

• 临床经验 •

# 内镜下微创治疗良恶性胆管梗阻引流失败原因的分析及处理

刘变英, 雷宇峰

刘变英, 山西省人民医院内镜诊断治疗研究中心 山西省太原市 030001  
雷宇峰, 中国人民解放军第264医院消化科 山西省太原市 030001  
项目负责人: 刘变英, 030001, 山西省太原市, 山西省人民医院内镜诊断治疗研究中心. haiying@public.ty.sx.cn  
电话: 13603558158 传真: 0351-4935998  
收稿日期: 2003-11-13 接受日期: 2004-02-01

## 摘要

目的: 探讨内镜下微创治疗良恶性胆管梗阻引流失败的原因及处理方法。

方法: 应用十二指肠镜行内镜下胆管引流术, 包括内镜鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD), 内镜胆管内置管引流术(endoscopic retrograde biliary drainage, ERBD)和内镜胆管金属支架术(endoscopic metal biliary endoprosthesis, EMBE), 对其中失败的病例进行总结, 找出失败的原因及处理办法。

结果: 260例内镜下胆管引流术, 失败20例(不包括ERCP插管失败者)。其中ENBD失败15例, 经调整鼻-胆管位置, 更换鼻-胆管及重新ERCP插管均获得成功, ERBD失败4例, 经努力仍未成功, 改用PTCD; EMBE失败1例, 支架放置不到1 mo又出现胆管阻塞, 经原金属支架通道再放入塑料支架而恢复通畅引流。

结论: 经内镜胆管引流失败时, 应分析其原因, 采取相应的对策, 绝大多数失败是可以避免或补救的。

刘变英, 雷宇峰. 内镜下微创治疗良恶性胆管梗阻引流失败原因的分析及处理. 世界华人消化杂志 2004;12(5):1249-1250

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1249.asp>

## 0 引言

近年来随着内镜诊疗技术的发展, 经内镜胆管引流术作为一项新的微创治疗技术, 给患者带来更好、更快的疗效和更少的创伤及痛苦, 其优越性是不言而喻的<sup>[1-3]</sup>。但是, 也有不少失败的教训, 为了总结经验, 减少操作失误, 提高成功率, 现将我们应用内镜胆管引流术失败的情况结合文献总结如下:

## 1 材料和方法

1.1 材料 自1997-07/2003-05共进行内镜胆管引流术260例, 男116例, 女144例, 年龄22-94岁, 平均64.7岁。急性胆管炎90例, 胆管炎合并结石81例, 急性胆源性胰腺炎17例, Oddi括约肌良性狭窄21例, 胆管恶性肿瘤32例, 壶腹部恶性肿瘤19例; 均有不同程度的黄疸。其中内镜鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary

drainage, ENBD)142例, 内镜胆管内塑料支架引流术(endoscopic retrograde biliary drainage, ERBD)110例, 内镜胆管金属支架术(endoscopic metal biliary endoprosthesis, EMBE)8例。

1.2 方法 ENBD失败15例, 10例鼻-胆管打折者, 经调整其位置恢复通畅, 5例仍然不通或系鼻-胆管滑脱者, 重新行ENBD置管成功。ERBD失败4例, 1例因乳头水肿严重, 经多种方法再插管均无法成功而放弃内镜引流, 改用经皮肝穿刺胆管引流术(percutaneous transhepatic cholangio-drainage, PTCD)。其余3例均重新置管成功。EMBE失败1例, 因放置未超出肿瘤狭窄段而失败者, 经原金属支架通道再套置另一根金属支架而成功引流。

## 2 结果

260例中共失败20例(不包括ERCP插管失败者), 占7.7%。15例ENBD中13例(86.7%)经处理成功引流, 其中ENBD失败2例经处理全部通畅引流; ERBD 1例经努力仍未成功, 改用PTCD; EMBE 1例经处理通畅引流。

## 3 讨论

经内镜胆管引流时应强调预防失误, 一旦发生引流不理想, 应仔细分析原因, 及时处理, 以免延误病情, 造成不必要的麻烦。我们认为应当注意以下几点:

3.1 合理选择适应证 经内镜胆管引流术是近年来开展的一项新技术, 主要用于无手术适应证的恶性胆管梗阻、良性胆管梗阻、胆漏(瘘)及恶性黄疸手术前的减黄等, 其适应证很宽。但是, 当内镜方法不能达到缓解症状及有效治疗目的时, 不宜选择内镜胆管引流术<sup>[2]</sup>。如多发性肝内胆管癌、肝内广泛转移癌、肝内胆管型硬化性胆管炎、手术后胆管完全断离严重的凝血功能障碍、溶血性黄疸及肝细胞性黄疸、不能耐受内镜治疗或不合作者及生命垂危者。有重度食管静脉曲张者, ENBD应慎用, 以防术后引起曲张静脉破裂大出血。此外, 在选择术式时也应多方考虑, 例如因为金属支架不能取出, 且其端部可引起胆管壁的反复溃疡而致瘢痕再狭窄<sup>[3]</sup>, 多数学者将良性胆管疾病列为EMBE的禁忌证。

3.2 早发现引流不畅及早分析其原因 引流不畅的临床表现主要有黄疸进行性加重, 肝功能损害加重等; ENBD时可表现为注射造影剂或胆管冲洗不通畅、引流量骤减, 系引流管打折所致; 或造影剂直接注入肠腔、引流量突然增多而颜色变淡, 系引流管滑脱所致; ERBD及EMBE可表现为术时内镜下所見引流通而不

畅或不通, X线摄片可见支架未超出狭窄部或金属支架上端未膨开, 或发现胆管存在多发肿瘤等。

### 3.3 处理办法

3.3.1 ENBD时注意事项 (1)在置入鼻-胆管前应检查其是否损坏、老化及过期, 选择猪尾形的鼻胆管较易固定, 而直线形易移位; (2)保持导丝的引导作用, 防止导丝滑脱及打弯, 头部右侧成角的引流管通过其头端插入肝内胆管而不易移位。如能避免引流管在十二指肠内过度成袢, 预先定型十二指肠袢的引流管可防止移位; (3)鼻-胆管放置到位后, 应与助手密切配合, 退镜勿过快, 退出镜身与送入鼻-胆管应同步, 如在X线透视下退镜更为可靠, 合适的引流管应位于右上腹, 头部在肝曲, 与脊柱平行。移位的引流管会位于十二指肠的水平部, 与脊柱相交, 横位于腹部。必要时可在鼻-胆管后续接推送管, 直至十二指肠镜头退出口腔, 助手接牢引流管, 以防退镜过程中带出鼻-胆管; (4)在从鼻腔引出时, 防止鼻-胆管打折。用右手缓缓牵拉鼻-胆管, 用左手将鼻-胆管送至咽部, 并将其捋顺, 可防止鼻-胆管在口咽部打折; (5)在透视下牵出盘曲于胃腔的鼻-胆管, 注意牵引不要过快, 以防鼻-胆管打折及滑脱。引流管在胃内稍成袢可减少被牵拉的张力, 减少引流管由胆管滑入十二指肠的机会; (6)稳妥固定鼻-胆管, 以防意外脱出。

3.3.2 ERBD时注意事项 (1)根据胆管情况选择合适的内支架管, 主要包括支架的长度和直径。支架的长度=狭窄上端至乳头的长度+越过狭窄端的长度(2 cm)+乳头外留长度(1 cm)。一般10Fr支架可提供足够的引流作用, 更大的11.5Fr的支架, 因内径增大, 理论上可延缓支架的堵塞时间。 (2)ERBD置管的技术方面: 适当深插置管导管和导丝, 并关闭抬钳器, 调整大旋钮使镜端贴近乳头, 当引流管被推至镜端时, 完全打开抬钳器。适当用力将引流管推出内镜2-5 mm, 引流管出镜不宜太长, 否则由于反作用致置管失败的危险。此外, 应立即停止插入推进器, 合拢抬钳器, 调整大旋钮, 使镜端逼近乳头。如仍然无效, 可锁死抬钳器, 用右手持镜身, 边左右旋转边拉直内镜, 逐渐将引流管勾入胆管。当引流管尾翼进入视野, 插入深度满意后, 应保持推进器位置不变, 在X线透视下先抽出导丝后抽出推进器, 以防抽出导丝过程中将引流管带出。

3.3.3 EMBE时注意事项 (1)金属支架长度的选择应以

扩张后的长度为准, 有的金属支架释放后长度会缩短。在确定支架长度时应留有余地, 支架完全扩张后超出肿瘤两端的长度不宜小于2 cm, 以防肿瘤生长早期堵塞。 (2)支架的释放要根据所选种类而采取不同的方法。例如Wall-stent(Wilson-Cook的Z形支架, Schneider金属网状支架等), 由于支架释放过程中只能后拉不能前进, 所以, 可将支架送入略深处, 当支架端部张开后, 可慢慢后拉输送器。准备释放时, 须合适安置套管和支架的位置, 计算好支架扩张时缩短的长度(Z字形支架展开后, 长度不会缩短), 调整好支架位置后再完全释放支架。 (3)肝门肿瘤范围较广泛, 引流效果没把握或有严重的胆管炎时, 放置金属支架要慎重。应先行其他过渡性引流, 当引流效果满意, 炎症控制后再改放金属支架较为稳妥<sup>[4]</sup>。 (4)EMBE失败者, 如支架放置未超出肿瘤狭窄的上端或胆管多发肿瘤当时未发现, 可尽早在其中央重新放置金属或塑料内支架超过梗阻的最高部位。如系肿瘤向支架内生长, 可采用单极电凝电极或电热电极进行肿瘤组织的烧灼, 可有效打开支架通道, 成功率较高<sup>[5-6]</sup>。有报道在金属支架覆盖一导聚氨基甲酸酯, 可有效阻止肿瘤向支架网眼内部生长, 延长支架的开放时间<sup>[7]</sup>。与其他综合治疗(如放疗)相结合, 亦可延长支架的开放时间<sup>[2]</sup>。

3.3.4 单纯十二指肠镜引流失败者, 可经胆管镜或PTC(PTCD)置入导丝, 用球囊对狭窄部进行扩张, 在内镜下定位, 并在透视下释放支架。

## 4 参考文献

- 1 龚彪, 周岱云. 经内镜鼻胆管引流375例评价. 中华消化内镜杂志 1997;14:77-80
- 2 刘后钰, 姚礼庆. 现代内镜学. 第1版. 上海: 复旦大学出版社, 2001:5
- 3 Eschelman DJ, Shapiro MJ, Bonn J, Sullivan KL, Alden ME, Hovsepian DM, Gardiner GA Jr. Malignant biliary duct obstruction: long-term experience with Gianturco stents combined modality radiation therapy. *Radiology* 1996;717-724
- 4 胡冰, 周岱云, 龚彪, 钱光相, 陈汉, 吴孟超. 内镜胆管引流术治疗301例肝门部恶性胆管梗阻的体会. 中华消化内镜杂志 1997;14:142
- 5 周平红, 姚礼庆, 高卫东, 何国杰, 徐美东, 秦新裕. 经内镜胆道引流治疗胆道梗阻. 中华消化内镜杂志 2002;19:284-287
- 6 雷宇锋, 刘变英. 内镜下胆管内、外引流术治疗梗阻性黄疸. 世界华人消化杂志 2002;10:1474-1475
- 7 Shim CS, Lee YH, Cho YD, Bong HK, Kim JO, Cho JY, Kim YS, Lee JS, Lee MS, Hwang SG, Shin KM. Preliminary result of a new covered biliary obstruction. *Endoscopy* 1998;30:345-350