短篇论著

文章编号:1000-5404(2011)06-0646-02

ERCP下胆道支架置入及再次置入在恶性梗阻性黄疸中的应用

苟 欣,黄建钊,石承先,田 利,张德林,柳 严 (550002 贵阳,贵州省人民医院肝胆外科)

[摘要] **目的** 探讨ERCP下胆道金属网眼支架置入及支架内覆膜支架再次置入在恶性梗阻性黄疸中的治疗价值。**方法** 回顾性分析并总结2006年7月至2010年8月收治的67例接受ERCP下金属网眼支架置入治疗的恶性梗阻性黄疸患者和8例支架内再次金属覆膜支架置入患者的临床资料。**结果** 金属网眼支架置入手术成功率95.5%;术后7 d总胆红素由(293.2±99.4) μmol/L降至(93.3±48.4) μmol/L,直接胆红素由(157.5±56.2) μmol/L降至(47.2±23.4) μmol/L,二者水平均较术前显著下降($P<0.05$);患者生活质量得到提高,生存期延长,最长的1例达到了29个月(至今仍存活),中位生存时间为11.7个月;8例支架内再次金属覆膜支架置入全部成功,1例术后出现胆管炎;无其他严重并发症发生。**结论** ERCP下金属支架置入对于晚期、高龄的恶性梗阻性黄疸患者是一种安全、微创、有效的治疗方法;对肝门部胆管癌患者将支架置入右肝管是延长生存期的重要措施;当支架内发生阻塞时以金属覆膜支架在原支架内再次置入为宜。

[关键词] ERCP;引流;胆道肿瘤;金属支架

[中图法分类号] R730.56;R735.8 **[文献标志码]** A

恶性梗阻性黄疸是临床常见疾病,好发于老年人,早期诊断相对困难,就诊时多数已丧失根治性手术机会,如何减轻痛苦、提高疗效、延长生存时间是此时治疗的目标[1-2]。我科于2006年7月至2010年8月共对无手术切除机会的该病患者在内镜逆行胆胰管造影(endoscopic retrograde cholangio pancreatography, ERCP)下行胆道自膨式金属网眼支架置入术67例及再次覆膜支架置入8例,取得满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本科于2006年7月至2010年8月,对因梗阻性黄疸住院的胆道恶性梗阻患者共施行ERCP下胆道自膨式金属支架内引流术67例,对支架置入后再梗阻患者进行原胆道金属支架内再次覆膜支架置入8例。病例纳入标准:①患者年龄≥65岁;②术前有明显梗阻性黄疸,总胆红素>100.0 μmol/L;③B超、CT或MRCP提示为恶性梗阻性黄疸;④术前甲胎蛋白(AFP)、CA199、CA125、癌胚抗原(CEA)中有1项指标高于正常20倍以上;⑤术前评估,已无行根治性手术机会;⑥患者及家属不愿行开腹手术。本组男性38例,女性29例,年龄65~89岁,平均72.8岁。临床诊断为胰头癌34例、壶腹周围癌3例、肝门部胆管癌25例,有5例考虑为肝癌压迫胆管者于术前行肝穿刺活检证实为肝癌。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 术前禁食水8 h。常规采用异丙酚靶控不插管全麻,无全麻条件者肌注哌替啶50 mg、地西泮5 mg、山莨菪碱10 mg。左侧卧位进镜,若乳头形态异常,先行活检;使用弓形刀胆管造影,了解梗阻部位和范围。结合临床、影像学及实验室资料,若发现为恶性梗阻,且无手术切除指征,则超选法将导丝送至扩张最明显、引流范围最广的胆管,先插入胆道扩张管并留置2~3 min,必要时加用柱状气囊扩张,测量、选择合适长度的胆道金属支架,顺导丝将所选支架送入胆管,抵达预置部位后释放,释放后的支架远近端均超出狭窄段2 cm以上。覆膜支架置入在ERCP明确为支架阻塞后在原支架内放置。

1.2.2 设备 PENTAX ED-3470TK型十二指肠镜,切开刀、扩张导管、扩张气囊、取石球囊系ENDO-Flex公司产品,导丝系Boston公司的黄斑马导丝,金属支架及金属覆膜支架选用Tae-Woong公司的Niti-S。

1.2.3 统计学处理 采用SPSS 11.0统计软件,计量资料用$\bar{x}\pm s$表示,行配对t检验。

2 结果

2.1 金属支架置放情况

本组67例患者经ERCP成功施行胆道金属支架置放术64例,成功率95.5%。失败3例,1例是因巨大乳头肿瘤,堵塞十二指肠,无法寻及乳头开口,另2例是Ⅳ型肝门部胆管癌,导丝未能通过狭窄段。支架内加置鼻胆管引流成功62例,失败2例皆是释放支架时导丝滑出。有8例患者分别在术后5、18、20、21、22、25、26个月在原金属支架内再次置入覆膜支架。

2.2 血清胆红素变化

治疗前血清总胆红素(293.2±99.4) μmol/L;直接胆红素(157.5±56.2) μmol/L。支架置入术后7 d复查,总胆红素(93.3±48.4) μmol/L;直接胆红素(47.2±23.4) μmol/L。二者均较术前明显下降($P<0.05$)。

2.3 并发症

共发生近期并发症5例,发生率7.8%(5/64)。其中胆管炎1例,轻型胰腺炎4例,未出现消化道出血、穿孔、重症胰腺炎等严重并发症。所有并发症经内科治疗后缓解。

2.4 随访

64例患者均有随访记录,6个月内死亡6例,6个月至1年内死亡17例,超过1年有41例生存,1年以上生存率为64.1%(41/64)。最长1例达到了29个月,至今仍存活。中位生存时间为11.7个月。

[通信作者] 苟 欣,电话:(0851)5937612,E-mail:gy-ygh@sohu.com

3 讨论

过去,对于恶性梗阻性黄疸患者,基本是采用开腹手术或经皮经肝胆道外引流(PTCD)的方法以减轻黄疸,但能耐受开腹手术者仅有30%;PTCD有引起胆漏的可能[3],且引流效果欠满意,胆汁引流至体外,加之临床护理困难,患者依从性差,临床应用有其局限性[4]。目前国内外学者普遍认为,经ERCP下放置内支架引流是一种安全、有效、符合现代医学发展方向的解除胆道梗阻方法[5-7],其中金属支架较塑料支架有通畅时间长、胆管炎发生率低等优点[8-10]。

本组患者通过ERCP置放胆道支架达到了预期的减黄效果。术后1周总胆红素及直接胆红素明显下降;与肝功能有关的酶也明显下降。患者皮肤瘙痒得到缓解,饮食、睡眠和心理状态明显好转,生活质量提高;生存期延长,平均生存时间为11.7个月,最长的1例目前仍存活,已超过29个月。较文献[11]报道的其他方法治疗后有所延长。这可能与本组23例肝门部胆管癌病例,支架头端全部是置入右肝内胆管进行充分引流有关。但导丝超选入右肝内胆管并非易事。我们的体会:①不轻易放弃,时刻提醒自己,右肝引流较左肝引流生存期及效果大不一样;②困难时,可采用反复退切开刀、进导丝,再退刀进导丝,结合收紧、放松弓刀进导丝等手段,直到导丝进入右肝内胆管为止;③必要时将弓刀更换为取石球囊、直造影管等,利用其塑形性的不同,帮助导丝进入右肝内胆管;④导丝多次未进入右肝内胆管,其亲水头端将变弯曲,增加操作难度,必要时更换导丝;⑤还可尝试改变患者体位。

支架治疗后,胆管炎是最常见并发症,特别是肝门部胆管癌[12-13]。本组仅发生1例。这可能是我们强调以下几点的结果:①根据术前CT或MRCP资料判断最佳引流部位,导丝超选进入后,造影管跟进并通过狭窄段后再行造影;②造影前,尽量抽出胆汁,以免造影剂的注入使胆道压力增大,感染胆汁逆流入血;③避免高压、过多注入造影剂,只要能大体显示出梗阻的程度和范围即可,避免造影剂进入不能充分引流的胆管,引起感染;④支架内留置鼻胆管,其头端在支架以远处胆管内;⑤退镜前,尽量抽出造影剂和胆汁,以免退镜时不慎将鼻胆管拔出,此时支架膨胀不全,引流较差,易出现胆管炎。

尽管金属支架在恶性梗阻性黄疸治疗中具有诸多优势,但仍存在一些亟待解决的问题,主要是支架再阻塞。原因是胆泥淤积、胆管内膜肉芽组织增生或肿瘤组织生长侵入支架网眼及超过支架两端[14]。支架一旦阻塞可采用塑料支架、鼻胆管引流或再次放置金属支架。新近研发的胆道金属覆膜支架为解决这一问题提供了更多的选择。我们尝试应用了8例:有1例在金属支架置入术后5个月反复发生胆管炎,ERCP造影见支架内不完全性阻塞,在原支架内置入覆膜支架后,胆管炎症状消失,随访半年未再发;另有7例患者,分别在支架置入术后18、20、21、22、25、26个月因黄疸并胆管炎就诊,在原支架内再次置入覆膜支架后黄疸消退,胆管炎好转,随访3个月,均未再发。通过对这8例患者的观察,我们认为,当支架内发生阻塞时以金属覆膜支架在原支架内再次置入为宜,但在置入覆膜支架时要注意其覆膜段不能阻塞肝内胆管和胰管。

总之,对于恶性梗阻性黄疸患者,若无手术切除指征、高龄、内科并发症较重者应首选ERCP下胆道金属支架置入。当支架内发生阻塞时,以金属覆膜支架在原支架内再次置入为宜,但其可否延长生存期,还有待长期随访及多中心的观察。

参考文献:

[1] Mahmoudi N, Enns R, Amar J, *et al*. Biliary brush cytology: factors associated with positive yields on biliary brush cytology[J]. World J Gastroenterol, 2008, 14(4): 569-573.
[2] Weber A, von-Weyhern C, Fend F, *et al*. Endoscopic transpapillary brush cytology and forceps biopsy in patients with hilar cholangiocarcinoma[J]. World J Gastroenterol, 2008, 14(7): 1097-1101.
[3] 查勇, 寸英丽, 黄云超, 等. 经皮金属支架置入治疗恶性高位胆道梗阻[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(20): 2034.
[4] 龚彪, 周岱云. 经内镜胆管引流术375例评价[J]. 中华消化内镜杂志, 1995, 14(2): 77-80.
[5] Talar-Wojnarowska R, Szulc G, Wozniak B, *et al*. Assessment of frequency and safety of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients over 80 years of age[J]. Pol Arch Med Wewn, 2009, 119(3): 136-140.
[6] 王庆, 秦明放, 勾承月, 等. 经内镜胆道支架置入术姑息性治疗肝门部胆管癌的临床应用[J]. 中国内镜杂志, 2008, 14(9): 1002-1005.
[7] 张禹, 程太钢, 薛玲珑, 等. 胆总管梗阻患者不同支架治疗的疗效观察[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(9): 487-489.
[8] 田伏洲, 石力, 汤礼军, 等. 恶性梗阻性黄疸181例术前减黄临床分析[J]. 外科理论与实践杂志, 2007, 12(4): 335-337.
[9] Zhang H, Tsang T K, Jack C A, *et al*. Role of bile mucin in bacterial adherence to biliary stents[J]. J Lab Clin Med, 2002, 139(1): 28-34.
[10] 庞勇, 田伏洲, 张炳印, 等. 内镜置入胆道金属支架治疗肝门部胆管癌[J]. 中华消化外科杂志, 2010, 9(3): 190-192.
[11] 全卓勇, 邵永胜, 张应天. 肝门胆管癌的分型诊断和治疗[J]. 腹部外科, 2000, 13(1): 34-36.
[12] 张爱民, 沈世强. 内镜下胆管引流术治疗梗阻性黄疸[J]. 腹部外科, 2007, 20(5): 282-283.
[13] 杨建锋, 张啸, 张筱风, 等. 胆管金属内支架引流术后急性胆管炎的防治[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(5): 258-260.
[14] 李秀丽, 孔德娟, 王梅, 等. 胆管支架的理论研究及临床应用[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2009, 13(35): 6935-6938.

(收稿:2010-12-24 修回:2010-01-22)
(编辑 王 红)