文章编号:1000-5404(2014)19-2057-02

经验交流

胰腺完全横断伤13例临床分析

赵 鑫,李德春,杨 勇,张子祥,赵 华,朱东明 (215006 江苏 苏州,苏州大学附属第一医院普外科)

[关键词] 胰腺;创伤与损伤;外科手术
[中图法分类号] R657.5 [文献标志码] B

胰腺位于腹膜后、脊柱前方,因其位置深而隐蔽,胰腺损伤占腹部损伤的1%~3%,临床症状缺乏特异性,漏诊率高,甚至在手术探查时也有漏诊的可能。胰腺完全横断伤是胰腺损伤中的严重类型,处理较困难且并发症多,需予以高度重视。我们对2004年8月至2013年7月我科收治的胰腺横断伤患者的临床资料进行回顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究方案获医院伦理委员会批准。纳入标准:①有明确外伤病史;②术前诊断为胰腺外伤;③手术探查证实为胰腺完全横断伤。排除标准:术前虽诊断为胰腺外伤,但手术中探查胰腺尚未完全横断。共纳入13例患者,包括男性11例,女性2例,年龄12~55岁,中位年龄34.8岁。致伤原因主要为交通车祸伤、挤压伤和坠落伤,均为腹部闭合性损伤。受伤至手术时间:①5例为受伤8 h以内至我院就诊;②1例为8~24 h至我院就诊;③7例为伤后首先至基层医院就诊,未诊断为胰腺横断伤而行保守治疗,2~5 d后腹痛症状加重转至我院。患者至我院后均在12 h内行急诊手术,全组受伤至手术的时间为3 h至5 d,平均40.9 h。

1.2 诊断

13例患者临床均表现为伤后持续性中上腹及/或左上腹疼痛,并伴有腹胀、恶心等非特异性消化道症状。体格检查中上腹可及压痛和不同程度的肌紧张。血常规白细胞均升高,中性粒细胞比例升高。其中5例在术前行腹腔穿刺均抽出不凝固鲜血,3例穿刺液中淀粉酶明显升高。6例血液及/或尿淀粉酶测定大于正常值。7例患者伤后24 h送至我院均有不同程度的低蛋白血症。13例在我院行增强CT检查均报告胰腺横断伤。其中7例为外院CT未明确诊断,经2~5 d保守治疗症状加重,转至我院复查CT而明确诊断。

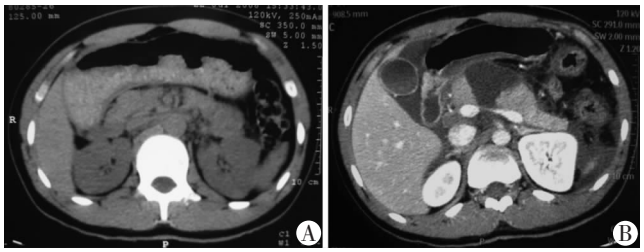
1.3 治疗方式

13例患者均在入院后行急诊手术治疗,术中发现均有不同程度腹腔内积血积液,探查后确诊胰腺完全横断,其中胰体尾横断7例,胰头颈部横断6例。根据AAST的胰腺损伤分级[1],属于Ⅲ级6例,Ⅳ级5例,Ⅴ级2例。行胰十二指肠切除术2例,胰体近侧断端缝合+远侧断端空肠Roux-en-Y吻合术5例(其中2例胰管支撑管胰液外引流并行远端空肠造瘘术),近侧断端缝合+远侧断端胰腺体尾部切除+脾切除术4例,近侧断端缝合+保留脾脏的胰腺体尾部切除2例。本组6例患者伴有合并伤,分别是十二指肠破裂1例,十二指肠破裂伴肠系膜血肿1例,脾破裂伴横结肠脾曲破裂1例,肝破裂1例,肝脾均破裂1例,胃挫伤伴后腹膜血肿1例。分别根据合并脏器损伤程度和性质行肝修补术、十二指肠修补术、横结肠造瘘术、胃浆膜层修补术等,术中置多根双腔及单腔腹腔引流管。术后均转至重症监护室治疗,双腔引流管采取持续负压间断冲洗;进行常规禁食、胃肠减压、营养支持、抑酸抑酶等治疗。

2 结果

本组患者治愈12例,死亡1例,死亡率为7.69%。该患者为完全性胰腺颈部横断伤伴十二指肠球部破裂的多发伤,行十二指肠破裂修补+胰体近侧断端缝合远侧断端空肠Roux-en-Y吻合术(胰液内引流),术后出现严重的胰肠吻合口瘘,第1次术后14 d和19 d又经2次手术探查引流,最终因严重腹腔感染致休克、多器官功能衰竭而死亡。全组术后发生的并发症主要为胰瘘4例(占30.77%),消化道大出血1例(占7.69%)。患者住院10~36 d,平均13 d。治愈12例出院后均随访,随访时间为5个月至9年。2例发生术后肠梗阻,经内科保守治疗治愈。1例行胰十二指肠切除手术的患者,8年间出现2次胆管炎,经抗炎及对症治疗后好转。6例胰体尾切除患者均未患糖尿病。7例伤后大于2 d行手术治疗的患者均恢复良好。

典型病例:患者,男性,25岁,因车祸伤于当地医院就诊行CT(图1A)未诊断为胰腺横断而行保守治疗,3 d后腹痛加重伴发热转至我院,行增强CT后诊断为胰腺横断(图1B)。行剖腹探查,胃结肠韧带后见包裹性积液,继而探查胰腺验证了术前诊断(图2),行胰体近侧断端缝合+远侧断端空肠Roux-en-Y吻合术(胰管外引流)+远端空肠造瘘术,术后恢复好,随访无异常。



A:受伤当天腹部平扫CT;B:受伤3 d后腹部增强CT

图1 胰腺横断伤患者腹部CT表现

[通信作者] 朱东明,E-mail:sd310@126.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140224.1724.010.html(2014-02-24)



图2 胰腺横断伤术中探查所见

3 讨论

由于胰腺的解剖位置深在,与其他腹部脏器相比损伤并不多见,而胰腺损伤中胰腺横断伤亦更少见,主要见于腹部钝挫伤及挤压伤。胰腺横断伤缺乏典型的特异性症状和体征,患者一般仅主诉腹痛腹胀,体检上腹压痛,腹膜刺激征有时并不明显,极易漏诊误诊。本组病例均为车祸伤或坠落伤,此类患者尤应提高警惕。凡为上腹部挤压伤或冲击伤,均应考虑是否有胰腺损伤。

本组部分病例腹腔穿刺液、血液或尿淀粉酶升高,提示该指标有辅助诊断价值,但体液淀粉酶指标正常并不能否定胰腺损伤的诊断,且升高程度并不与胰腺损伤程度一致,而影像学检查尤其是增强CT对胰腺横断伤的诊断具有重要价值[2]。CT对胰腺横断伤诊断的灵敏度和特异度均大于80%,鉴于部分横断伤病例起初CT影像表现隐匿,故对怀疑有胰腺横断伤的患者复查CT十分重要[3]。本组有5例在基层医院虽行CT检查但漏诊,经2~5 d保守治疗因腹痛症状加重,复查CT后明确诊断。术中全面探查对防止漏诊亦十分重要。手术方式应根据胰腺断裂伤的部位、性质、受伤至手术时间以及合并伤等情况决定。根据损伤控制外科理论,尽可能保留未损伤的胰腺组织,维持正常的内、外分泌功能。切除损伤严重的胰腺组织,合理重建胰肠吻合。体会:(1)对于胰头的毁损性横断伤,并伴十二指肠破裂伤者,适用于胰头十二指肠切除术。但该术式步骤复杂,需根据全身情况,谨慎而行。本组2例行胰头十二指肠切除术,其中1例即胰头颈部横断并伴十二指肠破裂伤,1例为单纯胰头断裂伤,患者术后恢复良好。对胰头横断合并十二指肠破裂者此术式可避免单纯修补术后的严重肠瘘胰瘘和假性囊肿形成。但该术式复杂、耗时长,对急诊患者应视病情谨慎实行。(2)对于胰腺颈体部的横断伤,为保留胰体尾的功能,可行胰腺近侧断端缝合修补+远侧断端空肠Roux-en-Y吻合术[4-5]。本组有5例行此术式,其中2例为主胰管硅胶引流管经空肠壁开孔行胰液外引流,患者术后恢复好。另外3例为胰液空肠内引流,其中1例因术后严重胰肠吻合口瘘、腹腔感染,先后又行2次手术,最终因严重腹腔感染术后36 d死亡。虽有报道称胰液外引流不能降低胰瘘的发生率,但是我们认为将主胰管胰液引到体外,可以明显降低胰肠吻合口的张力,即使发生胰瘘也可以显著降低胰瘘的严重程度从而降低严重不良后果发生率。(3)对于胰腺体尾部断裂伤,若胰体尾部严重挫伤,宜行胰腺体尾部切除术,如同时伴有脾破裂则应同时行脾切除术;如无脾损伤而病情又稳定,可尽量行保留脾脏的胰体尾切除术。因为保留脾脏的胰体尾切除相对于联合脾脏切除对术者的操作及经验要求更高,急诊时应视具体情况决定。本组中4例胰体尾横断病例行胰腺体尾联合脾脏切除术,其中2例伴脾破裂,2例无脾脏损伤。本组中另外2例无脾损伤患者行保留脾脏的胰体尾切除术。随访显示,胰体尾切除患者在术后有不同程度的高血糖表现,给予葡萄糖补液予添加胰岛素。但6例患者均在3~6个月后因胰岛B细胞功能代偿而血糖恢复正常,没有出现糖尿病,不需给予降糖治疗。

胰腺横断伤,最常见和最严重的术后并发症是胰瘘及其导致的腹腔感染和大出血。胰腺横断伤术后胰瘘的处理与其他胰腺术后胰瘘处理原则大致相同。早期发现并积极处理胰瘘对治疗成功甚为重要。术中留置多根腹腔引流管充分引流,尤其是双套管主动冲洗低负压吸引十分重要[6],本组患者均术中留置双套管。生长抑素用于胰瘘的治疗已基本取得共识,可以有效减少胰液分泌,促进胰瘘的愈合。

总之,完全性胰腺横断伤临床少见,术前诊断困难,需引起高度警惕,根据横断损伤部位和性质决定手术方式对治疗成功十分重要。

参考文献:

[1] Moore E E, Cogbill T H, Malangoni M A, *et al*. Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum[J]. J Trauma, 1990, 30(11): 1427-1429.

[2] Phelan H A, Velmahos G C, Jurkovich G J, *et al*. An evaluation of multidetector computed tomography in detecting pancreatic injury: results of a multicenter AAST study[J]. J Trauma, 2009, 66(3): 641-646.

[3] Ankouz A, Elbouhadouti H, Lamrani J, *et al*. Pancreatic transection due to blunt trauma[J]. J Emerg Trauma Shock, 2010, 3(1): 76-78.

[4] Bhat S, Azad T P, Kaur M. Pancreaticojejunostomy in proximal pancreatic transection: A viable option[J]. N Am J Med Sci, 2011, 3(1): 46-47.

[5] Clark W, Paidas C N, Germain D, *et al*. Delayed presentation of complete pancreatic ductal transection in children: management of two cases without resection[J]. Pediatr Surg Int, 2013, 29(4): 401-405.

[6] Borkon M J, Morrow S E, Koehler E A, *et al*. Operative intervention for complete pancreatic transection in children sustaining blunt abdominal trauma: revisiting an organ salvage technique[J]. Am Surg, 2011, 77(5): 612-620.

(**收稿**:2013-11-28;**修回**:2013-12-22)

(编辑 龙 亮)