

ERCP 胆道支架置入术联合茵栀黄治疗梗阻性黄疸疗效观察

麦桥勋

(广东省阳江市中医医院 阳江 529500)

摘要:目的:观察内镜下逆行胰胆管造影胆道支架置入术联合茵栀黄口服液治疗梗阻性黄疸的临床疗效。方法:选取 2016 年 1 月~2019 年 8 月收治的梗阻性黄疸患者 90 例作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 45 例。对照组行内镜下逆行胰胆管造影胆道支架置入术治疗,观察组在对照组治疗基础上采用茵栀黄口服液治疗。比较两组术前及术后 7 d 肝功能指标、临床症状改善时间以及并发症发生情况。结果:术后 7 d,两组总胆红素、直接胆红素、碱性磷酸酶、丙氨酸氨基转移酶以及天冬氨酸氨基转移酶水平均较术前下降,且观察组低于对照组;观察组临床症状改善时间早于对照组,并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:内镜下逆行胰胆管造影胆道支架置入术联合茵栀黄口服液治疗梗阻性黄疸效果确切,可有效改善患者肝功能,缓解临床症状,同时减少并发症发生,促进患者恢复。

关键词:梗阻性黄疸;内镜下逆行胰胆管造影胆道支架置入术;茵栀黄口服液;肝功能

中图分类号:R575

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.011

梗阻性黄疸是临床较常见病理状态,主要由于患者肝外或肝内胆管梗阻,损伤肝功能,造成胆汁淤滞,从而引发黄疸^[1]。诱发该病症的主要危险因素有肿瘤、结石、胆管炎、胆管蛔虫等,患者多表现为贫血、发热、上腹部绞痛、食欲减退等症状,严重时出现肝衰竭,威胁生命健康^[2]。目前,临床主要通过引流胆道帮助患者缓解胆道内压,从而减轻临床症状^[3]。本研究观察内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)胆道支架置入术联合茵栀黄口服液治疗梗阻性黄疸的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 1 月~2019 年 8 月收治的梗阻性黄疸患者 90 例作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组。对照组 45 例,男 24 例,女 21 例;年龄 50~61 岁,平均(55.20±2.14)岁;胰头癌 6 例,肝癌 7 例,胆管癌 5 例,胆管狭窄 12 例,硬化性胆管炎 9 例,肝内胆管结石 6 例。观察组 45 例,男 23 例,女 22 例;年龄 50~62 岁,平均(54.25±2.18)岁;胰头癌 7 例,肝癌 6 例,胆管癌 5 例,胆管狭窄 13 例,硬化性胆管炎 8 例,肝内胆管结石 6 例。两组基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准:经磁共振胰胆管造影、腹部 CT、腹部超声等影像学检查确诊;有手术指征;患者及其家属自愿签署知情同意书。(2)排除标准:严重心、肝、肺及肾疾病患者;合并胆囊癌、全身性感染者;合并多脏器衰竭患者;存有胆囊切除术史者。

1.3 治疗方法 患者术前均禁饮禁食,完成肝肾功能、血常规、胸部 X 线片、胃镜等常规检查以及乳头、壶腹部病变活检。对照组行 ERCP 胆道支架置

入术治疗。术前 30 min 盐酸哌替啶注射液(国药准字 H63020022)1.0~2.0 mg/kg 肌肉注射,地西洋片(国药准字 H14021444)5 mg 口服,同时开放外周静脉通路,行心电图监护。采用俯卧位进镜,经乳头胆管插管,确认导管成功进入胆道后,抽吸胆汁,随后缓慢注入 76%复方泛影葡胺注射液(国药准字 H31021606)进行 ERCP 造影,明确梗阻部位、胆管狭窄范围及程度。采用胆道扩张器扩张胆道狭窄严重部位,将导丝置入胆管,同时利用内镜扩大乳头,并沿导丝送入医用内支架引流,释放后的支架远端以超出狭窄段 1~2 cm 为宜。术后 24 h 禁食,给予常规抗感染、保肝、止血等对症治疗;术后 5~7 d,行 X 线检查,确认支架位置及扩张情况;术后 7~14 d 复查肝功能。观察组在对照组基础上采用茵栀黄口服液口服治疗。术后第 2 天口服茵栀黄口服液(国药准字 Z11020607),10 ml/次,3 次/d,连续服用 7 d。

1.4 观察指标 (1)利用中生(苏州)医疗仪器有限公司的 ZS-820 全自动生化分析仪检测两组术前及术后 7 d 肝功能指标,包括总胆红素(TBil)、直接胆红素(DBil)、碱性磷酸酶(ALP)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)以及天冬氨酸氨基转移酶(AST)水平。(2)比较两组临床症状改善时间,包括胆盐血症缓解时间、腹痛缓解时间以及黄疸消退时间。(3)比较两组并发症发生情况,包括急性胰腺炎、高淀粉酶症、胆道感染以及切口感染。

1.5 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术前后肝功能指标对比 术后 7 d,两组 TBIL、DBIL、ALP、ALT 以及 AST 水平均较术前

下降，且观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组手术前后肝功能指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TBil (μmol/L)		DBil (μmol/L)		ALP (U/L)		ALT (U/L)		AST (U/L)	
		术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d
对照组	45	26530± 4404	12701± 2350	23856± 12640	10782± 5683	48453± 21545	36035± 18228	21098± 14165	9195± 3362	19806± 7547	9439± 3664
观察组	45	26065± 3635	8016± 1639	22961± 12117	7266± 2894	46116± 24059	24371± 9057	23055± 12302	6567± 2134	17610± 8298	6210± 2150
t		0546	10969	0343	3698	0485	3844	0700	4427	1313	5099
P		0586	0000	0733	0000	0629	0000	0486	0000	0193	0000

2.2 两组临床症状改善时间对比 观察组临床症状改善时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组临床症状改善时间对比(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	胆盐血症缓解时间	腹痛缓解时间	黄疸消退时间
对照组	45	3.97± 0.68	2.87± 0.41	5.20± 0.88
观察组	45	3.51± 0.45	1.56± 0.23	3.24± 0.56
t		3.784	18.693	12.605
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组并发症发生情况对比 观察组并发症发生率 6.67%，低于对照组的 22.22%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况对比[例(%)]

组别	n	急性胰腺炎	高淀粉酶症	胆道感染	切口感染	总发生
对照组	45	2(4.44)	2(4.44)	3(6.67)	3(6.67)	10(22.22)
观察组	45	0(0.00)	0(0.00)	1(2.22)	2(4.44)	3(6.67)
χ^2						4.406
P						0.036

3 讨论

胆管梗阻后，胆汁排放受阻，造成胆管内胆汁大量淤积，促使胆管扩张、压力升高，损伤胆管，胆汁则通过破裂的毛细胆管流入组织间隙，进入血液循环，引发胆红素大量代谢，产生黄疸，影响机体正常功能^[4]。ERCP 为临床治疗梗阻性黄疸的常用方法，具有创伤小、易恢复、费用低、安全性高等优点，同时操作中无需携带引流管，有助于保持胆管系统的完整性，维持其正常生理功能，但术后容易引发急性胆囊炎等并发症，影响预后^[5-7]。中医认为，黄疸系感受湿热病邪，气机受阻，胆汁外溢所致，因此治疗梗阻性黄疸应以清热燥湿、退黄扶正为主^[8]。茵陈蒿口服液内含茵陈、栀子、金银花等成分，其中茵陈为君药，具有通经止血、退黄利胆的作用，通过疏利瘀滞，可有效改善血液循环，促进胆汁分泌，加速退黄^[9]；栀子为

臣药，具有泻火除烦、护肝利胆等作用，可有效降低血清胆红素含量，且对肝细胞无毒性作用^[10]；黄芩则具有较广的抗菌谱，不仅有助于镇静解热、促进免疫，同时可有效保护肝肾功能；金银花甘寒清热而不伤胃，同时具有祛邪、解毒的作用。本研究结果显示，术后 7 d，两组 TBil、DBil、ALP、ALT 以及 AST 水平均较术前下降，且观察组低于对照组；观察组临床症状改善时间早于对照组，并发症发生率低于对照组。表明 ERCP 胆道支架置入术联合茵陈蒿口服液治疗梗阻性黄疸效果确切，可有效改善患者肝功能，缓解临床症状，减少并发症发生，促进预后。

参考文献

[1]薛鸿,岳鹏,刘晶晶,等.经 ERCP 途径与 PTC D 途径治疗恶性梗阻性黄疸疗效比较的系统评价[J].中国内镜杂志,2019,25(3):17-26

[2]黄继续,陈蓉蓉,翁鑫鑫,等.介入治疗梗阻性黄疸患者胆道感染的影响因素分析[J].中华医院感染学杂志,2019,29(3):415-417,421

[3]陈萃,叶志霞,孙波,等.内镜超声引导下胆管引流术治疗恶性梗阻性黄疸的价值(含视频)[J].中华消化内镜杂志,2018,35(8):557-561

[4]金晓昇,陈璐茜,季婷婷,等.ERCP 胆管支架置入治疗晚期恶性梗阻性黄疸的疗效研究[J].中华全科医学,2018,16(10):1643-1645,1649

[5]许显明.梗阻性黄疸行内镜下逆行胰胆管造影支架植入术后并发性胆囊炎的影响因素[J].广西医学,2018,40(5):527-530

[6]熊杰,张健康.内镜逆行胰胆管造影胆道探条扩张术联合支架置入术治疗梗阻性黄疸 32 例临床分析[J].实用医院临床杂志,2019,16(2):176-178

[7]蒋孙路,黄强,翟东升.经内镜逆行胰胆管造影术和经皮肝穿刺胆道引流术治疗恶性梗阻性黄疸的疗效对比[J].中国内镜杂志,2018,24(1):75-79

[8]韩坤,葛鹏,杨震威.茵陈蒿颗粒联合 ERCP 治疗胆总管结石所致阻塞性黄疸临床观察[J].中国医师杂志,2018,20(10):1570-1572

[9]黄建伟,王明亮.肠内营养联合茵陈蒿汤对老年性阻塞性黄疸 ERCP 术后的疗效研究[J].临床和实验医学杂志,2018,17(20):2201-2205

[10]汪凯,张桂信,陈海龙.中药治疗梗阻性黄疸研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(1):112-114

(收稿日期: 2020-03-10)

(上接第 18 页)

[7]郭惠环,胡春华,罗洁.中医辨证对治疗耐药肺结核的效果分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(13):2899-2902

[8]寿惠善,贺颖,刘磊.中医辨证治疗对肺结核患者胃肠道反应率及肝功能改善作用[J].中国地方病防治杂志,2016,31(8):875,951

[9]刘继民,王檀.王檀教授中医康复疗法治疗肺癆喘证经验总结[J].

中国中医药现代远程教育,2019,17(13):59-61

[10]黄舒然,葛海波.中医辨证论治联合化疗对肺结核患者疗效、毒副反应及依从性的影响[J].亚太传统医药,2017,13(21):111-112

[11]郝红.中医辨证辅助治疗对肺结核痰涂片阳性患者转阴率的影响研究[J].中国医学创新,2015,12(17):97-99

(收稿日期: 2020-01-08)