

·非血管介入 Non vascular intervention·

高位胆管梗阻的介入治疗和近期疗效分析

翟仁友, 戴定可, 王剑锋, 于平, 魏宝杰

【摘要】 目的 回顾性分析高位梗阻性黄疸患者介入治疗方法及近期疗效。方法 100 例接受经皮肝穿刺胆汁引流或胆道支架置入治疗的高位梗阻性黄疸患者, 其中胆管癌 39 例, 转移瘤 22 例, 肝移植后胆管病变 18 例, 原发性肝癌 15 例, 胆囊癌 6 例。测定术前, 术后 3 ~ 7 d、8 ~ 14 d 血胆红素水平并进行显著性检验。结果 79 例行单纯外引流或内外引流, 21 例行胆道支架置入术, 所用支架 4 种 31 枚。术前血清胆红素含量与术后 3 ~ 7 d 胆红素水平差别有显著性 ($P < 0.05$), 与术后 8 ~ 14 d 胆红素水平比较有非常显著的差异 ($P < 0.01$)。结论 介入治疗高位梗阻性黄疸方法简单、近期疗效满意。

【关键词】 黄疸; 胆管阻塞, 肝外; 放射学, 介入

中图分类号: R657.43 文献标识码: A 文章编号: 1008-794X(2006)-08-0491-03

Short term efficacy of interventional therapy for hilar biliary obstruction ZHAI Ren-you, DAI Ding-ke, WANG Jian-feng, YU Ping, WEI Bao-jie. Department of Interventional Radiology, Beijing Chaoyang Hospital, Capital University of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Objective To analyze the method and short term efficacy of interventional therapy for hilar biliary obstructive jaundice. Methods 100 consecutive patients with perihilar biliary obstruction admitted before May 2004 were treated with percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) or placement of metallic stents. Among them, 39 patients were found with bile duct cancer, 6 with adenocarcinoma of gallbladder, 22 with metastatic carcinoma, 15 with primary liver carcinoma and 18 with bile duct strait after liver transplantation. Serum total bilirubin before operation and 3 - 7 days, 8 - 14 days after procedure were analysed by *t* test. Results 79 patients with PTBD (including simple external drainage and combined internal and external drainage), and 21 patients with stents placement (including 31 stents of 4 different kinds) were all carried out successfully. There were significant differences in serum total bilirubin before and 3 - 7 days, 8 - 14 days after the procedure, $P < 0.05$ vs $P < 0.01$. Conclusion Interventional therapy is simple, safe, and effective for hilar biliary obstruction, the latter showed more significance than the former with short term satisfaction. (J Intervent Radiol, 2006, 15: 491-493)

【Key words】 Jaundice; Bile duct obstruction, extrahepatic; Radiology, interventional

高位胆管梗阻指肝门区及以上部位各种原因引起的肝内外胆管狭窄或闭塞, 胆管成像显示对于狭窄端以上肝总管残留在 0.5 cm 以内或更高位置病变的患者, 外科较难完成肝总管小肠吻合术。自 2004 年 5 月 31 日前连续 100 例符合高位胆管梗阻并接受介入治疗的患者, 对其介入方法和近期疗效做一总结。

1 方法

1.1 一般资料

本组患者 100 例, 男 64 例, 女 36 例, 年龄 17 ~ 90 岁, 平均 58 岁。高位梗阻原因分别为: 胆管癌 39 例, 胆囊癌 6 例, 转移瘤 22 例, 肝移植后胆管病变 18 例, 原发性肝癌 15 例。梗阻部位为: 肝总管上端 31 例, 左右肝管及以上部位 60 例, 单纯左或右肝内胆管 9 例。

1.2 置管引流穿刺途径

从右侧腋中线经皮经肝胆管穿刺入路 57 例, 经剑突下经皮经肝左侧胆管穿刺入路 5 例, 经皮经肝双侧胆管穿刺入路 35 例, 经右侧胆管和 T 管入路 2 例, 单纯经 T 管入路 1 例。穿刺治疗次数: 1 次 (包括单侧和双侧穿刺) 77 例, 2 次 (不同日期分次穿刺) 14 例, 3 次及以上 8 例。以上不包括患者更换

引流管和支架疏通次数。留置引流管数:留置 1 支者 13 例;2 支者 37 例(图 1~3);3 支者 20 例;4 支及以上者 30 例。其中部分病例更换成支架;放置支架后短期留置引流管者不在其中。本组共留置 21 例 31 枚金属内支架;放置 1 枚支架者 12 例;2 枚支

架者(图 4~6)8 例;3 枚支架者 1 例。支架使用率低于中低位梗阻的病例。应用普通活检钳经皮肝胆道内活检 7 例。

1.3 统计学处理

采用 *t* 检验。

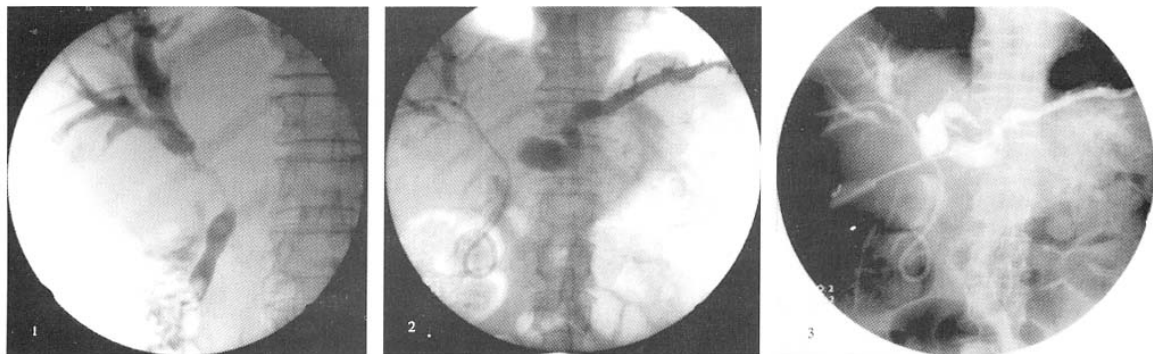


图 1~3 胆管癌患者,胆道造影示高位梗阻性黄疸,左右胆管不通,右侧穿刺入路置放内外引流管,左侧穿刺置放外引流管

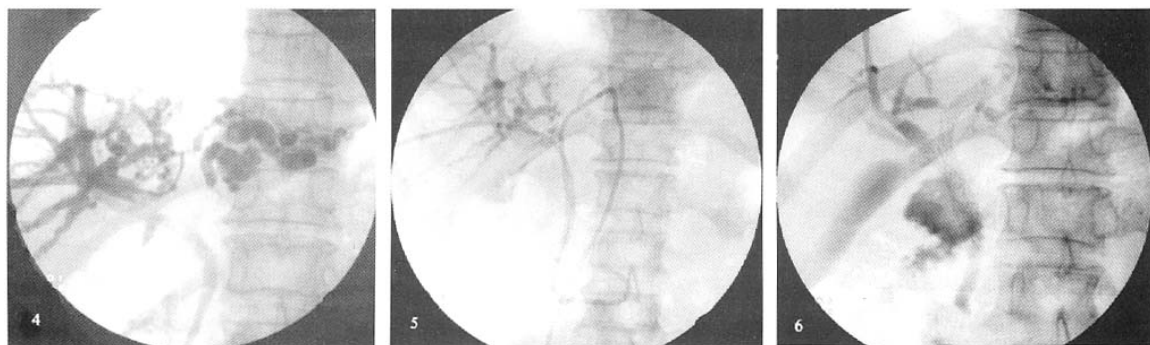


图 4~6 高位胆管癌患者,胆道造影示高位梗阻性黄疸,左右胆管不通,双侧穿刺置放内外引流管,先行引流。10 d 后引流效果满意,先行球囊扩张狭窄胆道后同时放置双支架,造影见胆道通畅

2 结果

本组重点介绍技术操作,并作近期内病例观察分析,本组患者住院 1~50 d,中位住院天数 15 d。术前血清总胆红素 104.3~820.8 $\mu\text{mol/L}$;中位数 384.8 $\mu\text{mol/L}$ 。引流后 3~7 d 血清胆红素为 37.6~718.2 $\mu\text{mol/L}$,中位数为 280.4 $\mu\text{mol/L}$ 。术后 8~14 d,有资料者 82 例,胆红素 37.6~701.1 $\mu\text{mol/L}$;中位数 159.0 $\mu\text{mol/L}$ 。引流术前血清胆红素含量与术后 3~7 d 胆红素水平进行 *t* 检验差异有显著性($P < 0.05$);术前胆红素含量与术后 8~14 d 胆红素水平比较有显著性差异($P < 0.01$);术后 3~7 d 的胆红素水平与术后 8~14 d 的胆红素水平比较亦有显著性差异($P < 0.01$)。本组病例术后全部使用抗生素,住院期间抗生素使用 3~41 d,中位数

10 d。术后使用止血药物 35 例(35%),最长使用时间为 9 d。术后使用镇痛剂者 58 例占 58%。术后住院死亡 3 例,本组住院病死率为 3%。

胆管腔内活检 7 例,病理组织学结果:胆管癌 3 例,胆管癌术后吻合口复发 1 例,胆囊癌 1 例,转移瘤 1 例,胆管绒毛状腺瘤 1 例。

3 讨论

高位胆管梗阻是临床上较为棘手的问题,外科手术较为困难。即使部分病例采用外科盆式吻合,术后胆道感染率较高,局部复发率高,吻合口狭窄率较高等常需介入处理^[1-3]。高位胆管梗阻,由于梗阻病理情况复杂,常累及多支胆管,需要做 2 支或更多支引流,疗效较低位梗阻差。部分病例一般情况较差时,引流可分次进行。不少高位胆管梗阻病

例可做 2 枚以上支架植入^[4,5],据我们经验支架植入较多时再狭窄出现较早,发生率较高。多支引流管同时引流,可做内外引流和单纯外引流相结合。跨过壶腹的内外引流由于刺激奥狄括约肌,引起局部痉挛,可出现急性胰腺炎,表现为腹痛,腰背痛,恶心,呕吐,腹胀等症状。部分病例 CT 检查出现胰腺周围渗出,或少量腹水。实验室检查可表现为血清淀粉酶一过性增高。高位胆管梗阻放置支架时,由于很少出现需要跨壶腹的治疗,因此发生胰腺炎的机会相对较少。本组有 1 例左侧肝内胆管狭窄,经皮剑突下穿刺左肝胆管,活检病理检查诊断为胆管绒毛膜乳头状瘤,经壶腹放置内外引流管,术后患者腹痛背痛,血清淀粉酶升高,给予禁食禁水,静脉输注抗生素、奥曲肽等药物。腹部 CT 显示胰腺水肿,渗出,腹腔少量积液。更换引流导管,将导管退至壶腹上方的肝内胆管,经对症处理后改善出院。出院后 2 个月 CT 复查显示胰腺囊肿形成,外科手术做囊肿切除、引流。

本组使用引流导管管径为单纯外引流使用 7 ~ 8.5 F;一般在操作过程中使用过 5 F 鞘管则使用 7F 引流管;如使用过 7F 鞘管则使用 8.5 F 引流管。内外引流为 8.5 ~ 10.2 F,放置支架后一般保留外引流管观察支架通畅和有无胆管出血等情况,保留引流管 3 ~ 4 d。放置支架时机,各学者说法不一^[6,7],我们认为,如果患者胆管梗阻同时有胆管感染,应先放置外引流或内外引流,待黄疸减轻,炎症控制后,一般在 1 周后再放置支架。过早地放置支架可能由于胆管黏膜和肿瘤组织水肿,水肿组织经支架网格突入管腔内,闭塞支架管腔,造成支架植入后短期内再狭窄。一次支架植入后,应保留外引流管,可以提高排出胆汁的效率,观察胆管内有无出血,支架是否通畅,同时引流管经穿刺道保留,可以有效地压迫穿刺道,防止穿刺道内血管损伤后出血。

经皮穿刺引流胆汁或胆管支架植入后,黄疸消退速度很不一致。一般来讲,引流前黄疸出现时间越长,血清胆红素水平越高,则黄疸下降速度越慢。肝内胆管多发性阻塞,常继发于原发性肝癌或肝内转移瘤。尽管采用多支引流也很难保证引流彻底。

黄疸较难彻底消退。引流前血清胆红素水平高于 513 $\mu\text{mol/L}$ 时黄疸引流效果较差,尽管引流管通畅,黄疸消退缓慢,目前原因不明,可能由于毛细胆管内皮细胞受损害所致。

经皮经肝穿刺胆管内钳取活检是非常有用的临床诊断措施,高位胆管狭窄,常丧失手术治疗机会。即使行手术剖腹探查也很难得到活检标本,给病理组织学诊断带来困难。本组 7 例完成经皮经肝胆管腔内活检。其中 1 例临床上反复出现梗阻性黄疸和发热 3 年,CT 和 B 超显示肝内胆管轻度扩张,经过介入法胆管内钳取活检,病理组织学报告为胆管癌。采用多支引流,黄疸消退。另 1 例患者左肝占位,肝内胆管局限性扩张。曾经在外院行 CT 引导下肿块穿刺活检,结果未见肿瘤组织,手术治疗未能找到肿瘤,也未获得病理学标本。我们采用剑突下经皮经肝穿刺肝内胆管,经胆管获得病理组织学标本后诊断为胆管绒毛膜乳头状瘤。

经皮肝穿刺置入内支架或行胆汁引流术是缓解高位梗阻性黄疸的有效方法,创伤小,可提高患者生存质量。

[参 考 文 献]

- [1] Bonnel D, Ferrucci JT, Mueller HF, et al. Surgical and decompression in malignant biliary obstruction: a retrospective study using multivariate risk factor analysis [J]. Radiology, 1984, 152: 347 - 352.
- [2] 翟仁友,戴定可. 金属支架治疗恶性梗阻性黄疸的临床研究 [J]. 中华放射学杂志, 1997, 31: 734 - 736.
- [3] Radeleff BA, Lopez-Benitez R, Hallscheidt P, et al. Treatment of malignant biliary obstructions via the percutaneous approach [J]. Radiologe, 2005, 45: 1020 - 1030.
- [4] 贾广志, 张子东, 王学静, 等. 胆道双支架置入治疗肝门部胆管癌 [J]. 介入放射学杂志, 2004, 13: 441 - 443.
- [5] 罗祖炎, 陈方宏, 袁建华, 等. 胆道双金属支架植入姑息性治疗肝门胆管癌的临床价值 [J]. 介入放射学杂志, 2004, 13: 454 - 456.
- [6] Zhai Renyou, Qian Xiaojun, Dai Dinkg, et al. Malignant biliary obstruction: treatment with interventional radiology [J]. Chin Med J, 2003, 116: 889 - 892.
- [7] 李 红, 郝 萍, 韩德义. 高位恶性胆道梗阻多支架植入术的临床应用及疗效分析 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2005, 11: 173 - 175.

(收稿日期: 2005-11-07)