

· 临床论著 ·

经皮下空肠盲襻胆道镜治疗胰十二指肠切除术后严重并发症 10 例报告

张新国 朱晓丹 贾元利

(武警总医院普外科 北京 100039)

【摘要】 目的 探讨胆道镜经皮下空肠盲襻诊断和治疗胰十二指肠切除术后严重并发症的价值。 方法 从皮下空肠盲插入胆道镜 , 直视下对胰肠、胆肠吻合口漏涂抹生物胶或对吻合口出血喷涂止血药物。 结果 5 例肠漏 3 例胆漏和 2 例吻合出血均治愈。 10 例随访 1 ~ 3 年 , 未发现肿瘤复发 , 1 例术后 1 年胆肠吻合口狭窄 , 胆道镜扩张吻合口狭窄治愈 , 余 9 例胰液、胆汁排泌通畅。 结论 胆道镜经皮下空肠盲襻能对胰十二指肠切除术后并发症进行诊治 , 对胰肠、胆肠吻合口进行远期直观随访。

【关键词】 胆道镜 ; 胰十二指肠切除术 ; 并发症

中图分类号 : R656

文献标识 : A

文章编号 : 1009 - 6604(2005)01 - 0063 - 02

Treatment of severe complications after pancreatoduodenectomy under fiber choledochoscope through a subcutaneous jejunal blind loop : A report of 10 cases Zhang Xinguo , Zhu Xiaodan , Jia Yuanli. Department of General Surgery , Chinese People 's Armed Police General Hospital , Beijing 100039 , China

【Abstract】 **Objective** To discuss the value of choledochoscopy via subcutaneous jejunal blind loop in the diagnosis and treatment of severe complications after pancreatoduodenectomy. **Methods** A fiber choledochoscope (FCC) was introduced through a subcutaneous jejunal blind loop. Under direct vision , the pancreatojejunal or choledochojejunal anastomotic leakages were coated with biological glue , or the anastomotic bleedings were stopped with hemostatic drugs. **Results** Five cases of intestinal leakage , 3 cases of biliary leakage and 2 cases of anastomotic bleeding were all cured. Follow - up for 1 ~ 3 years in the 10 cases found no recurrence of tumors. Choledochojejunal anastomotic stricture occurred in 1 case 1 year after the surgery and was cured by dilatation under fiber choledochoscope. In the remaining 9 cases , the pancreatic juice and bile fluid were excreted normally. **Conclusions** Application of FCC through the subcutaneous jejunal blind loop can be employed in the diagnosis and treatment of complications after pancreatoduodenectomy and in the long - term follow - up of pancreatojejunal or choledochojejunal anastomotic stoma under direct vision.

【Key Words】 Choledochoscope ; Pancreatoduodenectomy ; Complication

胆道镜除能治疗胆道结石 , 还能治疗各种消化道内漏和外漏^[1]。胰十二指肠切除术后严重的并发症 , 特别是胰肠或胆肠吻合口的并发症处理较困难 , 不宜再次手术修补 , 不能对病灶做直接有效的处理^[2,3]。1997 年 12 月 ~ 2003 年 12 月 , 我院通过术中预置的皮下空肠盲襻插入胆道镜治疗胰十二指肠切除术后严重并发症 10 例 , 取得较好疗效 , 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 10 例 , 男 7 例 , 女 3 例。年龄 48 ~ 75 岁 , 平均 62 岁。无痛进行性黄疸入院 , 黄疸 7 ~ 62 d , 平均 31.5 d。总胆红素 (325.6 ± 87.2) $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 (243.3 ± 74.9) $\mu\text{mol/L}$ 。入院时体重较发病前减少 2 ~ 11 kg , 平均 4.7 kg。

术前 B 超、CT、MRI 示肝内外胆管扩张 , 有胰头部占位或总胆管中下段占位性病变。术前均诊断为壶腹周围癌。术后病理 : 总胆管下端癌 5 例 , 胰头部导管腺癌 3 例 , 壶腹部癌 1 例 , 腹膜后恶性淋巴瘤侵犯胃、十二指肠和脾脏 1 例。

本组术后发生胰漏 5 例 , 胆漏 3 例 , 胆肠、胰肠吻合口出血 2 例。胆道镜治疗前使用治疗剂量的高舒达、洛赛克、生长抑素、乌司他丁等药物 , 胃肠减压 , 营养支持 , 均不能使病情缓解。胰漏量 150 ~ 650 ml/d , 平均 320 ml/d ; 胆漏量 210 ~ 550 ml/d , 平均 280 ml/d。通过空肠盲襻的引流管观察到近胰肠吻合口的胰腺断面出血 1 例。该例病人术后 3 d 一直从空肠盲襻的引流管中引出鲜血 , 100 ~ 150 ml/d , 术后第 4 天行胆道镜见胰腺断面仍有活动性出血。1 例术后第 2 天突然从空肠盲襻的引流管中引出鲜血 200 ml , 有少许血块 , 急行胆道镜见胆

肠吻合口部位有一个活动性出点。

1.2 方法

1.2.1 胰十二指肠切除术中留置皮下空肠盲襻 消化道重建采用改良 Child 术式,为胰肠-胆肠-胃肠的顺序,胰肠吻合口为端侧套入式吻合,空肠远端用书钉式消化道闭合器封闭,形成空肠盲襻,距胰肠吻合口 5~6 cm。将空肠盲襻固定在相应投影部位的腹壁皮下,一覃状导管插入盲襻中作为外引流,从腹壁引出。残胰导管内插入的导管,也从盲襻引出体外。

1.2.2 胆道镜治疗方法 对盲襻中尚未拔除引流管的病例,拔除引流,插入胆道镜。对引流管已拔除引流口已愈合的病例,在局部麻醉下切开原引流口,原术中闭合空肠断端的闭合器金属钉,常是切开空肠盲襻的指示位置。打开皮下空肠盲襻没有困难,即可插入胆道镜。

对诊断胰肠、胆肠吻合口漏者,胆道镜直视下将细塑料管经活检孔插至漏口处,注射器推注 TH 生物胶 0.5~1 ml,涂抹生物胶于漏口表面,使其闭合。对吻合口出血的病例,直视下在出血部位喷涂止血药物,喷涂顺序为 4℃ 1% 肾上腺素液 1 ml,30 s 后 100 U/ml 凝血酶 5 ml,30 s 后胆道镜吸净病灶部位,再喷涂纤维蛋白胶 2.5 ml,或加 10% 云南白药水混悬液 2 ml。治疗后在空肠盲襻内放入引流管,观察疗效,必要时重复治疗。

2 结果

1 例胰漏,胆道镜治疗前胰漏量 650 ml/d,第 1 次封堵漏口后腹腔引流管中仍有 100~200 ml/d 的胰液漏出,3 d 后重复治疗,胰漏治愈。其余 4 例胰漏、3 例胆漏胆道镜均 1 次治愈。2 例胆肠、胰肠吻合口出血喷涂止血药物 5 min 后出血停止,2 例均治愈。本组 10 例在胆道镜治疗结束后 2 周拔除空肠盲襻中的引流管,引流口自愈。

术后 14 个月 1 例突然发生右上腹钻顶样疼痛,局麻下急诊从原空肠盲襻引流口切开皮肤 1 cm,拆除皮下盲襻的 3 颗闭合金属钉,插入胆道镜观察,胰肠、胆肠吻合口愈合好,无胰腺残端肿瘤复发,胆肠吻合口有一蛔虫钻入,在吻合口处可见到虫体尾端,取石篮取出 12 cm 长的蛔虫 1 条,通过胆道镜向空肠盲襻内输注氧气驱虫治愈。

术后 1~3 年经皮下空肠盲襻插入胆道镜,观察胰肠吻合口、胆肠吻合口以及胰腺断面的情况,未发现肿瘤复发。胰肠、胆肠吻合口均有不同程度充血水肿,可见吻合缝线线结。7 例未能观察到胰管残端的开口。1 例术后 1 年血清总胆红素 62 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 38 $\mu\text{mol/L}$,胆道镜见有胆肠吻合口处因组织粘连形成狭窄 2 mm 直径的开口,Olympus - CHF - CB30L 胆道镜(镜身长 60 cm,外径 0.3 cm)缓慢插进扩张吻合口,1 周后血清胆红素恢复正常,胆肠吻合口狭窄治愈。其余例胰液、胆汁分泌通畅。在胆肠吻合口处 4 例有食物残渣,胰肠吻合口处未发现。

3 讨论

胰十二指肠切除术的消化道重建采用 Child 术式较

普遍,为胰肠-胆肠-胃肠的吻合顺序。胰肠和胆肠吻合口相距 10 cm 左右。我们设计的皮下空肠盲襻长 5 cm,一旦需要,从盲襻进入的胆道镜有 35~60 cm 长的镜身,就能十分便利到达胰肠和胆肠吻合口的部位,进行检查和治疗。我们曾尝试经 T 管途径插入胆道镜,虽也能抵达胆肠吻合口,但因转弯角度过小,很难抵达胰肠吻合口。同时这种方法必须在术后 6 周 T 管纤维窦道形成之后方可采用,使术后早期严重并发症不能得到及时处理。近 3 年来我们在行胰十二指肠切除术时已不再放置 T 形管,胆道镜的应用途径都选择皮下空肠盲襻。

胰十二指肠切除术后出现严重的并发症,如胰漏、胆漏、吻合口出血等,均可经胆道镜做早期诊断和治疗。胰漏或胆漏,在胰肠、胆肠吻合口部位放置的腹腔引流管中有胰液或胆汁引出,伴随腹痛、血清淀粉酶升高、发热等,诊断多不困难;吻合口出血者胃管或胃肠道排出物可提供诊断依据。对胰肠和胆肠吻合口漏,既往只有采取保守引流的方法,虽然也可使一些病人得以挽救,但常因治疗方法的消极被动致使病情恶化。我们处理吻合口漏是从盲襻插入胆道镜,明确漏口部位,点涂 TH 医用胶,使漏口迅速闭合。TH 胶不可涂抹过多,点涂时压力不能太大,防止 TH 胶从漏口进入腹腔造成不良后果。注水式胆道镜也不影响治疗效果。如果未能发现明确的漏口部位,但临床观察有确切的吻合口漏的诊断依据,则可在相应的吻合口环形涂抹 TH 胶,不会造成吻合的狭窄或梗阻。胰十二指肠切除术后的出血以应激性溃疡多见,胃镜可以对残胃和胃肠吻合口进行积极处理,但不能达到胰肠和胆肠吻合口处理出血,而胆道镜可以使药物直接作用于出血部位。

胰十二指肠切除术后对胰肠、胆肠吻合的空肠襻减压不理想是发生并发症的重要原因,术后对胰肠、胆肠吻合口直观随访也很困难^[4]。上述方法使胰肠、胆肠吻合的空肠襻得到充分的引流和减压^[5],并不增加病人的负担和损伤,手术操作不复杂,与传统术式相配合,不会产生新的手术并发症,便于观察术后病情变化。胆道镜能对胰肠、胆肠吻合口部位进行远期直观随访,并做进一步的诊断治疗,如胆道蛔虫、胰腺残端癌的复发等。

参考文献

- 1 李益农,主编.消化内镜学.北京:科学出版社,1995.416-425.
- 2 钟守先.论胰十二指肠肿瘤手术.临床外科杂志,1999,7:315-316.
- 3 肖燕,马忠峰,张风瑞,等.75 例胰十二指肠切除无围手术期死亡及严重并发症经验报告.中华肝胆外科杂志,2003,9:188-189.
- 4 朱立之,张伟,孟宝东.胰十二指肠切除术早期并发症及死亡病例分析.腹部外科杂志,1997,10(4):165-167.
- 5 邱恩昌,李乐天,冀剑,等.空肠盲襻内置管吸引预防胰十二指肠切除术后胰瘘 11 例报告.临床外科杂志,1996,4(3):145.

(收稿日期 2004-07-26)

(修回日期 2004-10-20)