(1982-), 男, 河南镇平人, 硕士, 主治医师, 主要从事肝胆胰脾肿瘤基础与临床研究。

通信作者: 韩 风(1965-), 男, 河南郑州人, 硕士, 主任医师, 主要从事肝胆胰脾肿瘤临床研究。

下止血及输血、止血措施后好转;2 例患者出现血糖升高,其中 1 例术前诊断为糖尿病,术后出现糖尿病患者口服降糖药物效果理想,未应用胰岛素控制;1 例患者术后出现间断腹泻;按照国际胰瘘定义小组标准^[2] 6 例患者出现胰瘘(33.3%),其中 A 级 4 例, B 级 2 例,胰腺胃后壁吻合者仅 1 例;随访 5 个月至 7 a,无复发或转移。

3 讨论

对于胰腺颈体部良性或低度恶性肿瘤,既往多采用根治性切除手术,然而传统手术方式因切除过多的正常胰腺组织,导致出现术后胰腺内外分泌功能障碍,同时切除脾脏可能会引起免疫功能紊乱或严重感染。单纯肿瘤局部切除虽可避免这一点,但有损伤主胰管导致胰瘘可能,影响预后甚至需要再次手术。中段胰腺切除术仅切除病变节段胰腺,而保留胰头及胰体尾大部分正常组织,且同时保留了脾脏,因此,近年来该手术方式逐渐为外科临床医师应用和推广。

胰腺的颈部及体部的近端可以并称为胰腺的中段。目前国际上对中段胰腺切除术的手术适应证总结为^[3]:肿瘤位于胰腺颈部或体部的近端,远端胰腺至少有 5 cm 以保证阴性的切缘;肿瘤直径 2 ~ 5 cm,局部切除可能损伤主胰管;良性或低度恶性的肿瘤(包括内分泌肿瘤、浆液性或黏液性腺瘤、非侵袭性的胰腺导管内乳头状肿瘤、假乳头实体瘤等);不宜局部切除的良性囊性病变(淋巴上皮囊肿、皮样囊肿、包虫囊)。本组 18 例患者中,2 例接近胰头,2 例接近胰腺远端,但术前影像学检查提示良性可能性大,术中冰冻证实,因此该 4 例患者也行中段胰腺切除术。

本组病例中良性及交界性肿瘤患者术后随访未出现复发。对于恶性肿瘤,中段胰腺切除无法彻底清扫淋巴结,因此,一般认为不能成为根治性治疗手段。陈实等^[4]报道 2 例胰腺癌患者中 1 例 1 a 后出现肝脏转移及后腹膜复发。但也有相反报道,Takeyoshi 等^[5]报道 3 例胰腺癌患者行中段胰腺切除,随访 33 ~ 77 个月未见复发或转移。同时 Glanemann 等^[6]也认为即使行根治性肿瘤切除,胰腺癌远期生存率并未得到明显改善。本组病例中 1 例患者肿瘤靠近胰头端,患者年龄较大,未行胰头十二指肠切除术,术后随访 30 个月仍无复发或转移。然而目前中段胰腺切除治疗胰腺恶性肿瘤病例资料有限,因此,对于此类患者是否可行中段胰腺切除仍值得进一步研究。

中段胰腺切除术断面处理方法较多,多数术者采用胰头端封闭,胰体尾端与空肠或胃后壁吻合,胰

管内置支撑管以引流胰液至吻合口远的位置,从而减少胰瘘发生率。也有学者报道三明治式吻合(胰肠双吻合)方法^[4],不仅胰体尾断端行胰腺-空肠或胃后壁吻合,同时胰头端不封闭,而是行胰肠吻合。但该方法毕竟增加吻合口数量,延长了手术时间,增加手术出血的可能,而且在中段胰腺切除后,此处空间狭小,做双吻合可能出现肠襻受压导致肠腔内压力升高,反而影响了吻合口的愈合。Wayne 等^[7]报道切除术中,胰头端及胰体尾端断面均封闭,该方法术后胰瘘发生率并未增加,因无吻合口,手术时间大大缩短,出血量少,术后住院时间短,围术期并发症及远期并发症亦无明显增加,但该方法的临床报道较少,其对于胰腺外分泌功能是否有影响需进一步研究。本组病例均采用近端封闭、远端吻合的方法。中段胰腺切除术后最主要并发症是胰瘘,其发生率高于传统胰腺手术,一般为 0% ~ 62%,平均 27%,原因可能与胰腺存在胰头端和胰体尾端 2 个残面有关^[8],同时保留胰腺组织较多,术后胰液分泌更多可能也会增加胰瘘的发生率^[4]。本组胰瘘发生率为 33.3%,A 级 4 例,B 级 2 例,无 C 级发生。

综上所述,中段胰腺切除术对于良性或低度恶性肿瘤患者是一种安全有效的手术方式,减少术后远期内分泌功能紊乱发生机会,但是对于恶性肿瘤是否属于绝对禁忌证有待于进一步探讨。

参考文献:

- [1] Guillemin P, Bessot M. Chronic calcifying pancreatitis in renal tuberculosis: pancreatojejunostomy using an original technic [J]. *Mem Acad Chir (Paris)*, 1957, 83(27/28): 869-871.
- [2] Grutzmann R, Ruckert F, Hippe-Davies N, et al. Evaluation of the International Study Group of Pancreatic Surgery definition of post-pancreatectomy hemorrhage in a high-volume center [J]. *Surgery*, 2012, 151(4): 612-620.
- [3] Iacono C, Bortolasi L, Facci E, et al. The Dagradi-Serio-Iacono operation central pancreatectomy [J]. *J Gastrointest Surg*, 2007, 11(3): 364-376.
- [4] 陈实, 刘国华, 邓侠兴, 等. 胰腺中段节段性切除术(附 40 例报告) [J]. *中国实用外科杂志*, 2010, 30(9): 777-779.
- [5] Takeyoshi I, Ohwada S, Nakamura S, et al. Segmental pancreatectomy for mucin-producing pancreatic tumors [J]. *Hepatogastroenterology*, 1999, 46(28): 2585-2588.
- [6] Glanemann M, Shi B, Liang F, et al. Surgical strategies for treatment of malignant pancreatic tumors: extended, standard or local surgery [J]. *World J Surg Oncol*, 2008, 6: 123.
- [7] Wayne M, Neragi-Miandoab S, Kasmin F, et al. Central pancreatectomy without anastomosis [J]. *World J Surg Oncol*, 2009, 7: 67.
- [8] Pratt W, Maithel S K, Vanounou T, et al. Postoperative pancreatic fistulas are not equivalent after proximal, distal and central pancreatectomy [J]. *J Gastrointest Surg*, 2006, 10(9): 1264-1278.

(本文编辑: 孟月 英文编辑: 孟月)