

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.04.020

## 腹腔镜下胆总管空肠 T 管搭桥的临床研究\*

谭定勇, 谭小军, 毛晓明, 杨毅, 张青顺<sup>△</sup>

重庆市万州区人民医院普外科, 重庆 404000

**摘要:**目的 探讨腹腔镜下行晚期胰头癌、胆总管下端肿瘤姑息性减黄手术的疗效。方法 对该院 2015 年 1 月至 2018 年 10 月收治的 30 例晚期胰头癌、胆总管下端肿瘤患者按手术方式分为剖腹胆总管空肠 T 管搭桥术组(对照组)和腹腔镜下胆总管空肠 T 管搭桥术组(试验组), 对比两组患者的手术时间、术中出血量、术后并发症、术后血清总胆红素水平、胃肠功能恢复时间、住院时间。结果 两组患者术后总胆红素水平均较术前明显下降, 但 2 种术式的减黄效果差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。试验组患者的手术时间、术中出血量与对照组相比, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 试验组患者的术后胃肠功能恢复时间、住院时间均明显少于对照组( $P < 0.05$ )。对照组患者术后并发症的发生率(38.46%) 高于试验组(23.53%), 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 腹腔镜下胆总管空肠 T 管搭桥是安全、可行、有效的, 对于全身情况差、不能耐受大手术的患者, 腹腔镜下胆总管空肠 T 管搭桥术不失为一种改善患者晚期生存质量的手术方式。

**关键词:**腹腔镜; 胰头癌; 胆总管下端肿瘤; 胆总管空肠 T 管搭桥

**中图分类号:** R656

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2020)04-0511-02

胰腺癌因早期症状不典型, 就诊时一般分期均较晚, 能行手术切除者只有 5%~30%<sup>[1-2]</sup>。晚期胰腺癌、胆道肿瘤患者, 因身体条件及行胰十二指肠切除术的风险, 相当部分患者选择放弃进一步治疗, 此类患者行对症治疗, 因胆道梗阻未解除, 短期之内因肝功能恶化, 导致多器官功能衰竭而死亡, 且在此过程中患者进食差、皮肤瘙痒等症状致患者晚期生存质量极低。行姑息性减黄手术<sup>[3]</sup>虽不能提高患者的远期生存时间, 但能显著改善患者的生存质量; 行传统开腹术<sup>[4-5]</sup>, 手术切口较大, 对患者早期恢复影响大, 术后并发症多, 胃肠功能恢复时间长, 住院时间相对较长, 切口出现并发症的可能性增加。近年来随着腹腔镜技术的发展和临床操作经验的积累, 腹腔镜医生开始探索应用腹腔镜治疗其他器官疾病, 如腹腔镜下胆总管空肠 Roux-on-Y 吻合术是较早报道的腹腔镜下姑息性减黄手术<sup>[6-7]</sup>, 而腹腔镜胆道搭桥手术能以最小的创伤达到同样的治疗效果<sup>[8]</sup>。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2015 年 1 月至 2018 年 10 月本院收治的临床诊断胰头癌或胆总管下端肿瘤明确、且具有梗阻性黄疸的患者 30 例为研究对象, 其中男 13 例、女 17 例, 年龄 58~76 岁、中位年龄 66 岁。所有患者均有明显的胆道梗阻症状, 11 例有消化道梗阻症状。纳入标准: (1) 影像学检查及术中探查显示无转移; (2) 有梗阻性黄疸; (3) 不能或不愿接受胰十二指肠切除术, 愿意行姑息性手术治疗。13 例采用剖腹胆总管空肠 T 管搭桥术(对照组), 17 例采用腹腔镜下胆总管空肠 T 管搭桥术(试验组)。对照组中男 7 例、女 6 例, 平均年龄(67.6±8.3)岁; 试验组中男 7 例、

女 10 例, 平均年龄(65.2±7.1)岁。两组患者性别、年龄差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 1.2 方法

**1.2.1 治疗方法** 对照组: 患者采用全身麻醉取右上腹经腹直肌切口, 常规切除胆囊, 于胆囊管、胆总管、肝总管交汇区域纵向切开 1.5 cm 左右, 部分胆总管肿瘤患者开口可适当向上, 植入 20# 修整适当的 T 管, 缝合固定, T 管长臂经横结肠系膜植入空肠上段, 且与横结肠系膜相固定, 在距离屈氏韧带 15~20 cm, 植入空肠内约 5 cm 左右, 荷包缝合固定, 隧道包埋 6~8 cm。在 T 管植入口下方 20 cm 处离断空肠, 行经结肠前胃空肠 Roux-Y 吻合。试验组: 在腹腔镜下操作, 采用对照组相同操作方式行胆总管空肠 T 管搭桥。使用腔内切割闭合器行胃空肠 Roux-Y 吻合。

**1.2.2 观察指标** 术后常规记录两组患者手术时间, 术中出血量, 术前及术后第 1、7、14、30 天血清总胆红素水平。观察两组患者术后肛门排气时间、术后住院时间、并发症发生率。

**1.3 统计学处理** 应用 SPSS17.0 软件包进行统计分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 两组间比较采用  $t$  检验, 多组间比较采用方差分析; 计数资料以例数或百分率表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验; 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者手术时间、术中出血量、胃肠功能恢复时间、住院时间比较** 试验组患者的手术时间、术中出血量与对照组相比, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 试验组患者的术后胃肠功能恢复时间、住院时间均明显少于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

\* 基金项目: 重庆市万州区社会发展领域科技计划指导性项目(WZSTC-2017012)。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 44191793@qq.com。

**2.2 两组患者手术前后血清总胆红素变化情况** 两组患者术后总胆红素水平均较术前明显下降,但术后两组总胆红素水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表2。

**表1 两组患者手术时间、术中出血量、胃肠功能恢复时间、住院时间比较( $\bar{x} \pm s$ )**

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	胃肠功能恢复 时间(h)	住院时间 (d)
对照组	13	100±20	50±16	65.5±11.2	13.2±3.1
试验组	17	80±20	20±5	22.7±6.1*	9.8±3.1*

注:与对照组相比,\* $P < 0.05$ 。

**表2 两组患者手术前后血清总胆红素变化情况( $\bar{x} \pm s, \mu\text{mol/L}$ )**

组别	<i>n</i>	术前	术后第1天	术后第7天	术后第14天	术后第30天
对照组	13	286.7±81.6	236.2±46.1	126.7±30.6	46.3±10.7	22.1±6.1
试验组	17	273.4±71.2	223.3±50.3	119.7±33.7	43.15±9.5	21.5±5.3

**2.3 两组患者并发症发生情况** 试验组患者并发症发生率(23.53%)明显低于对照组(38.46%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

**表3 两组患者术后并发症发生情况(*n*)**

组别	<i>n</i>	胆瘘	胃肠吻合口瘘	胆道感染	切开感染或裂开	术后出血	肺部感染
对照组	13	0	0	1	3	0	1
试验组	17	0	0	2	0	0	2

### 3 讨论

胰头癌及胆总管下段肿瘤早期症状不典型,故患者早期就诊较少,如出现临床症状而就诊者,多为晚期。对于晚期胰头癌、壶腹周围癌不能或不愿意接受胰十二指肠切除患者,为解除患者梗阻性黄疸,提高终末期生存质量,国内外传统方法为剖腹胆总管空肠 Roux-Y 吻合术<sup>[9]</sup>,但由于胰头癌或胆总管下段肿瘤患者如不能进行切除,后期随着肿瘤的逐渐增大会出现十二指肠梗阻<sup>[10]</sup>。目前国内外学者大多赞成在胆肠吻合的基础上预防性实施胃空肠吻合防止消化道梗阻<sup>[11]</sup>。近年来,国内学者采用胆总管空肠 T 管搭桥术<sup>[12]</sup>,此术式简化操作,能缩短手术时间,治疗效果确切,对患者损伤小,比较符合正常的胆肠生理解剖。

本研究两组患者术后总胆红素水平均较术前明显下降,但术后两组总胆红素水平比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),说明两种术式在减黄效果方面相近。试验组患者的手术时间、术中出血量与对照组相比,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),试验组患者的术后胃肠功能恢复时间、住院时间均明显少于对照组( $P < 0.05$ ),试验组患者并发症发生率明显低于对照组( $P < 0.05$ )。

综上所述,剖腹胆总管空肠 T 管搭桥术和腹腔镜下胆总管空肠 T 管搭桥术对胰头癌或胆总管下端肿瘤患者均达到了快速减黄目的,减黄效果相近。但腹腔镜下胆总管空肠 T 管搭桥术对患者的损伤小,患者术后并发症少,术后胃肠功能恢复时间、住院时间更短,对年老体弱者不失为一种较为理想的手术方式。随着腹腔镜的普及,腹腔镜下进行胆总管空肠 T 管搭桥术不需要医院具有特殊的设备及条件,适合于各级医院开展,尤其适合于技术条件不能独立自主开展胰十二指肠术式的基层医院。

### 参考文献

- [1] BARDIER-DUPAS K A, BRETON S. Variant on manifestation of duodenal metastasis 26 years after initial diagnosis of primary cutaneous melanoma[J]. Case Rep Gastroenterol, 2010, 4(1): 93-99.
- [2] DISTLER M, KERSTING S, ROCKERT F, et al. Palliative treatment of obstructive jaundice in patients with carcinoma of the pancreatic head or distal biliary tree. Endoscopic stent placement vs. hepaticojejunostomy[J]. JOP, 2010, 11(6): 568-574.
- [3] 李玉民. 恶性梗阻性黄疸的姑息性减黄治疗[J]. 国际外科杂志, 2014, 41(5): 295-297.
- [4] KAMIYA S, NAGINO M, KANAZAWA H, et al. The value of bile replacement during external biliary drainage: an analysis of intestinal permeability, integrity, and microflora[J]. Ann Surg, 2004, 239(4): 510-517.
- [5] SOHN T A, LILLEMOR K D, CAMERON J L, et al. Surgical palliation of unresectable periampullary adenocarcinoma in the 1990s[J]. J Am Coll Surg, 1999, 188(6): 658-666.
- [6] SHIMI S, BANTING S, CUSCHIERI A. Laparoscopy in the management of pancreatic cancer: endoscopic cholecystojejunostomy for advanced disease[J]. British J Surg, 1992, 79(4): 317-319.
- [7] FLETCHER D R, JONES R M. Laparoscopic cholecystojejunostomy as palliation for obstructive jaundice in inoperable carcinoma of pancreas[J]. Surg Endosc, 1992, 6(3): 147-149.
- [8] DATE R S, SIRIWARDENA A K. Current status of laparoscopic biliary bypass in management of non-resectable periampullary cancer[J]. Pancreatol, 2005, 5(4/5): 325-329.
- [9] 严律南. 恶性梗阻性黄疸的综合治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(8): 473-473.
- [10] 李骥, 倪泉兴. 积极合理地开展胰腺癌的综合治疗[J]. 肝胆胰外科杂志, 2006, 18(1): 7-9.
- [11] 李波. 胰腺癌综合治疗现状[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2000, 7(6): 390-392.
- [12] 孙勇伟, 刘巍. T 管架桥胆肠引流术[J]. 中国实用外科杂志, 2014, 34(10): 1001-1002.