

· 临床经验 ·

介入栓塞治疗胆道出血五例

徐爱民 程红岩 陈栋 贾雨辰 吴孟超

胆道出血临床不多见,内科保守治疗和传统的外科处理,预后均较差,死亡率较高。随着介入放射学的发展,国内外已有经动脉栓塞治疗胆道出血的报道,但总的病例数很少。本文报告 5 例外科手术后胆道出血介入栓塞治疗的情况。

资料和方法

一、临床资料

1996 年 10 月 ~ 2001 年 5 月,收治胆道出血患者 5 例,男 2 例,女 3 例。年龄 31 ~ 61 岁,平均 42 岁。其中胆囊切除 + 胆总管切开取石 + 胆肠 Y 型吻合术后 7 年(外院),因发热黄疸 1 个月入院后行左外叶切除 + 胆肠吻合口拆除重建“T”管引流术后 1 例;胆囊切除 + 胆总管探查术后反复发热,左肝管及左肝内胆管多发结石,行左外叶切除 + 肝门部胆管空肠 Roux-Y 吻合术 1 例(外院);胆囊切除 + 胆总管探查术后 6 周,黄疸加深入院,诊断肝门部胆管癌,行 Longmire 术,左肝外叶下段部分切除 + III 段胆管空肠 Roux-Y 吻合术 1 例;胆囊切除 + 胆总管探查 1 例;原发性肝癌胆管癌栓行 ERCP + 乳头切开取癌栓 + 鼻胆管引流术后 1 例。

典型病例介绍

例 1,女,34 岁。在外院胆囊切除 + 胆总管切开取石 + 胆肠 Y 型吻合术后 7 年,发热黄疸 1 个月入院。现左肝内胆管多发结石。入院后行左外叶切除 + 胆肠吻合口拆除重建“T”管引流术后。出院后 3.5 个月,发现上腹包块 4 d。门诊在原切口上剪开 2 cm 切口,发现包块为血凝块,清除血凝块后突然快速涌出鲜血,随即加压包扎。急诊 TAE,见肝右动脉较大分支出血,造影剂外漏浓聚。超选出血动脉后用 2 个钢圈栓塞。再次 DSA 无造影剂外漏。术后抗菌、止血、支持、输血后,血红蛋白由 6.4 g/L 上升至 9.8 g/L。

例 2,女,61 岁。因黄疸 2 个月(外院)胆囊切除 + 胆总管探查术后 6 周,黄疸加深入院。T 管造影右肝管未显影,左肝管线样狭窄。CA19-9 >

692 μ g/L,结合其它检查诊断为肝门部胆管癌。充分准备后行 Longmire 术,左肝外叶下段部分切除 + III 段胆管空肠 Roux-Y 吻合,经吻合口放置 16F T 管经 Roux-Y 肠袢盲端引出。术后 10 d T 管引出血性液,黑便 3 次共 1 500 ml。行第 1 次 TAE,左肝动脉可疑出血点,用海绵条栓塞后,黑便量明显减少。术后 18 d(TAE 后 8 d),出现鲜红血便。急诊第 2 次 TAE,左肝动脉造影剂明显外漏浓聚。超选出血动脉后行海绵条 + 1 个钢圈栓塞。DSA 检查无出血。

二、治疗方法

采用 Seldinger 技术,经右侧股动脉穿刺插管后,肝动脉造影(DSA)。造影发现出血部位后,导丝导引将导管超选出血动脉后进行栓塞。栓塞材料为明胶海绵和钢圈。出血动脉栓塞后,再次肝动脉造影,确定彻底栓塞无再出血后,拔管、压迫止血。

结 果

一、5 例均发现动脉出血点并成功施行出血动脉栓塞。造影清晰显示动脉出血点,并可见造影剂外漏(图 1)。栓塞材料使用:明胶海绵(块或条)2 例次,明胶海绵 + 钢圈 4 例次。使用 1 个钢圈和 2 个钢圈各 2 例(图 2)。其中 1 例单纯明胶海绵栓塞后第 8 天,再次大量出血,行第 2 次栓塞时用明胶海绵 + 钢圈,止血满意。栓塞后再次 DSA,未见造影剂外漏(图 3)。

二、5 例患者行出血动脉栓塞后,均有效止血,T 管、鼻胆管引流血性液渐减少,黑便渐减少。1 例因多次黑便且量多,行第 1 次 TAE,左肝动脉可疑出血点(图 4,同图 1,2,3 病例),用海绵条栓塞后,黑便量明显减少。TAE 后 8 d,出现鲜红血便,急诊第 2 次 TAE,左肝动脉造影剂明显外漏浓聚,超选出血动脉后海绵条 + 1 个钢圈栓塞,止血彻底。

讨 论

胆道出血临床并不少见,患者多有胆道结石感染、肿瘤、胆道手术、外伤或 TIPSS 等病史。胆道术后的出血比较复杂,出血量较大,多由于术中处理不当引起。

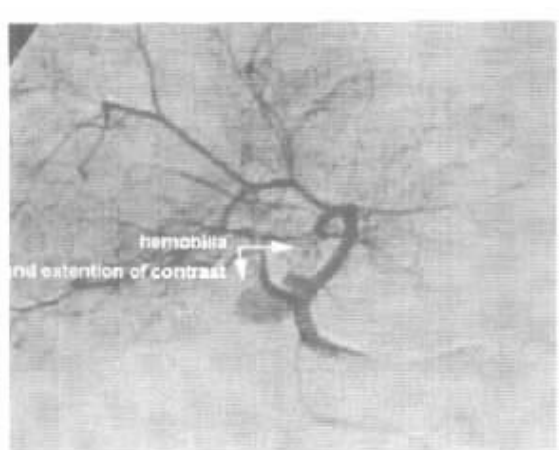


图 1 肝总动脉造影(第 2 次栓塞前),见分散增粗的出血动脉及造影剂外漏(箭头)

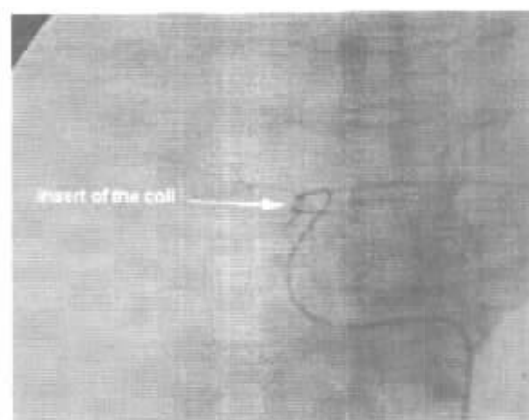


图 2 导管超选出血动脉后,置入钢圈(箭头)

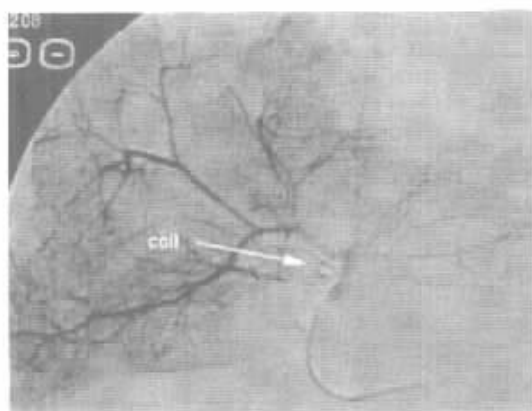


图 3 为钢圈置入后再次肝动脉造影,出血动脉彻底栓塞,无造影剂外漏

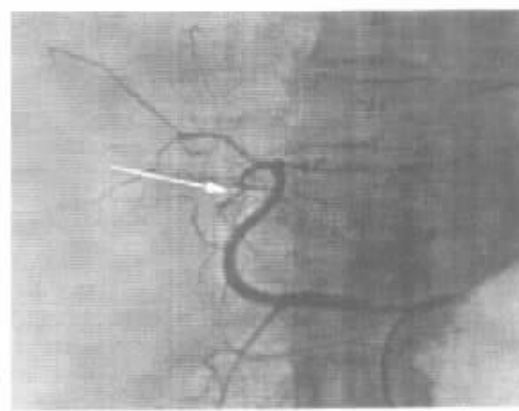


图 4 第 1 次栓塞前肝动脉造影,见出血动脉(箭头)。单纯用海绵栓塞,未用钢圈,8d 后再次出血

胆道出血在临床表现上多有消化道出血(呕血、便血)、右上腹绞痛、黄疸, Sandblom^[1]称之为三联征。但临床具有典型三联征的只占约 40%, 出血较多者可有典型三联征。根据病史和临床特征,胆道出血诊断一般不很困难,术后 T 管或鼻胆管引流出血性液,则更为明确。

胆道出血为临床急症,病死率较高。大量输液、输血、有效抗生素及止血药的应用,只对少部分患者有效,但由于出血病灶未处理,所以容易反复。对于胆道大出血,保守治疗无效。部分临床医生往往忽视了肝胆病史和手术史,对胆道出血认识不足,容易首先考虑到出血来自消化道溃疡,反复胃镜或其它检查延误诊断、延误治疗,应引起重视。

选择性动脉造影对胆道出血有定性和定位的作用。当出血量达 1.5 ~ 2.0 ml/min,即可见造影剂外漏,造影剂外漏是诊断出血最可靠的征象,故选择性动脉造影是诊断胆道出血最有效的手段,具有安全、

快速诊断和及时治疗等优点,栓塞效果确切、彻底^[2-4]。栓塞治疗对术者的要求较高,要求有熟练的导管超选技术和栓塞物使用经验,因为选择的栓塞材料为海绵和钢圈,要求必须超选到出血动脉后再行栓塞,以免栓塞面太大影响肝脏功能。栓塞后再次造影,造影剂不外漏,表明出血停止。我们的经验是最好先用海绵再用钢圈栓塞,单纯用海绵有再次出血的可能,本组有 1 例单纯用海绵栓塞后 8d 再次出血。

总之,胆道出血是外科急危重症。肝动脉造影、超选择栓塞,能迅速明确诊断和进行有效治疗。这是一个创伤小、安全、可靠、非常有效的胆道出血急症处理方法,值得推广。

参考文献

1. Sandblom P, Saegesser F, Mirkovitch V. Hepatic hemobilia: hemorrhage from the intrahepatic biliary tract, A review. World J Surg,

1984, 8: 41.

- Nicholson T, Travis S, Ettles D, et al. Hepatic artery angiography and embolization for hemobilia following laparoscopic cholecystectomy. Cardiovasc Intervent Radiol, 1999, 22: 20.

- 杨珏, 江勇. 肝右动脉栓塞治疗胆道大出血 1 例报告. 实用放射学杂志, 1997, 13: 265.

- Khalil A, Chadha V, Mandapati R, et al. Hemobilia in child with liver abscess. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 1991, 12: 136.

(收稿日期 2001-07-25)

· 临床经验 ·

贲门癌术后肝转移介入化疗与栓塞

王玉玲 印春涛

贲门癌治疗主要以手术切除, 但术后仍有约 50% 发生肝内转移, 严重影响患者生存期^[1]。因此如何治疗术后肝转移成为临床需要解决的问题。我院对 26 例贲门癌术后肝转移患者采用选择性肝动脉插管化疗与栓塞治疗, 现报道如下。

资料和方法

一、一般资料

本组 26 例, 男性 24 例, 女性 2 例, 年龄 46~68 岁, 平均 62 岁。均经手术切除后 B 超或 CT 发现肝转移, 出现右上腹痛 21 例, 5 例体检复查时发现, 术后至 6 个月发现肝转移 3 例, 1 年后 18 例, 2 年后 5 例。所有病例术前行肝肾功能检查, B 超或 CT 检查, 了解腹腔其它脏器及淋巴结有无转移, 胸片排除肺及纵隔转移。

二、方法

使用美国 GE 公司 DSA 机, 采用 Seldinger 技术行右股动脉穿刺插管, 将导管头置于腹腔干动脉灌注化疗药物阿霉素 30mg, 顺铂 80mg, 丝裂霉素 16mg, 氟尿嘧啶脱氧核糖核苷 100mg。再将导管置入肝固有动脉, 将碘油 5~10ml 与阿霉素 20mg, 丝裂霉素 4mg 充分乳化, 经导管栓塞。所有病例 1 个月后重复治疗, 2 次为 1 个疗程。18 例行 2 次治疗, 8 例行 2 次以上治疗。

结 果

介入治疗后, 大多数患者出现右上腹痛、腹胀、呕吐、发热, 均经保肝、支持、对症治疗症状消失。1 个疗程后, 临床症状大多有明显改善, 经 B 超或 CT 复查, 病灶明显缩小者 18 例, 病灶大小无明显改变者 5 例, 病灶继续增大者 3 例。碘油聚集面积占病

灶面积大于 50% 者 15 例, 其余病灶碘油均有不同程度的聚集。总有效率 88%, 1 年生存率 70%。

讨 论

贲门癌术后转移者大多在 2 年内发生, 术后 5 年生存率可达 70% 以上^[2]。然而肝转移严重影响患者的生存率。全身化疗疗效差, 不良反应大, 因而介入治疗成为必然, 但其疗效与诸多因素有关。

肝转移癌的血供常是双重供血。Hangeberg^[3]研究表明, 在肝动脉血供较少的较大转移瘤中, 门脉供血达 50% 以上, 因而将导管置于腹腔干动脉进行灌注化疗, 同时起到经门脉化疗的作用。华阳等^[4]认为肝动脉造影以少血供为主者以门脉化疗为主, 辅助肝动脉化疗栓塞。本组 26 例患者均在腹腔干动脉化疗, 再于肝固有动脉乳化剂栓塞。1 个疗程后, 血供丰富的转移瘤碘油聚集量大, 病灶缩小明显, 血供少的转移瘤碘油聚集量少, 病灶缩小不明显。

经肝动脉介入化疗与栓塞治疗的效果与肝脏转移灶的形态有一定的关系。我们试将转移灶形态分成 3 组, 单发肿块/结节性转移, 多发肿块/结节性转移以及弥漫性转移。26 例患者中, 单发肿块/结节性转移 6 例, 介入治疗后病灶均有缩小, 2 例缩小达 50% 以上, 碘油聚集面积均大于 50%; 多发肿块/结节性转移 15 例, 介入治疗后 12 例病灶有不同程度的缩小, 3 例未见明显改变, 12 例均有不同程度的碘油聚集; 弥漫性转移 5 例, 1 个疗程后 2 例病灶无明显改变, 碘油少量聚集, 3 例病灶继续恶化, 2 个月内死亡。因此, 单发肿块/结节性转移介入化疗与栓塞治疗效果最好。

分析本组病例, 贲门癌术后肝转移介入化疗与栓塞近期疗效明显。临床症状减轻或消失, 但远期疗效仍待进一步观察随访。另外, 药物的选择, 化疗

介入栓塞治疗胆道出血五例

作者: 徐爱民, 程红岩, 陈栋, 贾雨辰, 吴孟超
作者单位: 200438, 第二军医大学东方肝胆外科医院
刊名: 介入放射学杂志 ISTIC PKU
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2002, 11(1)
被引用次数: 4次

参考文献(4条)

1. Sandblom P. Saegesser F. Mirkovitch V Hepatic hemobilia: hemorrhage from the intrahepatic biliary tract. A review 1984
2. Nicholson T. Travis S. Ettles D Hepatic artery angiography and embolization for hemobilia following laparoscopic cholecystectomy 1999
3. 杨珏, 江勇 肝右动脉栓塞治疗胆道大出血1例报告 1997
4. Khalil A. Chadha V. Mandapati R Hemobilia in child with liver abscess 1991

引证文献(4条)

1. 李可洲, 田伏洲, 戴睿武, 闫勇, 骆助林, 闫洪涛, 王华 胆道球囊扩张器防治肝胆管结石合并肝内胆道出血术后胆道再出血[期刊论文]-中国普外基础与临床杂志 2009(9)
2. 李桂鲜 上消化道出血的诊治近况[期刊论文]-现代中西医结合杂志 2007(29)
3. 钟立明, 魏欣, 卢武胜, 谢晓东, 胡鸿, 赵晓伟 动脉造影及栓塞在胆道出血的诊治价值[期刊论文]-西部医学 2007(1)
4. 李国华, 杨卫宏, 宋颖妹, 白永明, 窦瑞新, 贺能树 胆胰术后出血的介入治疗[期刊论文]-介入放射学杂志 2006(1)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfxzz200201018.aspx

授权使用: qkhy(qkhy), 授权号: 6e751cb7-8621-405c-9321-9e38015ca737

下载时间: 2010年11月24日