

## · 个案报告 ·

## 腹腔镜胰体尾切除术 1 例报告

牟永华 邢人伟 牟一平 聂寒秋 李敏献 梁思渊 陈 明 周 龙

(浙江省台州市立医院肝胆外科, 台州 318000)

中图分类号: R657.5

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2008)03-0287-02

近年来,随着超声刀、切割闭合器等设备在临床的应用,腹腔镜技术正逐步应用到胰腺外科。我院 2006 年 9 月行腹腔镜胰体尾切除术(laparoscopic distal pancreatectomy, LDP) 1 例,现报道如下。

## 1 临床资料

男, 74 岁, 因反复肝功能异常 2 周于 2006 年 8 月 15 日收住我院感染科。无不适主诉, 无腹痛、腹泻, 无恶心、呕吐, 无皮肤巩膜黄染史。既往有糖尿病史 10 年余。入院查体: 腹部无阳性体征。经感染科护肝、控制血糖等对症支持治疗后肝功能恢复正常。常规 B 超提示胰腺尾部占位, CT 检查提示: 胰腺尾部占位 (1.2 cm × 1.5 cm, 图 1)。转入我科, 完善各项检查, 无手术禁忌, 于 2006 年 9 月 15 日行腹腔镜胰体尾切除 + 脾脏切除术。

气管插管全身麻醉。左侧垫高约 30°, 右臂上举固定。术者和持镜者立于患者右侧, 另一助手立于左侧。在全腹腔镜下进行。脐上缘为观察孔; 在左锁骨中线肋缘下 2 cm 置入 10 mm trocar, 作为主操作孔; 在右腹直肌外侧缘肋弓下缘

约 10 cm 置入 5 mm trocar, 作为副操作孔; 另一辅助操作孔在右腋前线肋缘下 2 cm 置入 5 mm trocar。常规建立气腹 (压力 15 mm Hg, 1 mm Hg = 0.133 kPa) 及操作空间后, 先全面探查腹腔。超声刀切开胃结肠韧带, 探查胰腺及肿块。术中胰腺尾部占位 (1.5 cm × 1.5 cm × 1.2 cm), 质软, 边界清, 周围未见肿大淋巴结。于胰腺上缘分离出脾动脉干, 可吸收夹夹闭, 然后于胰体后方分离出脾静脉夹闭, 用束带将胰体尾连同肿块牵起, Endo-GIA 切断。再分别离断脾结肠、脾胃、脾肾及脾膈韧带, 彻底游离脾脏, 切除的标本用一次性取物袋自左上腹扩大的戳孔中取出 (图 2)。于胰床及脾窝各放置 1 根腹腔引流管自左、右上腹戳孔中引出, 其余各戳孔以可吸收线皮内缝合。

手术时间 300 min, 出血量 150 ml。术后 2 d 拔除尿管, 下床活动; 术后 3 d 排气, 拔除胃管; 术后 4 d 进流质饮食, 6 d 改为半流质饮食。腹腔引流液量逐渐减少至 30 ml 以下, 7 d 拔除腹腔引流管, 术后 10 d 出院。术后病理: 黏液性囊腺瘤伴微小胰岛细胞瘤 (图 3)。术后随访 6 个月, 未见复发或转移。

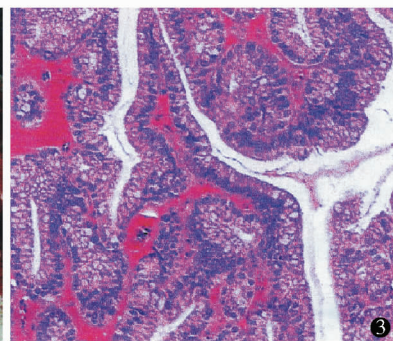
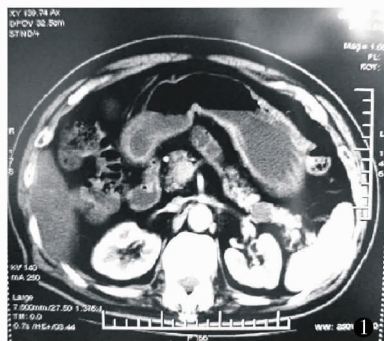


图 1 CT 显示胰体尾部占位 图 2 手术标本 图 3 黏液性囊腺瘤伴微小胰岛细胞瘤

## 2 讨论

## 2.1 LDP 手术适应证、禁忌证

胰腺为腹膜后位器官, 位置深, 显露困难, 且其与脾血管、肠系膜血管及多个重要脏器毗邻, 手术难度及风险较大, 因而腹腔镜胰腺手术与其他手术相比开展较晚。1996 年, Cuschieri 等<sup>[1]</sup>首先报道了 LDP, 但至目前国内外尚没有成功开展该手术的大宗病例报道。多数作者认为腹腔镜胰体尾切除是安全、可行的, 但要求术者具备丰富的胰腺外科经验和熟练的腹腔镜技术。LDP 的适应证: ①胰体尾良、恶性肿瘤, 如囊腺瘤、囊腺癌、胰岛细胞瘤等; ②病变主要集中于左半胰腺症状明显的慢性胰腺炎; ③慢性胰腺炎合并胰体尾囊肿<sup>[2]</sup>。局部大血管受侵犯及肿瘤远处转移应列手术禁忌。

## 2.2 是否保留脾脏的术式选择

胰体尾和脾脏紧密相连, 因此早期的腹腔镜胰体尾切除术都行脾切除术。本例亦行脾脏切除。然而脾脏毕竟是人体重要的免疫、造血器官, 因而有学者主张尽量保留脾脏。一般认为, 对位于胰尾部的良性肿瘤, 在确保安全的情况下, 应尽可能选择保留脾脏的胰体尾切除术。但保脾手术难度

大, 转开腹手术率高。

目前常用的保留脾脏的胰体尾切除的方法有 Kimura 法和 Warshaw 法<sup>[3]</sup>。Kimura 法保留脾动、静脉, 此法最大的技术难点在于游离脾动、静脉, 对术者要求较高, 需要很好地暴露脾动、静脉, 然后仔细分离出进入胰腺实质的脾动、静脉分支, 并用超声刀凝断或钛夹夹闭后切断, 分离时应尽量远离脾血管。而 Warshaw 法则离断脾动、静脉, 依靠胃短及胃网膜左血管提供脾脏血供, 其最大的优点在于不必游离脾动、静脉, 降低手术难度, 尤其对于胰体尾占位病变压迫紧贴脾动、静脉的患者有较大临床应用价值。但切断脾动、静脉术后脾脏梗死发生率明显增加。Fernandez 等<sup>[4]</sup>报道 18 例 Warshaw 法术后有 3 例 (16.6%) 出现脾梗死。作者认为应根据术前影像学检查、术中探查结果及术者本身经验决定是否保留脾脏及选择合适的手术方式。

## 2.3 LDP 术中注意事项

成功进行腹腔镜胰体尾切除术, 首先要求术者有丰富的腹腔镜手术和胰腺外科手术经验。施行 LDP 应注意以下几点: ①先解剖出脾动脉, 予以结扎或用可吸收夹夹闭后切断, 可有效避免术中出现难以控制的大出血, 保持手术视野

清晰。②运用超声刀切开胃脾韧带、胃结肠韧带和脾结肠韧带,游离胰体尾及脾脏,止血效果好。③使用 Endo-GIA 离断胰体,可有效预防胰漏。④施行保留脾脏的胰体尾切除术应仔细游离脾动、静脉。首先游离并切断胰颈部,将胰体尾部向上牵拉后可以很好地暴露脾动、静脉,然后利用腹腔镜的视觉放大作用,用解剖器和超声刀仔细分离出进入胰腺实质的脾动、静脉分支,并用超声刀凝断或钛夹夹闭后切断,分离时应尽量远离脾血管。牵拉胰体尾及分离脾动、静脉分支时切忌粗暴,以免引起脾动、静脉破裂出血,导致手术失败<sup>[5]</sup>。

#### 2.4 LDP 并发症防治

腹腔镜胰体尾切除术有一定并发症发生率,其常见并发症有出血、胰漏、脾梗死、脾床积液、肠梗阻等。腹腔镜下胰腺残端缝合对术者的缝合技术有相当高的要求,镜下缝合技术经验不足建议使用 Endo-GIA 离断胰体。本例术中应用 Endo-GIA 切断,不但大大减少了手术时间,而且其良好的切割闭合作用还有效预防了术后胰残端出血及胰漏的发生。脾动静脉的离断用可吸收钛夹夹闭,可有效防止术中及术后出血。胰、脾床引流是预防脾窝积液的有效手段。保留脾脏

的胰体尾切除时采用 Kimura 法保留脾动、静脉血管可明显降低脾梗死的发生率。

#### 参考文献

- 1 Cuschieri A, Jakimowicz JJ, van Spruijvel J. Laparoscopic distal 70% pancreatectomy and splenectomy for chronic pancreatitis. *Ann Surg*, 1996, 223: 280 - 285.
- 2 朱一平, 牟一平. 腹腔镜胰体尾切除术的方法与现状. *中国微创外科杂志*, 2002, 2(增刊): S98 - S99.
- 3 Warshaw L. Conservation of the spleen with distal pancreatectomy. *Arch Surg*, 1998, 123: 550 - 553.
- 4 Fernandez C, Martinez I, Gilabert R, et al. Laparoscopic distal pancreatectomy combined with preservation of the spleen for cystic neoplasms of the pancreas. *J Gastrointest Surg*, 2004, 8: 493 - 501.
- 5 牟一平, 徐晓武, 王观宇, 等. 腹腔镜胰体尾切除术的临床应用. *中华医学杂志*, 2005, 85: 1786 - 1787.

(收稿日期: 2007 - 04 - 18)

(修回日期: 2007 - 10 - 17)

(责任编辑: 李贺琼)