维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)04-0624-02

胰腺损伤 28 例诊治经验

林龙英,何 永

(四川省攀枝花市攀钢总医院普外科,攀枝花 617023)

【中国图书分类法分类号】R576 【文献标识码】B 【收稿日期】2005-12-26

胰腺固定于后腹膜,背靠脊柱,前有腹壁、胃和横结肠,因而外伤比较少见,以往胰腺损伤约占腹部创伤的 0.2%~6%[1]。近年由于交通事故增多,胰腺损伤有增多的趋势,约占腹部内脏伤的 8%~12%[2],胰腺损伤是一种严重的腹部损伤,单纯胰腺损伤少见,约 58%~98%胰腺损伤合并其他器官损伤[3],损伤后死亡率为 14%~31%[4]。从 1985 年至 2005 年我院共收治胰腺损伤 28 例,本文对其诊断治疗的经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 28 例,男 18 例,女 10 例,年龄 6~65 岁,腹部直接暴力伤 25 例,开放性腹部损伤 4 例,其它损伤 3 例。受伤至入院时间:< 8 h 16 例,≥ 8 < 24 h 8 例,≥ 24 < 48 h 3 例,> 48 h 1 例。单纯胰腺损伤 5 例,合并颅脑损伤 3 例,合并胸部损伤 5 例,合并脊柱损伤 4 例,合并四肢骨折 5 例,合并腹部其它脏器损伤 18 例,合并十二指肠损伤 7 例。

1.2 临床表现

28 例均有轻重不等的中上腹痛,其中 23 例伴有腰背部剧痛,呕吐血性液 4 例;有休克征象 17 例,有腹膜炎体征 22 例。血淀粉酶升高 25 例。腹穿抽得血性液 16 例,均有淀粉酶值升高。20 例经 B 超和 CT 检查,发现胰腺损伤分别为 60% 和 65%。

1.3 损伤程度及手术方式

按照 1990 年 Jurkovich 提出的四型分级标准[5],I 型:不伴胰管损伤的挫裂伤 11 例,止血和外引流。II 型:远侧横断伤,无或伴有胰管损伤的胰腺实质腺损伤 6 例,远端胰(胰尾)切除,单独结扎胰管,胰断面清除失活组织后行褥式缝合或锁扣缝合,放置引流。III 型:近侧横断伤,无或伴有胰管损伤的胰腺实质腺损伤 4 例,清除失活组织后,行近端主胰管结扎,断端缝合,远端胰腺与空肠行 Roux-Y 式吻合术 3 例;清除失活组织后,近、远端胰腺分别与空肠行 Roux-Y 式吻合术 1 例。IV:型胰十二指肠损伤联合损伤,壶腹血供正常;或壶腹血供破坏 7 例,十二指肠修补后行十二指肠憩室化手术 5 例;行 Whipple 手术 1 例;术中死亡 1 例。

1.4 转归

28 例中,5 例发生胰瘘,3 例经非手术治疗,2 例手术治疗,均痊愈出院。形成假性胰腺囊肿 6 例,3 例行囊肿穿刺置管外引流术,3 例再次行 Roux-y 内引流术,均痊愈。急性胰腺炎 2 例治愈。腹腔脓肿 3 例,穿刺置管外引流 1 例,手术引流 2 例。合并十二指肠瘘 1 例死亡。合并门静脉肠系膜上静脉撕裂伤术中死亡 1 例。

2 讨 论

2.1 胰腺损伤的诊断

2.1.1 术前诊断问题

廖连生等报道胰腺损伤 36 例,术前诊断 22 例,占 61%[6]。本组 28 例术前诊断 16 例,占 57.7%。近年可能各种影像检查手段和技术有长足进步,但是胰腺损伤的术前诊断率仍然很低,其原因可能与如下因素有关:(1)胰腺紧靠脊柱固定于后腹膜,前有胃、横结肠和网膜与腹壁相隔,位置隐蔽,出现明显的症状和体征相对较晚;(2)胰腺外伤多合并腹部多脏器损伤,其它腹腔脏器损伤的症象易掩盖胰腺损伤的表现,如腹腔内的大出血和胃肠道破裂所引起的临床表现常常较早出现,容易发现;(3)血清淀粉酶在胃肠破裂时也可以升高,甚至高于胰腺损伤。(4)胰腺外伤多伴有休克、全身多器官和多系统损伤,为争取抢救时间往往来不及进行影像检查,有时腹腔的积液、肠道的积气,以及后腹血肿也可影响 B 超、CT、MRI 等影像检查结果。本组我们体会在术前诊断问题应注意:(1)腹部及腰背部直接暴力伤时,如伴有腰背部持续剧痛,应利用 B 超、CT、MRI 等影像检查,判断有无胰腺损伤;(2)对伤后有剧烈腹痛、腰背痛及明确的腹膜刺激症状,即有手术探查指征应及时进行手术探查,不必强调胰腺损伤的术前判断;(3)对腹部体征不明显,血尿淀粉酶升高时应予以警觉,观察血尿淀粉酶动态变化,腹腔穿刺液或灌洗液淀粉酶显著升高,提示有胰腺损伤的可能;(4)对 B 超、CT 提示胰腺形态、轮廓的失常或显示不清,以及胰周的积液,应考虑有胰腺损伤。

2.1.2 术中诊断问题

手术探查中若发现下列情况应考虑有胰腺损伤:(1)网膜或肠系膜有脂肪坏死皂化斑;(2)横结肠系膜根部、十二指肠旁腹膜后血肿及(或)胆汁黄染和积气;(3)胰腺周邻脏器有损伤,如十二指肠、胃、脾和肾等。可打开小网膜囊和切开后腹膜直接探查胰腺,明确胰腺损伤后,应进一步判明大胰

作者介绍:林龙英(1963-),男,副主任医师,主要研究方向:肝胆胰外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

管有无损伤，它与术式的选择及病人的预后有关。由于胰腺挫伤后明显肿胀及被膜下血肿，有时难以确定大胰管断裂伤，可切开十二指肠降部或经十二指肠破口，由十二指肠乳头插入细塑料管注入美兰观察有无美兰外溢。还可经胆囊行胆道造影以明确胆总管下端有无损伤，造影剂偶尔可返流入主胰管，有时能发现胰管损伤。

2.2 胰腺损伤的手术方式

未累及主胰管胰腺挫伤的处理原则为：①严密的止血。术中对小出血点可用电凝或压迫止血，由于胰腺的血供丰富，常常要进行仔细缝扎止血，须用不吸收丝线做多个间断与创面平行褥式缝合止血，进针不可太深以防缝扎大胰管，结扎不宜过紧，以防割裂胰腺组织。②合理清创。清除失活胰腺组织，如有可能应保留残存的正常的胰腺组织不少于全胰的 20%~30%，以免术后胰功能不全[1]。③充分的胰周引流。充分有效的胰周引流是防止并发症和保证治疗效果的关键措施之一，作者采用双腔 U 型管引流，有利于术后保持引流通畅和更换引流管。

胰腺横断或部分断裂伤，首先要判断主胰管有无损伤及具体位置，但由于正常的主胰管直径一般在 0.5cm 以下[7]，胰腺挫伤后的创面明显肿胀及被膜下血肿，给判断主胰管有无损伤造成困难，即使采用美兰试验或造影检查有时也难以发现。在胰腺断面上，主胰管出现于后上部分的机率是 79.5%[7]，所以胰后上部分断裂伤应高度怀疑主胰管损伤。若主胰管断端两侧胰腺组织生机良好，可行胰管端端吻合术，Martin 曾报告 2 例[8]，国内亦有成功的报道。近年，有人推崇胰管吻合修补术，作者认为不可强求，除主胰管细小和两断端解剖困难之外，胰腺横断伤常合并多脏器、多系统的损伤，以及腹腔污染和手术时间延长这些因素都会影响术后疗效。对于伴有主胰管损伤胰腺横断或部分断裂伤，作者主张：(1) II 型，首先施行远端胰腺(胰尾)切除术，应尽可能保留脾脏。近侧胰断面清除失活组织后行褥式缝合或锁扣缝合，并结扎断面胰管，创面用网膜覆盖，放置引流。若近断端主胰管扩张增粗或造影显示欠通畅，可行近侧胰空肠 Roux-Y 式吻合术。(2) III 型，为保证残胰功能，远端胰腺应与空肠行 Roux-Y 式吻合术。如断端的胰腺和胰管完整，在清除失活组织后，可行近端主胰管结扎，断端缝合。若近侧胰头残留胰组织体积较小，可掀起胰头十二指肠，在清除失活组织后，较易显露胆总管下段和主胰管，根据胰管及（或）壶腹部损伤情况，选择主胰管结扎或残留胰头切除及胆总管十二指肠吻合。

胰头十二指肠复合损伤，治疗方法的选择主要取决于胆总管远端和壶腹部情况及十二指肠损伤的严重程度。胰头十二指肠损伤均较轻，十二指肠破裂未超过周径的 1/2，胆总管远端和壶腹部完整，只需缝合十二指肠侧壁，放置外引流，或加作经胃造瘘插管行十二指肠减压以利于伤口愈合，并预防十二指肠瘘的发生。

对严重的十二指肠破裂伤伴胰头挫裂伤而无主胰管损伤，Cogbill[4]提出改良的十二指肠憩室化手术：即幽门暂时闭合术。将胃窦前壁切开，经胃腔用可吸收缝线行荷包缝合闭锁幽门，再将胃窦切口与空肠吻合，使胃内容暂时由空肠转流，而不再切除胃窦部及迷走神经，数周后，十二指肠和胰头创伤愈合，幽门重新开放，胃空肠吻合功能上关闭。该术式简单快速，损伤小，疗效好。邱新光[9]等报告因外伤所行的胰十二指肠切除，死亡率达 50%~60%，但对严重的十二指肠损伤伴壶腹、近端胰管或远端胆总管毁损，可用控制损伤 (damage control) 的方法行比较保守的胰十二指肠切除。

2.3 术后治疗及并发症的防治

胰腺损伤是一种严重的腹部损伤，常合并其他器官损伤，术后易并发胰瘘、假性囊肿、急性胰腺炎、腹腔脓肿、十二指肠瘘和胆瘘等严重并发症，损伤后死亡率为 15%~20%，并发症率为 19%~55%[4]。本组 28 例中，并发症发生率为 43.2%，死亡率为 10.7%。为了减少并发症和降低死亡率，作者考虑：合并伤的处理、胰腺损伤程度和判断主胰管有无损伤是关键；合理放置引流管保持其通畅进行充分的胰周引流，对合并伤严重，或 III、IV 型胰腺损伤安空肠营养造瘘管在屈氏韧带 30cm 以外的空肠内；术后治疗应注意：①胃管保留时间宜稍长，一般术后 5~7 天后酌情去留；②早期实施抗凝治疗，对改善全身及胰腺局部的微循环，防止血栓形成和 DIC 的发生均有重要意义，术中即可开始应用；③营养支持治疗，术后早期应激反应机体表现出自身相噬和代谢紊乱，对外源性营养产生不应性[10]，维持内稳态和改善微循环作为此阶段的主要矛盾。高热卡和高粘稠度的营养液静脉给入，有可能加重内稳态失衡和微循环障碍，采用代谢调节（Metabolic regulation）支持治疗。代谢支持所需的营养底物量应由少到多，营养底物量由 1/2BMR 量始给，主张由单糖源供能，主要提供给只依赖葡萄糖供能的组织、细胞，如脑神经、红细胞等[11]，主要以静脉营养的方式提供。④术后务必保证引流通畅，若发生胰瘘则作为治疗措施，行负压吸引，直至胰瘘闭合。⑤使用生长抑素减少胃液、胆汁和胰液的分泌，可以减少胰瘘的发生。

参 考 文 献

[1] 胡宗泽.胰腺损伤的术式选择[J]. 肝胆外科杂志,1997;5(6):330.

[2] 王本茂.胰腺损伤的诊断[J]. 肝胆外科杂志,1997;5(6):324.

[3] 吴 刚,刘永锋.胰头损伤的术式选择[J]. 肝胆外科杂志,1997;5(6):327.

[4] 马宽生,董家鸿. 胰腺损伤的手术处理[J].临床外科杂志,2005;13(6):332-333.

[5] Jurkovich GJ. Carrick CJ. Pancreatic trauma [J]. North Am Surg, 1990;70:575.

[6] 廖连生,赵 旭. 胰腺损伤 36 例诊疗体会[J].肝胆外科杂志,2005;13(1):45-46.

[7] 栾竟新,许桂香,主编.胰腺外科[M].第 1 版,北京:人民卫生出版社,1985.12.

[8] 沈 魁. 胰腺损伤[J].普外临床,1990; 5:200.

[9] 邱新光,李德旭.闭合性胰腺损伤的诊治[J]. 中国基层医学,2005;12(6):689-690.

[10] 吴国豪,吴肇汉.外科危重病人的营养支[J].中国实用外科杂志,1998;18(12):717-720.

[11] 郑树森主编.肝脏移植[M].第 1 版,北京:人民卫生出版社,2001.30.