短篇论著

文章编号:1000-5404(2014)21-2236-02

经PTC途径球囊扩张治疗胆肠吻合术后胆管狭窄

闫 勇,张炳印,刘丹青,蒋志伟,崔艳梅 (610083 成都,解放军成都军区总医院全军普外中心肝胆外科)

[摘要] **目的** 探索治疗肝门胆管狭窄的新方法。**方法** 采用快速球囊扩张导管装置经PTC途径扩张窦道,在X线监视下将球囊中央置于狭窄胆管部位,6~8 kPa压力下持续5 min均匀扩张胆管。**结果** 12例狭窄胆管一次扩张成功,仅1例3个月后复查有部分回缩,再次扩张,半年后复查无异常,另3例合并胆管结石一并取净结石,全组无出血、漏胆并发症。**结论** 该方法扩张狭窄胆管疗效确切,同时取净合并的胆管结石,球囊扩张导管可反复使用,是一种安全性高,避免患者再次手术创伤和减少手术并发症的微创方法。

[关键词] 胆管狭窄;球囊;疗效
[中图法分类号] R615; R657.46 [文献标志码] A

胆肠吻合手术是解除胆道梗阻的基本手术,目前已广泛应用于肝胆管结石、胆道损伤、肝门及十二指肠壶腹部肿瘤等疾病。术后发生再狭窄并不少见,过去多采用肝门胆管整形再手术吻合方式。作者对12例胆肠吻合术后再狭窄采用经PTC途径放置快速球囊扩张导管,扩张狭窄胆管和吻合口,疗效较好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组12例,男性9例,女性3例,年龄11~68岁,平均年龄48.3岁。病因:肝胆管结石7例,胆道损伤3例,先天性胆总管囊肿2例。胆肠吻合术后再狭窄发生时间:术后1~2年2例,3~5年8例,6~9年2例。

1.2 检查和诊断

全组均经术前B超,MRCP显示肝门部胆管狭窄,肝内胆管不同程度扩张,PTC造影显示左右肝管相通,肝内胆管扩张明显,肝门以下胆管或肠管显示不佳,其中3例并存肝内胆管结石。

1.3 设备

Olympus CHF-P20胆道镜(外径5.0 mm)及成像系统,Boston Hurricane RX快速交换胆道球囊扩张导管及Allicane Ⅱ压力泵,球囊长度4~6 cm,最大扩张直径8 mm,气压6~8 kPa,球囊可反复使用。

1.4 方法

术前检查血常规、肝肾功能、凝血机制、心电图等,禁食、水12 h,根据术前B超、MRCP结果,预设定穿刺路径和穿刺点,在B超实时监视和X线准备下,选择避开血管,扩张胆管与穿刺进针路径成直线的胆管为靶目标。穿刺部位消毒、铺巾、局部麻醉,将12~16F的猪尾穿刺引流导管在超声监视下经皮经肝进入靶目标,确认进入胆管,拔出针芯,抽出胆汁,穿刺成功,穿刺导管皮肤固定。1周后造影显示引流导管位于扩张胆管内,顺导管放入引导丝,拔出引流导管,再顺引导丝放入18F扩皮器扩张窦道至肝内胆管,拔出扩皮器和引导丝,放入胆道镜。本组3例肝内胆管结石者,先行取净结石。在胆道镜直视下找到狭窄胆管开口,放入引导丝,X线下确认通过狭窄段,沿引导丝放入球囊扩张导管,X线下确定球囊通过狭窄段并且位于球囊中央部位,连接压力泵,加压6~8 kPa,使球囊完全扩张5 min,减压,拔出球囊导管和导丝,放入胆道镜可顺利通过原狭窄胆管,检查被扩张胆管壁有无撕裂、出血。胆道镜反复冲洗肝内胆管后退出胆道镜,再放入16F引流管于肝内胆管引流,皮肤处固定,造影显示肝门胆管狭窄部位消失,造影剂通过原狭窄部位顺畅,抗生素使用2 d。

2 结果

全组12例胆管狭窄均一次扩张成功,经左侧胆管扩张5例,右侧7例。3例合并胆管结石病例经胆道镜取净结石,全组无出血、漏胆等并发症,但球囊加压时,患者感剑突下胀痛明显,减压后消失。3个月后再次经引流管造影显示11例胆管无异常,拔出引流管。仅1例原狭窄处有部分回缩,再采用上述方法球囊扩张1次,半年后复查胆管无异常,拔出引流管。

3 讨论

胆管狭窄是肝胆管结石和其他原因的胆道疾患中处理较困难的,这不仅是因为它的解剖部位深,范围狭小,再次手术整形困难的具体问题,还存在胆管壁在修复过程中的增生过度、疤痕挛缩等问题,使术者精心雕琢的肝门整形胆管再度狭窄并发胆管炎。有研究表明,胆管结石、胆管炎和胆管狭窄之间密切相关,互为因果形成恶性循环。再有肠道的反流作用有发生吻合

[通信作者] 闫 勇,E-mail:yanyongchengdu@163.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140821.1521.039.html(2014-08-21)

口癌变的危险[1-2]。我们也曾报告[3]使用美国Cooker公司生产的双腔球囊导管治疗肝内胆管狭窄,体会该产品存在球囊位置固定困难、易脱落、压力控制和反复使用方面的缺陷。经皮经肝胆道镜取石(percutaneous transhepatic cholangioscopy,PTCS)自1993年应用于临床后,为肝胆管结石治疗开辟了一条新的途径,取石成功率达60%~98%。Cheung等报道79例PTCS,取石成功率为76.8%,并发症率为21.5%,1/3的患者治疗3~5年后再发胆管炎,其中胆管狭窄是重要的原因。我们从中得到启示,2011年5月开始经PTC途径,扩张PTBD窦道,在取净结石前提下采用快速球囊扩张导管扩张狭窄胆管12例,疗效满意,我们认为该方法适应证:①胆肠吻合术吻合口胆管再狭窄不合并左右胆管多处狭窄;②合并有胆管结石或胆管炎;③无严重凝血功能和心肺功能障碍;④狭窄部位怀疑恶变者或有大量腹水者为相对禁忌;⑤肝内左右胆管存在多处或节段性狭窄者,需多处穿刺、扩张,处理较困难应慎用该方法。该方法具有以下优势:①经PTC途径扩张狭窄胆管可控操作距离近。超声测定皮肤穿刺点距离肝门狭窄胆管左侧8~11 cm,右侧9~17 cm,距离狭窄胆管越近操作越易控制引导丝和球囊的方向。②球囊扩张部位准确。球囊前后两段有明显放射标志物影,在X线下准确地将球囊中央置于狭窄胆管部,保证狭窄部位得到最有力的扩张。③PTBD穿刺后1周再行球囊扩张,提高扩张成功率和安全性。研究证明PTBD后1周经皮经肝瘘道壁形成,壁内血管栓塞,纤维组织增生,瘘道周围肝面与胸腹壁有粘连,此时经皮经肝扩张窦道操作是安全的[4]。PTBD引流后胆管壁的炎症水肿得到改善,尤其是狭窄部位,使导丝和球囊通过狭窄部位容易,提高扩张成功率。本组12例操作中见瘘道壁完整,无漏胆、出血等并发症。④同时处理胆管结石,本组3例胆管狭窄远端存在结石,扩张窦道后胆道镜下取出结石。⑤控制扩张程度和压力,根据狭窄胆管情况,设定扩张程度,在X线监视下逐渐增加压力和扩张,使扩张胆管不发生撕裂出血。⑥反复使用,PTBD引流管的妥善保管为再次扩张提供条件,本组1例第1次扩张后3个月复查有部分回缩,再次扩张后半年复查无异常。

经PTC途径球囊扩张导管治疗肝门胆管狭窄效率确切,是一种安全、微创、易重复操作的方法,减少了再次手术时患者的创伤和并发症,同时清除胆管结石,疗效好。

参考文献:

[1] 高丽斌. 肝门部胆管癌的危险因素分析[J]. 河北医学, 2013, 19(1): 93-97.
[2] 李大江, 别平. 肝内胆管结石的外科治疗方案的演变[J]. 肝胆外科杂志, 2013, 21(2): 81-83.
[3] 闫勇, 钟萍, 戴睿武, 等. 传统手术结合胆道球囊支撑治疗肝门胆管狭窄[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(18): 2029-2030.
[4] 陆光生, 文辉清, 刘衍民. 经皮肝穿刺胆道引流管周瘘道形成的实验研究[J]. 中国内镜杂志, 2004, 10(11): 44-46.

(**收稿**:2014-02-26;**修回**:2014-05-28)
(编辑 邓强庭)

(上接2235页)

2 讨论

盐酸哌替啶是人工合成的强效镇痛药,目前广泛应用于临床,常用肌注剂量为25~100 mg/次,极量150 mg/次。其不良反应有头昏、头痛、恶心、呕吐等,过量可致瞳孔散大、惊厥、心动过速、呼吸抑制、昏迷等[1-2]。该例患者肌注常用剂量阿片受体激动剂哌替啶约10 min后突发昏迷,瞳孔明显缩小,对光反射减弱,给予阿片受体拮抗剂2 mg静脉推注10 min后,患者意识很快恢复,瞳孔由针尖样大小恢复至正常大小,在排除其他相关因素所致患者昏迷后,我们认为患者突发意识障碍由肌注盐酸哌替啶所致。

患者呼吸无酮味,血压不低,血气分析未提示明显代谢性酸中毒,给予纳洛酮2 mg静脉推注后,患者意识很快恢复,故不考虑糖尿病酮症酸中毒或乳酸酸中毒所致昏迷。胰性脑病常表现为精神、神经症状,其精神症状随胰腺炎的好转而恢复[3],而本例患者昏迷症状在10 min内即完全恢复,故不考虑胰性脑病。患者既往无药物、食物过敏史,发病前亦未曾服用过单胺氧化酶抑制剂等其他药物,亦不考虑药物相互作用所致意识障碍。综合以上因素,我们认为患者突发昏迷为肌注盐酸哌替啶所致。而该例患者肌注剂量为常规剂量,并未超量,产生昏迷的原因初步考虑可能与个体对哌替啶敏感性高、与阿片受体结合力高、应激状态等因素有关,尚待我们进一步收集临床相关资料进行深入研究。同时,为增加盐酸哌替啶在临床使用中的安全性,对体质瘦弱患者,我们可使用较小剂量的哌替啶镇痛治疗。

参考文献:

[1] 陈新谦,金有豫,汤光. 新编药物学[M]. 16版. 北京:人民卫生出版社,2007:172.
[2] 刘小云,王燕,刘倩,等. 盐酸哌替啶的罕见不良反应[J]. 中国药业,2007, 16(19):61.
[3] 刘冰熔,范玉晶. 胰性脑病[J]. 中国实用内科杂志,2007,27(8):578-579.

(**收稿**:2014-09-05;**修回**:2014-10-10)
(编辑 张 维)