

· 非血管介入 ·

胆管癌性阻塞姑息性胆肠吻合术后再发梗阻的介入治疗

韩新巍 李永东 李天晓 马波 邢古生 吴刚

【摘要】 目的 探讨胆管癌性阻塞姑息性胆肠吻合术后再发梗阻的介入治疗方法。方法 10 例胆管癌性阻塞姑息性胆肠吻合术后再发梗阻患者, 9 例采用经皮肝穿刺胆道引流术(PTCD)加金属内支架置入术, 共使用 9 枚金属内支架, 1 例置入内外引流管, 并比较介入手术前后总胆红素、谷丙转氨酶、谷氨酰转肽酶、碱性磷酸酶的变化。结果 10 例采用经皮肝穿刺置入金属胆道内支架或内外引流管均获得成功, 均一次性置入支架。术后总胆红素、谷丙转氨酶、谷氨酰转肽酶、碱性磷酸酶均有明显下降, 与术前比较差异有显著性。术后黄疸消退满意。结论 经皮肝穿刺胆管内金属支架再置入术治疗胆管癌性阻塞姑息性胆肠吻合术后再发梗阻, 疗效满意, 操作简单, 并发症少。

【关键词】 治疗; 介入性; 胆管阻塞; 胆管肿瘤; 胆肠吻合术; 内支架

The interventional treatment for recurrent jaundice after palliative bilio-intestinal anastomosis in patients with malignant obstructive jaundice due to cholangiocarcinoma HAN Xinwei, LI Yongdong, LI Tianxiao, et al. Department of Radiology, the First Affiliated Hospital, Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China

【Abstract】 Objective To explore the interventional methods to treat recurrent jaundice after palliative bilio-intestinal anastomosis in patients with malignant obstructive jaundice due to cholangiocarcinoma. Methods Ten patients with recurrent jaundice after bilio-intestinal anastomosis were retrospectively evaluated. Nine of ten underwent PTCD with metallic stent placement, one underwent the inner-outer draining catheter procedure. The patients were evaluated with comparison in regard to preoperative conditions, TBIL, ALT, GTP and AKP values. Results Stent placement was successful only once in all 10 cases with successful rate of 100%. TBIL, ALT, GTP and AKP values were significantly lower 7 days postoperative by than that preoperation. Subsidence of jaundice was satisfactory for 100% in all patients after the treatment. Conclusions

Percutaneous placement of biliary metallic stents is a safety, simple, low complication method for managing recurrent jaundice after palliative bilio-intestinal anastomosis for the terminal stage of malignant obstructive jaundice.

【Key words】 Therapy; interventional; Biliary obstruction; Bile-ducts neoplasm; Bilio-intestinal anastomosis; Stent

胆管癌是一种恶性程度较高的常见消化道肿瘤, 一经发现已达晚期, 即使外科手术也往往限于姑息性胆肠吻合术, 无法完全切除肿瘤本身, 术后吻合口狭窄概率较高, 狭窄后又出现阻塞性黄疸一系列症状且无法耐受第 2 次手术。胆管金属内支架置入术, 操作简便, 创伤小, 并发症少, 退黄疗效显著而为医所接受^[1-3]。从 1998 ~ 2002 年间我院介入科共收治了 10 例胆肠吻合口狭窄患者, 并对其中 9 例实施了经皮肝穿刺胆道引流术(PTCD)加内支架再

置入术, 取得了良好的效果, 现予以介绍。

材料与方法

一、临床资料

本组 10 例, 男 7 例, 女 3 例。年龄 43 ~ 76 岁, 平均 54 岁。病程 3 周 ~ 3 个月。主要临床表现为全身皮肤黏膜及巩膜黄染 10 例, 小便黄 10 例, 白陶土样大便 7 例, 寒颤发烧 5 例, 皮肤瘙痒 7 例。血清胆红素水平 168.3 ~ 652.8 $\mu\text{mol/L}$, 以直接胆红素升高为主。所有病例在放置胆道内支架前均进行 B 超、CT 影像学检查, 明确胆管扩张范围和梗阻部

位,并详细了解外科手术情况及手术方式。10 例胆管癌患者均进行过外科胆肠吻合术并获得病理诊断,胆总管空肠吻合术 7 例,胆囊空肠吻合术 1 例,肝管空肠吻合术 2 例。所有患者术前均查出、凝血时间、凝血酶原时间及活动度、谷丙转氨酶、天冬氨酸转氨酶、总胆红素和直接胆红素。有 2 例在 PTCD 术中行 PTC 下胆道活检。术中采用 2% 利多卡因局麻和派替啶 50mg 肌注。

二、治疗方法

患者仰卧于 DSA 检查床上,右季肋区消毒铺巾,局麻下,选用 21G 千叶针经右腋中线肋膈角下 1~2cm 相当于 7~9 肋间,对准 11 胸椎水平穿刺,退出千叶针内芯,边退针边手推造影,证实针尖位于胆管内后注入造影剂了解梗阻部位及程度(见图 1)。经千叶针送入直径 0.014 英寸铂金导丝至肝门部或梗阻端上方或通过梗阻段至胆总管,退出千叶针,沿铂金导丝送入 5F 三件套扩张器至肝门部,退出三件套扩张器内芯和铂金导丝,经三件套扩张器外鞘送入 0.035 英寸超滑导丝至梗阻端上方或通过梗阻段,保留导丝,退出扩张器,沿超滑导丝送入 5F 眼镜蛇导管,在 5F 眼镜蛇导管和导丝配合下打通原梗阻胆道至十二指肠或经胆肠吻合通道进入空肠内。交换加强导丝后,沿导丝送入直径 10 mm、长 40mm 的球囊导管,扩张狭窄段并标记好球囊压迹部位(图 2),反复扩张直至压迹消失。撤出球囊导管,沿导丝将装有支架的 8F 胆道支架推送器在透视下小心推送至狭窄部位,固定推送器,透视下缓慢后退推送器,将支架准确地置放于狭窄部位。经导管造影,观察支架膨胀及胆道通畅情况。撤出 8F 胆道支架推送器,沿导丝送入 8F 内外引流管,使其远端位于十二指肠或空肠内并盘成圈,外端固定于侧胸壁。1 例在首次操作时通过阻塞段,但由于器

械准备不足,先置入内外引流管引流数日后,再置入胆道内支架。术后常规滴注抗生素。

三、随访

PTCD + 胆道内支架置入术后 3 d,在病房内密切监测生命体征的同时,观察胆汁引流是否通畅、胆汁颜色和引流胆汁量、有无并发症发生。若一切顺利,为防止慢性脱水、低钾低钠、代谢性酸中毒等电解质紊乱或胆汁过分流失,从第 4 天起,间歇关闭引流管,患者若无不适反应,1 周左右则完全关闭引流管,2 周后拔除内外引流管。若出现腹痛、发烧、胆汁引流不畅等并发症,在对症处理的同时,则需在透视下经内外引流管行胆道造影,观察胆道是否通畅、支架的扩张情况及有无移位。术后 1、2、4 周检查血生化以了解肝肾功能的改变,术后 1 个月复查肝脏 B 超或 CT,了解胆道扩张情况。出院后通过信访、电话或追问多次复查的患者,了解胆道金属内支架或引流管治疗后的引流情况和长期生存情况。

结 果

本组 10 例胆管癌性阻塞姑息性胆肠吻合术后,再发梗阻患者,置入胆道金属内支架 9 枚,9 例经皮经肝穿刺导管通过胆肠吻合口狭窄部位 1 次成功。1 例患者经原胆道解剖通路置入内支架,8 例患者以胆肠吻合通路置入内支架。术中、术后无胆瘘等严重并发症发生,无手术死亡病例。

所有患者术后 3 d,全身瘙痒症状基本消失,每日胆汁引流量约 300~1 600ml。2 例出现局限性腹膜炎,对症处理后消失;1 例出现暂时性皮下积液,补蛋白、利尿后消失。9 例拔管前复查,支架与内外引流管无发生移位,造影剂均能经过胆道支架或内外引流管内顺利流入肠道。

1~3 周内复查总胆红素显示 9 例患者黄疸消退满意,血清总胆红素降至 9.2~32.5 $\mu\text{mol/L}$ 。

9 例患者均进行随访观察,随访时间 1~25 个月,平均 18 个月。随访期内 2 例已经死亡,1 例死于上消化道出血,1 例死于胆管肿瘤导致的多器官衰竭。随访期内患者黄疸消退满意,总胆红素降至正常范围。9 例胆管癌患者在姑息性胆肠吻合术后 3~18 个月出现黄疸,行 PTCD + 胆道内支架置入术,最长无管、无黄疸生存时间超过 18 个月,平均无管、无黄疸时间达 8.5 个月。

讨 论

胆管癌早期无特异性临床表现,很多患者以阳



图 1 1年半前行胆肠吻合术,PTC 造影显示肝门部狭窄



图 2 送入直径 10mm 小球囊对狭窄扩张

塞性黄疸就诊时,已属晚期,失去手术切除机会。对于无法进行外科手术根治、外科胆肠吻合术后吻合口狭窄患者,行经皮肝穿刺胆道内外引流术加内支架置入术是一种姑息性治疗的选择。

对于不能手术根治的胆管癌性阻塞性黄疸有 4 种姑息治疗方法:①外科分流术;②经内镜置入支架;③经皮肝穿胆汁引流;④经皮肝穿胆道置入支架。对于不能手术切除的胆管癌性胆道阻塞,姑息性引流比置入胆道内支架生存期短得多,且引流效果也不如置入胆道内支架。

外科胆肠吻合术后再发梗阻的可能原因有:①肿瘤复发侵犯吻合口;②病灶清除不彻底;③术式或操作不当;④吻合口瘢痕狭窄;⑤吻合技术粗糙或吻合口张力过大;⑥血凝块等,但最常见的为肿瘤复发侵犯吻合口和吻合口瘢痕狭窄^[4,5]。本组中有 2 例分别在外科胆肠吻合术后 3 个月和 18 个月出现再狭窄,病理诊断为胆管腺癌。

PTCD 加金属内支架置入术与外科手术相比,其优点为(1)患者痛苦少,容易接受;(2)创伤小,安全性大,适应范围广,特别对高龄、并发症多和一般情况较差的病例更适合采用此法;(3)介入并发症少,介入病死率低;(4)对高位胆管癌、原发性肝癌及肝门淋巴结或肝内转移引起的高位阻塞性黄疸有较大的优势;(5)对已经手术探查不能减除黄疸的患者可采用内支架治疗;(6)对于失去外科手术机会患者是最有效的姑息治疗,也是最后的机会,部分患者经介入治疗黄疸减轻后创造了手术机会;(7)不改变正常的胆汁生理排泄途径,不损害奥狄括约肌,胆道感染机会少。

内支架跨越胆管和空肠,吻合术后胆管和空肠相对平行,内支架植入极少刺激肠管引发不适。对外科姑息性胆肠吻合术后再发黄疸患者置入胆道内支架,原则上最好经原胆道通路打通狭窄段置入胆

道内支架,这样不改变胆道的正常解剖结构,不影响正常的胆汁生理排泄途径,尽可能地减少并发症的发生。但如果无法打通原胆道通路,经胆肠吻合通路置入胆道内支架也不失为一种良好的方法。本组有 8 例经胆肠吻合通路置入胆道内支架,是由于肿瘤位置较低,肿瘤组织较致密,黄疸时间较长,将原胆道完全堵死,或外科手术已离断了胆道,导丝相对容易通过胆肠吻合通路进入肠管,而不走正常胆道途径。

总之,胆道金属内支架置入术治疗恶性胆道梗阻具有创伤小、并发症少、生理干扰小、适用范围广、疗效确切等优点,特别适用于年老体弱、外科胆肠吻合术后再发黄疸患者,如果应用得当可有效控制恶性阻塞性黄疸,改善全身状况,为后续治疗创造良好的条件,对中晚期胆管肿瘤不失为一种安全有效的治疗手段,基本可替代外科姑息性胆肠吻合手术。胆道内支架置入术后再局部持续性动脉灌注化疗、局部动脉化疗性栓塞或放疗相结合,能大大提高患者的生命质量,延长患者生存期。

参 考 文 献

1. Bezzi M, Orsi F, Salvatori FM, et al. Self-expandable nitinol stent for the management of biliary obstruction: long-term clinical results. *JVIR*, 1994, 5: 287.
2. Johannes L, Klaus AH, Fritz F, et al. Common bile duct obstruction due to malignancy: treatment with plastic versus metal stents. *Radiology*, 1996, 201: 167.
3. 翟仁友, 戴定可, 于平. 金属内支架治疗恶性梗阻性黄疸的临床研究. *中华放射学杂志*, 1997, 31: 734-736.
4. 白明东, 袁淑牖, 袁宏宏, 等. 胆道再手术的原因及对策. *肝胆外科杂志*, 2001, 9: 116-118.
5. 王炳煌. 高位胆管梗阻的外科治疗原则对降低手术率的意义. *中华肝胆外科杂志*, 2002, 8: 197-198.

(收稿日期 2002-07-30)

· 消息 ·

《跨进 WTO 的中国医药企业与投资指南》出版

是由国家药品监督管理局信息中心编辑出版的大型图书,旨在促进加入 WTO 后中国医药经济结构的调整和产业结构优化,加快中国医药企业和世界经济的融合,推动中国医药开放型经济的建立和发展,加大医药工业招商引资的力度,展示我国传统的中华医药文化及企业风采。本书共分为以下几个

栏目:WTO 与中国医药企业、专家论坛及综述、未来十年中国医药企业发展规划、国内外医药研究开发现状及展望、国内外医药市场分析及对策、中国医药经贸与投资。(需要者请与《中国药学文摘》编辑部 刘晴联系。电话:010 68313344 转 3803、0442 传真 68311978)

胆管癌性阻塞姑息性胆肠吻合术后再发梗阻的介入治疗

作者：[韩新巍](#)，[李永东](#)，[李天晓](#)，[马波](#)，[邢古生](#)，[吴刚](#)
作者单位：[450052, 郑州大学第一附属医院放射科](#)
刊名：[介入放射学杂志](#) [ISTIC PKU](#)
英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年，卷(期)：2002，11(5)
被引用次数：2次

参考文献(5条)

1. [Bezzi M. Orsi F. Salvatori FM](#) [Self-expandable nitinol stent for the management of biliary obstruction:long-term clinical results](#) 1994
2. [Johannes L. Klaus AH. Fritz F](#) [Common bileduct obstruction due to malignancy:treatment with plastic versus metal stents](#) 1996
3. [翟仁友. 戴定可. 于平](#) [金属内支架治疗恶性梗阻性黄疸的临床研究](#) 1997
4. [白明东. 袁淑骅. 袁承宏](#) [胆道再手术的原因及对策](#)[期刊论文]-[肝胆外科杂志](#) 2001(02)
5. [王炳煌](#) [高位胆管梗阻的外科治疗原则对降低再手术率的意义](#)[期刊论文]-[中华肝胆外科杂志](#) 2002(04)

相似文献(1条)

1. 期刊论文 [韩新巍. 李永东. 马南. 邢古生. 马波. 吴刚](#) [胆管癌性阻塞内支架术后再狭窄的介入治疗](#) -[介入放射学杂志](#) 2002, 11(5)
目的探讨胆管癌性阻塞内支架术后再狭窄的介入治疗方法及其疗效. 方法 12例胆管癌性阻塞性黄疸内支架术后胆管再狭窄患者, 采用经皮经肝穿刺胆道引流术(PTCD)加金属内支架置入术或结合局部持续性灌注化疗术及化疗性栓塞术, 共使用12枚金属内支架. 结果 12例采用经皮经肝穿刺置入金属胆道内支架均获得成功, 均一次性置入支架. 术后总胆红素、丙氨酸转氨酶、谷酰转氨酶、碱性磷酸酶均有明显下降. 术后12例患者黄疸消退满意. 3例黄疸消退, 置入内支架术后4周在DSA下行局部持续性灌注化疗术及化疗性栓塞术. 结论经皮胆管内金属支架再置入术是姑息性治疗胆管癌性阻塞性黄疸内支架术后胆管再狭窄的安全、有效方法, 结合局部持续性动脉灌注化疗及化疗性栓塞术, 能提高患者的生命质量及延长生存期.

引证文献(2条)

1. [孙华. 马淑琴. 董永安. 王苏峰](#) [经皮经肝胆道支架治疗恶性胆道梗阻的临床分析](#)[期刊论文]-[实用放射学杂志](#) 2005(8)
2. [吉效东. 许运明](#) [恶性梗阻性黄疸的介入治疗及其进展](#)[期刊论文]-[实用中西医结合临床](#) 2003(5)

本文链接：http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200205015.aspx
授权使用：qkahy(qkahy)，授权号：3428d115-0a00-430f-974b-9e380167faea

下载时间：2010年11月24日