文章编号:0253－3626(2003)01－0094－04

内镜下乳头括约肌切开术治疗胆胰疾病 59 例报告

胡　兵，陶小红，张俊文

(重庆医科大学临床学院消化内科，重庆　400016)

【摘　要】目的:探讨内镜下治疗胆胰疾病的价值。方法:经临床确诊或逆行胰胆管造影诊断明确的胆管结石、急性梗阻性化脓性胆管炎、恶性胆道梗阻、Oddi 括约肌功能障碍、重症胰腺炎、慢性胰腺炎等患者 59 例,进行乳头括约肌切开、网篮取石、鼻胆管引流、胆道塑料内支架引流等治疗。结果:成功 59 例(100%),痊愈 50 例(84.7%),好转 8 例(13.6%),无严重并发症和死亡。结论:内镜治疗胆胰疾病效果好、并发症少、痛苦小、费用低,值得推广应用。

【关键词】治疗性逆行胰胆管造影;内镜下乳头括约肌切开术;胆胰疾病;并发症

【中国图书分类法分类号】R657.5　　【文献标识码】A　　【收稿日期】2002－03－13

Endoscopic sphincterotomy in the management of pancreaticobiliary disease

HU Bing, et al

(*Department of Gastroenterology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and sphincterotomy (EST) are well accepted as the procedure of choice for diagnostic and therapeutic purposes of pancreaticobiliary disease. The aim of this study is to investigate the curative effect and complication of pancreaticobiliary disease managed by therapeutic ERCP. *Methods*: A total of 59 patients with common bile duct stone, acute obstructive suppurative cholangitis, malignant bile duct obstruction, acute or chronic pancreatitis, and sphincter of Oddi dysfunction. Each case was confirmed by ultrasonographic examination, diagnostic ERCP and blood amylase test. All patients underwent therapeutic ERCP such as EST, stone extraction and drainage. *Results*: Of the 59 patients, 16 patients with acute obstructive suppurative cholangitis and severe acute pancreatitis underwent urgent management of endoscopic intervention, stone extraction and endoscopic nasobiliary drainage. The remaining 43 patients underwent diagnostic ERCP, followed by therapeutic ERCP in cases of documented bile duct stone, sphincter of Oddi dysfunciton, or chronic pancreatitis. The success rate of endoscopic procedure was 100%, and the complication rate was 6.8%, without mortality. *Conclusion*: In patients with pancreaticobiliary disease, therapeutic ERCP provides adequate management and is associated with low complication rates.

【Key words】Therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP); Endoscopic sphincterotomy (EST); Pancreaticobiliary disease; Complication

自 1973 年世界上报道第 1 例内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)下行内镜乳头括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)取出胆总管结石后,通过近 30 年发展,衍生出鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)、鼻胰管引流术(Endoscopic nasopancreatic drainage, ENPD)、胆道支架内引流术(endoscopic retrograde biliary drainage, ERBD)等,统称治疗性 ERCP。治疗上也从单纯胆总管结石到化脓性胆管炎、胆管癌以及胰腺炎等多种疾病[1]。我院从 2001 年 5 月至 2001 年 12 月行治疗性 ERCP 治疗胆胰疾病 59 例,取得了满意的疗效,现总结如下。

作者介绍:胡　兵(1965－　),男,主治医师,
主要研究方向:胆胰疾病微创治疗。

1　材料与方法

1.1　临床资料

1.1.1　一般资料　在 ERCP 诊断基础上对有适应症的 59 例胆道疾病患者进行了内镜治疗,男 35 例,女 24 例,年龄 17～89 岁,平均 56.3 岁。

1.1.2　疾病种类　胆管结石 17 例,其中急性梗阻性化脓性胆管炎 4 例,恶性胆道梗阻 3 例,Oddi 括约肌功能障碍(Sphincter of Oddi dysfunction, SOD) 11 例,重症胰腺炎 12

例,慢性胰腺炎 15 例。16 例合并有十二指肠乳头旁憩室。21 例既往有胆道手术史,1 次 15 例,2 次 6 例。

1.2 方法

1.2.1 术前用药器械 术前检查患者出凝血时间,常规肌注度冷丁、阿托品及 654-2,使十二指肠蠕动减慢,分泌减少,括约肌松弛。器械选用电子十二指肠镜 ED-3440T、CGI-4000 型高频电源(Pentax),造影导管、乳头切开刀、取石网篮、10Fr 塑料胆道内支架、鼻胆引流管(Olympus),斑马导丝、气囊导管(Boston Scientific)。

1.2.2 治疗方法 治疗性 ERCP 首先进行 ERCP 及摄片确定十二指肠乳头是否狭窄,胆管癌梗阻部位,胰管扩张或串珠样改变,胆总管结石大小、数目及部位。有上述疾病者即行 EST 术。多以针式切开刀切开,采用混合电流电切,指数 22~26,切开长度 15~20mm,切开后换网篮取石,结石较大者用篮型碎石器将其绞碎配合气囊导管取石或待其自然排出,根据病情需要放置鼻胆管引流或置入支架,诊断及治疗情况见表 1。

急诊 EST:凡有血性腹水、淀粉酶增高伴急腹症的重症胰腺炎患者;腹痛、黄疸、畏寒发热,经 B 超证实的化脓性梗阻性胆管炎患者;B 超明确的胆源性胰腺炎患者。建立静脉通道或予吸氧,在内镜室急诊行 EST(Endoscopic sphincterotomy)术,用取石网篮凭手感取石并行 ENBD,病情缓解后,经鼻胆管 X 线造影确定胆管病变(见表 1)。

1.2.3 术后处理 嘱患者卧床 24h,禁食 1 天,适当使用止血药物及抗生素,对 EST 后胆总管小结石或未取尽的结石,1 周后行 ERCP 或 B 超复查。

2 结 果

2.1 胆道疾病

59 例中胆总管结石 17 例(28.8%),其中胆囊切除术后合并胆总管残石 9 例(15.3%),胆囊结石合并胆总管结石 5 例(8.5%),原发性胆总管结石 3 例(5.1%)。术中发现胆总管结石 1~4 枚,直径 0.5~2.0cm,3 例 EST 后,自发性排石,其余均经网篮或气囊取石;肝内胆管结石 1 例,EST 后自发排石;1 例 17 岁胆总管结石患者,因结石小,未行 EST,单纯网篮取石成功。4 例结石合并化脓性胆管炎,急诊 EST,网篮取石,安置 ENBD,治疗痊愈。

SOD11 例(18.6%),经 EST 治疗好转出院。1 例胆总管蛔虫直接取出后痊愈。胆管下段癌 3 例,1 例行 ENBD 后,因患者拒绝手术或内引流术自动出院,另 2 例行 ERBD 后,黄疸减退出院(见表)。

表 1 59 例胆胰疾病内镜治疗方法及结果

病 种	例 数	治疗方法	成 功	备 注
胆总管结石	4	EST+网篮取石	4	1 例 2 次取石
胆总管结石	1	单纯网篮取石	1	患者 17 岁,未作 EST
胆总管结石	3	EST+自发性排石	3	1 月内复查,结石排出
胆总管结石+胆管炎	3	EST+网篮取石+ENBD	3	
胆总管结石+蛔虫残骸	1	EST+网篮取石+ENBD	1	
胆总管结石+化脓性胆管炎	4	EST+网篮取石+ENBD	4	急诊 EST+ENBD
肝内胆管结石合并肝脓肿	1	EST	1	1 月后复查结石排出
胆管癌	3	EST+ERBD/ENBD	3	1 例 ENBD 后自动出院
胆总管内蛔虫残骸	1	EST+网篮取残骸	1	
Oddi 括约肌功能障碍(SOD)	11	EST	11	
重症胰腺炎	12	EST+ENB(P)D	12	其中胆源性 8 例,急诊治疗
慢性胰腺炎	15	EST	15	胰管结石 1 例,经网篮取出
合 计	59		59	

2.2 胰腺疾病

12 例重症胰腺炎(20.3%),急诊 EST 并放置 ENBD,11 例痊愈,平均住院时间 20 天,1 例好转后,胆道造影发现胆总管下段器质梗阻,转外科手术痊愈。慢性胰腺炎 15 例(25.4%),其中胰管结石 1 例,经 EST 后取石成功;以腹痛为表现的慢性胰腺炎 8 例,经 EST 后,5 例腹痛消失,2 例缓解,1 例无明显变化;6 例慢性复发性胰腺炎,EST 后,4 例未再复发,1 例 ERCP 见主胰管开口段狭窄,第 1 次 EST 后,发作 2 次,2 次 EST 后,现无复发,另 1 例结合 CT 检查,胰头主胰管处有 2cm 大小囊肿压迫,主胰管增粗达 0.9cm,分别行主乳头和副乳头切开,术后复发胰腺炎 2 次,现进一步随访中。

2.3 并发症

十二指肠后壁穿孔 1 例,急性胰腺炎 2 例,EST 后迟发性出血 1 例(术后 72h 呕血 1 次、暗红色血便

数次),均经保守治疗痊愈,无死亡。

3 讨 论

3.1 EST 的适应症和疗效

EST 治疗胆、胰疾病是内窥镜用于治疗的一个突破性进展,使过去需剖腹手术才能解决的问题,可经 EST 完成。EST 优点在于将复杂的大手术简单化,患者不需麻醉,不经剖腹的痛苦,对正常胃肠道及全身机能干扰小,术后恢复快,尤其适合高龄和手术中具有高危因素的胆胰疾病患者[1~3]。本组最大年龄 89 岁,有胆道手术史者 21 例(35.6%),伴有冠心病 4 例,糖尿病 6 例,高血压 9 例,EST 后无心血管及内分泌并发症发生,均顺利康复。

目前 EST 治疗的适应症为肝外胆管结石、急性重症胆管炎、胆源性胰腺炎、SOD、慢性胰腺炎、胆道蛔虫症、胆管癌伴梗阻性黄疸[3]等。本组胆管结石 17 例(28.8%)、胆管癌 3 例(5.1%),SOD 11 例(18.6%)、重症胰腺炎 12 例(20.3%)、慢性胰腺炎 15 例(25.4%),其中包括胰管结石 1 例,在治疗疾病病种和比例上与国内外相同[1~3]。

随着内镜治疗设备的发展、EST 技术的改进,使治疗性 ERCP 成功率明显提高,达 95% 以上[1]。本组 EST 方法多采用近 10 年发展起来的针刀技术,59 例中,除 1 例未作 EST 直接取石外,58 例均行 EST 术,成功率达 100%;50 例(84.7%)痊愈;8 例(13.6%)好转,其中包括 3 例胆管癌,1 例因胆总管炎性器质性梗阻,外科择期手术;1 例(1.7%)慢性胰腺炎 EST 后效果不明显。

3.2 内镜胆管引流术的适应症和疗效

内镜胆管引流术分 ENBD,ERBD。方法简单、安全、有效。ENBD 主要适用于急性胆管炎、重症胰腺炎等。Lai 等[4]比较了 ENBD 和开腹手术治疗重症胆管炎各 41 例,结果 ENBD 组死亡率 9.76%,远远低于外科手术组(31.9%)。本组重症胆管炎 4 例,年龄最大 82 岁,经 ENBD 后痊愈。

急性胰腺炎是常见急腹症之一,我国大部分急性胰腺炎为胆源性。Soetikno 等[5]总结了 834 例急性胆源性胰腺炎治疗结果,内镜组效果显著优于对照组:死亡率(3%:18%),复发率(20%:60%),缩短住院时间(平均 9.5 天)。本组 EST 和 ENBD 治疗重症胰腺炎 12 例,11 例痊愈,1 例缓解后造影发现胆总管炎性器质性狭窄,转外科择期手术后痊愈。治疗中发现患者血性腹水 24h 后消失,72h 后腹胀减轻,住院时间明显缩短。

对于不宜搬动的危重患者,内镜治疗可以在监护病房进行,若无可移动 X 线透视机,可在 B 超引导下进行[6]。Wang 等[7]报道 26 例危重病人在无监测下安置 ENBD,成功 23 例(88%)。本组 16 例重危患者在内镜室无监测下行 EST 并安置 ENBD,成功率 100%,其中 4 例结石合并重症胆管炎、2 例合并胰腺炎凭手感取石,均一次性成功。

ERBD 主要用于恶性胆道梗阻。国内总结 929 例恶性胆道梗阻患者,进行了 1215 次引流术,有效率 81.8%,显著提高患者生活质量和成活时间(平均生存 14 月);与相应姑息性手术疗效比较,其并发症、死亡率、成活时间均显著优于手术[8]。本文 3 例胆道恶性梗阻,2 例 ERBD 成功(100%),现进一步随访中;1 例经 ENBD 后,拒绝手术和 ERBD,自动出院。

3.3 EST 常见并发症

EST 治疗胰胆管疾病最常见的并发症是胰腺炎、出血、穿孔、胆管炎等,其发生率 6.3% ~16%,死亡率为 0.9% ~1.3%[9]。本组发生并发症 4 例(6.8%),与文献报道相符。其中胰腺炎 2 例(3.4% 例),1 例为一过性,禁食 24h 后痊愈,1 例有重症趋势,经胃肠减压、抗感染等综合治疗好转。1 例(1.7%)并发上消化道出血,保守治疗好转。1 例(1.7%)发生微小穿孔,经保守治疗 10 天后痊愈出院。无死亡发生。

EST 使乳头有较大的开口,易于取出胆管内较大的结石,但破坏了 Oddi 括约肌功能,可能会导致返流性胆管炎引起结石复发[10]。有学者提出乳头气囊扩张使乳头开口扩大[11],尽可能保留 Oddi 括约肌功能。但近期报道认为这种气囊扩张术易致重症胰腺炎,因此,该方法仅适合部分难以行 EST 的患者,如毕Ⅱ式术后等[12]。在 EST 术后随访中发现,1 年后,胆道功能恢复正常,无明显反流[13]。表明 EST 术近期、远期均是一种安全有效的方法。

治疗性 ERCP 治疗胆胰疾病具有很多优越性,对胆总管结石、胆源性及重症胰腺炎、良恶性胆道梗阻等多种胆胰疾病疗效确定,相信在不久的将来会被广泛接受并逐步取代部分传统开腹手术。

参 考 文 献

[1] Rabenstein T, Schneider HT, hahn EG, et al. 25 years of endoscopic sphincterotomy in Erlangen: assessment of the experience in 3498 patients[J]. Endoscopy, 1998; 30: A194 - 201.
[2] 唐 竞,姚礼庆. 内镜技术在治疗胆总管结石中的应用价值和进展[J]. 中国内镜杂志,2000;6:15 - 18.
[3] 李兆申. 中国 ERCP 研究现状[J]. 世界华人消化杂志,2000;8:446 - 448.
[4] Lai EC, Mok FP, Tan ES, et al. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis[J]. N Engl J Med, 1992; 326:1582 - 1586.
[5] Soetikno RM, Can Locke DL. Endoscopic management of acute gallstone pancreatitis[J]. Gastrointest Endosc Clin N AM, 1998;8:1 - 12.
[6] Lin XZ, Chang KK, Shin JS, et al. Endoscopic nasobiliary drainage for acute suppurative cholangitis: A sonographically guided method[J]. Gastrointest Endosc, 1993;39:174 - 176.
[7] Wang HP, Huang SP, Sun Ms, et al. Urgent endoscopic nasobiliary drainage without fluoroscopic guidance: A useful treatment for critically ill patients with biliary obstruction[J]. Gastrointest Endosc, 2000;52:741 - 744.
[8] 胡 冰,周岱云,龚 彪,等. 1215 例次恶性胆管梗阻内镜治疗的体会[J]. 中华外科杂志,2001;39:195 - 198.
[9] 鞠金涛,李兆申,许国铭. 内镜下乳头括约肌切开术常见并发症研究近况[J]. 国外医学消化系统疾病分册,1998;18:95 - 98.
[10] 钱立武,孙保德,白俊绥. 经内镜乳头括约肌切开术后胆道生理生化变化[J]. 中华消化内镜杂志,1998,15:377 - 379.
[11] Komatsa Y, Kawabe N, Ohashi M, et al. Endoscopic papillary balloon dilation for the management of common bile duct stones: Experience of 226 cases[J]. Endoscopy, 1998; 30: 12 - 17.
[12] Huibreqtse K. Biliary sphincter balloon dilation; who, when and how[J]? Can J Gastroenterol, 1999; 13:499 - 500.
[13] Suqiyama M, Atomi Y. Does endoscopic sphincterotomy cause prolonged pancreatobiliary reflux[J]? Am J Gastroenterol, 1999; 94:795 - 798.

(上接第 93 页)的病例,钡剂通过并不顺畅,往往需要连续观察数小时,必要时取右侧卧位,直至空肠上段显示。

钡灌肠可显示盲肠位置,被认为是肠旋转不良的最佳检查手段,本组 20 例有 15 例显示盲肠异位,可见钡灌肠对肠旋转不良诊断敏感性较高。然而对于合并中肠扭转的诊断钡灌肠远不及上消化道钡餐。而且,在临床中还发现,某些正常新生儿结肠由于发育尚未完全而表现为臃长且位置不固定,极易产生假阳性,此时应积极建议其年长后随访。

3.3 检查方法的选择

在肠旋转不良的诊断中,腹部平片简便易行,能迅速提供肠道充气情况[4];上消化道钡餐检查可了解上消化道梗阻的情况,并能发现一部分屈氏韧带位置异常以及螺纹征等直接征象;钡灌肠对肠旋转不良的检出率高,但不能及时发现肠扭转。以上 3 种检查方法各有优点,我们认为在肠旋转不良的诊断中,对各种检查方法的应用应遵循优势互补、循序渐进的原则。检查顺序应为平片 - 上消化道钡餐 - 钡灌肠,平片作为常规,上消化道钡餐与钡灌肠相互结合。在检查过程中,一经发现一种特异性征象,即可诊断为肠旋转不良或肠旋转不良合并中肠扭转。

参 考 文 献

[1] Stalker Hj, Chitayat D. Familial intestinal malrotation with midgut volvulus and facial anomalies: a disorder involving a gene controlling the normal gut rotation[J]? Amj Med GENET, 1992; 44(1): 46 - 47.
[2] 付 凯. 儿童中肠旋转不良及扭转的分析[J]. 实用放射学杂志,1997;13(1):19 - 21.
[3] 陈春晖,席明珠. 儿童先天性中肠旋转不良的 X 线诊断[J]. 中外医用放射技术,2001;(1):100 - 101.
[4] 朱 珍,姚庆华,赵一鸣. 婴儿肠旋转不良合并中肠扭转 X 线诊断[J]. 临床放射学杂志,1999;18(10):617 - 619.