维普资讯 http://www.cqvip.com

145 - 146

超声引导下PTCD在恶性梗阻性黄疸术前减黄的实用价值

郑笑娟* 陈永兴* 陈振栋** 王树卿***

R575

摘 要 本文对30例恶性梗阻性黄疸患者进行了分析，20例术前减黄组均采用超声引导下PTCD，减黄前血清胆红素平均13mg/dl，减黄到6mg/dl时施行手术。不减黄者血清胆红素平均为7.8mg/dl时施行手术，两组手术并发症和死亡率无显著差异。作者认为减黄组在13mg/dl时不减黄就作切除术则术后并发症和死亡率会更高，因此主张术前减黄。超声具有无痛苦、无创伤，实时动态，移动方便等特点，即能降低并发症的发生率又可确保PTCD的顺利完成，PTCD应首选超声引导下，由技术熟练的外科医师实施。

关键词 黄疸 梗阻性 PTCD B超

Practical value of PTCD under ultrasonic detection to treat acute obstructive jaundice before operatinn.

Zhen Xiaojuan, Chen Yongxing, Chen Zhengdong, Wang Shuqing. Department of Ultrasonic of the First Attached Hospital of Jiamusi Medical College, Heilongjiang 154002

Abstract 30 cases of acute obstructive jaundice were analysised, PTCD were operated in 20 cases to reduce jaundice under ultrasonic detection, while serum bilirubin were decreased from 13mg/dl to 6mg/dl, it is a proper time to give an operation. In control group, operation was done when mean level of serum bilirubin was 7.8 mg/dl. The result showed that there was no significantly difference of postoperative complication and mortality in two groups. These suggest that operation is very dangerous, when serum bilirubin is 13 mg/dl. The use of PTCD to care acute osbtructive jaundice as a routine before operation will improve clinical results, but it should operate by skillful surgeon. Ultrasonic detection also play an important role in operation.

Key words PTCD Ultrasonic Acute obstructive jaundice

恶性梗阻性黄疸(以下简称梗黄)，常伴有肝脏功能和胃粘膜的变化和损害[1,2]，肾功能也处于潜在的变化中[3]，因而在行胰十二指肠切除后常导致肝功能衰竭，消化道出血以及腹腔感染出血等其他腹部手术较少发生的严重并发症，甚至死亡。为减轻这些脏器的损害，进而减少术后并发症和死亡率，多年来对重症恶性梗黄，一般指血清胆红素8mg/dl以上者，术前进行减黄，待黄疸减轻到5mg/dl左右再行根治性切除术。随着介入性超声技术的不断发展，目前在许多国家首选超声引导下PTCD进行术前减黄，但近年来国外对术前减黄措施持怀疑和否定态度。我们对30例恶性梗黄作胰十二指肠切除减黄和不减黄的结果作如下总结。

资料和方法

本组30例患者，均系我院住院病人，经CT和B超术前明确诊断，术后经病理证实，男18例，女12例，年龄29－70岁，病种分类见表1。减黄组均经超声引导下PTCD，减黄前血清胆红素平均13mg/dl。平均减黄12天，血清胆红素6mg/dl时进行手术。PTCD的并发症堵管2例，胆汁性腹膜炎1例，胰十二指肠切除术的并发症见表2。不减黄组10例，术前血清胆红素多为8mg/dl以下，胰十二指肠切除术后并发症见表3。两组的并发症和死亡率无显著

* 作者单位：154002 佳木斯医学院一附院B超室
** 解放军224医院
*** 佳木斯医学院一附院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

性差异，P>0.05。

20 例梗黄术前减黄者，使用 SSA－270A 型彩色多普勒显像仪，探头频率 3.5MHZ。患者右侧卧位或平卧位，常规检查胆道扩张情况，判断阻塞部位，确定穿刺部位、方向和深度，然后局部麻醉，在超声引导下穿刺，成功后引入导丝，退出针套用扩张管扩张后沿导丝送入导管。拔出导丝后即可见胆汁流出，超声显示导管位置恰当后用缝线将导管缝扎在皮肤，加胶布固定，术后每天观察引流情况，如有不畅及时冲洗。

表 1 30 例恶性梗阻性黄疸病种

病 种	例数	百分比%
胰头 Ca	10	33.33
壶腹 Ca	15	50
胆总管末端 Ca	5	16.67

表 2 20 例术前减黄的胰十二指肠切除术后并发症

并发症	例数	死亡
腹腔内感染	1	1
腹腔内感染 肝肾综合症	1	1
切口感染	2	0
胰 瘘	1	0

表 3 不减黄 10 例胰十二指肠切除术后并发症

并发症	例数	死亡
腹腔内感染	1	1
腹腔内感染、出血 肝肾综合症	1	1
切口感染	1	0
肠梗阻	1	1

讨 论

梗阻性黄疸是由于胆道梗阻致胆汁逆流入血引起全身黄染，各系统发生一系列病理生理变化症候群，尤其是严重的恶性梗黄病人，常导致肝、肾功能损害、凝血机能障碍、胃粘膜损伤、免疫功能低下等全身性损害。手术后易发生出血，肝功能衰竭、腹腔感染、胆汁漏、肝肾综合征等多种并发症，是造成术后死亡的主要原因。梗黄的围手术期处理问题一直被临床工作者所重视[4]。虽然目前国际上对重症梗黄术前是否进行减黄尚有争议，但近年来对减黄的理论由基础到临床作了大量工作说明了减黄的重要性。关于减黄的指标，1991 年中国医大一院指出黄疸的程度在 170μmol/L（10～20mg/dl）以上，黄疸持续 30 天以上者，应施行减黄术。我们的减黄组和不减黄组手术并发症和死亡率无显著差异，因为减黄组从平均 13mg/dl 减到 6mg/dl 才作手术与不减黄组作手术时血清胆红素相接近，因而两者差异不显著。若减黄组在 13mg/dl 时作手术，其并发症和死亡率会更高，以往的 PTCD 多采用 X 线下进行，B 超是梗黄最常用的诊断方法，其对胆道扩张的诊断准确率达 95%以上[5]，随着介入性超声技术的不断发展，由它作引导更有助于穿中扩张的胆管，尤其超声无创伤、动态实时反复观察的特点，且可在病房中进行，为医患双方提供了最佳 PTCD 场所。如果 PTCD 的操作者技术过关，多在 30 分钟内完成置管引流，严格遵守无菌技术，妥善可靠固定引流管，定期冲洗，并做好水电解质酸碱平衡的监测，并发症的发生率就会明显降低。梗黄的术前减黄 PTCD 的重要性无庸置疑，B 超为 PTCD 的顺利完成和监测提供了重要的客观依据。

参 考 文 献

1. 小山研二，他. 胆道闭塞解除による肝微细构造へ月萍机能と形态の变化胆と. 1989, 4: 607.
2. 神山泰彦，他. 储脏器に及ぼす影响——胃粘膜防御因子胆月萍. 1989, 4: 627.
3. 木村理，他. 闭塞黄疸における肾机能と形态胆と月萍. 1989, 4: 615.
4. 何三光. 梗阻性黄疸减黄的利弊. 中国实用外科杂志, 1996, 16: 11.
5. 钟守光. 影像学在梗阻性黄疸诊断的意义. 中国实用外科杂志, 1996, 16: 5.

（收稿：1998－01－22）