

2011年临床外科考点：胰岛素瘤的手术治疗 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/654/2021\\_2022\\_2011\\_E5\\_B9\\_B4\\_E4\\_B8\\_B4\\_c22\\_654054.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/654/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_654054.htm)

麻醉采用全身麻醉或持续硬膜外阻滞麻醉！麻醉采用全身麻醉或持续硬膜外阻滞麻醉。切口选用左上腹旁正中切口或上腹部弧形切口，青岛市立医院采用Mason切口，据报道显露很好。无论术前检查中是否已确定肿瘤部位，术中均应仔细全面地探查整个胰腺，了解肿瘤的部位、大小、数目、深浅以及有无肝脏转移。为此，应作Kocher切口，游离十二指肠和胰头部；切开胰体、尾部上、下缘腹膜，游离胰体、尾部；沿肠系膜上血管切开并分离腹膜后组织，以探查胰腺钩突部；必要时还需探查有无异位胰腺。术中B超结合手术探查，可使探查更为准确。手术方式应视肿瘤部位、数目而定：（1）单纯肿瘤切除术：对浅表、体积小、单发的良性胰岛素瘤，行单纯肿瘤切除即可。

（2）胰体尾部切除术：当肿瘤位于胰腺体、尾部、体积较大较深、多发或良、恶性难以鉴别者，可行胰体、尾部切除术。（3）胰头部的良性胰岛素瘤，可采用楔形切除法，但切缘应距肿瘤0.5~1cm.术中应避免损伤胰管。一旦损伤胰管，应行胰腺空肠Roux-y吻合术；如果胰管与胆总管均被损伤，则应行胰十二指肠切除术。（4）对于虽经全面、仔细探查而仍找不到肿瘤者，可行盲目胰体尾部切除术，因为胰岛素瘤位于体尾部者占2/3以上。近年来许多人则采用渐进式胰尾部切除术，其方法为：由胰尾部开始分段切除，每切一次均送冰冻切片检查及测血糖和血胰岛素含量。如冰冻切片已证实为胰岛素瘤，而血糖仍低，血胰岛素含量不降，就可能为

多发性肿瘤，应继续切除部分胰腺组织，直至血糖水平升高、血胰岛素含量下降，方可停止手术。对这种隐匿的胰岛素瘤，一般不主张行全胰切除术。（5）如果病理检查证实为胰岛细胞增生，往往需要切除80%以上的胰腺组织。（6）手术中注射事项：术中强调无糖输液和随时监测血糖的变化。肿瘤组织全部切除后，血糖可比未切除前升高2倍，未见升高者需等待90分钟后才能认为肿瘤未完全切除。有时病理切片对良、恶性胰岛素瘤也很难鉴别，这时应仔细检查有无肝脏或胰周淋巴结转移，若有转移即为恶性肿瘤。（7）术后处理：术后5天内每日测定血糖和尿糖，部分病人可出现术后高血糖，且有尿糖，可通过调节葡萄糖液的输入量和速度来控制，少数病人需用胰岛素控制。一般可在15~20天内下降。部分病人在肿瘤切除术后症状重新出现，可能为多发性肿瘤术中有遗漏或术后肿瘤再生。术后常见并发症有胰痿、假性胰腺囊肿、术后胰腺炎、膈下感染等。小编推荐：[#0000ff>2011年临床外科考点：蝶骨嵴脑膜瘤](#)  
[#0000ff>2011年临床外科考点：损伤性休克](#) [#0000ff>2011年外科考点：脑结核瘤的诊断检查](#) 特别推荐：[#ff0000>2011年临床执业医师考试大纲](#) [#0000ff>考试时间](#) 欢迎进入 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)