

· 临床经验 ·

内镜治疗高龄胆源性胰腺炎的临床疗效分析

王 华, 汪 涛, 汤礼军

〔摘要〕 目的 探讨高龄胆源性胰腺炎患者内镜治疗的安全性和疗效。方法 回顾性分析收治 >80 岁的胆源性胰腺炎 80 例的资料, 采用经内镜逆行胰胆管造影(ERCP) + 十二指肠乳头括约肌切开术(EST) + 鼻胆管引流(ENBD), 或胆道塑料支架植入术治疗。结果 80 例中, 有 4 例因镜下无法找到十二指肠大乳头开口而转为开腹手术, 余 76 例均完成内镜治疗, 成功率 95.00%。其中一次性完成 ERCP + EST + ENBD 治疗者 69 例, 7 例因较大铸型结石嵌顿无法碎石而行胆道塑料支架植入。1 例因感染性休克死亡, 1 例因反复消化道出血死亡, 病死率 2.63%。结论 内镜治疗高龄胆源性胰腺炎患者具有创伤小、恢复快、病死率低的优点, 是一种安全有效的治疗方法。

〔关键词〕 胆源性胰腺炎; 内镜治疗; 高龄; 疗效

〔中图分类号〕 R657.51 〔文献标志码〕 B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.05.025

胆源性胰腺炎(biliary pancreatitis, BP)在我国是胰腺炎中最常见的类型, 多因胆总管结石嵌顿、缩窄性乳头炎、胆道蛔虫等疾病引起, 尤其是在老年群体中发病率较高, 具有来势凶猛、进展快、并发症多等特点。加之老年人多伴有其他器官疾病, 开腹手术治疗创伤大, 恢复慢, 麻醉和手术风险大。近年来, 随着内镜微创治疗技术的提高, 内镜逆行胰胆管造影(ERCP)技术起重要作用。本文回顾性分析我中心 2005 年 1 月 - 2013 年 12 月收治的 80 例经内镜治疗的 >80 岁的胆源性胰腺炎患者资料, 探讨内镜微创治疗的有效性和安全性。

1 对象与方法

1.1 对象 本组 80 例, 男 52 例, 女 28 例, 年龄 80 ~ 95 岁, 平均 85.7 岁。所有患者术前经腹部彩超及胰胆管磁共振水成像(MRCP)或腹部 CT、实验室检查证实为胆源性胰腺炎。其中合并有脑梗死 5 例, 冠心病 18 例, 高血压 17 例, 糖尿病 12 例, 肺气肿 3 例。既往有胆道手术史 5 例。所有患者均神志清醒, 患者本人或在家人辅助下能配合内镜治疗, 无绝对内镜手术禁忌证。

1.2 仪器与手术材料 日本奥林巴斯 TJF-240 治疗型电子十二指肠镜, 内窥镜医学影像工作站, 奥林巴斯 PSD-30 高频电烧装置一套, 三腔括约肌切开高频电刀(北京康威公司), 造影导管, cook 斑马导丝, 球囊扩张导管, 三腔取石气囊, 一体式取石/碎石网篮, 鼻胆引流管。

1.3 治疗方法 入院后完善检查, 同时保守治疗。

检查包括实验室检查、腹部彩超、腹部 MRCP、心电图等, 治疗采取禁食水、抗炎补液、维持内环境稳定、抑酸、必要时胃肠减压等。明确诊断或疑似胆道疾病后行十二指肠镜检查, 操作同时有必要行心电监测。良性缩窄性乳头炎行乳头括约肌切开(EST) + 鼻胆管引流(ENBD); 胆总管蛔虫行蛔虫拖出 + ENBD; 胆总管结石行 EST + ENBD, 必要时行球囊扩张术。

1.4 术后处理 术后绝对卧床 24 h, 继续禁食水、抑制胰液分泌、维持水电酸碱平衡、抗感染、心电监护; 注意鼻胆引流管中引流液的颜色、量; 每日复查或隔日复查血常规、血淀粉酶、血液生化。

2 结果

2.1 内镜治疗结果 80 例中胆总管下端结石 67 例, 缩窄性乳头炎 12 例, 胆道蛔虫 1 例。一次性解除胆道梗阻 76 例, 成功率 95.00%。其中有 7 例因胆总管下段铸型结石过大无法碎石, 植入自制塑料支架(将鼻胆引流管末端剪下 8 ~ 10 cm 左右, 上端置于胆总管内梗阻平面上方, 下端露于十二指肠腔内)。另 4 例因内镜下无法找到十二指肠大乳头开口, 急诊行开腹胆总管切开取石、T 管引流术, 尽量缩短手术时间, 减小手术规模。平均住院 8.37 d。

2.2 并发症 3 例发生十二指肠乳头部电切处渗血, 2 例经再次止血治愈, 1 例因出血量大, 视野模糊, 喷洒冰盐水 + 去甲肾上腺素及使用钛夹均未能有效止血, 后死于失血性休克; 3 例出现一过性胰腺炎加重, 考虑与造影剂刺激有关, 2 例经积极保守治疗好转, 1 例引起重症胆管炎, 感染性休克, 肺部感染, 治疗无效死亡; 2 例严重心律失常, 内科治愈。

3 讨论

3.1 高龄患者胆源性胰腺炎特点 胆源性胰腺炎是常见急腹症原因之一,具有病情重、进展快、并发症多的特点,加之老年人全身各器官功能衰退,免疫力低下,对痛觉不敏感,若伴有脑血管疾病,语言表述不清,容易误诊。尤其 80 岁以上的老年群体,耐受能力明显降低。绝大部分患者合并有重要器官基础疾病,麻醉和开放手术可能带来严重并发症导致治疗结果失败。此时内镜微创治疗技术不失为首选方案。美英两国已将内镜下逆行胰胆管造影和内镜下加十二指肠乳头括约肌切开术列入了急性胆源性胰腺炎的推荐治疗方案中^[1]。

3.2 内镜微创治疗的时机选择 胆源性胰腺炎系因胰胆管共同通道梗阻,致胆汁反流入胰管激活胰酶引起“自身消化”,梗阻时间越长,胰腺炎症越重。故一旦明确诊断,宜早期实施侵入性治疗。目前普遍认为在急性胆源性胰腺炎发病 24 ~ 72 h 是内镜治疗的最佳时机^[2]。对于伴有急性梗阻性化脓性胆管炎,全身情况较差,氧饱和度过低的高龄患者,可考虑先行 ENBD 解除梗阻,注意注射造影剂时压力勿过高^[3-6]。待胰腺炎症状缓解,二期再行 EST 及取石。本组 80 例中,55 例于发病 24 h 内行微创手术,16 例 24 ~ 72 h 手术,9 例 > 72 h 手术,预后分析 24 h 内治疗者明显优于 24 h 后治疗者。可能与不同时间段内胰腺的病变程度不同有关,24 h 内胰腺水肿是可逆的,24 ~ 48 h 为出血、脂肪坏死,超过 48 h 为广泛出血坏死,时间越长,胰腺病变越不可逆。所以我们认为早期内镜干预对提高急性胆源性胰腺炎的疗效具有重要的临床意义。

3.3 内镜治疗的并发症 内镜微创治疗虽然操作时间短、术后恢复快,但仍有严重并发症,尤其是对于基础疾病较多的老年患者,除内镜本身常见的出血、穿孔、胆管炎、胰腺炎,还有因内镜刺激导致的误吸、皮下气肿、心律失常等^[7-9]。国外有研究显示 90 岁以上 ERCP 治疗并发症发生率为 2.50% ~ 10.00%^[10]。国内有研究显示 90 岁以上 ERCP 治疗并发症发生率为 7.14%^[11]。本文并发症的发生

率为 10.00%,与上述报道基本一致。

内镜微创治疗胆源性胰腺炎已开展多年,技术正逐步走向成熟,但在高龄患者群体中仍需慎之又慎,最好由经验丰富的专家和护士,巧妙配合,手法轻柔,张弛有度,尽可能缩短操作时间。对于病情严重者可采取个体化治疗,无需一次性彻底解除梗阻。在整个操作过程中,有必要持续心电图监测,第一时间观察患者生命体征变化,术后积极处理并发症,确保治疗的安全性。

【参考文献】

- [1] Geoffrey CN, Morgan R, Rachel YC. Early cholecystectomy and ERCP are associated with reduced readmissions for acute biliary pancreatitis; a nationwide, population-based study[J]. *Gastrointest Endosc*, 2012, 75(1): 47-55.
- [2] 李珂, 苏杰, 张志勇. 重症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.
- [3] 胡强, 陶健. 老年重症急性胆源性胰腺炎的临床特点与微创处理[J]. *上海医学*, 2013, 36(9): 801-804.
- [4] 张健都, 王泰岳, 陈剑. 老年急性重症胆管炎 32 例临床分析[J]. *中国老年学杂志*, 2011, 31(3): 512-513.
- [5] 张小平, 张涛, 汪茂鸣, 等. 胆源性胰腺炎合并胆总管结石的临床治疗[J]. *肝胆胰外科杂志*, 2012, 24(1): 65-66.
- [6] 佟乌日娜. ERCP 治疗胆总管结石的临床分析[J]. *内蒙古医学杂志*, 2012, 44(6): 693-695.
- [7] 胡维杰, 吴万桂, 李欣, 等. 内镜下切开十二指肠乳头括约肌治疗胆总管结石 135 例临床分析[J]. *东南国防医药*, 2013, 15(2): 138-140.
- [8] 向正国, 李科军, 陈旭峰, 等. EST 小切开联合 EPBD 治疗乳头旁憩室合并胆总管结石的疗效分析[J]. *东南国防医药*, 2013, 15(3): 238-240.
- [9] 谢子英, 赵亚刚, 孙大勇. 逆行胰胆管造影治疗急性胆源性胰腺炎 134 例分析[J]. *华南国防医学杂志*, 2011, 25(1): 78-79.
- [10] Katsinelos P, Paroutoglou G, Kountouras J, et al. Efficacy and safety of therapeutic ERCP in patient 90 years of age and older[J]. *Gastrointest Endosc*, 2006, 63(3): 417-423.
- [11] 郝俊峰, 胡良皋, 廖专, 等. 90 岁及以上高龄患者行治疗性经内镜逆行胰胆管造影术的安全性及有效性评价[J]. *中华消化内科杂志*, 2012, 29(10): 558-562.

(收稿日期: 2014-05-07; 修回日期: 2014-05-30)

(本文编辑: 黄攸生)