

内镜治疗肝外胆管良性狭窄29例

宫爱霞, 马 静, 葛林梅, 冷 敬, 郭世斌, 孙 康, 孙 颖

■背景资料

一直以来, 外科手术被认为是主要的治疗手段, 近年来随着内镜下逆行胰胆管造影技术的日趋完善及配件开发水平的日益提高, 使内镜下治疗成为一个有效选择。

宫爱霞, 马静, 葛林梅, 冷敬, 郭世斌, 孙康, 孙颖, 大连医科大学附属第一医院消化科 辽宁省大连市 116011

作者贡献分布: 此课题由宫爱霞设计; 研究过程由宫爱霞、马静、葛林梅、冷敬及郭世斌操作完成; 数据分析由宫爱霞完成; 本论文写作由宫爱霞、孙康及孙颖完成。

通讯作者: 宫爱霞, 教授, 116011, 辽宁省大连市, 大连医科大学附属第一医院消化科. gong0825@yahoo.com.cn

电话: 0411-83635963-3296

收稿日期: 2010-01-06 修回日期: 2010-02-05

接受日期: 2010-02-09 在线出版日期: 2010-03-28

Duodenoscopic treatment of benign extrahepatic biliary stricture: an analysis of 29 cases

Ai-Xia Gong, Jing Ma, Lin-Mei Ge, Jing Leng, Shi-Bin Guo, Kang Sun, Ying Sun

Ai-Xia Gong, Jing Ma, Lin-Mei Ge, Jing Leng, Shi-Bin Guo, Kang Sun, Ying Sun, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Dalian 116011, Liaoning Province, China

Correspondence to: Professor Ai-Xia Gong, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Dalian 116011, Liaoning Province, China. gong0825@yahoo.com.cn

Received: 2010-01-06 Revised: 2010-02-05

Accepted: 2010-02-09 Published online: 2010-03-28

Abstract

AIM: To evaluate the efficacy of duodenoscopic treatment for benign extrahepatic biliary stricture.

METHODS: The clinical data for 29 patients, who were hospitalized due to obstructive jaundice and diagnosed as benign extrahepatic biliary stricture based on computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI) findings, laboratory test results and medical history, were analyzed retrospectively. Extrahepatic biliary strictures were graded from type 1 to type 3 according to the Bismuth classification. The efficacy of endoscopic sphincterotomy (EST) or endoscopic retrograde biliary drainage (ERBD) in these patients was evaluated.

RESULTS: Twenty-nine patients underwent EST or ERBD, and the response rate was 96.55%.

Of 28 patients followed up, 4 were cured after EST and showed no recurrence, and 24 underwent ERBD, of which 8 showed recurrence in half a year, 8 developed biliary restenosis (of which 4 had chronic pancreatitis, and 2 underwent previous resection of the gallbladder), and 8 showed a good response (of which 5 underwent placement of a single stent).

CONCLUSION: Duodenoscopic treatment of benign extrahepatic biliary stricture is safe and effective. The efficacy of duodenoscopic treatment for benign extrahepatic biliary stricture is associated with the cause and site of strictures. Long-term placement of multiple stents can reduce the occurrence of biliary restenosis after surgery.

Key Words: Benign extrahepatic biliary stricture; Duodenoscopic treatment; Obstructive jaundice; Endoscopic retrograde biliary drainage

Gong AX, Ma J, Ge LM, Leng J, Guo SB, Sun K, Sun Y. Duodenoscopic treatment of benign extrahepatic biliary stricture: an analysis of 29 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(9): 950-953

摘要

目的: 探讨内镜在肝外胆管良性狭窄治疗中的作用。

方法: 回顾性分析29例因梗阻性黄疸入院, 均经CT或MRI及实验室检查及其病史确诊为胆管良性狭窄患者临床资料。将肝外胆管狭窄分类比照Bismuth标准分为3型, 并评价患者行十二指肠镜乳头肌切开术(EST)或行胆管内支架引流术(ERBD)的治疗效果。

结果: 29例患者经EST或ERBD治疗, 有效率为96.55%。随访患者28例, 其中行EST治疗4例, 均未复发; 放置ERBD 24例, 8例6 mo内复发、8例再狭窄患者中4例为慢性胰腺炎, 2例为有胆囊切除史者, 占该组11.11%(2/18); 其余8例中5例为单支架置入者。

结论: 肝外胆管良性狭窄的内镜下治疗安全有效, 其治疗效果与狭窄的病因和部位有关;

■同行评议者

陈积圣, 教授, 中山大学孙逸仙纪念医院肝胆外科

狭窄部位长时间、多支架置入,可以减少术后再狭窄率。

关键词: 肝外胆管良性狭窄; 内镜治疗; 梗阻性黄疸; 胆管内支架引流术

宫爱霞, 马静, 葛林梅, 冷敬, 郭世斌, 孙康, 孙颖. 内镜治疗肝外胆管良性狭窄29例. 世界华人消化杂志 2010; 18(9): 950-953
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/950.asp>

0 引言

肝外胆管良性狭窄在胆道疾病中比较常见,其病因相对广泛。该病的治疗,对外科医生和内镜医生都是一个挑战。一直以来,外科手术被认为是主要的治疗手段,近年来随着内镜下逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)技术的日趋完善及配件开发水平的日益提高,使内镜下治疗成为一个有效选择。现将我院2005-03/2008-02肝外胆管良性狭窄29例患者的治疗情况进行回顾性分析,以探讨内镜在肝外胆管良性狭窄治疗中的作用。

1 材料和方法

1.1 材料 本组患者29例,男12例,女17例,年龄26-75(平均60.2)岁;所有患者均因梗阻性黄疸入院,其中10例伴发热、8例伴腹痛;有胆囊切除史18例、慢性胰腺炎7例、硬化性胆管炎1例、先天性胆总管囊肿1例,2例原因不明,反复黄疸发作;所有患者行CT或MRI影像学检查,结合实验室及其病史,均诊断为胆管良性狭窄。

1.2 方法

1.2.1 狭窄分类 比照Bismuth标准:对肝外胆管狭窄分为3型: I型:距肝总管起始部向远端>2 cm; II型:距肝总管起始部向远端<2 cm。III型:左右肝管汇合部^[1]。

1.2.2 术式选择及手术步骤: 29例患者均按ERCP常规准备,采用PANTEX3840型十二指肠镜, BOSTON切开刀、7 Fr、8.5 Fr胆道内引流管、0.35 mm及0.25 mm黄斑马导丝及逐级扩张探条(6-9 Fr);常规方法进行选择性胆管内插管造影,根据狭窄部位及长度行经十二指肠镜乳头肌切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)或行胆管内支架引流术(endoscopic retrograde biliary drainage, ERBD)治疗。对 I 型狭窄,狭窄位于胆总管末端,长度<1.0 cm者,选择EST治疗;其余狭窄类型选择ERBD治疗;留置ERBD管之前,均行探条逐级扩张,根据扩张的直径大小及难易

程度选择内引流管的直径及根数。

1.2.3 术后处理: 应用广谱抗生素2 d,术后6、24 h查血淀粉酶,如果淀粉酶升高,予抑酸药及抑制胰腺分泌的药物,定期复查血淀粉酶,直至正常为止,并注意观察有无发热、腹痛、黄疸加重等情况。

1.2.4 术后随访: 术后1 wk观察患者黄疸改善情况。对1 wk内黄疸下降50%以上,无其他临床伴随症状者,门诊随访,每3 mo复查肝脏生化学指标;1 wk内黄疸下降低于50%,无其他临床伴随症状者,15 d后复查肝脏生化学指标,如黄疸继续下降,以后每3 mo复查;1 wk内黄疸下降不明显或伴有胆管炎表现者,拔除内引流管。

1.2.5 支架更换: 如出现梗阻征象,随时更换内引流管;无梗阻征象者,勿需更换,12 mo后拔除内引流管。

2 结果

2.1 狭窄分类 29例患者中,7例 I 型狭窄、21例 II 型狭窄、1例 III 型狭窄,为硬化性胆管炎患者。

2.2 手术及支架更换 所有患者中4例行EST治疗,25例行ERBD治疗。25例ERBD治疗中,10例患者放置2根7 Fr内引流管,15例放置1根8.5 Fr或7 Fr内引流管;仅1例硬化性胆管炎患者因黄疸下降不明显,并出现发热、白细胞升高,术后1 wk拔除内引流管;10例勿需更换内引流管直至12 mo后拔除,均为置入双支架者;14例单支架置入者,平均内引流通畅期4.2 mo,至12mo拔管时每例需更换内支架2.3个。

2.3 随访结果 28例患者至今随访时间为10-30 mo,4例行EST治疗者均未见复发,24例放置ERBD者,8例半年内再发梗阻性黄疸,再次置入ERBD管;8例再狭窄患者中4例为慢性胰腺炎,占慢性胰腺炎57.14%(4/7),2例为有胆囊切除史者,占该组11.11%(2/18);其余8例中5例为单支架置入者。本组29例患者术后1例发生胆管炎、1例发生术后胰腺炎、2例出现高淀粉酶血症,均经内科治疗痊愈。

3 讨论

肝外胆管良性狭窄可由多种病因所致,如:手术后损伤、吻合口狭窄及慢性胰腺炎等,少见病因则有Mirizzi综合征、寄生虫感染、血管畸形等^[2]。一项回顾性研究在分析了1992-1999年间160万行胆囊切除术的患者后,发现其胆管狭窄的发生率在0.5%左右^[3]。Kassab等^[4]报道开腹胆

■ 研究前沿

肝外胆管良性狭窄在胆道疾病中比较常见,其病因相对广泛。该病的治疗,对外科医生和内镜医生都是一个挑战。

■应用要点

肝外胆管良性狭窄的内镜下治疗安全有效,且其侵袭性低、耐受性好、可重复性强,应成为治疗肝外胆管良性狭窄的重要手段。

囊切除术后胆管狭窄发生率为0.2%-0.5%,腹腔镜胆囊切除术后胆管狭窄的发生率为0%-2.7%。尽管腹腔镜切除率在增加,但胆管狭窄的发生率并未下降。本组患者有胆囊切除史18例,占62.10%,其次为慢性胰腺炎占21.14%,也是目前临床最常见的两大病因。

良性胆管狭窄的诊断对于胆囊切除术后患者,往往仅凭临床症状及实验室的证据,就可诊断。但对于病情复杂或没有相关手术史的患者,如慢性胰腺炎,诊断良性狭窄则较为复杂,临床多采用CT、核磁共振(MRI)、ERCP结合临床症状及病程演变做出诊断。狭窄部位的胆道细胞刷刷检,对恶性胆道狭窄的诊断有良好效果,特异性达100%,敏感性达60%左右^[5,6]。近年来Siddiqui等^[7]采用液基细胞学方法诊断恶性胆管狭窄,其敏感性可达77%。但细胞学检查仅限于鉴别诊断恶性胆道狭窄,对于刷检阴性的病例仍不能做出良性胆道狭窄的诊断。本组7例慢性胰腺炎,仅2例行胆道刷检,结果为阴性,最终所有病例仍依靠临床及影像学做出诊断。

目前,对于良性胆管狭窄的治疗包括外科手术治疗和内镜下治疗。内镜下治疗主要包括EST、狭窄球囊扩张、内支架置入等方法。而最为常用的为内支架置入术,近年来多支架的置入术取得了可喜的效果^[8]。

从狭窄部位看,越接近乳头侧狭窄,治疗效果越好,尤其接近乳头侧、狭窄长度<1.0 cm者,EST治疗疗效良好。本组4例该类型狭窄,经EST治疗后,无1例复发;1例Bismuth III型狭窄支架治疗失败。而本组96.55%(28/29)为Bismuth I、II型患者,内镜治疗的有效率100%,复发率28.57%(8/28)。

从狭窄的病因看,有胆囊切除史者所致狭窄内镜治疗效果优于慢性胰腺炎者。慢性胰腺炎约占良性胆道狭窄的10%,内镜治疗结果令人失望,最近Sakai等^[9]报道慢性胰腺炎造成的胆管狭窄患者的内镜支架治疗成功率只有7.7%。本组患者置入ERBD管一年后拔除ERBD管,慢性胰腺炎再狭窄率达57.14%,而手术损伤组仅为11.11%。

对ERBD管治疗良性肝外狭窄者,究竟需要保留多久、多长时间换管至今无统一标准。多数研究认为,需保留12 mo,至少也需6 mo,通常3-6 mo应更换ERBD管。有学者研究发现,如果12 mo中未更换ERBD管,发生阻塞导致黄疸或胆管炎的比例可高达70%^[10],但是也有学者认为,只

要不出现梗阻症状,ERBD管可以不用更换^[11]。为了尽量减少ERBD术后再狭窄的发生率,本组病例ERBD管留置时间均为12 mo。从目前我国国情及减少患者经济负担角度考虑,只有在患者出现再梗阻征象时,我们才考虑更换ERBD管,此举并未引发病情加重,且更换ERBD管后,梗阻很快缓解。

对本组资料的回顾性分析发现,双支架置入和单支架置入在支架通畅期及内镜治疗后再狭窄方面有明显差异。双支架置入者留置12 mo内,无1例发生再梗阻,而单支架置入者无论7 Fr或8.5 Fr均出现再梗阻,需多次更换支架,平均更换2.3根。有研究证明,单根支架治疗良性胆管狭窄的术后再狭窄率和手术无明显差异。尤其是慢性胰腺炎所致胆管狭窄,支架取出后的再狭窄率高达72%-90%^[12],本组资料也表明,慢性胰腺炎内镜治疗后再狭窄率较高。而一些学者通过临床研究发现,在胆管狭窄处放置多个支架可以大大减少再狭窄率^[13,14]。近年来随着金属支架和可吸收生物支架的开发和应用,一些学者正在研究其用于治疗胆道良性狭窄患者的可能性,以降低再狭窄的发生率^[8,15]。

总之,我们认为,肝外胆管良性狭窄的内镜下治疗安全有效,且其侵袭性低、耐受性好、可重复性强,应成为治疗肝外胆管良性狭窄的重要手段;内镜的治疗效果与狭窄病因和部位有关;狭窄部位长时间、多支架的置入,可以减少术后再狭窄率。但对不同部位、病因的肝外胆管良性狭窄,究竟应放置几根支架、多长时间为宜,还应做细致分类、大样本临床观察研究。

4 参考文献

- 1 Bismuth H, Corlette MB. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 140: 170-178
- 2 Laasch HU, Martin DF. Management of benign biliary strictures. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2002; 25: 457-466
- 3 Kassab C, Prat F, Liguory C, Meduri B, Ducot B, Fritsch J, Choury AD, Pelletier G. Endoscopic management of post-laparoscopic cholecystectomy biliary strictures. Long-term outcome in a multicenter study. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 124-129
- 4 Vitale GC, Tran TC, Davis BR, Vitale M, Vitale D, Larson G. Endoscopic management of postcholecystectomy bile duct strictures. *J Am Coll Surg* 2008; 206: 918-923; discussion 924-925
- 5 Trent V, Khurana KK, Pisharodi LR. Diagnostic accuracy and clinical utility of endoscopic bile duct brushing in the evaluation of biliary strictures. *Arch Pathol Lab Med* 1999; 123: 712-715
- 6 Ponchon T, Gagnon P, Berger F, Labadie M, Liaras A, Chavaillon A, Bory R. Value of endobiliary

- brush cytology and biopsies for the diagnosis of malignant bile duct stenosis: results of a prospective study. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 565-572
- 7 Siddiqui MT, Gokaslan ST, Saboorian MH, Carrick K, Ashfaq R. Comparison of ThinPrep and conventional smears in detecting carcinoma in bile duct brushings. *Cancer* 2003; 99: 205-210
- 8 Judah JR, Draganov PV. Endoscopic therapy of benign biliary strictures. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 3531-3539
- 9 Sakai Y, Tsuyuguchi T, Ishihara T, Yukisawa S, Sugiyama H, Miyakawa K, Kuroda Y, Yamaguchi T, Ozawa S, Yokosuka O. Long-term prognosis of patients with endoscopically treated postoperative bile duct stricture and bile duct stricture due to chronic pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 1191-1197
- 10 Bergman JJ, Burgemeister L, Bruno MJ, Rauws EA, Gouma DJ, Tytgat GN, Huibregtse K. Long-term follow-up after biliary stent placement for postoperative bile duct stenosis. *Gastrointest Endosc* 2001; 54: 154-161
- 11 De Masi E, Fiori E, Lamazza A, Ansali A, Monardo F, Lutz SE, Recchioni G. Endoscopy in the treatment of benign biliary strictures. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1998; 30: 91-95
- 12 Matlock J, Freeman ML. Endoscopic therapy of benign biliary strictures. *Rev Gastroenterol Disord* 2005; 5: 206-214
- 13 Costamagna G, Pandolfi M, Mutignani M, Spada C, Perri V. Long-term results of endoscopic management of postoperative bile duct strictures with increasing numbers of stents. *Gastrointest Endosc* 2001; 54: 162-168
- 14 Catalano MF, Linder JD, George S, Alcocer E, Geenen JE. Treatment of symptomatic distal common bile duct stenosis secondary to chronic pancreatitis: comparison of single vs. multiple simultaneous stents. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 945-952
- 15 Ginsberg G, Cope C, Shah J, Martin T, Carty A, Habecker P, Kaufmann C, Clerc C, Nuutinen JP, Törmälä P. In vivo evaluation of a new bioabsorbable self-expanding biliary stent. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 777-784

■同行评价

本研究选题良好,方法先进,有较好的临床参考价值。

编辑 李瑞敏 电编 吴鹏朕

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2010年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

《世界华人消化杂志》名词术语标准

本刊讯 本刊名词术语一律标准化,前后统一,如原词过长且多次出现者,可于首次出现时写出全称加括号内注简称,以后直接用简称。医学名词以全国自然科学名词审定委员会公布的《生理学名词》、《生物化学名词与生物物理学名词》、《化学名词》、《植物学名词》、《人体解剖学名词》、《细胞生物学名词》及《医学名词》系列为准,药名以《中华人民共和国药典》和卫生部药典委员会编的《药名词汇》为准,国家食品药品监督管理局批准的新药,采用批准的药名;创新性新药,请参照我国药典委员会的“命名原则”,新译名词应附外文。公认习用缩略语可直接应用(建议第一次也写出全称),如ALT, AST, mAb, WBC, RBC, Hb, T, P, R, BP, PU, GU, DU, ACTH, DNA, LD₅₀, HBsAg, HCV RNA, AFP, CEA, ECG, IgG, IgA, IgM, TCM, RIA, ELISA, PCR, CT, MRI等。为减少排印错误,外文、阿拉伯数字、标点符号必须正确打印在A4纸上。中医药名词英译要遵循以下原则: (1)有对等词者,直接采用原有英语词,如中风stroke, 发热fever; (2)有对应词者应根据上下文合理选用原英语词,如八法eight principal methods; (3)英语中没有对等词或相应词者,宜用汉语拼音,如阴yin, 阳yang, 阴阳学说yinyangology, 人中renzhong, 气功qigong; 汉语拼音要以词为单位分写,如weixibao nizhuanwan(胃细胞逆转丸), guizhitang(桂枝汤)。通常应小写。