

## ·临床研究 Clinical research·

## 经皮肝穿刺胆道引流术及胆管内支架植入术在恶性梗阻性黄疸治疗中的应用

黄祥忠, 高峰, 沈炜, 任冬青, 韩进

**【摘要】 目的** 评价经皮肝穿刺胆道引流(PTBD)及胆管内支架植入术(PTIBS)治疗恶性梗阻性黄疸的疗效。**方法** 对 56 例恶性梗阻性黄疸患者采取 PTBD 或 PTIBS,所有患者均经 B 超、CT 或 MRI 明确诊断,并确定梗阻部位,其中高位梗阻 19 例,低位梗阻 37 例。梗阻原因包括肝癌 14 例,胆管癌 11 例,胆囊癌 5 例,胃癌伴淋巴结转移 14 例,壶腹部占位 1 例,胰头癌 11 例。术中根据造影结果选择合适方案。**结果** 所有 56 例均成功完成手术。其中行 PTBD 11 例,PTIBS 40 例,PTBD 并 PTIBS 5 例。TBIL 由术前  $(295.65 \pm 152.86) \mu\text{mol/L}$  降至术后  $(151.05 \pm 107.36) \mu\text{mol/L}$  ( $P < 0.01$ )。术后感染对黄疸消退有影响 ( $P < 0.01$ )。梗阻部位与黄疸消退情况比较差异无统计学意义 ( $P = 0.063$ )。**结论** 经皮肝穿刺胆道引流及支架植入术治疗恶性梗阻性黄疸安全有效,可明显减轻黄疸,改善患者生活质量,延长生存期。

**【关键词】** 梗阻性黄疸;介入治疗;支架;生物蛋白胶

中图分类号:R735.7;R735.8 文献标志码:B 文章编号:1008-794X(2009)-12-0930-04

**Application of percutaneous transhepatic biliary drainage and percutaneous transhepatic insertion of biliary stent in treating malignant biliary obstruction** HUANG Xiang-zhong, GAO Feng, SHEN Wei, REN Dong-qing, HAN Jin. Department of Interventional Therapy, the Affiliated Jiangyin Hospital, Medical College of Southeast University, Jiangyin, Jiangsu Province 214400, China

**【Abstract】 Objective** To evaluate the clinical efficacy of percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) and percutaneous transhepatic insertion of biliary stent (PTIBS) for malignant biliary obstruction. **Methods** PTBD or PTIBS were performed in 56 patients with malignant biliary obstruction, which were caused by hepatic carcinoma ( $n = 14$ ), biliary duct carcinoma ( $n = 11$ ), gallbladder carcinoma ( $n = 5$ ), stomach carcinoma accompanied with metastasis of lymph node ( $n = 14$ ), carcinoma of ampulla ( $n = 1$ ) or carcinoma of pancreatic head ( $n = 11$ ). The diagnosis was confirmed by ultrasonography, CT or MRI in all patients. The obstructed site was well identified, including high obstruction in 19 patients and lower obstruction in 37 patients. Based on the imaging findings, suitable interventional procedure was employed. **Results** PTBD or PTIBS were performed successfully in all 56 patients, of them PTBD was adopted in 11, PTIBS in 40 and both PTBD and PTIBS in 5. The serum total bilirubin decreased from  $(295.65 \pm 152.86) \mu\text{mol/L}$  before the procedure to  $(151.05 \pm 107.36) \mu\text{mol/L}$  after the procedure ( $P < 0.01$ ). Postoperative infection could affect the fading of jaundice ( $P < 0.01$ ), but the location of the obstruction carried no relationship with the fading of jaundice ( $P = 0.063$ ). **Conclusion** Both PTBD and PTIBS are safe and effective palliative therapies for malignant biliary obstruction, which can markedly relieve patient of jaundice, improve the quality of life and elongate the survival period. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 830-933)

**【Key words】** biliary obstruction; interventional therapy; stent; biological organic glue

近年来,作为一种微创手术,经皮肝穿刺胆道引流术(percutaneous transhepatic biliary drainage, PTBD)及胆管内支架植入术(percutaneous transhepatic insertion of biliary stent, PTIBS)不仅提高了患

者的生活质量,而且有效地延长了生存时间,因而得到了较广泛的临床应用。我院自 2005 年 3 月至 2009 年 3 月运用此技术治疗恶性梗阻性黄疸 56 例,取得了较好的疗效,现报道如下。

作者单位:214400 江苏江阴 东南大学医学院附属江阴医院  
介入科

通信作者:黄祥忠 E-mail:bxn835@yahoo.com.cn

## 1 材料与方法

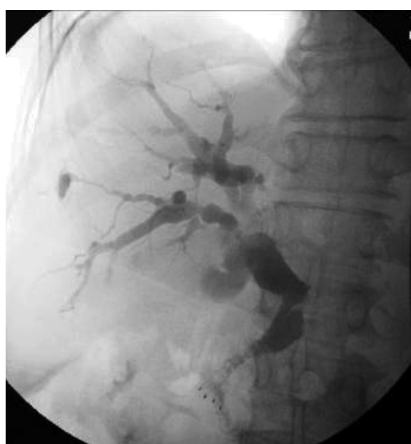
### 1.1 材料

**1.1.1 临床资料** 所有病例均为失去外科手术机会的恶性梗阻性黄疸患者,56 例中,男 39 例,女 17 例,年龄 16 ~ 84 岁,平均 62 岁。术前黄疸时间 4 ~ 120 d,平均 26 d。梗阻原因包括肝癌 14 例,胆管癌 11 例,胆囊癌 5 例,胃癌伴淋巴结转移 14 例,壶腹部占位 1 例,胰头癌 11 例。均经 B 超、CT、或 MRI 等影像学检查证实胆管扩张,并明确梗阻部位,其中高位梗阻 19 例,低位梗阻 37 例。术前常规检查生化指标及血常规,其中血清总胆红素(TBIL)54.90 ~ 759.10  $\mu\text{mol/L}$ ,平均  $(295.65 \pm 152.86)\mu\text{mol/L}$  均以直接胆红素(DBIL)升高为主,且 DBIL/TBIL > 50%;碱性磷酸酶(AKP) 131.0 ~ 1955.0 u/L,平均  $(630.14 \pm 457.32)\text{u/L}$ ;丙氨酸转氨酶(ALT)19.3 ~ 358.0 u/L,平均  $(128.68 \pm 92.02)\text{u/L}$ 。25 例术前存在感染,给予胆汁药物浓度较高的抗生素,如哌拉西林、头孢哌酮、头孢曲松等。

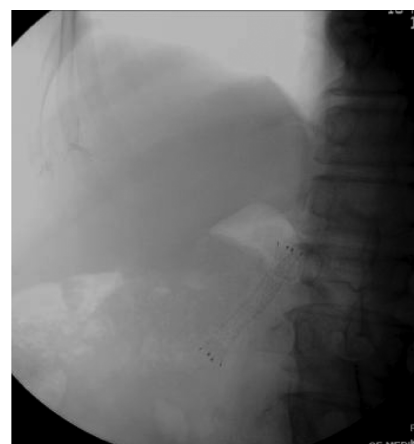
**1.1.2 设备器材** GE LCV + 1000 mA DSA 机。所用基本器械包括 21 G 千叶针、0.018 英寸微导丝、经皮肝穿刺胆道引流(PTBD)套管针、普通超滑导丝、Amplatz 超硬导丝、4 ~ 5 F Cobra 或单弯导管、8.5F 多侧孔外引流管、内外引流管、MTN 型形状记忆镍钛合金胆道支架(南京微创公司生产)或 LUMINEXX 胆道支架(Bard 公司生产)直径 8 mm,长度 40 ~ 80 mm。医用生物蛋白胶(广州倍绣公司生产),40%碘化油。



a 穿刺右侧肝管,造影示胆总管下段及壶腹部梗阻



b 于梗阻段植入支架,远端跨过 oddis 括约肌



c 复查显示支架开放良好,无移位

图 1 胆总管下段梗阻治疗前后

症状,术后加强支持治疗。根据术中胆汁培养、药敏结果调整抗生素。引流者观察引流液量、颜色及引流管是否通畅等情况,如术后引流管发生堵塞,则使用敏感抗生素冲洗。对于术后新发胆道感染者,可经外引流管取胆汁送细菌培养和药敏,再根据结果使用抗生素。1 周左右于 DSA 透视下观察支架开

## 1.2 方法

**1.2.1 操作方法** 首先结合影像学检查选择合适的穿刺点,行右肝管穿刺选择右侧腋中线或腋前线肋上缘,避开肋膈角;行左肝管穿刺选择剑突下。穿刺成功后先行胆管造影,进一步明确梗阻部位及程度,对比剂稀释到 30%,避免影响观察导丝、导管等。然后选择合适胆管分支 2 次穿刺,确定进入胆管后,退出针芯,换入 0.018 英寸微导丝,顺微导丝置入穿刺套管针,当鞘进入胆管后撤出微导丝、内金属针与扩张管,从鞘内插入超滑导丝,并顺导丝送入 4 ~ 5 F 造影导管。低位梗阻先试探通过梗阻段,如导管可越过梗阻段,则再行造影,以了解阻塞段长度,选择合适规格支架。退出超滑导丝,换入 Amplatz 超硬导丝,退出导管,顺导丝送入支架释放系统,于梗阻段释放支架(图 1)。经导管造影复查,了解支架位置、开放情况。后撤导管,确定导管退出胆管后,经导管使用天绣医用生物蛋白胶与少量碘化油制备的混合剂封堵穿刺道。如植入支架困难,则先予外引流数日再试探通过梗阻段植入支架。高位梗阻先试探经两侧肝管植入支架(具体操作同低位梗阻)(图 2),一侧植入支架失败者行外引流。所有患者术中均尽量抽出胆汁,并用替硝唑注射液反复冲洗。对于术前存在胆道感染者,术中留取胆汁送细菌培养及药敏试验。

**1.2.2 术后处理** 注意观察患者生命体征及临床

放情况及有无移位,外引流者经引流管造影,了解胆管扩张情况及引流管位置。术后定期复查生化及血常规,指标降至较满意后进一步行放疗或区域性动脉化疗和(或)栓塞。

## 1.3 统计学处理

计量资料以均数  $\pm$  标准差( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采用

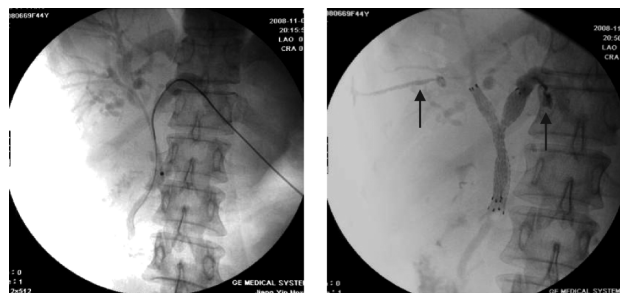


图 2 肝门胆管梗阻支架置入前后  
a 分别穿刺左右肝管,造影发现肝门部胆管梗阻,左右肝管无交通  
b 分别经左右肝管释放 2 枚支架,支架重叠良好,开放理想。最后用生物蛋白胶与碘化油制备的混合剂封堵穿刺道(箭头所示)

图 2 肝门胆管梗阻支架置入前后

SPSS 统计学软件,数据采用  $t$  检验、 $\chi^2$  或 Fisher 精确检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

所有 56 例均成功完成手术。除 1 例术前考虑梗阻部位为胆总管,术中造影发现同时存在肝门部梗阻外,其他患者梗阻部位符合术前诊断。其中行 PTBD 术 11 例,PTIBS 术 40 例,PTBD 并 PTIBS 术 5 例,共植入支架 56 枚。术后 43 例黄疸明显消退且临床症状缓解,13 例黄疸消退不明显。外引流患者 24 h 引流量 200 ~ 500 ml,2 例引流胆汁含少量血液,予加强止血后未再有血液引出,3 例患者发生穿刺道胆汁漏,经造影发现引流管脱出,予更换引流管后未再发生,其他患者复查引流管通畅、无移位,支架开放良好、无移位。

术后定期复查生化及血常规,统计出院前最后一次结果,TBIL 平均  $(151.05 \pm 107.36) \mu\text{mol/L}$ ,较术前明显下降( $P < 0.01$ ),其中 33 例胆红素明显下降(下降百分比  $> 50\%$ ),10 例胆红素有所下降(下降百分比 25% ~ 50%),13 例(其中高位梗阻 8 例,低位梗阻 5 例)胆红素消退不明显(下降百分比  $< 25\%$  或升高),术后 ALT 下降明显( $P < 0.01$ ),AKP 有所下降( $P < 0.05$ )(表 1)。术后感染对黄疸消退有影响( $P < 0.01$ )(表 2)。梗阻部位与黄疸消退情况比较无统计学意义( $P = 0.063$ )(表 3)。

表 1 术前与术后生化结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

生化结果	术前	术后	$t$ 值	$P$ 值
TBIL( $\mu\text{mol/L}$ )	$295.65 \pm 152.86$	$151.05 \pm 107.36$	6.941	$< 0.01$
AKP(uL/L)	$630.14 \pm 457.32$	$436.92 \pm 386.49$	2.031	0.046
ALT(uL/L)	$128.68 \pm 92.02$	$63.35 \pm 56.78$	5.334	$< 0.01$

共随访 38 例,其中 1 例因原发病进展 1 个月内死亡,其余 37 例生存期 48 ~ 550 d,平均  $(210.5 \pm 133.7)\text{d}$ 。9 例因肿瘤生长发生不同程度的胆管再

表 2 术前术后感染对黄疸消退的影响

感染	例数	黄疸消退情况			$\chi^2$ 值	P值
		< 25 %	25% ~ 50 %	> 50 %		
术前感染						
无	31	4	7	20	4.416	0.110
有	25	9	3	13		
术后感染						
无	17	1	5	11	14.709	0.001
有	39	12	5	22		

表 3 梗阻部位与黄疸消退比较

梗阻部位( $n$ )	黄疸消退情况			$P$ 值
	$< 25\%$	25% ~ 50%	$> 50\%$	
高位梗阻(19)	8	3	8	0.063
低位梗阻(37)	5	7	25	

狭窄,再次行 PTBD 或 PTIBS 术,其中 5 例植入支架,共 6 枚,4 例行外引流,黄疸消退均满意。其余 28 例术后均未发生胆管再梗阻。

## 3 讨论

恶性胆道梗阻常由胰腺癌、胆管癌、胆囊癌及转移性肿瘤所致<sup>[1]</sup>,它不仅可引起黄疸,而且可造成肝内外胆汁淤积,后者可导致肝细胞缺血、坏死而加重肝功能的损害。研究表明早期有效的胆汁引流,可以明显改善恶性梗阻性黄疸的预后<sup>[2]</sup>,但如不及时治疗,平均生存期仅为 3 个月。目前外科手术治疗方法主要有肿瘤的根治性切除和姑息性手术,但是因胰腺、胆管、胆囊及肝脏肿瘤所致的恶性梗阻性黄疸,手术治愈率很低。另一种治疗方法是内镜下治疗,其主要优势在于不需经皮穿刺,避免了胆漏、胆道出血等经皮肝穿可能出现的并发症,但是其对内镜操作要求较高,对于有高位胆道梗阻或胃肠道术后的患者往往不适合<sup>[3]</sup>,留置鼻胆管作外引流,患者往往不能接受,并且治疗后并发症较多,如急性胰腺炎、逆行胆道感染等。临床有 60% 恶性梗阻性黄疸患者选择 PTBD 及 PTIBS,可有效地减轻黄疸,改善肝脏功能,为进一步治疗争取机会,同时具有微创、成功率高、并发症发生率低、见效快等优势,其效果可以和外科的旁路引流相媲美<sup>[4]</sup>,目前已得到广泛的应用。

高位胆管梗阻是指位于肝总管及左、右肝管汇合部,多由肝门部原发肿瘤或附近恶性肿瘤造成的胆管梗阻,其治疗一直是临床上的难点,本组有 13 例黄疸消退不明显患者,其中高位梗阻 8/19,比率明显高于低位梗阻 5/37。我们的处理方法是:①左右肝管有交通,经一侧胆管植入支架;②左右肝管无交通,其处理则较为困难,通常需同时穿刺左右



肝管,最理想的办法是分别经两侧胆管植入支架,支架远端位于胆总管,如任何一侧导丝无法通过梗阻段则该侧置入外引流管。本组高位梗阻患者 19 例(19/56),经处理,与低位梗阻比较后发现,黄疸消退情况无明显差异( $P = 0.063$ ),可能与本组病例数较少有关。

对于行胆道支架植入术的患者,当支架植入后,我们后撤导管,推注对比剂确定导管退出胆管后,经导管使用医用生物蛋白胶与少量碘化油制备的混合剂封堵穿刺道。施海彬等<sup>[5]</sup>采用明胶海绵条封堵穿刺道,虽然明胶海绵同样具有价格低廉、可吸收等优点,但是对于同时合并出血的患者,明胶海绵条往往难以释放。也曾有使用 NBCA 胶和碘油制备混合剂封堵穿刺道报道,但是其价格较高。医用生物蛋白胶由适当的纤维蛋白原、凝血酶、XIII 因子、钙离子等组成,各组分均匀混合后形成乳白色蛋白质凝胶,该凝胶能有效止血,封闭缺损组织,2 周左右可被组织吸收,且价格低廉。

胆道梗阻患者在发生胆汁淤积后,细菌便可大量繁殖,引起不同程度的胆道感染,进一步发展可破坏胆管屏障,致使大量含有胆红素颗粒的混合血栓、细菌及其毒素进入血液循环,而引起胆源性败血症。因此,及时地引流不仅可以减轻黄疸,而且可以有效地控制感染。另外,我们研究发现,术后感染对黄疸消退有显著影响( $P < 0.01$ ),本组 13 例黄疸消退不明显患者有 12 例存在术后感染。因此,如何控制感染极为重要。我们的经验是:①对于术前存在感染的患者,术前使用胆汁浓度较高的抗生素,术中留取胆汁送培养,术后根据药敏结果调整抗菌药物。②术中应严格遵守无菌原则。将对比剂和替硝唑注射液按 1:2 比例混合,每次推注对比剂前,应尽量抽出胆汁,防止胆管压力过大致胆汁入血。支架及引流管释放完毕后,再使用替硝唑注射液反复冲洗胆管。③对于术后新出现的感染,如留置外引流管则取胆汁送培养,否则可通过血培养或经验选择抗生素,所有留置外引流管患者术后定期使用敏感抗生素冲洗胆管。

虽然,PTBD 及 PTBS 可以有效地减轻黄疸,但它仍是一种姑息性的治疗方法,有效的后续治疗可明显延长患者生存期,因此如何控制原发病灶才是

恶性梗阻性黄疸治疗的根本。目前针对原发病灶的治疗方法主要有化疗、放疗、光敏疗法及射频消融<sup>[6]</sup>。但是究竟选择全身化疗还是动脉内灌注化疗目前仍存在争议。夏进东等<sup>[7]</sup>认为动脉内灌注化疗更为有效。而对于那些动脉灌注化疗反应较差及肝功能储备较少的患者,放疗也是一个不错的选择。我们对所有黄疸消退明显的患者采取放化疗或 TACE 治疗,均取得了不错的疗效。

本组有 3 例患者术后发生引流管周围胆汁漏,结合再次造影结果,分析原因有:①引流管头端成圈较小;②扩张的胆管经引流后回缩,造成部分侧孔退至胆管外;③暴力牵拉导致引流管脱出;④胆泥、血栓等堵塞引流管。针对上述原因处理的办法主要有:①将引流管侧孔推送至胆管内,重新盘圈;②如原引流管头端无法成圈,则予更换;③对于因堵塞引起的胆汁漏,可使用抗生素反复冲洗至通畅。

#### [参考文献]

- [1] Iizuka T, Hoshihara Y, Hoteya O, et al. A case of gastric cancer presenting with obstructive jaundice and responding to biweekly CPT-11 and CDDP combination administration[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2006, 33: 659 - 661.
- [2] Qian XJ, Zhai RY, Dai DK, et al. Treatment of malignant biliary obstruction by combined percutaneous transhepatic biliary drainage with local tumor treatment[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12: 331 - 335.
- [3] Indar AA, Lobo DN, Gilliam AD, et al. Percutaneous biliary metal wall stenting in malignant obstructive jaundice [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2003, 15: 915 - 919.
- [4] Tsuyuguchi T, Takada T, Miyazaki M, et al. Stenting and interventional radiology for obstructive jaundice in patients with unresectable biliary tract carcinomas[J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2008, 15: 69 - 73.
- [5] 施海彬,李麟荪,徐泽宽,等.经皮胆道引流术治疗恶性梗阻性黄疸[J].介入放射学杂志,2001,10:292-295.
- [6] Zhang FJ, Wu PH, Gu YK, et al. Clinical value of brachytherapy of malignant biliary obstruction after implanting expandable metallic biliary endoprosthesis (EMBE)[J]. Ai Zheng, 2004, 23: 1567 - 1571.
- [7] 夏进东,王道梅.恶性梗阻性黄疸的双介入治疗 18 例临床分析[J].中国实用内科杂志,2001,21:113-114.

(收稿日期:2009-06-29)

# 经皮肝穿刺胆道引流术及胆管内支架植入术在恶性梗阻性黄疸治疗中的应用

作者: [黄祥忠](#), [高峰](#), [沈炜](#), [任冬青](#), [韩进](#), [HUANG Xiang-zhong](#), [GAO Feng](#), [SHEN Wei](#), [REN Dong-qing](#), [HAN Jin](#)

作者单位: [东南大学医学院附属江阴医院介入科, 江苏江阴, 214400](#)

刊名: [介入放射学杂志](#) 

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

年, 卷(期): 2009, 18(12)

被引用次数: 0次

## 参考文献(7条)

1. [lizuka T.Hoshihara Y.Hoteya O](#) A case of gastric cancer presenting with obstructive jaundice and responding to biweekly CPT-11 and CDDP combination administration[期刊论文]-[Gan to Kagaku Ryoho\(Japanese Journal of Cancer and Chemotherapy\)](#) 2006
2. [Qian XJ.Zhai RY.Dai DK](#) Treatment of malignant biliary obstruction by combined percutaneous transhepatic biliary drainage with local tumor treatment[期刊论文]-[World Journal of Gastroenterology](#) 2006(12)
3. [Indar AA.Lobo DN.Gilliam AD](#) Percutaneous biliary metal wall stenting in malignant obstructive jaundice[期刊论文]-[European Journal of Gastroenterology and Hepatology](#) 2003
4. [Tsuyuguchi T.Takada T.Miyazaki M](#) Stenting and interventional radiology for obstructive jaundice in patients with unresectable biliary tract carcinomas[期刊论文]-[Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery](#) 2008
5. [施海彬.李麟苏.徐泽宽](#) 经皮胆道引流术治疗恶性梗阻性黄疸[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2001(10)
6. [Zhang FJ.Wu PH.Gu YK](#) Clinical value of brachytherapy of malignant biliary obstruction after implanting expandable metallic biliary endoprosthesis (EMBE)[期刊论文]-[aizheng](#) 2004
7. [夏进东.王道梅](#) 恶性梗阻性黄疸的双介入治疗18例临床分析[期刊论文]-[中国实用内科杂志](#) 2001(21)

## 相似文献(10条)

1. 期刊论文 [仲崇晓.夏敏](#) 梗阻性黄疸患者行介入治疗的围手术期护理 -[中国实用护理杂志](#)2009, 25(12)  
目的 总结梗阻性黄疸患者行介入治疗的围手术期护理经验.方法 对46例梗阻性黄疸患者实施介入治疗术前、术中及术后的密切观察,及时处理并发症,给予周密的出院指导.结果 46例梗阻性黄疸患者介入治疗(经皮肝穿刺胆道引流术,经皮肝穿刺胆道内支架植入术及经皮肝穿刺胆道成形术)均获成功未出现严重并发症.所有患者术后2~3周黄疸均得到明显改善.结论 对梗阻性黄疸患者做好全面细致的围手术期护理,是保证介入治疗成功的关键,可减少并发症的发生,提高患者生存质量,延长生存期.
2. 期刊论文 [袁增红.谭萍](#) 介入治疗梗阻性黄疸78例护理体会 -[实用心脑血管肺血管病杂志](#)2009, 17(10)  
目的 总结介入治疗梗阻性黄疸过程中的护理经验.方法 对我院78例梗阻性黄疸介入治疗患者的术前、术中及术后护理进行总结.其中急性梗阻性化脓性胆管炎6例、胆管结石16例、胆管癌18例、肝转移癌17例、胰头癌10例、壶腹肿瘤5例、胆囊癌6例.78例患者均成功实施介入治疗,34例行经皮肝穿胆管外引流、42例行经皮肝穿胆管内外引流(其中25例为先行胆管外引流,待引流一定时间后改行胆管内外引流)、38例行胆管支架置入.结果 介入手术成功率100%,术后观察,其中显效49例(62.8%),有效25例(32.1%).随访患者生活质量明显提高,延长了生存时间.结论 梗阻性黄疸的介入诊治过程及术后并发症的观察与护理非常重要.
3. 期刊论文 [李爱荣.张伟光.LI Ai-rong.ZHANG Wei-guang](#) 介入治疗梗阻性黄疸的护理 -[吉林医学](#)2007, 28(10)  
目的:总结梗阻性黄疸介入治疗过程中的护理经验.方法:对我院54例梗阻性黄疸介入治疗患者的术前、术中及术后护理进行总结,梗阻部位位于肝总管32例,胆总管14例,肝内胆管8例,其中左肝管6例、右肝管2例.原发性及继发性肿瘤性狭窄50例,炎性狭窄2例,术后狭窄1例.结果:手术成功率96%(52/54),术后1周观察,其中48例(90%),黄疸减轻或消失.随访患者生活质量明显提高,延长了生存时间.结论:梗阻性黄疸的介入诊治过程及术后并发症的观察与护理非常重要.
4. 会议论文 [陈惠珠](#) 梗阻性黄疸介入治疗的护理 2007  
本文解剖了胆道梗阻性黄疸的病理,阐述了该病的临床表现及介入治疗适应证和禁忌证,重点论述了梗阻性黄疸介入治疗的护理。
5. 会议论文 [施海彬](#) 梗阻性黄疸的介入治疗 2007  
梗阻性黄疸是一临床常见病,多数由恶性肿瘤引起.经皮肝穿刺胆道引流术可很快缓解肝内胆管的张力,明显减轻黄疸,改善症状,可为外科手术创造条件,也可作为姑息性治疗手段,以减轻病人痛苦,提高病人的生活质量,延长生存时间.本文就梗阻性黄疸的介入治疗进行了论述,文章围绕介入治疗的手术适应证、禁忌证、术前准备、手术操作方法、术后处理以及并发症及其防治等内容展开。
6. 期刊论文 [王成刚.沈杰.龚高全.邱伟利.陈越.王良文.WANG Chenggang.SHEN Jie.GONG Gaoquan.QIU Weili.CHEN Yue.WANG Liangwen](#) 肝癌合并梗阻性黄疸的双介入治疗临床研究 -[中国现代医生](#)2008, 46(19)  
目的 探讨胆道支架置放结合动脉化栓塞治疗肝癌合并梗阻性黄疸的疗效.方法 24例肝癌合并梗阻性黄疸患者行经皮穿肝胆道引流术后,采用置放胆道支架(总计31枚)结合动脉化栓塞(总计51次)的治疗方法.分别观察血清胆红素下降程度.手术并发症,并随访患者生存期和胆道支架维持通畅时间.结果 24例患者PTCD成功率100%,治疗后总胆红素明显下降,由(201.8±154.7) μmol/L降至(120.8±106.7) μmol/L.引流通畅中位时间6.1个月,全组生存中位时间6.2个月.结论 胆道支架置放结合动脉化栓塞治疗肝癌合并梗阻性黄疸有较好疗效.
7. 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刺胆道引流治疗效果和相关影响因素.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、及金属内支架置入,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:经皮肝穿刺放置引流管、内引流管或金属内支架置入引流、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.
8. 会议论文 [翟仁友.王剑峰.戴定可.于平.魏宝杰](#) 肝癌合并梗阻性黄疸的介入治疗 2005  
目的:总结原发性肝癌合并梗阻性黄疸进行介入减黄的技术和近期疗效及并发症,以便改善治疗方法和提高疗效.材料:和方法本组包括2000年6月至2005年2月间收治的肝癌22例,其中男性18例,女性4例;年龄41~87岁,中位数65岁.梗阻部位分别为,低位胆管梗阻3例,高位梗阻19例,经右侧穿刺入路7例,经剑突下穿刺入路2例,行双侧穿刺入路9例.行介入穿刺治疗1次(包括双侧穿刺)18例,2次治疗4例.(不含术后更换导管和支架),本组置入支架7例共9枚.结论:中晚期肝癌合并梗阻性黄疸,病情凶险,进展迅速,死亡率高,应积极采取介入减黄措施处理,可取的部分疗效,延长部分患者的生命.但由于介入治疗可加重病人的肝脏损害,有较高的术后并发症,治疗前应充分纠正病人的一般情况和肝功能,严格掌握适应证,确保提高介入减黄成功率,减少术后死亡率.

9. 期刊论文 来常敏, 李桂兰 64例肿瘤致梗阻性黄疸介入治疗的护理 -西南军医2009, 11 (5)

恶性梗阻性黄疸被发现时多已为晚期, 绝大多数患者已失去了外科根治术的机会, 部分病例可行姑息分流旁路术, 但外科旁路分流手术的术后并发症及术后病死率相当高[1]。目前, 介入治疗能达到抑制肿瘤的生长, 缩小肿瘤, 复通胆管的目的, 能有效缓解梗阻症状, 提高患者生活质量。现将64例肿瘤晚期梗阻性黄疸介入治疗的护理体会介绍如下。

10. 会议论文 高斌, 徐圣德, 李华, 张宇东, 汪涛, 许国忠 双介入治疗梗阻性黄疸的临床应用 2007

本文回顾性分析梗阻性黄疸患者的双介入治疗方法(包括经皮经肝胆道内记忆合金支架置入术)及近期疗效和黄疸消退情况。

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200912014.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200912014.aspx)

授权使用: qknfy(qknfy), 授权号: eecc34f7-9b9e-4c35-9e39-9df701764ff8

下载时间: 2010年9月20日