

经皮胆道引流和狭窄扩张术的并发症

Michelle M. J. McNicholas, Michael J. Lee, Steven L. Dawson,

and Peter R. Mueller.

陶正龙摘译 刘婉桢校

经皮胆道引流术的有效率及并发症各家报道不一,在晚期恶性肿瘤病例,有效率达 90% 左右。从经皮胆道内支架放置术和球囊扩张术是相对安全的,前者报道的并发症在 7%~42%,后者成功率为 40%~90%,良性病变成功率更高。放置塑料支架要把肝内的通道扩张到 14~16F,而金属支架只需 7~10F,故前者对机体的损伤大得多。

一、引流并发症

经皮肝胆道介入的并发症,通常与导管插入胆管有关。主要急性并发症是出血,败血症,和胆汁泄漏引起的腹膜炎,占 5%~10%;死亡率 1%~2.5%,主要由出血和败血症引起的休克所致。假性动脉瘤形成亦可见到。其它较轻的并发症如胆道出血,菌血症,白细胞增高或发热,可达 20%。迟发的并发症有胆管炎,导管位置及通畅情况改变,胆管再狭窄。

(一) 出血 占 8%~16%。一般 24 小时内停止,约有 4% 的患者可加重或延长。严重的出血可伴腹痛或门脉高压加重。有人报道 11% 左右的患者术中需输血。在凝血功能异常的患者,出血可达 40%。对于这种患者术前应尽力纠正其凝血功能,并可在术前及术中输新鲜血浆。胆道出血多短暂而不常见,肝脏是血管非常丰富的脏器,插入导管时有可能伤及血管,流出带血的胆汁,经导管注射造影剂,可直接显示静脉充盈,调整导管,使其侧孔避开静脉,再注射造影剂时,静脉就不再显示,一般出血即可自行停止。假性动脉瘤形成和肿瘤出血是比较严重的问题。有时引流液里并未见到血流,但在更换导管时可发现搏动性的胆道出血,有些病例需行栓塞治疗。肝门处的肿瘤及长期内外引流的出

血处理困难,临床上改变导管位置不能止血的间歇出血,预后不良,存活期不长。

(二) 败血症 胆道系统恶性阻塞的患者 25%~50% 合并感染。经皮穿刺引流术在有否感染患者中菌血症的发生率明显不同,并可发生中毒性休克。术前,术中及术后应使用合适和足量的抗生素。术前 4 小时至少给 500 mg 氨苄青霉素,80 mg 庆大霉素静脉注射,并继续注射抗生素,直到术后胆汁引流通畅。患者不发烧。如果青霉素过敏,可用 500 mg 万古霉素,需要时还可加用甲硝唑。

在胆道阻塞引起胆管严重扩张的患者有可能发生败血症。治疗方法是先插入一根引流管,吸出瘀滞的胆汁,并引流 2~3 天及使用足够量的抗生素治疗,然后可放入一只内支架,最后要尽量吸出胆汁及造影剂,以减轻胆管压力。为安全起见,导管可继续保留 7~10 天。

(三) 胆汁泄漏 操作者有经验可减少胆汁泄漏至最低限度。术前应先作 CT 或超声检查,以确定胆囊位置,特别是非常扩张的胆囊,以及有否间位结肠等。进导丝导管或行扩张术时应特别小心,导丝或导管越硬,操作者手上的感觉就越少,越容易穿破胆管壁。少量的胆汁短暂漏出,就可引起化学性腹膜炎。如果刺破阻塞的胆管,其后又无胆汁流出,就可能导致严重的胆汁漏出,特别是刺破肝外胆管。

(四) 少见并发症 有时需经胸膜穿刺,由此可导致气胸,胆汁胸膜漏出,脓胸。报道的还有膈下脓肿,肿瘤种植,心肌局部缺血,十二指肠穿孔,胰腺炎,导丝打结,扭曲和断裂,导丝撤换困难。导丝打结时,可放入一鞘,把打结的导

(下转第 29 页)

持较长时间的有效杀伤浓度,长时间直接作用于癌细胞。再者它可以反复多次用药,待坏死肿瘤组织脱落后再次给药则可继续杀伤癌细胞。由于癌性胸腔积液的出现标志恶性肿瘤已处于晚期,在采取有效措施控制积液的同时,积极治疗原发癌亦极为重要。晚期肺癌患者全身情况较差,难以耐受大剂量静脉化疗带来的毒副反应。而肺癌的血供主要来自支气管动脉,支气管动脉内灌注抗癌药物治疗中晚期肺癌的疗效已得到肯定。刘子江报道治疗 227 例中晚期肺癌,以顺铂为主,兼用 MMC、ADM、5-Fu 或 MTX,有效率为 93.4%^[4]。根据造影发现部分支气管动脉分支也可直接供血胸膜的转移灶。我们采用腔内注入顺铂和支气管动脉灌注化疗,二种方法交替进行,通过联合用药,既可通过肿瘤营养血管直接注药造成病灶局部高浓度以控制原发灶,又可通过腔内注药,让抗癌药渗入肿瘤表

面的一定厚度,杀伤肿瘤细胞和胸水中游离的癌细胞以控制转移灶。二者起协同作用,从而提高疗效。它优于其他单一治疗的效果。对延长患者生存期,减轻痛苦,提高生活质量,无疑是一种较好的治疗方法。

参考文献

1. Millar J W. Hunfer AM. Horne N W. Intrapleural immunotherapy With c p in recurrent malignant effusions. Thorax 1980;35:856~858.
2. 王泽球,等。短小棒状杆菌治疗癌性胸水的临床价值。实用内科杂志 1993;13:217.
3. 谢幸。顺铂经腹腔给药。卵巢癌化疗的新途径。国外医学妇产科分册,1987;(4):210.
4. 刘子江,周文解,袁建华,等。支气管动脉灌注抗癌药物治疗中晚期肺癌 227 例疗效观察。中华放射学杂志 1990;24(增刊):1.

(上接第 60 页)

丝通过鞘拉出,以减少胆管和肝脏损伤。术后疼痛有时很严重,可行一个或多个肋间神经封闭。

(五) 支架与并发症 金属支架和塑料支架植入后都可产生异位和移行。应正确选择支架的长度及最佳放置位置,特别是金属支架,可缩短操作时间。金属自展式支架放入后就难以改变,更应特别小心。金属支架移行的可能性较小。如果支架进入十二指肠一段较长,肠管的蠕动可使支架从胆道脱出。少见的支架侵蚀并穿过胆管壁和胸壁病例曾有报道。十二指肠内支架远侧的尖端可导致十二指肠溃疡形成。

二、迟发并发症

胆管炎是最常见的。通常发生于外引流夹闭而只行内引流时,这时可迅速恢复外引流。放置管径稍大的导管能明显降低夹闭所致胆管炎的发生。同导管或支架的堵塞与异位亦有关。

导管堵塞,脱出或胆道狭窄扩张后再狭窄几乎在所有的患者中最后都会出现。导管或支

架堵塞可继发于胆汁过于粘稠凝固或肿瘤生长过快。一般可在门诊重新更换失灵的导管。导管脱出后可沿原通道放回,越早越容易成功。支架堵塞处理比较麻烦,要重新穿刺放进导管,然后可用一根导丝通过堵塞的支架,同时操纵一根金属丝或刷子,使支架再通。塑料支架移行可把球囊在其中,通过导丝重新移动之。支架也可能被推入十二指肠。如果肿瘤生长过快,可用一根较长的设备把移动的支架重新放置。如果支架不能移动或不能再通,可把一根导管通过支架的边上或放在其上行内/外引流。

总结

经皮胆道引流和狭窄扩张术是非常有用的技术,特别是那些身体条件差不能接受外科手术的患者,术前应充分考虑各种情况,包括手术类型,途径,患者的身体状况,预后,社会环境,患者和家属的愿望,吸取失败的教训,总结经验,把一切潜在的并发症减到最低限度。