

可呈瘢痕疙瘩样改变, 肿瘤边缘呈蟹爪样侵袭周围肠壁。肿瘤较大时可出现局灶性黏液变性, 囊性变, 有时见有数目不等显著扩张的裂隙状血管, 血管周围水肿<sup>[1]</sup>。韧带样纤维瘤病免疫组化检测表现为 vimentin 强阳性, 也可表达结蛋白, SMA 表达强弱不一, 偶尔 S-100 表达弱阳性<sup>[2]</sup>。 $\beta$ -catenin 核阳性表达可见于纤维瘤病<sup>[3]</sup>。 $\beta$ -catenin 与 Wnt 通路密切相关,  $\beta$ -catenin 通过与转录因子 Tcf/Lef 结合激活下游基因, 可以导致细胞的异常增殖, 与肿瘤的发生、发展相关<sup>[4]</sup>。组织学上要发生于肠壁的平滑肌瘤、胃肠间质瘤、神经纤维瘤等鉴别。

本病以局部浸润生长为特点, 不发生转移, 生物学行为介于良性纤维组织细胞增生和纤维肉瘤之间, 属交界性肿瘤。本病原因仍不清, 可能与外伤, 内分泌, 遗传等有关。

本例中患者有阑尾切除手术史, 可能为发病诱因之一。

本病诊断主要依据组织病理学检查。影像学中, 包括 CT, 超声不能对本病性质准确定性, 但可动态观察肿物大小、范围及与周围组织的空间关系, 对手术治疗提供帮助。病理学诊断仍是诊断本病的金标准。本例影像学检查时考虑为胰腺癌, 为尽量减少此疾病误诊的发生, 应仔细询问病史, 对有外伤、手术史及家族史的患者应提高警惕。必要时应在术前行 B 超引导下穿刺活检以明确诊断。

韧带样纤维瘤(病)目前以手术治疗为主。治疗以手术完整切除肿块, 及周围受侵袭组织为主, 若处理不当可复发。而且手术本身也是本病发生的危险因素之一。术后放疗对复发的控制目前仍存在争议。针对肠系膜纤维瘤病, 也有学者<sup>[5]</sup>

提出联合治疗(系统性化疗、激素治疗、非甾体抗炎药物等)是行之有效的方法。

#### 参考文献

- [1] 杨吉龙, 王坚, 周晓燕, 等. 韧带样型纤维瘤病的临床病理学及遗传学研究[J]. 中华病理学杂志, 2006, 35(3):145-150.
- [2] Miettinen M. Are desmoid tumors kit positive?[J]. Am J Surg Pathol, 2001, 25(4):549-550.
- [3] 骆丽, 刘凤阁, 刘彤, 等. 韧带样型纤维瘤病的临床病理分析[J]. 临床与病理杂志, 2014, 34(5):554-559.
- [4] Poon R, Li C, Alman BA. Beta-catenin mediates soft tissue contracture in clubfoot[J]. Clin Orthop Relat Res, 2009, 467(5):1180-1185.
- [5] Choi JY, Kang KM, Kim BS, et al. Mesenteric fibromatosis causing ureteral stenosis[J]. Korean J Urol, 2010, 51(7):501-504.

(本文编辑 姜晖)



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.032

http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.032

Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(3):456-457.

#### · 病案报告 ·

## 胰管“桥接法”治疗胰腺横断伤 1 例

张春涛<sup>1</sup>, 石力<sup>1</sup>, 江宗兴<sup>1</sup>, 张华<sup>2</sup>

(中国人民解放军成都军区总医院 1. 普外中心 2. 康复医学科, 四川 成都 610083)

**关键词** 胰腺 / 损伤; 胰腺横断伤 / 外科学; 病例报告

**中图分类号**: R657.51

**患者** 男, 46 岁。因腹背部外伤致上腹部持续性腹痛 10 h 入院,

**收稿日期**: 2014-09-10;

**修订日期**: 2015-02-18。

**作者简介**: 张春涛, 中国人民解放军成都军区总医院住院医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

**通信作者**: 石力, Email: 13882186722@163.com

无恶心、呕吐。体检: 腹明显压痛, 上腹部肌紧张、反跳痛。腹部 B 超检查示: 胰颈部裂隙状无回声区, 腹腔积液。腹部 CT 示: 胰腺实质内密度不均(图 1), 肝、脾周围少许积液, 盆腔积液。血白细胞  $12.6 \times 10^9/L$ , 其中中性粒细胞 0.94; 血淀粉酶 320.7 U/L; 盆腔积液淀粉酶 51.6 万 U/L。腹部立卧位片未见腹腔内积气。入院诊断: 腹部闭合性外伤, 胰腺损伤。急诊行剖腹探查术, 术中见腹腔内

大量淡红色积液, 胰腺头体交界处一长约 3.0 cm, 宽约 0.4 cm 的裂口(图 2), 包括胰管在内的胰腺实质完全横断, 胰周网膜组织呈棕色, 十二指肠未见穿孔、破裂; 肝、脾、肾、胃未见异常。清除胰腺断面破碎组织, 遂采用“桥接法”处理创伤胰腺组织: 用生理盐水冲洗断面, 确认无活动性出血后, 找到两断端主胰管开口, 用深静脉穿刺导丝由胰管近端断端口置入, 于十二指肠

内扣及导丝后,沿导丝于胰腺断端近端主胰管置入5.5 F深静脉导管约10 cm(北京天地和协科技公司生产)(图3),于十二指肠内可扣及导管,末端留置3 cm置入远端胰管内,远端主胰管与导管用3-0可吸收线固定1针,将断面用3-0可吸收线“U”型全层缝合,于断裂处胰腺下方和胰尾各放置1根血浆引流管,

在此处分别记为A管和B管。术后给予患者抗感染、抑制胰腺分泌、止血等治疗,并定期复查患者腹部B超和腹腔引流管内引流液淀粉酶,其中术后第1~3天A管分别引流出引流液约50、30、10 mL,查淀粉酶分别为15 000、4 000、728.9U/L, B管每天约引流出10 mL液体,术后第3天查腹腔B超胰周无积液,

术后第4天,2根引流管均未引流出液体,查腹部B超胰周无积液,证实无胰痿。术后第3个月查腹部CT示胰腺形态大小正常(图4),主胰管内留置导管在位,在十二指肠镜下将患者胰管内导管拔出,MRCP提示胰腺形态正常,胰管无狭窄(图5);术后定期复查患者血糖正常,且患者无腹泻等症状。



图1 箭头处为胰腺横断处

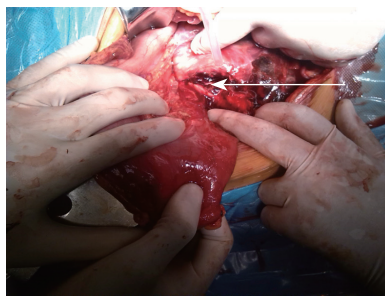


图2 箭头处为胰腺横断处



图3 深静脉导管



图4 术后3个月复查MRI

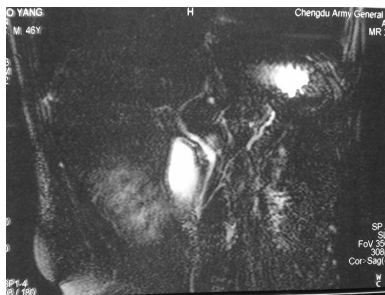


图5 术后3个月胰管成像

**讨论** 胰腺位于腹膜后,由于其特殊的解剖位置,胰腺损伤约只占腹部外伤的1%~2%<sup>[1]</sup>,胰腺横断伤的发生率更低。按1990年美国创伤外科协会(AAST)脏器损伤委员会胰腺损伤分级<sup>[2]</sup>标准,该例患者的胰腺损伤属于IV级。在胰腺损伤的外科手术治疗中,若存在胰头部颈部、体部胰管损伤或者断裂,通常采用的术式有远端胰腺切除、近端断端缝合包埋,或者近端缝合包埋,远端与空肠行Roux-en-Y吻合,也有将断端两侧分别行胰肠吻合术<sup>[3]</sup>;若主胰管损伤发生在胰头部,常伴有胰头组织的损伤或者十二指肠损伤需行胰十二指肠切除术。上述治疗方法相对手术步骤复杂、耗时长、技术要求高,特别是胰十二指肠切除术,这些对患者的

术后恢复均有不利影响,并且胰腺损伤常有58%~73%合并有腹腔内其他脏器的损伤<sup>[4]</sup>,手术时间越长,手术越复杂,患者术后出现的并发症可能就越多<sup>[5]</sup>,如胰痿、胰周脓肿、吻合口瘘、出血、吻合口溃疡、感染、胰腺假性囊肿等;同时对于部分患者需切除部分胰腺组织,切除可能导致胰腺内分泌功能不足,术后需长期使用胰岛素治疗。

对于胰腺横断伤中断面较为整齐,无明显组织缺损的患者,实施胰管“桥接法”并实质修补有以下优点:(1)手术方式简单、创伤小,手术时间短;(2)由于实施了胰管的引流,能较好的防止胰痿的发生;(3)该术式勿须切除胰腺组织,保护了胰腺的内外分泌功能;(4)长时间的胰管内支撑可较好防止胰管狭窄的出现。

## 参考文献

- [1] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:407.
- [2] Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, et al. Organ injury scaling, II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon, and rectum[J]. J Trauma, 1990, 30(11):1427-1429.
- [3] 张晓辉,王锦波,卢文献,等.外伤性胰腺损伤的诊断与治疗[J].肝胆外科杂志, 2010, 18(3):235-237.
- [4] 高海斌,陈斌,倪勇,等.闭合性胰腺损伤的诊断和手术治疗分析[J].肝胆外科杂志, 2012, 20(2):99-101.
- [5] 樊献军,谭黄业,张力峰,等.胰腺外伤术式选择与并发症防治[J].实用医学杂志, 2010, 26(17):3199-3201.

(本文编辑 姜晖)