

高龄腹腔镜胰十二指肠切除 1 例报告

许 军 刘 昶* 徐力善^① 关英辉 季力同 金 鑫

(哈尔滨医科大学附属第四医院普外科, 哈尔滨 150001)

中图分类号: R657.5 R656.6⁺4

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2006)08-0627-02

腹腔镜技术在胰腺外科中的应用较为滞后^[1], Gagner 等^[2]于 1994 年完成首例腹腔镜胰十二指肠切除术 (laparoscopic pancreatoduodenectomy, LP), 被认为是腹腔镜手术问世以来操作极为复杂、难度极高的手术^[3]。2005 年 5 月 25 日 我们对 1 例 84 岁恶性梗阻性黄疸实施 LP 现报道如下。

1 临床资料

患者 男 84 岁。因皮肤巩膜黄染伴尿色深 20 d 入院。体格检查 皮肤巩膜黄染 浅表淋巴结未触及肿大 心肺正常。腹平坦 肝脾未触及 可触及肿大胆囊, Murphy 征阴性。血、尿常规、肾功能正常, 心电图正常。肝功能检查: 总胆红素 324.7 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 115.9 $\mu\text{mol/L}$, 总蛋白 67.8 g/L, 白蛋白 41.3 g/L, 谷氨酸转氨酶 141 U/L, 天冬氨酸转氨酶 154 U/L, 碱性磷酸酶 246 U/L, 谷氨酰转肽酶 486 U/L。CEA、CA₁₉₋₉ 均正常。彩超: 肝内胆管明显扩张, 胆总管上段宽 1.5 cm, 胰腺大小及走行正常, 壶腹部可见 2.6 cm \times 3.1 cm 低回声团块, 提示肝外梗阻性黄疸, 壶腹部占位。磁共振胰胆管成像 (magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP) 示梗阻性黄疸, 壶腹部癌。术前诊断 梗阻性黄疸 壶腹部癌。术前 1 周进行充分准备 纠正慢性脱水、电解质紊乱, 静脉点滴氨基酸、脂肪乳等补充能量, 肌注维生素 K₁ 10 mg、维生素 K₃ 8 mg, 每日 2 次, 应用保肝药物以增加肝功能储备。

2005 年 5 月 25 日在气管插管静吸复合全麻下行 LP。头高 20° 仰卧位, 双腿略分开, 术者站于左侧。脐下缘切口刺入气腹针建立 CO₂ 气腹, 维持气腹压力 13 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 置 10 mm trocar, 进 30° 腹腔镜探查见肝脏、腹腔和网膜无转移, 肝脏淤胆, 胆管扩张, 直径约 1.5 cm。左肋缘下腋前线、右肋缘下锁骨中线及右肋缘下腋前线穿刺, 置入超声刀、LigaSure 和把持钳。取 Kocher 切口剪开十二指肠侧后腹膜, 超声刀游离、切断肝结肠韧带, 剪开胃结肠韧带进入小网膜囊探查胰头无明显肿大。肿瘤的可切除性判断 继续游离十二指肠侧后腹膜, 见肿瘤位于十二指肠降部并与下腔静脉粘连, 但尚存在间隙。沿结肠中血管根部游离肠系膜上静脉, 剪开肝十二指肠韧带向下游离, 行门静脉与肠系膜上静脉会师。裸化肝十二指肠韧带, 保留胆总动脉, 根部处用 LigaSure 切断、闭合胃网膜右血管。游离、切断十二指肠后壁与胰头间的细小血管分支, LigaSure 切断、闭合胃十二指肠及胃右动脉。距幽门 5.0 cm 处以腹腔镜切割缝合器 Endo-GIA 切断胃远端。超声刀沿肠系膜上静脉左侧切断胰颈部, 逐一切断胰颈与脾血管间血管分支。切断胆总管下端, 游离十二指肠各段, 剪开 Treitz 韧带, 结肠后位向上提起空肠上段, 靠近十二指肠系膜缘处以超声刀、LigaSure 交替游离, 切断胰腺钩突部。Treitz 韧带下 10 cm 处以 Endo-GIA 切断上段空肠, 腹腔镜下完成胰十二指肠切除。采用 Child 法进行消化道重建。①腹腔镜下胰肠吻合: 镜下探查

胰腺断面找寻胰管断端放置支架管, 4-0 可吸收线固定。提起空肠, 与胰颈部上下缘两点固定后行“套接式”对端吻合, 以 4 号丝线捆绑固定, 松紧适度。②经腹部切口辅助下行胆肠吻合: 剑突下上腹正中做 6.0 cm 切口, 以两端开口塑料袋保护创缘, 由切口将切除标本取出, 距胰肠吻合 5.0 cm 行胆囊空肠端侧吻合。③体外行胃肠吻合: 结肠前位行胃结肠端侧吻合, 并加行肠间吻合, 操作在体外进行。胆肠、胰肠吻合口旁分别放置引流由腹壁穿刺口引出。

手术时间 8.5 h, 术中失血量约 180 ml。术中生命体征平稳, 术后第 3 天排气, 第 4 天进流食并离床活动。术后 1 周病人偶有发热, 体温最高 38.9 °C, 无心、肺部并发症。术后 1 周肝功能改善明显, 总胆红素 121.4 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 52.1 $\mu\text{mol/L}$ 。术后第 6 天出现胆漏, 引流量最多 40 ml/d, 术后 14 d 经引流管泛影葡胺逆行造影证实胆漏消失后拔除引流, 术后 21 d 痊愈出院。术后病理: 十二指肠降部腺癌 (部分为黏液腺癌) 侵及壶腹部, 癌肿侵袭浆膜层, 肠系膜淋巴结 3/10 癌转移。随访 4 个月彩超复查腹腔无复发和转移。

2 讨论

胰十二指肠切除术是治疗壶腹周围肿瘤的首选方法, 尽管目前手术切除率和总体疗效有了很大提高, 但传统的胰十二指肠切除术是普外科手术中较为复杂、极富风险性的手术, 创伤大, 病人恢复慢, 术后并发症发生率和病死率仍较高^[4]。因而如何降低手术对机体的创伤对于保证高龄病人安全渡过围手术期具有更为重要的意义。

腹腔镜手术具有创伤小、痛苦轻、术后恢复快、术野清晰开阔等优点, 与传统开腹手术相比有较大的优越性。我们在开展腹腔镜胃、结直肠癌根治、肝切除术^[5]等以及成功开展了 1 例 LP 的基础上, 成功地为本院 84 岁高龄恶性梗阻性黄疸病人实施了 LP。老年人机体储备下降, 多器官有潜在的功能不全, 在应激情况下生命器官的代偿功能多显示出低下, 往往发展为危重情况或导致死亡。其中主要是心血管系统、呼吸系统、泌尿系统、胃肠功能等。因此, 胰十二指肠切除术后加强高龄病人的围手术期处理极为重要。本例术前对心、脑、肺、肝、肾等重要脏器的功能进行了严格评估, 术后在重症监护病房 (ICU) 监护治疗, 每日多次复查血气分析, 加强呼吸道的管理, 积极鼓励病人排痰, 预防坠积性肺炎发生, 营养支持: 每日供氮量 0.25 g/kg, 葡萄糖 3~4 g/kg, 脂肪 1.6 g/kg, 液体量 2 500~3 000 ml。胰岛素与糖配比 1: 5 供给, 可促进 ATP 产生, 增加肝细胞的 DNA、RNA、蛋白和糖原的合成, 促进肝细胞的代谢、再生, 有助于改善肝功能; 每日静推奥美拉唑 (洛塞克) 40 mg, 预防应激性溃疡的发生; 应用头孢曲松 (罗氏芬) 2.0 g, 每日一次静滴以预防和控制胆道感染, 并根据细菌敏感试验进行相应调整, 防治二重感染。对吻合口漏及感染灶进行充分有效的引流, 本例术后虽发生

* 通讯作者

① (黑龙江省医院普外科, 哈尔滨 150001)

胆漏,但在严密监护和对吻合口漏及感染灶进行充分有效引流的基础上促进漏口愈合。

目前认为单纯高龄并不是手术的绝对危险因素,肿瘤病期和合并症是高龄病人手术死亡的主要原因^[6],但高龄病人由于脏器功能储备和机体代偿能力有限,行胰十二指肠切除术仍存在极大的风险。我们认为对年龄问题应综合分析,如果健康状态良好或心、肺等重要脏器功能基本正常,术前进行严格评估,如能耐受中或大型手术,仍应积极、慎重地进行手术治疗。在手术方式的选择上,如技术和设备等条件较为完备,对于高龄壶腹周围肿瘤病人实施 LP 可能更具优势。

参考文献

1 刘国礼. 腹腔镜胰腺外科技术的发展与现状. 肝胆胰外科杂志,

2004,16:5-9.

2 Gagner M, Pomp A. Laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy. Surg Endosc, 1994, 8:408-410.

3 Cuschieri SA, Jakimowicz JJ. Laparoscopic pancreatic resections. Semin Laparosc Surg, 1998, 5:168-179.

4 Yeo CJ, Cameron JL. Improving results of pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer. World J Surg, 1999, 23:907-912.

5 骆明德, 张一楚. 胰腺癌的扩大切除. 中国实用外科杂志, 2001, 21:54-56.

6 许军, 孙备, 陶维阳, 等. 腹腔镜肝部分切除 2 例. 中国微创外科杂志, 2005, 5:414.

(收稿日期 2005-09-20)

(修回日期 2006-04-13)