

胆管狭窄的介入疗法

孙振兴

胆管狭窄临床上分为先天性和后天性两大类,前者临床上较为少见,后者病因以肿瘤、炎症及手术损伤为主,既往治疗主要靠手术方法,疗效不尽人意,近几年来,随着介入治疗学的蓬勃发展,为胆管狭窄开辟了新的治疗途径,现概述如下。

一、经皮,经肝胆道外引流术(PTCD)

主要适应证为肝外胆管严重狭窄致肝内胆管明显扩张及重症黄疸者。方法:在 B 超或 X 线引导下,穿刺点一般在右腋中线第 8 肋间,局麻后,将穿刺针进入皮内后,令病人作浅呼吸,沿引导的穿刺方向进入胆管,此时术者有减压感,拔出针蕊,针管内有胆汁流出,插入导丝,将引流管沿导丝插入适当深度,拔出导管,将引流管固定于皮肤上,外接引流袋。其并发症有胆漏,胆道或腹腔出血等。PTCD 操作简便,适合于高龄,危重病人,是解除胆道梗阻的最基本方法之一。

二、高频电胆道狭窄切开法

本方法在 PTCD 基础上将瘻道扩张至 16-20Fr,然后经皮经肝行胆道镜检查,在此基础上作高频电切开,解除胆道狭窄,亦可留置 10~20Fr 气囊导管或内置引流导管。其并发症可有胆管炎及胆道出血。适应于胆道的膜型狭窄。

三、内镜下乳头切开术(EPT)

如梗阻性黄疸是由于总胆管末端炎性狭窄引起者,可行 EPT。其方法为在 ERCP 的基础上,将高频弓形刀插进总胆管下端,沿乳头开口 11~12 点方向,或边推边切,或边退边切,将乳头切开 1.0~1.5cm 左右,同时也要将总胆管下端狭窄部稍作切开,术后即见胆汁流出,其主要并发症有出血和穿孔,此种方法尤适用既往已行胆囊切除又并发总胆管下端炎性狭窄的病人。

四、内镜下鼻胆管引流术(ENBD)

日本学者川井等人于 1975 年首先开展此项检查,其方法先行 ERCP 检查确定胆管狭窄部位,然后沿造影导管插进引导钢丝并通过狭窄部位,再退出造影导管,沿导丝插进长约 2M 的鼻胆管及其尾随的推送管,最后退出内镜和导丝,并将鼻胆管从鼻腔引出固定于面部外接引流袋。ENBD 的优点在于引流效果较直观,通过鼻胆管可反复冲洗,注入抗生素或溶石药物,还可定期复查,以及抽取胆汁进行细菌培养及细胞学检查。

不足之处:由于丢失大量胆汁,患者可消化不良或发生水电解质紊乱,生活上也不好管理。

五、内镜下逆行胆管内引流(ERBD)

1979 年西德学者 Sochendra 首先试制成功猪尾型导管行胆管内引流,1981 年 Hiubugtse 设计了侧翼式内引流管,使其引流通畅且不易滑脱,外径型号有 7Fr, 10Fr, 12Fr, 14Fr, 长度有 80mm, 100mm, 120mm, 140mm, 160mm 等。方法为先行 ERCP 检查,根据狭窄部位和长度选择引流管的型号和长度。插入导丝越过狭窄部位后,沿导丝插入引流管和尾随的推送管,将引流管放到恰当位置后(使其末端稍超过狭窄部位),退出导丝和推送管,可见胆汁从引流管流出。ERBD 属生理引流,不丢失胆汁,唯其缺点是管腔易堵,因此须定期疏通或更换。

六、气囊导管扩张术

气囊扩张导管一般由聚乙烯塑料制成,直径 4~8mm 各种型号,长约 2~4cm,目前有专供注气及注射造影剂的双腔,三腔产品,气囊可产生 75Psi 或 5 个大气压的压力,可用于胆管狭窄的扩张及乳头括约肌成形术(Sphincteroplasty),方法是先行 ERCP 检查确定好胆管狭窄部位后,内镜下将气囊插至狭窄部位,然后将气囊充气扩张,还可加入少许造影剂,此时 X 线荧光屏下可见到气囊的凹腰征,说明气囊位置适当。气囊每充气 30~60 秒,放气休息 1~2 分钟,如此反复多次,可见狭窄的凹腰逐渐变浅,甚至消失。气囊扩张简便可行,但有扩张后狭窄部位由于弹性回缩重新狭窄之弊端,因此多用于取石或按放金属支架之前,也用于狭窄处胆管造影以达到增加压力之目的。

七、金属网状支架扩张术

胆道网状支架由一根合金单丝编织而成,具有自动扩张性,当置入胆道完全扩张后,可形成一个直径 1.0cm 左右网织管状形状,对狭窄的胆管起支撑扩张作用,达到引流胆汁减黄的目的。其操作方法:先行 ERCP 检查确定狭窄部位,并行乳头切开以利支架的插入。然后通过造影导管插进导丝使之越过狭窄部位,首先插进气囊导管对狭窄部位进行扩张,然后再将扩张支架及其推送装置插入胆道,将支架放在狭窄部位,拉回套在

作者单位:200433 第二军医大学长海医院消化内科

支架上的外套,此时约等待 10 分钟左右待支架完全扩张后将支架推送装置及内镜一并退出。由于网状支架弹性强,具有自动扩张性,口径又大,故引流效果确切,但由于管壁存在孔眼,故肿瘤肉芽生长可向内生,有重新阻塞支架之可能,另由于支架由高科技材料制作,价

格昂贵,加重了患者经济负担,阻碍了广泛应用。

以上为介入治疗胆管狭窄的主要方法,由于胆管狭窄病因复杂,狭窄程度,部位不一,再加上患者多为恶狭肿瘤或多次手术者,单靠一种方法难以取得满意效果,必须同时结合病因治疗,方能提高疗效。

介入性超声在消化系疾病的应用

金震东

介入性超声(Interventional ultrasound)作为现代超声医学的一个分支,发展至今已有三十年历史。它是介入放射学的组成部分。其内容相当广泛,在消化系的应用项目最多,现分述如下:

一、超声引导下穿刺活检术

(一) 细针组织学活检与针吸细胞学检查 除食管以外,全身消化系器官或病灶均可行经皮细针穿刺活检(FNAB)。其安全性可与内镜下活检相媲美。两法的取材成功率均以肝脏最高(94.2%和 97.3%),胰腺最低(85.7%和 92.8%)。确诊率也以肝脏最高(98.5%和 92.8%),次为胰腺(94.4%和 89.5%)、胃肠病变(90.9%和 86.9%)、腹膜后病变较低(68.7%和 78.9%)两法互为补充,其确诊率高于单项检查。

(二) 自动活检术 超声引导自动活检(USGAB)其主要器械包括自动活检装置(ABD)和各种活检针,该法一次取材成功率达 97.8%,二次取材后达 99.2%,平均取材长度为 1.21cm,尤其适合体积小,易活动或退让器官的实质病变活检。实验表明:USGAB 比手动切割或抽吸活检针道恶性细胞种植数量少。

二、肝胆病变的经皮穿刺注射术

(一) 肝癌 超声引导下经皮穿刺注射无水酒精(PEIT)治疗肝癌主要适应证包括:(1)肿瘤最大径<5cm;(2)无肝外转移或门静脉栓塞;(3)PT>40~50%。PLT40000~50000/mm;(4)肝功 Child 分类 A 或 B 级。文献报道 1020 例肝硬化并肝癌患者(Child A 级,肿瘤最大径<5cm)的 PEIT 3 年生存率为 71%,高于手术和 TAE 疗法。超声引导下经皮穿刺将胶体 ^{32}P 注入肝癌组织内,一次治疗后瘤体均有不同程度的缩小(100%)。超声引导下肿瘤内注射钇-90 配合门脉穿刺化疗的肝癌综合性治疗结果显示,<5cm 的肝癌,肿块平均缩小 2.2cm,该法无严重并发症,适于小肝癌的治疗。

(二) 超声引导经皮穿刺门静脉灌注化疗药物治疗

肝癌,对延长肝癌患者生存期及改善临床症状均优于外周静脉化疗,该法通常以门静脉左支矢状部作穿刺点。

(三) 肝血管瘤 超声引导经皮穿刺注射无水酒精治疗肝血管瘤,可使直径<5cm 的瘤体完全消失达 93.5%,>6cm 的大型和巨大型瘤体 70%以上缩小 1/3 到 1/2,总有效率达 100%,无严重并发症。该法究其临床意义尚有争议。

(四) 肝囊肿 超声引导经皮穿刺抽液后注射无水酒精治疗肝囊肿适合于以下情况:(1)有症状,大于 5cm 的单发或多发囊肿;(2)肝囊肿并感染;(3)不适合手术的肝囊肿;(4)有明显压迫症状的多囊肝。注入酒精量是抽液量的 20%~25%。该法近期有效率 100%,远期囊肿消失率达 93.8%。

(五) 肝包虫囊肿 超声引导经皮穿刺注射无水酒精治疗肝包虫囊肿常用 18~20G 针,按囊肿直径 1cm:1ml 量注入酒精,最多量应<25ml。据 103 例报道,包虫囊肿内囊硬化时间平均 1 年零 6 个月,无过敏反应等严重并发症。

(六) 胰腺囊肿 超声引导下经皮穿刺治疗胰腺囊肿包括穿刺引流术、穿刺置管外引流术、经皮囊胃造瘘术、经胃引流术及近年报道的穿刺抽液并注入无水酒精或抑制胰液分泌药物的方法。其中以以前两项应用较多,置管引流术可作为有症状或进行性增大的假性囊肿的选择性治疗方法,其复发率为 30%~80%。

三、肝胆胰病变的穿刺造影及置管引流

(一) 经皮经肝穿刺门静脉造影(PTP)和栓塞(PTO)。PTP 主要用于测定门静脉压,了解侧支循环情况或静脉瘤造影诊断,研究门静脉血流动力学和胰腺癌的进展度诊断。PTO 多用于原发性肝癌时配合 TAE 作双重栓塞治疗。文献报道,行双重栓塞的 27 例小肝癌,肿瘤坏死率由单纯 TAE 的 23.2%提高到 64.9%。此

作者单位 200433 第二军医大学长海医院