

(上接第18版)

经皮肾镜治疗坏死型胰腺炎优势显著

▲ 解放军总医院肝胆外科 蔡守旺



蔡守旺 教授

从国内外已报道的文章看，肾镜是众多治疗伴有感染性胰腺坏死（IPN）的胰腺炎微创方法中积累病例数最多的方法，也是最成熟、适应证最广的方法。笔者认为，众多微创治疗坏死型胰腺炎方法中，首选经皮肾镜。

微创手段已成为胰腺炎治疗首选

IPN是急性胰腺炎的严重并发症，一旦发生，病情迅速恶化，构成了急性胰腺炎患者的第二个死亡高峰。既往认为，治疗IPN的标准方法是开腹坏死组织清除及术后持续灌洗引流，然而该手术的并发症发生率较高，即使在大型胰腺疾病诊疗中心，其死亡率也高达20%左右。随着微创外科技术在临床实践中的广泛应用，国内外学者近年来逐步探索重症胰腺炎的微创治疗价值。新近《外科学年鉴》发表的文章总结了既往17年394个病例，结果发现，使用肾镜微创治疗组死亡率和并发症发生率均显著

低于开腹治疗组，认为微创治疗应作为胰腺炎的首选治疗手段。目前临床开展的胰腺炎微创治疗手段众多，根据镜身可以分为软镜和硬镜两大类。软镜包括胃镜、十二指肠镜、胆道镜等。根据入路，可将软镜进一步分为经皮、经自然孔道内镜手术两大类。根据笔者团队的临床应用体会，软镜有镜身柔软、可弯曲的优点，但操作孔道细小，缺乏专业、高效的抓取坏死组织的器械，在清除量较大的感染坏死组织时效率低、时间长、操作次数多、适应证窄，更多应用于硬镜因视觉盲区未未尽的残余坏死病灶清除。

硬镜治疗方法包括肾镜、腹腔镜、视频辅助小切口等。截至目前，腹腔镜清除胰腺坏死组织的文章较少，客观说明该技术手段还不够成熟。视频辅助小切口胰腺坏死组织清除术于2007年由荷兰胰腺炎小组最先报道，认为具有降低并发症发生率的优势。根据笔者团队的临床应用体会，这种方法的优点是清除坏死组织效率高，缺点是如果坏死组织距离皮肤较远，则无法通过小切口建立入路，因此适应证较窄，且相较肾镜，切口虽仅5cm左右，但依然有创伤大、愈合慢、不美观等缺点。

改良后的经皮肾镜感染性胰腺坏死清除术

笔者团队自2008年起，率先在国内开展了经皮肾镜腹膜后入路的感染性胰腺坏死组织清除术，积累了大量临床病例，并在实践中不断对该方法加以改良，取得了很好的临床疗效。第一个改良之处是把原本需要在持续生理盐水灌洗下进行的肾镜操作改为充气。通过建立气腔，视野得到了大幅度改善，术者仿佛从水下上了岸，视野清晰而明确，很容易辨认区分肉芽组织和感染坏死组织，可更确切地进行较彻底的清创。此外，在充气条件下，面对渗血或小血管破裂出血，外科夹或电凝、氩气等止血操作变为可能。进一步提高

了清创效率，从而减少了操作次数。另一个重要的改良是不再局限于腹膜后入路，也可以采用经腹入路。如对于小网膜囊内病灶，术前采用了经腹途经的经皮穿刺置管引流（PCD），经过培育窦道成熟后再行操作，并未造成腹腔内感染波散。据病灶部位，术前行多点PCD不但可以最大程度地强化引流效果，起到稳定病情的作用；更方便术者从不同的戳卡进行不同角度的清创操作，最大程度地避免了视野盲区和操作盲区的残留，且方便术后大量生理盐水对病灶进行“对冲式”清洗引流。改良式经皮肾镜坏死

组织清除术，已是笔者医院治疗伴IPN胰腺炎的首选外科方法。同时在临床实践中，我们还针对具体病情给予个体化治疗，灵活结合内镜或开腹手术治疗残余感染坏死，从而为患者争取最佳预后。从2008年起，笔者团队已积累了近200例采用改良式经皮肾镜胰腺坏死组织清除术病例。如2016年，笔者团队用该方法救治了42例重症胰腺炎患者，仅1例因出血而中转开腹手术，2例残余病灶辅以小切口坏死组织清除术，其余均经过该方法即获治愈，成功率高，且无一例死亡。相比既往数据，治疗效果进一步提高。

急性胆源性胰腺炎早期ERCP治疗需严控适应证

▲ 南昌大学第一附属医院消化内科 刘丕



刘丕 教授

经内镜逆行性胰胆管造影术（ERCP）治疗急性胆源性胰腺炎有创伤小、治疗效果好、安全性高等很多优点。但治疗性ERCP也是消化内镜操作技术要求最高、风险最大的操作之一，需根据患者的具体病情，结合指南要求，严格掌握适应证，采用积极的措施避免及处理ERCP并发症，使内镜治疗充分发挥其优势，更好、更广泛地应用于急性胆源性胰腺炎（ABP）的治疗。

胆源性胰腺炎在急性胰腺炎中最常见

急性胰腺炎的总体发病率约5~70/10万，其中，20%~30%的患者临床经过凶险。作为急性胆源性胰腺炎中最常见的类型，ABP（图2）占急性胰腺炎每年发病人数的40%~60%。

ABP最常见的病因是胆总管结石，结石如果未去除，可导致胰腺炎的复发。



图2 急性胆源性胰腺炎的诊断标准

ERCP治疗需把握适应证

对于ABP，过去主要采取扩张胆管、抑酶、制酸、抗炎等保守治疗，但这些措施均各有缺陷。胆道梗阻若不能迅速解除，病变可进展为急性坏死性胰腺炎，导致住院天数延长，住院费用增加，死亡率升高，最终失去最佳的治疗时机。外科手术可去除胆管病因，改变胰腺炎的病理过程，但手术时机的选择尚存在争议，早期选择手术治疗不但不能阻止ABP患者的病情进展，还可能因为手术的创伤和应激反应而加重炎症反应。ERCP对明确ABP的原因有重要作用。而随着影像技术的进步，ERCP逐渐转向胰胆疾病

的治疗。近年来，ERCP已成为治疗胆胰疾病的一种安全有效的技术。ERCP可清除胆管结石，从而达到通畅胆道，减少胆汁向胰管反流，迅速改善患者病情，减少复发和改善总体预后。最初对于ABP内镜治疗方式及时机的选择，国内外意见不一，缺乏统一的治疗标准。2013年后，国内外关于ABP的内镜治疗取得了较一致的意见：合并急性胆管炎的急性胰腺炎患者应在入院24h内行ERCP；对于大部分胆石性胰腺炎患者，如果没有证据表明存在进行性胆道梗阻，不需要行ERCP；在没有胆管炎和（或）黄疸的情况下，应选择磁共振胰胆管造影或超声内镜，而不是诊断性ERCP，对高度可疑的胆总管结石病患者进行筛查。笔者医院胰腺中心每年收治约800例急性胰腺炎患者，其中胆源性约占61%，每年行ERCP的患者约180例，ERCP治疗后，90%的患者好转，7%的患者没有改善，3%患者恶化。因此笔者医院的经验认为，有化脓性胆管炎或严重胆道梗阻者，在24h内完成，无上述并发症的胆源性SAP争取在48~72h完成，非SAP的胆总管及相关病变者，在住院的任一时间完成。另外，急诊ERCP时，应尽量简化操作，目的是胆道减压、保证胰胆管引流通畅。