DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.02.039
第22卷第2期 第三军医大学学报 Vol. 22, No. 2
192 2000年2月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Feb. 2000

临床研究

文章编号:1000-5404(2000)02-0192-02

十二指肠乳头括约肌切开术治疗胆胰疾病

陈 敏,周永碧,李智华,刘吉奎 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科中心,重庆 400038)

提 要 目的:探讨十二指肠乳头括约肌切开术(EST)在治疗胆胰疾病中的作用。方法:回顾性总结1987年7月至1999年10月间实施的712例次EST。结果:EST治疗缩窄性乳头炎278例,成功率97.0%;继发性胆总管结石559例,结石排出率97.1%;因缩窄性乳头炎所致的慢性阻塞性胰腺炎45例,症状缓解率86.7%;Oddi扩约肌功能障碍12例,成功率91.7%。EST后重症胰腺炎、胆管炎、切口出血等并发症发生率为1.4%,本组无死亡病例。结论:EST是理想的治疗部分胆胰疾病的微创外科技术。

关键词 十二指肠乳头括约肌切开术;胆胰疾病
中图法分类号 R615;R657.4;R657.5 文献标识码 A

Value of Endoscopic papillo-sphincterotomy in the management of cholangiopancreatic diseases

CHEN Min, ZHOU Yong-bi, LI Zhi-hua, LIU Ji-kui (Department of Hepatobiliary Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038)

Abstract Objective: To investigate the value of Endoscopic papillo-sphincterotomy (EST) in the management of cholangiopancreatic diseases. Methods: 712 cases treated with EST from July, 1987 to October, 1999 were reviewed. A retrospective analysis of therapeutic effect was made. Results: The rates of success of EST in management of constrictive papillitis and functional disturbance of Oddi's sphincter were 97.0% (278/288) and 91.7% (11/12) respectively. Symptoms of 86.7% (39/45) patients with chronic obstructive pancreatitis caused by constrictive papillitis were alleviated and common bile duct stone was removed in 543 out of 559 patients (97.1%) after EST. The incidence of complications (severe pancreatitis, cholangiotitis and hemorrage) following EST was 1.4%. No patient died in our group. Conclusion: EST is an ideal and mini-traumatic treatment for some cholangiopancreatic diseases.

Key words EST; cholangiopancreatic disease

内窥镜十二指肠乳头括约肌切开术 (Endoscopic papillo—sphincterotomy, EST)是治疗胆胰部分疾病新的内镜技术[1],适用于胆总管结石、缩窄性乳头炎、慢性胰腺炎、胆道蛔虫和Oddi括约肌功能障碍。我院从1987年7月至1999年10月共行内窥镜逆行胆胰管造影术(ERCP)4686例次,其中行EST 712例,疗效报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组712例,男性310例,女性402例,平均年龄52岁(20~84岁),均为胆胰疾病患者。其中,有胆道手术史者626例,合并冠心病92例,糖尿病78例。

1.2 疾病种类

①缩窄性乳头炎288例(40.4%),其中合并胆道结石181例。②胆道残留结石190例(26.7%),其中9例为胆总管横断胆肠吻合术后,胆总管盲端残留结石,胆囊切除术后60例,胆道探查术后113例。③胆囊结石合并胆总管结石188例(26.4%)。④慢性胰腺炎45例、胰管蛔虫1例(6.4%)。

1.3 切口大小

切口>2.5 cm 14例(1.9%),1.5~2 cm 28例(3.9%),1~1.5 cm 260例(36.5%),0.6~1 cm 309例(43.3%),0.4~0.6 cm 101例(14.2%)。

1.4 治疗结果

712例EST后,即行胆道造影,了解胆道情况。①288例缩窄性乳头炎解除狭窄278例,成功率97%。10例狭窄未解除原

作者简介:陈 敏(1962.9),女,四川省崇州市人,主管技师,发表论文8篇。电话:(023)68754128
收稿日期:1999-11-12;修回日期:2000-01-18

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

因是因为十二指肠憩室内乳头 5 例，胆总管下端狭窄段超出十二指肠壁外 5 例。②559 例胆道结石，术中立即取石 127 例（22.7%），1 周内排石 296 例（52.9%），2 周排石 120 例（21.5%），结石总排出率 97.1%。16 例取石失败后行开腹手术治疗（2.8%）。原因是：结石直径在 2 cm 以上，与胆总管壁呈镶嵌状，取石篮不能超过结石上端使套取破碎结石失败，而且胆总管下端狭窄段 >2 cm，结石下降困难。

1.5　并发症

文献报道[2] EST 死亡率 2% ~ 9%，本组并发症 10 例（1.4%），其中重症胰腺炎、十二指肠小穿孔各 1 例，经手术引流治愈，切口出血 3 例，急性胆管炎 3 例，经保守治疗痊愈。无死亡病例。

2　讨论

2.1　EST 疗效及评价

EST 治疗胆、胰疾病是内窥镜用于外科治疗的一个突破性进展[1]。1974 年德国的 Classen 和日本的 Kaiwai 同年发表了内窥镜与高频电流技术相结合行乳头括约肌切开治疗胆道残留结石和十二指肠乳头括约肌狭窄，开创了内窥镜外科治疗的先例。过去由于剖腹切开胆道和肠腔才能解决的问题，可由 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。本组最大年龄 83 岁，伴有冠心病 92 例，糖尿病 78 例，行 EST 后无心血管及内分泌系统并发症发生。

对伴有胆道结石，尤其有胆道手术史的患者，EST 有明显优越性，可避免再次手术痛苦及分离粘连疤痕造成误伤的可能，不仅取出了胆道结石，而且解除了胆总管开口处狭窄所引起的胆胰疾病。本组 712 例中有胆道手术史者 626 例（87.9%），EST 后均顺利康复。顽固性腹痛的慢性阻塞性胰腺炎，90%发病原因是胆源性，其中以胆总管下端及胰管开口处狭窄多见。EST 直接解除胰管开口的狭窄，使胰液引流通畅，达到治疗胰腺炎的目的。本组共治疗 45 例，切口在 1cm 以内，最长随访 9 年，最短 1 年 3 个月，腹痛明显减轻或消失。

2.2　EST 切口与治疗效果的关系

①依据乳头形态，是否有乳头旁憩室与开口的位置、结石大小和胆总管下端狭窄长短等决定 EST 切口的大小。②乳头部隆起的高度与胆胰管压力、胆管扩张程度成正比，因此在行 EST 时根据乳头的大小，判定乳头部切开长度最可靠，是保证治疗效果和减少并发症的关键[3]。③根据乳头的分型，乳头型切口可长，扁平型切口则短。在应用中，胆总管继发性结石并急性胆管炎，急性、亚急性乳头炎的乳头最大，开口处呈红色，其乳头的隆起部粘膜光亮呈嵌顿状，可根据结石的大小、狭窄的长度及与憩室的关系选择正确的切口长度。本组 712 例中切口长度 > 2.5 cm 只有 14 例（1.9%），最多的是 0.6 ~ 1 cm 309 例（43.3%），其次是 1 ~ 1.5 cm 260 例（36.5%）。本组平均切开长度 1.0 cm，大切口多用于结石病例，小切口多用于缩窄性乳头炎、括约肌功能障碍等。

2.3　EST 的并发症与防治经验

2.3.1　肠穿孔　　防治要点：①严防切口超过冠状带或憩室；②术者拉电切线与脚踏电切开关应以秒钟切法逐渐多次切开；③助手拉电切线刀柄时应稳、准，逐渐拉成弓状，与术者密切配合，不用暴力切割。

2.3.2　出血　　分少量（<50 ml）、中量（≤200 ml）、大量（>300 ml）3 种。本组切口少量出血有 128 例，术中无需处理。3 例中量至大量出血，经术中严密止血及术后加强药物止血后痊愈。防治措施：①对黄疸、凝血功能差者，应纠正后才行 EST。②多凝少切，目测结石与切口相等者，不应立即套取结石。③如切口有活动性小出血可局部喷撒凝血酶。④术后禁食 24 h，并输液、止血、抗感染治疗。

2.3.3　急性胰腺炎　　正确控制切口大小是防治 EST 后急性胆管炎和急性胰腺炎的关键。术后适当禁食及应用胰腺功能抑制剂药物有利于防治胰腺炎。

参考文献

[1] 周永碧．内窥镜逆行胆胰管造影与乳头切开术 [A]．见：黄志强 主编．黄志强胆道外科 [M]．济南：山东科学技术出版社，1998. 109－147.

[2] Chung R S, Sivak M V, Ferguson D R, *et al*. Surgical decisions in the management of duodenal perforation complication endoscopic sphincterotomy [J]. Am J Surg, 1993, 165(6): 700－703.

[3] 周永碧，李智华，陈　敏．内窥镜下十二指肠乳头括约肌切开术治疗胆胰疾病 [J]．中华外科杂志，1997，35(5)：274－276.

（编辑　王　红）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net