

急性胆源性胰腺炎应用内镜下逆行胰胆管造影术的效果分析

文 / 周雄, 张亚玮, 张海娟

【摘要】目的: 分析急性胆源性胰腺炎 (ABP) 应用内镜下逆行胰胆管造影术 (ERCP) 的效果。方法: 回顾性分析本院收治的97例ABP患者的临床资料, 按治疗方式的不同划分入用药组 (n=48)、ERCP组 (n=49) 内, 用药组采取药物治疗, ERCP组在用药组基础上行ERCP治疗。比较两组疗效、急性胰腺炎严重程度床边指数 (BISAP)、血清淀粉酶 (AMS) 水平、炎症和肝功能指标水平、病情相关指标恢复时间。结果: ERCP组总有效率明显较用药组高 ($P < 0.05$); 治疗3d及7d后两组BISAP评分、AMS水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且ERCP组均明显较用药组低 ($P < 0.05$); 治疗7d后, 两组血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-8 (IL-8)、谷草转氨酶 (AST)、总胆红素 (TBIL) 水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且ERCP组均明显较用药组低 ($P < 0.05$); ERCP组恶心呕吐停止、腹痛好转、肠道通气、AMS复常、住院时间均明显较用药组短 ($P < 0.05$)。结论: 对ABP实施ERCP治疗, 可明显改善炎症和肝功能, 有效促进AMS复原和症状消退。

【关键词】急性胆源性胰腺炎; 内镜下逆行胰胆管造影术; 淀粉酶; 炎症; 肝功能

急性胆源性胰腺炎 (ABP) 为一种由结石梗阻、胆管感染等胆道疾病所致的胰腺炎症疾病, 具有起病急促、病情多变等特点。该病症状表现为腹痛、恶心呕吐、黄疸等, 如未及时开展救治, 可引起胰腺坏死, 增加患者病死风险^[1]。近年来, 内镜下逆行胰胆管造影术 (ERCP) 被用于 ABP 治疗中。有研究指出, ERCP 可清除结石, 解除胆管梗阻, 防止胆汁引流, 使 ABP 患者胆道炎症快速消除, 肝功能尽快恢复^[2-3], 且具有对生理机能影响小、疼痛轻等优点。本研究对比了 ERCP 与药物疗法在 ABP 治疗中的优劣, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

【作者简介】定西市人民医院

【作者简介】周雄 (1987 ~), 男, 研究生, 硕士, 消化科, 主治医师, 研究方向为消化内科疾病诊治、消化内镜诊治及内镜下治疗, 胆胰疾病。

对 2020 年 1 月至 2021 年 12 月在本院治疗的 97 例 ABP 患者做回顾性分析。纳入标准: (1) 符合《中国急性胰腺炎诊治指南》^[4] 有关 ABP 的诊断标准: ①存在恶心呕吐、腹痛、体温升高与黄疸等特征; ②血清胆红素、淀粉酶 (AMS) 异常增高; ③通过彩超、CT 检查显示胆管结石等胆道疾病。(2) 入院时间在 48h 以内。(3) 认知无异常。(4) 基础资料完整。排除标准: (1) 其他类型胰腺炎。(2) 脏器受到严重损伤。(3) 血液、免疫系统疾病。(4) 存在 ERCP 禁忌。将 97 例患者按治疗方式的不同分成用药组 (n=48)、ERCP 组 (n=49), 两组性别、年龄、急性胰腺炎严重程度床边指数 (BISAP)、入院时间等资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 存在可比性。本研究符合医学伦理学要求。

1.2 方法

用药组开展药物治疗, 具体包括: (1) 要求患者禁食, 使用抗胃分泌药, 对于严重肠麻痹者予以胃肠减压; (2) 早期先予以静脉营养, 待肠功能好转后调整为肠内营养; (3) 通

表 1 两组疗效比较 [n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
ERCP 组	49	31 (63.27)	11 (22.45)	5 (10.20)	2 (4.08)	47 (95.92)
用药组	48	22 (45.83)	9 (18.75)	8 (16.67)	9 (18.75)	39 (81.25)
χ^2 值						5.189
P 值						0.023

表 2 两组治疗前后 BISAP 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗 3d	治疗 7d	F	P
ERCP 组	49	3.22±0.96	1.94±0.61	1.51±0.40	80.011	0.000
用药组	48	3.38±1.02	2.36±0.75	1.83±0.57	46.359	0.000
t 值		0.796	3.029	3.206		
P 值		0.428	0.003	0.002		

表 3 两组治疗前后 AMS 水平比较 ($\bar{x} \pm s$, U/L)

组别	n	治疗前	治疗 3d
ERCP 组	49	778.29±84.51	467.43±64.51
用药组	48	783.71±86.84	512.29±67.40
t 值		0.311	3.349
P 值		0.757	0.001

续表 3

治疗 7d	F	P
203.84±39.36	945.686	0.000
236.97±42.61	774.231	0.000
3.979		
0.000		

过补液确保患者血容量正常,同时使用生长抑素等抗胰酶分泌药,并实施抗感染治疗;(4)对于严重的 ABP 患者实施血液净化,以确保内环境稳定。

ERCP 组在用药组基础上开展 ERCP,具体方法:给予镇静解痉处置和咽部麻醉后,将内镜放入十二指肠降部,发现小乳头后在此部位实施插管,引入导丝并使其处于胆管内,然后注入碘对比剂,明确结石所在部位。行乳头肌切开术,然后使用篮网将结石由胆总管内取出,如结石 >1cm 可在机械粉碎后取石。术后留置 3~5d 鼻胆管,使用 3d 抗生素,同时对患者 ABP 相关症状变化进行密切观察。

1.3 观察指标

(1) 疗效判定。治疗 7d 无 ABP 相关症状,AMS 复常判定为痊愈;治疗 7d ABP 相关症状明显改善,AMS 基本复常判定为显效;治疗 7d ABP 相关症状有所减轻,AMS 有所下降判定为有效;治疗 7d 症状和 AMS 均未见改善。总有效率=(总例数-无效例数)/总例数×100%。(2) 病情评定。于治疗前、治疗 3d 及 7d 采用 BISAP 对两组评定,BISAP 总分 5 分,<3 分判定为轻度,≥3 分判定为中、重度^[5]。(3) 血清指标。于治疗前、治疗 3d、治疗 7d 取两组空腹 12h 后静脉血 5mL,获得血清后采用速率法(试剂

表 4 两组治疗前后炎症和肝功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{g/L}$)

组别	n	TNF- α		IL-8	
		治疗前	治疗 7d	治疗前	治疗 7d
ERCP 组	49	89.75 \pm 9.41	46.98 \pm 6.33*	132.17 \pm 24.59	84.26 \pm 13.58*
用药组	48	90.72 \pm 10.68	54.20 \pm 7.36*	134.71 \pm 26.60	97.42 \pm 18.34*
t 值		0.475	4.465	0.488	4.022
P 值		0.636	0.000	0.626	0.000

续表 4

	AST		TBIL	
	治疗前	治疗 7d	治疗前	治疗 7d
	38.07 \pm 8.59	23.76 \pm 5.24*	20.60 \pm 4.81	14.27 \pm 2.64*
	39.51 \pm 9.13	26.59 \pm 6.02*	21.53 \pm 5.25	16.83 \pm 3.19*
	0.800	2.471	0.910	4.310
	0.426	0.015	0.365	0.000

注: 和本组治疗前相比, *P<0.05。

表 5 两组病情相关指标恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	恶心呕吐停止时间	腹痛好转时间
ERCP 组	49	2.84 \pm 0.79	4.49 \pm 1.20
用药组	48	3.76 \pm 0.94	7.51 \pm 1.83
t 值		5.222	9.631
P 值		0.000	0.000

续表 5

肠道通气时间	AMS 复常时间	住院时间
4.31 \pm 1.37	5.59 \pm 1.67	11.26 \pm 2.80
7.40 \pm 1.86	8.61 \pm 2.58	17.54 \pm 3.62
9.329	6.858	9.569
0.000	0.000	0.000

盒购自上海蓝怡科技有限公司)检测治疗前、治疗 3d、治疗 7d 后 AMS 水平,采用酶联免疫法检测治疗前、治疗 7d 后肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-8 (IL-8) 水平,采用免疫比浊法检测谷草转氨酶 (AST)、总胆红素 (TBIL) 水平。(4) 病情相关指标恢复时间。对两组恶心呕吐停止、腹痛好转、肠道通气、AMS 复常、住院时间进行记录。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件分析,计量资料(包括年龄、入院时间、BISAP 评分、AMS 水平、炎症和肝功能指标水平、病情相关指标恢复时间)用 ($\bar{x} \pm s$) 描述,两组内比较用 t 检验,组内多个时间点比较采用方差分析;计数资料(性别、疗效)用 [n(%)] 描述,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 比较两组疗效

ERCP 组总有效率 95.92% 明显高于用药组的 81.25% ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 比较两组BISAP评分

治疗后两组 BISAP 评分均逐渐降低 ($P<0.05$)，且 ERCP 组 BISAP 评分的降低较用药组更明显 ($P<0.05$)。见表 2。

2.3 比较两组AMS水平

治疗后两组 AMS 水平均逐渐降低 ($P<0.05$)，且 ERCP 组 AMS 水平的降低较用药组更明显 ($P<0.05$)。见表 3。

2.4 比较两组炎症和肝功能指标水平

治疗 7d 后两组血清 TNF- α 、IL-8、AST、TBIL 水平均明显降低 ($P<0.05$)，且 ERCP 组上述指标的降低较用药组更明显 ($P<0.05$)。见表 4。

2.5 比较病情相关指标恢复情况

ERCP 组恶心呕吐停止、腹痛好转、肠道通气、AMS 复常、住院时间均明显短于用药组 ($P<0.05$)。见表 5。

3 讨论

本研究结果显示，ERCP 组疗效 95.92% 和用药组的 81.25% 相比明显更高，恶心呕吐停止、腹痛好转、肠道通气、AMS 复常、住院时间和用药组相比均明显更短，治疗 3d 及 7d BISAP 评分、AMS 水平的降低和用药组相比更明显，提示 ERCP 对 ABP 的治疗效果较佳，可明显降低 AMS 水平，有效促进患者康复。这是由于 ERCP 通过将内镜伸入胆管内，并注入碘对比剂，可使医师在内镜下清晰观察到胆管内的情况，找到病变所在，并结合病变开展相应治疗，包括清理结石、置鼻胆管等，可充分疏通胆管，明显降低胆管内压，有效促进顺畅引流，从而可解除胰腺病变，获得较佳疗效^[6]。且 ERCP 为微创方法，不需做切口，可避免给患者带来较大生理应激和损伤，利于患者术后康复。

TNF- α 、IL-8 均为常见的促炎因子，参与 ABP 患者进展过程。研究表明，TNF- α 、IL-8 过度表达可加重 ABP 患者胰腺黏膜损伤^[7]。在本研究中，ERCP 组血清 TNF- α 、IL-8 水平的降低和用药组相比更明显。考虑其

原因是药物治疗中使用的生长抑素等可下调炎症，但无法切实根除炎症。ERCP 通过在内镜下明确病变所在，并通过精准的操作解除病变，促使胆汁正常引流，从而可控制胰腺炎症。ABP 在损伤患者胰腺的同时，可导致肝受损，引起 AST、TBIL 水平增高。在本研究中，ERCP 组 AST、TBIL 水平的降低和用药组相比更明显，这是由于 ERCP 在发挥治疗作用的同时不会对生理机能造成干扰，有助于保护胆系功能，防止肝损伤。

综上所述，ERCP 在 ABP 治疗中，可控制胰腺炎症，改善肝功能，促进 AMS 复原和症状消退。且其对机体伤害小，不失为一种安全有效的疗法。^[8]

【参考文献】

[1] 阮庆,汪涛.腹腔镜胆囊切除术对急性胆源性胰腺炎患者的治疗效果及对血清淀粉酶水平的影响[J].河北医学,2022,28(3):437-440.

[2] 马雪飞.内镜下逆行胰胆管造影术治疗急性胆源性胰腺炎的疗效分析[J].中国医疗器械信息,2021,27(19):99-100.

[3] 王翔,张明,杨玉龙,等.内镜逆行胰胆管造影在急性胆源性胰腺炎合并胆管微结石治疗中的应用[J].肝胆胰外科杂志,2021,33(7):423-426.

[4] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,中华胰腺病杂志编辑委员会,中华消化杂志编辑委员会.中国急性胰腺炎诊治指南(2013年,上海)[J].胃肠病学,2013,18(7):428-433.

[5] 陈丽芬,陆国民,周群燕,等.BISAP评分对急性胰腺炎严重程度及预后评估的临床价值[J].中华胰腺病杂志,2012,12(4):1520-1524.

[6] 张超,张东阳.内镜逆行胰胆管造影术治疗急性胆源性胰腺炎的临床疗效观察[J].河南外科学杂志,2020,26(2):13-15.

[7] 牛静伟,申民强,王晓红.经内镜逆行胰胆管造影术辅助治疗老年急性胆源性胰腺炎疗效分析[J].内蒙古医学杂志,2019,51(2):213-215.