

[参考文献]

- [1] 常中飞, 王茂强, 刘凤永, 等. 综合治疗巨大肝癌的临床疗效及预后因素分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2014, 36: 59-62.
- [2] 代向党, 王 赢, 程 喆, 等. 肝动脉化疗栓塞联合射频消融治疗中晚期肝癌的临床疗效分析[J]. 放射学实践, 2010, 25: 799-802.
- [3] Miyayama S, Matsui O, Taki K, et al. Extrahepatic blood supply to hepatocellular carcinoma: angiographic demonstration and transcatheter arterial chemoembolization[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2006, 29: 39-48.
- [4] 李金鹏, 陈 华, 石丛丛, 等. TACE 联合射频消融与单独射频消融治疗结节型肝癌临床对比分析[J]. 临床放射学杂志, 2013, 32: 1159-1163.
- [5] Kelogrigoris M, Laspas F, Kyrkou K, et al. Percutaneous radiofrequency ablation for malignant liver tumours in challenging locations[J]. J Med Imaging Radiat Oncol, 2012, 56: 48-54.
- [6] 陈长广, 倪才方, 陈 珑. 肝动脉栓塞联合射频消融对兔肝癌模型细胞凋亡的影响[J]. 实用放射学杂志, 2014, 30: 156-159.
- [7] Garmi L, Georgiades C. Combination percutaneous and intra-arterial therapy for the treatment of hepatocellular carcinoma: a review[J]. Semin Intervent Radiol, 2010, 27: 296-301.
- [8] 吴宇旋, 窦永充, 张彦舫, 等. 经皮射频消融治疗巨大肝癌[J]. 介入放射学杂志, 2007, 16: 755-758.
- [9] 帕哈尔丁·白克热, 杨树法, 黄伍奎, 等. 肝动脉化疗栓塞联合射频消融术治疗 30 例原发性大肝癌的疗效评价[J]. 介入放射学杂志, 2012, 21: 322-326.
- [10] 彭国文, 李晓群. 射频消融及组合方案治疗特殊/高危部位肝癌的中远期疗效[J]. 介入放射学杂志, 2013, 22: 525-528.

(收稿日期: 2014-11-27)

(本文编辑: 俞瑞纲)

• 病例报告 Case report •

胆道金属支架内植入覆膜支架治疗胆总管胃瘘 1 例

黄 剑, 杨业发, 葛乃建

【关键词】 胆总管胃瘘; 支架; 金属; 瘘; 胆囊

中图分类号: R735.8 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2015)-08-0687-02

Implantation of covered stent within previously-placed biliary metal stent for the treatment of common bile duct-gastric fistula: report of one case HUANG Jian, YANG Ye-fa, GE Nai-jian. Mini-invasive Intervention Center, Eastern Hepatobiliary Surgery Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200438, China(J Intervent Radiol, 2015, 24:687-688)

Corresponding author: YANG Ye-fa, E-mail: yangyefa66@163.com

【Key words】 common bile duct-gastric fistula; metal stent; cancer; gallbladder

患者,男,47岁。2005年3月31日因“上腹部胀痛不适10 d”于当地医院就诊,查B超及CT均提示胆囊占位,考虑恶性肿瘤。转我院后诊断为:“胆囊癌”。患者于2005年4月6日行“胆囊癌根治术”,术后病理诊断:胆囊腺癌,中度分化,肝总管旁淋巴结转移。2005年6月、2006年5月分别针对

胆总管旁肿大淋巴结行X线放疗。2014年1月16日因十二指肠梗阻于外院手术治疗,术中见胰头、胰后成团融合质硬淋巴结,无法手术切除,遂行“胃空肠吻合+肠肠吻合”。2014年6月初开始出现皮肤、巩膜黄染,2014年6月16日检查示肝外胆总管中段狭窄。经保肝、利胆等对症支持治疗,黄疸症状无明显好转。2014年8月13日查:总胆红素71.6 μmol/L、直接胆红素59.5 μmol/L、白蛋白35.1 g/L。患者于2014年8月14日行“经皮肝胆管穿刺引流(PTCD)+胆道射频消融(RFA)+胆道金属支架植入”。于胆总管狭窄段行RFA 2次×2 min,球囊扩张狭窄段胆总管,于狭窄段胆总管内植入1支8 mm×50 mm胆道金属支架,于支架内放置8 F PTCD外引流

DOI:10.3969/j.issn.1008-794X.2015.08.009

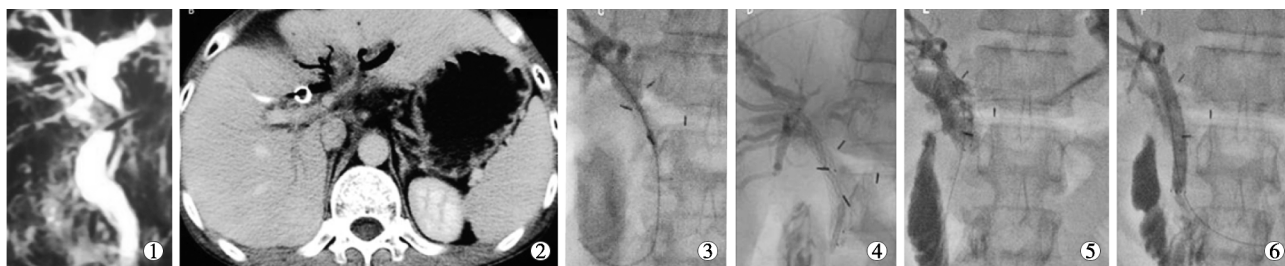
基金项目:上海市科委医学引导类科技项目(14411967500)

作者单位: 200438 上海 第二军医大学附属东方肝胆外科医院微创介入中心

通信作者: 杨业发 E-mail: yangyefa66@163.com

管 1 支。2014 年 8 月 23 日患者开始出现反复发热,体温最高达 40℃,伴寒战、腹痛等胆道感染症状。当地医院予头孢呋辛钠、头孢曲松钠抗感染治疗,效果不佳,同时伴头晕、乏力、脸色苍白等贫血症状。2014 年 9 月 16 日查:红细胞 $2.95 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 71 g/L、白细胞 $24.81 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 $23.6 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞比 0.93、总胆红素 19.1 $\mu\text{mol}/L$ 、直接胆红素 14.1 $\mu\text{mol}/L$ 、白蛋白 30.5 g/L;粪便褐色,隐血(+++)。2014 年 9 月 17 日急诊 CT 示:肝内胆管扩张伴积气,门脉右支栓子形成。患者于 2014 年 9 月 17 日急症行“PTCD+覆膜支架植入”;DSA 机 X 线透视下见 PTCD 外引流管位于胆道金属支架内,造影见肝内外胆管、胃及十二指肠显影,结合患者病史考虑胆总管胃瘘,遂于原胆道金属支架

内、瘘口处植入 1 支 8 mm×60 mm 覆膜支架(Wallstent; BostonScientific, MA, USA),球囊扩张覆膜支架,再次造影见胆道瘘口已堵住(图 1),于支架内留置 6 F PTCD 外引流管。术后继续抗感染、止血、补充蛋白等对症支持治疗。术后第 1~3 日逐日体温分别为 38.4℃、38.0℃、37.2℃,见胆道感染症状好转后转当地医院继续对症治疗。2014 年 11 月 27 日复查:红细胞 $3.45 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 102 g/L、白细胞 $4.35 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 $23.6 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞比 63%、总胆红素 7.2 $\mu\text{mol}/L$ 、直接胆红素 3.6 $\mu\text{mol}/L$ 、白蛋白 36.2 g/L;粪便隐血(-)。术后 1 周、1 个月、2 个月随访,均无发热、寒战、腹痛、腹胀等不适,无胆管炎、急性胰腺炎、皮肤巩膜黄染、支架移位等并发症。



①MRCP 示胆总管中上段狭窄;②胆管内积气;③狭窄段胆管 RFA;④胆道金属支架植入后;⑤造影见总管胃瘘;⑥造影见覆膜支架植入后瘘口堵住

图 1 胰腺癌术后急胆管胃瘘治疗过程

讨论

恶性梗阻性黄疸主要由恶性肿瘤压迫或侵入各级胆管,引起胆汁排泄受阻所致^[1-2]。部分梗阻性黄疸患者因就诊太晚或严重并发症而失去手术根治机会^[3]。PTCD+胆道 RFA+胆道金属支架植入可明显缓解患者黄疸症状、改善生活质量及延长生存期^[4-5]。对胆管内肿瘤行 RFA 治疗可延长支架通畅时间;再次出现梗阻性黄疸时,仍可对支架内肿瘤组织再次 RFA,提高恶性梗阻性黄疸治疗效果^[4,6]。

覆膜支架因其直径较大、引流通畅时间较长及必要时可从胆总管内取出而广泛应用于恶性梗阻性黄疸的治疗。其表面的覆膜可有效防止恶性肿瘤向支架内生长延长通畅时间^[7],也可防止胆泥淤积及胆石形成^[8]。

本例治疗经验:胆道 RFA 凝固坏死的深度可能与功率及同一部位消融总时间有关,高功率及同一部位反复消融可能加重胆管壁损伤。覆膜支架可防止胆汁对胆管、胃肠道瘘口的刺激,促进损伤的愈合,控制慢性上消化道出血;同时能防止胃肠道细菌进入胆管引起胆道感染。因此胆道内手术后出现胆漏,可行胆道内覆膜支架植入治疗,同时胆道金属支架内植入覆膜支架也是“经皮肝胆管穿刺引流(PTCD)+胆道 RFA+胆道金属支架植入”后胆漏可行、有效的治疗方法。

参考文献

- [1] van Delden OM, Laméris JS. Percutaneous drainage and stenting for palliation of malignant bile duct obstruction[J]. Eur Radiol 2008, 18: 448-456.
- [2] Tapping CR, Byass OR, Cast JE. Percutaneous transhepatic

biliary drainage(PTBD) with or without stenting-complications, re-stent rate and a new risk stratification score[J]. Eur Radiol, 2011: 1948-1955.

- [3] Khan SA, Davidson BR, Goldin RD, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: an update[J]. Gut, 2012, 61: 1657-1669.
- [4] Steel AW, Postgate AJ, Khorsandi S, et al. Endoscopically applied radiofrequency ablation appears to be safe in the treatment of malignant biliary obstruction[J]. Gastrointest Endosc, 2011, 73: 149-153.
- [5] Figueroa-Barojas P, Bakhru MR, Habib NA, et al. Safety and efficacy of radiofrequency ablation in the management of unresectable bile duct and pancreatic cancer: a novel palliation technique[J]. J Oncol, 2013, 2013: 910897.
- [6] 夏宁,程永德,王忠敏.胆道支架再狭窄的介入治疗进展[J].介入放射学杂志,2014,23: 82-85.
- [7] Fanelli F, Orgera G, Bezzi M, et al. Management of malignant biliary obstruction: Technical and clinical results using an expanded polytetrafluoroethylene fluorinated ethylene propylene (ePTFE/FEP)-covered metallic stent after 6-year experience[J]. Eur Radiol, 2008, 18: 911-919.
- [8] Okabe Y, Ishida Y, Sasaki Y et al. Use of a partially covered self-expandable metallic stent to treat a biliary stricture secondary to chronic pancreatitis complicated by recurrent cholangitis: a case report[J]. Dig Endosc, 2012, 24 Suppl 1: 55-58.

(收稿日期:2014-10-23)

(本文编辑:俞瑞纲)