维普资讯 http://www.cqvip.com



# 胰管内置管外引流在胰十二指肠切除中的应用

陈振栋* 吕俊生* 陈福军* 罗 维*

【摘 要】 目的 介绍胰头十二指肠切除术中胰管内置管外引流的方法和体会。方法 在空肠和胰腺吻合前，于主胰管内置放导管，在空肠内穿行约 30 厘米后穿出空肠引出体外，将胰液外引流。结果 7 例患者均未发生胰瘘。结论 胰管内置管将胰液外引流，一方面减少了吻合口处肠内容物、同时也降低了该处肠管内的压力；另一方面将胰液引出体外，避免了胰酶对吻合口的自身消化，有效的防止了吻合口瘘。

【关键词】 胰管内置管；吻合口瘘

**Application of external drainage by inserting catheter into pancreatic duct in pancreatoduodenectomy** *Chen Zhendong, Lu Junsheng, Chen fujun, et al. The First Affliated Hospital of Jiamusi University, Jiamusi* 154002

【Abstract】 **Objective** To introduce the method and experience of external drainage by inserting catheter into pancreatic duct in pancreatoduodenectomy (PD). **Methods** A catheter was put into the main pancreatic duct before the jejunum was anastomosed with the pancreas. The catheter was drained outside the jejunum and body wall after remaining inside the jejunum for about 30cm for draining the pancreatic juice externally. **Results** No pancreatic fistula was found in 7 cases after this operation. **Conclusion** Drainage of pancreatic juice externally by putting catheter in the pancreatic duct may reduce the intestinal content and simultaneously decrease the inner pressure of the site of anastomosis. It may prevent the occurrence of fistula at the anastomotic site by avoiding the digestive effect of pancreatin at the site of anastomosis.

【Key words】 Inserting catheter into pancreatic duct; Anastomosis opening fistula

在治疗胰头癌或壶腹周围癌时，常采用胰头十二指肠切除术，通称 Whipple 术式。由于手术范围较大，吻合口多，加之胰液中各种酶类的自身消化作用，使吻合口瘘的发生率较高、严重者可导致患者死亡。我院自 1995 年以来，在胰头十二指肠切除术中，采用主胰管内置导管、胰液外引流的方法，有效的降低了吻合瘘的发生率，取得了良好的效果。

## 资料与方法

一、临床资料

本组 7 例中，男 4 例，女 3 例。年龄 42～68 岁，平均 54 岁。患者均经 CT 和彩色 B 超及实验室辅助检查等明确诊断。其中胰头癌 4 例，壶腹周围癌 3 例，6 例伴有不同程度的黄染及皮肤瘙痒、4 例伴有上腹痛或不适，1 例伴有少量腹水。术前纠正贫血、低蛋白、注射葡萄糖溶液、维生素 C 和维生素 K 等改善肝脏功能和凝血机制。

二、手术方法

全组采用气管内插管、静脉及吸入复合麻醉。病人平卧位，采用肋弓下横行切口长约 20cm，右侧 2/3、左侧 1/3。入腹后探查肿瘤无远处转移、并且与肠系膜上静脉、门静脉及下腔静脉无浸润粘连时，可行手术。6 例采用 Child 术式，1 例采用 Traverso 术式（保留幽门的胰头十二指肠切除术 PPPD）。在切断胰颈部时，首先锐性切开胰腺的前 1/2，然后用刀柄仔细钝性分离胰腺组织，找到主胰管。（一般主胰管位于胰腺的中、后 1/3 交界处，直径约 2～3mm，当胰头癌或壶腹癌导致胰管梗阻时，主胰管可发生扩张使内径增大）。小心切开主胰管前壁，将长约 50cm、直径约 2mm 的硅胶管前端 1cm 处剪出几个小侧孔，插入主胰管内约 2cm，然后完全切断后半部主胰管和胰腺组织，分束 U 形缝扎主胰管周围胰腺断面，缝扎固定引流管。然后将引流管的另一端送入空肠，在距胰空肠吻合口约 30cm 处，于空肠对系膜缘侧穿出空肠，并用空肠壁向远侧做隧道式包埋约 5cm，最后由右侧腹壁引出体外。其余操作同 Child 法。术后患者给予静脉内高营养及抗炎对症治疗，2 周拔出引流管。

## 结 果

主胰管插管后，术中即可看到清淡的胰液引出，术后第一天 24h 平均引出胰液的 100～200ml；72h 后可达 300～500ml，本组患者无一发生吻合口瘘，两周后拔出引

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院普通外科

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