

早期内镜下治疗急性胆源性胰腺炎 56 例

胡建文, 杜海军, 许冬兰

胡建文, 杜海军, 许冬兰, 浙江省东阳市人民医院消化科
浙江省东阳市 322100
通讯作者: 胡建文, 322100, 浙江省东阳市吴宁镇吴宁西路60号, 东阳市人民医院消化科. hujwqshcy@yahoo.com.cn.
电话: 0579-6856133 传真: 0579-6856878
收稿日期: 2005-03-31 接受日期: 2005-04-09

摘要

目的: 探讨早期内镜下治疗急性胆源性胰腺炎(AGP)的疗效。

方法: 在急性胆源性胰腺炎早期应用内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)、经内镜鼻胆管引流(ENBD)及经内镜乳头括约肌切开(EST)治疗 AGP 56 例, 其中轻症胰腺炎 39 例, 重症胰腺炎 17 例。

结果: 治愈 54 例, 1 例重症胰腺炎内镜治疗后转外科手术, 1 例因合并急性心肌梗塞而死亡。

结论: 早期内镜下治疗 AGP 是安全和有效的, 对明确诊断 AGP 者应及早进行内镜下治疗。

胡建文, 杜海军, 许冬兰. 早期内镜下治疗急性胆源性胰腺炎 56 例. 世界华人消化杂志 2005;13(13):1628-1629
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1628.asp>

0 引言

急性胆源性胰腺炎(acute gallstone pancreatitis, AGP)在我国是急性胰腺炎中最常见的类型, 目前对 AGP 是否早期内镜下治疗仍有争议, 本文总结我院2001-01/2004-10间56例AGP患者进行早期十二指肠镜下逆行胰胆管造影(ERCP)、经鼻胆管引流(ENBD)及十二指肠乳头括约肌切开术(EST)和取石术治疗, 取得了较好的临床效果, 现总结报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料 2001-01/2004-10 我院 AGP 患者 56 例, 男 42 例, 女性 14 例, 年龄 26-83 岁, 平均 56.7 岁, 80 岁以上 3 例, 60-79 岁 38 例, 23-60 岁 15 例, 根据临床症状、体征、血淀粉酶检查及影像学检查(B超或CT)确诊为急性胰腺炎。AGP 的诊断标准^[1]: (1) 上腹部疼痛, 同时伴有压痛; (2) 血淀粉酶或尿淀粉酶异常增高; (3) 血清胆红素 >40 mg/L 或 AKP >225U/L 或 ALT >75U/L; (4) B超或CT检查提示胆总管下端结石, 胆总管不同程度扩张和急性胰腺炎改变; (5) 排除其他原因引起的胰腺炎(酒精性、高钙血症、高血脂症和外伤)。AGP 的严重程度根据 Ranson 标准^[2]、APACHE-II 评分^[3], 入院时凡符合

Ranson 标准 ≥ 3 分、APACHE-II 评分 ≥ 8 分, 为重症急性胰腺炎(SAP), 凡达不到以上标准为轻型急性胰腺炎(MAP)。本组 SAP 17 例, MAP 39 例。本组 56 例患者均有较典型的急性胰腺炎表现, 上腹部疼痛 56 例(100%)、恶心呕吐 48 例(85.7%)、黄疸 44 例(78.6%)、总胆红素增高 49 例(87.5%)、ALT 增高 48 例(85.7%)、AKP 增高 36 例(64.2%)、WBC 增高 51 例(90.1%), 以中性粒细胞增高为主。

1.2 方法 患者入院后先行内科综合治疗, 包括吸氧、禁食、胃肠减压、补液, 纠正酸碱平衡及支持治疗、抗生素的应用以及使用质子泵抑制剂和生长抑素的应用。所有患者在入院后 48-72 h 内进行内镜下治疗。术前咽部局部麻醉、肌注安定 10 mg、哌替啶 75 mg、解痉灵 1 mg, 对所有患者在治疗过程中均给以吸氧。全部病例先行 ERCP 造影检查, 明确胆管梗阻部位、病变性质及程度后决定内镜治疗方法。对插管容易、胆汁流出较通畅、胆总管及乳头无明显狭窄; 胆总管结石 >2 cm 者, 单纯行 ENBD; 对乳头结石嵌顿、胆总管结石 ≤ 2 cm、乳头狭窄等梗阻明显者行 EST, 根据结石的大小及乳头的不同形态, 决定切口大小; 切口均为中小切口(1-2 cm)。EST 后采用网篮取石, 尽可能取尽结石, 取石后放置 ENBD, ENBD 放置时间为 3-7 d。每天应用抗生素、生理盐水经鼻胆管进行稀释冲洗; 对不能取尽结石者或结石 >2 cm 者, 则待胰腺炎好转或痊愈后择期进行内镜取石或外科手术治疗。

2 结果

所有病例均成功进行了 ERCP、EST, 其中单纯行 ENBD 14 例, 42 例行 EST 后用取石网篮尽可能取尽结石, 然后放置 ENBD; 单纯 ENBD 中因结石直径 >2 cm 和经 EST 取石+ENBD 42 例中的 11 例因不能取尽结石或不能耐受当时取石者, 共 25 例则待胰腺炎好转或痊愈后择期进行第 2 次内镜下取石。56 例患者中顺利治愈 52 例, 内镜治疗后第 2 d 起, 黄疸开始消退, 腹痛有所缓解, 血淀粉酶多在 2-7 d 降到正常; 血象、总胆红素及其他生化指标在 2-10 d 内恢复正常; 患者症状、体征消失, 体温降至正常。治疗时间 7-15 d; 平均 9.6 d。1 例因早期内镜治疗后加重而转外科手术, 1 例因合并急性广泛性心肌梗塞而死亡; 2 例后期发生假性囊肿。ERCP 和 EST 术后均无明显重大并发症, 其中 11 例 EST 后切口有少量渗血, 经喷洒孟氏液和对症止血处理后出血停止。ENBD 治疗中未见内镜治疗相关并发症。

3 讨论

急性胰腺炎发病原因较多,胆石症是最常见发病原因,国内占50%以上^[4]。胆石性胰腺炎的发病机制是由于结石嵌顿在Vater壶腹部或小结石不断通过壶腹部而引起Oddi括约肌痉挛水肿,阻塞了胆胰管共同通路,导致胆管内压力增高,胆汁逆流入胰管,激活胰蛋白酶原而诱发或加重胰腺炎的发作。因此治疗时必须及早迅速地解除梗阻,引流胆汁、胰液;降低胆管内压力和中止反流,保持胆汁和胰液的引流通畅,以阻断胰酶进一步被激活。

本组56例AGP均在发病早期(72 h内)行内镜下治疗,其中54例治愈,取得了显著的疗效。本组14例经ERCP发现胆总管结石>2 cm、胆总管扩张;以及EST+ENBD内镜治疗中的11例估计内镜治疗操作时间较长或需碎石或取石困难者,只行EST+ENBD或ENBD引流,而待急性胰腺炎好转或治愈后再行第二次内镜下取石或碎石后取石,同样也取得了良好的疗效。25例患者均治愈。故我们认为AGP患者,可以先行ENBD以及早迅速地解除梗阻,使胆、胰管引流通畅,并可以中止反流和阻断胰酶的进一步被激活;同时可以减低胆管内压力,黄疸消退,使肝功能也恢复正常。并可以缩短内镜操作时间、提高患者内镜治疗的耐受性和急诊内镜下ENBD的成功率;并能减少因内镜治疗而加重急性胰腺炎病情的可能性,降低了切开取石的风险。待病情好转后再作二次内镜下取石。已有研究表明^[5-6]胆道梗阻时间与胰腺局部和全身的病理变化成正比,尽早除去结石能防止胰腺的进行性坏死,阻断胰腺炎的病理过程。Sarli *et al*^[7]认为AGP患者应用ENBD是安全的,能阻断急性胰腺炎的重症化,故不论是否取出结石或取尽结石,均应常规行ENBD。因此,尽早引流胆、胰管终止胆汁持续进入胰腺是治疗AGP的关键。

内镜治疗AGP的同时也会出现内镜的并发症,虽然发生率较低,但也应引起足够的重视。EST常见的并发症为乳头切口出血、肠穿孔、胰腺炎症状加剧等。本组无一例并发肠穿孔,有11例EST后出现切口出血,经局部喷洒孟氏液及经保守治疗后治愈。我们认为只要患者凝血功能正常,乳头切口采用中小切口(1-2 cm),就既可以避免肠穿孔的发生,又可以减少切口出血。而在行ERCP、EST及ENBD等内镜操作中,应尽量争取选择性插管,禁忌诊断性的造影,对造影剂滞留者,应尽可能将其抽吸

干净。当选择胰管造影时,切勿反复插管,以免刺激损伤胰管开口,造成医源性胰管狭窄;注射造影剂时压力及速度需要严格控制,严禁腺泡显影。Christoforidis *et al*^[8]认为ERCP后腺泡显影是发生胰腺炎的重要因素。并提出对急性胰腺炎患者特别是急性胆源性胰腺炎应尽早行ERCP,以明确诊断及尽早治疗。

尽管本组AGP的内镜下治疗取得了显著的疗效,同时许多临床研究也证实早期ERCP治疗AGP是安全有效的,但AGP的发病机制复杂,故认为对AGP的治疗应强调个体化的综合性治疗,有报道内镜联合应用施他宁^[9]和中西医结合^[10]治疗AGP能取得更好的疗效。

近年来,随着ERCP和EST的广泛开展,使胰腺炎外科治疗的传统观念发生巨大变化,目前关于AGP治疗方法观点基本一致^[11-12],即胰腺炎缓解后行确定胆道手术,包括胆囊切除、胆管取石及乳头狭窄切开手术。

4 参考文献

- 1 张中林,刘志苏,孙权. 急性胆源性胰腺炎预后影响因素分析. 肝胆外科杂志 2003;11:15-17
- 2 Ranson JH, Rifkind KM, Roses DF, Fink SD, Eng K, Spencer FC. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* 1974;139:69-81
- 3 Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE-II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985;13:818-829
- 4 丁谷华. 胰管反流与急性胆源性胰腺炎. 中华消化杂志 2001;21:315-316
- 5 Acosta JM, Rossi R, Galli OM, Pellegrini CA, Skinner DB. Early surgery for acute gallstone pancreatitis: evaluation of a systematic approach. *Surgery* 1978;83:367-370
- 6 张肇达,田伯乐. 急性胆源性胰腺炎. 中华肝胆外科杂志 2002;8:93
- 7 Sarli L, Iusco D, Sgobba G, Roncoroni L. Gallstone cholangitis: a 10-year experience of combined endoscopic and laparoscopic treatment. *Surg Endosc* 2002;16:975-980
- 8 Christoforidis E, Goulamaris I, Kanellos I, Tsalis K, Demetriades C, Betsis D. Post-ERCP pancreatitis and hyperamylasemia: patient-related and operative risk factors. *Endoscopy* 2002;34:286-292
- 9 沈建伟,徐咏仙,栾双梅,朱美萍,陈光兰. 思他宁联合早期内镜治疗急性胆石性胰腺炎. 胰腺病学 2003;3:220-222
- 10 付庆江,袁楠,曹立瀛,王宝强,刘四清,郭振武. 内镜治疗胆道阻塞性急性胰腺炎35例报告. 肝胆外科杂志 2003;11:24-26
- 11 李兆申,柏愚,王洛伟. 急性胆源性胰腺炎内镜治疗进展. 国外医学·消化系疾病分册 2004;24:1-3
- 12 Ashley SW, Perez A, Pierce EA, Brooks DC, Moore FD Jr, Whang EE, Banks PA, Zinner MJ. Necrotizing pancreatitis: contemporary analysis of 99 consecutive cases. *Ann Surg* 2001;234:572-579

编辑 王谨晖 审读 张海宁