

急性胆源性胰腺炎早期内镜治疗 52 例

缪林, 范志宁, 季国忠, 文卫, 刘政, 黄光明, 蒋国斌, 吴萍

缪林, 范志宁, 季国忠, 文卫, 刘政, 黄光明, 蒋国斌, 吴萍, 南京医科大学第二附属医院消化内镜中心 江苏省南京市 210011
项目负责人: 缪林, 210011, 江苏省南京市, 南京医科大学第二附属医院消化内镜中心. miaofrest@yahoo.com.cn
电话: 025-58509811
收稿日期: 2004-04-10 接受日期: 2004-04-29

摘要

目的: 探讨急性胆源性胰腺炎早期内镜治疗的方法及其价值。

方法: 急性胆源性胰腺炎患者 52 例, 早期(3 d 内)行 ERCP 及内镜治疗(ERCP 组), 并与同期保守治疗 30 例(对照组)进行比较。

结果: ERCP 组全部成功实施 EST, 32 例胆总管结石者行网篮及气囊取石, 6 例重症急性胰腺炎行鼻胰管引流, 4 例行胆总管塑料支架置入引流, 其余 42 例行鼻胆管引流。ERCP 组平均腹痛消失时间、血清淀粉酶恢复时间、平均住院天数及平均费用均明显低于对照组。ERCP 组重症组死亡率 16.7%, 对照组重症组死亡率 33.3%。

结论: 急性胆源性胰腺炎早期 ERCP 治疗是安全的, 能降低患者的死亡率, 减少患者住院天数和费用。

缪林, 范志宁, 季国忠, 文卫, 刘政, 黄光明, 蒋国斌, 吴萍. 急性胆源性胰腺炎早期内镜治疗 52 例. 世界华人消化杂志 2004;12(8):2006-2008
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2006.asp>

0 引言

随着胆石症发病率的升高, 急性胆源性胰腺炎近年来发病有升高趋势。探索其治疗方法具有现实意义。由于内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)和十二指肠乳头括约肌切开术(EST)有加重病情、增加并发症的可能, 曾一度被认为是 ERCP 的禁忌证。近来随着 ERCP 诊疗技术的不断提高, 以及对急性胰腺炎病因认识的加深, 国外对急性胆源性胰腺炎患者开展了早期 ERCP 及内镜治疗, 但国内这方面工作开展较少, 目前报道亦不多。我院自 2001-03/2003-04 对 52 例急性胆源性胰腺炎患者作了早期 ERCP 及内镜治疗, 并与同期行保守治疗 30 例患者进行对照研究如下:

1 材料和方法

1.1 材料 患者入选标准: 上腹痛, 血淀粉酶增高大于正常 3 倍; B 超或 CT 提示胰腺肿大, 胆总管结石, 或虽没有明确提示胆总管结石但胆总管扩张内径超过 8 mm, 排除其他原因引起的胰腺炎可能, 如酒精性、高血脂、高血钙等; 血清胆红素、AKP、r-GT 有一项以

上升高。分组采用随机编号方法, ERCP 组 52 例, 男 24 例, 女 28 例。年龄 28-92(平均 58.4 岁)。轻症 46 例, 重症 6 例, 对照组 30 例, 男 15 例, 女 15 例。年龄 20-82(平均 52.7 岁), 轻症 27 例, 重症 3 例。

1.2 方法 ERCP 组入院后 72 h 内行 ERCP 及内镜治疗。术前给予 654-2 100 mg, 安定 10 mg, 度冷丁 50 mg, im。年龄 > 60 岁或心肺功能欠佳者术中给予心电监护。将十二指肠镜插入十二指肠降部, 寻找乳头, 插入造影导管造影, 明确胆总管有无结石或胆总管扩张原因。对于有结石嵌顿于乳头者针式切开刀切开, 取出结石后再造影。对于深插管困难者给予乳头针式切开后插管。对于有胆总管结石者给予 EST, 切口的大小约 1.0-1.5 cm。取石器械选择取决结石大小, 结石 < 1.0 cm 用网篮或气囊取石即可, 结石 > 1.0 cm 行机械碎石取石。对于胆总管下段或十二指肠乳头狭窄者亦给予 EST。狭窄明显者给予塑料支架置入。其余所有患者均行鼻胆管或鼻胰管引流。两组均给予全身综合治疗: 禁食、胃肠减压、善得定皮下注射; H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂应用; 预防性抗生素应用; 维持水电解质酸碱平衡及补充血容量; 监测生命体征等。

统计学处理 应用 SPSS 10.0 统计分析软件对数据进行统计学分析。均数比较采用 *t* 检验, 率的比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示有显著差异。

2 结果

ERCP 组 52 例插管造影全部成功, 成功率 100%, 胆总管结石 27 例, 十二指肠乳头有结石嵌顿者 5 例, 胆总管下段炎症狭窄 8 例, 十二指肠乳头狭窄 12 例。行乳头针式切开取石后插管者 5 例, 行乳头针式切开深插管者 6 例, 其余患者均于插管成功后实施 EST。有 2 例患者 ERCP 造影时显示胆总管扩张, 未见有结石影, 但在 EST 时发现胆总管十二指肠壁内段有 0.4 cm × 0.4 cm 左右结石。有 11 例合并有胆囊结石。有 22 例伴有十二指肠乳头旁憩室, 其中 14 例为一个憩室, 8 例为二个憩室。胆总管结石者均行网篮及气囊取石, 其中 19 例结石较大者先行机械碎石, 后行取石。6 例重症行鼻胰管引流, 4 例行胆总管塑料支架置入, 其余 42 例行鼻胆管引流。ERCP 组平均腹痛消失时间、血清淀粉酶恢复时间、平均住院天数及平均费用均明显低于对照组。ERCP 组有 2 例出现术中切口出血, 经局部喷洒去甲肾上腺素、黏膜下注射肾上腺素后出血停止。ERCP 组及对照组均有 1 例并发胰腺假性囊肿。ERCP 组有 1 例重症患者死亡, 对照组有 1 例重症患者死亡。行 EST 52

表1 急性胆源性胰腺炎 ERCP 组和对照组比较

分组	n	腹痛消失(d)	血清淀粉酶恢复(d)	平均住院(d)	平均费用(元)	死亡率(%)
ERCP 组 轻症	46	7.0±1.9 ^b	9.3±2.0 ^b	18.2±1.9 ^b	7 393.5±581.3 ^b	0
重症	6	14.8±3.1 ^a	18.4±2.4 ^b	38.4±5.6 ^b	75 800.0±19 331.3 ^a	16.7
对照组 轻症	27	10.5±2.5	12.6±3.4	24.9±4.5	8 370.4±608.8	0
重症	3	24.5±5.0	27.0±2.8	63.0±8.5	118 500.0±12 020.8	33.3

^aP<0.05, ^bP<0.01 vs 对照组.

例, 网篮取石术 32 例, 其中 19 例行机械碎石术. 行鼻胆管引流 46 例, 行鼻胰管引流 6 例.

3 讨论

急性胆源性胰腺炎在临床上十分常见, 其主要病因包括由于胆道结石、胆管炎、胆道蛔虫、胆道出血、胆胰管汇合处异常及 Oddi 括约肌功能异常等, 他们均可引起胆胰管内压升高, 胆汁反流入胰管或胰液流出受阻而引起胰腺炎. Kohut *et al*^[1]报道胆道小结石病为急性胆源性胰腺炎的主要病因. 由于 ERCP/EST 可能会加重胰腺炎, 并可能会引起胆管炎、出血、穿孔等并发症, 多年来 ERCP 一直被认为是急性胰腺炎的禁忌证. 近年来研究认为, 胆道梗阻, 胰液分泌不畅是急性胰腺炎主要病因之一. 解除胆道梗阻, 将使胰液充分引流. 许多研究已证实早期行 ERCP 及十二指肠乳头切开是安全的, 不会加重病情及增加并发症, 反而可缩短住院天数, 减低死亡率^[2]. Neoptolemos *et al*^[3]于 1988 年首次对 121 例急性胆源性胰腺炎进行随机前瞻性研究, 62 例传统保守治疗, 59 例行急诊 EST, 结果 EST 组住院天数(9.5 d)明显短于对照组(17 d). 死亡率为 2%, 亦明显低于对照组(8%). Fan *et al*^[4]研究了 195 例急性胰腺炎患者, 早期 ERCP 组死亡率及胆源性败血症等并发症均明显低于保守治疗组. Fiocca *et al*^[5]分析了 45 例急性胆源性胰腺炎患者, 发现 ERCP/EST 治疗是安全有效的, 并且就效果而言急诊 ERCP(24 h 内)要优于早期 ERCP(72 h 内). 从本组资料看, 无论是轻症还是重症急性胰腺炎, 早期行 ERCP 治疗组平均腹痛消失时间、血清淀粉酶恢复时间、平均住院天数及平均费用均明显低于对照组. ERCP 重症组有 1 例死亡, 死亡率 16.67%, 对照组有 1 例重症死亡, 死亡率 33.3%. 说明无论是轻症还是重症急性胰腺炎, 早期行 ERCP 治疗是有效的、安全的. Yeung *et al*^[6]分析了 172 例 ERCP, 分析三种因素: 血清胆红素、碱性磷酸酶、肝胆超声检查, 三者均正常者 ERCP 胆管结石的发现率为 4.8%, 而其中一个因素异常者 ERCP 胆管结石的发现率为 59.3%. 作者认为三个因素均正常者不应常规行 ERCP 检查.

ERCP 术后并发症发生率差异较大, 可能与评判标准、研究方法、患者组成、操作复杂程度及操作水平不同有关, 目前认为的危险因素有插管困难、括约肌预切开、初级 ERCP 医师、胰管显影剂胆管引流不畅等^[7-10].

在进行 ERCP 时尽可能做到选择性胆道造影, 即 ERC, 避免胰管显影^[11]. 重症急性胆源性胰腺炎常并发胰腺假性囊肿、胰腺漏管形成、胰性胸腹水、脾静脉栓塞和假性动脉瘤, 胰管断裂导致胰周液体积聚、瘘管形成、胰性腹水、胰腺坏死^[12]. 对于该类患者应尽可能行鼻胰管引流, 亦可行胰管内临时性内支架引流^[13], 以减少胰液逆向弥散, 减少胰液自身消化作用. 加贝酯和生长抑素亦可以预防 ERCP 术后胰腺炎^[14].

EST 后出血量一般较少且为自限性, 不必停止操作, 较大的出血多由于切割了十二指肠后动脉血管变异分支, 也可能为患者伴有凝血机制障碍. 因此, 术前应常规行凝血功能检查, 异常者予以纠正, 术中可用乳头切开刀的凝固电流予以凝固止血, 也可用内镜注射针向括约肌切开部位黏膜下注射 1:10 000 肾上腺素, 出血量大时可用钛夹止血, 若仍无效应行动脉插管栓塞治疗或急诊外科手术^[15]. 本组有 2 例 EST 后出现局部出血, 经局部喷洒去甲肾上腺素、黏膜下注射肾上腺素后, 出血停止. 至于穿孔, 只要切开的长度不超过十二指肠壁上胆总管压迹, 切开刀的钢丝插入不太深, 就不会出现穿孔, 本组无 1 例患者出现穿孔. 为了减少胆管炎的发生, 术中应注意无菌操作, 术后应加强抗感染. 乳头旁憩室行 EST 有引起肠穿孔可能, 切口不宜过大. 本组有 22 例伴有乳头旁憩室, 其中有 8 例为双憩室, 我们对其行 EST, 效果良好, 未发生 1 例肠穿孔. Klimeczak *et al*^[16]报道 ERCP 死亡率为 1.06%, 共 3 例, 其中 1 例死于十二指肠穿孔, 1 例死于 Vater 壶腹癌出血, 1 例死于急性胆管炎. 为了降低并发症, 作者指出, 应严格掌握 ERCP 适应证, ERCP 一次性器械尽可能一次性使用, ERCP 操作应在正规医院由有经验的内镜专科医师完成. 本组资料 ERCP 组和对照组各有 1 例重症患者死于病情发展.

4 参考文献

- Kohut M, Nowak A, Nowakowska-Duiawa E, Marek T. Presence and density of common bile duct microlithiasis in acute biliary pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2002;8:558-561
- Scheurer U. Acute pancreatitis-ERCP/endoscopic papillotomy (EPT) yes or no? *Swiss Surg* 2000;6:246-248
- Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, London NJ, Bailey IA, James D, Fossard DP. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. *Lancet* 1988;2:979-983

- 4 Fan ST, Lai EC, Mok FP, Lo CM, Zheng SS, Wong J. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. *N Engl J Med* 1993;328:228-232
- 5 Fiocca F, Santagati A, Ceci V, Donatelli G, Pasqualini MJ, Moretti MG, Speranza V, Di Giuli M, Minervini S, Sportelli G, Giri S. ERCP and acute pancreatitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2002;6:13-17
- 6 Yeung YP, Lo SF, Yip AW. Role of ERCP in the management of predicted mild acute biliary pancreatitis. *Asian J Surg* 2003; 26:197-201
- 7 Barthet M, Desjeux A, Gasmi M, Bellon P, Hoi MT, Salducci J, Grimaud JC. Early refeeding after endoscopic biliary or pancreatic sphincterotomy: a randomized prospective study. *Endoscopy* 2002;34:546-550
- 8 Masci E, Toti G, Mariani A, Curioni S, Lomazzi A, Dinelli M, Minoli G, Crosta C, Comin U, Fertitta A, Prada A, Passoni GR, Testoni PA. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2001;96:417-423
- 9 Hsu RK, Draganov P, Leung JW, Tarnasky PR, Yu AS, Hawes RH, Cunningham JT, Cotton PB. Therapeutic ERCP in the management of pancreatitis in children. *Gastrointest Endosc* 2000;51(4 Pt 1):396-400
- 10 Rabenstein T, Schneider HT, Bulling D, Nicklas M, Katalinic A, Hahn EG, Martus P, Ell C. Analysis of the risk factors associated with endoscopic sphincterotomy techniques: preliminary results of a prospective study, with emphasis on the reduced risk of acute pancreatitis with low-dose anticoagulation treatment. *Endoscopy* 2000;32:10-19
- 11 Sugiyama M, Atomi Y. Acute biliary pancreatitis: the roles of endoscopic ultrasonography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Surgery* 1998;124:14-21
- 12 Lau ST, Simchuk E, Kozarek RA, Traverso LW. A pancreatic ductal leak should be sought to direct treatment in patients with acute pancreatitis. *Am J Surg* 2001;181:411-415
- 13 Neuhaus H. Therapeutic pancreatic endoscopy. *Endoscopy* 2004;36:8-16
- 14 Pande H, Thuluvath P. Pharmacological prevention of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis. *Drugs* 2003;63:1799-1812
- 15 Katsinelos P, Dimiropoulos S, Galanis I, Pilpilidis I, Amperiadis P, Katsiba D, Tsolkas P, Papazilogas B, Paroutoglou G, Papagiannis A, Vasiliadis I. Needle-knife sphincterotomy. *Surg Endosc* 2003;17:158
- 16 Klimczak J, Markert R. Retrospective analysis of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography mortalities. *Pol Merkuriz Lek* 2003;15:199-201

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

慢性乙肝与 HBV 阳性肝癌患者树突状细胞表型和功能检测

王 健, 苏安英, 柴锡庆, 门金娥, 田 珂, 张向阳, 郑海萍

王健, 苏安英, 柴锡庆, 门金娥, 田珂, 张向阳, 郑海萍, 河北工程学院教务处 河北省邯郸市 056038
河北省科技研究与发展计划项目资助, No. 00276168D
项目负责人: 王健, 056038, 河北省邯郸市, 河北工程学院教务处.
收稿日期: 2004-08-23 接受日期: 2004-09-24

王健, 苏安英, 柴锡庆, 门金娥, 田珂, 张向阳, 郑海萍. 慢性乙肝与 HBV 阳性肝癌患者树突状细胞表型和功能检测. 世界华人消化杂志 2004;12(8):2008-2010
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2008.asp>

摘要

目的: 探讨慢性HBV感染者与HBV阳性肝癌患者DC的表型和功能及其与免疫耐受的关系。

方法: 选择慢性HBV感染者25例、HBV阳性肝癌患者11例及正常人15名, 从外周血中分离单个核细胞, 用细胞贴壁法富集DC, 流式细胞术测定DC HLA II 和共刺激分子的表达, 同位素掺入法测定DC的抗原提呈能力, ELISA方法测定抗原提呈过程中Th1 和Th2 类细胞因子的水平。

结果: 慢性HBV感染者与HBV阳性肝癌患者HLA II 和共刺激分子的表达水平、抗原提呈能力和Th1类细胞因子的水平均低于正常($P < 0.05$)其中肝癌患者尤为明显, 而Th2类细胞因子的水平与正常相似($P > 0.05$)。

结论: 慢性HBV感染与HBV阳性肝癌患者免疫耐受与DC的缺陷有关。

0 引言

乙肝病毒(hepatitis B virus, HBV)是一种非细胞病变病毒, 但可诱发慢性肝炎、肝硬化和肝癌。病毒和宿主的免疫反应在慢性HBV感染和肝癌发生的过程中起关键作用。树突状细胞(dendritic cells, DC)是最有效的专职性抗原提呈细胞, 能激活静止T淋巴细胞, 诱导一系列免疫反应, 清除病原体^[1]。用HBV转基因小鼠研究发现, 虽然淋巴细胞的功能相似, 但DC的功能却明显低于正常^[2]。提示慢性HBV感染及肝癌的发生可能与DC有关, 我们探讨慢性HBV感染者和HBV阳性肝癌患者DC的表型和抗原提呈能力, 以阐明慢性HBV感染及肝癌发生的机制。

1 材料和方法

1.1 材料 按照中华医学会修订的“病毒性肝炎防治方案”, 选择慢性HBV感染者25例, 男18例, 女7例, 年龄20-47(平均 29.3 ± 6.0 岁); HBV阳性肝癌患者11