

# ERCP 与 PTCD 姑息减黄 对于晚期Ⅲ型及Ⅳ型恶性梗阻性黄疸的疗效研究

王 峰

吉林省人民医院肝胆胰外科 / 无痛内镜诊疗中心, 吉林 长春 130021

**【摘要】** 目的 分析 ERCP 与 PTCD 姑息减黄对于晚期Ⅲ型及Ⅳ型恶性梗阻性黄疸的疗效。

**方法** 选择 2019 年 11 月—2020 年 11 月期间在本院介入血管外科及肝胆外科进行治疗的 40 例晚期Ⅲ型及Ⅳ型恶性梗阻性黄疸的患者, 其中, 20 例患者作为对照组进行内镜下胆道内支架置入术(ERCP 术), 另外 20 例患者作为研究组进行经皮肝穿刺胆道引流术(PTCD 术), 记录两组患者的肝功能指标及并发症发生情况。**结果** ①治疗后, 两组肝功能指标经数据分析, 差异无统计学意义,  $P>0.05$ ; ②对照组患者的并发症发生率显著低于研究组, 经数据分析, 差异有统计学意义,  $P<0.05$ 。**结论** ERCP 手术的治疗效果较好, 且并发症发生率较低, 而 PTCD 可作为 ERCP 的重要补充, 对于操作失败、存在 ERCP 手术禁忌的患者, 可考虑进行 PTCD 治疗。

**【关键词】** ERCP; PTCD; 姑息减黄; 晚期; 恶性梗阻性黄疸; 疗效

恶性梗阻性黄疸是常见黄疸的一种<sup>[1]</sup>, 经临床研究证实, 胆管癌、十二指肠等疾病引起的胆道梗阻均可诱发恶性梗阻性黄疸, 而此类患者绝大多数处于疾病晚期, 因此已经丧失了接受根治性手术治疗的时机。现阶段临床对恶性梗阻性黄疸实施治疗, 常见方案有外科手术、ERCP 和 PTCD。其中胆道引流是进行姑息性化疗的桥梁, 可提高患者的生存率<sup>[2]</sup>。但随着临床研究的深入, 发现部分患者在胆道引流后一个月内, 临床死亡率高达 23.1%, 因此, 采取何种引流方式患者会获得最大利益, 成为了现阶段临床研究的重难点<sup>[3]</sup>。本文主要分析 ERCP 与 PTCD 姑息减黄对于晚期Ⅲ型及Ⅳ型恶性梗阻性黄疸的疗效, 现进行如下报道。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2019 年 11 月—2020 年 11 月期间在本院介入血管外科及肝胆外科进行治疗的 40 例晚期Ⅲ型及Ⅳ型恶性梗阻性黄疸的患者, 其中, 20 例患者作为对照组进行内镜下胆道内支架置入术(ERCP 术); 另外 20 例患者作为研究组进行经皮肝穿刺胆道引流术(PTCD 术)。两组患者一般临床资料经数据分析, 差异无任何统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** ①临床资料完整; ②在我院介入血管外科及肝胆外科接受治疗者; ③实验室检查显示 DB 升高且  $TB>34.2\mu\text{mol/L}$ ; ④无法接受外科根治手术治疗者; ⑤认知、沟通正常者; ⑥患者和家属对此研究知情。

**排除标准:** ①由其他病变所致的恶性梗阻性黄疸; ②心肺功能不全伴有消化道梗阻; ③生命体征不稳定者; ④无临床配合能力; ⑤呼吸衰竭; ⑥碘过敏史; ⑦凝血功能障碍; ⑧肝功能衰竭; ⑨大量腹水。

**1.2 方法** 研究组患者给予 PTCD 术, 术前患者需要禁食, 随后检查肝胆超声、MRI 等, 观察患者胆道的扩张情况, 寻找穿刺点, 进行抗休克及抗感染治疗。给予 2% 利多卡因局麻, 拔出穿刺针芯, 若有胆汁流出, 说明穿刺成功, 然后置入导丝、扩张管, 扩张胆道后置入胆管内, 然后退出扩张管, 引入引流管, 待引流管进入胆管后, 撤出导丝, 在穿刺皮肤内固定引流管, PTCD 外引流管用 3M 胶布双重固定于腹部皮肤, 确保接头密闭, 引流出口应低于创面, 防止引流液返流<sup>[4]</sup>; 给予对照组 ERCP 术: 术前做好各项宣教工作, 叮嘱患者常规禁食 8h, 在外科内镜室接受 C 型臂 X 线机检查, 术前 0.5h 肌注 100mg 哌替啶注射液、10mg 地西洋以及 10mg 盐酸消旋山莨菪碱。帮助患者取俯卧位, 心电持续监护下寻找十二指

肠乳头,选择碘海醇注射液作为造影剂。造影明确诊断后,将导丝插入胆道并超过梗阻部位,扩张狭窄后,用推送导管将已经选择合适的胆道支架推送至胆道合适部位,其两端均超过梗阻段 1cm,胆道内放置自膨胀式金属支架引流<sup>[5]</sup>。

**1.3 观察指标** 记录两组患者的肝功能指标及并发症发生情况。

**1.4 数据分析** SPSS22.0 进行数据分析,其中卡方检验分析计数资料,t 检验分析计量资料,若组间  $P < 0.05$ ,说明差异存在统计学的意义。

## 2 结 果

**2.1 两组患者的肝功能指标比较** ①治疗前,两组患者肝功能指标经数据分析,差异无统计学意义, $P > 0.05$ ;②治疗后,两组患者肝功能指标均明显低于治疗前,差异存在统计学意义, $P < 0.05$ ;③治疗后,两组肝功能指标经数据分析,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。

**2.2 两组患者并发症发生率对比** 经研究发现,治疗后远期并发症主要有胆系统感染、出血、引流管/支架移位或堵塞、穿孔、急性胰腺炎、高淀粉酶血症等。其中研究组患者的并发症发生率为 40.00% (8/20),对照组患者的并发症发生率为 5.00% (1/20),经数据分析,卡方值为 7.0251, P 值为 0.0080,差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

表 1 两组患者的肝功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	TBIL (umol/L)	AST (U/L)	ALT (U/L)	GGT (U/L)
对照组	治疗前	396.56 ± 144.35	151.88 ± 127.45	137.70 ± 116.49	519.85 ± 370.69
	治疗后	160.04 ± 85.35	70.21 ± 41.57	70.91 ± 59.06	209.48 ± 212.56
	t	6.3076	2.4314	2.2870	3.2483
	P	0.0000	0.0199	0.0279	0.0024
研究组	治疗前	388.87 ± 139.55	149.91 ± 110.98	136.20 ± 119.04	515.97 ± 375.73
	治疗后	170.51 ± 85.63	63.20 ± 35.44	65.11 ± 60.97	212.06 ± 206.05
	t	5.9644	3.3285	2.3771	3.1717
	P	0.0000	0.0019	0.0226	0.0030
组间治疗前	t	0.1713	0.0521	0.0403	0.0329
	P	0.8649	0.9587	0.9681	0.9739
组间治疗后	t	0.3873	0.5739	0.3056	0.0390
	P	0.7007	0.5694	0.7616	0.9691

## 3 讨 论

恶性梗阻性黄疸属于恶性肿瘤患者疾病晚期阶段最常见的一种并发症,疾病的进一步加重,会增加胆管内压力和细胞通透性,促使胆红素进入血液并损伤神经以及心血管和泌尿系统,影响患者肝系统循环的同时减弱肠道吸收功能<sup>[6]</sup>。恶性梗阻性黄疸由恶性肿瘤的生长导致的胆道梗阻,进而引发黄疸,可导致患者发生腹胀、高胆红素血症等临床症状。恶性梗阻性黄疸的发生前提是恶性肿瘤的发生,比如胆管癌、胰腺癌、壶腹癌、胃癌、肝癌等,癌变组织对肝内或肝外胆管造成压迫,进而形成胆管狭窄,导致胆汁排泄受阻,引发胆道内压力增高,进而胆红素反流入血而引起

的一种黄疸。恶性梗阻性黄疸的发生,会诱导机体出现高胆红素血症、胆管炎、厌食、瘙痒、败血症、肝功能衰竭等,并且多发于老年患者。根据临床数据显示,目前,老年人患恶性梗阻性黄疸的概率逐年升高,严重影响患者的身体健康和生活质量。老年患者的自身条件较差,有的伴随多种慢性系统性疾病,组织质地及血管条件差,脏器储备能力低以及应激能力下降,因此,在治疗的过程当中,患者会出现不同类型的并发症反应,因此,临床在治疗恶性梗阻性黄疸的过程当中,也应当充分地考虑患者的自身情况及病情发展,选择更合理的减黄治疗方法,进而更好地为患者进行恢复和康复。恶性梗阻性黄疸目前治疗的主要方式即是手术治疗,但是如果患者无法进行手术的话,那

么可以采用姑息减黄的治疗方式,姑息性胆肠吻合术能够有效地减黄、解除梗阻。而如果患者的各方面条件都较为良好的话,可以采用微创治疗,技术成功率高、操作简单、效果好,并且并发症少。

目前,临床上主要是采取手术的方式治疗恶性梗阻性黄疸,然而该疾病的早期确诊率比较低,诊断难度非常大,而且随着肿瘤不断的扩散,很多患者已经不适合采取手术治疗,主要通过微创介入的方式解除黄疸,改善患者的相关症状,使得患者生命时限有效延长。诸多研究表明,有效的胆道引流措施可改善患者机体的免疫功能继而降低治疗期间的感染风险。但术前进行胆道引流,并不会降低死亡率,反而会大幅增加治疗期间的并发症发生风险;但作为一种暂时性的治疗措施,部分患者还是接受了胆道引流手术,最起码可以缓解患者黄疸症状并预防胆管炎。可见,对恶性梗阻性黄疸而言,是否进行胆道引流仍有不同意见<sup>[7]</sup>。

近年来,放射技术的发展和生物材料的完善,介入治疗成为了临床治疗该病的主要手段,该技术具备操作简单、安全可靠等优势,所以被患者所接受。对无法切除的胆道恶性梗阻患者,现阶段临床多采用 PTCD。与常规的外科手术相比,前者创伤小、感染概率低,所以临床适用人群广。但对 ERCP 来说,PTCD 会造成较大的伤害,加之该技术属于外引流方法,所以在各因素的影响下极易造成患者体内电解质紊乱<sup>[8-10]</sup>。研究发现,ERCP 在操作的过程中,肠镜的顺利插管是该术式成功的关键,但若病变为广泛浸润性生长,极易改变胆道结构甚至造成完全梗阻,加大导丝插入难度的同时增加手术失败率。因此,在实际操作过程中,为保证 ERCP 的成功,需临床经验丰富的医生进行操作。本研究发现,经 PTCD 或 ERCP 两种姑息减黄术治疗后,两组患者的肝功能指标均有了显著的变化,治疗后,两组肝功能指标经数据分析差异不大, $P>0.05$ ;对照组患者的并发症发生率为 5.00%,低于研究组的 40.00%, $P<0.05$ ;说明两种姑息减黄术对晚期 III 型及 IV 型恶性梗阻性黄疸患者均有显著的治疗效果,但经过术后观察发现,PTCD 术后的并发症发生率较高,说明 PTCD 术后患者发生并发症的概率较高<sup>[11]</sup>。

综上所述,ERCP 手术的治疗效果较好,且并发症发生率较低,而 PTCD 可作为 ERCP 的重要补充,对于操作失败、存在 ERCP 手术禁忌的患者,可考虑进行 PTCD 治疗。

## 参考文献

- [1] 李海文,杨河,李萌.经皮肝穿刺胆道引流术治疗高位恶性梗阻性黄疸对患者肝功能的影响分析[J].中国医学装备,2021,18(5):109-112.
- [2] 冉庆.ERCP 联合 PTCD 胆总管支架置入胆管引流治疗恶性梗阻性黄疸的临床价值[J].医学食疗与健康,2021,19(4):86-87.
- [3] 王峰.经皮经肝胆管引流途径胆道支架置入和姑息性胆肠 Roux-en-Y 内引流术治疗恶性梗阻性黄疸的效果比较[J].川北医学院学报,2019,34(6):741-744.
- [4] 王彩明.ERCP 术治疗恶性梗阻性黄疸的临床效果及对肝功能指标的影响[J].中外医学研究,2021,19(3):40-42.
- [5] 曾江潮,隆洪水,许仲平,等.两种姑息性引流方式治疗低位恶性梗阻性黄疸的疗效及免疫学变化分析[J].检验医学与临床,2018,15(12):168-170.
- [6] 刘丰豪,蒋晓忠,余钰,等.ERCP 与 PTCD 应用于恶性梗阻性黄疸疗效对比的 Meta 分析[J].中国内镜杂志,2020,26(3):49-57.
- [7] 张龙,刘吉奎,尹耀新,等.ERCP 与 PTCD 在恶性梗阻性黄疸姑息性治疗中疗效对比研究[J].岭南现代临床外科,2020,20(1):16-20.
- [8] 许保,陈正义,林松挺,等.ERCP 或 ERCP 联合 PTCD 胆总管支架置入胆管引流治疗恶性梗阻性黄疸的临床价值[J].中国老年学杂志,2020,40(15):3218-3221.
- [9] 薛鸿,岳鹏,刘晶晶,等.经 ERCP 途径与 PTCD 途径治疗恶性梗阻性黄疸疗效比较的系统评价[J].中国内镜杂志,2019,25(3):23-32.
- [10] SHARMA A, SHARMA R, GUPTA P, et al. Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage is Effective in Palliative Management of Malignant Obstructive Jaundice: Sharma A et al. PTBD in Malignant Obstructive Jaundice [J]. International Journal of Radiology, 2019,6(1):212-216.
- [11] 高福磊,黄祥忠,任冬青,等.胆道支架位置对低位恶性梗阻性黄疸患者手术后近期及远期疗效的影响[J].中国综合临床,2019,35(5):385-390.