

· 短篇论著 ·

80岁以上老年人恶性肝外梗阻性黄疸内镜疗效分析

沈洪章 朱家沂 杨传春 杨斌 周鹏 伏亦伟

【摘要】 目的 探讨经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)并胆道金属支架(EMBE)或塑料支架(ERBD)置入治疗80岁以上老年人恶性肝外梗阻性黄疸疗效及安全性。**方法** 对我院消化科2000年1月至2009年12月收治的住院患者152例行ERCP及EMBE或ERBD治疗的80岁以上老年人的临床资料进行回顾性分析。**结果** 152例患者ERCP成功并置入胆道支架146例(成功率96.1%),其中金属支架69例,塑料支架77例,胆管癌95例,胰腺癌38例,十二指肠乳头癌8例,胆囊癌5例,胃癌6例。术后1周及4周血清总胆红素(TBIL)、谷草转氨酶(AST)及碱性磷酸酶(ALP)均较术前明显下降($P < 0.05$)。术后有并发症12例,其中出血1例,轻型胰腺炎8例,胆管炎3例。**结论** 内镜下EMBE及ERBD治疗80岁以上老年人恶性肝外梗阻性黄疸安全、有效,具有创伤小、并发症少、操作灵活简便等优点。

【关键词】 胰胆管造影术,内窥镜逆行; 黄疸,阻塞性

恶性肝外梗阻性黄疸往往需要外科手术治疗,但手术根治性切除率低,特别是肝门部胆管癌手术切除率低于20%^[1],而80岁以上老年人就诊时大多已不能或不愿做根治性切除术,或因伴有其他严重疾病不能耐受手术,经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)并胆道支架置入治疗,亦可获得引流,从而达到姑息治疗恶性肝外梗阻性黄疸,改善肝功能的较好疗效。现将我院消化科2000年1月至2009年12月152例80岁以上老年人恶性肝外梗阻性黄疸患者治疗情况报道如下。

一、对象和方法

1. 对象:老年患者152例,所有病例均为我院消化科2000年1月至2009年12月收治的住院患者,其中男68例,女84例;年龄80~94岁,平均85.3岁。表现无痛性黄疸134例,有痛性黄疸18例,伴有发热46例。曾行单纯胆囊切除术7例,胆囊切除及胆总管切开取石术8例。152例患者并存多种基础疾病,其中并有高血压96例,冠心病109例,有慢性支气管炎、肺气肿65例,糖尿病22例。3例因冠状动脉支架置入术后长期服用阿司匹林。本组患者术前均行超声、磁共振胰胆管成像(MRCP)或电子计算机断层扫描(CT)等影像学及肝功能检查确诊。

2. 仪器与方法:采用Olympus JF-160/JF-240/JF260V型电子十二指肠镜,AXGPM80型数字X光机,标准ERCP导管,斑马导丝,乳头切开刀,不同规格的胆道金属或塑料支架,支架推送器、吸引器,心电多功能监护仪。

术前常规检查肝肾功能、凝血功能、血淀粉酶、肺功能、心功能、心电图、X线胸片、腹部超声、MRCP或CT、空腹血糖、血压、俯卧位测血氧饱和度。3例长期口服阿司匹林患者,停药1周并肌肉注射维生素K1,将凝血酶原时间纠正至正常后再行手术,高血压及糖尿病患者将血压及血糖控制至正常。术前与患者及家属沟通,告知可能有操作失败、出血、穿孔、胰腺炎、胆管炎及心搏骤停等,并签订知情同意书。

术前8h禁食,术前30min口服利多卡因胶浆10ml,肌肉注射安定5mg、盐酸哌替啶50mg、盐酸山莨菪碱10~20mg;术

中多功能监护严密监测血压、心率、呼吸及血氧饱和度,常规先行ERCP证实为肝外胆道梗阻,且确定其梗阻部位及长度,选择不同型号的金属或塑料支架置入,术后常规禁食、抗感染、抑制胰酶活性等治疗,严密观察腹部症状、体征、血压、体温及有无便血,监测血淀粉酶等。

3. 统计学分析:计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,术后1周与术前和术后4周与术后1周血清肝功能指标的变化均使用 t 检验,用SPSS 10.0统计软件进行处理。

二、结果

本组152例患者,ERCP成功并置入胆道支架146例(96.1%),其中金属支架69例,塑料支架77例,胆管癌95例,胰腺癌38例,十二指肠乳头癌8例,胆囊癌5例,胃癌6例,ERCP不成功6例,其中术中因出现严重心律失常2例及拒不合作1例而中止,插管失败3例,失败原因1例因肿瘤侵犯致十二指肠降部狭窄,镜身不能通过,2例分别因乳头癌或十二指肠憩室找不到乳头开口。术后有并发症12例,发生率为7.9%(12/152),其中出血1例,轻型胰腺炎8例,胆管炎3例,均经对症处理治愈,未出现十二指肠穿孔、胆漏及支架移位等。术前、术后1周及4周血清总胆红素(TBIL)、谷草转氨酶(AST)及碱性磷酸酶(ALP)变化情况详见表1。

三、讨论

恶性肝外胆道梗阻是指肝门部胆管癌、肝外胆管癌、壶腹癌、胰腺癌及其他周围部位肿瘤转移淋巴结压迫胆道或肝癌及胆管癌栓引起的梗阻性黄疸。ERCP及内镜支架置入其价值在于能够明确胆道梗阻的性质、部位及范围,进行有效的内引流^[2],从而达到姑息治疗恶性肝外梗阻性黄疸,改善肝功能。术前全面探寻患者的基础性疾病对于老年人来说显得尤为重要,对所有合并老年疾病的患者均经相关科室会诊,并得以控制后,方能进行ERCP的相关治疗^[3]。ERCP虽属微创性,但仍然存在发生急性胰腺炎、胆管炎、十二指肠乳头出血、肠穿孔等常见并发症的风险^[4],亦鲜见报道发生肝内胆管癌等^[5]。老年患者病理生理特点决定其对有创性检查的耐受性均会降低,有创操作或手术对其机体的损伤程度明显加大^[6]。国内贾林等^[7]报道总发生率为2%~7%,本组并发症发生率为7.9%(12/152),本组1例出血是由于常规插管困难,后改用针刀预切开后切口发生迟发出血,应用内镜下金属钛夹止血成功,8例轻型胰腺炎均经禁

表1 152例患者胆道金属支架或塑料支架置入前后血清肝功能指标的变化($\bar{x} \pm s$)

观察时间	TBIL($\mu\text{mol/L}$)	DBIL($\mu\text{mol/L}$)	AST(U/L)	ALP(U/L)
术前	312.5 ± 148.3	221.6 ± 60.8	169.8 ± 27.4	887.1 ± 320.3
术后1周	128.2 ± 56.5	93.2 ± 33.4	110.1 ± 23.5	474.5 ± 131.4
术后4周	46.3 ± 16.1	25.7 ± 9.5	51.2 ± 19.8	157.6 ± 51.7
t_1 值	3.43	7.82	6.95	4.50
t_2 值	8.97	15.24	12.71	8.28

注: t_1 :术后1周与术前比较; t_2 :术后4周与术后1周比较; t_1 和 t_2 均为 $P < 0.05$

食、抗感染、抑制胰酶活性等治疗3~14 d治愈,3例胆管炎,考虑因胆汁稠厚、胆泥沉积及癌性坏死等致胆汁引流不畅,甚至支架阻塞所致,2例给予抗感染5~7 d治愈,1例抗感染及更换支架治愈。

治疗性 ERCP 其临床应用越来越广泛,在很大程度上已取代传统外科手术治疗,成为梗阻性黄疸的首选疗法^[8]。本组均为高龄老年人,行 ERCP 及胆道支架置入成功率 96.1% (146/152),与文献报道^[9]的成年人 ERCP 及胆道支架置入成功率为 96.7% 相似。对于并存高血压、冠心病、慢性支气管炎、肺气肿及凝血酶原时间延长者,积极治疗并存症,术前减半使用止痛镇静药物,术后均未出现心肺脑等异常症状。对本组患者,我们均采用俯卧位 1 h 测血氧饱和度及心率,所有病例血氧饱和度 > 90%、心率 < 100 次/min,均能耐受手术^[10],我们认为这是能否耐受 ERCP 行支架置入的较好方法。

Santagati 等^[11]比较外科手术与内支架对恶性黄疸的治疗效果,发现程序相关性致病率及致死率外科组明显要高,住院日更长。因此,不适合行根治性切除术的患者更适合放置支架。本研究塑料支架通畅期平均为 126 d,金属支架为 284 d,故从费用-效益的关系看估计生存期 3~6 个月内者适宜放置胆道塑料支架,生存期超过 6 个月者更适合放置 EMBE^[12],因为塑料支架直径较小,且支架内壁容易附着细菌、坏死组织及胆泥,故短时间易发生阻塞,金属支架直径较塑料支架大,而且为网状结构,可嵌入黏膜组织中,与胆汁及细菌接触面小,不易形成胆泥,较塑料支架有更长的通畅时间。如金属支架阻塞,还可在原有支架内再次反复置入塑料支架而延长通畅时间。

综上所述,80 岁以上老年人恶性肝外梗阻性黄疸行内镜下置入 EMBE 或 ERBD 治疗成功率高、创伤小、安全性好,疗效可靠。可作为高龄恶性肝外梗阻性黄疸患者值得重视应用的治疗方法。

参 考 文 献

[1] Chan SY, Poon RT, Ng KK, et al. Long-term survival after intraluminal

brachytherapy for inoperable hilar cholangiocarcinoma: a case report. *World J Gastroenterol*, 2005, 11: 3161-3164.

[2] Ross AS. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in surgically modified gastrointestinal tract. *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 2009, 19: 497-507.

[3] 徐由锁,孟庆顺,栾兴龙,等.老年患者十二指肠乳头旁憩室并胆总管结石的内镜治疗[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2011,5:2471-2472.

[4] Dumonceau JM, Andriull A, Deviere J, et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. *J Endoscopy*, 2010, 42: 503-515.

[5] 谢峰,戴炳华,申荣喜,等.经内镜逆行胰胆管造影术后肝内胆管肿瘤二例并文献复习[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2011,5: 6481-6483.

[6] Lundstrom P, Sandblom G, Osterberg J, et al. Effectiveness of prophylactic antibiotics in a population based cohort of patients undergoing planned cholecystectomy. *J Gastrointest Surg*, 2010, 14: 329-334.

[7] 贾林,黄开红.老年人十二指肠乳头旁憩室 212 例回顾性分析.中华老年医学杂志,2001,20:390-391.

[8] Sakai Y, Ishihara T, Tsuyguchi T, et al. Clinical evaluation of endosonography-guided biliary drainage for patients with difficulty with placing of internal drainage. *J Hepatogastroenterology*, 2009, 56: 1596-1599.

[9] 胡元国,黄强,王成,等.经内镜胆管内支架置入术对恶性胆管梗阻的临床应用.肝胆外科杂志,2009,17:425-427.

[10] 沈洪章,朱家沂,杨传春,等.90 岁以上高龄胆总管结石内镜疗效分析.中华老年医学杂志,2010,29:821-822.

[11] Santagati A, Ceci V, Donatelli G, et al. Palliative treatment for malignant jaundice: endoscopic vs surgical approach. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2003, 7: 175-180.

[12] Stern N, Sturgess R. Endoscopic therapy in the management of malignant biliary obstruction. *Eur J Surg Oncol*, 2008, 34: 313-317.

(收稿日期:2012-02-13)

(本文编辑:马超)

沈洪章,朱家沂,杨传春,等.80 岁以上老年人恶性肝外梗阻性黄疸内镜疗效分析[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2012,6(14):4054-4055.