

鼻胆管和三腔喂养管同时置入在 ERCP 并发穿孔中的应用

刘新能

邵阳市中心医院消化内科 湖南邵阳 422000

[摘要] 目的 评价鼻胆管和三腔喂养管同时置入对 ERCP 术并发上消化道穿孔治疗的可行性及安全性。方法 回顾 2012 年 3 月至 2016 年 5 月间对我院 1516 例 ERCP 患者且并发上消化道穿孔的 12 例患者采用鼻胆管和三腔喂养管同时置入进行治疗的方法并进行总结。结果 12 例患者经鼻胆管和三腔喂养管同时置入后保守治疗, 均于术后 12 到 23 天顺利出院。结论 ERCP 患者并发上消化道穿孔后采用鼻胆管和三腔喂养管同时置入可使胆汁、胃肠液得到充分引流, 同时可行肠道内营养, 增加保守治疗的安全性, 具有较好的临床应用价值。

[关键词] 鼻胆管; 三腔喂养管; ERCP 穿孔

[中图分类号] R473.5

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 02-040-02

随着 ERCP 介入手术在胆道及胰腺疾病的诊治中的优势越来越明显, 越来越被广大肝胆外科及消化内科的医师所认同。操作的量正在逐年增加。因此在操作过程中出现并发症的量也在增加。其中 ERCP 相关性消化道穿孔是一种相对少见的并发症, 但临床处理棘手, 病死率高。本研究采用鼻胆管和三腔喂养管同时置入对 ERCP 术并发上消化道穿孔进行治疗。现将使用情况及经验总结, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2012 年 3 月至 2016 年 5 月间对我院 1516 例 ERCP 患者中并发上消化道穿孔患者采用鼻胆管和三腔喂养管同时置入进行治疗 (穿孔发生率为 0.79%)。其中男性 8 例, 平均年龄 (60.75) 岁, 女性 4 例, 平均年龄 (61.67) 岁。12 例病人均通过临床症状, 体格检查, 生化, CT 或 MRCP 检查后确诊为胆总管结石, 最大结石为 18mm, 最小 8mm, 充分评估后确认有 ERCP 手术适应症, 无禁忌症, 均为择期手术。术前详细告知 ERCP 手术风险并签署同意书。12 例上消化道穿孔病人均于术中及术后下手术台时发现的。患者均表现腹痛、腹胀、腰痛。有 7 例术中透视见肾形, 12 例因腹痛行 CT 检查确认有腹膜后积气, 十二指肠周围积气或膈下积气。按照 Stapfer 分型^[1]: Stapfer I 型 1 例: 由于内镜对小肠壁过度施压造成的穿孔, 常位于十二指肠侧壁; Stapfer II 型 8 例: 为壶腹周围穿孔, 主要由胆管或胰管括约肌切开或乳头切开术导致; Stapfer III 型 3 例: 由仪器 (导丝)、取石术或支架置入等导致的胆管或胰管的穿孔, 常于术中发现并予放置支架治疗; Stapfer IV 型: 由过度充气或括约肌相关操作引起的极小的腹膜后穿孔。

1.2 使用器械

Olympus JF180 型十二指肠镜, Olympus 乳头弓形切开刀, 一次性钛夹。南京微创取石网篮, 南京微创取石球囊, 南京微创亲水导丝, 南京微创鼻胆管, 南京微创扩张球囊, 三腔喂养管。造影剂: 泛影葡胺。

1.3 方法

在 ERCP 后用取石球囊堵塞造影确定胆道结石已经取尽, 保留导丝 (A 导丝) 进入肝内胆管。再用切开刀带另一根导丝 (B 导丝) 通过十二指肠水平段将导丝插入十二指肠远端, 行十二指肠远端造影了解空肠的走向。B 导丝越过屈氏韧带进入空肠远端, 也保留导丝。通过 A 导丝插入鼻胆管至肝门部, 退镜同时将 B 导丝与鼻胆管一起保留前端不退并将 A 导丝拔出。将 B 导丝与鼻胆管一起通过鼻腔转换至右侧鼻腔拉出并检查未在口腔打折。将三腔喂养管的空肠管内注入石蜡油, 同时整条管壁外涂上石蜡油, 沿 B 导丝在 C 臂机 X 线透视下将三腔喂养管逐渐向空肠插入, 待三腔喂养管的空肠管端越过屈氏韧带进入空肠, 观察三腔喂养管的胃管头端到幽门附近时停止插入, 拔出 B 导丝, 固定在鼻部即可。如图所示:

2 结果

术后常规应用三代头孢抗感染、PPI 抑制胃酸分泌、禁食、补液、对症治疗。严密观察腹痛、腹胀、腰痛症状, 观察体温、心率变化。术后 24 小时、72 小时分别复查 CT 观察腹膜后无积气积液增多。其中有 1 例患者于第 5 天拔除鼻胆管和三腔喂养管。于第 6 天出现腹痛、发热, 查腹部 CT 示腹膜后十二指肠周围少量积液。后重新置入鼻胆管和三腔喂养管后症状逐渐好转。11 例患者腹痛、腹胀、腰痛消失,

无发热等感染症状, 于术后 10 天复查腹部 CT 见腹膜后、十二指肠周围及膈下无积气积液表现。拔除鼻胆管及三腔喂养管试着饮水后患者无不适症状时再进食流质, 患者无不适反应后进食半流质, 无不适反应时出院。12 例患者经上述保守治疗均于术后 12 到 23 天顺利出院。

3 讨论

ERCP 经过近 40 多年的发展已经成为一种成熟的微创诊疗技术。在诊治胆胰疾病方面具有很高的价值, 但是就其本身是一种侵入操作, 故也有一定风险性。上消化道穿孔是一种常见的并发症之一, 其发生率^[2]为小于 1%。对于 ERCP 术引起的上消化道穿孔需及时发现并采取措施干预, 否则容易出现腹腔内感染, 导致疾病治愈率及其死亡率增加。

ERCP 穿孔的因素分析: 本文 12 例 ERCP 并发上消化道穿孔的原因为: 1、因结石过大所以切开过宽导致切穿孔。2、胆总管下段瘢痕性狭窄失去弹性在球囊扩张时导致穿孔。3、球囊扩张时所选球囊直径过大导致扩穿孔。4、取石时结石过大, 出口过小在顺应胆管方向时向下并旋镜身动作粗暴导致乳头对侧十二指肠壁穿孔。5、取石时结石过大, 出口过小时心存侥幸没停止操作行碎石术。6、困难插管时行针刀预切开深度把握不准。总之 ERCP 穿孔的原因多由于操作者所选用的方法不对、技术不熟练及不规范操作引起。

ERCP 术并发上消化道穿孔的治疗^[3]: Stapfer I 型穿孔采取手术治疗 (前提为无手术禁忌症)。但对于穿孔直径小于 5mm, 内镜下钛夹能够彻底完全夹闭穿孔处。术后跟踪 X 线、CT 检查显示腹腔积气、积液少, 保守治疗才有效。Stapfer II 型穿孔小, CT 显示腹膜后渗出积液少, 胆汁鼻胆管充分引流保守往往成功。Stapfer III 型由于穿孔直径小如果原发病已经解除, 已放鼻胆管充分引流, 一般保守治疗能成功。Stapfer IV 型穿孔本身只有后腹膜积气, 基本保守治疗。保守治疗包括, 鼻胆管引流、禁食胃肠减压, 抑制胃酸、抑制胰酶分泌, 抗生素、补液、胃肠外营养。本文发生一例 Stapfer I 型穿孔患者。因结石取尽后换胃镜观察发现十二指肠乳头对面为一纵形穿孔, 胃镜可看到明显腹腔内网膜, 予以吸尽穿孔周围腹腔内液体, 再用 7 枚一次性钛夹封闭穿孔。换十二指肠镜再置入鼻胆管及三腔喂养管。患者术后并无腹痛、腹胀、发热、腹腔内积气积液增多等感染的症状。术后 16 天拔除鼻胆管及三腔喂养管。仍严密观察 5 天后无不适症状才出院。有 1 例 Stapfer II 型穿孔患者采用此方法治疗时对因手术发生穿孔而对医务人员不理解, 依从性差。患者在术后第 5 天自行拔除鼻胆管和三腔喂养管而与术后第 6 天出现腹痛加重, 畏寒发热, 复查 CT 见腹膜后积气积液稍增多, 第 7 天重新置入鼻胆管及三腔喂养管后症状未进行性加重, 于第 10 天后热退, 13 天后腹痛好转, 21 天后出院。余 7 例 Stapfer II 型穿孔和 3 例 Stapfer III 型穿孔经过置入鼻胆管及三腔喂养管均在术后第 10 天拔除鼻胆管和三腔喂养管, 第 12 天出院。所有患者均在术后第 2 天开始从三腔喂养管的空肠管内注入肠内营养液解决患者营养多样性的问题。

ERCP 手术发生穿孔既往主张及早行外科手术治疗。手术方式可行穿孔处修补, 也有外科医师开腹术中因很难发现穿孔的部位而无法修补穿孔部位, 从而主张放置腹腔引流管解决消化液渗漏到腹腔问题, 置入空肠造瘘管解决营养输入问题, 插胃管胃肠减压减少消化液外漏。但开腹手术风险大, 对患者创伤大, 费用高, 医疗纠纷发生的可能性

大。ERCP 术并发上消化道穿孔后一方面要解决胃肠、胆胰等分泌的消化液的引流问题，另一方面又要解决患者营养的问题。国内均只报道单独置入鼻胆管解决胆汁引流或单独置入三腔喂养管行胃肠减压和空肠营养问题，而不能使两个问题同时解决。我科率先在行 ERCP 并发上消化道穿孔后置入鼻胆管引流胆汁，同时术中置入三腔喂养管引流胃肠液并改胃肠外营养为空肠内营养，使三个问题同时得到了解决。为 ERCP 术并发上消化道穿孔的治疗从外科手术治疗变为内科保守治疗增加砝码。使患者获益。同时可降低医疗费用，避免医疗纠纷的发生。

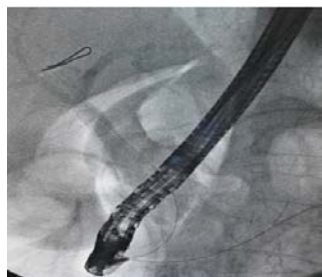
总之，本研究对 ERCP 患者并发上消化道穿孔后采用鼻胆管和三腔喂养管同时置入可使胆汁、胃肠液得到充分引流，同时可行肠道内营养，增加保守治疗的安全性。具有较好的临床应用价值。但 ERCP 发生上消化道穿孔的病人在一个医院毕竟少，此方法还缺乏大样本的效果观察，有待进一步观察疗效。



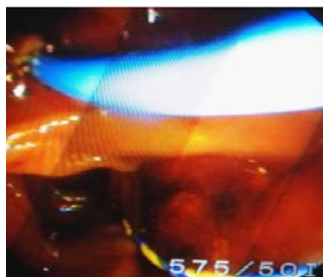
图表 1: 术中发现腹膜后积气，有肾形。



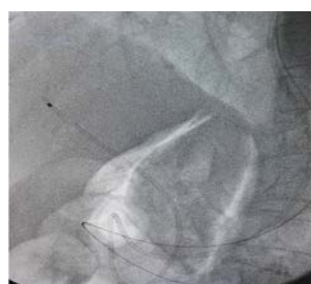
图表 2: 置入另一根导丝到空肠的镜下图像。



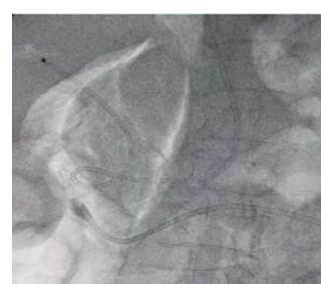
图表 3: 置入 B 导丝到空肠。



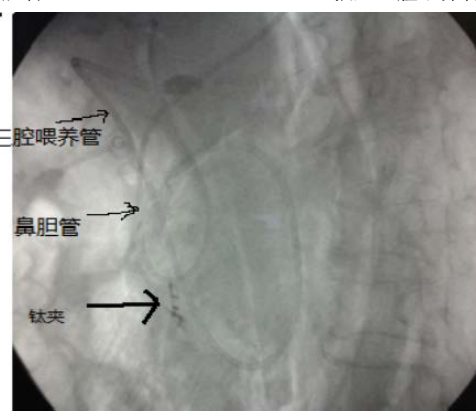
图表 4: 沿 A 导丝插入鼻胆管至右肝内引流



图表 5: 退镜保留 B 导丝及鼻胆管。



图表 6: 转换到鼻腔后沿 B 导丝插入三腔喂养管。



图表 7: 十二指肠穿孔术后图像

[参考文献]

- [1] Stapfer M, Selby J, Stain SC, et al. Management of duodenal perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy [J]. Ann Surg, 2000, 232(2): 491-198.
- [2] 张荣春, 潘阳林. ERCP 并发症的预测、预防和治疗 // 郭学刚、吴开春主译, 内镜逆行胰胆管造影 [M]. 第二版, 北京: 人民军医出版社 2015: 60-70.
- [3] 庄幸福, 冯亚东, 陈晓星等. 经内镜逆行胰胆管造影术相关穿孔的 Stapfer 分型及其诊疗 [J]. 中华消化内镜杂志, 2013, 3(3), 129-132.

(上接第 37 页)

[3] 邹仁民, 刘国树, 徐福山, 等. 硝苯地平缓释片、马来酸依那普利片和富马酸比索洛尔片对 I 级高血压患者 24h 血压的影响 [J]. 中国药物应用与监测, 2014, 21(3): 131-133, 179.

[4] 赵乐, 黄宇玲, 崔圆. 比索洛尔联合氨氯地平治疗原发性高血压

临床研究现状 [J]. 承德医学院学报, 2017, 17(1): 67-70.

[5] 李丹丹, 董蔚, 陈韵岱, 等. 富马酸比索洛尔治疗亚洲初发高血压患者的多中心开放前瞻性单目标观察性研究 [C]. 中华医学会第十五次全国心血管病大会论文集解放军总医院 (北京 301 医院) & 军医进修学院, 2013: 335-335.

(上接第 38 页)

综上所述, 对急诊酒精中毒患者进行积极的针对性护理干预, 不仅能显著提高患者的治疗依从性, 而且还能增加患者的护理满意度, 因此值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 廖飞娥, 关伟群, 张晓华, 等. 针对性护理对急诊科酒精中毒患者临床依从性的影响 [J]. 辽宁医学杂志, 2016, 30(1): 38-41.
- [2] 弓佳. 针对性护理对急诊科酒精中毒患者临床依从性的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2016, 16(80): 373-373.

[3] 段小勇, 王晟, 李群. 针对性护理在改善急诊科酒精中毒患者临床依从性中的效果 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(32): 121-122.

[4] 朱勇. 针对性护理对急诊科酒精中毒患者临床依从性的影响观察 [J]. 医学信息, 2016, 29(27): 187-187.

[5] 沈冬梅. 针对性护理对急诊酒精中毒患者治疗依从性的影响 [J]. 当代临床医刊, 2017, 30(6): 3521-3522.

[6] 阿克木尼沙·买买提, 米也塞·吾布力. 实施针对性护理干预对于急诊科酒精中毒患者依从性的影响 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(8): 41, 44.

(上接第 39 页)

近期疗效对比 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(A1): 109-112.

[2] 陈志勇. 不同他汀类药物对早发冠心病急性心肌梗死患者疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(22): 4265-4266.

[3] 战云. 不同他汀类药物对早发冠心病急性心肌梗死患者疗效

分析 [J]. 当代医学, 2016, 22(11): 151-152.

[4] 付鑫, 卢杰, 张继红, 等. 不同他汀类药物对早发冠心病急性心肌梗死患者的疗效分析 [J]. 中国医药指南, 2015, 13(9): 5-6.

[5] 周丰年. 不同他汀类药物对早发冠心病急性心肌梗死患者的近期疗效分析 [J]. 中国医药指南, 2013, 11(23): 482.