

内镜下胆道支架置入术治疗恶性胆道梗阻的疗效

邵晓冬, 梁振东, 郭道光, 杨振寰, 郭晓钟

【关键词】 内镜; 胆道支架; 胆道梗阻; 胰腺癌; 胆管癌

【中图分类号】 R 575

【文献标识码】 B

doi:10.13730/j.issn.1009-2595.2018.10.017

恶性胆道梗阻的最常见原因是胰腺癌和胆管癌^[1], 由于其特殊的解剖部位, 胰腺癌和胆管癌的早期诊断困难, 行外科根治性手术的几率低。即使接受了外科根治性手术, 患者的 5 年生存率也较低, 且生活质量极差^[2]。有相当一部分患者需要接受姑息性治疗, 黄疸是胰腺癌和胆管癌患者的常见症状, 可导致患者肝功能损害和胆管炎, 其治疗方法包括胆肠吻合术、经皮经肝胆道引流术(percutaneous transhepatic cholangial drainage, PTCD) 和内镜下胆道支架置入术。同胆肠吻合术和 PTCD 比较, 内镜下胆道支架置入术具有创伤小、安全性高、费用低、并发症少等优点, 是恶性胆道梗阻姑息性治疗的主要手段之一。本文通过对作者医院治疗的恶性胆道梗阻病例进行回顾性分析, 对内镜下胆道支架置入术的疗效和影响因素进行探讨。

1 资料和方法

1.1 研究对象

2005-08/2017-08 月, 作者医院共 728 例因胆管癌(含胆管转移癌)和胰腺癌导致的恶性胆道梗阻患者进行了 PTCD, 其中男 409 例, 女 319 例, 年龄 34~88(67±13.15)岁。胆管癌 266 例, 其中肝门部胆管癌 92 例(依据 Bismuth 分类标准^[3], I 型 25 例, II 型 23 例, III 型 23 例, IV 型 21 例); 胆总管癌 174 例, 胰腺癌 462 例。所有患者就诊时均有黄疸(其中 292 例黄疸持续时间超过 1 个月), 均进行了 B 型超声、计算机断层扫描(computed tomography, CT)和磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)检查, 临床诊断为胆管癌或胰腺癌。并经外科会诊认为不宜行外科手术治疗, 患者本人或家属拒绝手术治疗。

1.2 器械和方法

1.2.1 器械 Fujinon ED-250XT8、ED-250XL8 型电子十二指肠镜(富士能公司, 日本); 拉式切开刀或针状刀(Cook 公司, 美国); 斑马导丝(Cook 公司, 美国); 取石球囊及造影导管(Cook 公司, 美国); IC80 高频电刀(ERBE 公司, 德国); 胆道塑料内支架和金属自膨胀式内支架(Cook 公司, 美国)。

1.2.2 方法 患者术前禁食水至少 6 h, 检查前肌肉注射安定 10 mg, 山莨菪碱 20 mg, 哌替啶 50 mg。患者取左侧卧位或俯卧位, 内镜进入十二指肠降段后拉直镜身, 使乳头位于视野中央, 选用切开刀或造影导管进行插管造影, 了解胰胆管的病变情况。置入导丝通过狭窄或梗阻段, 用适当规格的扩张管进行扩张, 测量狭窄或梗阻段上部至乳头开口的距离, 选用长度适宜的支架沿导丝插入胆管。内支架前端应超过狭窄部 1 cm 以上, 后端位于十二指肠肠腔内, 如有胆汁自内支架流出, 表明置入成功, 对内支架堵塞的可以实施再通术或更换内支架。术后对在治疗过程中胰管显影的患者, 预防性使用生长抑素类药物, 以降低患者并发胰腺炎的危险性。术后 24 h 和 1 周、2 周时检测血清胆红素水平的变化。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件, 病例资料百分率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

恶性胆道梗阻患者成功置入内支架 728 例, 金属支架 407 例, 塑料支架 321 例。肝门部胆管癌患者置入双支架 63 例, 三支架 29 例。置入胆道内支架后, 患者黄疸均有不同程度缓解。就诊时黄疸持续时间超过 1 个月的患者 292 例, 其中 131 例于术后 2 周总胆红素降至正常范围; 黄疸持续时间未超过 1 个月的患者 436 例, 其中 247 例患者术后 2 周时总胆红素降至正常范围, 二者术后 2 周时总胆红素降至正常范围的患者例数比较

有统计学差异($\chi^2 = 9.735, P = 0.002$)。在肝门部胆管癌患者中,Ⅰ、Ⅱ型共 48 例,其中 39 例患者术后 2 周时总胆红素降至正常范围;Ⅲ、Ⅳ型共 44 例,其中 23 例患者术后 2 周时总胆红素降至正常范围,二者患者术后 2 周时总胆红素降至正常范围的患者例数比较差异有统计学意义($\chi^2 = 8.772, P = 0.003$)。

3 讨论

恶性胆道梗阻的常见病因有胆管癌、胰头癌、十二指肠乳头癌和肝门部转移癌,如胆道梗阻不能及时解除,患者将会出现胆管炎、肝功能受损、营养不良、肝功能衰竭,甚至死亡。外科手术是其首选治疗方式,而内镜治疗是一种姑息性治疗手段。对恶性胆道梗阻的患者可以在术前行内镜下鼻胆管引流术或塑料支架置入术,达到减轻黄疸的目的。而对于失去手术机会的患者,胆道内支架置入术可以明显提高患者的生存质量。多项研究表明,对于缓解胆道梗阻,外科旁路手术和内镜下支架置入术的有效率相近,而内镜治疗组的住院天数少于手术治疗组,两组患者的存活时间无显著差异^[4]。同 PTCD 相比,内镜下胆道支架置入术可以避免经皮经肝途径穿刺及外置引流管的并发症,而且可应用于凝血功能异常和伴有腹水的患者。

本研究重点探讨了患者黄疸持续时间和肝门部胆管癌的分型对内支架引流效果的影响。研究结果表明,当患者黄疸持续时间超过 1 个月时,支架置入 2 周后黄疸消退的患者要明显少于黄疸持续时间不足 1 个月的患者,原因可能是长期胆道梗阻,患者肝细胞功能受损,胆红素升高不仅是由于排泄障碍,而且与胆红素的摄取、结合多个代谢环节有关,并且长期淤胆也可导致毛细胆管的炎性改变,所以即使给予有效的胆道引流,其胆红素的恢复仍较慢。

肝门部胆管癌是指位于肝总管、左右肝管及其分叉部的癌肿,约占胆管癌的 56%。该肿瘤位置特殊,以局部浸润生长为主,绝大多数患者在出现肿瘤转移前死于胆道梗阻引起的化脓性胆管炎和肝功能衰竭。根据 Bismuth 分类法,Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ及Ⅳ型胆管癌的切除率分别约为 100%、100%、47%和 15.8%,后两型肝门部胆管癌的切除率明显偏低,对于此类患者,非手术治疗就尤为重要。控制肿瘤生长、维持胆道通畅成为该病姑息性治疗的关键,胆道内支架置入术就是其中的重要治疗措施。置入支架的数量取决于狭窄的部位、可供引流肝段的体积和造影剂进入的肝段数

量^[5-6]。对于Ⅰ型肝门部胆管癌所致的黄疸,采用 1 根胆道支架即可获得满意的效果。而对于其他 3 型,尤其是Ⅲ、Ⅳ型的内镜下治疗则较为棘手。一项新近的荟萃分析对比了肝门部胆管癌置入单支架和双支架的疗效,结果发现双支架置入术可明显降低胆红素水平^[7]。双支架置入术的成功率文献报道约 73.3%~100%^[8]。对于Ⅳ型肝门部胆管癌采用双支架或多支架治疗可以改善引流效果,但Ⅳ型肝门部胆管癌的总体治疗效果明显不如其他 3 型,原因可能是该型胆管癌往往伴有二级分支以上的胆管受累,单纯的胆道内支架引流效果欠佳,而且易出现胆道感染等并发症。提示在对Ⅳ型肝门部胆管癌进行内镜治疗时,应慎重选择病例,置入支架患者的肝脏必须能够引流 50%以上,才可以获得满意的效果^[9]。目前多种双侧引流技术和新型胆道支架正在研究和开发中,以期能够在肝门部胆管癌的治疗中发挥更好的作用^[10]。

参 考 文 献

- [1] Lorenz JM. Management of malignant biliary obstruction [J]. Semin Intervent Radiol, 2016, 33(4): 259-267
- [2] Khokhar AS, Sher AF, Schattner M. Interventional endoscopy in the diagnosis and management of pancreatic adenocarcinoma [J]. Chin Clin Oncol, 2017, 6(6): 63
- [3] 黄婉姚, 杨维竹, 江娜, 等. 经胆道支架联合支架内外¹²⁵I 粒子植入治疗肝门部胆管癌研究[J]. 临床放射学杂志, 2016, 35(3): 448-452
- [4] ASGE Technology Assessment Committee, Pfau PR, Pleskow DK, *et al.* Pancreatic and biliary stents [J]. Gastrointest Endosc, 2013, 77(3): 319-327
- [5] Kitano M, Yamashita Y, Tanaka K, *et al.* Covered self-expandable metal stents with an anti-migration system improve patency duration without increased complications compared with uncovered stents for distal biliary obstruction caused by pancreatic carcinoma; a randomized multicenter trial [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(11): 1713-1722
- [6] Itoi T, Sofuni A, Itokawa F, *et al.* Current status and issues regarding biliary stenting in unresectable biliary obstruction [J]. Dig Endosc, 2013, 25 Suppl 2: 63-70
- [7] Puli SR, Kalva N, Pamulaparthi SR, *et al.* Bilateral and unilateral stenting for malignant hilar obstruction: a systematic review and meta-analysis [J]. Indian J Gastroenterol, 2013, 32(6): 355-362
- [8] Lee TH, Moon JH, Park SH. Bilateral metallic stenting in malignant hilar obstruction [J]. Clin Endosc, 2014, 47(5): 440-446
- [9] Goenka MK, Goenka U. Palliation: Hilar cholangiocarcinoma [J]. World J Hepatol, 2014, 6(8): 559-569
- [10] Kikuyama M, Shirane N, Kawaguchi S, *et al.* New 14-mm diameter Ni-ti-S biliary uncovered metal stent for unresectable distal malignant obstruction [J]. World J Gastrointest Endosc, 2018, 10(1): 16-22

(2018-04-12 收稿)