

肠镜联合乌司他丁治疗急性胆源性胰腺炎的临床疗效

饶 华, 张 可[△] (重庆市九龙坡区第二人民医院普外肝胆科 400052)

【摘要】 目的 分析早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗急性胆源性胰腺炎的临床疗效。方法 选择九龙坡区第二人民医院诊治的 120 例急性胆源性胰腺炎患者, 40 例保守治疗, 40 例早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗, 40 例早期十二指肠镜治疗。分析比较 3 组患者血淀粉酶恢复时间、腹痛缓解时间、肝功能恢复时间等。结果 十二指肠镜技术联合乌司他丁组与其他两组比较患者腹痛缓解时间、肝功能、血淀粉酶、体温恢复时间及腹部体征消失时间等明显缩短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。3 组患者白细胞恢复时间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗急性胆源性胰腺炎临床疗效满意, 是安全可靠的治疗方法。

【关键词】 十二指肠镜技术; 乌司他丁; 急性胆源性胰腺炎

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.030 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)24-3312-02

clinical effect of duodenoscopic procedures combined ulinastain on acute biliary pancreatitis RAO Hua, ZHANG Ke[△] (Department of Surgery, the Second People's Hospital of Jiulongpo, Chongqing 400052, China)

【Abstract】 Objective To analyze the effect of duodenoscopic procedures combined ulinastain on acute biliary pancreatitis in the early days. **Methods** A total of 120 patients with acute biliary pancreatitis were selected in this study, 40 cases treated with conservative treatment, 40 cases with early duodenoscopic procedures combined with ulinastain, 40 cases only with early duodenoscopic therapy. Analyzed and compared recovery time of blood amylase, abdominal pain relief time, and liver function recovery time among the three groups. **Results** Compared with those of the other two groups, abdominal pain relief time, liver function, blood amylase, temperature recovery time and abdominal signs disappeared time of the duodenoscopic procedures combined with ulinastatin group were shorter, the differences between them were significant ($P < 0.05$). White cell recovery time in the three groups had no significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion** The early combined therapy of duodenoscopic procedures and ulinastain on acute biliary pancreatitis satisfaction, is safe and reliable.

【Key words】 duodenoscopic procedures; ulinastain; acute biliary pancreatitis

随着社会节奏的加快和生活方式的改变, 急性胰腺炎的发病率有逐年上升趋势。急性胆源性胰腺炎并发症多, 病情危急, 病死率高^[1]。早期认为急性胰腺炎的治疗禁忌是十二指肠乳头括约肌切开术 (EST) 和经内镜逆行胰胆管造影术 (ERCP)^[2]。近年来, 随着内镜技术的发展和内镜治疗胆源性胰腺炎的研究增多, 在患者发病 72 h 内行 EST 和鼻胆管引流、取石, 可以明显减少伴有胆道感染或者胆道梗阻患者的严重并发症或重症胰腺炎发生^[3]。内镜治疗轻症胆源性胰腺炎是否可行存在争议^[4]。本文通过分析早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗急性胆源性胰腺炎的临床疗效, 探讨其应用价值和安全性, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院诊治的 120 例急性胆源性胰腺炎患者, 男 78 例, 女 42 例; 年龄 21~88 岁, 平均 (47.9 ± 11.3) 岁; 重症胆源性胰腺炎 80 例, 轻症 40 例。随机分为 3 组, 每组 40 例, 40 例保守治疗, 40 例早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗, 40 例早期十二指肠镜治疗。3 组患者性别、年龄、血钙、疾病严重程度比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。所有患者均经临床症状和实验室检查明确诊断为急性胆源性胰腺炎。

1.2 治疗方法 40 例早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗: 内镜下检查十二指肠乳头部是否有结石嵌顿, 若发现结石嵌顿, 用针状刀纵行切开乳头皱襞和口侧隆起, 在胆管内压力的作用下多数结石可以随胆汁自行排出至胆道, 接着行胆道造

影。若没有发现乳头部结石嵌顿, 胆管造影明确胆管结石部位后行 EST。乳头切开后造影显示, 病情较轻、结石小于 10 mm, 结石较少的可以一次性取出。结石较大、病情较重或多发结石的患者, 可以先行经内镜鼻胆管引流术, 患者生命体征平稳后进行二次取石, 视情况决定是否碎石取石。患者术后放置鼻胆管。分别在术前 4 h、术后 3 d 给予患者乌司他丁静脉滴注, 剂量为 10 万单位, 2 次/天。40 例保守治疗患者予常规禁食、维持水电解质平衡、抗感染治疗。40 例早期十二指肠镜治疗方法除了不给予乌司他丁外, 其他与早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗组相同。

1.3 疗效评价标准 记录患者术前、术后 3、24 h、3 d 血淀粉酶值, 术后 1、5 d 的血钙、肝功能、血常规等指标^[5]。观察并记录患者腹痛缓解时间、并发症情况、体温恢复时间等^[6]。淀粉酶恢复正常的标准: 尿淀粉酶 1 200 U/L, 血淀粉酶 220 U/L。

1.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 两样本率的比较用 χ^2 检验, 两样本均数比较用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

40 例保守治疗的患者经 CT、超声、磁共振胆管造影等检查提示 6 例肝外胆管结石。40 例十二指肠镜治疗的患者经治疗取石成功, 23 例肝外胆管结石, 17 例没有结石, 合并胆总管狭窄者 3 例。40 例早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗的患者胆道造影或者取石成功, 20 例肝外胆管结石, 10 例没有

结石,合并胆总管狭窄者 3 例,合并胆囊管畸形汇合者 2 例。在治疗过程中保守治疗组患者病情反复,病情加重 2 例,3 例胆道感染;十二指肠镜治疗组病情加重 2 例,没有穿孔、出血、胆道感染等并发症;早期十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗组病情加重 1 例,乳头出血 1 例,没有穿孔、出血、胆道感染等并发症。3 组患者并发症比较差异无统计学意义($P>0.05$)。3

组患者术后 3、24 h 血淀粉酶比较差异无统计学意义($P>0.05$),淀粉酶恢复时间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。3 组患者治疗前后肝功能变化差异无统计学意义($P>0.05$),肝功恢复时间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。3 组患者腹部体征消失、腹痛缓解时间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 1 术前术后患者血淀粉酶比较($\bar{x}\pm s, n=40$)

组别	治疗前(U/L)	治疗后 3 h(U/L)	治疗后 24 h(U/L)	恢复时间(d)
保守组	1 627.19±1 188.63	737.69±544.73	298.31±276.63	4.36±1.62
内镜组	1 248.26±1 041.36	292.35±348.16	200.09±272.53	3.34±1.17
联合组	1 532.03±1 180.31	397.33±328.63	270.19±315.73	3.40±0.88

表 2 3 组患者治疗前后肝功能变化($\bar{x}\pm s, n=40$)

组别	治疗前血 ALT (U/L)	治疗前 AKP (U/L)	肝功能恢复时间 (d)
保守组	332.15±244.81	173.19±88.43	6.16±1.92
内镜组	288.36±198.36	212.95±144.46	5.34±2.01
联合组	276.83±251.99	207.33±142.19	4.45±1.77

注:ALT 为丙氨酸氨基转移酶,AKP 为碱性磷酸酶。

表 3 3 组患者腹部体征消失、腹痛缓解时间比较($\bar{x}\pm s, n=40, d$)

组别	腹痛缓解时间	腹部体征消失时间	体温恢复时间
保守组	3.73±1.92	5.29±2.10	3.73±2.20
内镜组	2.85±1.12	4.13±1.40	2.95±1.54
联合组	2.40±0.74	3.33±0.93	2.75±1.27

3 讨论

急性胆源性胰腺炎的病因主要与胆道疾病和饮酒有关,近年来研究表明急性胆源性胰腺炎的一个病因是胆道微结石^[7]。其发病机制有几种假说:壶腹部嵌顿、胆石通过学说、Oddi 括约肌功能障碍、胆道炎症及其毒素、胆总管和主胰管扩张^[8]。主要临床症状是腹痛、恶心、呕吐、黄疸、腹胀、发热等^[9]。体征为休克、腹肌紧张和腹部压痛、出血征象、移动性浊音、肠梗阻等^[10]。胰腺炎诊断标准:急性腹痛伴腹膜刺激征或上腹部压痛;腹水或者血尿中胰酶升高;活检或者影像学提示胰腺异常^[11]。

急性胆源性胰腺炎是胆道疾病,如结石、乳头狭窄、蛔虫等原因引起的急性胰腺炎^[12]。胆道结石的梗阻、嵌顿、排石、蛔虫等损伤壶腹括约肌,导致胰胆出口充血、痉挛、水肿,引起胰胆管压力升高、排空不畅,胆汁反流到胰管,引起急性胰腺炎^[13]。

内镜治疗的选择:高度怀疑或者确诊为急性胆源性胰腺炎,并且伴有感染、胆道梗阻应立即行内镜治疗^[14];影像学检查胆管没有扩张或者胆总管没有结石的急性胆源性胰腺炎患者,保守治疗不缓解应立即行内镜治疗;重症急性胰腺炎患者病情危急,切开取石风险大可以保守治疗后行内镜治疗,急诊进行 EST 或者 ERCP 时操作时间要尽量缩短,主要目的是解除梗阻,减少胰管显影^[15]。

通过本次研究内镜联合乌司他丁治疗急性胆源性胰腺炎,患者腹痛缓解时间、肝功能、血淀粉酶和体温恢复时间以及腹部体征消失时间等明显缩短,是一种安全可行的方法。

参考文献

- [1] 黄强,刘臣海,胡元国,等.急性胆源性胰腺炎内镜治疗的临床分析[J].中华肝胆外科杂志,2008,14(7):501-502.
- [2] 苏进根,王建平,陆奕宁,等.十二指肠镜技术联合乌司他丁治疗急性胆源性胰腺炎的临床研究[J].肝胆外科杂志,2012,20(1):55-58.
- [3] 严律南.重症急性胰腺炎手术指征和时机的选择[J].中国实用外科杂志,2007,10(9):134-135.
- [4] 乔雁翔,吉成岗,张春新,等.治疗 ERCP 在急性胆源性胰腺炎的临床疗效分析[J].临床医学工程,2009,16(7):43-44.
- [5] 吉成岗,孙海茂,沈其猷,等.十二指肠镜治疗高龄急性胆源性胰腺炎的临床应用[J].中国内镜杂志,2005,11(12):1322-1324.
- [6] 余永东.外科手术治疗急性胆源性胰腺炎的临床疗效观察[J].医学信息:下旬刊,2009,1(8):55.
- [7] 安崇贵,马祖华.胆源性重症急性胰腺炎的早期手术治疗[J].肝胆外科杂志,2006,9(3):173-174.
- [8] 孟启勇.乌司他丁治疗急性胰腺炎的临床疗效观察[J].中国医药指南,2012,19(10):181-182.
- [9] 姜峰,范卫兵.乌司他丁对急性胰腺炎患者血清白细胞介素-8 和 γ -干扰素的影响[J].当代医学,2011,17(3):48-49.
- [10] 邵义明,张良清,邓烈华,等.乌司他丁对全身炎症反应综合征的治疗作用[J].中国危重急救医学,2005,17(4):228-230.
- [11] 程石,杨彬,闰文貌,等.抗 TNF- α 治疗对重症急性胰腺炎肺损伤 NF- κ B 信号通路的影响[J].中国普通外科杂志,2008,17(3):219-223.
- [12] 徐毅晖,陈昱,崔淑兰,等.促炎和抗炎因子在急性胰腺炎发病机制中的研究进展[J].世界华人消化杂志,2010,18(18):1912-1918.
- [13] 卫文俊,陶霖玉,李蓉,等.乌司他丁对重症急性胰腺炎患者早期外周血单核细胞 Toll 样受体 4 表达的影响[J].东南大学学报,2012,31(1):97-100.
- [14] 谢葩,夏爱晓,何仁.乌司他丁治疗急性胰腺炎的临床观察[J].海峡药学,2010,22(11):116-118.
- [15] 庄永敬,于永扬,吴桂荣.乌司他丁对重症急性胰腺炎大鼠肾脏细胞凋亡及 bcl-2 基因表达的影响[J].中国普外基础与临床杂志,2007,14(6):656-659.