

科研资料

《普腹外科专辑》

湖南医学院第一附属医院

一九八〇年十二月

目 录

脾切除加近半胃及食道下端外周血管结扎术(Hassab手术)治疗门脉高压症 (附123例分析).....	鲁恩赐 吕新生 陈中民 张建中(1)
胰腺囊肿41例临床分析.....	罗学宏 伍迪群(6)
肝叶切除术治疗原发性肝癌34例小结.....	吕新生 韩 明 鲁恩赐 伍迪群(11)
肝叶切除术治疗肝癌自发性破裂术后较长期生存两例报告.....	吕新生 韩 明(18)
中西医结合治疗急性胰腺炎 120 例小结.....	刘浚阳 刘 恕 顾明辉(20)
胆石性肝脓肿(附例26报告).....	刘浚阳 刘 恕 顾明辉(24)
胸导管颈内静脉吻合治疗顽固性肝硬变腹水.....	韩 明 鲁恩赐 蔡润芝 李玉孚(28)
非寄生虫性肝囊肿的诊断和治疗(附21例报告).....	罗学宏 张时绥(31)
肝畸胎瘤(附1例报告).....	罗学宏 李共荣(35)
中西医结合非手术治疗胆道残余结石.....	湖南医学院附一院急腹症协作组 刘浚阳 刘恕 顾明辉 唐仲平(36)
胃肠道平滑肌肿瘤(附16例报告).....	沈立荣 汤恢涣(43)
直肠癌根治切除术中有关结扎双侧髂内动脉的探讨(附66例报告)	余超仑 沈立荣 罗学宏 胡成顺 费慧娟 廖矩梓 陈展硕 邓炳尧 伍迪群 卢文能(46)
直肠平滑肌瘤和平滑肌肉瘤误诊分析.....	罗学宏 沈立荣(49)
移动盲肠症误诊为肠结核两例报告.....	罗学宏(52)
中西医结合治疗粘连性肠梗阻 150 例报告.....	湖南医学院附一院急腹症协作组 刘浚阳 顾明辉 刘 恕(54)
原发性恶性肠粘连的实验研究.....	罗学宏(60)
白莓合剂治疗阑尾炎.....	张成裕 顾明辉 刘 恕(64)
先天性巨结肠根治性手术24例.....	刘 恕 沈立荣 余超仑 罗学宏 伍迪群(70)
淋巴性(桥本氏)甲状腺肿24例报告.....	胡成顺 沈立荣 鲁恩赐(72)
甲状腺手术时喉返神经损伤的再次手术治.....	吕新生 鲁恩赐(75)

应用心得安作为甲状腺机能亢进手术前准备.....韩 明 伍迪群(82)

乳腺癌 556 例临床分析.....沈立荣 胡成顺 费慧娟 张义渊 吴加英(86)

胰腺完全横断伤两例报告.....罗学宏(88)

成功切除 1 例巨大恶性颈动脉体瘤.....吕新生(91)

腹腔手术后并发罕见空肠套迭一例报告.....汤恢涣 顾明辉 刘 恕(92)

磁疗预防肠粘连的实验研究.....湖南医学院附一院急腹症协作组(93)
刘浚阳 顾明辉 刘 恕

半边莲、双氧水治疗胆道残余结石(临床与实验研究)
.....刘浚阳 刘 恕 顾明辉 唐仲平(99)

肝丛切断术后对胆压、流速和胆道排除异物功能影响的实验观察
.....刘浚阳 刘 恕 顾明辉(108)

肿瘤性多段肠套叠一例报告.....陈展硕 廖矩梓(111)

胃癌 245 例临床分析.....余超仑 沈立荣 张义渊(113)

腹腔弥漫性蛔虫卵性肉芽肿一例报告.....廖矩梓(118)

甲状腺癌175例临床分析.....张义渊 沈立荣 韩 明(121)

脾切除加近半胃及食道下端外周血管结扎术 (Hassab 手术)治疗门脉高压症

(附 123 例分析)

湖南医学院附一院腹部外科 鲁恩赐 吕新生
湖南省南县血吸虫病防治站 陈仲明 张建中

门脉高压症是一种常见的病。洞庭湖区是血吸虫病疫区，在湖南引起门脉高压症的主要原因是血吸虫病。但近十多年来，门脉性肝硬化所致者有所增加。自1968年9月至1980年3月，我们仿用 Hassab 手术治疗各种原因的门脉高压症 123 例，现总结报告于后：

一 般 资 料

123例中，男性102例，女性21例。年龄17岁至65岁，其中31~49岁者85例，50~59岁者21例，超过60岁者6例。全部病人均具有肝硬化的临床特征，并经手术证实有不同程度的肝变；其中经化验、直肠活检或肝脏病理检查，证实为血吸虫病性的59例(48%)，门脉性的57例(46.3%)，混合性的2例，斑替氏综合症3例，记载不详的2例。肝功能分级(按Child氏分类法)属A级者40例(32.5%)，B级24例(19.5%)，C级59例(48%)。

123例中有上消化道出血史者59例(48%)，其中32例(占总数的26%)因出血不止急诊手术，27例出血停止后行择期性手术(包括2例脾切除术后再出血者)；无出血史但x线检查有食道静脉曲张者30例(24.4%)；其余无出血史者的34例(27.6%)中，经食道吞钡检查未发现静脉曲张的8例，另26例术前未作食道吞钡检查(亦归属于此类)。

手术死亡率：

急诊手术32例中死亡13例，急诊手术死亡率为40.6%。其中肝功能属A级或B级的9例中死亡1例(死于继续出血)，占11%；C级者23例，死亡12例，占52%，其中10例死于肝昏迷，1例死于失血性休克，1例术后发生急性十二指肠溃疡出血，行胃次全切除胃空肠吻合，术后7天并发吻合口漏死亡。

择期性手术91例，死亡2例，死亡率为2.2%。2例均为肝功能C级，其中1例术后并发肺部感染，败血症死亡，另1例术后15天死于肝昏迷。

肝功能与手术死亡率的关系：肝功能A级、B级者共64例，死亡1例，死亡率为1.6%。C级者59例，死亡率为23.7%。

急诊手术止血率:

32例中30例术后出血停止,止血率为93.8%。术后继续出血2例,1例为单纯脾切除术关腹时突发消化道大出血而加行本手术,但术中结扎胃小弯血管仅达贲门附近而未及食管下端,近贲门处亦仅用贯穿缝合两针,术后继续大出血死亡;1例肝功能C级并大量腹水,术后持续少量便血、腹水,后诱发肝昏迷死亡。

手术并发症:

除手术后死于肝昏迷的10例外,113例手术后共发生并发症15例(13.3%)20次。计:应激性溃疡出血5例次(死亡1例),胸腔积气液3例次,膈下感染2例次,肺部感染2例次,肠道二重感染2例次,切口感染2例次,切口裂开1例次,腹水感染1例次,肠粘连1例次。本组未发现术后胃排空障碍者。

手术操作要点

常规切除脾脏,妥善处理脾蒂断端及脾床出血点,然后从胃左、右网膜血管交界处起切断、结扎胃大弯侧近端的所有血管及与胃底部相连的胃隔韧带(其中常可见有较多曲张静脉),切断结扎胃小弯侧的胃左血管至胃壁和返行至食管的所有分枝及食管下端3~5厘米的外周围血管,然后向上前方翻起胃大弯,显露胃后壁,直视下切断、结扎胰腺上缘走向胃底小弯侧的所有血管(包括胃冠状静脉的食管支),缝扎或不缝扎左膈下静脉。左膈下常规放置引流管。

门脉高压症患者肝胃韧管的脂肪一般多而较厚,特别在急性出血期还往往伴有组织水肿,因此,在结扎胃小弯侧血管时,宜将肝胃韧带分开前、后两层,分别结扎,否则,易造成结扎困难或出血。

随访结果

本组术后生存的108例中,手术时间超过1年的100例,获得随访者87例,随访率87%。随访时间最短1年,最长的有11.5年。

手术后生存率及死亡原因:

87例中生存者76例(87.4%),死亡11例(12.6%)。死亡者术前肝功能均属C级,其中9例肝衰竭,1例术后半年感染黄疸型肝炎死于亚急性黄色肝萎缩,1例术后两年死于肝癌,手术后已满3年的63例,生存54例(85.7%),死亡9例(14.3%)。

再出血率:

87例中再发出血者5例(5.7%),其中术前有出血史的37例中复发出血3例(8%);无出血史但有食道静脉曲张的23例中,术后发生出血1例(4.3%);无出血史亦无食道静脉曲张的27例中,术后发生出血1例(3.7%),此例于术后两个月便血800毫升,未经特殊治疗自行止血,至今已4年多未发出血,x线检查亦未发现食道静脉曲张,2例脾切除术后再出血者,经行Hassab手术后均未再发出血,其中1例已6年,1例已2年。

食道静脉曲张变化情况:

87例中术前有出血史或食道静脉曲张者60例,其中手术前后有食道吞钡检查对照者25例,25例中术后食道静脉曲张消失者10例(40%),好转者14例(56%),无变化者1例(4%)。另有6例术前有出血史但未作食道吞钡检查者(2例急诊手术,4例择期性手术),术后随访检查未发现食道静脉曲张。

肝功能变化情况:

手术前有肝功能分级对照者65例,其中术后好转者26例(40%),无变化者32例(49.2%),无变化者32例(49.2%),恶化7例(10.8%)(见表1)。

65例手术前后肝功能分级对照

表1

术前 \ 术后	A	B	C
A (29例)	25	1	3
B (13例)	8	2	3
C (23例)	15	3	5

腹水变化情况:

手术时发现腹水者19例,其中18例随访时消失(94.7%),1例恶化(5.3%)。其他无腹水者(包括术前有腹水历史的),术后均未出现过腹水。

脑病:

除1例术前有脑病者术后进食高蛋白饮食后有轻型脑病外,其他病人从未发作过任何神经症状。

讨 论

门脉高压症在临床上有重要意义,它所产生的食道静脉曲张破裂出血可引起死亡。治疗门脉高压症的手术方法虽然很多,但各有利弊,目前还没有一种手术可适应于所有门脉高压症病人⁽¹⁾。门体分流性手术虽然能为有效的降低门脉压力预防和治疗食道静脉曲张出血,但对病人的条件要求较高,操作也较复杂。同时一般分流手术如吻合口过大,则可使门脉血从灌流肝脏转而至下腔静脉,不但可加速肝衰竭的发生,手术后的脑病发生率也较高;若吻合口不够大,术后吻合口栓塞率较高,又易再发生出血。选择性门体分流术(远端脾肾静脉吻合术)虽可避免上述缺点,但操作更为复杂,特别是在肥胖病人和肌肉发达者,对中度或重度腹水者更为禁忌⁽²⁾,且有人对此手术持怀疑态度⁽³⁾⁽⁴⁾。大多数非分流手术预防和治疗食道静脉曲张出血的效果较差,手术后再出血率较高⁽²⁾,因此,寻求一种操作较为简单、效果较好的手术仍是当前需要探讨的课题。

据国内外报告, Hassab 手术操作简便,对病人损伤较小,手术条件较宽,近远期效果

较好,可适应于各类型的大多数门脉高压症病人,特别是血吸虫病所致者⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾。我们从一九六八年起开始用此手术,现已成为我们治疗门脉高压症的常用手术和治疗门脉高压症上消化道出血的主要手术方式。

一、Hassab 手术的手术条件较宽:

本组选择性手术者91例中,C级31例,手术死亡者仅2例,其中1例系并发肺部感染、败血症死亡。急诊手术的C级病人23例,虽然死亡较高(52%),但死亡的12例中,1例死于失血休克,1例死于应激性溃疡术后吻合口漏,其他10例中有重度腹水5例(3例伴有黄疸),中度腹水3例(其中1例伴轻度黄疸),轻度腹水1例,轻度黄疸1例。既然这些病人对这种较简单的手术尚难忍受,很难想象他们能够忍受较为复杂的、费时较长的分流手术⁽²⁾。同时在急诊手术后生存的11例C级病人中,2例有重度腹水,2例有轻度腹水,1例有明显黄疸伴轻度腹水,4例血清总蛋白低于5.5克%、白蛋白低于2.75克%,另1例一般肝功能明显受损,而这些都是分流手术禁忌症。

二、近期疗效好:

本组急性止血率为93.8%,较Hassab报告的100%为低⁽⁶⁾。术后继续出血的2例中,1例多为未切断、结扎食道下端外周血管和胰上缘血管有关,如切断、结扎血管彻底,很可能终止出血,近期疗效可能有所提高⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾。另1例系肝功能严重失代偿,术后变大量出血为少量出血诱发肝昏迷死亡,可能与其凝血功能差,破裂静脉难以凝血有关。

三、远期疗效较好:

(一)术后生存率不比其他组低。本组术后3年生存率为85.7%,超过5年以上的26例仅2例死亡,超过7年的10例中无1例死亡。

(二)再出血率较低。本组再出血率为5.7%,术前有出血史者为8%,无出血史者为4%,较国内各分流手术组或胃横断手术组报告的为低或相似⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁾。

(三)食道静脉曲张消失好转率高。本组术后食道静脉曲张者消失者占40%,好转者占56%,无变化仅4%,高于或相似于国内其他手术组的报告;比柯伯威报告同类手术的效果为好⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁻¹⁴⁾。

(四)腹水消失率高。本组随访生存病人中,术中发现腹水的19例,随访时消失者18例。

(五)脑病发生率较低。本组术前无脑病者术后亦无。而国内报告分流术后脑病发生率为1~29%,特别是血吸虫性门脉高压症病,术后脑病发生率高⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁻¹³⁾。

(六)肝功能。随访时有改善者40%,无变化者49%,恶化者11%,虽然C级病人中有9例术后4年内死于肝功能衰竭,但有19例生存3~11.5年,9例生存5年以上,2例生存9年以上。

Hassab认为,本手术疗效较好是由于切断、结扎了左半胃及食道下端的外周血管,同时切除了脾脏,能使门脉高压永久性降低(较术前降低了32%),门脉血容量减少了30%,减轻了门脉充血;加之阻断了沿食道周围的门脉反流,也减轻了胃和食管下端充血,同时矫正了奇静脉的淤滞,也有利于食道静脉血的正常回流。本手术还能增加肝动脉血流量,肝动脉阻力较术前降低了69%,肝静脉血流量增加40%,说明肝脏血供改善。胸导管流量亦有明显减少,故可使腹水改善。另外,术后胃的分泌运动功能和肠道的吸收运动功能、以及心肺功能

术后有所改善,均有利于病人的康复〔5〕〔6〕。

Hassab 提出,结扎左隔下静脉能提高手术止血效果和预防再出血。但本组不然,本组 5 例再出血中,3 例曾缝扎左隔下静脉,2 例未缝扎。从解剖学观点看,左隔下静脉是属于食道静脉的引流静脉,汇入体静脉系统,结扎后还能对食道胃底静脉引流带来不利影响。同时,本组有两例术后不久发生左侧气胸(术中曾缝扎左隔下静脉),可能与患者隔肌较薄,缝扎隔静脉时缝针缝线过粗及缝过深损伤胸膜有关。因此,有无必要缝扎左隔下静脉实可商榷。

本组术后应激性溃疡发生率较高,共 5 例(4.1%),均发生于术后 4~7 天,其中 3 例均非手术疗法止血,2 例出血量大伴休克,非手术治疗无效,手术发现 1 例为急性十二指肠溃疡病出血,经行胃次全切除术后止血,但第二次手术后 7 天死于胃空肠吻合口漏。因为在 Hassab 手术后,如果再行胃次全切除,势必会切断供应胃的血液的全部主要血管,残胃血运只能依赖于食道动脉下行支加左隔下动脉返行支供应,故易发生残胃供血不足而出现“阑胃综合症”(“blue stomach syndrom”),术后极易发生吻合口漏〔15〕〔16〕。因此,在 Hassab 手术后禁忌施行胃次全切除;反之,胃次全切除术后也是 Hassab 手术的禁忌症。本组死亡的教训足以为戒。另 1 例为胃底、胃体部广泛出血,经行迷走神经切断、幽门成形及胃造瘘引流术后止血。

小 结

根据本组现有资料,Hassab 手术确具有操作简便、手术条件宽、远近期效果好的优点,可适用于各种类型的大多数门脉高压症病人,包括脾切除后再出血者(已行胃次全切除者是禁忌症)。特别是不受设备和技术条件的限制,凡能施行脾切除术的基层医疗单位都可应用,便于推广。但本组病例随访不够完全,随访时间不够长,有待进一步随访观察。

参 考 文 献

1. 黄萃庭等 脾肾静脉分流术治疗门脉高压症 140 例观察
《中华外科杂志》第 16 卷第 5 期第 262 页 1978 年
2. Dawson, F. L. Portal hypertension Recent advance in surgery No. 9 55-28
Churchill liviston london 1977
3. Vang, J. Results of a Modified Distal Splenorenal shunt for Portal Hypertension Ann. Surg. 185: 224 1977
4. Switzerland, L. Efficacy and risk of the distal Spleno-renal shunt in the treatment of bleeding Varices Amer. J. surg 133: 163 1977
5. Hassab, M. A. Gastroesophageal decongestion and Splenectomy in the treatment of esophageal Varices in bilrhzial cirrhosis Further study with a reports on 355 operations Surgery 61: 169 1967

6. Hassab, M.A Nonshunt operations in portal hypertention without
S.D.O 131: 649 1970
7. 彭德恕等 门奇静脉阻断术治疗门静脉高压症引起的上消化道出血
《中华医学杂志》第1期第19页 1977年
8. 陈继东等 脾切除后并发症和死亡原因的探讨
《中华外科杂志》第16卷1期第28页 1978年
9. 孙衍庆等 限制性门腔静脉侧侧分流术治疗门脉高压症的评价(附202例择期手术疗效分析
第九届全国外科学术会议论文摘要 148页 中华医学会 1978年
10. 柏椿年等 门体分流术治疗门脉高压症(附324例报告)
第九届全国外科学术会议论文摘要 146页 中华医学会 1978年
11. 蒋孝忠等 门脉高压症脾腔静脉吻合术 100 例分析
第九届全国外科学术会议论文摘要 148页 中华医学会 1978年
12. 湖南益阳地区血防所 脾切除等四种术式治疗晚期血吸性肝硬变门脉高压症远期疗效分析
《血防参考资料》湖南省防治血吸虫病研究所编 1978年第2期第11页
13. 武汉医学院第二附属医学外科 胃底横断术治疗胃底静脉曲张静脉破裂大出血
《中华外科杂志》第15卷第1期第5页 1977年
14. 柯柏威 晚期血吸虫病食管胃底曲张静脉破裂出血的处理
《中华医学杂志》第1期第5页 1977年
15. Strode, J.E Perforation of an isohmic proximal gastrectomy remnant
following gastric resection S.C.N.A 50: 301 1970
16. Pemberfon, L.B The indication for total gastrectomy
S.C.N.A 50: 57 1970

胰 腺 囊 肿 41 例 临 床 分 析

湖南医学院第一附属医院普腹外科 罗学宏 伍迪群

内容提要 本文报道胰腺囊肿41例, 40例为手术治疗, 仅1例死亡, 近期疗效较满意; 1例为中西医结合治疗, 已获得痊愈。作者结合文献复习, 就本病的诊断、治疗、预防等方面进行了讨论。

* * * *

胰腺囊肿是由多种原因所致胰腺的囊性病变。可分为四种：①原发性真囊肿，常为较小的多数囊肿；②继发性假囊肿，常为炎症或创伤所致，可向周围组织扩散；③胰腺肿瘤的囊性变，囊腺瘤或上皮瘤的管状扩张，腺癌的坏死塌陷，胰腺炎梗阻也可继发囊肿；④寄生性囊肿(本文未包括)。临床上以假性胰性囊肿最为多见。

本病并非罕见，自Morgagni (1761)第一次在尸体解剖时发现以来，陆续有报道，查阅国内1949年至今仅近100例报告。我院1957~1979年共收治41例，特作一临床分析，并结合文献复习，就诊断、治疗和预防等问题加以讨论。

临 床 资 料

一、性别与年龄：

本病男22例(占54%)，女19例(占46%)；年龄自40天~61岁，小于10岁者8例；11~20岁者2例，21~30岁者12例，31~40岁者10例，41~50岁者7例，大于50岁者2例，平均年龄29岁。

二、病 因：

发病前有急性或慢性胰腺炎病史者23例(占56%)，上腹部外伤史者9例(占22%)，胆道疾患者4例(占10%)，病史不详者5例(占12%)。

三、症状和体征：

全部病例均有上腹部胀痛不适；腹部疼痛呈阵发性绞痛向腰部放射者35例(占85%)；恶心、呕吐、消瘦者25例(占60%)；畏寒发热、黄疸者9例(占22%)；个别患者有水样腹泻。

腹部触诊：可扪及囊肿者40例(占98%)，囊肿位于左上腹部者23例(占56%)；右上腹部者6例(占15%)；剑突下者11例(占27%)。囊肿溃破所致弥漫性腹膜炎者6例(占15%)，并发门脉高压、脾功能亢进者6例(占15%)。

淀粉酶检查：进行血清淀粉酶测定者15例，尿淀粉酶测定者12例，均在正常范围，但囊液淀粉酶测定23例均显著增高，高达1,024温氏单位以上者16例(占70%)。

钡餐透视检查：计15例，其中14例(占93%)有诊断价值。胃窦部向上向前移位，大弯呈光滑凹形充盈缺损，十二指肠向右移位，十二指肠圈扩大，术中证实为胰腺头部囊肿；胃体部明显前移，右移，呈一薄带样，即为胰腺体部囊肿；胃向右上方移位，在胃体大弯侧胃底部之后型有明显的大幅度的弧形压迹，十二指肠空肠下移呈弧形，则为胰体近尾部区囊肿；胃体部明显向右前方移位，大弯缘出现光滑之弧形压迹，十二指肠空肠曲向下向前方移位，属于胰尾部囊肿之典型表现。

超声波检查：计15例，均探及不同程度的液平段。

四、手术发现和病理诊断：

本组病例中40例为手术探查证实：均在小网膜腔内、肝胃韧带、胃结肠韧带之间发现囊性肿块。胰腔容积分别为300~8,000毫升。囊肿液呈现为淡黄色、咖啡色、乳白色等。孤立性大囊肿35例(占88%)，多房性合并小囊肿5例(占12%)；有囊内结石者2例；囊肿癌变者2例；囊肿自发破裂向空肠、横结肠、左侧胸腔穿透形成内瘘者各1例；囊肿压迫胆总管所

致阻塞性黄疸者 1 例。

手术探查的 40 例中, 有 24 例进行了病理切片检查, 发现为胰腺乳头状囊腺瘤、胰腺乳头状腺癌各 1 例, 其余 22 例 (占 90%) 均符合假性胰腺囊肿。

五、术前诊断及误诊率:

本组 41 例术前诊断为胰腺囊肿者仅 22 例 (占 56%)。分别误诊为肝癌、胆道疾患者各 3 例; 胃癌、胰腺癌、肠系膜囊肿、巨大肾盂积水者各 2 例; 腹膜后畸胎瘤、先天性胆总管囊肿、脾功能亢进、肠梗阻、结肠癌各 1 例。

六、手术方法:

本组 41 例中除 1 例采用以中药为主的中西医结合治疗外, 其余 40 例均采用手术治疗。其手术方式分别为: 囊肿切除者 4 例; 囊肿外引流术者 5 例; 囊肿与胃吻合者 5 例; 囊肿与十二指肠侧侧吻合者 1 例; 空肠与囊肿 Roux-Y 型吻合者 20 例; Oddis 括约肌切开术 1 例。近期效果均为满意。仅 1 例死亡。

讨 论

一、诊断问题:

胰腺囊肿之诊断, 除典型病例外, 多颇不易。Бакулев(1)等统计术前能作出诊断者约 30%, Bradleg EL(2)报道临床误诊率为 50%。本组误诊率亦为 44%。一般根据上腹部可扪及囊性肿块; 过去曾有过急性胰腺炎、腹部外伤史者即可疑为胰腺囊肿。若进一步作胃肠道钡餐及超声波检查, 基本上可以确诊。但必须与巨大肾盂积水、孤立性肾囊肿、卵巢囊肿、肠系膜囊肿、肝囊肿以及肠系膜淋巴管瘤相鉴别。

近年来, 由于诊断学上的新进展, 使该病术前诊断率由早年的 30% 提高到 90% 以上。常用的方法有低张十二指肠造影、选择性胰血管造影、75se 胰腺扫描、纤维导光十二指肠镜管逆行造影等, 其诊断可靠性在 90% 以上(3), 超声图对胰腺囊肿能全部显示明确的诊断特点, 即液平段, 且与手术时发现完全一致(4)。

二、治疗问题:

究竟应该采取手术疗法抑或非手术治疗? 还有待商榷。曾有人主张对假性胰腺囊肿不作引流手术, 因为不少病例能自行消散(5)。但多数学者不支持上述意见, 而主张胰腺囊肿一旦确诊即实行手术治疗, 不宜长期非手术治疗, 或冀其自消(6)。本组 1 例采用以中药为主的中西医结合非手术治疗获得痊愈。根据中医理论, 我们认为胰腺囊肿系有形之物, 腹部膨隆, 痛处不移……, 乃血淤也。同时, 根据包块隆起之病理特点, 类似中医“症瘕积聚”范畴。故按活血化瘀治疗了因左上腹持续疼痛伴有恶心、呕吐, 腹腔穿刺抽得血性腹水, 胰淀粉酶为 512 温氏单位 1 例, 经治疗一个月后, 上腹部扪及肿块, 超声波探及 $6 \times 6 \times 4 \text{ cm}^3$ 之肿块有液平段, 被诊断为出血性胰腺炎并发假性胰腺囊肿。投以隔下逐瘀汤加味, 重用三棱、莪术。21 天后其包块完全消失, 随访一年后钡餐复查, 无异常发现。据此, 我们认为胰腺囊肿之早期采用以中药为主的中西医结合非手术治疗值得进一步研究, 但手术仍是治疗胰腺囊肿的重要方法。本组 40 例采用了手术治疗。

究竟什么时候手术为宜,尚有争议。Shefer⁽⁷⁾曾提出,胰腺假性囊肿早期手术治疗应当慎重。Van Heerden⁽⁸⁾主张若病情允许等待,待囊肿壁较厚再行内引流术更易。Pollak⁽⁹⁾赞成在非手术治疗3周以上包块不见消散者,则施行手术治疗。我们则根据病人的具体情况,分别采用急症、早期和择期三种方式。若疑有囊肿破裂、出血、继发感染、脓肿形成等危及生命的并发症时,施行急症手术;若有胆道或十二指肠梗阻,严重消瘦者,宜早期手术;经中西医结合积极治疗1月以上,但肿块未能消失,且症状加重者,应在充分准备下进行手术探查。

手术方式应根据其囊肿之性质、部位、大小以及患者的耐受能力和术者的具体情况决定。本组分析采用了胰体尾部囊肿与脾脏一并切除术、囊肿蕈形管外引流术和各种内引流术。

胰腺囊肿切除如彻底,是预后良好的理想方法,它可将无功能而易于形成滞留、感染、结石以及肿瘤一并切除。沈氏⁽³⁾切除4例,全部良好。本组亦施行了胰体尾部囊肿及脾脏一并切除4例,近期效果亦良好,其中1例已随访17年,健在,其余3例失访。

外引流术方法简单而安全,适合于患者情况差或发病时间短,囊壁薄脆,炎性水肿甚剧,暂无法行囊肿切除或内引流者。我们采用囊肿蕈形管外引流术,让囊肿液直接流入无菌负压引流瓶中,即可避免皮肤腐烂,又能保持引流通畅,有利于囊肿内层产生粘连而愈合。本组采用5例外引流有3例系巨大囊肿,囊壁甚薄,行外流术后分别于1月、2月、5月经造瘘管造影照片,均显示囊腔消失,拔管后伤口痊愈。分别随访1年零8个月、3年、7年均无复发。其余1例因引流量多而再次行Roux-y吻合,另1例因拔管后伤口经久不愈达18个月之久,最后只好将其瘘管切断,近囊肿端之瘘管移植入空肠肠袢肠中,让囊肿液流入肠腔乃获痊愈。随访2年无复发。

本组采用囊肿与胃吻合术5例,1例术后5天囊内大出血,经抢救无效死亡。在抢救过程中,曾3次行手术检查,发现原吻合口仅有0.5cm直径,可能系吻合口狭窄,引流不畅,继发感染出血而死亡。另外4例近期效果良好,其中3例,已分别随访2、7、9年,均无不良反应。另1例失访。结合文献复习,我们认为,囊肿胃吻合术方法较简单,对病人生理影响较小,最适合于囊肿与胃壁粘连之患者。但需注意使吻合口位于囊下壁相近处之低位,最好大于5公分,同时,囊内暂时性置导管经胃前壁引出,接负压引流瓶持续抽吸,可防止胃潴留及吻合口水肿,有利于控制感染。

囊肿空肠Roux-y吻合术是内引流中较为理想的方法。本组20例施行了此种手术,除3例因囊肿恶化,所致转移性肝癌和胃癌,分别于术后5年、6年死亡,另1例术后1年被洪水淹死外,18例效果满意。其中11例经随访均健在,已生存2年1例、3年1例、4年1例、5年2例、7年2例、13年1例、16年2例、22年1例。其中有2例仅间常有畏寒发热和腹胀症状,经服中药或抗菌素即可控制。

为使此手术获得良好效果,必须注意以下六点:①在囊肿的最低位进行吻合;②切除部分囊壁后再行吻合,以免术后残囊壁皱缩而导致吻合口狭窄;③囊肿、空肠端侧吻合口应尽量够大,一般不得小于5厘米,必要时可侧侧吻合;④Y型囊肿输出袢的长度要在40~45厘米之内;⑤巨大囊肿合并继发感染或胰腺炎症明显者,应考虑加用外引流,以利吻合口的愈

合和胰腺炎症状的控制；⑥在行内引流时，必须弄清其囊肿是单房还是多房，如系多房其囊壁之间是否通畅。本组有3例曾在外院行引流术后复发，来我院再次手术时发现其多房之间有隔膜，臆断其复发可能与多房囊壁隔膜不通有关，术中注意戳穿隔膜，能否防止复发，值得注意。

三、胰腺囊肿并发门脉高压、脾功能亢进，是否需要脾切除问题

胰腺囊肿导致门脉高压、脾功能亢进，文献报道并非罕见。Erb^[10]报告17例假性胰腺囊肿中7例(38%)有呕血或便血史。本组41例中有6例(15%)合并门脉高压和脾功能亢进。而2例未作脾切除，经行囊肿空肠Roux-Y术后，脾脏明显缩小，门脉高压症减轻。其中1例术后22年复诊血象，血色素由术前8.5克增加到11克，白细胞由2,000提高到4,200，血小板由7.2万恢复到14.5万。据此，我们同意沈氏^[3]的意见，病程在2年以上，脾大Ⅱ～Ⅲ级，有脾亢临床表现者，若术中不很困难的话，尽可能作脾切除；脾大Ⅰ～Ⅱ级，病程不长者，往往囊肿切除或行引流术后，脾静脉受压情况解除，脾功能恢复正常，不急于行脾切除术。

四、预防问题：

据文献报道和本文资料表明，假性胰腺囊肿与胰腺炎和胰腺创伤有十分直接的关系。一般假性胰腺囊肿在胰腺炎或胰腺创伤3周～14个月，平均6周形成^[11]。因此，积极彻底治愈急性胰腺炎是防止胰腺囊肿形成的重要措施。

正确处理胰腺创伤是预防假性胰腺囊肿的又一有效措施。据文献统计胰腺创伤并发假性胰腺囊肿为10%，闭合性胰腺创伤的存活者中有三分之一的患者发生假性胰腺囊肿^[11]，Sawyers^[12]报告4例胰腺创伤患者未及时手术，其中3例产生了假性胰腺囊肿。Thompson^[13]报告18例胰腺创伤未手术者，其中4例产生了假性囊肿；而55例作了引流术者仅4例产生此囊肿。本组41例有9例(占22%)曾有过腹部外伤史，其中1例腹外伤后行剖腹探查发现了腹膜后血肿，未能清除血肿及彻底引流而导致假性胰腺囊肿形成。由此可见，正确处理胰腺创伤是可以预防假性胰腺囊肿的形成和发病的。

正确处理穿透性胰腺囊肿创伤并不十分困难，但闭合性创伤之处理往往不易。一般认为凡有上腹部闭合性创伤史，并具有腹部压痛，非自主性肌痉挛和肠鸣音消失，伤后12～24小时血清淀粉酶明显升高或在连续测定过程中，虽然开始是正常的，如果表现有升高趋势者，都要考虑胰腺创伤之可能性，均应及时剖腹探查，针对其创伤情况采取相应的有效措施，彻底引流，以防止其大量渗出液积聚而形成假性囊肿之虑。

小 结

本文报道了我院1957年以来收治胰腺囊肿41例；40例为手术证实。其中除胰腺乳头状腺瘤和胰腺乳头状癌1例外，其余均为假性胰腺囊肿。结合文献复习，就胰腺囊肿之诊断、治疗、预防等方面进行了讨论。在诊断方面仍强调病史中的胰腺炎及腹部外伤史，腹部胀痛及囊性肿块，超声波及钡餐检查时对诊断有确定的意义。在治疗方面提出以中药为主的中西医结合非手术治疗的探讨，目前仍强调手术的重要性。预防上注意到对胰腺炎及胰腺创伤早期诊治的重要性。

参 考 文 献

1. БакулеВ.А.Н, et al: Хирургия(2):22, 1952
2. Bradley EL, Ciements JL: Am,J,Sary 127:163, 1974
3. 沈康年 假胰腺囊肿的诊断和治疗 《广西医学院学报》(4) 1978
4. Fontana G.Gatl 7:228 1976
5. Czaja,A.J.ad: Arch Intern Mad 135:145 1959
6. 蒋克钧 胰腺囊肿的诊断与治疗 《中华外科杂志》11:145 1959
7. Shefer,R.B.et al: Am.J.Sury. 127:320 1974
8. Van Heerden JA, Remine WH: Arch Surg 110:500 1975
9. Pollak K.W.Am.J.Sarg 135:199 1978
10. Erb,W.H.: Am.J.Surg 100:30 1960
11. 朱雍然: 胰腺创伤(文献综述)
《国外医学参考资料·外科学分册》6:302~303 1967
12. Sawyers,J.L: Soath M.J. 60:382 1977
13. Thomps on,R.J.: Ann,Surg 163:892 1966

肝切除术治疗原发性肝癌34例小结

湖南医学院第一附属医院腹部外科

吕新生 韩 明 鲁恩赐 伍迪群

临 床 资 料

我院自1963年11月至1978年10月的15年内,共用肝切除手术治疗各类原发性肝癌34例,均经病理证实。现小结于后。

性别与年龄:

本病男30例,女4例。年龄2~72岁,其中小于20岁者3例,31~50岁者25例,大于50岁者6例。

出现症状及入院时间:

少于1月者6例,1~3月者14例,多于3月者10例,记载不详者4例。

肝切除范围:

左肝切除19例，右肝切除14例，多处肿瘤剝除及方叶切除1例(病检为肝腺瘤恶变)。择期性手术32例，自发性破裂出血急症肝切除2例。

病理类型：

原发性肝细胞癌30例，原发性乳突状囊腺癌(源于胆管上皮)1例，原发性肝腺角化癌1例，肝腺瘤恶变2例。

临床分型分期：

按1978年全国肝癌协作会议所定标准，本组30例原发性肝细胞癌中，属于单纯型者3例(均为Ⅱ期)，硬化型14例(Ⅱ期13例，Ⅲ期1例)，炎症型8例(均为Ⅱ期)，记载不详难以分型分期者5例。

术中输血量：

除2例急诊手术及1例手术中肝切面渗血不止的病人外，右肝切除术中平均输血量1330毫升(500~3300毫升)，左肝切除为1000毫升(300~1800毫升)。

结 果

一、手术死亡率：

34例术后1月内死亡者4例(均为原发性肝细胞癌)，全组死亡率为11.8%。1970年12月以前的12例中死亡2例，死亡率为16.7%；1971年元月以后的22例中死亡2例，死亡率为9.1%。

(一) 术前肝脏代偿功能与死亡率的关系：在有完整肝功能检查记录的23例中，肝功能代偿不全者6例^[注]，其中3例在手术后17天内死亡；肝功能正常或基本正常的1例中仅1例死亡。

(二) 合并肝硬化与死亡率的关系：死亡的4例中均合并有肝硬化(3例肝功能代偿不全，1例肝功能正常)，占17例合并肝硬化病人的23.5%，无肝硬化的17例病人中无1例死亡。

(三) 麻醉与死亡率的关系：全麻6例中死亡3例(其中肝功能代偿不全者2例)，硬膜外麻醉28例中死亡1例(属肝功能代偿不全者)。

(四) 肝切除范围与死亡率的关系：左半肝切除16例中死亡1例，右半肝切除7例中死亡3例。

4例术后1月内死亡病人情况(见表1)：

表 1

病例	年龄	肝硬变	术前肝功能	手术麻醉	肝切除范围及手术情况	死 亡 原 因
2	54	有	代偿不全	气管内醚	规则性右半肝切除， 胸腹联合切口	术后72小时死于气 胸并肝衰

续表 1

病例	年龄	肝硬变	术前肝功能	手术麻醉	肝切除范围及手术情况	死 亡 原 因
10	38	有	代偿不全	硬膜外	规则性左半肝切除	术中肝创面渗血不止死亡
22	14	"	"	气管内醚	非规则右半肝切除	术后17天死于肝衰
28	68	"	正常	"	不规则性超右半肝切除, 胸腹联合切口, 术中间断阻断肝门3次共35~40分钟	术后60小时死于切口创面广泛渗血

二、术后生存情况:

原发性肝细胞癌术后生存的26例中获得随访者22例, 随访率85% (另4例非肝细胞癌者未统计在内), 随访期间死亡者19例, 术后生存时危为2.5月至5年6月, 在仍生存者3例, 术后生存时间分别为3年10月, 1年7月, 1年2月。前2例情况一般, 无肝癌复发征象; 后1例肝癌复发。获得随访的22例原发性肝细胞癌中, 术后生存半年以上的12例, 半年生存率为57.4%; 生存1年以上的8例, 1年生存率为37.1%; 生存2年以上的3例, 2年生存率为14.3%, 生存3年以上的2例, 5年以上的1例。平均生存时间为14.2月。

(一) 原发性肝细胞癌病人术前肝功能与术后生存时间的关系(见表2):

表 2

例数 生存时间 术前肝功能	<3月	<6月	<12月	1~2年	2~3年	3~5年	>5年	术后平均生存时间(月)
正常或基本正常	3 [△]		2	4			1	13.4月
代 偿 不 全	1	2	1					4.5月
记 载 不 全		4	1	1*	1	1*		

△ 3例均有肝内血管癌栓; * 肝癌破裂急症手术。

(二) 原发性肝细胞癌病人合并肝硬化与术后生存时间的关系(见表3):

表 3

	术 后 生 存 时 间							平均生存 时间(月)
	< 3 月	< 6 月	<12月	1~2年	2~3年	3~5年	> 5 年	
合并肝硬化	3	3	2	2	1	1	1	15.7
未并肝硬化		1		3				15.0
记载不详	1	2	2					

(三) 原发性肝癌病人年龄与术后生存时间的关系(见表 4):

表 4

年 龄	术 后 生 存 时 间						
	< 3 月	< 6 月	<12月	1~2年	2~3年	3~5年	> 5 年
<20岁				1			
31~59岁	4	5	3	4	1	1	1
>60岁		1	1				

(四) 原发性肝细胞癌病人术前病程与术后生存时间的关系(见表 5):

表 5

术前病程	术 后 生 存 时 间						
	< 3 月	< 6 月	<12月	1~2年	2~3年	3~5年	> 5 年
< 1 月	1	1	2	1			
1~3月		2	1	2	1	1	
< 3 月	3	3	1	2			
不 详							1

(五) 原发性肝细胞癌病人的肝切除范围与术后生存时间的关系(见表 6):

表 6

肝切除范围	术 后 生 存 时 间						
	< 3 月	< 6 月	<12月	1~2年	2~3年	3~5年	> 5 年
左半肝切除	3	4		3			1