

ERCP 治疗胆总管结石临床疗效及其相关并发症分析

赵科斌

(甘肃景泰县中医医院 730400)

摘要：目的：分析对胆总管结石患者实施 ERCP 手术（经内镜逆行性胰胆管造影术）的临床疗效及术后并发症的情况。方法：将本院 2021 年 12 月-2022 年 12 月期间收治的 173 例胆总管结石患者作为此次研究对象，使用电脑随机分组原则对 173 例患者分成两组，其中参照组 86 例患者实施胆总管切开取石术，治疗组 87 例患者开展经内镜逆行性胰胆管造影术，对比两组患者的手术效果和术后恢复情况。结果：治疗组患者手术后的术后并发症发生率低于参照组患者（ $P=0.041$ ），差异具有统计学意义；治疗组干预后的 AST、ALT、TBIL 水平低于参照组（ $P<0.05$ ），差异具有统计学意义；且治疗组的治疗优良率高于参照组（ $P<0.001$ ），差异具有统计学意义。结论：通过经内镜逆行性胰胆管造影术治疗胆总管结石的临床疗效十分明显，不仅能改善患者的肝功能各项指标，还能预防和减少一系列术后并发症，保障患者的安全。

关键词：胆总管结石；ERCP 手术；临床疗效；术后并发症发生率；肝功能

胆总管结石属于消化系统疾病中较为多见的一种，主要是由于胆道感染、胆管狭窄、胆囊结石、肝内胆管结石、年龄增长、胆道蛔虫、胃肠功能失调、甲减等引发的^[1]。胆总管结石在未出现胆管阻塞时一般无明显的症状和表现，部分患者存在上腹部不适症状，病情一旦加重或进入急性期将会导致黄疸、寒战、高热、腹痛等严重不适症状发生，影响患者身体健康^[2]。若不及时治疗将会导致十分严重的并发症甚至死亡发生，危害患者的生命安全，临床中通常对胆总管结石患者实施手术治疗，能获取显著的临床效果^[3]。ERCP 手术随着技术的成熟和发展已经逐渐在外科手术中盛行，效果明显，但其属于一种入侵性手术治疗手段，风险较大，临床中存在着一定的争议^[4]。因此，本研究收治了 173 例胆总管结石患者展开了不同术式的对比研究，分别给予了胆总管切开取石术、经内镜逆行性胰胆管造影术。旨在探究经内镜逆行性胰胆管造影术治疗胆总管结石的疗效及安全性，详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对本院同一时间段内收治的胆总管结石患者 173 例实施电脑随机分组法将其分成两组，其中 86 例参照组患者中男性 55 例，女性 31 例，年龄分布在 45-55 岁之间，均值（ 50.12 ± 1.33 ）岁；治疗组 87 例患者中男性 53 例，女性 34 例，年龄分布在 46-55 岁之间，均值（ 50.13 ± 1.32 ）岁。

统计学处理两组胆总管结石患者的资料，结果差异不大（ $P>0.05$ ）且可比性高。本研究开展之前，173 例胆总管结石患者及其家属均对本研究的全部内容展开了详细了解并签署知情同意协议；本研究均在本院伦理委员会审批下通过。

纳入标准^[5]：1）经影像学检查、血常规检验等相关诊断均符合“胆总管结石”的诊断标准；2）符合手术治疗的临床指征；3）临床资料完整且同意参与此次观察。

排除标准：1）合并严重的造影剂过敏；2）其他位置结石或梗阻；3）心肝肾功能器质性损伤或免疫系统疾病；4）血液传染性疾病或凝血功能障碍患者。

1.2 方法

对参照组患者实施胆总管切开取石术，术前常规麻醉处理后切断肝圆韧带、左侧冠状韧带和左侧肝三角韧带，游离肝左叶，摸清结石的部位。在相当于结石的部位，沿左肝管的走行方向切开肝脏

包膜，钝性分开肝组织达肝内胆管结石处，分开与胆管并行的血管以避免损伤。在结石部胆管前壁缝二牵引线后纵行切开胆管壁，以取石钳等取净胆管内的结石，全面、仔细的探查肝内胆管、肝门胆管畅通与否，如有狭窄，应予纠正，在肝内胆管中放置合适的“T”形管，缝合胆管壁和肝脏切口。

为治疗组患者开展经内镜逆行性胰胆管造影术，术前实施常规麻醉处理后，在诊断技术下明确结石的数量和大小，结合结石的实际情况选择十二指肠乳头切开或乳头球囊扩张的处理，实施机械碎石或网篮取石的操作，针对乳头在十二指肠憩室内且结石体积较大的患者选择置入胆管内塑料支架手术治疗。全部患者取石结束后给予常规的鼻胆管引流操作，手术后第二天造影明确是否存在残余结石，术后 24 小时复查肝功能及血常规等指标，明确治疗效果。两组胆总管结石患者在手术结束后常规的放置腹腔引流管，并给予预防性的抗生素抗感染治疗。

1.3 观察指标

比较两组胆总管结石患者手术治疗后的治疗优良率、术后并发症发生率、肝功能指标等差异。（1）治疗优良率=（优+良）/n·100.00%；其中优：结石完全清除，术后各项指标均恢复正常范围，术后无并发症；良：结石清除干净，术后各项指标明显改善，术后无严重并发症；差：结石未完全清除，术后出现严重的并发症。（2）术后并发症：包括术后的腹腔感染、胆漏、结石残留、胆管炎等^[6]。

1.4 统计学分析

采用 spss21.0 软件进行处理，AST、ALT、TBIL 水平为计量资料，采用均数标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，治疗优良率、术后并发症发生率为计数资料，采用 χ^2 表示，当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 参照组与治疗组患者手术后的治疗优良率

治疗组胆总管结石患者治疗后对比的治疗优良率高于参照组胆总管结石患者（ $P<0.05$ ），差异具有统计学意义；见表 1：

表 1：两组胆总管结石患者手术后对比的治疗优良率

组别	优 (n)	良 (n)	差 (n)	治疗优良率 (n%)
参照组 (86)	32 (37.2)	37 (43.02)	17 (19.77)	69 (80.23)

治疗组 (87)	40 (45.98)	45 (51.72)	2 (2.30)	85 (97.70)
X ² 值	-	-	-	13.499
P 值	-	-	-	< 0.001

2.2 两组术前术后的 AST、ALT、TBIL 水平

两组术前术后的肝功能指标无显著差异 ($P > 0.05$), 差异无统计学意义; 术后, 治疗组患者的 AST、ALT、TBIL 低于参照组患者 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 2:

组别	ALT (U/L)		AST (U/L)		TBIL (umol/L)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后
参照组 (86)	95.10 ± 9.96	50.16 ± 6.35	112.50 ± 9.78	57.45 ± 5.00	70.17 ± 6.63	33.62 ± 4.45
治疗组 (87)	95.12 ± 9.90	35.45 ± 5.10	112.55 ± 9.39	47.19 ± 3.69	70.20 ± 6.65	22.10 ± 3.36
t 值	0.013	16.808	0.034	15.369	0.030	19.230
P 值	0.989	< 0.001	0.973	< 0.001	0.976	< 0.001

表 2: 两组患者治疗前后比较的 AST、ALT、TBIL

2.3 参照组、治疗组干预后的术后并发症发生率

治疗组患者治疗后的术后并发症发生率相对于参照组患者更低 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义; 见表 3:

表 3: 两组胆总管结石患者的术后并发症发生率 (n%)

组别	胆管炎 (n)	腹腔感染 (n)	结石残留 (n)	胆漏 (n)	术后并发症发生 率
参照组 (86)	2 (2.33)	3 (3.49)	3 (3.49)	2 (2.33)	10 (11.63)
治疗组 (87)	1 (1.15)	2 (2.30)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (3.45)
X ² 值	-	-	-	-	4.164
P 值	-	-	-	-	0.041

3 讨论

临床研究表明, 随着人们生活习惯的变化, 现阶段临床中胆总管结石的发病率越来越高, 对患者的身体健康和生命安全均会造成十分严重的影响与威胁。如果胆总管结石不及时开展手术治疗, 会导致继发性的细菌感染, 甚至急性梗阻性化脓性胆管炎以及中毒性的休克, 严重者会危及患者的生命。当患者处于急性发作期时, 炎症和感染会阻塞胆总管, 影响胆汁的正常分泌, 从而影响肝功的正常功能, 进而发展为更为严重的疾病和并发症现象出现^[7]。另外, 由于胆总管是排泄胆汁的主干道, 当胆总管有结石时, 结石在胆汁排泄过程中会将结石往下推, 结石可嵌顿在胆总管末端或十二指肠乳头开口部位。因开口部位除胆总管外同时还有胰管, 当结石嵌顿于乳头部位时, 会造成胆总管或胰管梗阻。当出现胆管梗阻后, 患者会出现继发性胆管炎症, 从轻度胆管炎症到梗阻性化脓性胆管炎, 甚至出现败血症、感染性休克, 危及患者的生命安全^[8]。

因此, 临床中提倡对胆总管结石患者实施及时有效的手术治疗。以往的手术治疗中通常使用的是胆总管切开取石术, 虽然可以起到清除结石的目的, 但手术操作中由于各种原因的影响极易引发程度不一的胆道感染、胆道狭窄、感染、黄疸、腹痛、高热寒战、胆管炎甚至梗阻和出血等后遗症发生, 不利于患者术后康复和生活质量水平的提高, 具有一定的局限性。随着微创技术的发展和成熟, 现阶段临床治疗中提倡对胆总管结石患者开展经内镜逆行

性胰胆管造影术这一术式治疗。这是一种微创的消化内科新技术, 具有创伤小、手术操作时间短、术后并发症少、术后住院时间短、术后康复时间短等优势^[9]。在对胆总管结石患者实施经内镜逆行性胰胆管造影术治疗的过程中能全面清晰的显示患者胆管状态和结石形态, 进一步对结石的大小、数量和位置等进行明确, 更好的保障结石治疗的完整性, 减少残留结石的发生, 减轻操作对于患者机体正常功能产生的影响, 改善和稳定手术后患者肝功能指标, 缓解患者的症状, 加速患者术后的康复进程, 提高结石清除治疗技术的安全性及有效性, 促进患者预后^[10]。本研究结果显示, 和参照组胆总管结石患者对比, 治疗组胆总管结石患者手术后的治疗优良率更高, 术后并发症发生率、肝功能指标 (AST、ALT、TBIL 水平) 更低, 这一数据更好的验证了在胆总管结石手术治疗中给予经内镜逆行性胰胆管造影术治疗的效果和价值。

综上所述, 使用经内镜逆行性胰胆管造影术治疗胆总管结石的效果和作用十分显著, 改善患者预后, 提高患者生活质量, 建议在日后的临床治疗中推广实施。

参考文献:

- [1]段建文,袁磊,孙运鹏等.腹腔镜一步法与内镜联合腹腔镜两步法治疗 80 岁以上胆囊结石合并胆总管结石的疗效比较[J].中华肝胆外科杂志,2023,29(03):185-189.
- [2]Jaboury I A .Size of the cystic duct is another predictor for common bile duct stones in acute cholecystitis[J].ANZ Journal of Surgery, 2021, 91(1-2):214-215.
- [3]郑苏华,张日沅,陈翀等.两种微创术式对胆囊结石合并胆总管结石患者术后肝功能及疼痛程度的影响[J].浙江创伤外科,2023,28(05):809-811+993.
- [4]张铃福,辛春艳,王立新等.腹腔镜改进 C 管技术联合术后十二指肠镜下取石治疗急诊胆囊结石合并胆总管结石[J].中国微创外科杂志,2023,23(04):294-297.
- [5]陶丽莹,王宏光,郭庆梅等.内镜逆行胰胆管造影联合经口子母胆道镜治疗胆总管结石合并胆囊颈部结石及胆囊息肉 1 例报告[J].临床肝胆病杂志,2023,39(05):1157-1161.
- [6]Zhu J , Li G , Du P , et al.Laparoscopic common bile duct exploration versus intraoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with gallbladder and common bile duct stones: a meta-analysis[J].Surgical Endoscopy, 2021, 35(3):997-1005.
- [7]张军,李立强,姜友等.腹腔镜胆囊切除联合胆总管切开取石在胆囊结石合并正常直径胆总管结石患者中的应用[J].中华普通外科杂志,2023,38(03):189-192.
- [8]李常洲,李千一,胡雪等.Eyemax 洞察胰胆成像系统在内镜逆行胰胆管造影治疗胆总管结石的应用效果研究[J].河北医学,2023,29(04):622-625.
- [9]曾伟,李建明,周雪涛等.腹腔镜联合胆道镜手术清除胆总管结石的效果及患者的应激反应 [J]. 中国临床保健杂志,2023,26(02):202-205.
- [10]李诚财.腹腔镜胆总管切开取石一期缝合与 T 管引流术治疗胆总管结石的手术指标、术后并发症对比[J].中国医学创新,2023,20(12):112-115.