



关于胰肠吻合与胰 痿

创立

- 1909年，Coffey创建了胰腺残端置入空肠袢内的吻合方式
- 1935年，Whipple报告了PD，未行胰肠吻合
- 1941年，Child开始尝试套入式胰肠吻合
- 1943年，Cattell指出胰肠吻合是必需的
- 1946年，Whipple进行首例 I 期PD术即目前Whipple手术原形，应用了胰腺残端空肠吻合

胰瘘的诊断标准

- ① 单纯性胰瘘（胰腺残端的胰液渗漏）：腹腔引流液淀粉酶浓度超过血浆中的4倍并持续3天。
- ② 胰肠吻合口瘘：腹腔引流液胰酶含量超过血清的3倍且日引流量 > 50 ml，或经影像学检查发现胰肠吻合口瘘。

胰瘘的危害性

- ① 主要在于被激活的胰酶漏入腹腔, 腐蚀和消化周围组织而导致腹腔严重感染、腹腔脓肿、腹腔内大出血和严重电解质紊乱等一系列严重并发症, 是引起胰肠吻合术后病人死亡的重要原因。

手术操作相关胰漏的机制

- 吻合口潜在的间隙过大，包括针距间隙和线周间隙
- 吻合口张力过大和血供差
- 胰液潴留，胰酶对胰肠吻合的消化作用
- 肠腔内压力增高
- 胰腺钩突未能切除完全

胰痿的预防

- ① 胰液引流通畅：胰管内置管，将胰液引流入体内或者体外，避免胰液在吻合口处的聚集
- ① 腹腔渗液引流通畅：胰肠、胆肠吻合口附近放置引流管
- ① 合适的胰肠吻合术式
- ① 术者的经验以及选择其熟悉的术式

吻合方式选择

- 📎 胰腺质地
- 📎 主胰管粗细
- 📎 胰腺残端直径

端端套入式胰肠吻合

- ✎ 主要用于Child法消化道重建中，是常见的胰空肠吻合方式
 - ✎ 反折式双层套入胰肠吻合
 - ✎ 袖套式单层套入胰肠吻合
 - ✎ 捆绑式胰肠吻合

端端套入式胰肠吻合

✍️ 优点:

- ✍️ 操作相对简单，适应证广
- ✍️ 主胰管及胰腺残端的胰液全部进入肠管

端端套入式胰肠吻合

缺点：

- 存在不易套入或无法套入情况，勉强套入会影响吻合口血运
- 当胰腺质地柔软、胰管细小无法找到，不能进行胰管外引流时，增加了套入式吻合的难度及不确切性
- 胰腺残端暴露于肠腔内，易发断面组织过度坏死和胰管开口处过度瘢痕化，造成胰液排泌受阻和慢性胰腺炎
- 在加固后壁时暴露困难，常因组织缝合薄弱而使加固效果降低，易发生胰漏

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/328073143016006054>