

内镜下胆道支架引流技术的热点与难点问题

——访著名消化内镜专家胡冰教授

[关键词] 内镜逆行胆胰管造影术;支架;胆道疾病;引流术

[中图分类号] R 675.4

[文献标志码] A

[文章编号] 0258-879X(2013)03-0233-02

内镜下胆道支架引流术是在内镜逆行胆胰管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)的基础上发展起来的一项技术,由 N. Soehendra 于 1979 年率先应用于临床,并很快为世界各地的医生所采纳;由于具有微创、可靠、舒适等优点而广受临床患者的欢迎。近年来,经内镜胆道支架技术的应用范围不断拓展,从胆道恶性梗阻的姑息性引流,到良性胆管狭窄的“根治性”治疗,以及胆漏等临床棘手问题的处理,支架治疗均有涉猎,各种具有特殊功能的胆道支架也应运而生,新材料、新方法层出不穷。针对这一领域里的热点、难点问题,我们专门邀请国内著名消化内镜专家胡冰教授对其进行剖析。

问题一:内镜下胆道支架引流术是否已经取代了姑息性胆道短路手术或传统经皮经肝胆道引流术(PTCD)?

回答是肯定的。内镜下胆道支架引流术无需体外切口、创伤小,患者恢复快,此术式将胆汁引流到十二指肠,恢复肝胆系统的正常生理通路和功能,能有效缓解梗阻性黄疸,改善患者的肝肾功能,提高生活质量,广受临床医生和患者的欢迎。

已有许多前瞻性或回顾性研究表明,对于无法根治性切除的胆道恶性梗阻,相对于姑息性胆道短路手术而言,采用内镜支架引流具有相似的减黄效果,而且还具有并发症少、死亡率低、住院时间短、医疗费用低等优点;虽然长期随访发现黄疸复发率及再次干预率略高(这与支架发生阻塞有关),相信随着支架设计的不断提高,其通畅期限也将进一步提高。姑息性胆道短路手术已为多数学者所反对。

内镜治疗无需肝脏穿刺,对于凝血功能有轻度下降或伴有腹水的患者仍可谨慎实施,且无胆汁丢失之虞,无体外引流管需要护理,患者的接受度及生活质量更高,因而目前国际上内镜治疗已普遍取代了 PTCD,成为首选的胆道恶性梗阻的姑息性治疗手段,PTCD 仅在内镜治疗失败或疗效不满意的情况下采用。当然,我国幅员辽阔,各地医疗发展水平不均衡,对于不具备内镜治疗条件的单位,PTCD 仍然是不可缺少的治疗手段。

问题二:胆胰肿瘤患者手术切除前究竟是否需要内镜支架减黄治疗?

关于术前胆道引流的问题以往存在着一些争议,近年来基本达成了共识。尽管部分研究显示在高胆红素血症的情况下进行根治性切除手术,患者的围手术期死亡率较高;但一些前瞻性的对照研究显示,术前实施胆道引流减黄的患者感染性并发症的风险增加,未显示出围手术期死亡率降低的优势,而且由于组织水肿及胆管口径缩小,增加了手术操作的难度。所以对肿瘤有望切除的患者,一般不建议术前常规支架减黄,除非患者出现胆管炎或发热、营养状态差需要延缓手术,计划实施新辅助治疗,可考虑先行内镜支架引流。对于肝门部胆管肿瘤,需要联合扩大肝叶切除者,如果未来残留肝脏(future liver remnant, FLR)小于 40%时,建议术前先行保留肝叶的胆管引流及切除侧肝脏的门静脉栓塞治疗,待保留肝叶体积增大后再行手术切除,这种情况下,胆道外引流如鼻胆管引流或 PTCD 常作为首选。

问题三:肝门部胆管恶性梗阻究竟应该单侧引流还是双侧引流?

肝门部胆管肿瘤是内镜支架治疗中的难点之一,引流效果常不甚满意,还容易引起严重的感染性并发症。肝门部肿瘤 Bismuth-Corlette 分型 II 型以上的患者,左、右肝内胆管均严重梗阻,且互不交通,理论上讲,如果实施双侧多位点胆管引流可起到更好的减黄、减压效果。但内镜下同期实施双侧支架引流,其技术难度极大、成功率低,一旦置管失败,术后发生胆管炎或脓毒血症的风险更高。目前仅有的少数随机对照(RCT)研究显示,双侧支架引流的成功率、减黄效果均不及单侧引流,但这些研究的病例数少且设计有诸多缺陷,循证医学的证据尚待补充。现在多数专家建议,对于肝门部梗阻患者不必过于强调双侧引流,如果引流侧肝叶已占全肝体积 40%以上,尤其是对侧肝叶已萎缩者,单侧引流已足够。但对于引流区域不足 30%、II 型胆管癌或双侧胆系造影剂均显影者,应争取双侧(多位点)引流。对于内镜下难以完成双侧引流的患者,可考虑联合 PTCD 弥补未引流一侧的胆系。我们在大量的临床观察中发现,通过抽吸梗阻胆系内的胆汁数量可以粗略预测胆管引流的效果。这是一种十分简便、实用的方法:如果抽出的淤滞胆汁量超过 40 mL,该区域置管引流的效果是有保障的;如果抽吸量在 20 mL 左右,减黄效果尚可;如果不足 10 mL,往往引流区域不够,黄疸很难消退,应该考虑扩大引流区域。

问题四:胆管良性狭窄是否适合内镜支架治疗?

回答是肯定的。以往认为良性胆管狭窄是以纤维瘢痕增生为基础,必须实施手术切除及胆道重建,内镜支架治疗的疗效较差。但此类胆道手术的难度及风险均较高,围手术期各类并发症发生率高达 25%左右,且术后胆道吻合口再狭窄的发生率也达 10%~45%,令人“望而却步”。近年来,随着内镜技术的发展,内镜下的扩张以及支架治疗的疗效不断提高,越来越为人们所接受,已经成为一些肝外胆管局限性狭窄的一线治疗方法。已有大量的国内外文献报道显示,内镜治疗医源性胆管损伤、肝移植吻合口狭窄、局限性炎性狭窄的狭窄消除率高达 85%以上;一组平均随访超过 10 年的研究发现,胆管狭窄复发率仅 11.4%,且再次内镜治疗仍有效。与恶性狭窄的内镜姑息性治疗不同,对于良性狭窄,我们更强调“根治性”治疗的原则,即在条件许可的情况下尽可能实施狭窄段的充分扩张,然后留置最大数量的支架进行有效支撑,也可逐步扩张并不断增加支架数,总的支架支撑期应在 1 年以上,这样才能达到消除胆管狭窄的目的。近年来我们还自主研发了一种可回收型自膨式金属支架(self-expanding metallic stent, SEMS),狭窄扩张效果更佳,治疗周期缩短,支架移位率低,狭窄缓解率提高,疗效优于多根塑料支架及国外现有的金属支架产品。最近,我们还在研讨采用胆管内射频消融技术破坏狭窄瘢痕,治疗一些难治性的胆管狭窄,有望进一步提高内镜治疗的疗效。总之,越来越多的良性胆管狭窄患者,可以通过内镜治疗得到有效的缓解或消除,减少了对外科手术的依赖。

问题五:在胆道支架方面有哪些最新的研究进展及其临床应用前景?

其实在这一领域的研究始终没有停止过脚步,最初采用的胆道支架是塑料材质的,随后 SEMS 亦广泛用于临床,不同设计、不同功用的支架不断推出,极大地丰富了内镜医生的选择余地,同时也拓展了应用领域,推动了内镜技术的进步。例如过去认为 SEMS 只能用于恶性胆管狭窄的治疗,随着全覆膜可回收型 SEMS 的诞生,一些低位良性胆管狭窄的患者也可采用,并且简化了操作流程,提高了治疗疗效。Y 型金属支架以及改良的超细的支架输送系统的推出,使得同期放置双侧 SEMS 成为可能。药物缓释支架可以携带抗肿瘤药物或抑制组织增生的药物,通过局部作用起到抑制肿瘤生长和延长支架通畅期限的作用。核素放射粒子支架已在临床小范围内试用,其安全性及可行性已得到验证,但抑制肿瘤生长的作用仍有待证实。近年来,我们也自行设计了一种远端带有抗反流瓣膜的胆道 SEMS,通过临床 104 例患者的 RCT 研究发现,这种新型支架可抑制肠道内容物的反流,减少胆道逆行性感染的机会,支架的通畅期限明显延长,我们这一原创性成果已在海外发表,引起国内外学者的高度重视。