维普资讯 http://www.cqvip.com

流管亦无胰瘘等并发症。术后16～22d均痊愈出院。

讨 论

胰头和壶腹周围癌的治疗与消化道其它肿瘤的治疗原则一样、对于可切除的病例要争取做手术切除。通常采用胰十二指肠切除术、又称Whipple手术。手术切出范围包括胰头、胰钩突部、胃窦、十二指肠全部、空肠上段、胆总管下段及局部淋巴结。如果胆囊管与肝总管的汇合点比较低时、可切断肝总管同时切除胆囊。消化道重建需行空肠和胰、空肠和胆道、空肠和胃的吻合，根据吻合的顺序及方式的不同，又将术式分为(1)Whipple法，即将空肠断端缝合，然后按照胆管、胰腺和胃的顺序与空肠做端侧吻合。Child法，即先将胰腺断端套入空肠做端端吻合，然后按照胆、胃的顺序与空肠做端侧吻合。(2)Cattel法，即先将空肠与胃做端端吻合，然后按照胰、胆顺序与空肠做端侧吻合，并加空肠之间的Brown吻合。由于胰腺患者术前多处于消耗状态，胰头十二指肠切除手术范围较大，吻合口数量多，容易发生吻合口瘘，在三个吻合口中，以胰腺的吻合口瘘发生率最高，这是因为胰腺既是内分泌腺又是外分泌腺，正常其外分泌腺24h分泌胰液约1000～2000ml，由胰管排入十二指肠，胰液中含有胰蛋白酶、胰脂肪酶和胰淀粉酶等多种成份，这些酶类在胆汁和肠液的作用下被激活，可发生自身消化。手术后早期肠道功能尚未恢复，不能及时有效将肠道内的胆汁和胰液排送到远段肠内，造成吻合口处肠腔内压力增高，上述因素都可增加吻合口瘘。本文采用主胰管内置导管将胰液外引流的方法，一方面可减少吻合口处肠管内容物的量，降低该处肠内压力，另一方面将胰液引出体外，防止胰酶被激活而对吻合口发生自身消化。实践证明，该法对防止胰头十二指肠切除术后吻合口瘘具有良好的效果。

参 考 文 献

1.吴阶平，裘法祖．黄家驷外科学．北京：人民卫生出版社，2000.1311－1314.
2.谭毓铨．现代肝胆胰脾外科学 长春：吉林科学技术出版社，1992.256－274.
3.徐恩多．胰管的临床解剖学研究.解剖学杂志 1990,13:76.

(收稿日期:2002-03-18)

·个案与短篇·

腹腔镜治疗巨大肝囊肿一例

刘仁贵* 谭云波*

一、临床资料

病例，女性，45岁，白族 2月前发现右上腹有一包块，并逐渐增大，无疼痛，无畏寒发热，自觉上腹部饱闷不适，以餐后为甚。查体：右上腹膨隆，可扪及20cm×18cm大小的包块，质韧，无压痛，活动度差，表面光滑。B超及CT示肝脏及双肾内显示散在多发囊肿，直径0.5～3cm不等。最大一个囊肿位于右肝前叶，大小约18cm×17cm。右肾、胰腺、胆囊受囊肿推挤变形移位。肝肾功化验正常。入院后择期在全麻插管下行腹腔镜囊肿开窗引流术。腹腔镜下观察左肝正常，右肝有直经约0.5～3cm囊肿50余个，呈葡萄状，色灰白。分别行电凝切开，烧灼基底部。右肝前叶有一约18cm×16cm×16cm巨大囊肿，上达膈顶，下达结肠肝曲，囊肿张力高，行电凝切开，吸出咖啡色样液体共约3200ml，说明有囊内出血.无胆汁样物，用电凝钩切除囊肿低位的囊壁，囊壁厚约0.2cm，囊肿壁用石炭酸烧灼后，于囊腔内及右结肠旁沟各放置一根腹腔引流管。术后头3d每日引流量约为250ml，以后逐渐减少.术后第10d拔出腹腔引流管，术后16d出院，复查肝肾功正常，复查B超示右肝仍遗留散在小囊肿，术后病检：胆管囊肿。

二、讨论

肝囊肿属肝脏的良性肿瘤，临床上较常见，大多在检查中发现，一般无临床症状，国内尸检发现肝囊肿比例约为0.16%～0.19%。囊肿常呈多发，有时表现为肝脏多发性弥漫性囊性损害。目前已证实肝囊肿属常染色体显性遗传。临床调查发现，93%的多囊肝合并多囊肾，男女比例1:2～1:4，这在一方面也说明多囊肝的发生与雌激素有着密切关系。病检证实，多囊肝是由于胆管的异常改变所致。该病例诊断明确，但如此巨大的多囊肝且无肝功损害实属少见。肝囊肿的治疗方法较多，较大的囊肿仍以手术治疗为主，可通过开腹手术、腹腔镜手术或B超定位穿刺抽吸治疗。腹腔镜治疗肝囊肿较其它方法有不可比拟的优点，它既避免了开腹的痛苦，又克服了反复穿刺的缺点、具有创伤小，恢复快等优点。这也是今后微创外科的发展趋势。

(收稿日期:2002-02-05)

* 作者单位:671000 云南省大理医学院附属医院普外科