DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.038

所需的时间较长，要1周左右，因此治疗时间拉长，暂封物易被咬脱。三氧化二砷失活剂失活牙髓的效果满意，牙髓失活所需时间也短，但是由于毒性及渗透性比三聚甲醛失活剂强得多，临床使用都特别小心，即便如此也时有化学性尖周炎出现。本文对照组的43只乳牙经三氧化二砷失活剂失活后有叩痛者5只。笔者曾见到1只乳牙，经三氧化二砷失活后，出现叩痛和松动，经用多种方法治疗后，叩痛有减轻，但松动度增加到Ⅲ°+，患牙周围牙槽骨亦有明显吸收，从而无法挽救该牙。另外三氧化二砷失活剂从洞内漏出烧伤牙龈，给患者带来痛苦。

三聚甲醛－二甲亚砜失活剂的主要成份是三聚甲醛和二甲亚砜。三聚甲醛为甲醛的固体聚合物，浓度在40%以上即具有失活牙髓组织的作用，并能逐渐使牙髓组织无菌干尸化。二甲亚砜具有良好的溶解性和渗透性，并还具有镇痛、消炎、抑菌等作用。在三聚甲醛内加入二甲亚砜，能促进三聚甲醛的解聚和加速甲醛分子渗入牙髓组织，使牙髓组织失活时间缩短[2]，同时也保持了三聚甲醛的药物特性。三聚甲醛－二甲亚砜失活剂既保持了三聚甲醛失活剂安全的优点，对乳牙失活的效果又与三氧化二砷相仿，而且毒性小于三氧化二砷，是目前较为理想的乳牙髓失活剂，失活恒牙的效果亦颇良好，值得推广。

参 考 文 献

1. 何国华　雷贤庚　周志瑜，等。牙髓和根尖周组织对多聚甲醛失活剂的反应。实用口腔医学杂志 1986；2（4）：223

2. 王昆润，摘。用三聚甲醛和二甲亚砜作牙髓失活剂。国外医学：口腔医学分册。1986；13（6）：374

（收稿：1989.03.20；修回：1990.12.19）

胆石性胰腺炎的影象学检查评价（附21例分析）*

张爱梅△ 巫北海（西南医院　放射科）

胆石性胰腺炎是1种胆系结石诱发的胰腺炎。本文回顾性分析探讨本病的病因病理学及影象学表现。

1 临 床 资 料

1978年～1989年收治本症30例，资料完整者21例。男10，女11。年龄29岁～80岁，平均50.6岁。病程3d至20a不等。临床表现上腹痛21例，阵发性绞痛19例，放射痛14例，发热12例，黄疸8例。化验19例血和（或）尿淀粉酶升高，1例不升高，1例未查。影象学检查均证实胆系疾病，部分证实胰腺疾病。手术12例中，10例证实胆道疾病。手术均在症状、体征开始或已消失时施行。影象学及手术资料见表1、表2。

*国家自然科学基金资助项目；△本科空军北戴河疗养院进修医师

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表1 影象学检查方法及例数

检查方法	异常例数／总例数
BUS	18/18
OCG	9/9
IVC	8/8
T管造影	6/6
术中胆系造影	4/4
ERCP	3/3
核素显象	3/3
CT	2/2

表2 影象学及手术所见异常

病种	影象学 异常例/总例	手术 异常例/总例
胆囊炎	16/21	12/12
胆囊结石	17/21	8/12
胆总管增宽	11/21	5/12
胰腺炎	8/21	6/12
胆管结石	7/21	3/12
胆管下端狭窄	6/21	4/12
胆管炎	5/21	1/12

2 讨 论

1901年Opie首先创立了共同管理论，建立了胰腺与胆道疾病的联系[1-3]。直到Kelly等(1975)证实胆总管下端结石阻塞和胰管返流有关时，此理论才被接受[4]。目前认为主要是阻塞形成共同管造成胰管返流所致。（1）阻塞：主要指小结石阻塞在共同管造成返流性胰腺炎[5]。结石一般小，轻，不平。其直径比共同管的长度小。当胆石阻塞共同管时，管内还有空隙使存留胆汁并返入胰管。阻塞原因又含壶腹区先天异常，小结石排出，刺激Oddi括约肌，水肿[6]和纤维化[4]，引起下端狭窄。下端结石间接压迫胰管也可致胰管阻塞[5]。（2）共同管形成：胰胆管连结区解剖变异与移动性结石形成的胰腺炎有关[7]，Hand认为80%的患者有共同管。Sterling报道共同管进入十二指肠的最小长度是5 mm，是胆汁生理性返入胰管所必须的。有功能的共同管不仅易形成返流，还可使结石排出。1个足够小的结石和1个足够长的共同管是该管被结石阻塞后胆胰管间返流的先决条件。（3）返流：共同管被阻塞后，胆汁在非生理压力下，经共同管流入胰管，胰管系统的渗透压增加，间质水肿，且胆石症病人常有胆囊炎，胆汁常被感染。它的化学成份也异常。这胆汁在生理压力下引入胰管可致胰腺炎。Acosta认为胆石排出时括约肌是开放的，暂时允许十二指肠液返流到胰管引起胰腺炎。

影象学表现。(1) B超(BUS)：本组18例做BUS检查均有异常。有胆囊炎13例，胆囊结石11例，胰腺炎7例等。经手术及其他影象检查证实BUS漏诊的胆总管增宽8例，胆总管下端狭窄6例，胆总管结石5例。可见BUS对胆囊疾病和胰腺炎的诊断阳性率高于胆总管疾病。(2)口服胆囊造影（OCG）：本组OCG 9例，含5例胆囊炎及结石。经手术及其它影象学检查证实漏诊胆囊结石3例。胆总管疾病及胰腺炎均未能诊断。说明OCG异常时多与胰腺炎有关，若未显影或未见异常，也不能除外本症的存在。(3)静脉胆系造影（IVC）：本组IVC 8例均有异常。漏诊胆囊结石3例，胆囊炎2例。说明IVC对胆总管病变诊断明显优于对胆囊的诊断，但对胰腺炎诊断意义小。（4）T管造影：本组6例中3例胆总管增宽，3例胆管炎，2例胆总管结石，2例胆总管下端狭窄，1例胰管显影，2例胆总管括约肌段显示。此法对胆总管术后再异常或术前未发现的异常显示好，一般作为术后常规检查。（5）术中胆系造影：所有本症病人均应做此项检查，但必须是高质量的，以便做出是否探查胆总管的决定。本组共4例做此检查。（6）内窥镜逆行胆胰管造影(ERCP)：本症病人血清胆红素水平降

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

低后实施ERCP是明智的。这样不易加剧胰腺炎，又易使胆管胰管显影，从而可准确进行诊断。ERCP可使胆系解剖一目了然。其它影象学均证实。（7）核素显象：此法为病人血清胆红素高达102.6～119.7μmol/L时，使胆道显影的安全步骤[6]。本组3例做此检查。(8)CT：可准确地发现扩张的肝内胆管和胆总管。检查肝内胆管结石优于肝外胆管结石。但对胆囊结石和胆总管结石尤其是单发胆总管结石不如PTC和ERCP。CT对胰腺疾病的检查应与BUS同时作为首选。本组2例CT。（9）经皮肝穿胆管造影（PTC）：一般认为PTC对高位胆道梗阻和胆道扩张者较好。它的成功率较高，并发症较少，胆管树显影满意，能明确显示病变部位，范围，形态。可与ERCP互相弥补。

IVC和ERCP对诊断有帮助，但急诊不能使用，故常选高分辨力BUS和CT，再做ERCP。对做过胆囊切除术的本症病人最好的方法是ERCP和PTC。未做过胆囊切除术的本症病人，诊断方法最好是BUS。在本症第2次发作时，必须使胆道显影，胆总管显影，BUS和CT对胆总管显示较好，但用ERCP和PTC研究这个结构最好，IVC也可以[7]。总之，本症病人利用影象学检查的技术可发现其胆石及继发征象，从而达到找出病因正确治疗之目的。

参考文献

1. Kelly TR. Gallstone pancreatitis. Arch Surg 1974; 109:294
2. Frey CF. Gallstone pancreatitis. Surg Clin North Am 1981; 61:923
3. Kelly TR, Wagner DS. Gallstone pancreatitis: A prospective randomized trial of the timing of surgery. Surgery 1988; 104:600
4. Albu E, Bronk EA, Feber CE, et al. Gallstone pancreatitis in adolescents. J Pediatr Surg 1987; 22:960
5. Neoptolemos JP. The theory of persisting common bile duct stone in sever gallstone pancreatitis. Ann R Coll Surg Engl 1989; 71:326
6. Blackstone MO. Gallstone pancreatitis from intestinal reflux. Lancet 1988; 4:1280
7. Kelly TR. Gallstone pancreatitis: Pathophysiology. Surgery 1976; 80:488

（收稿：1990.07.04，修回：1990.12.21）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net