

•非血管介入 Non-vascular intervention•

恶性梗阻性黄疸支架再梗阻的多因素分析

刘长富, 郭志, 司同国, 邢文阁, 刘方, 于海鹏

【摘要】目的 探讨恶性梗阻性黄疸支架置入后再梗阻的相关危险因素。方法 回顾性分析发生胆道内支架再梗阻资料完整的 50 例恶性梗阻性黄疸患者,分析影响胆道支架再梗阻的相关危险因素。结果 单因素分析表明原发肿瘤类型、肿瘤临床分期、梗阻部位、是否合并感染、支架治疗后是否应用抗肿瘤治疗是影响胆道支架再梗阻的相关因素;多因素分析表明肿瘤临床分期、梗阻部位、是否合并感染是影响胆道支架再梗阻发生的重要因素。结论 肿瘤临床分期、梗阻部位、是否合并感染是评价恶性梗阻性黄疸胆道支架再梗阻的重要参考因素。

【关键词】恶性梗阻性黄疸;金属支架;再梗阻

中图分类号:R735.7 文献标志码:A 文章编号:1008-794X(2009)-11-0850-03

Analysis of factors influencing recurrent occlusion of metallic stents in malignant biliary obstruction

LIU Chang-fu, GUO Zhi, SI Tong-guo, XING Wen-ge, LIU Fang, YU Hai-peng. Department of Interventional Therapy, Tianjin Municipal Cancer Hospital, Tianjin Medical University, Key Laboratory of Cancer Research Institute, Tianjin 300060, China

【Abstract】Objective To analyze the clinical and pathological factors which can influence the occurrence of the recurrent occlusion of metallic stents in patients with malignant biliary obstruction. Methods The clinical data of 50 patients with malignant biliary obstruction, who suffered repeated metallic stents obstruction and were admitted to authors' hospital during the period of March 2006–September 2008, were retrospectively analyzed. Of 50 patients, liver carcinoma was diagnosed in 12, pancreatic carcinoma in 17 and carcinoma of bile duct in 21. The relevant factors which might bear a relation to the occurrence of repeated metallic stents obstruction were evaluated. Results Single factor analysis of variance indicated that the denomination of carcinoma, clinical stage of carcinoma, location of obstruction, whether infection being accompanied or not, and the anti-tumor therapy after biliary stenting treatment were the significant factors closely linked to the occurrence of repeated metallic stents obstruction in patients with malignant biliary obstruction. Logistic regression analysis demonstrated that clinical stage of carcinoma, location of obstruction and whether infection being accompanied or not were the important factors that determined the occurrence of repeated metallic stents obstruction. Conclusion Clinical stage of carcinoma, location of obstruction and whether infection being accompanied or not are important reference factors for judging the occurrence of occlusion of metallic stents in malignant biliary obstruction. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 850-852)

【Key words】malignant biliary obstruction; metallic stent; recurrent obstruction

胆道内支架成形术是治疗恶性梗阻性黄疸的主要手段之一,能够有效的改善患者生存质量、延长患者生存期^[1,2]。目前有关支架再梗阻问题逐渐引起临床关注,我们回顾 2006 年 3 月至 2008 年 9 月经经皮穿刺胆道造影证实的胆道支架再梗阻的 50

例恶性梗阻性黄疸患者临床资料,探讨影响支架再梗阻的相关因素。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组 50 例恶性梗阻性黄疸患者,男 29 例,女 21 例,中位年龄 62 岁(42 ~ 82 岁)。全部患者均以皮肤巩膜黄染,上腹不适,消瘦乏力伴陶土色样大便就诊,术前均经实验室检查、超声、MR、CT 检查明

基金项目:国家科技支撑计划课题资助(2007BAI05B06)

作者单位:天津医科大学附属天津市肿瘤医院肿瘤介入治疗科;天津市肿瘤防治重点实验室

通信作者:郭志

确诊。原发肿瘤包括肝癌 12 例、胰腺癌 17 例、胆管癌 21 例,术前血清总胆红素平均值 (436.0 ± 31.4) $\mu\text{mol/L}$,黄疸病史 7 ~ 22 d。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 依据术前 CT 或 MRCP 评估胆道梗阻部位,确定拟穿刺部位,术中首先经皮经肝穿刺胆道造影,再次确定梗阻部位,行单纯胆道外引流或内外引流,对于肝门部病变导致左、右胆管狭窄者,行双侧胆道引流术。胆道引流 3 ~ 5 d 后行金属支架置入,双侧胆道引流者置入双侧胆道支架。

1.2.2 术后随访 随访时间 6 ~ 18 个月,所有患者均得到门诊随访,术后每 1 ~ 2 个月复查肝功能,若患者血清胆红素指数较支架后上升 1 倍以上,则入院接受全面检查包括常规生化检查、CT 或 MRCP 检查,考虑为梗阻性黄疸者给予再次经皮经肝穿刺胆道造影术,胆道支架阻塞者判断为支架再梗阻,根据胆道造影情况及患者治疗要求给予再次胆道支架成形术或胆道引流术。

1.3 统计学处理

将患者按年龄、性别、发病时间、原发肿瘤种类、肿瘤分期(Ⅲ期、Ⅳ期)、梗阻部位(分为高位梗阻、低位梗阻)、是否合并感染、支架后是否行抗肿瘤治疗等因素分组,比较不同因素对支架再梗阻时间的影响。利用 SPSS13.0 软件包统计所有数据, χ^2 检验进行单因素分析,Logistic 回归分析进行多变量分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胆道支架再梗阻的时间

本组患者共放置金属支架 54 枚(其中 4 例行双支架置入),均为进口自膨式支架,其中 8 cm \times 8 mm 支架 38 枚,8 cm \times 6 mm 支架 16 枚,支架置入后 1 周复查总胆红素降至 90 $\mu\text{mol/L}$ 以下。发生支架再梗阻时间为 4 ~ 15 个月,平均(8.3 ± 2.5)个月,中位时间 8 个月。

2.2 支架再梗阻的单因素分析

将胆道支架植入后发生支架再梗阻患者按性别、年龄、发病时间、原发肿瘤部位、临床分期、梗阻

部位、是否合并感染、支架植入术后的治疗情况等因素进行分析,见表 1。原发肿瘤部位($\chi^2 = 22.530$, $P = 0.000$)、临床分期($\chi^2 = 15.973$, $P = 0.000$)、梗阻部位($\chi^2 = 28.907$, $P = 0.000$)、是否合并感染($\chi^2 = 16.057$, $P = 0.000$)、支架植入术后的治疗情况($\chi^2 = 5.795$, $P = 0.016$) 是影响支架的再梗阻的危险因素(表 1)。

表 1 胆道支架植入后发生支架再梗阻的危险因素

观察参数	例数	支架通畅率(%)		χ^2	P 值
		6个月	12个月		
性别				0.134	0.714
男	29	75.9	6.9		
女	21	71.4	4.8		
年龄(岁)				3.133	0.077
< 65	23	73.9	13.0		
≥ 65	27	74.1	0.0		
发病时间(d)				0.895	0.344
< 14	28	75.0	3.6		
≥ 14	22	72.7	9.1		
原发肿瘤种类				22.530	0.000
胰腺癌	17	100.00	11.8		
肝癌	12	75.0	8.3		
胆管癌	21	52.4	0.0		
临床分期				15.973	0.000
Ⅲ期以前	26	88.5	11.5		
Ⅳ期	24	58.3	0.0		
梗阻部位				28.907	0.000
高位梗阻	27	51.9	0.0		
低位梗阻	23	100.0	13.0		
是否合并感染				16.057	0.000
是	27	51.5	0.0		
否	23	100.0	13.0		
治疗情况				5.795	0.016
有	27	88.9	7.4		
无	23	56.5	4.3		

2.3 支架再梗阻的多因素分析

将上述影响支架再梗阻的危险因素代入 Logistic 回归模型中进行多因素变量分析(表 2)。结果显示仅肿瘤临床分期、梗阻部位、是否合并感染是影响胆道支架再梗阻发生的重要因素。

3 讨论

恶性梗阻性黄疸多由原发性胆管癌、肝癌、胰头癌、壶腹癌、胆囊癌及其他转移瘤对胆管的压迫所致,手术切除率很低^[1]。目前经皮肝穿胆道内支架

表 2 胆道支架植入后发生支架再梗阻相关因素 Logistic 回归分析

临床因素	回归系数	标准误	相关危险度	自由度	P 值	OR 值	95% 置信区间
原发肿瘤部位			2.797	2	0.247 > 0.05		
临床分期	-0.828	0.358	5.340	1	0.021 < 0.05	0.437	0.216 ~ 0.882
梗阻部位	1.191	0.550	4.683	1	0.030 < 0.05	3.290	1.119 ~ 9.673
是否合并感染	-0.802	0.347	5.346	1	0.021 < 0.05	0.448	0.227 ~ 0.885
治疗情况	-0.465	0.324	2.057	1	0.151 > 0.05	0.628	0.333 ~ 1.286

置入术是一种简便有效的姑息性治疗方法,尤其适用于失去手术机会及危重或高龄患者。该方法着重于胆道系统再通,起到解除黄疸的作用,提高患者生存质量,为后续抗肿瘤治疗创造条件。支架再堵塞是影响患者长期生存的主要因素。有报道恶性梗阻性黄疸患者放置金属支架后,支架再堵塞的发生率达 20% ~ 86%^[2]。目前多认为支架再梗阻与支架腔内的肉芽组织增生^[3]、淤胆、局部胆管内膜增生及肿瘤向支架内生长有关,但对支架再梗阻相关影响因素尚缺乏深入探讨。

目前临床应用的支架主要有塑料支架和金属支架 2 种,与塑料支架相比金属支架具有对胆道狭窄部位膨胀支撑力大和组织相容性好,不易堵塞、脱落、移动等优点,金属支架引流有效时间长,能明显延长患者带瘤生存期^[4]。近年临床实践证明金属内支架对治疗恶性胆道梗阻性黄疸比塑料支架更有效^[5]。有学者在进行成本-效益分析时认为,估计患者生存期大于 4 个月,应该置入金属支架^[6,7]。本组患者均置入金属内支架,平均再梗阻时间为(8.3 ± 2.5)个月,提示探讨影响支架再梗阻的相关因素具有重要的临床意义。

单因素分析结果可以看出,与胰腺癌相比,胆管癌及肝癌患者更易发生胆道支架再梗阻,可能是由于后 2 种肿瘤常发生肝门部及肝内多发胆管梗阻,导致高位梗阻,支架置入后由肿瘤生长通过支架网眼或超过支架边缘引起再梗阻。而胰腺癌导致的恶性梗阻性黄疸多数情况下是由于肿瘤组织外压所致,故放置金属支架可较长时间的保持胆道通畅。但多因素分析结果,原发肿瘤的部位不再是影响支架再梗阻的主要因素,而梗阻部位对支架再梗阻的影响更大,说明相对于原发肿瘤的部位而言,导致胆道梗阻的局部病变的位置对支架再梗阻的影响更大。临床分期和梗阻部位已经被证实是影响支架再梗阻的独立危险因素^[8]。合并胆道感染者更易发生支架的再梗阻,考虑可能与炎症刺激胆道上皮细胞发生炎症反应加速纤维化,亦可能由某些炎症因子可诱导肿瘤生长加速,其具体原因有待进一步研究。胆管内支架放置后的肿瘤治疗问题,各家说法不一,有学者认为放置支架后,行与不行抗肿瘤治疗,其中位生存期相同。但多数学者认为,内支架置入后,配合局部放射治疗和动脉灌注栓塞化

疗,在一定程度上能抑制局部肿瘤的生长,延长支架通畅时间^[9-11]。本组治疗结果亦显示接受抗肿瘤治疗患者与未接受任何抗肿瘤治疗的患者相比支架的通畅时间延长。

本研究结果提示肿瘤临床分期、梗阻部位、是否合并感染是影响胆道支架再梗阻发生的重要因素。内支架置入后给予抗肿瘤治疗可有效延长胆道支架的通畅时间。

[参 考 文 献]



- [1] De Palma GD, Galloro G, Siciiano S, et al. Unilateral versus bilateral endoscopic hepatic duct drainage in patients with malignant hilar biliary obstruction: result of prospective, randomized, and control study[J]. *Gastrointest Endosc*, 2001, 53: 547 - 553.
- [2] Eschelman DJ, Shapiro MJ, Bonn J, et al. Malignant biliary duct obstruction: long-term experience with Gianturco stents and combined-modality radiation therapy[J]. *Radiology*, 1996, 200: 717 - 724.
- [3] 施海滨, 李麟荪. 阻塞性黄疸的介入治疗规范提案[J]. *介入放射学杂志*, 2002, 11: 392 - 393.
- [4] Brugge WR. Endoscopic techniques to diagnose and manage biliary tumor[J]. *J Clin Oncol*, 2005, 23: 4561 - 4565.
- [5] Piñol V, Castells A, Bordas JM, et al. Percutaneous self-expanding metal stents versus endoscopic polyethylene endoprostheses for treating malignant biliary obstruction: randomized clinical trial[J]. *Radiology*, 2002, 225: 27 - 34.
- [6] Arguedas MR, Heudebert GH, Stinnett AA, et al. Biliary stents in malignant obstructive jaundice due to pancreatic carcinoma: a cost-effectiveness analysis[J]. *Am J Gastroenterol*, 2002, 97: 898 - 904.
- [7] Soderlund C, Linder S. Covered metal versus plastic stents for malignant common bile duct stenosis: a prospective, randomized, controlled trial [J]. *Gastrointest Endosc*, 2006, 63: 986 - 995.
- [8] 钱晓军, 戴定可, 翟仁友. 恶性梗阻性黄疸介入治疗的疗效分析[J]. *中华肝胆外科杂志*, 2004, 10: 752 - 755.
- [9] 丁田贵, 尹立杰, 彭兆翔. 老年人晚期胰腺癌立体定向放射治疗的临床研究[J]. *中华老年医学杂志*, 2005, 2: 97 - 99.
- [10] Yoshida H, Mamada Y, Tanai N, et al. One-step palliative treatment method for obstructive jaundice caused by unresectable malignancies by percutaneous transhepatic insertion of an expandable metallic stent[J]. *World J Gastroenterol*, 2006, 12: 2423 - 2426.
- [11] 翟仁友, 黄 强. 恶性梗阻性黄疸介入治疗常见问题的处理[J]. *介入放射学杂志*, 2007, 16: 649 - 651.

(收稿日期:2009-07-15)

恶性梗阻性黄疸支架再梗阻的多因素分析

作者: [刘长富](#), [郭志](#), [司同国](#), [邢文阁](#), [刘方](#), [于海鹏](#), [LIU Chang-fu](#), [GUO Zhi](#), [SI Tong-guo](#), [XING Wen-ge](#), [LIU Fang](#), [YU Hai-peng](#)

作者单位: [天津医科大学附属天津市肿瘤医院肿瘤介入治疗科;天津市肿瘤防治重点实验室](#)

刊名: [介入放射学杂志](#)  

英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年, 卷(期): 2009, 18(11)

被引用次数: 0次

参考文献(11条)

1. [De Palma GD, Galloro G, Siciiano S Unilateral versus bilateral endoscopic hepatic duct drainage in patients with malignant hilar biliary obstruction:result of prospective,randomized,and control study 2001](#)
2. [Eschelmann DJ, Shapiro MJ, Bonn J Malignant biliary duet obstruction:long-term experience with Gianturco stents and eombined-modality radiation therapy 1996](#)
3. [施海滨. 李麟荪 阻塞性黄疸的介入治疗规范提案 2002\(11\)](#)
4. [Brugge WR Endoscopic techniques to diagnose and numage biliary tumor 2005](#)
5. [Pinol V, Castells A, Bordas JM Pcreutaneos selfexpanding metal stents versus endoscopic polyethylene endoprosthesis for treating malignant biliary obstruction:randomized clinical trial 2002](#)
6. [Arguedas MR, Heudebert GH, Stinnett AA Biliary stents in malignant obstructive jaundice due to pancreatic carcinoma:a cost-effectiveness analysis 2002](#)
7. [Soderluad C, Linder S Covered metal versus plastic stents for malignant common bile duct stenosis;a prospective,randomized,controlled trial 2006](#)
8. [钱晓军. 戴定可. 翟仁友 恶性梗阻性黄疸介入治疗的疗效分析 2004\(10\)](#)
9. [丁田贵. 尹立杰. 彭兆翔 老年人晚期胰腺癌市体定向放射治疗的临床研究 2005\(02\)](#)
10. [Yoshida H, Mamada Y, Taniai N One-step palliative treatment method for obstructive jaundice caused by unreseetable malignancines by percutaneous transhepatic insertion of an expandable metallic stent 2006\(12\)](#)
11. [翟仁友. 黄强 恶性梗阻性黄疸介入治疗常见问题的处理 2007](#)

相似文献(10条)

1. 会议论文 [曹广. 杨仁杰 金属支架姑息治疗恶性梗阻性黄疸的术后随访及生存分析 2006](#)

目的:回顾分析研究本院经PTCD和金属胆道支架治疗的恶性梗阻性黄疸病例,对所有病例进行预后生存分析,并统计分析支架平均通畅时间.

方法:收集整理我院自2001年至2005年间,共计152例恶性肿瘤病变导致的梗阻性黄疸的病人,其中包括男性104例,女性48例.年龄最小的26岁,最大的87岁,平均60.2岁.均收入本科行PTCD术,其中71例行支架置入术.大多数患者病变分期为IVA或IVB,均已失去手术机会.根据胆道阻塞导致梗阻性黄疸的病因不同分为胆系来源肿瘤(n=35)、胰腺癌(n=32)、肝癌及肝转移(n=61)、胃肠道癌术后(n=24)四组.71例患者共置入支架86枚,其中进口支架81枚,分别为CookZilver31枚, SinusSuperflex25枚, Wallstent12枚, Sinus-sIliaca3枚, ZA-SBliarydesign3枚, SmartStent5枚, HerculesDHbiliarystent1枚, 进口被膜支架1枚;国产镍钛合金支架5枚.统计分析了患者累积生存率和支架通畅时间(LifeTableAnalysis).并分析各相关因素与生存率之间是否存在相关性(Kaplan-Meie).

结果:平均中位生存时间215天.支架中位通畅时间314天.肝门区占位梗阻组术后平均生存率略高于和胆总管水平梗阻组,但二者之间无统计学差异.6例患者出现复发黄疸,复发性黄疸原因归结为肿瘤在支架两端过度生长,肿瘤经支架网眼向腔内生长,胆汁淤积致胆道管壁增厚、硬化,管腔狭窄,肿瘤侵犯十二指肠造成梗阻,支架位置不正.

结论:恶性梗阻性黄疸患者整个生存期内金属支架可以保障足够有效的通畅引流.尤其对于肝门区患者,金属支架的有效率相对胆总管CBD梗阻更为突出.本文认为PTCD术和金属支架置入术是安全、有效的,是解决恶性胆道梗阻有效武器.
2. 期刊论文 [姚晨. 杜智. 王毅军. 白同. 李来元. YAO Chen. DU Zhi. WANG Yi-jun. BAI Tong. LI Lai-yuan 金属支架姑息性治疗160例恶性梗阻性黄疸的临床观察 -中国综合临床2010, 26\(7\)](#)

目的 探讨胆道金属支架(EMBS)植入术治疗恶性梗阻性黄疸的临床价值. 方法 160例行EMBS植入术的恶性梗阻性黄疸患者为支架组,以30例同样失去手术机会但因经济条件所限经皮经肝穿刺胆道引流(PTCD)外引流治疗者为PTCD组. 回顾性研究其支架通畅率、胆红素下降情况及并发症的发生情况. 随访问期为3个月, Kaplan-Meier(log-rank test)生存期分析比较支架组与PTCD组术后生存期差异. 结果 2组患者厌食、皮肤瘙痒、尿色深染等症状较前均有不同程度改善;支架组总胆红素水平和直接胆红素水平治疗前[(218.78±2.29)、(128.82±2.40) μmol/L]、治疗后7 d[(134.90±2.34)、(81.28 ±2.34) μmol/L]、14 d[(83.18±2.40)、(51.29±2.45) μmol/L]、21 d[(40.74±2.29)、(25.70±2.40) μmol/L]比较均有不同程度的下降(P均=0.000),PTCD组总胆红素水平和直接胆红素水平治疗前[(223.57±2.58)、(127.60±2.59) μmol/L]、治疗后7 d[(145.68±2.57)、(79.78±2.70) μmol/L]、14 d[(87.57 ±2.58)、(58.36±2.46) μmol/L]、21d[(38.65±2.20) μmol/L, (29.46±2.20) μmol/L]比较均有不同程度的下降(P均=0.000);但2组同期胆红素值的比较差异均无统计学意义(P均>0.05). 支架组34例术后发生并发症,发生率为20.62%,有9例发生两种或两种以上并发症. PTCD组18例患者出现并发症,发生率为60.00%. 支架组失访14例,136例患者死亡,支架组中位生存时间214 d;PTCD组无失访,30例患者均死亡,中位生存时间为75.5 d,生存期分析表明支架组生存时间较PTCD组长(P=0.000). 结论 EMBS植入术治疗恶性梗阻性黄疸效果显著,相比PTCD外引流,支架内引流并发症少、恢复快,提高患者生存质量、延长生存期,是恶性梗阻性黄疸的一种理想的姑息性治疗方法.
3. 期刊论文 [曹广. 杨仁杰. CAO Guang. YANG Ren-jie 金属支架姑息治疗恶性梗阻性黄疸的术后随访及生存分析 -北京大学学报\(医学版\) 2008, 40\(2\)](#)

目的:回顾分析经皮肝穿刺置入金属支架治疗恶性胆道梗阻患者的支架通畅率和生存率及其影响因素. 方法:收集北京肿瘤医院自2000年1月1日至2006年4月1日收治的共计152例因恶性肿瘤病导致梗阻性黄疸并接受经皮肝穿刺胆道引流(PTCD)和胆道支架治疗的患者,根据梗阻病因不同,有胆管癌患者35例,胰腺癌患者32例,肝癌或肝转移者61例,胃肠道术后以及淋巴结肿大压迫者24例. 其中置入金属支架者71例,共计使用86枚支架. 术后随访问期为3个月. 用生存分析统计方法计算术后患者的累积生存率及支架通畅率(life table analysis). 用Kaplan-Meier(log-rank test)对比分析各分组间预后生存时间的差异. 建立COX比例风险模型分析各危险因素对生存时间的影响,计算各影响因素的相对危险度. 结果:仅有6例胆道支架患者出现术后再狭窄,支架通畅的中位时间为314天. 患者术后平均中位生存时间为215天,3、6、9个月的生存率分别为79.1%、51.7%、26.8%. 肝门区梗阻的患者比下段梗阻的患者预后更差(P≤0.05). 结论:金属支架在恶性梗阻性黄疸患者的生存期间足以保证通畅引流,支架再狭窄率低,性能可靠,肝门区梗阻的患者比肝外胆管梗阻的患者预后差.

4. 期刊论文 [钟芸诗. 姚礼庆. 高卫东. 何国杰. 周平红. 徐美东. 经内镜胆道内支撑术解除恶性梗阻性黄疸的临床应用评价 -中国内镜杂志](#)

2003, 9(7)

目的:探讨经内镜内支撑术解除恶性梗阻性黄疸的疗效. 方法:对恶性胆道梗阻引起的黄疸病人108例采用内镜胆道内支撑术作胆汁引流124例次, 其中ENBD 39例次、ERBD 47例次、EMBE 38例次. 结果:引流总的有效率(引流满意+引流效果一般)90%~95%, 并发症发生率为14. 6%, 没有操作相关的死亡发生. 比较ERBD与EMBE患者的支架通畅时间, 结果金属支架的通畅时间(135±14d)明显长于塑料支架(49±5d)(P<0. 01). 结论:以上资料表明经内镜内支撑术能有效解除恶性梗阻性黄疸病人的胆道梗阻, 有良好的临床疗效, ENBD、ERBD和EMBE各有其适应症, 可在临床中进一步推广应用.

5. 期刊论文 [王汉宁. 林斌. 乔新安. 刘建兴. 鲁铁利. 内镜下胆管金属支架引流术治疗晚期恶性梗阻性黄疸11例 -陕西医学杂志2005, 34\(3\)](#)

在2002年8月至2004年7月, 我们对11例晚期恶性梗阻性黄疸患者行内镜下胆管金属支架引流术(Endoscopic biliay metal stent drainage, EBMSD)治疗, 效果满意, 现报告如下.

6. 期刊论文 [单雪莲. 毛鑫群. 金属支架置入术联合放疗治疗恶性梗阻性黄疸患者的护理 -护士进修杂志2010, 25\(8\)](#)

恶性梗阻性黄疸多数由恶性肿瘤引起, 最有效的治疗手段是外科肿瘤切除加胆肠吻合术, 如肿瘤无法切除, 行姑息性胆肠吻合术也可有效的解除黄疸. 但恶性梗阻性黄疸患者, 往往全身情况较差, 肝功能明显异常, 承受手术有一定难度. 此类患者内镜下放置金属支架对解除胆道梗阻、恢复胆汁引流、改善患者全身症状具有确切疗效, 不良反应少, 病死率低.

7. 期刊论文 [金龙. 高健. 陈雷. 范岳峰. 杜湘珂. JIN Long. GAO Jian. CHEN Lei. FAN Yue-feng. DU Xiang-ke. 应用自膨式金属支架姑息治疗无法手术的恶性梗阻性黄疸 -中国医学影像技术2008, 24\(11\)](#)

目的 评价自膨式金属支架植入成形术治疗无法手术的恶性梗阻性黄疸及临床疗效. 方法 对105例无法手术治疗的恶性梗阻性黄疸患者行胆道内支架成形术, 术后随访3~755天, 观察患者的临床症状改善情况及支架通畅情况. 结果 共植入支架129枚, 初次治疗的技术成功率为94. 3%, 78%患者术后达到临床显效的标准. 术后30天患者死亡率为7. 6%(8/105), 死因均与介入操作无关. 术后患者的中位生存期为189天, 支架中位通畅时间为246天. 术后3、6个月的支架通畅率分别为92. 1%和64. 5%. 结论 自膨式金属支架植入术是姑息治疗恶性梗阻性黄疸的有效方法, 准确判断无法从胆道支架成形术中获益患者将有助于改善支架成形术后的远期疗效.

8. 期刊论文 [钱晓军. 戴定可. 翟仁友. Qian xiaojun. DAI Dingke. ZHAI Renyou. 恶性梗阻性黄疸介入治疗的疗效分析 -中华肝胆外科杂志](#)

2004, 10(11)

目的回顾性分析无法手术的恶性梗阻性黄疸的经皮肝穿胆道引流治疗疗效和相关影响因素. 方法无法手术切除恶性梗阻性黄疸住院病人233例. 常规经皮肝穿刺胆道造影后, 放置外引流管或内外引流管及金属内支架留置, 用以解除胆管梗阻. 临床观察治疗前后总胆红素、BUN等生化指标改变, 并观察生存时间、引流有效时间. 结果全部病人经皮肝穿刺胆道引流手术成功. 治疗后总胆红素明显下降, 由349. 2±155. 6 mmol/L降至178. 9±141. 2 mmol/L(t=17. 90, P=0. 000). 术前合并感染62例, 术后控制23例, 术后新发胆道感染27例, 胸部感染2例, 术后存在感染68例. 30 d内死亡30例, 死亡组与非死亡组比较, 术前后胆红素差异显著, 年龄差异显著, 并与蛋白相关. 与术后ALT、Cr相关. 与HBDH、BUN相关. 术后51例出现再梗阻, 7例引流管脱落. 全组生存中位时间7. 3个月, 通畅中位时间14. 0个月. 结论经皮肝穿胆道引流, 可有效缓解黄疸, 改善由于梗阻性黄疸引起的各种症状. 对于老年人或身体状况较差的病人应慎重, 术后应及时控制感染, 条件许可情况下, 尽量放置支架.

9. 期刊论文 [孙增涛. 李继军. 刘作勤. 唐军. 尚建强. 陈頔. 张垒. SUN Zeng-tao. LI Ji-jun. LIU Zuo-qin. TANG Jun. SHANG Jian-qiang. CHEN](#)

[Jie. ZHANG Lei. 经皮国产胆道金属内支架置入术治疗恶性梗阻性黄疸 -医学影像学杂志2008, 18\(3\)](#)

目的:探讨国产胆道金属内支架的经皮经肝穿刺置入技术及其临床应用价值. 方法:1996年7月~2006年10月经皮经肝穿刺胆道金属内支架置入术治疗恶性梗阻性黄疸患者167例. 其中67例患者置国产胆道金属内支架, 男42例. 女25例, 年龄28~88岁. 首先经皮经肝穿刺胆道造影, 再选择性穿刺理想肝内胆管分支, 送入导丝导管通过胆道梗阻段后导入硬交换导丝, 沿该导丝送入球囊预扩张病变节段后置入胆道金属内支架, 最后送入内-外引流管引流观察5天左右后撤出. 结果:67例患者置入国产胆道金属内支架96枚, 术中均未出现严重并发症, 术后住院治疗5~10天. 术后1个月复查血清总胆红素, 均降至术前的1/2以下, 44例降至正常范围. 谷丙转氨酶、谷氨酸转氨酶均较术前显著下降. 6个月生存48例, 12个月生存14例, 2例生存2年. 结论:国产胆道金属内支架置入术治疗恶性梗阻性黄疸安全有效, 价格低, 治疗效果与进口胆道支架无明显差异. 可明显缓解黄疸, 减轻痛苦, 提高生存质量, 改善肝功能, 延长生存时间.

10. 学位论文 [钱晓军. 恶性梗阻性黄疸的介入治疗近期与远期随访 2003](#)

目的:回顾性分析无法手术的恶性梗阻性黄疸的经皮肝穿胆道引流治疗疗效和相关影响因素. 材料和方法:常规经皮肝穿刺胆道造影后, 穿刺扩张胆管, 放置外引流管或内外引流管、及金属内支架造影后, 穿刺扩张胆管, 放置外引流管或内外引流管、及金属内支架留置, 用以解除胆管梗阻. 高位梗阻时, 根据优势引流原则, 放置单侧引流或多侧引流, 通常采用右侧入路, 多侧引流时, 根据狭窄胆管位置穿刺引流, 多先行右侧引流, 再行左侧穿刺, 部分右侧多支引流. 临床观察治疗前后总胆红素改变及生化指标改变. 结论:经皮经肝穿刺放置引流管、内涵管或金属内支架作胆汁外引流、内外引流或内引流, 可有效缓解黄疸, 改善由于梗阻性黄疸引起的各种症状. 提高患者的生存质量, 同时支架植入时, 为肿瘤局部的治疗提供了途径和机会. 但应根据需要选用合适的引流方法, 术后应及时控制感染, 并给予局部肿瘤治疗, 条件许可情况下, 尽量放置支架.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfxszz200911014.aspx

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: a63057ee-9998-46d0-913c-9df701746f50

下载时间: 2010年9月20日