

腹腔镜胰腺囊肿治疗 10 例报告

滕毅山, 孙敏, 许宁, 王家平

(昆明医科大学第二附属医院腹部微创外科, 云南昆明 650011)

[摘要] **目的** 总结分析腹腔镜对胰腺囊肿治疗的适应症、技术要点、可行性及安全性。 **方法** 回顾自 2006 年 8 月至 2010 年 12 月共完成的 10 例胰腺囊肿治疗病例。男 6 例, 女 4 例, 年龄 35~60 岁, 平均 48 岁。术前诊断原发性体尾部囊肿 3 例, 胰腺假性囊肿 7 例。分别行 2 例胰腺囊肿剥除术, 1 例胰腺囊肿体尾联合脾脏切除术, 7 例胰腺假性囊肿与空肠吻合内引流术。 **结果** 10 例手术顺利完成。全组手术时间 (120 ± 60) min, 出血量 (150 ± 100) mL, 住院 (8 ± 2) d。病理结果: 囊腺瘤 1 例, 真性囊肿 2 例, 假性囊肿 7 例。平均随访 (24 ± 12) 月, 患者均无任何并发症。 **结论** 腹腔镜行胰腺囊肿切除或内引流是一种安全、快捷、有效的治疗方法。

[关键词] 腹腔镜; 胰腺囊肿; 胰肠吻合

[中图分类号] R657.5*2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4706 (2012) 05-0101-03

Treatment of Pancreatic Cyst by Laparoscope in 10 Cases

TENG Yi-shan, SUN Min, XU Ning, WANG Jia-ping

(Dept. of Abdomen Minimally-invasive Surgery, The 2nd Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650032, China)

[Abstract] **Objective** To summarize the adaptability, technical points, feasibility and safety in treatment of pancreatic cyst using laparoscope. **Methods** From August 2006 to December 2010, LC has been presented to deal with 10 cases of pancreatic cyst in which 6 male patients and 4 female patients with age from 35 to 60, 48 in average. There were 3 cases of primary tail cyst by preoperative diagnosis, in which 2 cases were performed by pancreatic cyst resection and 1 cases by tail Combined with splenectomy, and 7 cases of pseudocyst was performed by Jejunal anastomosis of internal drainage. **Results** All these 10 cases of operation were successfully accomplished which the operation time was 120 ± 60 min, bleeding capacity was 150 ± 100 mL and days of hospitalization was 8 ± 2. Pathological results: There is one case of cystadenoma, 2 cases of true cyst and 7 cases of pseudocyst. Patients were followed up for 24 ± 12 months on average, and no complications occurred. **Conclusion** It is a safe, rapid and efficient treatment method to resect the pancreatic cyst using LC.

[Key words] Laparoscope; Pancreatic cyst; Anastomosis of jejunal and pancreatic lyst

随着腹腔镜技术的发展成熟, 腹腔镜越来越广泛应用于胰腺疾病的诊治。昆明医科大学第二附属医院自开展腹腔镜手术以来, 共完成 2 例腹腔镜下胰腺真性囊肿剥除术, 1 例胰腺粘液囊腺瘤胰体尾联合脾脏切除术, 7 例胰腺假性囊肿内引流术, 现将经验介绍如下。

1 材料与方 法

1.1 临床资料

原发性胰腺囊肿 3 例, 其中男 2 例, 女 1 例, 患者感上腹不适, 体查无其他体征, 病程 1 月~10 a。影像学检查为囊性, 位于胰腺体尾部。胰腺假性囊肿 7 例 (见图 1)。其中女性 3 例, 男性 4 例, 患者均有重症胰腺炎病史, 上腹胀痛, 病程 3 月~2 a。影像学检查表现为胰腺部囊性病 变, 其直径 6~12 cm。

[基金项目] 云南省科技计划资助项目 (20092C111M); 云南省教育厅科学研究基金资助项目 (601090200506)

[作者简介] 滕毅山 (1962~), 男, 云南昆明市人, 医学博士, 副主任医师, 主要从事腹部微创外科研究工作。

[通讯作者] 王家平. E-mail: jpwang12@hotmail.com

1.2 治疗方法

手术采用静脉全身麻醉，患者仰卧位，采用 4 孔法，4 孔分别位于脐部、剑突下、左腋前线肋缘下、右锁骨中线肋缘下，取头高、右倾、截石位，术者位于患者两腿之间。3 例原发性胰腺囊肿患者术中用超声刀打开胃结肠韧带，显露腺体尾病变部位，用超声刀和 Ligasure 对囊肿进行剥离，其中 2 例囊肿完整剥离出来，其直径 5~7 cm，另 1 例囊肿壁与脾动脉紧密包绕无法分离脾动脉，于是行胰腺体尾部及脾脏一并切除，其步骤是先将整个胰体尾联合脾脏自后腹膜游离，再用切割闭合器 (Endo-GIA, 美国强生公司) 于囊肿前缘切断并闭合胰体部。标本切除后再次检查胰腺断端，无胰液渗出，于胰窝处、脾窝处分别留置腹腔引流管 1 根。另对 7 例假性囊肿先充分暴露囊肿，在囊肿最低位选择一无血管区域先做标记，然后自屈氏韧带处找到空肠起始部，将空肠提起拉至囊肿壁已做好标记处，在小肠壁距屈氏韧带处约 25 cm 处用超声刀切开小肠壁一小口约 1 cm，再在标记好的囊肿壁处同样用超声刀切开 1 cm 小口，吸净囊液，用切割闭合器 (34 mm 长刀头) 两臂分别插入囊肿壁和肠腔切割吻合囊壁与小肠 (见图 2)，再用 3-0 可吸收线缝合尚未完全闭合的囊肿壁和小肠壁，手术结束。在吻合口下方放置橡胶引流管 1 根。



图 1 胰腺囊肿
Fig. 1 Pancreatic cyst



图 2 胰肠吻合
Fig. 2 Anastomosis of jejunal and pancreatic cyst

2 结果

10 例手术均获成功，成功率 100.00%，95CI 为 69.15%~100.00%。术中出血量除 1 例胰体层加脾切除术失血量在 250 mL 左右，其余术中出血量约 150 mL。手术时间 1 例腺体尾部加脾脏切除术时间在 180 min，其余均在 120 min 以内。术后胃肠功能恢复时间平均 (1.5 ± 1) d，平均术后住院时间 (5 ± 2) d，术后恢复顺利无胰漏发生，也无上行感染发生。病检结果：2 例胰腺真性囊肿，1 例为粘液性囊腺瘤，7 例胰腺假性囊肿。术后随访最长超过 2 a，最短 4 月。无病灶复发。7 例内引流术后囊肿明显缩小。

3 讨论

近 10 a 来，随着腹腔镜器械的改进和腔镜医生经验的积累。腹腔镜胰腺手术逐步发展，目前已由单纯穿刺活检、囊肿外引流拓展到囊肿内引流、胰体尾切除术，甚至胰十二指肠切除术。胰腺囊肿分为真性、假性及肿瘤性 3 类，其中以假性囊肿为最多，真性囊肿有完整的被膜，多为先天性，或因胰液滞留使胰管扩张而成。肿瘤性囊肿有胰腺癌、胰腺粘液囊腺病等，不多见。假性胰腺囊肿为急、慢性胰腺炎的并发症，少数是由外伤或其他原因所引起。假性囊肿是由于胰管破裂，胰液流出聚积在网膜囊内，刺激周围组织器官的腹膜，形成纤维包膜，但无上皮细胞，故称假性囊肿。

3.1 腹腔镜胰体尾真性囊肿剥除术

胰腺真性囊肿因有完整包膜，术中用超声刀可将囊肿完整剥离出来，术中应最大限度减轻胰腺及其相邻组织的损伤，尽可能防止损伤脾动、静脉以防止大出血。良性疾病尽量保留脾脏。保留脾脏的方式目前临床上有 2 种，一是保留脾脏及脾动静脉；二是保留脾脏，结扎脾动、静脉，依靠脾胃韧带和脾结肠韧带内的血管供应脾脏，即 Warshaw 方法^[1]。2 者对比，后者在技术上难度要小，但它存在术后脾供血不足、脾梗死的风险。

3.2 腹腔镜胰体尾及脾切除术

对胰体尾部的肿瘤，例如胰腺癌或粘液性囊腺瘤易被误诊为胰腺真性囊肿，术中无法进行囊腺瘤剥出，而且瘤体与脾动、静脉包裹粘连，无法分开，只能进行胰腺体尾部加脾脏切除，将胰

腺前后被膜暴露良好,同时游离脾脏,在预切断处游离,离断并结扎脾动、静脉,不需将胰腺与脾动、静脉完全分开,将脾脏与胰体尾一同切除^[2]。由于认识到脾脏在人体免疫中所起的作用,脾脏切除后患者抗感染力下降,容易发生高热、重症肺炎、败血症等,因此现在保留脾脏的胰体尾切除术越来越得到重视,良性疾病应尽量保留脾脏^[3]。

腹腔镜胰体尾切除主要并发症是胰瘘,文献报道发生率在 0%~27%。就如何有效减少胰瘘发生率,国内外尚无统一观点,在腹腔镜下使用切割闭合器离断胰腺,氩气刀喷凝胰腺断面,喷洒纤维蛋白胶,结扎主胰管,连续缝合胰腺残段,留置腹腔引流管可能都会减少胰瘘的发生^[4],术后无需常规使用生长抑素类药物。脾静脉或门静脉血栓也是胰体尾联合脾脏切除术后常见并发症,可使用抗凝药进行预防。

3.3 腹腔镜胰腺假性囊肿内引流术

适合腹腔镜胰腺假性囊肿切除术的病例罕见,对于壁薄、炎症充血水肿明显的囊肿勉强施行内引流术易发生出血或胰瘘,所以应根据病史及影像学检查结果来决定手术时机,术中根据囊肿的位置通常选择囊肿-空肠吻合术^[5]。本研究 7 例患者均采用此术式,以 Endo-GIA 行空肠与囊肿前壁切割吻合。术中注意应显露好空肠和囊肿界面,保证吻合确实选择合适管径的吻合器以保证吻合口通畅。

总之,本组案例表明,对于胰腺囊性病变,腹腔镜手术是安全、可行的,其有手术创伤小、恢复快、效果满意的优势,越来越得到医生和患者的认可,随着经验的积累,此术式会广泛应用于临床,亦可能成为一个“金标准”术式^[6]。

[参考文献]

- [1] 廖泉,赵玉沛. 胰腺良性肿瘤微创手术治疗及评价[J]. 中国实用外科杂志,2008,28(5):344-346.
- [2] 牟一平,陈其龙. 腹腔镜胰体尾切除术的手术经验[J]. 肝胆外科杂志,2008,16(3):168-170.
- [3] 张太平,赵玉沛,杨宁,等. 胰腺假性囊肿治疗方式的选择与评价[J]. 中华外科杂志,2005,43(3):149-152.
- [4] 贺强,盛勤松,郎韧,等. 胰腺假性囊肿治疗方式的临床分析[J]. 肝胆外科杂志,2010,6(1):29-31.
- [5] GOVIL S,IMRIE C W. Value of splenic preservation during distal pancreatectomy for chronic pancreatitis [J]. Br J surg,1999,86(7):895-898.
- [6] TOPA L,LASZLO F,SAHIM P,et al. Endoscopic transgastric drainage of a pancreatic pseudocyst with mediastinal and cervical extension [J]. Gastrointest Endosc,2006,64(3):460-463.

(2012-01-12 收稿)

征稿启事

为进一步支持和推动昆明医科大学学科建设的发展,使《昆明医科大学学报》的学术质量得到进一步的提升,《昆明医科大学学报》编辑部决定自 2012 年 1 月 1 日起,国家自然科学基金资助课题的综述可以在学报正刊发表,另外对国家自然科学基金资助课题、云南省自然科学基金资助课题及昆明医学院“十二五”省级、校级重点学科立项建设的论著,给予快审快发及优稿优酬的奖励机制。欢迎广大科研教学人员、硕士及博士研究生踊跃投稿。投稿邮箱: kmyxyxb@126.com, 电话: 0871-5936489, 0871-5933621, 0871-5333437。

昆明医科大学学报编辑部

2012 年 1 月 1 日