

ENBD 及 EST 在胆总管微小结石所致急性胰腺炎治疗中的价值

何 涛,王正根,陈宏辉

(南华大学第二附属医院消化内科,湖南 衡阳 421001)

摘 要: **目的** 探讨内镜下鼻胆引流术(ENBD)及内镜下乳头括约肌切开术(EST)在胆总管微小结石所致急性胰腺炎治疗中的应用价值。**方法** 回顾性分析因急性胰腺炎住院治疗患者 68 例,入院检查时 B 超、CT、MRCP 检查均显示胆总管结石阴性。根据治疗方式不同,将常规药物保守治疗患者列为对照组(29 例),在常规药物保守治疗的基础上加内镜治疗(ENBD 或/和 EST)的列为内镜治疗组(39 例),观察两组患者并发症发生率、死亡率,白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶和肝功能恢复正常的天数,以及腹痛缓解天数和住院天数的差异。**结果** 内镜治疗组行逆行胰胆管造影(ERCP)均成功显像,确诊胆总管结石,行 ENBD 或/和 EST 治疗后的并发症发生率为 10.3%,死亡率为 0%;对照组并发症发生率为 20.7%,死亡率为 3.4%。与对照组相比,内镜治疗组轻症急性胰腺炎(MAP)和重症急性胰腺炎(SAP)的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶和肝功能恢复时间,以及腹痛缓解时间和住院天数均明显减少($P < 0.05$)。**结论** 早期进行 ENBD 或/和 EST 对胆总管微小结石所致急性胰腺炎的临床治疗具有重要的作用。

关键词: 急性胰腺炎; 胆总管微小结石; 逆行胰胆管造影; 内镜下鼻胆引流术; 内镜下乳头括约肌切开术

中图分类号: R576

文献标识码: A

急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)是消化科常见急腹症之一,其并发症发生率和病死率均较高^[1]。因未根除的病因易造成胰腺炎反复发作,患者需长期控制饮食,生活质量下降,严重可引发重症胰腺炎,危及病人的生命^[2]。55%~65%的急性胰腺炎是由胆道疾病引起的,其中胆石症最为常见^[3]。国外研究^[4]表明,胆总管微小结石(choledoch microlithiasis)由于其直径太小($< 2\text{ mm}$),临床常规影像学检查常难以发现。其实相当一部分特发性胰腺炎是由于现有的影像学检查不能发现的胆道微结石所致^[5]。研究认为,怀疑为胆源性急性胰腺炎的病人,急性期大多数病人可以发现胆道微结石^[6]。目前,临床上多通过内镜逆行胰胆管造影(Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)、经内镜乳头括约肌切开术(Endoscopic sphincterotomy, EST)及经内镜鼻胆引流(Endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)等内镜技术以控制急性胆源性胰腺炎病情发展^[7]。因此,为了探讨 ENBD 及

EST 在胆总管微小结石所致急性胰腺炎的应用价值,本文对本院 68 例急性胆源性胰腺炎患者的临床资料进行回顾性分析,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2009 年 5 月~2012 年 5 月因急性胆源性胰腺炎在本院住院治疗的患者 68 例,所有患者均在入院后经相关检查可疑为“胆源性胰腺炎”,符合以下入选标准^[8]:①高淀粉酶血症,一过性血或尿淀粉酶超过正常值上限的 3 倍以上;②有胆囊结石病史;③肝功能异常(转氨酶 $> 40\text{ U/L}$);④直接胆红素升高($> 7.0\text{ }\mu\text{mol/L}$),间接胆红素无明显升高($1.0\sim 20.0\text{ }\mu\text{mol/L}$);⑤入院时 B 超和 CT 均显示胆总管结石阴性,磁共振胰胆管水成像(MRCP)也不能确定是否存在胆总管结石;⑥无酗酒史、高钙血症和高脂血症。根据治疗方式不同,分为对照组和内镜治疗组。两组患者在性别、年龄、病情方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性(见表 1)。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	n	AP 分级(例)		性别(例)		年龄(岁)
		MAP	SAP	男	女	
内镜治疗组	39	29	10	21	18	52.25 ± 11.23
对照组	29	23	6	15	14	52.41 ± 10.70

1.2 分组与治疗

对照组给予常规药物保守治疗,如禁食、胃肠减压、制酸、抑酶、抗炎、改善微循环、补液、营养支持等。内镜治疗组在药物保守治疗的基础上,早期行诊断性 ERCP,以明确胆道具体情况,而后根据实际情况选择 ENBD 或/和 EST,从而改善胆道梗阻情况,缓解胰管内高压。

1.3 评价指标

观察两组患者并发症发生率、死亡率,白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶和肝功能恢复正常时间,以及腹痛缓解时间和住院天数的差异。

1.4 统计学方法

数据均采用 SPSS17.0 统计软件进行录入和统计处理,定量资料采用均数 ± 标准差进行描述,并采用 *t* 检验进行统计分析;定性资料采用率比进行描述,采用卡方检验(χ^2)或精确概率法进行统计分

析;检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结 果

2.1 两组并发症发生率与死亡率比较

内镜治疗组 39 例患者行 ERCP 均成功显影并在胆总管下段或微小结石。13 例患者于 24 h 内行内镜下治疗,其中 6 例单纯 ENBD 和 7 例 EST + ENBD。26 例在 24 ~ 72 h 内进行内镜下治疗,其中 9 例单纯 ENBD 和 17 例 EST + ENBD。39 例患者中,并发症总发生率为 10.3% (4/39),其中发生胰腺假性囊肿 2 例,出血 1 例,胆管炎 1 例。

对照组并发症总发生率为 20.7% (6/29),其中发生胰腺假性囊肿 2 例,胰腺脓肿 1 例,化脓性胆管炎 2 例,1 例发生胰周感染而行手术治疗,术后并发多器官功能衰竭死亡,死亡率为 3.4% (1/29)。

2.2 两组治疗效果比较

与对照组相比,内镜治疗组 MAP 和 SAP 的白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶和肝功能恢复时间,以及腹痛缓解时间和住院天数均明显减少($P < 0.01$),详见表 2。

表 2 两组患者治疗效果比较(天)

	n	白细胞恢复正常时间	血淀粉酶恢复正常时间	尿淀粉酶恢复正常时间	肝功能恢复正常时间	腹痛持续时间	住院时间
内镜治疗组							
MAP	29	7.87 ± 3.42 ^a	4.74 ± 1.55 ^a	5.94 ± 4.42 ^a	11.79 ± 4.72 ^a	5.60 ± 2.82 ^a	15.09 ± 8.83 ^a
SAP	10	11.80 ± 3.78 ^a	6.52 ± 1.73 ^a	7.04 ± 1.38 ^a	12.14 ± 3.38 ^a	10.2 ± 3.11 ^a	22.43 ± 5.67 ^a
对照组							
MAP	23	11.17 ± 4.53	8.16 ± 4.23	8.86 ± 2.48	12.67 ± 4.54	7.15 ± 1.90	16.76 ± 8.65
SAP	6	18.58 ± 6.12	12.23 ± 5.05	14.51 ± 3.93	19.35 ± 6.40	17.93 ± 4.65	30.60 ± 7.67

与对照组比较,a; $P < 0.05$

3 讨 论

急性胆源性胰腺炎(ABP)是急性胰腺炎最常见的类型,也是临床最常见的急腹症之一^[1]。在急性胆源性胰腺炎中,胆石症为主要病因,文献报道 88.2% 的重症急性胆源性胰腺炎由胆石症引起,而且相当一部分的胰腺炎是由现有常规无创的影像学检查(如 B 超、CT、MRCP)不能发现的微小胆结石所致^[2]。在对急性胰腺炎胆总管结石的诊断中,B 超、CT 均存在漏诊的情况,特别是对胆总管下段的结石^[9],受十二指肠内气体影响,B 超对胆总管下段结

石难于显示与分辨。在 CT 检查中部分阴性结石难以发现,而实际取出结石数量又明显多于 CT 提示数量。少数胆总管结石太小,或呈混杂信号或高信号,与胆汁的高信号不易区分,可导致漏诊^[10]。在本研究中,内镜组 39 例患者,术前 B 超、CT 及 MRCP 检查均显示胆总管结石为阴性,但行 ERCP 发现胆总管存在微小结石。因此,ERCP 对胆总管微小结石具有重要的诊断价值。部分未明确病因的急性胰腺炎患者在行常规无创影像学检查时,即使胆总管未发现结石,仍应高度怀疑为胆总管微小结石所致急性胆源性胰腺炎的可能。

有研究者认为^[1,11],胰腺炎严重程度与壶腹部梗阻持续时间呈正相关,24 小时内大多数病变是可逆的,但超过 48 小时则可能会发生胰腺广泛的出血和坏死;急性胰腺炎的各种发病原因可触发胰腺局部的炎症反应和进一步炎症介质的瀑布样效应,炎性介质的大量释放导致全身系统性炎症反应综合征(sIRS),甚至引起多器官功能衰竭^[12],危及生命,因此治疗 ABP 的关键是尽早解除梗阻因素。研究表明,ERCP 是胆管结石、急性胆源性胰腺炎、慢性胰腺炎的诊断与治疗的重要手段,在 ERCP 的基础上,可以进行 EST、ENBD 等介入治疗是非常有效的诊疗手段^[5],目前早期内镜治疗 ABP 已得到广泛认可,ABP 发病后 24 ~ 72 h 内行 ERCP + ENBD 及 EST 已成为首选^[13]。本研究中,内镜治疗组 39 例患者均在发病后 72 小时内行 ERCP 术,与对照组相比,内镜治疗组的并发症发生率和死亡率较低,白细胞、血淀粉酶、尿淀粉酶和肝功能恢复时间,以及腹痛缓解时间和住院天数均明显减少($P < 0.05$)。这一结果说明,早期进行 ENBD 或/和 EST 对胆总管微小结石所致急性胰腺炎的临床诊断与治疗具有重要的作用,在没有禁忌症的情况下,应优先考虑。

参考文献:

[1] 谢飞,张洁,牟廷刚,等. 早期内镜介入干预对急性胆源性胰腺炎的价值[J]. 中华肝胆外科杂志,2012,18(10):762-764.

[2] Guda NM, Romagnuolo J, Freeman ML. Recurrent and relapsing pancreatitis[J]. Curr Gastroenterol Rep, 2011, 13(2):1-9.

[3] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:469.

[4] Tandon M, Topazian M. Endoscopic ultrasound in idiopathic acute pancreatitis[J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96:705-709.

[5] 陈宏辉,李国庆,彭蕾,等. ERCP 在不明原因复发性胰腺炎诊治中的作用[J]. 中南医学科学杂志,2012,40(1):76-78.

[6] 贺克俭,江捍平,张厚德,等. 胆道微结石在急性期不明原因胰腺炎的诊断价值[J]. 中国内镜杂志,2004, 10(1):88-91.

[7] 何玉善,刘爱华,朱韬,等. 治疗性 ERCP 在急症胆胰疾病中的应用[J]. 南华大学学报:医学版,2009,37(5): 563-566.

[8] 汤达承,乔安意,杨星,等. 急性胆源性胰腺炎的治疗选择[J]. 国际外科学杂志,2011,38(6):382-386.

[9] 田新,石书伟,赵小勇,等. 内镜下乳头括约肌切开加鼻胆管引流对急性胰腺炎诊治的影响[J]. 中国实用医刊,2010,37(23):48-49.

[10] Kassab C, Prat F, Liguory C, et al. Endoscopic management of post-laparoscopic cholecystectomy biliary strictures. Long-term outcome in a multicenter study[J]. Gastroenterol Clin Biol, 2006, 30(1):124-129.

[11] 朱光辉,翁杰锋. 胆源性胰腺炎胆总管探查的指征分析[J]. 内分泌外科杂志,2008,2(1):40-41.

[12] 吕金利,申海鹰. 不同品系小鼠急性胰腺炎预后差异及其机制探讨[J]. 实用医药杂志,2006,23(9): 1074-1076.

[13] 柏愚,李兆申. 急性胆源性胰腺炎内镜治疗进展[J]. 胰腺病学,2006,(6)1:58-61.

(此文编辑:秦旭平)