

内镜治疗重症急性胆源性胰腺炎的临床研究

张 成 安东均 陈 阁

(陕西省咸阳市中心医院肝胆胰外科, 咸阳 712000)

【摘要】 目的 探讨内镜治疗重症急性胆源性胰腺炎(severe acute biliary pancreatitis, SABP)的价值。**方法** 36 例入院确诊为 SABP 后急诊手术。16 例合并急性胆囊炎、胆囊结石,行内镜下鼻胆管引流术(endoscopic naso-biliary drainage, ENBD);11 例合并缩窄性乳头炎或胆总管结石,行内镜下乳头切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)及 ENBD;4 例弓形刀及造影导管插入胆总管困难,选用针形刀行 EST,并行 ENBD;2 例造影导管插入胆总管时,导丝反复进入胰管 3 次以上,用弓形刀切开十二指肠乳头括约肌后,寻找胆管开口,施行 ENBD;3 例行 ENBD 失败后改开腹手术。全组术后配合系统的内科治疗。**结果** ENBD 成功施行 33 例,其中治愈 29 例,治愈率 81% (29/36),死亡 4 例,病死率 11% (4/36)。失败 3 例。术后胰周感染 3 例,无十二指肠乳头出血、十二指肠穿孔及胆管炎。全组住院时间 15 ~ 75 d,平均 22 d。26 例成功者随访 12 ~ 36 个月,平均 18 个月,无胰腺炎症状复发。**结论** 内镜治疗重症急性胆源性胰腺炎,配合系统的内科治疗,可明显减少患者的痛苦,缩短病程,提高治愈率。

【关键词】 内镜下鼻胆管引流术; 重症急性胆源性胰腺炎

中图分类号:R657.5

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2008)01-0052-02

Endoscopic Treatment for Severe Acute Biliary Pancreatitis Zhang Cheng, An Dongjun, Chen Ge. Department of Hepatobiliary Pancreatic Surgery, Xianyang Central Hospital, Xianyang 712000, China

【Abstract】 Objective To evaluate the value of endoscopic treatment for severe acute biliary pancreatitis (SABP).

Methods A total of 36 patients with SABP, who received emergency operation were enrolled into this study. Among the patients, 16 received endoscopic naso-biliary drainage (ENBD) because of acute cholecystitis or cholelithiasis; 11 underwent endoscopic sphincterotomy (EST) and ENBD due to stenotic papillitis or choledocholithiasis; 4 were treated with EST using needle knife and ENBD due to difficulties in inserting bow knife and cannula catheter into the common bile duct; and 2 experienced the guide wire entering into the wirsung's duct for over 3 times, when the cannula catheter was inserted into the common bile duct. Thus, the sphincter of Oddi was incised by bow knife to expose the opening of the cystic duct, and then ENBD was performed. Open surgery was performed in 3 cases because of failure of ENBD. In all the patients, systemic medical treatment was carried out after the operations.

Results ENBD was completed in 33 cases, among which 29 (81%) patients were cured and 4 (11%) patients died. The operation failed in 3 cases. After the operation, 3 patients developed peripancreatic infection. No hemorrhage of the duodenum papilla, duodenal perforation, or cholangitis occurred in this series. The mean hospital stay was 22 d (15 ~ 75 d). 26 of the cured patients were followed up for 12 ~ 36 months (mean, 18 months), no recurrence of the symptoms of pancreatitis was found. **Conclusions** Endoscopic treatment combined with systemic medical therapy may reduce the course of disease and increase the cure rate for patients with SABP.

【Key Words】 Endoscopic naso-biliary drainage; Severe acute biliary pancreatitis

重症急性胆源性胰腺炎(severe acute biliary pancreatitis, SABP)具有病情凶险、发展迅速、病死率高等特点。我院 2000 年 4 月 ~ 2005 年 7 月应用内镜技术治疗重症急性胆源性胰腺炎 36 例,病死率 11% (4/36),报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 36 例,男 21 例,女 15 例。年龄 29 ~ 68 岁,平均 51.3 岁。诱因包括急性胆囊炎 6 例,急性胆囊炎合并胆囊结石 17 例,急性胆囊炎合并胆总管结石、胆总管结石 11 例,胆囊切除术后胆总管结石 2 例。均有上腹部疼痛、腹胀、恶心、呕吐及腹膜炎体征。血淀粉酶均升高(550 ~ 6640 U/L,平均 2620 U/L),尿淀粉酶均升高(228 ~ 8740 U/L,平均 3310 U/L),34 例腹部 B 超、CT 提示胆总管增宽(1.0 ~ 2.1 cm),胆总管结石 13 例,最大直径 < 1.3 cm,数目 ≤ 3 枚。36 例总胆红素均增高(55.0 ~ 170.0 μmol/L,平均 82.0 μmol/L),且以直接胆红素增高为主。1 例合并急性肾功能障碍,心率 135 次/min,

尿比重 1.028,血肌酐 146 μmol/L,尿素氮 11.6 mmol/L,24 h 尿量 350 ml。均符合中华医学会胰腺外科学组规定的重症胰腺炎诊断及分级标准^[1],APECHE 评分 ≥ 8 分(8 ~ 13 分,平均 9.2 分),Balthazar CT 分级 ≥ II 级(II 级 4 例,III 级 16 例,IV 11 例,V 级 5 例)。

病例选择标准:①无心肺脑功能不全;②无严重凝血机制障碍及食管、胃底静脉曲张;③胆总管结石最大直径 ≤ 1.5 cm,数目 ≤ 3 枚;④无肝内胆管结石;⑤总胆红素均增高,且以直接胆红素增高为主。

1.2 方法

采用 Olympus TJF-30 或 Fujinon ED-402 十二指肠镜,Olympus PSD 高频发生器。急诊手术,取左侧卧位,插入十二指肠镜到达十二指肠降部改俯卧位,拉直镜身,显露主乳头。16 例合并急性胆囊炎或胆总管结石,行内镜下鼻胆管引流术(endoscopic naso-biliary drainage, ENBD);11 例合并缩窄性乳头炎或胆总管结石行内镜下乳头切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)及 ENBD;4 例合并十二指肠乳头开口狭窄,造影导管、导丝反复不能插入或胆总管

下端结石嵌顿于乳头部,选用针形刀行 EST 及 ENBD;2 例在选择性插管时,导丝反复进入胰管 3 次以上,选用弓形刀切开十二指肠乳头括约肌后,寻找胆管开口,施行 ENBD;3 例行 ENBD 失败后改开腹手术。放置鼻胆管于胆总管内,保持鼻胆管位置固定,退出内镜。术后均采用系统的内科综合治疗。其中 26 例 SABP 合并胆囊结石的病例在胰腺炎痊愈后 7~16 d 施行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy,LC)。

2 结果

ENBD 成功施行 33 例,成功率 92% (33/36)。无十二指肠乳头出血、十二指肠穿孔及胆管炎。术后胰周感染 2 例,行胆囊切除、胰腺坏死组织清除、胰周引流术后痊愈;成人呼吸窘迫综合征(adult respiratory distress syndrome,ARDS)1 例及多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome,MODS)3 例死亡,死亡病例 Balthazar CT 分级 \geq IV 级,APEACHE 评分 \geq 11 分。假性胰腺囊肿 3 例,1 例保守治疗后 3 个月吸收,2 例行胰肠吻合术后痊愈。住院时间 15~72 d,平均 22 d。26 例随访 12~36 个月,平均 18 个月,无胰腺炎症状复发。

失败 3 例,行开腹手术后痊愈。失败原因为:十二指肠憩室内乳头,寻找乳头失败 1 例;十二指肠乳头呈扁平形,开口狭窄,造影导管、弓形刀及斑马导丝均不能插入胆总管,亦不能用针形刀切开,放弃手术 2 例。

3 讨论

近年来,随着临床经验的不断积累,急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis,SAP)总体病死率已下降至 20%~30%^[2]。治疗 SAP 的传统方法已受到微创技术的挑战^[3],内镜治疗 SABP 也取得了较好的治疗效果。

急性胆源性胰腺炎合并胆道梗阻时,胆汁返流入胰管,感染胆汁的细菌能使胆汁中的结合胆酸变为游离胆酸,游离胆酸对胰腺有很强的损伤作用,并可激活胰酶中的磷脂酶原 A,产生激活的磷脂酶 A₂,后者作用于胆汁中的卵磷脂,产生有细胞毒性的溶血卵磷脂,引起胰腺的出血坏死。此时解除胆道感染和胆道梗阻尤为重要,内镜下行 EST、ENBD,可以达到外科手术同样的效果,且不加重对机体的打击,具有创伤小、痛苦少、术后恢复快等特点。

SABP 时,常合并腹痛、腹胀、恶心、呕吐及肠道水肿、肠麻痹,行治疗性 ERCP 难度较大,较长时间进行手术操作,患者多不配合,且增加痛苦,此时事半功倍的手术操作及手术成功率尤为重要。本组 36 例在施行内镜治疗时均发现胃肠道、十二指肠乳头水肿明显,部分乳头开口辨认困难且质脆易出血,增加了手术难度,在选择性插管时应仔细辨别乳头的方向,估计胆总管走行及可能成功选择性插入胆管的方向。轻柔沿胆管方向插管。反复插管易致乳头水肿、乳头开口出血,血凝块附着于乳头开口表面,辨认困难,施行 ENBD 成功率下降。仔细冲洗乳头开口仍不能辨别时,选用针形刀逐层切开十二指肠乳头括约肌,造成十二指肠胆总管瘘后,施行 ENBD。本组 1 例急性胆囊炎合并胆囊结石、胆总管

结石患者,施行 EST 及 ENBD 时,多次选择性插管未能进入胆管导致乳头水肿、出血,不能辨认乳头开口,采用此法插管造影,取出结石,成功施行 ENBD。经乳头开口插管时,导丝反复进入胰管 3 次以上者,胆管与十二指肠之间所成夹角可能较小,成功选择性插管难度较大,此时可沿导丝放置弓形刀进入胰管,向乳头 11 点方向切开十二指肠乳头括约肌,然后选用弓形刀或造影导管寻找胆管开口,施行 ENBD。对于合并缩窄性乳头炎、胆总管下端结石嵌顿乳头部及乳头较大,乳头开口位置低时,选择性插管时,造影导管与胆总管有夹角,成功插入胆管难度较大,应果断选用针形刀行 EST。

李兆申等^[4]研究证明有胰腺疾病基础者 ERCP 术后高淀粉酶血症及急性胰腺炎几率明显高于非胰腺疾病患者。我们认为对 SABP 施行治疗性 ERCP 时,采取积极的预防措施是必要的。我们采取的预防措施是:①选择性插管时,经乳头开口插入弓形刀或造影导管约 2 cm 左右时,不注射造影剂,常规通过导丝,在确认进入胆总管后,拔除导丝,注入造影剂,可避免弓形刀或造影导管反复进入胰管,造成胰管损伤,加重胰腺炎。②选择性插入胆总管成功,弓形刀或导管应深插入胆管,接近肝门部胆管后再注射造影剂,既可避免小结石在造影剂的压力冲击下进入肝内导管,致取石困难或残留结石,又可避免造影剂经胆胰共同通道进入胰管加重胰腺炎。③在合并胆总管多发结石需反复取石时,每次取石完毕应将取石网篮冲洗干净后,再行下次取石,避免取石时取石网篮误入胰管,造成胰管结石、胰管感染加重胰腺炎。

经内镜治疗胰腺炎症状得到有效控制后,行相应的胆道手术去除病因是 SABP 治疗过程的重要环节^[5]。本组内镜治疗 SABP 合并胆囊结石的病例,均在胰腺炎痊愈后 1~2 周施行 LC。王庆等^[6]报道胰腺炎控制后行 LC 最佳时间为 1~3 周。我们认为施行 LC 时间过早,胆囊及胆囊三角水肿未完全消退,增加了手术难度,且 SABP 导致患者身体素质、机体防御能力及应激能力下降,应休息 1~2 周手术为宜;施行 LC 时间过迟,有并发急性胆囊炎、急性胰腺炎及胆总管结石的可能。

在 SABP 的治疗过程中,运用娴熟的微创内镜技术,解除胆道梗阻、胆道感染,配合内科系统的保守治疗,可明显减少患者的痛苦,缩短病程,提高治愈率。

参考文献

- 1 中华医学会外科学分会胰腺外科学组.重症急性胰腺炎诊治草案.中华外科杂志,2001,39(12):963-964.
- 2 黎介寿,李维勤.重症急性胰腺炎手术指征和时机的再认识.中国实用外科杂志,2003,23(9):513-514.
- 3 陈训如.微创外科在重症急性胰腺炎及其并发症中的应用.中国微创外科杂志,2006,6(5):325-327.
- 4 李兆申,许国铭,孙振兴,等.胰腺疾病患者 ERCP 术的并发淀粉酶血症及急性胰腺炎的临床对比研究.中华消化内镜杂志,1999,16(2):75.
- 5 汤浩,徐永宏.急性胆源性胰腺炎的微创治疗.中国微创外科杂志,2006,6(10):750-751.
- 6 王庆,秦明放,勾承月,等.十二指肠镜、腹腔镜联合治疗急性胆源性胰腺炎.中国微创外科杂志,2005,5(7):545-548.

(收稿日期:2007-01-11)

(修回日期:2007-04-25)

(责任编辑:王惠群)