

改良十二指肠肿瘤局部切除的临床研究

A Clinic Study on Modified Local Resection for Patients with Duodenal Cancer

ZHANG Jian, HAN Guang-sen, WANG Xiu-shen

张 健, 韩广森, 王修身

(河南省肿瘤医院, 河南 郑州 450003)

摘 要: [目的] 探讨改良十二指肠肿瘤局部切除的可行性和安全性。[方法] 回顾性分析河南省肿瘤医院普通外科自 2005 年 1 月至 2010 年 10 月收治的 28 例十二指肠肿瘤行局部切除患者的临床资料, 15 例施行了改良十二指肠肿瘤局部切除术(观察组), 13 例施行了传统十二指肠肿瘤局部切除术(对照组)。[结果] 观察组患者住院时间(11.4 ± 2.1 d)、住院费用(34376.4 ± 8289.5 元), 明显少于对照组(18.1 ± 2.4 d; 50087.6 ± 9301.6 元, P 均 < 0.05)。观察组的手术时间明显多于对照组(100.4 ± 18.2 vs 80.9 ± 11.5 min)。观察组未发生十二指肠吻合口瘘, 而对照组发生十二指肠吻合口瘘 3 例。[结论] 改良十二指肠肿瘤局部切除术是安全、可行的, 值得在临床推广。

关键词: 十二指肠肿瘤; 肿瘤局部切除术; 外科

中图分类号: R735.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1004-0242(2013)01-0071-02

我院自 2005 年 1 月至 2010 年 10 月收治了 28 例十二指肠肿瘤局部切除的患者, 其中 15 例施行了改良的十二指肠肿瘤局部切除, 与同期行传统十二指肠肿瘤局部切除术进行对比, 效果满意。

1 资料与方法

1.1 一般资料

改良的十二指肠肿瘤局部切除(观察组)15 例患者中, 男性 9 例, 女性 6 例, 年龄 30~80 岁, 平均年龄 55 岁, 其中十二指肠腺瘤 10 例, 梭形细胞肿瘤 3 例, 腺癌 2 例。传统十二指肠肿瘤局部切除术(对照组)13 例患者中, 男性 8 例, 女性 5 例, 年龄 29~78 岁, 平均年龄 54 岁, 其中十二指肠腺瘤 9 例, 梭形细胞肿瘤 3 例, 腺癌 1 例。

1.2 诊断方法

所有患者通过十二指肠镜发现肿瘤, 并经术前十二指肠低张造影及 CT、MRI 明确肿瘤的具体位置及周围淋巴结情况, 病灶经组织活检证实良性肿瘤 19 例, 梭形细胞肿瘤 6 例, 腺癌 3 例。梭形细胞肿瘤和腺癌的患者行超声内镜检查。

1.3 病灶部位及大小

肿瘤位于十二指肠第 I 段 4 例, 第 II 段 14 例, 第 I、II 段交界处 10 例, 肿瘤均位于十二指肠的前壁、侧壁。肿瘤直径 1~2.7 cm, 平均 2.1 cm, 其中梭形

细胞肿瘤直径 1.8~2.3 cm, 腺癌直径 1.5 cm。

1.4 手术方式

观察组 15 例行改良十二指肠肿瘤的局部切除治疗, 切缘距肿瘤基底部约 1 cm, 然后于胃远端距幽门约 2 cm 处用闭合器闭合远端胃, 距 Treitz 韧带 20 cm 处打开一小口, 置入华森 80 mm 切割缝合器, 完成切割缝合, 然后于切开处行荷包缝合, 置入一次性吻合器砒钉座, 收紧荷包, 从胃前壁切一小口, 置入一次性吻合器主体, 从大弯侧穿出, 完成胃-空肠机械吻合, 十二指肠切开处用细丝线间断缝合, 并置入 24~26 F “T” 管一根。对照组 13 例患者按传统十二指肠肿瘤局部切除方法进行切除和重建。

1.5 术后随访

采用门诊随访和电话随访, 自术后每 3 个月复查 1 次, 2 年后每半年复查 1 次。CT 判定患者是否存在局部复发及远处转移情况。

1.6 统计学分析

采用 SPSS10.0 统计软件包进行数据分析, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组样本比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验和 Fisher 确切概率法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组在住院时间、住院费用、手术时间及十二指肠

收稿日期: 2012-09-14; 修回日期: 2012-10-29

通讯作者: 韩广森, E-mail: hnhangguangsen@126.com

吻合口瘘等情况(Table 1)。

观察组患者术后恢复顺利,术后 3~5d 拔除胃管后即进食,术后 9~10d 顺利出院。对照组有 1 例患者出现胃肠动力障碍,3 例患者在术后 3~6d 出现十二指肠吻合口瘘,经持续胃肠减压及营养支持、静脉持续泵入生长抑素后,2 例痊愈出院,1 例死亡。

3 讨 论

十二指肠肿瘤发病率低,占整个消化道肿瘤的 0.3%,分为良性和恶性,可发生于十二指肠的各段,以降部最多见。本组有 9 例位于降部,占 60%。由于该病起病隐匿,临床表现缺乏特异性,早期诊断困难。CT 和 MRI 主要用于肿瘤的术前分级、肠外和重要血管侵犯判断和术式的选择^[1,2],内镜、胃肠气钡双重造影以及 CT 是目前早期诊断的主要手段。手术是治疗十二指肠肿瘤的首选方法,手术方式主要为胰十二指肠切除术和十二指肠肿瘤的局部切除。

十二指肠肿瘤局部切除的手术适应证:①十二指肠良性肿瘤包括腺瘤、平滑肌纤维瘤、脂肪瘤等,类癌和伴有严重不典型增生或恶性蜕变的绒毛腺瘤等不典型增生患者,肿瘤直径<3cm 者。②十二指肠恶性肿瘤合并高龄、全身情况差的患者,特别是病期较早的患者。③术前病理证实为梭形细胞肿瘤,肿瘤直径<3cm,术中冰冻仍不能证实为癌的患者。

传统的对于远离十二指肠乳头的良性肿瘤可选择局部切除或肠段切除,而邻近幽门的良性肿瘤可选择行胃大部切除术。为防止术后十二指肠肠腔狭窄,在局部切除中应尽可能选择沿十二指肠纵轴切除肿瘤,斜形或横形吻合。即便如此,在临床实践中我们仍然发现此类患者术后容易出现胃肠动力障碍,甚至十二指肠吻合口瘘的发生,需要较长时间的胃肠减压及营养支持,需要花费更多的住院费用,给患者带来更多的痛苦。本文中对照组发生了 1 例胃肠动力障碍及 3 例十二指肠吻合口瘘。3 例十二指肠吻合口瘘中 2 例瘘口较小,经持续胃肠减压及营养支持、静脉持续泵入生长抑素后痊愈出院,另 1 例则出现了致命的十二指肠瘘的发生,最后死亡。

我们行改良的十二指肠肿瘤的局部切除术,用闭合器闭合远端胃,使食物改道,减少食物和胃酸对

Table 1 Comparison of postoperation status between two groups

Group	N	Hospitalization time (d)	Hospitalization expenses (Yuan)	Operative time (min)	Duodenum anastomotic fistula
Observation	15	11.4±2.1	34376.4±8289.5	100.4±18.2	0
Control	13	18.1±2.4	50087.6±9301.6	80.9±11.5	3
P		0.034	0.021	0.018	0.049

吻合口的刺激,减轻吻合口的压力。张健等^[3]利用此方法对空肠起始部切除的重建作了相关报道,效果较满意。由于十二指肠是高流量消化液的通道,为保持有效的引流,使肠腔内为低压区,避免直接缝合口瘘,从十二指肠切口处放置“T”管,引流胆汁和胰液,将胃管从输入袢放置在十二指肠Ⅱ、Ⅲ段间进行充分减压,这样既采用了造瘘管,又使食物转流,从而使该术式的安全性明显提高,无一例出现十二指肠瘘、吻合口瘘,术后均顺利出院。由于术中进行了胃肠吻合,改变了食物、胃酸进入的生理通道,十二指肠处于旷置状态,这并不影响食物的消化和吸收,术后胃管很快拔除,进食恢复正常。而至于手术时间,由于观察组需要行器械吻合,且行吻合口的加固缝合,在手术时间上长于对照组,若术者掌握好手术的流程,手术时间上也会逐步缩短。王刚成等^[4]对统筹理论在胃癌手术中的应用作了一系列的阐述。

对于十二指肠恶性肿瘤,传统的手术方式是胰十二指肠切除术,但远期效果相当差,并发症多,病死率高。目前有越来越多的学者提出,通过详细的术前 TNM 分期评估,代之以局部切除术,避免采用胰十二指肠切除术。T₁ 期十二指肠乳头癌局部切除的疗效等同或优于胰十二指肠切除术,T₂N₀M₀ 以下者均适宜局部切除术,但仍需大量病例及多中心研究进一步证实。

参考文献:

- [1] Sun FL.Surgical options for primary duodenal tumors:clinical analysis of 56 cases [J/CD].Chin J Oper Proc Gen Surg, 2010,4 (3):312-313.[孙凤林.56 例原发性十二指肠肿瘤术式选择与分析[J/CD].中华普外科手术学杂志, 2010,4(3):312-313.]
- [2] Huang W,Chen YX,Fang X.Diagnosis and treatment of primary tumor of duodenum:35 cases report[J].Hainan Medical Journal, 2010,21(20):52-53.[黄卫,陈玉祥,方向.原发性十二指肠肿瘤 35 例诊治体会 [J].海南医学, 2010,21(20):52-53.]
- [3] Zhang J,Han GS.Study on gastrointestinal tract reconstruction after resection of the initial part of jejunum [J].Chin J Gastrointest Surg, 2012,15(6):543.[张健,韩广森.空肠起始部切除后改良消化道重建的体会[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(6):543.]
- [4] Wang GC,Han GS,Ren YS,et al.The clinical effects of the application of the integrated approach in gastric cancer radical total gastrectomy procedures[J].Medicine and Philosophy, 2012,33(1B):26-27.[王刚成,韩广森,任莹坤,等.统筹方法在胃癌根治性全胃切除术程序中的应用效果观察[J].医学与哲学,2012,33(1B):26-27.]