

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.36.026

文章编号: 1005-8982 (2018) 36-0124-03

临床报道

## 腹腔镜胰腺假囊肿空肠内引流术 10 例

张治桥, 陈梅福, 孙增鹏, 李国光, 李云峰, 凌争云, 曹中文, 龚伟智

[湖南省人民医院(湖南师范大学第一附属医院), 湖南长沙 410005]

**摘要:** **目的** 总结胰腺假囊肿行腹腔镜空肠内引流术的治疗经验, 并分析其安全性和可行性。**方法** 回顾性分析 2016 年 3 月—2018 年 3 月湖南省人民医院肝胆医院胰腺外科行腹腔镜胰腺假囊肿空肠内引流术的 10 例患者临床资料。**结果** 其中 7 例行完全腹腔镜手术, 3 例中转开腹; 手术时间 140 ~ 200 min, 平均 160 min; 出血量 10 ~ 100 ml, 平均 36 ml; 术后住院时间 5 ~ 21 d, 平均 10.5 d; 术后排气时间 2 ~ 3 d, 平均 2.2 d。术后出现 1 例胃肠功能障碍, 未出现出血、吻合口瘘及胰瘘等并发症。随访时间 3 ~ 24 个月, 平均 10 个月, 无畏寒、发热、腹痛及腹胀等不适, 未出现囊肿复发。**结论** 腹腔镜胰腺假囊肿空肠内引流术治疗胰腺假囊肿是一种安全可行的治疗手段。

**关键词:** 胰腺假囊肿; 腹腔镜; 囊肿空肠内引流术

**中图分类号:** R657.5

**文献标识码:** B

胰腺假囊肿 (pancreatic pseudocyst, PPC) 是胰腺炎的常见并发症之一, 也可由外伤引起, 胰液流出集聚在网膜囊内, 刺激周围组织及器官形成包膜, 囊壁上皮细胞附着<sup>[1]</sup>。约占胰腺囊性病变的 80% 左右<sup>[2]</sup>。PPC 早期一般无明显不适, 常伴有胰腺炎病史而出现临床症状, 目前主要的治疗手段有保守治疗、经皮穿刺引流、内镜治疗、手术治疗, 手术治疗又包括内引流术、外引流术及囊肿切除术<sup>[3-4]</sup>。随着微创时代的到来, 腹腔镜胰腺假囊肿内引流术越来越受到临床医师的关注, 现将 2016 年 3 月—2018 年 3 月于我科行腹腔镜胰腺假囊肿空肠内引流术的 10 例患者做如下分析。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2016 年 3 月—2018 年 3 月于湖南省人民医院肝胆医院胰腺外科因 PPC 行腹腔镜胰腺假囊肿空肠内引流术的 10 例患者临床资料。其中, 男性 5 例, 女性 5 例; 年龄 28 ~ 79 岁, 平均 51.5 岁; 所有患者均有胰腺炎发作病史, 时长 1 ~ 7 个月, 平均 4.1 个月; 无外伤史; 合并胆囊切除 5 例, 合并胰源性门脉高压 4 例; 囊肿内径大小约 6 ~ 14 cm; 位置主要分布在胰尾占 80%, 胰体占 30%, 胰头占 10%。

#### 1.2 治疗

**1.2.1 手术方式** 全身麻醉下, 头高脚低, 左高倾斜卧位。常规消毒铺巾, 主刀可于患者左、右侧因需要调换, “V”型 5 孔法。脐下 1 cm 为腹腔镜观察孔, 主操作孔位于右锁骨中线平脐位置, 其余操作孔在右锁骨中线肋缘下、左侧锁骨中线肋缘下, 左锁骨中线平脐。优先处理胆囊结石。打开胃结肠韧带, 寻找囊肿的位置, 以穿刺针确认囊腔并抽取少许囊液送淀粉酶及培养 + 药敏。超声刀少许剥离囊肿并切开囊腔吸净囊液。切口沿低位延长至 4 ~ 6 cm, 同时轻柔打开囊内分割并尽量吸尽囊内坏死物, 避免暴力吸引导致囊内不可控制性出血。距屈氏韧带 15 ~ 20 cm 处以强生直线切割闭合器横断空肠。将远端空肠襻从结肠后提至囊腔处用 4-0 Prolene 缝线连续内翻行囊肿空肠吻合。距吻合口 40 ~ 50 cm 以强生切割闭合器完成空肠侧侧吻合, 切口用 4-0 Prolene 缝线连续内翻缝合, 浆膜层加固, 间断缝合关闭空肠系膜孔。于吻合口前后放置引流管, 检查各吻合口张力足够, 无瘘, 无渗血, 关气腹, 缝合切口。

**1.2.2 术后处理** 术后常规抗感染, 抑酶, 补液对症支持治疗, 术后第 1、2、3 及 5 天检查吻合口引流液淀粉酶含量, 排除胰漏。术后吻合口引流液淀粉酶正

收稿日期: 2018-08-22

[通信作者] 龚伟智, E-mail: 13974801267@163.com

常、引流量约 10 ml 左右复查上腹部 CT 评估胰腺囊肿改变情况并考虑拔管。

### 1.3 观察指标

手术时间、术中出血量、术后胃排空及胰瘘等情况,术后随访。

## 2 结果

10 例手术患者行腹腔镜胰腺假囊肿空肠内引流,因局部炎症严重致分离困难,为避免术中大出血,中转开腹 3 例。术中观察囊内分隔占 70%,囊液基本呈现棕褐色坏死组织,术中囊液淀粉酶升高。手术时间 140 ~ 200 min,平均 160 min;出血量 10 ~ 100 ml,平均 36 ml;术后住院时间 5 ~ 21 d,平均 10.5 d;术后排气时间 2 ~ 3 d,平均 2.2 d。术后出现 1 例胃肠功能障碍,未出现出血、吻合口瘘及胰瘘等并发症。术后复查 CT 提示胰腺假囊肿缩小占 20%,完全消失占 80%。入院症状缓解均康复出院。随访时间 3 ~ 24 个月,平均 10 个月,无畏寒、发热、腹痛及腹胀等不适,未出现囊肿复发。

## 3 讨论

胰腺假囊肿(PPC)是胰腺炎常见的并发症之一,本组 PPC 均有胰腺炎发病史,其中合并胆囊结石 50%。自 1994 年 WAY 等完成了腹腔镜胰腺假囊肿内引流术<sup>[5]</sup>,此后引起国内外学者对腹腔镜胰腺假囊肿内引流术的关注。因术后恢复快、住院时间短、并发症少、复发率低、手术效果明显的优点得到广泛认可。

PPC 通常在保守治疗的基础上选择进一步手术治疗<sup>[6]</sup>。鲁晓岚等<sup>[7]</sup>报道,胰腺假囊肿形成时间小于 6 周,直径小于 6 cm,无明显症状及并发症可行保守治疗,持续 6 周以上囊肿未见消退者很少能自然吸收。本组患者发现囊肿形成时间 1 个月左右,平均 4 个月左右,保守观察期间未见囊肿消退,且有因此形成的临床症状如腹胀、腹痛等不适,故采用手术治疗。术前彩超及 CT 提示囊肿直径约 6 ~ 14 cm,均符合相关研究的手术指征。B 超提示囊肿壁完整、增厚、不易破裂,CT 提示多数患者有多发、分隔形成。因此,笔者推荐急性胰腺炎形成胰腺假囊肿在保守治疗的基础上,观察期超过 2 ~ 3 个月后,囊肿大于 6 cm,囊壁完整成熟,并引起临床症状者,可考虑进一步手术治疗。腹腔镜手术的手术指征基本同开腹,腹腔局部炎症严重、粘连难以分离的排除。

胰腺假囊肿内引流术常见的有囊肿胃吻合、囊

肿十二指肠吻合及囊肿空肠吻合<sup>[8]</sup>,前者术后出血率高于后两者<sup>[9-10]</sup>,囊肿空肠吻合因疗效确切且并发症少<sup>[11]</sup>,是首选的内引流术式。结合本研究患者病例特点,囊肿位置基本位于胰腺体尾部,与空肠易于吻合,且利用最低位引流的优势,均采用囊肿空肠吻合术。相对于囊肿胃吻合可减少囊液残留引流不畅,相对于囊肿十二指肠吻合可减少吻合口瘘及出血。

基于笔者腹腔镜胰腺假囊肿内引流的治疗体会,吻合口直径选择 4 ~ 6 cm,由于相对较大,可避免术后发生吻合口狭窄;同时选择较低位的囊肿开窗,引流通畅。旷置较长的空肠段,对于桥袢空肠,笔者选择不少于 40 cm,可预防囊肿回缩变小后张力性牵扯,同时有效避免逆行性食物残留或感染的发生<sup>[12]</sup>。吻合口采用 4 ~ 0 可吸收微乔线或倒刺线 1 层连续内翻缝合,两端结扎加固。桥袢经结肠前后疗效有无差异需进一步研究,但笔者的体会是,只要手术操作允许,尽量结肠后吻合,主要考虑低位引流相对通畅。囊壁虽然成熟,大多囊液为胰液和周围坏死组织形成,部分包绕血管,因此,术中吸取囊液时,不可暴力吸取或刮除,避免不可控制的出血。同时借助腹腔镜的优势,直视下全方位清洗囊腔,必要时保留血管周围的部分坏死组织,存在分隔时应尽量将隔膜打开成单腔后再行引流术。胰腺假囊肿内分泌物相对较少,少数与胰管相通,吻合口相对稳固、通畅,内引流术后不常规放置囊肿外引流管,提高了患者的术后生活质量。

相关研究显示,腹腔镜胰腺假囊肿空肠内引流术具有创伤小、术中出血量少、术后恢复快、住院时间短的优势<sup>[2,13]</sup>。但由于腹腔镜设备及切割闭合器等器材价格较高,导致住院费用较高。本研究中出现 1 例胃肠功能障碍,予以延长胃肠减压、给予肠外营养、穴位针灸等治疗后好转,未出现出血、吻合口瘘、胰瘘等严重并发症,所有患者均康复出院。随访期间,远期未见明显复发病例,效果满意。

综上所述,通畅引流是本手术成功的关键点。如术中发现粘连严重难以判断解剖结构时,及时中转开腹确保手术安全进行也是一种选择。在本组研究中,所有患者均未出现明显并发症,且远期疗效佳,选择好合适的病例,把握好手术技巧,腹腔镜胰腺假囊肿空肠内引流术是治疗胰腺假囊肿的一种安全、有效方式,手术方式相对简单,有一定推广价值。

### 参考文献:

[1] TEOH A Y, DHIR V, JIN Z D, et al. Systematic review comparing

- endoscopic, percutaneous and surgical pancreatic pseudocyst drainage[J]. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 2016, 8(6): 310-318.
- [2] PALANIVELU C, SENTHILKUMAR K, MADHANKUMAR M V, et al. Management of pancreatic pseudocyst in the era of laparoscopic surgery--experience from a tertiary centre[J]. *Surgical Endoscopy*, 2007, 21(12): 2262-2267.
- [3] 汪志伟, 柴琛. 胰腺假性囊肿的治疗研究进展 [J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2017(1): 115-119.
- [4] 蒋奎荣, 吴鹏飞, 苗毅. 胰腺假性囊肿诊治进展 [J]. *中国实用外科杂志*, 2013(6): 511-514.
- [5] WAY L W, LEGHA P, MORI T. Laparoscopic pancreatic cystogastrostomy: the first operation in the new field of intraluminal laparoscopic surgery[J]. *Surgical Endoscopy*, 1994, 29(8): 235-247.
- [6] OIDA T, MIMATSU K, KANO H, et al. Laparoscopic cystogastrostomy via the posterior approach for pancreatic pseudocyst drainage[J]. *Hepato-gastroenterology*, 2011, 58(110/111): 1771.
- [7] 鲁晓岚, 内田英二, 横室茂树, 等. 各型胰腺假性囊肿的治疗策略及预后判断 [J]. *中华胰腺病杂志*, 2010, 10(2): 79-82.
- [8] CUI M L, KIM K H, KIM H G, et al. Incidence, risk factors and clinical course of pancreatic fluid collections in acute pancreatitis[J]. *Digestive Diseases & Sciences*, 2014, 59(5): 1055-1062.
- [9] FEI L I. Timing and techniques of surgical intervention for acute pancreatitis: consensus and controversy[J]. *Journal of Clinical Hepatology*, 2017, 33(1): 32-35.
- [10] 许元鸿, 郭克建, 郭仁宣, 等. 胰腺假性囊肿的治疗研究 [J]. *中华普通外科杂志*, 2007, 22(2): 92-95.
- [11] 黄河, 张绍华. 胰腺假性囊肿 78 例临床分析 [J]. *中华内分泌外科杂志*, 2015(3): 242-245.
- [12] PATEL A D, LYTLE N W, SARMIENTO J M. Laparoscopic Roux-en-Y drainage of a pancreatic pseudocyst[J]. *Current Surgery Reports*, 2013, 1(2): 131-134.
- [13] KHALED Y S, MALDE D J, PACKER J, et al. Laparoscopic versus open cystgastrostomy for pancreatic pseudocysts: a case-matched comparative study[J]. *Pancreatology*, 2013, 13(1): e6-e7.

(王荣兵 编辑)