

文章编号:1009-6612(2019)05-0321-03
DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2019.05.321

· 论 著 ·

腹腔镜胰体尾切除术的临床疗效分析

王程, 黄强, 邵峰

(安徽医科大学附属安徽省立医院, 中国科学技术大学附属第一医院, 安徽 合肥, 230001)

【摘要】 目的:探讨腹腔镜胰体尾切除术的优越性,并分析术后胰瘘的原因。方法:回顾分析2017年1月至2018年12月为40例患者行胰体尾切除术的临床资料,依据手术方式分为开腹组与腹腔镜组。结果:40例患者中13例行腹腔镜手术,1例中转开腹,26例行开腹手术。腹腔镜组与开腹组手术时间、术中出血量、术后胰瘘发生率差异无统计学意义;腹腔镜组后进食时间、术后住院时间、住院费用优于开腹组。胰瘘患者与非胰瘘患者年龄、性别、BMI、病理类型、胰腺残端是否加固缝合差异无统计学意义;胰瘘患者术前血淀粉酶高于非胰瘘患者。结论:腹腔镜胰体尾切除术可加快患者术后康复,降低住院费用,值得临床推广。对于术前血淀粉酶较高的患者,需关注其术后胰瘘的风险。

【关键词】 胰体尾切除术;腹腔镜检查;胰瘘

中图分类号:R657.5 文献标识码:A

Clinical effectiveness analysis of laparoscopic distal pancreatectomy WANG Cheng, HUANG Qiang, SHAO Feng. Department of General Surgery, Affiliated Provincial Hospital of Anhui Medical University, the First Affiliated Hospital of University of Science and Technology of China, Hefei 230001, China

【Abstract】 Objective: To investigate the superiority of laparoscopic distal pancreatectomy and analyze the reasons of postoperative pancreatic fistula. **Methods:** The clinical data of 40 patients who underwent distal pancreatectomy from Jan.2017 to Dec.2018 were retrospectively analyzed. According to the surgical procedure, they were divided into open group and laparoscopic group. **Results:** Of the 40 patients, 13 underwent laparoscopic surgery, 26 underwent open surgery, 1 was converted to laparotomy. There was no significant difference in the operation time, intraoperative blood loss, or postoperative pancreatic fistula between the two surgical methods. The postoperative eating time, postoperative hospital stay and hospitalization costs in laparoscopic group were significantly better than those in open group. According to the analysis of pancreatic fistula after operation, it is found that the patient's age, gender, BMI, pathological type, and whether the pancreatic stump is reinforced or not were not significantly different between the patients with or without pancreatic fistula; preoperative blood amylase in pancreatic fistula patients was higher than that in patients without pancreatic fistula. **Conclusions:** Laparoscopic distal pancreatectomy could accelerate postoperative rehabilitation and reduce hospitalization costs, is worthy of clinical promotion. Preoperative higher blood amylase should be paid attention for the risk of postoperative pancreatic fistula.

【Key words】 Distal pancreatectomy; Laparoscopy; Pancreatic fistula

1910年Jacobaeus等首次应用Trocar插入腹壁及通过Trocar将空气输入腹腔,然后置入膀胱镜检查。1944年法国Raoul Palmerjiang将腹腔镜正式应用于妇科领域。进入20世纪70年代后,由于冷光源、玻璃纤维内窥镜的发明,德国Semm的人工气腹监护装置——自动气腹机问世,至此腹腔镜手术得到发展。因其损伤小、无需剖腹,很快被医生与患者接受。1980年美国Nezhat医生开始应用电视腹腔镜进行手术。使手术视野清晰地展现在荧屏上,扩大了视野,许多医生可同时观看手术过程,利

于技术的交流与研讨,也便于助手的配合、麻醉医师的协助。随着快速康复外科理念的推广及微创技术的发展,腹腔镜手术已得到广泛推广^[1-3],包括腹腔镜胰体尾切除术。胰腺体、尾部的手术适应证较多,包括局限性腺癌、胰岛细胞腺瘤、囊肿及慢性钙化性胰腺炎等。现回顾性分析2017年1月至2018年12月安徽省立医院胆胰外科为40例患者行胰体尾切除术的临床资料,将体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾分析2017年1月至2018年12月安徽

通讯作者:黄强, E-mail: ahslyyhq@163.com

作者简介:王程(1993—)男,安徽医科大学附属安徽省立医院研究生在读,主要从事肝胆胰外科的学习。

省立医院胆胰外科为40例患者行胰体尾切除术的临床资料,其中男17例,女23例,平均(55.8±16.34)岁;13例行腹腔镜手术(腔镜组),26例行开腹手术(开腹组),1例中转开腹。术中均采用直线切割闭合器离断胰腺,均为R0切除,胰腺残端放置引流管。术后标本均送病理。

1.2 胰瘘评判标准 根据2016年国际胰瘘研究组临床相关的术后胰瘘定义为:任何可测量的引流液,其淀粉酶含量高于同机构检测正常血清淀粉酶正常值上限3倍以上,并与临床(症状)发展转归密切相关者即被定义为胰瘘。同时,参照国际胰瘘研究组的标准将胰瘘的严重程度分3级^[4]。

1.3 统计学处理 对比分析两组手术时间、术中出血量、术后进食时间、术后住院时间、住院费用、术后胰瘘发生率。采用SPSS 21.0软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差表示,采用独立样本*t*检验,计数资料采用 χ^2 检验。

表1 两组患者手术相关指标的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	胰瘘发生率 (n)	术后进食时间 (d)	术后住院时间 (d)	住院费用 (千元)
腔镜组	245.54±81.72	346.15±335.70	6	3.38±1.12	9.69±2.93	39.84±6.80
开腹组	245.63±88.18	445.56±538.73	13	4.74±1.35	15.30±7.85	48.01±15.45
<i>t</i> / χ^2 值	-0.03	-0.713	0.014	-3.35	-3.267	-2.318
<i>P</i> 值	0.997	0.480	0.960	0.002	0.002	0.026

表2 两组患者是否切脾的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	保脾		切脾	
	手术时间(min)	术中出血量(mL)	手术时间(min)	术中出血量(mL)
开腹组	248.63±75.32	381.25±220.29	244.37±94.98	472.63±630.66
腔镜组	199.13±29.72	206.25±191.68	319.80±85.5	570.00±414.73
<i>t</i> 值	1.729	1.695	1.716	0.414
<i>P</i> 值	0.117	0.113	0.131	0.688

表3 术后胰瘘发生的相关因素分析

组别	年龄 (岁)	性别(n)		BMI (kg/m ²)	血淀粉酶	残端加固(n)		病理(n)	
		男	女			是	否	良性	恶性
胰瘘组	50.53±16.57	9	10	23.31±3.34	73.82±41.85	8	11	8	11
非胰瘘组	60.57±14.94	8	13	22.27±4.37	51.16±14.95	6	15	8	13
<i>t</i> / χ^2 值	-2.006	0.351	0.852	2.115	0.803	0.067			
<i>P</i> 值	0.052	0.554	0.400	0.047	0.510	0.796			

3 讨论

快速康复外科是指围手术期采取多种已证实有效的措施,以减少手术带来的应激反应及器官功能紊乱,降低术后并发症发生率,减轻患者围术期不适主诉,从而达到缩短住院时间、加快康复、提高患者术后生活质量的目的^[1,5]。相关病例分析结果提示,相较开腹手术,腹腔镜胰体尾切除术明显缩短术后进食时间,这与腹腔镜手术减少手术创伤利于术后早期下床、减少对腹腔脏器干扰、加速术后胃肠道功能的恢复有关。同时相关研究表明,术后早期进食能促进胃肠道恢复、改善术后营养状况、加速恢复^[6-7]。因此,腹腔镜胰体尾切除术可加速术后康

2 结果

2.1 手术相关指标的比较 两组手术时间、术中出血量、术后胰瘘发生率差异无统计学意义($P>0.05$),腔镜组术后进食时间($P=0.002$)、术后住院时间($P=0.002$)、住院费用($P=0.026$)优于开腹组,见表1。术中是否行脾切除对两种手术方式的手术时间、术中出血量无明显影响($P>0.05$),见表2。

2.2 术后胰瘘的相关分析 术后发生胰瘘19例(47.5%),根据是否发生胰瘘分为胰瘘组与非胰瘘组。分析结果显示,两组患者年龄、性别、BMI、残端是否加固缝合、病理类型差异无统计学意义($P>0.05$),胰瘘患者术前血淀粉酶水平较高($P<0.05$)。见表3。

复,缩短术后住院时间,节省住院费用。

本研究中,两组术后胰瘘发生率差异无统计学意义。胰瘘是胰腺手术后常见且危险的并发症,胰瘘的处理较为困难^[8-9];如处理不当,容易引起出血、感染等严重并发症,甚至死亡。预防胰瘘的发生、恰当处理已发生的胰瘘仍是外科医生需要不断努力解决的问题。笔者分析40例胰体尾切除患者的临床资料发现,术前血淀粉酶水平是术后胰瘘发生的相关因素。质地较软的胰腺术后第1天腹腔引流液淀粉酶含量明显高于质地较硬的患者。这可能与质地软的胰腺保留了更好的外分泌功能,可分泌大量胰液;质地软的胰腺在胰腺残端有更多的小胰管与主

胰管相交通,切断后胰液溢出增加;质地软的胰腺离断时容易造成切割、从缝合线针孔渗出的胰液增加等因素有关。研究表明,胰腺质地软是胰十二指肠切除术术后胰瘘发生的唯一独立危险因素^[10]。因此根据术前淀粉酶水平可初步评估术后胰瘘的发生

风险,提前做好相应处理,有效预防胰瘘的发生,并进行及时恰当的处理。

综上所述,腹腔镜胰体尾切除术可减小手术创伤,缩短术后进食时间、术后住院时间,降低住院费用,符合快速康复外科理念。

参考文献:

- [1] Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002, 183(6):630-641.
- [2] 中国研究型医院学会肝胆胰外科专业委员会. 肝胆胰外科术后加速康复专家共识(2015版)[S]. 中华消化外科杂志, 2016, 15(1):1-6.
- [3] Ramírez JM, Blasco JA, Roig JV, et al. Enhanced recovery in colorectal surgery: a multicentre study[J]. BMC Surg, 2011, 11:9.
- [4] Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After[J]. Surgery, 2017, 161(3):584-591.
- [5] 江志伟, 李宁, 黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(2):131-133.
- [6] 尚玉龙, 刘汝亭. 早期肠内营养在胃癌患者快速康复外科治疗中的临床应用[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2012, 4(4):220-223.
- [7] Goéré D, Cunha AS. Parenteral and enteral nutritional support (excluding immunonutrition)[J]. J Visc Surg, 2015, 152 Suppl 1: S8-S13.
- [8] Wang ZZ, Zhao GD, Zhao ZM, et al. An end-to-end pancreatic anastomosis in robotic central pancreatectomy[J]. World J Surg Oncol, 2019, 17(1):67.
- [9] 吴志明, 牟一平. 腹腔镜胰体尾切除术后胰漏的防治进展[J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(6):566-569.
- [10] Kiyochi H, Matsukage S, Nakamura T, et al. Pathologic Assessment of Pancreatic Fibrosis for Objective Prediction of Pancreatic Fistula and Management of Prophylactic Drain Removal After Pancreaticoduodenectomy[J]. World J Surg, 2015, 39(12):2967-2974.

(收稿日期:2019-04-03)

(英文编辑:董朔晖)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

关于本刊论文著作权的声明

尊敬的作者,如果您的论文被《腹腔镜外科杂志》刊用,自论文发表之日起,其著作权及相关财产权将自动转让给《腹腔镜外科杂志》编辑部。本刊对论文的部分或全文享有但不限于以下专有使用权:汇编权、发行权、复制权、翻译权、网络出版及在全世界范围的信息传播权;许可国内外文献检索系统、数据库收录并使用;允许以现有及未来出现的各种介质、媒体及其他语言文字出版、使用。论文刊登后的著作权使用费、稿酬等所有相关费用一次性以两本赠刊的形式给付。

作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意本刊上述声明。

《腹腔镜外科杂志》编辑部