维普资讯 http://www.cqvip.com

B超引导下应用PTCD治疗胆道梗阻23例临床分析

何 芳，廖国庆，张光全 （成都市第六人民医院肝胆外科，四川 成都 610051）

［摘 要］**目的** 分析B超引导下经皮肝胆管引流术（PTCD）优缺点，为临床治疗胆道梗阻提供参考。**方法** 回顾性分析23例胆道梗阻患者，使用国产PTCD F8-F9套管针，在B超引导下行PTCD，在右腋中线第7～9肋间或剑突下为穿刺点，局麻后皮肤戳孔3 mm，置入肝穿针，经肝行胆管穿刺，选择直径在5 mm以上且离肝下缘较远的扩张胆管。**结果** 23例经皮肝插管外引流均获得成功，1次穿刺成功17例，2次穿刺成功6例，无1例发生并发症，21例引流获得较好效果。**结论** PTCD是一种比较安全、简便的诊断和治疗胆道疾病的方法。

［关键词］B超；PTCD；胆道梗阻
［中图分类号］R256.4；S854.41 ［文献标识码］A ［文章编号］1672－5042(2006)03－0171－02

Clinical analysis of 23 patients with obstruction of biliary tract treated by percutaneous transhepatic cholangial drainage (PTCD) under B ultrasound

HE Fang, LIAO Guo-qing, ZHANG Guang-quan (Department of Hepatobiliary Surgery, Chengdu People's Hospital, Chengdu 610051, China)

Abstract: Objective To evaluate the advantage and disadvantage of PTCD treatment of obstruction of biliary tract. **Methods** The therapeutic efficacy of 23 patients with obstruction of biliary tract treated by PTCD were retrospective analyzed. **Results** All patients were successfully cured by PTCD, 17 cases with single puncture and 6 cases with twice. 21 cases were drained well. No complications existed. **Conclusion** It is safe and simple to treat obstruction of biliary tract by PTCD.

Keywords: B ultrasound; PTCD; obstruction of biliary tract

胆道梗阻是肝胆外科常见病，通过PTCD行胆道梗阻减压引流是降低本病死亡率的常见措施[1]。而B超仪轻便、体积小适于床旁操作；对人体无害，避免X射线对病员和医务工作者的幅射；对肝胆管、结石以及液体显像敏感；无需造影剂，对碘过敏者无禁忌。我院2000年6月至2005年6月，对23例胆道梗阻患者采用B超引导下的PTCD治疗，取得了良好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

胆道梗阻患者共23例，男10例，女13例，年龄34～72岁，平均年龄43.6岁，其中胆总管结石9例，肝胆管结石5例，胆管损伤4例，胰头占位3例，胆管下段癌1例，胆囊癌晚期1例，均有重度黄疸，总胆红素在200 mmol/L以上，直接胆红素/总胆红素比值＞0.5，B超显示肝内外胆管明显扩张。

1.2 手术方法

使用国产PTCD F8-F9套管针，在B超引导下在右腋中线第7～9肋间或剑突下为穿刺点，局麻后皮肤戳孔3 mm，置入肝穿针，经肝行胆管穿刺，选择直径在5 mm以上且离肝下缘较远的扩张胆管，避免损伤横结肠及十二指肠；如肝内胆管扩张不明显而肝总管粗大则选择左右肝管汇合处。由于B超对细金属针的影像清晰度有限，在金属针进入肝内后要反复颤动以标记针尖位置，当针尖到达胆管壁时，B超屏上可以清晰看到管壁有下陷，再用力推进有突破感，荧光屏上可显示针尖在胆管内。拔出针芯，用空针抽出胆汁，置入导丝保持静止；拔出穿刺针；再将扩张导管套在导丝上，推到皮肤戳孔，固定导丝尾部，将扩张导管推进直达肝内扩张胆管；再固定导丝拔除扩张导管，用上述同样的方法将引流管推入扩张的胆管内20～30 mm，拔出导丝，观察胆汁引流通畅后，将引流管缝合固定于皮肤，接引流袋或低负压吸引器。

观察引流胆汁量及其性状，并监测肝肾功能的变化，复查B超了解腹腔内有无渗液。出现以下情况考虑提前中转手术：①腹腔内胆汁渗漏100 ml以上；②PTCD套管脱出或阻塞，胆汁引流不畅，每天少于100 ml（发生肝衰例外）；③持续高热不下且黄疸无减轻。④有腹腔内大出血表现。如引流效果良好且病情稳定，则在3～6 d后施行相应手术。

2 结果

23例经皮肝插管外引流均获得成功，1次穿刺成功17例，2次穿刺成功6例，无1例发生肝脏破裂出血或胆汁性腹膜炎，21例引流获得较好效果。PTCD置管后即见黄色或白色胆汁引出，每天可达150～600 ml。2～3 d后，胆道梗阻症状明显好转，黄疸明显下降，中毒危象缓解。病情稳定后造影（碘过敏者可作MRCP），根据梗阻病因分别实施下一步治疗计划：ERCP

［作者简介］何 芳(1971－)，男，四川省成都市人，主治医师，本科，主要从事肝胆外科临床方面工作。电话：(028)84332033－8028
［收稿日期］2005－12－30 ［修回日期］2006－02－20

维普资讯 http://www.cqvip.com

+EST+取石术3例、胆管切开取石及T管引流4例、Roux-y胆肠吻合术8例、肝叶切除术1例、胰头十二指肠切除术3例，1例胰头癌晚期患者1月后衰竭死亡，1例胆囊癌晚期患者置管3月后死亡。2例为重症急性胆管炎，引流效果差，其中1例在PTCD术后2 d内中转开腹手术治愈，另1例因病情迅速恶化死亡。

3 讨论

胆道梗阻在临床表现上有显著的黄疸特征，常并发感染和肝功能衰竭。紧急实施外科手术无法进行充分的术前准备，而且术中难以确保查清病变，往往只能是肝内病变肝外处理或者仅仅也是置管引流，不仅创伤大、时间长，而且使病人承受多次手术的痛苦[2-3]。随着彩超、CT、MRCP等检查手段的应用普及，PTCD目前已更多的使用在胆道治疗上，采用微创的方法进行胆管引流，待病情好转再择期行胆道根治性手术，已取得了满意的效果[4-5]。以往在X线透视下进行PTCD，有一定的盲目性，且存在接触放射线时间长和有可能刺入大血管的缺点。近年来，随着B超引导技术的提高和广泛应用，使PTCD可以在B超引导下进行。注意事项：①肝内外胆管扩张明显，肝内Ⅱ级胆管内径大于8 mm者，一般首选自左肝外叶胆管进针。②进针或出针时一定要停止呼吸，这是防止出血的关键。③一定要在平静呼吸状态下屏气，这样皮肤与肝脏的穿刺孔错位小，导丝不会有明显弯曲，置管容易成功。刺中胆管拔除导丝后常有胆汁自针孔外溢或吸出胆汁过多，使胆管变细，如需再穿刺时常感困难。可以先用一细针穿刺，然后注入适量的生理盐水，使变细的外周胆管重新扩张，再重新穿置管，常获成功。选择病例的原则：估计原发病能手术根治者；不能手术但肝内无转移病变者。而肝内有癌肿，凝血酶原时间明显异常者并有出血倾向者或有严重肝硬变或有大量腹水者不宜做PTCD。

作者认为：PTCD作为低损伤性减压措施确有缓解中毒性感染危像、纠正休克、减轻黄疸及改善肝肾功能的急救作用和良好效果。较外科手术创伤小、操作简单，具有微创的特点，对老年、有严重夹杂疾病及复杂的胆道高位梗阻，不能耐受手术及麻醉的病人作为紧急抢救措施切实可行，而且也为后期施行根治性手术争取了时间。绝大多数病人通过PTCD可安全渡过高危期，再经导管造影或联用其他影像学检查来明确梗阻部位、病因及其范围，有的放矢施行胆道根治性手术，从而提高了治愈率、减少手术死亡率及再手术率。

[参考文献]

[1] 张炜炜，孔文韬，周 铁，等. 超声引导下PTCD治疗梗阻性黄疸[J]. 肝胆外科杂志，2005，14(2)：115-117.
[2] Xing GS, Geng JC, Han XW, et al. Endobiliary brush cytology during percutaneous transhepatic cholangiodrainage in patients with obstructive jaundice[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2005, 4(1): 98-103.
[3] Nagashima I, Takada T, Shiratori M, et al. Percutaneous transhepatic papillary balloon dilation as a therapeutic option for choledocholithiasis [J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2004, 11(4): 252-254.
[4] 朱文武，孟 辉，冯 华. B超引导下神经内镜辅助显微手术切除多房性脑脓肿1例[J]. 局解手术学杂志，2004，13(3)：c003.
[5] 朱秀芳，莫一我，孙志为. 改进普通B超监测引导方法行PTCD的体会[J]. 中国普外基础与临床杂志，2004，11(5)：452-453.

（编辑 郭光金）

（上接170页）

常要抢救处理一些危重病人的环境中。工作性质是细致的脑力与体力劳动相结合的工作。护士易患溃疡病、心脏病、偏头痛病、下肢静脉曲张、胃下垂、慢性腰腿痛、慢性肝胆病等。

2 防护措施

手术室护士应对长期工作在受空气污染、生物感染、电离辐射、心理危害的环境中有所认识，积极采取保护措施。加强室内空气的流通，定时开窗换气，添置空气净化设备，完善排污系统。对接触麻醉剂的医护人员，在使用吸入性麻醉药物时，如安氟醚、异氟醚、笑气等，现配现用。当对患者进行吸入性麻醉时，药液不可避免地会散发在手术间的空气中，无意中又形成一种空气污染。药液散发的多少与暴露于空气的时间、麻醉机的密闭程度成正比。应认真检查麻醉机是否密闭，以减少空气中的药液浓度，减轻污染。消毒剂浓度要配制准确，现配现用，改正用量越多消毒效果越好的错误概念，配制消毒剂时戴手套、口罩，以减少对皮肤及呼吸道的损害。操作前后正确洗手，严格无菌操作。手术后对器械、污水、房间处理，严格按规章制度执行，如设有专用浸泡污染敷料水池等设施进行终末消毒处理。一次性物品焚烧，以免污染周围环境。

为了避免生物感染，术前必须了解病人的病史。对乙肝阳性患者要提前做好预防准备，以免造成不必要的损伤。严格执行消毒隔离制度及特殊感染手术的处理。手套如有破损，立即重新更换，避免直接接触病人的血液、分泌物。皮肤如有损伤，立即用2%碘酒、75%酒精消毒，及时注射乙肝疫苗。术前巡回护士配制0.2%过氧乙酸1 000 ml盛于专用容器中，置于手术间，以使麻醉医生、巡回护士在给病人操作前后随时洗手，手术间门口铺一块用0.5%过氧乙酸浸透的台布，以减少因工作人员进出造成的交叉感染。

尽量避免电离辐射，妊娠期禁止与X线接触。手术室护士除了有过硬的业务外，还要有健康体魄，要加强体育锻练。学会调节自己的情绪、矫正一般职业性紧张，预防过久站立及走动产生的危害，改善站立和走动的强制体位，注意保持良好的操作姿势和习惯，可缓节疲劳。心理学研究证明，不良的心理状态，如精神紧张、焦虑、烦燥等对最佳水平的发挥影响很大。因此，必须加强锻炼加强自身修养，使自己重视心理素质的锻炼，对提高工作质量有重要作用。

（编辑：余汇洋）