

胰管结石 85 例的内镜诊治

秦运升, 李兆申, 孙振兴, 吴仁培, 王娜, 姚银珍

秦运升, 浙江大学附属第一医院肝胆胰外科 浙江省杭州市 310031
李兆申, 孙振兴, 吴仁培, 王娜, 姚银珍, 中国人民解放军第二军医大学
附属长海医院消化内科 上海市 200433
项目负责人: 李兆申, 200433, 上海市, 中国人民解放军第二军医大学附属
长海医院消化内科. zhaoshenli@chxh.com
电话: +86-21-25070552 传真: +86-21-55620081
收稿日期: 2004-03-11 接受日期: 2004-04-13

摘要

目的: 探讨内镜逆行胰管造影(ERCP)在胰管结石诊断与治疗中的价值。

方法: 回顾分析 1998-07/2003-12 经 ERCP 诊治的 85 例胰管结石患者的临床治疗方法和治疗结果。

结果: 85 例患者共行 137 次 ERCP 检查 诊断准确 100%。59 例胰管结石经乳头括约肌切开(EPST)或胰管括约肌切开(EPS)取石或置入胰管支架而得到成功治疗。18 例经 ERCP 结石取净腹痛近期缓解率为 88.9% 远期缓解率为 81.2%; 26 例置入支架患者的腹痛近期缓解率 80.7% 远期缓解率 66.7%; 10 例 EPST 后探条扩张部分取石 ENPD 引流患者的近期缓解率 70%。并发症发生率为 9.4%(8/85) 1 例发生术后胰腺炎。

结论: ERCP 是诊断胰管结石的主要手段经 ERCP 治疗胰管结石具有微创并发症少的特点可作为胰管结石的首选治疗手段。

秦运升, 李兆申, 孙振兴, 吴仁培, 王娜, 姚银珍. 胰管结石 85 例的内镜诊治.
世界华人消化杂志 2004;12(7):1754-1755

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1754.asp>

0 引言

胰管结石可导致胰管内压力增高引起胰腺组织血流灌注减少缺血乃至组织纤维化加剧胰腺炎病情进展。慢性胰腺炎中胰管结石的发生率高到 30%^[1]。随着治疗性 ERCP 的应用 内镜治疗已成为胰管结石的首选治疗手段并取得了良好的治疗效果有取代传统外科手术的趋势。长海医院 1998-07/2003-12 经内镜诊治胰管结石患者 84 例如下。

1 材料和方法

1.1 材料 胰管结石患者 84 例 男 51 例 女 34 例。平均年龄 38.3(8-74 岁) 20 岁以下占 16.5% 20-40 岁占 44.7% 40-60 岁占 28.2% 60 岁以上占 10.6%。91.8% 的患者首发症状为慢性持续性腹部胀痛可有

腰背部放射痛其中 47.4% 的患者伴有腹胀腹泻纳差消瘦恶心呕吐等其他消化道症状以腹泻为首发症状者 3 例; 以黄疸为首发症状者 2 例 2 例体检发现。病程 10 d-27 a 不等 61.2% 的患者病史在 1 a 以上。胰腺外分泌检查 BT-PABA<60% 者 36.5% <30% 者 27.1%。有长期饮酒史 23 例(27.1%) 酗酒者 7 例。全部病例均行腹部 B 超检查 阳性率 72.9% 未检出者多报告为胆道结石及胆管扩张慢性胰腺炎。CT 检查的阳性率为 83.8%(57/68) 未检出者中有 3 例报告为胰头或胰尾肿瘤。MRCP 检查 57 例 阳性率 96.5%(55/57) 未见出的 2 例均报告为胆总管下段结石。内镜超声(EUS)检查的阳性率 91.7%(22/24) 均能较好的显示出胰腺或胰管的形态改变但 2 例没能显示出结石。ERCP 的阳性率为 100% 并能清楚显示结石的大小位置及数目。

1.2 方法 常规 ERCP 了解胰胆管情况确认结石的大小数量位置以及有无胰管狭窄胆道结石胰腺囊肿等情况制定相应的治疗方案。如果结石位于主胰管且数量 3 枚大小 1.0 cm 行胰管括约肌切开(EPST)后用取石网篮或取石气囊一次取净结石若结石>1.0 cm 用机械碎石器碎石后取石。如果结石数量>3 枚一次难以取净可分次取石取石间隔置入鼻胰管或内支架引流。内镜下取石失败者行体外震波碎石(ESWL)碎石后再次取石若不成功外科手术。导丝难以越过结石或狭窄段者外科手术。若同时存在胰管狭窄可用胰管扩张气囊或探条行狭窄扩张如仍存在取石困难置入胰管支架后择期取石。若取石后仍存在胰管狭窄的留置胰管支架。一般选用 5-7F 的胰管支架重度扩张者可选用 8.5-10F 的支架支架的长度以超过狭窄处 1 cm 为宜。随访过程中发现支架阻塞者更换支架。术后禁食 2-3 d 常规应用抗生素预防感染必要时给予胰酶抑制剂。监测术后 3 12 24 及 72 h 血清淀粉酶观察生命体征和腹部体征的变化并对术后腹痛脂肪泻消化道症状及体重增加等情况进行随访。

2 结果

85 例患者共行 ERCP 诊疗 137 次 每例平均 1.6 次。操作成功率 100% 诊断正确性 100%。单纯行 ERCP 诊断检查 13 例 其中外院送检 5 例 2 例因伴发胰腺囊肿行囊肿切除胰管切开取石术另 1 例为胰管切开取石术后结石复发。ERCP 治疗 72 例 治疗成功率 81.9%。18

例经EPST后取净结石其中9例1次取石成功;8例2次完成取石取石间隔置入鼻胰管或内支架引流;1例3次完成取石.5例EPST+ESWL+支架置入应用其中1例患者经2次支架置入后复查结石消失但拔除支架后发生急性胰腺炎再次支架置入.26例EPST后置入胰管支架其中5例置入副胰管支架(3例5F/5 cm 1例10F/5 cm) 7例随访过程中发现支架阻塞予以更换支架1例在首次支架置入后4 a刷检出癌细胞行胰十二指肠切除术.10例EPST后行探条扩张部分取石或ENPD引流.

因导丝或扩张探条不能越过结石或狭窄段而放弃取石13例 其中6例手术治疗2例因胰头及勾突广泛结石纤维化行胰十二指肠切除术3例行胰管切开取石术 1例行胆总管囊肿切除及胰管切开取石. ERCP成功治疗胰管结石59例随访1-48(平均11.6) mo. 结石取净患者18例腹痛近期(<3 mo)缓解率88.9% 远期缓解率(>3 mo)81.2%;置入支架患者26例近期腹痛缓解率80.7% 远期缓解率(>3 mo)66.7%;EPST后探条扩张 部分取石后ENPD引流患者10例近期缓解率70%. 腹泻纳差恶心呕吐等消化道症状得到改善47例质量增加1-5 kg.

并发症发生率为9.4%.1例患者经2次支架置入后复查结石消失拔除支架后再发腹痛淀粉酶进行升高 急诊置入胰管支架后缓解.术后高淀粉酶血症(>8 335 nkat)7例 经积极治疗后多于72 h后恢复正常.无支架移位及穿孔等其他并发症发生.

3 讨论

ERCP仍是诊断胰管结石的金标准^[2] 本组诊断符合率100%.ERCP能清楚显示出结石的位置大小及数目由于其用于治疗具有微创并发症少的特点而宜于为患者接受.胰管结石的存可导致胰管胰实质的压力增高 引起胰腺组织血流灌注减少缺血乃至组织纤维化 加剧胰腺炎病情进展并诱发胰腺炎发作.去除结石后可改善胰腺炎的预后^[3].因此目前多数学者主张一旦确诊就要积极治疗.以往胰管结石的治疗主要依赖于外科手术.常用术式是胰管切开取石胰管空肠吻合由于结石常多发且不限于主胰管切开取石亦难于取净常需切除部分胰腺由此带来更大的创伤和更多的并发症.近年来随着内镜诊疗技术尤其是ERCP技术的不断发展ERCP介入取石取得了较好的效果并显示出了微创高效并发症少的特点^[4].本组25%的患者胰管结石可经ERCP取净.腹痛近期缓解率88.9% 远期缓解率为81.2%.作为一种辅助的治疗手段ESWL后再次取石或引流已被证明是安全有效的 尤适于主胰管大结石和位于狭窄段尾端的结石可大大提高胰管结石

的非手术治疗的效果与成功率^[5-6].本组有5例患者经ESWL后建立了通畅的引流.

主胰管阻塞引起的近段胰管高压和扩张是慢性胰腺炎疼痛的原因.对于结石无法取净的患者可置入胰管支架以通畅引流降低胰管的压力达到缓解疼痛的目的.本组44.1%的患者经置入胰管支架有效缓解了疼痛 腹痛近期缓解率达80.7% 远期缓解率66.7% 消化道症状也得到不同程度的改善.与文献[6]报道的相似.但有文献报道内镜下引流以对慢性胰腺炎的疼痛几乎没有效果而且也不能阻止或延缓腺体功能不全的进一步进展^[5].另有文献报道胰管内支架置入后会不同程度的引起胰管胰腺实质以及胰腺形态的改变^[7-8].本组1例患者拔除胰管支架后再发胰腺炎可能与次有关.另有1例患者经过3次支架置入后刷检出癌细胞胰腺癌变是由胰管结石引起还是胰管内支架引起尚不清楚.因此置入胰管支架后因规范随访结石取净后尽早拔除.

提高ERCP治疗胰管结石的效果我们认为应掌握如下适应证:(1)主胰管结石且数量3枚 大小

1.0 cm 力争一次取净结石若结石>1.0 cm 机械碎石器碎石后取石;(2)如果结石数量>3枚 一次难以取净可分次取石取石间隔置入鼻胰管或内支架引流;(3)首次内镜下取石导丝或扩张探条难以越过结石或狭窄段者行括约肌切开后试行ESWL碎石择期再次取石;(4)无法取净结石者置入胰管支架通畅引流但应定期随访;(5)多发结石伴胰腺广泛钙化者不适于内镜下取石.

4 参考文献

- 1 Deviere J, Delhaye M, Cremer M. Pancreatic duct stones management. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1998;8:163-179
- 2 Howell DA. Pancreatic stones: treat or ignore? *Can J Gastroenterol* 1999;13:461-465
- 3 Mergener K, Kozarek RA. Therapeutic pancreatic endoscopy. *Endoscopy* 2003;35:48-54
- 4 李兆申, 任洪波, 孙振兴, 许国铭. 经内镜治疗胰管结石的临床研究. *解放军医学杂志* 2002;27:790-792
- 5 Adamek HE, Jakobs R, Buttmann A, Adamek MU, Schneider AR, Riemann JF. Long term follow up of patients with chronic pancreatitis and pancreatic stones treated with extracorporeal shock wave lithotripsy. *Gut* 1999;45:402-405
- 6 Brand B, Kahl M, Sidhu S, Nam VC, Sriram PV, Jaeckle S, Thonke F, Soehendra N. Prospective evaluation of morphology, function, and quality of life after extracorporeal shockwave lithotripsy and endoscopic treatment of chronic calcific pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2000;95:3428-3438
- 7 Sherman S, Hawes RH, Savides TJ, Gress FG, Ikenberry SO, Smith MT, Zaidi S, Lehman GA. Stent-induced pancreatic ductal and parenchymal changes: correlation of endoscopic ultrasound with ERCP. *Gastrointest Endosc* 1996;44:276-282
- 8 Smith MT, Sherman S, Ikenberry SO, Hawes RH, Lehman GA. Alterations in pancreatic ductal morphology following polyethylene pancreatic stent therapy. *Gastrointest Endosc* 1996;44:268-275