胆总管结石患者逆行胰胆管造影时分别采用导丝占据和隔膜预切开的效果

周玉忠[1] 董文博[2] 周梦颖[2] 曾颖[2] 何娴婕[2]
（1 冷水江市渣渡镇中心卫生院 湖南娄底 417509；2 长沙医学院 湖南长沙 410219）

摘要： 目的 分析胆总管结石患者困难性内镜下逆行胰胆管造影时，分别采用胰管导丝占据与经胆胰管隔膜预切开的效果。 方法 选取2019年5月～2020年4月我院消化医学中心69例困难性ERCP胆管插管不成功者，行经胆胰管隔膜预切开法（对照组，36例）和胰管导丝占据法（试验组，33例），比较两种方法插管成功率及并发症发生率。结果 试验组插管成功时间、手术时间、住院时间显著低于对照组（$P<0.05$）；两组患者血清淀粉酶、C反应蛋白差异显著（$P<0.05$）；试验组消化道出血、术后胰腺炎的发生率显著高于对照组（$P<0.05$）。 结论 经胰管导丝占据法可以提高ERCP胆管插管成功率，减少组织损伤和炎症反应，降低并发症发生率。

关键词：胰胆管造影术；内镜逆行；胆胰管隔膜切开；胰管导丝占据

随着医疗技术的发展，内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)技术已从单纯的诊断技术发展为胆胰疾病的首选治疗技术。因为很多的ERCP技术都涉及选择胆管插管及胰管插管，所以通过十二指肠乳头的胆胰管插管技术成为了ERCP临床成功的基础，而且多数的ERCP是以治疗为目的，插管失败将导致整个操作过程的失败，这就更强调了插管的重要性。

1 对象与方法

1.1 研究对象：随机抽取门诊中拟行ERCP，但插管不成功的胆总管结石患者69例。本研究经医学伦理委员会审核通过，且所有患者及其家属均知情同意。①纳入标准：患者术前均经B超、CT及MRCP影像学检查确诊为胆总管结石；术前均未发生急性胰腺炎等一系列并发症；患者经ERCP治疗胆总管结石。②排除标准：合并凝血功能障碍者；多脏器功能衰竭。两组患者基本情况构成差异均无统计学意义（$P>0.05$）。

1.2 分组治疗：常规插镜术前6h禁食，在十二指肠镜(Olympus TJF一260)找到十二指肠乳头开口，切开十二指肠乳头开口后将造影剂通过插管注入。经乳头常规插管，常规插管5~10次失败，导管反复进入胰管不能进入胆管者行如下处理：

（1）对照组（经胆胰管膜预切开法）：将导丝留置于胰管，经过此导丝引导将针状乳头切开刀和弓形切开刀(Boston 或 cOOK)插入胰管，向胆管方向做小切开(<5 mm)，切开胆胰隔膜后胆管再次插管。

（2）试验组（胰管导丝占据法）：将导丝留置于胰管，并占据胰管，另进一根导丝在胰管导丝的指引下再次插管 。

1.5 调查内容：①ERCP术后并发症：包括急性胰腺炎、感染、消化道出血。②观测指标：用免疫透射比法检验C反应蛋白含量，用速率法检验血清淀粉酶含量。

1.4 统计分析：用SPSS 20.0分析，组间比较用t或X^2检验，P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床资料的比较

试验组患者插管成功时间、手术时间、住院时间显著低于对照组患者（$P<0.05$）。

表1 两组患者临床资料的比较

分组	插管成功率	插管成功时间（min）	手术时间（min）	住院时间（d）
对照组	93.75	14.82 ± 5.72	125.45 ± 51.28	12.23 ± 5.92
试验组	92.50	8.23 ± 0.89	99.21 ± 11.55	9.05 ± 3.15
t	0.098	10.182	4.464	4.241
P	0.755	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者手术前后血清淀粉酶和C反应蛋白含量的比较

两组患者血清淀粉酶、C反应蛋白含量差异显著（$P<0.05$），试验组优于对照组。

表2 两组患者手术前后血清淀粉酶和C反应蛋白含量的比较 （$\bar{x} \pm s$）

分组	血清淀粉酶（u/L）				C反应蛋白（mg/L）			
	术前	术后3小时	*t*	*P*	术前	术后3小时	*t*	*P*
对照组	49.52 ± 21.74	214.11 ± 28.03	41.500	<0.05	54.56 ± 24.42	108.27 ± 9.68	9.414	<0.05
试验组	54.56 ± 24.42	108.27 ± 9.68	18.287	<0.05	11.04 ± 6.55	15.84 ± 8.44	4.018	<0.05
t	1.378	31.923			0.927	7.989		
P	0.169	<0.05）			0.354	<0.05		

2.3 两组患者并发症发生情况的比较

对照组和试验组并发症发生如下：消化道出血7和1例、胆道感染3和2例、术后胰腺炎9和2例，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

3 讨论

胆总管结石早期没有临床症状或只有轻微不适,多数为体检时发现,一旦结石嵌于胆总管，可表现为胆绞痛、阻塞性黄疸、胆道感染、胰腺炎等,常被误认为其他疾病而延误就诊。既往开腹探查是治疗胆总管结石的首选方法。ERCP早期应用于相关病症的诊断，随着操作技术的不断改善和提高，逐渐发展为胰胆管支架植入术和ENBD等治疗性ERC，广泛应用于胆胰外科的各个领域。ERCP具有创伤小、并发症较少、住院周期短、患者耐受性好等优点，已广泛应用于临床。一些经验丰富的术者反复提出ERCP技术的难点主要是在插管。能够插管成功，插管过程的安全性和有效性高，并将对机体损害控制到最低是学界不断创新的目标。本研究对行胆总管结石患者ERCP时,分别采用胰管导丝占据与经胆胰管隔膜预切开，分析两种术式的临床疗效。

试验组患者各临床指标优于对照组，原因在于壶腹部胆胰隔膜位于胰管与胆总管之间，阻挡胆管入口，增加插管难度。但预切开发生在胆胰汇合处，肉眼无法观察到切开程度，发生出血的风险会增加，并且会导致操作较为麻烦，插管时间增加。胰管占据法则更容易掌握和使用，在胰管内导丝的引导下，并且胰管被一个导丝占据，这样胆管插管变得更加容易、快捷。植入胰管的导丝所成的角度可以作为胆管插管的提示，并占据了胰管，在X线透视下可以观

（下转第120页）

（上接第 49 页）

察到胰管内占据的导丝，无需注射造形剂，降低了造影剂进入胰管导致的术后胰腺炎发生的风险。同时，经胰管导丝引导插管或预切开创伤往往很小，且导丝为亲水性，反复进入胰管后并不会增加胰管内静水压，导丝进入胰管若非暴力操作损伤胰管则术后很少发生胰腺[2]。

两组患者血清淀粉酶、C反应蛋白含量差异均显著，由于ERCP属于植入性创伤手术,极易引发相关并发症,而较常见的并发症主要有急性胆管炎、高淀粉酶血症、消化道出血以及穿孔等。CRP含量高低是评价患者组织损伤和炎症的重要影响因子，血清淀粉酶含量是患者胆管感染更为直观的表现。造影扩散原有感染和炎症、造影剂注入造成胰腺压力过大、胰胆管内存在造影剂排泄阻碍等情况都可诱发高淀粉酶血症，而胰管导丝占据可减少造影剂的使用，则相关观测指标在此术式中会显著降低。胆管感染诱发炎症则会直接影响血清淀粉酶的含量，因此控制术后胆管感染非常重要。

参考文献

[1] 刘瑶，杨庆龙，李春亮，等.内镜逆行胰胆管造影治疗胆总管结石 1942 例临床分析[J].江苏医药，2016，42(21):2318–2320.

[2] 仲恒高，缪林，季国忠，等.经胰管胆胰管隔膜预切开术留置导丝法和胰管支架法在困难性经内镜逆行胰胆管造影中的应用[J].临床肝胆病杂志，2015，31(12):2070–2072.

作者简介：周玉忠（1969 年 2 月–），男，本科，副主任医师，研究方向：胃肠外科，肝胆脾胰外科，乳腺甲状腺外科疾病诊治及相关研究

共同一作：董文博，男，长沙医学院临床医学专业在校生

通讯作者：周梦颖，女，本科，研究方向：胆结石相关疾病临床研究

项目编号：湖南省教育厅科学研究项目（湘教通[2021]352 号）（编号 21C0880）