

3. 腹腔－颈静脉引流：腹腔－颈静脉引流可降低利尿剂用量、减少住院次数、缩短住院时间。但易出现引流管阻塞、静脉血栓、感染，诱发出血、DIC、肺水肿等并发症。故目前仅适用于无法行反复治疗性穿刺放腹水、TIPS及肝移植的患者。

4. 肝移植：所有肝硬化腹水患者均可考虑肝移植治疗，尤其出现难治性腹水、伴有低钠血症、肝脏明显缩小、SBP的患者应优先考虑肝移植。

（四）难治性腹水及 SBP 的治疗

根据 2004 年美国肝病学会关于肝硬化腹水治疗的推荐意见，对顽固性腹水患者首先选择治疗性腹腔穿刺放腹水方案；当病人无法耐受腹腔穿刺时，则可选择 TIPS 和其它三线治疗方案。对于 SBP 的治疗，由于腹水 PMN 计数是诊断 SBP 的重要指标，因此当肝硬化患者腹水 PMN 计数≥250 个/mm³ 时，无论细菌培养是否阳性，都应接受经验性抗感染治疗，首选静脉滴注头孢噻肟或其类似物（头孢噻肟，2 g/8 h），其抗菌谱覆盖 95% 的细菌。如腹水 PMN 计数<250 个/mm³，但有感染症状或体征，也需接受抗感染治疗，并行细菌培养。有研究认为，SBP 患者如没有呕吐、休克、2 级或 2 级以上肝性脑病或血清肌酐>265.2 μmol/L，口服氧氟沙星（400 mg，2 次/d）与静脉滴注头孢噻肟同样有效。对发生 SBP 的高危人群，如肝硬化患者腹水总蛋白≤10 g/L 或血清胆红素>42.8 μmol/L（无消化道出血），给予诺氟沙星（400 mg/d，静脉滴注或口服）有助于预防 SBP 的发生。

五、预后

肝硬化腹水往往提示预后不良。肝硬化患者一旦出现腹水，其 3 年生存率不足 50%，难治性腹水 1 年病死率超过 50%。

总之，肝硬化腹水形成机制尚不完全明确，处理较为复杂，大部分患者预后不佳，需要对患者进行细致的诊断和鉴别诊断，同时对腹水的性状、生化指标、细胞学以及细菌培养等及时进行检测后才能制定出完善的治疗方案。此外，肝硬化腹水治疗为一动态的过程，治疗方案和药物使用将随着患者不同指标的变化而改变。加快新药研制，进一步开展新技术和新疗法的研究，细化不同治疗方案的人选标准和治疗原则将有利于肝硬化腹水的治疗，提高患者的生存率和生活质量，减少并发症的发生。

9. 肝移植术后胆道并发症的内镜诊断和治疗

天津市第一中心医院消化内科（300192） 张国梁 姚宏昌

我院移植中心 2006 年共完成肝移植 676 例，其中 67 例发生胆道并发症，发生率 9.9%，本文对的 67 例原位肝移植病例胆道并发症资料进行回顾性分析，总结内镜诊断和治疗在肝移植术后胆道并发症的经验，评价内镜治疗在肝移植术后胆道并发症中的地位和作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自 2006 年 1 月至 2006 年 12 月，我科对 67 例原位肝移植术后胆道并发症病人进行了 126 例次 ERC，其中男 55 例，女 12 例，年龄 25～67 岁，平均 47.6 岁。原发病为原发性肝癌伴肝炎肝硬化 43 例，肝炎后肝硬化失代偿期病人 12 例，重症肝病 6 例，先天性肝病病人 6 例。术后 1 个月之内发生的早期并发症有 15 例（22.4%），1 个月以后出现的迟发性并发症有 52 例（77.6%）。临床表现多种多样，可以出现不同程度的腹痛、发热、黄疸，肝功能检验胆红素、谷丙转氨酶（ALT）、γ 谷氨酰转肽酶（γ-GT）、碱性磷酸酶（ALP）有不同程度的升高，超声均提示有不同程度的肝内外胆管扩张或右上腹积液。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 各患者均于术前常规用安定 10 mg、654～220 mg 静脉注射，度冷丁 50 mg 肌肉注射，造影剂为泛影葡胺加丁胺卡那或庆大霉素。

— 764 —

1.2.2 常规 ERC 检查 常规经造影导管及导丝选择性胆管插管成功后进行胆管造影检查，明确胆管病变的性质、部位、形态和范围。ERC 胆道并发症的相关处理内镜采用 Olympus TJF-240 或 JF-240，术中根据造影结果行胆管扩张术和/或内镜胆管引流术，对于胆管内有继发性胆泥淤积或结石形成者，可以对十二指肠乳头进行扩张或切开，再以取石网篮和球囊取出胆泥及结石，并放置鼻胆管引流。

1.2.3 术后处理 ERCP 术后视病情确定禁食时间，术后 3h 及次日常规行血淀粉酶检查，观察腹痛情况。常规给予抗感染治疗，如行 EST 则常规应用止血药物 3 天。定期复查血胆红素浓度，以评估治疗效果。

2 结果

2.1 对 67 例原位肝移植术后胆道并发症病人进行了 126 例次 ERC 诊断和治疗，67 例病人通过 ERCP 检查发现 8 种胆道并发症。67 例病人 ERC 插管成功 64 例，插管成功率达到 95.5%，3 例十二指肠乳头括约肌预切开后 ERC 插管成功。单纯内镜治疗成功 60 例，成功率 89.6%，PTCD 联合 ERC 治疗成功 4 例。3 例因胆道狭窄较重，导丝未能通过狭窄，其中 2 例后经 PTCD+ERC，ERBD 成功，1 例因肝内胆管较细且管壁僵硬，PTCD 未成功。4 例因胆道成角畸形伴胆道狭窄较重，导丝未能通过狭窄，其中 2 例后经 PTCD+ERC，ERBD 成功，另外 2 例因肝内胆管无扩张无法行 PTCD 而放弃内镜治疗。内镜治疗后患者临床症状均减轻或好转，肝功能改善或恢复正常。

2.2 单纯胆漏 9 例，单纯胆漏 7 例均为术后 T 管拔出后出现胆漏，3 例为 T 管早期脱落。均放置鼻胆管引流管（ENBD），2 周后经 ENBD 管造影，证实胆漏愈合，顺利拔出 ENBD 管，随访 3～6 个月未出现胆道梗阻症状。

2.3 胆漏合并胆管吻合口狭窄 7 例，3 例发生于术后，4 例发生于 T 管早期脱落。均行 ENBD 术，2 周后经 ENBD 管造影，证实胆漏愈合，拔出 ENBD 管，再行 ERBD，其中 3 例因狭窄较重，ERBD 术前先行内镜下球囊扩张，定期（2～3 月）复查，更换 ERBD 管。

2.4 单纯吻合口狭窄 13 例，接受内镜下探条和或球囊扩张术，再行 ERBD，3 例因胆道狭窄较重，导丝未能通过狭窄，其中 2 例后经 PTCD+ERC，ERBD 成功，1 例因肝内胆管较细且管壁僵硬，PTCD 未成功。4 例患者 EST 后更换为胆道双支架。内支架置入 9 例 22 例次。9 例中的 7 例患者每次经介入治疗后发热黄疸基本消退出院，其中典型 1 例患者系术后 4 月出现吻合口狭窄，在 1 年内接受 2 次球囊扩张及 4 次内支架置入术，至今存活近 20 个月；另 1 例系术后 76d 发生吻合口狭窄，经内镜行球囊扩张术 2 次，血清转氨酶降至正常，但胆红素降低不明显，后因严重肺部感染合并肿瘤复发而自动出院。

2.5 胆道成角畸形伴胆道狭窄 7 例，ERBD 治疗成功 3 例。4 例因胆道成角畸形伴胆道狭窄较重，导丝未能通过狭窄，其中 2 例后经 PTCD+ERC，ERBD 成功，另外 2 例因肝内胆管无扩张无法行 PTCD 而放弃内镜治疗。

2.6 胆管吻合口狭窄合并胆管结石或胆泥形成 9 例，先行 EST（3 例行十二指肠乳头气囊扩张）后用柱状气囊扩张，网篮和球囊取出结石和胆泥，冲洗胆道，再行 ENBD 或置入支架支撑，定期复查 ERCP 显示胆管狭窄明显改善无胆泥形成，随访 24 个月，胆管炎症症状缓解。

2.7 胆管内胆泥淤积或结石共有 8 例，在 ERCP 明确诊断后，行乳头扩张或切开术，再以取石网篮和球囊取出胆泥及结石。6 例术后留置 ENBD3～7 天。

2.8 12 例肝门部/肝内胆管狭窄患者，共接受介入治疗 27 例次，包括经包括内镜下球囊扩张和内支架置入术。8 例患者疗效满意。余 2 例中，1 例术后 7 月出现弥漫性肝内胆管狭窄合并吻合口狭窄，经 2 次内镜下球囊扩张及 ERBD 治疗，疗效不明显，1 例术后 12 月出现弥漫性肝内胆管狭窄，接受 3 次内镜介入治疗效果不佳，再次肝移植。

2.9 十二指肠乳头肌功能障碍 2 例行 EST，治疗成功。

2.10 并发症：67 例 ERC 包括 26 例 EST，出血 2 例，经内镜下止血，出血停止；高淀粉酶血症 8 例；轻型胰腺炎 2 例；全部病例无严重并发症发生。

3 讨论

— 765 —

近年来，临床肝移植发展较快，由于其疗效显著，已成为挽救生命、改善终末期肝病病人预后的重要治疗手段。但是术后胆道并发症仍是肝移植面临的主要问题之一，是影响病人长期生存及生活质量的重要因素。随着肝脏移植外科技巧的提高、器官保存技术的改进、新型免疫抑制剂的应用，肝移植术后胆道并发症的发生率已大大降低，由 20 世纪 90 年代以前的 35%～50%降至目前的 9%～30%，但其仍然是肝移植面临的重要问题，是导致肝移植失败的主要原因之一。因此，肝移植术后胆道并发症的早期诊断和处理对改善移植肝功能、提高移植肝成活率及病人术后生存质量具有重要意义。内镜技术的发展为肝移植术后胆道并发症的处理提供了一个有效的手段。

近年来，ERC 技术的发展和提高，为肝移植术后胆道并发症的处理提供了一个创伤小、安全、有效的途径。Kuo 等曾对肝移植术后胆道并发症的 3 种处理方法进行对比研究，结果认为 ERCP 比手术、PTCD 更安全、有效。本组 67 例原位肝移植术后胆道并发症病人共行了 126 例次 ERC 诊断和治疗，67 例病人 ERC 插管成功 64 例，插管成功率达到 95.5%，3 例十二指肠乳头括约肌预切开后 ERC 插管成功。单纯内镜治疗成功 60 例，成功率 89.6%，PTCD 联合 ERC 治疗成功 4 例。治疗后临床症状均得到明显改善，也进一步验证了 ERC 的诊断和治疗价值。

我们体会应根据不同的并发症，采取下述不同的内镜处理方法：（1）ERC 造影剂要加入抗生素（丁胺卡那或庆大霉素），能够很好地预防 ERC 后胆管炎；患者胆管狭窄合并有黄疸时，导管导丝通过胆管狭窄段后在注入造影剂，显影胆管内放置引流，也可预防 ERC 后胆管炎。（2）胆漏：早期胆漏常见于吻合口或 T 管引出处，晚期胆漏多发生于 T 管拔除时。对于胆漏，最好先行内镜放置鼻胆管（ENBD），待 2 周后胆漏愈合或基本愈合后再行塑料内支架引流（ERBD），以避免返流性胆管炎和胆漏的炎症，胆漏时造影导管插至肝总管，注入少量造影剂，观察漏口位置，行 ENBD 并保持引流通畅。本组胆漏治疗后均愈合。（3）胆管狭窄：只要导丝可以通过狭窄处，就可以对狭窄进行扩张，狭窄较重的病例，可每隔 1～2 周重复多次扩张，扩张后根据狭窄的不同情况，选择尽可能粗的塑料支架，甚至是双支架，这样不仅可以引流胆汁，减轻黄疸，缓解胆管炎，还可以持续支撑、扩张胆管狭窄。本组有 27 例扩张后成功放置了塑料支架，其中 4 例放置双支架，9 例因狭窄较重，反复进行了 2～4 次扩张，并更换大口径的塑料内支架，临床症状逐渐得到缓解。对于反复尝试，导丝均无法通过狭窄的病例，应建议马上改行 PTCD。本组 PTCD 联合 ERC 治疗成功 4 例。（4）对于继发于胆管狭窄的胆管内胆泥淤积或结石的病例，常引起急性梗阻性化脓性胆管炎，病情危重时，应急诊先行 ENBD，1～2 周后再行进一步治疗。（5）Oddi 括约肌功能失调：可能是由于切取肝时损伤了支配 Oddi 括约肌的血管和神经，导致病人术后括约肌功能失调，可以出现 T 不能关闭，胆管轻度扩张、胆道梗阻和反复返流性胆管炎发作的症状，采取乳头气囊扩张或切开，可缓解症状。

总之，经内镜诊治肝移植术后胆道并发症是一种非常安全、有效的方法，能对胆道并发症的类型、部位和病变严重性作出准确的评估。可以在肝移植术后胆道并发症的诊断治疗中发挥积极作用。可以使部分病人避免开腹手术重建胆管或再移植，应该作为肝移植术后胆道并发症首选的诊断和治疗方法。

— 766 —

📖 该用户还上传了这些文档



发表评论

验证码：

1

2

3

换一张

☐ 匿名评论

提交