维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 2 期总第 18 期

儿童保留脾脏的胰体尾切除术

齐齐哈尔医学院附属一院普外科 乔宝成 孙玉琢 李兴江 张宗泰
齐齐哈尔市碾子山区人民医院 胡继国 李国忠
(黑龙江齐齐哈尔,邮政编码 161041)

[提要]本文介绍了儿童保留脾脏的胰体尾切除术的方法。由于脾脏的免疫功能及抗肿瘤能力越来越受到人们的关注,因此保留脾脏的胰体尾切除也受到人们的关注。

[关键词]脾脏;胰体尾切除。

长期以来,施行胰体尾切除术,同时切除脾脏,被认为是常规术式。近年来随着对脾脏的功能有了很多新认识,特别是它的免疫功能和抗癌肿能力以及脾脏切除的患者,尤其是儿童,在术后可发生凶险性感染,因此行胰体尾切除时保留脾脏的术式便受到人们的关注。近 2 年我们对 3 例儿童施行了保留脾脏的胰体尾切除,获满意效果,报道如下。

临床资料

3 例患儿,男 2 例,女 1 例。年龄分别为 17 岁、10 岁、12 岁。3 例患儿均为上腹部挤压伤。剖腹探查发现胰体部断裂,我们施行了保留脾脏的胰体尾切除术,术后无并发症,胰腺内外分泌功能正常,均痊愈出院。

手术方法 上腹正中切口入腹腔。探查胰腺应切开胃结肠韧带,将胃向右上牵开,向左拉开脾脏充分显露胰体尾。注意不要损伤胃短血管和胃网膜左血管。如发现胰腺断裂或其它病变需做胰体尾切除,则首先切开胰腺体尾部上下缘后腹膜,向左达脾门,向右稍过预定切断线,从胰腺下缘和胰尾部后方脂肪间隙自左向右,自下向上游离胰腺使胰体尾向上向右掀起,在脾门处用海绵钳钳夹胰尾提起后,自左向右分离解剖脾血管,逐一结扎切断进入胰腺的分支,到达预定切断线。在预定切断线二侧或断裂处二侧,缝扎胰腺上下缘 4 针,有助于止血,且可做牵引线,在上缘不应将脾动静脉缝扎。在缝线间切断胰腺将胰体尾切除,亦可在游离胰腺背面后,首先在预定切断线二侧上下缘缝扎 4 针,在缝线间切断胰腺,提起远切端分离解剖脾血管并向左逐一结扎、切断进入胰腺的血管分支直达脾门,将胰体尾切除。胰腺近端宜切成鱼口状,断端止血,显示主胰管并将其用丝线结扎。离近断端约 1cm 处水平环套褥式缝合,再将断面行间断缝合,缝合线进出针均需跨越褥式缝线,可较好的对拢胰断面前后缘,并防止缝线割裂撕脱。缝合后也可用附近大网膜覆盖断面。胰腺断面处放置胶管引流。

术后注意引流液的数量和性质,并测定淀粉酶。在引流液减少,淀粉酶不高等情况下可于术后 5～8 天拔引流管。

讨 论

保留脾脏的胰体尾切除是儿童胰腺断裂伤特别是有主胰管损伤的首选术式。胰体尾部假性囊肿、胰瘘、肿瘤等也是其手术适应症。为获得手术成功,我们体会:①胰体尾后面有疏松的脂肪层附着于腹后壁,游离后面时一定要在此间隙进行,可减少出血和避免损伤胰腺后面的血管、肾上腺等组织。②胰体尾部与脾动脉、脾静脉之间有很多小血管相连,有时脾静脉可在胰腺上缘后方胰组织内走行,分离常感困难。遇此情况我们的做法是先将胰体尾向上游离掀起,在预定切线离断胰腺,左手托起已游离下缘的胰体尾部并将其握于手中,助手提起胰腺远断端显露脾静脉,自左向右逐一分离结扎脾血管进入胰腺的分支直达脾门,这样便于操作,又可控制和减少出血。③若分离中脾静脉有损伤或脾静脉分离显露困难,也可结扎脾动静脉及结扎切断脾蒂。因为脾脏有丰富的侧支血管网,除脾蒂血管提供血供外尚有来自胃短血管和胃网膜左血管以及脾肾韧带、脾结肠韧带、脾膈韧带等血管吻合支与其相沟通,这是施行切断法保脾性手术的解剖学基础,不致引起脾脏血供障碍,但术中观察胃短动脉和胃网膜左动脉搏动良好方能保留脾脏。一般说外伤性胰腺损伤,行胰体尾切除脾静脉较易分离,而胰腺肿瘤、炎症则脾静脉较难分离可行脾动静脉结扎、切断,保留脾脏。

维普资讯 http://www.cqvip.com

但对胰体尾癌多数学者对保留脾脏持慎重态度。Aldridge 认为结扎脾血管应远离脾门，即在脾动脉分出胃短动脉和胃网膜左动脉之前结扎脾血管，对脾脏血供可无甚影响。④胰腺近端切成鱼口状分离出主胰管，并将其用丝线结扎，环套式褥式缝合加结节缝合对防止术后胰瘘、出血等合并症至关重要。

总之，保留脾脏的胰体尾切除术是一种安全、可行，成功率较高的手术，尤其适合儿童有胰体尾节除指征者。

参 考 文 献 略

（收稿日期：1995—11—14）

胃巨大平滑肌母细胞肉瘤 1 例

河北省辛集市第一医院外科 郑 澄

（河北辛集，邮政编码 052360）

患者男性，53 岁。因腹胀不适 2 月，腹部肿物发现 10 天，于 1994 年 5 月 28 日入院。2 月前无明显诱因出现腹胀不适，食欲减退，无腹痛、恶心及呕吐。在家服用中药调养无好转，且进行性消瘦，腹部逐渐膨隆，近 10 天发现腹部巨大肿物。入本院就诊，查体：消瘦，腹部膨隆，全腹均可触及一质硬肿块，上达剑突，下入骨盆，左右径约 18cm，无挤压痛，表面光滑，固定，未见锁骨上淋巴结肿大。B 超示：腹部巨大实质性占位，内部有片状液性暗区，边缘清楚，与肝、脾、胰、肾有明显分界。X 线钡餐造影示：胃向上移位，胃体部明显受压。胃粘膜未见隆凸。

手术见：肿物占满腹腔，球形，暗红色，质硬，表面有丰富的血管网，并与大网膜紧密粘连，两侧与侧腹膜无粘连，肝脏未见转移结节，切断大网膜，分离瘤体，见瘤体基底部侵及胃体前壁，连同瘤体行毕 I 式胃大部切除术，术程顺利，术后恢复理想。切除瘤体净重 5200 克，切面灰白，质软，部分区域呈液化囊变。病理报告：胃原发性平滑肌母细胞肉瘤。

文献报告胃平滑肌肉瘤约占胃肉瘤 20%，手术切除率高，效果较好。本例瘤体巨大，病人消化道症状不明显，就诊时间较晚，临床少见，术后随访 13 月健在，未见复发。

（收稿日期：1995—08—24）

关于第四届全国局解手术学学会推迟到 1997 年召开的通告

全国局解手术学学术年会已分别于 1990 年、1992 年和 1994 年召开过三届，但因召开的时间正是全国解剖学学术年会召开之时，局解手术学术年会正好与之相同，有很多局部解剖学同仁因而不能参加局解手术学年会，应这些同道的愿望与繁荣全国局解手术学学术年会的盛况，全国局解手术学学组理事会于 1995 年 11 月 7 日在沈阳中国医科大学召开的学组工作会议上研究决定第四届年会下延到 1997 年召开，届时有国际专家参加，力争召开一次国际性的学术会议，欢迎光临，以后仍为二年一届。

·本刊编辑部·