



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.026
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3829.shtml

· 临床报道 ·

早期内镜治疗老年重症急性胆源性胰腺炎的临床疗效观察

高绪仲, 王忆勤

(湖北省武汉市武昌医院 普通外科, 湖北 武汉 430063)

摘要

目的: 探讨早期内镜治疗老年重症急性胆源性胰腺炎的临床疗效。

方法: 回顾性分析2010年7月—2013年7月收治的90例老年重症急性胆源性胰腺炎患者的临床资料, 其中行内镜治疗患者52例作为观察组, 行开放手术治疗患者38例作为对照组, 观察对比两组患者的体温恢复正常时间、腹痛、腹部压痛消失时间、白细胞(WBC)、血清淀粉酶(AMY)、谷草转氨酶(ALT)、碱性磷酸酶(ALP)、直接胆红素(DBIL)恢复正常时间、手术时间、住院时间、治愈率、并发症发生率、复发率和病死率等。

结果: 观察组体温恢复正常时间、腹痛消失时间、腹部压痛消失时间、白细胞(WBC)、血清淀粉酶(AMY)恢复正常时间、手术时间、住院时间明显优于对照组, 两组间差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组治愈率明显高于对照组, 病死率、复发率和并发症发生率明显低于对照组, 两组间比较均有统计学意义($P < 0.05$)。

结论: 早期内镜治疗老年重症急性胆源性胰腺炎创伤小、疗效好, 值得临床推广。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(3):386-389]

关键词

胰腺炎, 急性坏死性; 十二指肠镜; 老年人

中图分类号: R657.5

重症急性胆源性胰腺炎(severe acute biliary pancreatitis, SABP)好发于老年人, 具有起病急、病情重、进展快、并发症多、病死率高等特点, 是临床常见的急危重症^[1]。最近几年, 内镜治疗急性胆源性胰腺炎取得了不错的结果, 引起了临床医生的广泛关注^[2]。笔者回顾性分析本院3年内采用内镜早期治疗的52例老年SABP患者的临床资料, 并与同期开放手术治疗患者进行比较, 旨在探讨早期内镜治疗老年重症急性胆源性胰腺炎的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析2010年7月—2013年7月本院

收治的90例老年重症急性胆源性胰腺炎患者的临床资料, 其中行内镜治疗患者52例作为观察组, 行开放手术治疗患者38例作为对照组。观察组其中男25例, 女27例; 年龄60~83岁, 平均年龄(66.73 ± 9.73)岁; 既往有胆管结石者40例, 合并胆囊结石19例, 胆道手术史者11例, 乳头炎性狭窄6例, 壶腹周围癌2例, 胆管癌1例。对照组中, 男17例, 女21例; 年龄62~82岁, 平均年龄(67.42 ± 10.07)岁; 既往有胆管结石30例, 合并胆囊结石17例, 胆道手术史者9例, 胆总管探查术后狭窄2例, 乳头炎性狭窄3例, 壶腹周围癌1例。两组在性别、年龄及疾病构成比方面比较无统计学差异($P > 0.05$), 具有可比性。本研究获得本院医学理论道德委员会批准, 所有入选者均签订知情同意书。

1.2 诊断标准

入选患者均符合WHO关于重症急性胆源性胰腺炎的诊断标准^[3], 疾病严重程度评分(APACHE II score) ≥ 8 分, 急性胰腺炎巴尔萨扎CT分级(Balthazar CT grading) \geq II级。

收稿日期: 2013-09-09; 修订日期: 2014-02-27。

作者简介: 高绪仲, 湖北省武汉市武昌医院副主任医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通信作者: 王忆勤, Email: gaouxzhong1962@163.com

1.3 临床表现

观察组中体温 $>38.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 者26例, $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$ 者3例,白细胞计数 $>15\times 10^9$ 者32例,神志改变者17例,脓毒性休克者15例。对照组中体温 $>38.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 者15例, $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$ 者1例,白细胞计数 $>15\times 10^9$ 者20例,神志改变者12例,脓毒性休克者10例。

1.4 合并症

观察组25例患者有合并症,包括代谢紊乱19例,冠心病16例,低氧血症15例,糖尿病13例,高血压11例,急性肾功能不全9例,慢性支气管炎合并肺气肿7例,急性呼吸窘迫综合征7例,胰性脑病2例,肝硬化1例,同时兼有有兩種及以上合并症者20例。对照组19例患者有合并症,包括代谢紊乱16例,冠心病13例,低氧血症10例,糖尿病9例,高血压9例,急性肾功能不全7例,慢性支气管炎合并肺气肿4例,急性呼吸窘迫综合征4例,胰性脑病1例,同时有兼有兩種及以上并发症者14例。

1.5 治疗方法

1.5.1 内科治疗 两组入院后均给予积极的常规综合治疗,包括吸氧、禁食水、胃肠减压、抑制胰腺分泌及胰酶活性、抑制胃酸分泌、维持水电解质酸碱平衡、营养支持、预防感染、维护重要脏器功能。

1.5.2 外科治疗 观察组患者于入院后12 h内采用十二指肠镜行内镜下逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)检查,探查胆道梗阻情况及原因,如果胆道梗阻为良性狭窄所致,则选择内镜下十二指肠乳头括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)联合内镜下鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)治疗;如胆道梗阻为恶性狭窄所致,则选择ENBD治疗,待患者病情稳定后再选择内镜下金属支架置入术或者手术治疗;如胆道梗阻为结石所致,则选择行ENBD治疗,病情稳定后再择期行EST联合内镜下网篮取石术,合并胆囊结石的患者于病情稳定后选择行腹腔镜手术或者开放手术治疗。

对照组患者于入院后24 h之内给予开放手术治疗,手术目的为:迅速建立有效引流,及早解除

胆道梗阻,尽量取出胆道结石。操作包括:T管引流、探查取石、胆囊切除、胃造瘘、空肠造瘘和胰腺区域引流等,于术后第3周采用胆道镜经T管的窦道取出残余的胆道结石。对于胆道良性或恶性狭窄所致的梗阻患者于急性期后采用介入或手术治疗。

1.6 观察指标

观察对比两组患者的体温恢复正常时间、腹痛、腹部压痛等临床症状消失时间、白细胞(WBC)、血清淀粉酶(AMY)、谷草转氨酶(ALT)、碱性磷酸酶(ALP)、直接胆红素(DBIL)等实验室指标恢复正常时间、手术时间、住院时间、治愈率、并发症发生率、复发率和病死率等。

临床治愈评价标准:体温恢复正常、症状与体征消失、实验室检查指标恢复正常水平、进低脂饮食后无不适。

1.7 统计学处理

数据处理采用SPSS 14.0版统计软件,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组主要症状与体征变化比较

观察组患者腹痛与腹部压痛的消失时间及体温恢复正常时间明显优于对照组,两组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$) (表1)。

表1 两组主要症状与体征变化比较

组别	<i>n</i>	腹痛消失时间 (d)	腹部压痛消失 时间(d)	体温恢复正常 时间(d)
观察组	52	7.3±3.1	9.7±4.1	3.7±1.5
对照组	38	12.2±4.9	17.7±6.5	6.5±1.7
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组主要实验室指标变化比较

观察组WBC和血清AMY恢复正常时间明显优于对照组,两组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$);而两组的ALT、ALP和DBIL恢复正常时间接近,组间比较无统计学差异($P>0.05$) (表2)。

表2 两组主要实验室指标变化比较

组别	<i>n</i>	恢复正常时间(d)				
		WBC	AMY	ALT	ALP	DBIL
观察组	52	6.8±2.7	7.8±2.3	19.2±4.8	14.6±3.7	18.7±5.8
对照组	38	9.3±3.5	11.6±4.1	18.9±4.9	15.2±4.1	19.1±6.2
<i>P</i>		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.3 两组手术相关指标比较

观察组手术时间和住院时间明显优于对照组, 两组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察

组临床治愈率明显高于对照组, 并发症发生率、病死率和复发率明显低于对照组, 两组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 3)。

表 3 两组手术相关指标比较

组别	n	手术时间 (min)	住院时间 (d)	治愈率 [n (%)]	并发症发生率 [n (%)]	病死率 [n (%)]	复发率 [n (%)]
观察组	52	32.7 ± 8.4	26.4 ± 4.6	38(73.1)	9(17.3)	3(5.8)	8(15.4)
对照组	38	132.2 ± 34.7	35.2 ± 6.1	22(57.9)	14(36.8)	7(18.4)	13(34.2)
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

急性胆源性胰腺炎 (ABP) 也称胆源性急性胰腺炎, 是由胆道结石、炎症等可引起胰管梗阻, 胰黏膜屏障损害, 胰液外溢胰腺组织自我消化形成^[4]。胆源性急性胰腺炎的发病率较高仅次于急性阑尾炎、急性肠梗阻、急性胆道感染和胃十二指肠溃疡^[5]。

重症急性胆源性胰腺炎 (SABP) 是临床急危重症, 其发病机制尚不完全清楚, 目前最被推崇的发病机制是 1901 年 Opie 首先提出胆胰共同通道学说, Opie 共同通道学说从解剖学上提出胰管和胆管在进入十二指肠前汇合成共同通道, 结石等各种因素导致 Oddi 括约肌痉挛水肿, 胆胰管共同通道阻塞、引起胆汁反流入胰管激活胰酶引发或加重胰腺炎^[6]。因此 SABP 的主要治疗目标是早期去除通道梗阻, 及时引流减压, 终止胆汁反流、挽救患者生命, 这已成为广大临床工作者的共识^[7]。刘晓波等^[8]认为肝胰壶腹部梗阻持续时间越长, 胰腺炎病情越严重, 两者之间呈正相关性, 说明梗阻的解除应尽早。李珂等^[9]也认为, 越早治疗, SABP 并发症发生率和病死率越低, 及早清除结石等梗阻原因, 恢复胆道通畅, 减少胆汁反流, 可有效控制病情发展迅速改善病情并可以减少复发率。以往多采用外科手术方式来达到解除梗阻, 恢复胆流的目的, 但是 SABP 老年患者的机体储备能力下降, 免疫功能低下, 全身细胞呈退行性改变, 全身各脏器功能衰退, 并发症较多, 对各种治疗的耐受能力均明显降低, 因此外科手术治疗受到一定程度的限制^[10]。目前, 早期内镜介入检查并治疗急性胆源性胰腺炎引起广泛关注。美英两国已将内镜下逆行胰胆管造影 (ERCP) 和内镜下十二指肠乳头括约肌切开术 (EST) 列入了急性胆源性胰腺炎的推荐治疗方案中^[11]。经内镜逆行性胰胆管造影术 (ERCP) 诞生于 60 年代后期, 医生将十二指肠镜插至十二指肠降部, 找到十二指肠乳头, 由活检管

道内插入造影导管至乳头开口部, 注入造影剂后 X 线摄片, 以显示胰胆管的技术。1968 年首次报道了经内镜逆行胰胆管造影术, 可以成功显示胰胆管结构来诊断胆总管结石、胆道良恶性梗阻、胰腺占位等胰胆系统疾病。1974 年, Kawai、Classen 等相继报道了 ERCP 下十二指肠乳头括约肌切开术 (EST), 开辟了治疗性 ERCP 时代。通过 ERCP 可以在内镜下放置鼻胆引流管 (ENBD) 治疗急性化脓性梗阻性胆管炎、行胆管支架引流术、胆总管结石取石术等微创治疗。有研究^[12]报道, 近期心肌梗死不是 ERCP+EST 术的绝对禁忌证, 不会增加心肌梗死率, 明显优于外科手术, 因为后者可能增加心肌梗死率, 这说明内镜介入治疗 SABP 手术对人体干扰小, 手术风险低。但是在治疗前还是必须要控制心绞痛、纠正严重的心律失常及低氧血症, 术中进行心电监护, 密切观察生命体征变化。本研究结果显示早期内镜治疗 SABP, 能迅速地解除梗阻, 引流减压, 患者临床症状体征消失快, 实验室检查指标恢复正常快, 临床治愈率高, 并发症发生率、病死率和复发率低, 具有早期、微创、有效等特点。早期内镜治疗老年 SABP 患者有其独特的优越性。

笔者总结多年内镜治疗经验, 建议: (1) 内镜治疗 SABP 医护必须技术熟练、配合默契, 手法轻柔, 减少刺激, 并尽可能缩短操作时间; (2) 根据患者病情及耐受力, 选择治疗方案, 可分期治疗, 不强求一次性根治; (3) 严格控制造影剂注射速率及剂量, 尽量选择选择性胆管造影, 避免胰管显影; (4) 积极处理并发症, 保证治疗安全。

参考文献

- [1] Yang J, Zhang X, Zhang X. Therapeutic efficacy of endoscopic retrograde cholangiopancreatography among pregnant women with severe acute biliary pancreatitis[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2013, 23(5):437-440.



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.027
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3830.shtml

· 临床报道 ·

双套管引流灌洗治疗胰腺手术后胰瘘：附 33 例报告

张隽开, 谭广, 罗海峰, 王玉林

(大连医科大学附属第一医院 普外二科, 辽宁 大连 116011)

摘要

目的: 探讨双套管引流灌洗对胰腺部分切除及胰腺外伤修复手术后胰瘘的治疗作用。

方法: 回顾性分析 33 例胰腺切除及胰腺外伤修复手术后的胰瘘患者临床资料, 所有患者除术中常规放置腹腔引流管以外, 在胰腺手术局部表面另行放置黎氏双套管。术后根据患者的临床资料对患者进行胰瘘分级; 观察胰瘘出现时间及腹腔引流情况, 胰瘘确诊后行局部灌洗治疗, 记录腹腔感染例数及术后引流管拔除时间。

结果: 33 例胰瘘患者中, A 级胰瘘 21 例 (63.6%), B 级 8 例 (24.2%), C 级 4 例 (12.1%), 其中 C 级胰瘘均为胰腺损伤手术修复患者; 胰瘘出现时间为 (5.3 ± 2.8) d; 腹腔感染病例共 7 例, 均存在于 B、C 级胰瘘患者中, B+C 级胰瘘患者感染率较 A 级患者有统计学差异 (P=0.00019); C 级较 A 级胰瘘患者引流管拔除时间明显延长 (P=0.042), 而 B 级与 A 级胰瘘患者间无统计学差异 (P=0.72)。

结论: 早期双套管引流灌洗对胰腺切除及胰腺外伤修复手术后的 A、B 级胰瘘患者疗效较好, 对降低腹腔感染率、缩短引流管放置时间有一定作用, C 级胰瘘患者仍需进一步探索积极的治疗方法。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(3):389-391]

关键词

胰瘘 / 并发症; 双套管; 灌洗; 手术后并发症 / 预防与控制

中图分类号: R657.5

胰瘘是胰腺外伤与胰腺手术后常见的并发症。

虽然目前胰腺手术的规范化治疗与精细的手术操作技巧对预防胰瘘的发生取得了一定的效果, 但临床患者胰瘘发生率及病死率依旧偏高, 探讨胰瘘的有效防治措施仍然是临床医生面临的重要课题。我们将双套管引流灌洗治疗引入胰瘘的防治过程中, 取得良好效果, 回顾分析相关资料并介绍如下, 以期对该并发症的防治有所帮助。

收稿日期: 2013-10-12; 修订日期: 2014-02-20。

作者简介: 张隽开, 大连医科大学附属第一医院副主任医师, 主要从事胰腺外科基础与临床方面的研究。

通信作者: 张隽开, Email: zhangjunkai77@hotmail.com

- [2] Takács T, Rosztóczy A, Maléth J, et al. Intraductal acidosis in acute biliary pancreatitis[J]. *Pancreatology*, 2013, 13(4):333-335.
- [3] Yoon LY, Moon JH, Choi HJ, et al. Clinical usefulness of intraductal ultrasonography for the management of acute biliary pancreatitis[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2013, doi: 10.1111/jgh.12339.
- [4] van Geenen EJ, van Santvoort HC, Besselink MG, et al. Lack of consensus on the role of endoscopic retrograde cholangiography in acute biliary pancreatitis in published meta-analyses and guidelines: a systematic review[J]. *Pancreas*, 2013, 42(5):774-780.
- [5] 胡家业, 聂志因. 手术治疗重症急性胆源性胰腺炎 72 例临床分析[J]. *医学信息*, 2013, 26(6):201-202.
- [6] 胡文秀, 要瞰宇, 韩志强, 等. 重症急性胆源性胰腺炎的诊断与治疗[J]. *中华消化外科杂志*, 2013, 12(2):156-157.
- [7] 易晓彤. 应用治疗性逆行胆胰管造影对重症急性胆源性胰腺炎的诊治与疗效观察[J]. *贵阳医学院学报*, 2012, 34(5):150-152.
- [8] 刘晓波, 代英巍, 孙剑锋, 等. 内镜治疗重症急性胆源性胰腺炎时机与疗效分析[J]. *中国误诊学杂志*, 2011, 11(34):8364.

- [9] 李珂, 苏杰, 张智勇, 等. 重症急性胆源性胰腺炎内镜治疗时机探讨[J]. *中国实用外科杂志*, 2005, 25(6):357-358.
- [10] 唐悦锋, 徐杨荣, 廖国庆, 等. 早期内镜治疗在重症急性胆源性胰腺炎治疗中的作用[J]. *中国普通外科杂志*, 2010, 19(7):801-804.
- [11] 蔡逢春, 杨云生, 李闻, 等. 重症急性胆源性胰腺炎内镜治疗回顾性研究[J]. *内科急危重症杂志*, 2011, 17(4):199-201.
- [12] 杜继东, 邹一平, 黄辉, 等. 早期内镜治疗老年重症急性胆源性胰腺炎[J]. *中华消化外科杂志*, 2007, 6(4):307-308.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 高绪仲, 王忆勤. 早期内镜治疗老年重症急性胆源性胰腺炎的临床疗效观察[J]. *中国普通外科杂志*, 2014, 23(3):386-389. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.026

Cite this article as: GAO XZ, WANG YQ. The clinical effect of early endoscopic therapy in elderly patients with severe acute biliary pancreatitis [J]. *Chin J Gen Surg*, 2014, 23(3):386-389. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.03.06