

ERCP治疗急性胆源性胰腺炎的临床效果探究

孟祥伟

天津市滨海新区中医医院 天津 300451

摘要：目的：探究ERCP治疗急性胆源性胰腺炎的临床效果。方法：选取于2022年1月到2024年1月本院收治的40例急性胆源性胰腺炎患者，随机分为对照组20例、观察组20例，前者进行保守治疗，后者进行ERCP治疗。结果：观察组治疗效果比对照组高（ $P < 0.05$ ）；治疗后，观察组临床症状评分较高、炎性细胞因子水平较低（ $P < 0.05$ ）。结论：ERCP治疗急性胆源性胰腺炎的效果高，能够显著改善临床症状、减轻炎症反应。

关键词：ERCP；急性胆源性胰腺炎；临床效果

急性胆源性胰腺炎（ABP）具有发病急、病情严重且变化快等特点，病死率较高。ABP的发病机制多样，其中以胆石症引发为主，治疗方案的选择通常根据病情的严重程度和是否存在胆道梗阻来确定^[1]。传统的治疗方法主要包括保守治疗。保守治疗如胃肠减压、营养支持等，虽能在一定程度上缓解症状，但效果并不理想，尤其是对于急性重症胆源性胰腺炎^[2]。近年来，随着内镜技术的不断发展和进步，内镜逆行胰胆管造影（ERCP）因其微创、减轻患者痛苦、并发症少等特点，逐渐成为治疗ABP的重要手段。因此，本文旨在探究ERCP治疗ABP的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取40例ABP患者，在2022年1月-2024年1月收治，随机分为观察组男女患者分别为12、8例，平均年龄（ 46.39 ± 7.25 ）岁；对照组男女患者分别为11、9例，平均年龄（ 46.58 ± 7.21 ）岁。资料无差异， $P > 0.05$ 。纳入的患者需经病理检查或影像学检查确诊为ABP。排除标准：（1）排除患有严重肝肾功能不全、精神异常、内镜治疗禁忌症等可能影响ERCP治疗或研究结果的合并症患者；（2）排除曾接受过胆道或胰腺手术、对造影剂过敏等可能影响研究的患者；（3）排除处于妊娠期或哺乳期的女性患者，以避免ERCP治疗对胎儿或婴儿造成潜在影响。

1.2 方法

对照组进行禁食、胃肠减压、抗感染、补液、抑制胰酶、抑酸以及营养支持等保守治疗。给予观察组ERCP治疗：患者需做好充分的术前准备。这包括术前需空腹8小时以上，以确保操作医生能够清晰地观察整个区域，并降低呕吐、误吸的风险；术前还需进行心电图、血常规、凝血功能等相关检查，以评估患者的身体状况，确

保手术的安全性。在麻醉师的协助下，患者接受静脉麻醉或局部麻醉，以确保手术过程中处于无痛状态。将内镜从患者的口腔缓缓插入。在十二指肠降部，仔细寻找十二指肠乳头，这是胆道和胰管在十二指肠的开口。通过这个开口，将导管逆行插入胆道或胰管。注入造影剂，使得胆道和胰管在X线下显影，从而能够清晰地观察到胆道和胰管的形态、结构以及是否存在病变。若造影结果显示存在结石或其他梗阻性病变，需采取相应的治疗措施。例如，若显示有结石，可使用取石网篮将结石取出；若诊断胆道狭窄，可植入金属或塑料支架引流胆汁。手术结束后，将内镜从十二指肠缓缓退出，并密切观察患者的病情变化，预防并发症的发生^[3]。在恢复期间，患者应保持清淡、易消化的饮食，少食用高油、高脂肪食物，多食用富含蛋白质、新鲜蔬菜和水果等健康食物。适当锻炼，保持身心健康，有助于早日康复。患者还应遵医嘱定期复查，如有腹痛、大便颜色或量的变化等症状时，应立即到医院复诊。

1.3 观察指标

（1）治疗效果，显效：患者的腹痛、腹胀、恶心、呕吐等临床症状完全消失，或显著减轻至不影响日常生活。血清淀粉酶、总胆红素、白细胞总数等炎症和肝功能相关指标恢复正常或接近正常范围。影像学检查胰腺形态和大小恢复正常，或仅有轻度水肿，无明显渗出或坏死。有效：患者的临床症状有所减轻，但仍未完全消失，可能对日常生活产生一定影响。炎症和肝功能相关指标有所下降，但仍未完全恢复正常。影像学检查胰腺水肿减轻，渗出减少，但可能仍存在一定程度的异常。无效：患者的临床症状无明显改善，甚至可能加重。炎症和肝功能相关指标无变化或反而升高。影像学检查胰腺形态和大小无改善，甚至可能出现坏死或出血等严重情况；（2）李克特评分表^[1]评价临床症状，评分范围1-5分，得分与症状程度

成反比；(3) 炎性细胞因子水平。

1.4 统计学分析

SPSS23.0统计学软件，计量资料以“($\bar{x}\pm s$)”表示，用“ t ”检验，计数资料以[$n(\%)$]表示，用“ χ^2 ”检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果：观察组比对照组高 ($P < 0.05$)，如表1。

表1 治疗总有效率【 $n(\%)$ 】

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	20	12	6	2	18 (90)
对照组	20	6	8	6	14 (70)
		χ^2			5.677
		P			< 0.05

2.2 临床症状评分：观察组治疗后比对照组高 ($P < 0.05$)，如表2。

表2 临床症状 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	n	腹胀		腹痛		呕吐	
		应用前	应用后	应用前	应用后	应用前	应用后
观察组	20	1.45±0.38	4.25±0.64	1.50±0.50	4.22±0.54	1.51±0.33	4.29±0.51
对照组	20	1.46±0.41	3.36±0.48	1.51±0.49	3.37±0.46	1.50±0.35	3.36±0.46
t		0.635	7.026	0.695	5.965	0.685	7.255
p		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 炎性细胞因子水平：观察组治疗后比对照组低 ($P < 0.05$)，如表3。

表3 炎性细胞因子 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	IL-6 (pg/mL)		TNF ($\mu\text{g/L}$)		CRP (mg/L)	
		应用前	应用后	应用前	应用后	应用前	应用后
观察组	20	12.51±2.12	6.33±1.25	6.54±2.45	3.25±1.33	5.41±1.32	3.30±0.52
对照组	20	12.50±2.21	9.36±2.09	6.53±2.39	4.59±2.28	5.40±1.41	4.36±0.85
t		0.115	3.258	0.308	7.002	0.685	9.321
p		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

ABP作为临床中常见的消化系统疾病，其发病率在急性胰腺炎中占有相当高的比例，约为15%至50%^[4]。胆石症是导致该病的主要原因，当胆结石从胆囊排出，经过胆总管进入十二指肠时，可能会暂时堵塞胆总管与胰管的共同通道，导致胰液反流，引起胰腺炎。胆道感染同样可引发该病，感染导致的胆道炎症可使胆总管与胰管的共同通道受阻，引发胰腺炎^[5]。胆道蛔虫虽然较为少见，但同样可引发该病，蛔虫进入胆道后，可引发胆道炎症，导致胆总管与胰管的共同通道受阻。胆道解剖异常，如胆总管囊肿等，以及长期酗酒导致的肝脏功能损伤和胆汁分泌异常，也可增加患该病的风险。患者发病后最显著的是剧烈的上腹部疼痛，这种疼痛可向背部放射，并呈持续性加重，尤其在进食后，尤其是油腻食物后，疼痛更为剧烈，使患者难以忍受，痛得辗转反侧^[6]。恶心呕吐也是常见的症状，呕吐物初为食物残渣，后可能变为咖啡色，这是由于胰腺炎导致胃排空延迟以及胆汁反流入胃所致。该病具有并发症多、病死率高等特点，对其身体健康及生

命安全带来严重威胁。因此，为患者采取积极、有效的治疗措施尤为必要。

ERCP治疗是一种在医学领域备受瞩目的先进技术。它不仅仅是一项诊断工具，更是一种治疗手段，通过内镜逆行进入胆道及胰管系统，为胆道和胰腺疾病的解决开辟了全新的路径。在ERCP的治疗过程中，医生们会利用十二指肠镜这一精密的医疗设备，从患者的口腔开始，经由食管、胃，直至十二指肠的降部进行探索。通过十二指肠乳头插管，将造影剂注入胆管和胰管之中。这一步骤至关重要，因为它使得胆道和胰管的内部结构在X线下得以清晰地显现出来，从而为医生们提供了直观的视觉依据，以便他们能够对胆道结石、胆道狭窄、胰腺肿瘤等胆道和胰腺疾病进行准确的诊断。ERCP作为一种微创手术，其最大的特点是创伤小。ERCP通过内镜逆行进入胆道及胰管系统，仅需较小的切口或甚至无需切口即可完成治疗，从而大大缩短了患者的恢复时间。这不仅减轻了患者的身体负担，还降低了术后感染、出血等并发症的风险。ERCP在治疗胆胰疾病时，其准确率

极高。通过内镜和造影剂的共同作用，医生可以清晰地观察到胆道和胰管的内部结构，对胆道和胰腺疾病进行准确的诊断。本文经过深入的研究显示，观察组治疗后的效果优于对照组（ $P < 0.05$ ）。原因为：ERCP能够迅速且有效地解除胆道梗阻。在ABP的发病过程中，胆道结石或炎症等因素往往导致胆道梗阻，使得胆汁无法顺畅流入十二指肠，反而逆流进入胰管，激活胰酶，从而引发胰腺的自我消化。ERCP通过内镜逆行进入胆道，能够直观地观察到梗阻部位，并采取取石、扩张胆道或植入支架等措施，迅速解除胆道梗阻，恢复胆汁的正常流动，从而阻断了胰腺炎的进一步恶化，有效减轻了患者的腹痛、腹胀等临床症状。ERCP在治疗过程中能够有效地降低胰管内压。胆道梗阻不仅会导致胆汁逆流，还会使胰管内压急剧升高，进一步加剧胰腺的炎症和水肿。而ERCP通过解除胆道梗阻，使得胰管内压得到释放，胰腺的炎症和水肿得以缓解。这一变化不仅直接减轻了胰腺的负担，还间接地降低了机体的炎症反应水平。ERCP还能够预防胰腺炎的复发。在ABP的治疗中，仅仅解除当前的炎症和梗阻是不够的，预防复发同样重要。ERCP通过取石、扩张胆道等治疗措施，不仅解除了当前的胆道梗阻，还预防了结石的再次形成和胆道的再次梗阻，从而降低了胰腺炎的复发率。此外，ERCP在治疗过程中还能够对胰腺病变进行直接观察和评估。通过造影剂的注入，医生可以清晰地观察到胰腺的形态、结构和功能状态，从而更准确地判断病情和制定治疗方案。这种直观的评估方式有助于医生更好地了解患者的胰腺病变情况，为后续的治疗提供有力的支持。这种精准的治疗也减少了不必要的药物使用，降低了药物可能带来的副作用和炎症反应。总之，ERCP治疗ABP是一项复杂而精细的手术，需要患者和医护人员的共同努力和配合。只有遵循医嘱、做

好术前准备、密切关注病情变化并采取相应的措施，才能确保治疗的顺利进行和患者的早日康复。

综上所述，ERCP治疗ABP的临床效果高，能够使临床症状、炎症反应明显减轻，值得在临床上广泛应用和推广。期待未来能够有更多的研究和探索，为ABP的治疗提供更加精准、安全、有效的解决方案，为患者带来更好的治疗效果和生活质量。也呼吁广大医疗工作者和患者能够充分了解并重视ERCP治疗的价值和意义，共同推动医疗技术的进步和发展，为ABP的治疗带来更多的突破和进展，能够确保手术的安全性和有效性，为患者带来更好的治疗效果和生活质量。

参考文献

- [1]侯建根,张艳花,孙焕宏,等.急性胆源性胰腺炎LC+LCBDE与LC+ERCP/EST治疗的对比研究[J].中华肝胆外科杂志,2024,30(3):202-206.
- [2]李建峰,孔先一,李时光,等.急诊ERCP治疗急性胆源性胰腺炎对临床效果、并发症及预后研究[J].系统医学,2022,7(7):86-89,185.
- [3]周丹,许小江,张文文,等.内镜逆行胰胆管造影术治疗急性胆源性胰腺炎伴有血压增高患者临床观察[J].中华保健医学杂志,2019,21(2):140-142.
- [4]龚必焱,曾霞,谢丹,等.血清脂肪酶在ERCP术后胰腺炎早期诊断中的价值[J].武警医学,2024,35(8):681-684,689.
- [5]张雄,杨康,高绪照,等.单纯表面麻醉与静脉全身麻醉对经内镜逆行胰胆管造影术后胰腺炎发生的影响[J].临床外科杂志,2024,32(2):173-175.
- [6]陈霖,陈丽君,饶龙华,等.吲哚美辛栓联合专科护理预防高风险患者发生ERCP术后胰腺炎的临床经验[J].肝胆胰外科杂志,2024,36(4):238-240.