

• 非血管介入 •

多支胆管梗阻的介入性引流技术

谢宗贵 易玉海 张绪萍 张立军

【摘要】 目的 探讨多支胆管梗阻介入性引流的方法及疗效。方法 21 例多支胆管梗阻的患者根据不同情况,分别采用左右肝管同时植入支架内引流(13 例)、左右肝管间植入支架经右肝管外引流(3 例)、右肝管支架内引流并左肝管外引流(3 例)和右前叶肝管支架内引流并右后叶肝管外引流及左肝管内引流或外引流(2 例)等内外引流技术进行治疗。结果 21 例患者共植入胆道内支架 36 枚,其中 35 枚支架起到良好的内引流作用,1 枚因位置不良无内引流作用。19 例患者胆道引流充分,黄疸完全消退。2 例患者黄疸未完全消退。结论 多种方式的胆道内外引流技术对大部分多支胆管梗阻患者治疗效果显著,值得进一步推广应用。

【关键词】 胆管梗阻,多发性;介入性治疗,胆道支架;胆道引流

Interventional drainage technique for patients with multiple biliary tracts obstruction XIE Zonggui, YI Yuhai, ZHANG Xuping, et al. Department of Radiology, Jinan General Hospital of the PLA, Jinan 250031, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate the methodology and effectiveness of interventional biliary drainage for patients with multiple biliary tract obstruction (MBO). **Methods** Twenty one patients with MBO caused by cholangiocarcinoma in 13 cases, primary hepatocellular carcinoma in 5 cases and porta hepatic metastases in 3 cases were included. According to types of biliary tract occlusion, we performed different combined interventional draining procedures. That is, thirteen cases were performed with right and left bile duct stent implantation respectively; three cases with stent insertion between left and right bile ducts and catheter for external draining in right bile duct; three cases with right bile duct stent placement and catheter for external draining in left bile duct; two cases with anterior right bile tract stent placement and posterior right bile tract for external draining while left bile duct for internal (one cases) or external (one case) draining. **Results** All together 36 stents were implanted in 21 patients. 35 stents have obtained satisfactory internal draining function and one stent hasn't shown function due to malposition. Jaundice disappeared completely in 19 of 21 cases, and disappeared incompletely in 2 cases. **Conclusions** Multiform biliary internal and/or external drainage is effective for most patients with MBO.

【Key words】 Biliary obstruction, multiple; Interventional procedure; Transhepatic biliary drainage; Stent

肝门部胆管癌或转移癌常常导致肝内多支胆管梗阻,介入性胆管引流操作困难。常因引流不充分使肝功能改善不显著,易形成胆道感染,肝脓肿等。提高此类患者胆道介入性引流技术成功率,对预后具有重要意义。本文报告 21 例多支胆管梗阻的介入性引流经验。

材料和方法

一、临床资料

作者单位: 250031 济南军区总医院放射科(谢宗贵、易玉海、张绪萍); 山东淄博市第一医院放射科(张立军)

恶性胆道梗阻患者 21 例,男 19 例,女 3 例。年龄 35~71 岁。均为多支胆管梗阻。原发疾病包括肝门部胆管癌 13 例,肝癌胆管侵犯 5 例,肝门部转移瘤 3 例。按梗阻部位分,左右胆管均阻塞 19 例,右前叶肝管和右后叶肝管阻塞合并左肝管阻塞 2 例。

二、介入治疗方法

根据胆管梗阻情况和介入性开通技术的难度和可能性,本组病例的介入操作方法有以下 4 种。

(一) 左右肝管分别植入支架于胆总管内汇合占 13 例。适用于左右肝管近端均阻塞的病例。先经右腋中线穿刺胆管造影,经此通道寻找阻塞的

左肝管开口,大部分能获得成功。经剑突下方偏左侧穿刺左肝管,同法将导丝经左肝管与胆总管间的间隙送入十二指肠。分别经左右两根导丝送入导管鞘入肝管,同时经此鞘送入两根球囊导管(球囊直径 8mm,长 40mm),同时充盈球囊,使狭窄段胆管得到充分对称的扩张。撤出球囊,送入支架传送管。选择适当长度的内支架,仔细定位,使支架远端越过狭窄段并行走于胆总管内,近端位于胆管内而不在肝实质内。支架远端平行段应超过 3cm。两位术者同时回撤支架管,使支架同时释放。撤出左肝管内血管鞘,用明胶海绵条堵塞穿刺通道。于右肝管内保留外引流管(图 1)。1 周后造影复查,支架开通良好则拔除外引流管。

(二) 左右肝管间置放支架,经右肝管行外引流 经皮穿刺胆道造影显示左右肝管不通,经右肝管能引入导管进入左肝管,但不论经左肝管还是经右肝管均不能建立与胆总管间的引流通道。为避免左右胆管分别引流对患者生活质量的严重影响,或用一根引流管同时引流左右肝管可能使左肝管引流不

充分,我们经右肝管于左右肝管之间植入支架,建立充分的左右间的引流,然后经右肝管外引流。3 例患者施行此项操作,其中 1 例参考 Soluez 的方法^[1]行左肝管-胃小弯穿刺,做胆胃引流,但未成功。

(三) 右肝管行支架内引流,左肝管外引流 部分病例左右肝管阻塞,经左或右肝管均无法建立左右间的引流,也无法建立左肝管与胆总管间的引流,但能建立右肝管与胆总管间的引流。我们仅将右肝管与肝总管间植入支架,左肝管行外引流。3 例患者行此方法治疗。此 3 例中 2 例试行了经左肝管梗阻端向右肝管穿刺的操作,即先将一血管鞘置入左肝管,经此鞘送入套管针,对梗阻端向右肝管穿刺,仍因难以控制穿刺针角度,穿刺失败。但未出现严重并发症。

(四) 右前叶肝管支架内引流,右后叶外引流,左肝管内引流或外引流 经右腋中线胆道穿刺,仅使右前叶或右后叶胆管单独显影,提示两者互相不通,右肝管与左肝管也不通。2 例患者出现此类情况。1 例右前叶胆管顺利植入支架内引流(图 2)。



图 1 经左右肝管穿刺,植入支架。两支架并行于胆总管内,内引流作用良好

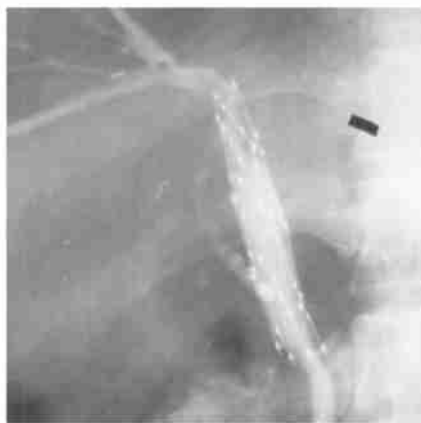


图 2 右前叶肝管支架内引流作用良好

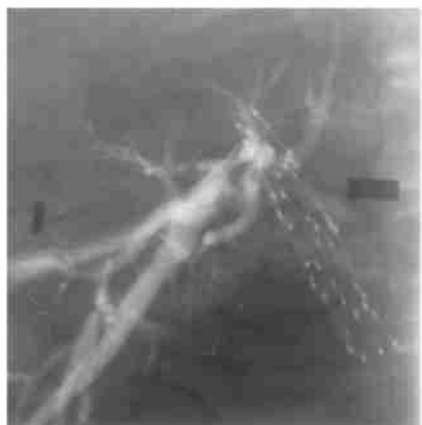


图 3 右后叶肝管植入一支架,但无内引流作用,仅行外引流

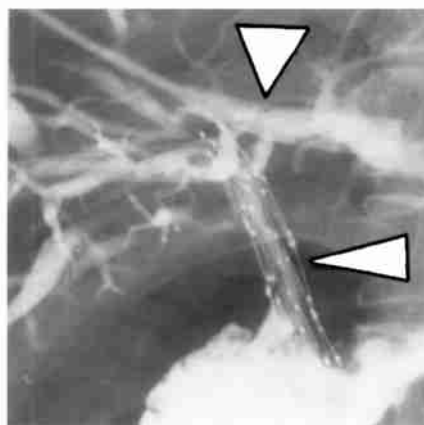


图 4 建立右前叶肝管分支与左肝管间的支架内引流

经右后叶胆管引入导丝入胆总管,沿此导丝引入支架传送管,正位透视见支架头端已越过狭窄段胆管,遂释放支架。但侧位透视见支架未越过狭窄段,无内引流作用(图 3),只得置管外引流。二期经右前叶肝管分支与左肝管间植入支架(图 4)内引流。另 1 例行右前叶胆管内引流和右后叶及左叶胆管外引流。

结 果

一、21 例患者中,13 例左右肝管各置放一支架,均获成功,内引流作用良好,支架植入后 1~3 周拔除引流管。3 例左右肝管间支架通道通畅,经右肝管外引流充分,黄疸完全消退。3 例右肝管内引流和左肝管外引流作用充分,黄疸消退。2 例右前叶胆管内引流良好,但右后叶及左叶胆管引流时好时差,胆汁时清时浊,黄疸未完全消退,考虑与胆道感染有关。

二、1 例行左肝管-胃体部穿刺和 2 例左肝管梗阻端穿刺均未成功,但亦未出现严重并发症,如严重出血,胆汁性腹膜炎等,提示此类操作是相对安全的,为进一步探讨提供了借鉴。

讨 论

肝内胆管多支梗阻的治疗不论对于外科医生还是对于介入放射医生均为一个棘手的问题。而在恶性胆管梗阻的病例中约有 1/3 的患者为多支梗阻,应引起重视。我们认为同时对多支梗阻的胆管进行引流,不论是内引流还是外引流,均能使多数患者黄疸完全消退,为进一步抗肿瘤治疗奠定基础,明显改善患者的预后。

就多支胆管梗阻的引流技术,体会如下。①经皮穿刺胆道造影,应使胆道充盈足够造影剂,胆管完全显影,以正确判断胆管梗阻情况。为减轻胆管内

压力,防止逆行感染,应先抽出淤滞的胆汁,然后注入造影剂,且造影剂应稀释,以使后续操作能看清导丝在胆管内的位置。寻找狭窄或闭塞胆管的开口是最关键和最需耐心的工作。3 支主要胆管(右前叶,右后叶及左叶)中能建立完全的内引流的就应争取完全内引流,纵然只有一支能内引流也不应放弃内引流,应尽可能争取植入支架。还应努力减少引流管的根数,最大限度地改善患者生活质量,如左右肝管间支架植入,经右肝管引流。②左右肝管同时植入支架应考虑 2 个支架间的位置关系,两者并行足够长度,强调同时释放,不至使一个释放的支架影响另一个支架植入的操作,或一个支架的膨胀压迫另一个支架的开口。左肝肝实质薄,胆管位置表浅,释放支架时应保证其近端位于胆管内。双支架释放完毕,保留 1 根引流管即可,一般留置右肝管引流管,左肝穿刺通道用明胶海绵条堵塞。③对于多支胆管梗阻的引流问题,目前仍难以让患者摆脱引流管的痛苦。我们试行用穿刺针开通阻塞的胆管,或建立胆管-胃间的引流通道的均未成功。但能够带给我们解决问题的启示。一是此项操作未造成严重并发症,是相对安全和可以进一步尝试的;二是如果研制一种能调整角度的适合于胆管内操作的穿刺器械(粗细 5F 以下,有方向标记,硬度适当),会使穿刺成功率大大提高。相信通过更多的尝试,胆管内穿刺技术会不断成熟,多支胆管梗阻的内引流会完全取代外引流,加以积极有效的抗肿瘤治疗,此病患者远期疗效会进一步提高。

参 考 文 献

1. Soulez G, Therasse E, Olive V, et al. Left hepatic gastrostomy for biliary obstruction: long term results. Radiology, 1997, 204: 780-786.

(收稿日期: 2000 02 22)