经验交流

文章编号:1000-5404(2009)20-2034-01

经皮金属支架置入治疗恶性高位胆道梗阻

查 勇[1],寸英丽[1],黄云超[1],马春笋[1],陈 真[1],陈训如[2]
([1]昆明医学院第三附属医院/云南省肿瘤医院腹部外科,昆明 650118;[2]解放军昆明总医院体检中心,昆明 650032)

恶性梗阻性黄疸多见于肝门胆管癌、胰腺癌和胆囊癌等疾病,就诊时患者多处于晚期失去手术机会,或难以承受传统开腹引流手术的创伤。微创的胆道内外引流术在恶性梗阻性黄疸的处理中有重要价值。现回顾分析我院2005年1月至2008年1月高位恶性梗阻性黄疸经皮肝胆管穿刺引流(percutaneous biliary drainage, PTBD)并胆道金属支架置入68例的疗效及并发症。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组68例患者中,男性46例,女性22例,平均63(36~78)岁。原发肿瘤类型:肝门胆管癌21例,原发性肝癌12例,胆囊癌26例,胰腺癌并肝转移6例,胃癌并肝转移3例。梗阻部位和肝门部位梗阻的Bismuth分型,Ⅰ型6例,Ⅱ型11例,Ⅲ型18例,Ⅳ型33例。

1.2 方法

患者仰卧位,透视观察,右腋中线肋膈角下2 cm为右肝管穿刺点,剑突下偏右2 cm为左肝管穿刺点。局麻下穿刺肝内胆管,注射器回抽观察有否胆汁流出或注射造影剂证实针尖位于肝内胆管。固定穿刺针,置换造影导管,经穿刺针或造影导管行胆汁抽吸及胆管冲洗,注入对比剂明确梗阻部位。以5 F cobra导管及超滑导丝配合通过梗阻部位,测量病变长度,选合适的胆道支架置入,并放置8.5 F的内引流管或内外引流管引流。双支架置入分别经左右肝管,建立两侧支架置入轨道,将两侧支架输送系统分别插入。术后常规使用抗生素、止血药物,7~10 d后经外引流管造影,证实支架通畅即拔除外引流管。

2 结果

所有患者均PTBD成功,支架置入成功63例(92.6%),平均手术时间28(20~50) min,单个支架置入46例,置入17例。支架置入成功后,胆管炎、胆道梗阻临床症状缓解、胆红素下降51例(75%)。早期主要并发症10例(14.7%),其中胆道出血3例(输血支持治疗1例,经肝动脉栓塞止血1例,调整导管位置后止血1例),胆漏4例,胆管炎3例(其中再次支架置入1例),均经非手术处理缓解。术后随访1年,患者支架置入术后平均生存时间216(28~304)d。支架平均通畅时间204(60~304)d。

3 讨论

胆道梗阻常用治疗方法有:内镜下支架置入、PTBD和手术胆肠吻合引流。手术引流一般适合患者全身情况良好、预期生存时间大于6个月者。对不能切除的肝门胆管癌,如Bismuth Ⅲ型和Ⅳ型,在肝门部行胆肠吻合技术要求高,且有较高的围手术期并发症发生率。对多数晚期肝门胆管癌患者非手术胆道引流是较好选择。通过十二指肠镜支架置入是恶性梗阻性黄疸的微创治疗方法之一,但对高位胆道梗阻置管成功率低、手术时间长。而PTBD置管相对容易,据报道PTBD并支架置入的成功率在90%以上[1],本组68例患者支架置入成功63例(92.6%),平均手术时间28 min。

PTBD并发症较高。胆道出血是PTBD术后最常见的并发症之一,发生率3%~10%[2]。常见原因有:患者凝血功能障碍;未留置外引流导管或导管过细;导管位置不正确,侧孔位于门静脉内;穿刺损伤肝动脉。若导管侧孔位于门静脉分支内,出血量多较大,通过调整导管位置,或换更大直径的导管,对出血部位压迫,一般出血可止[2]。若出血持续达1~2周、或突然大出血,则要考虑肝动脉分枝损伤,需采用血管造影和选择性肝动脉栓塞术。本组3例术后出血,通过调整导管位置止血1例,经肝动脉栓塞介入治疗1例,输血对症处理1例。

胆漏是PTBD术后的一种常见并发症,其预防比处理更重要,常见原因有[2,3]:穿刺失误,穿刺到胆囊或肝外胆管;导管位置不正确,侧孔移位至胆管外;梗阻部位以上引流管无侧孔或侧孔已经堵塞;导管直径过小,胆汁顺引流管外流出。穿刺时一般选用扩张明显的二级以上分支的肝内胆管。注意与进针的角度保持尽量小的夹角,使引流管尽可能长的位于引流的胆管内,降低胆漏发生率。

PTBD术后胆管炎发生率约为5%~7%[2],常见原因有:返流性胆管炎;造影剂注入引流不充分的肝段;通过外引流导管细菌感染和胆道再狭窄等。胆道再梗阻所致胆管炎多需采用再次PTBD外引流或支架置入,感染胆道得到有效内引流,临床症状才能得到缓解。本组3例胆管炎中,再次支架置入1例。此外,进行胆汁和血培养,选择敏感抗生素亦十分必要。

关键词:高位胆道梗阻;胆道恶性肿瘤;经皮胆道支架置入
中图法分类号:R575.705 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Van-Delden O M, Lameris J S. Percutaneous drainage and stenting for palliation of malignant bile duct obstruction[J]. Eur Radiol, 2008, 18(3): 448-456.
[2] Madoff D C, Wallace M J. Palliative treatment of unresectable bile duct cancer: which stent? which approach? [J]. Surg Oncol N Am, 2002, 11(4): 923-939.
[3] 李家平, 杨建勇. 梗阻性黄疸的介入治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(10): 791-794.

(编辑 栗 嘉)

作者简介:查 勇,男,江西省九江市人,博士研究生,主治医师,主要从事腹部肿瘤外科的基础和临床方面的研究,发表论文18篇。E-mail: zhayong888@sina.com
通信作者:黄云超,E-mail:huangych@yahoo.com.cn
收稿日期:2009-03-05;**修回日期**:2009-04-22