DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.04.028

内镜逆行胰胆管造影的临床应用

李智华 周永碧 王卫 陈敏 王敖川 （第三军医大学西南医院 肝胆外科）630038

自1983年1月至1990年7月我院使用Olympus JF-B_4、JF-B_{10}型十二指肠镜行逆胰胆管造影（ERCP）检查1530例次，现将检查结果及临床胆胰疾病诊断价值分析如下。

1 临床资料

1.1 性别与年龄

男783例，女747例。男:女为1.1:1。年龄最小13岁，最大78岁。

1.2 ERCP检查成功率

在1530例次ERCP检查中，插管成功1451例次，成功率94.84%，失败79例5.16%。其中单胆道显影785例，54%。单胰管显影219例，15%。胰、胆管均显影447例，30.8%。胆管总显影率1236例，85.1%。胰管总显影666例，45.8%。

1.3 结果

在1530例中有1158例因不同疾病，行手术治疗的有979例，见附表。ERCP检查与手术诊断符合932例，

附表 ERCP检查1158例胆道系统不同疾病的准确率

疾病名称	ERCP例数	成功例数	手术例数	ERCP与手术符合例数	准确率
肝胆管结石	395	390	383	378	98.7
胆囊结石和继发性胆总管结石	198	192	184	175	95.1
阻塞性黄疸	304	265	234	203	86.7
胆肠吻合术后	108	99	66	64	96.9
十二指肠乳头旁憩室	83	67	43	43	100.0
十二指肠乳头旁瘘	31	31	31	31	100.0
胆管囊肿	28	28	27	27	100.0
胆道损伤	11	11	11	11	100.0
总计	1158	1083	979	932	95.2

95.2%。误诊47例，4.8%，就其原因分析：（1）注药造影时导管内空气未排尽，出现假阳性。（2）肝内部分胆管枝充盈不良，误诊为狭窄。（3）良性狭窄与恶性病变难以完全区分。（4）癌栓组织在胆道内误认为结石。（5）造影剂过浓掩盖结石，出现假阴性。

另外，手术指征不明确的372例中包括：慢性胆管炎67例；慢性胰腺炎78例；胆道造影无明确异常65例；胰胆管有解剖变异97例；其它少见病26例及胆道残石行内镜扩约肌切开39例。

2 讨论

自Mccune等1968年应用纤维十二指肠镜行十二指肠乳头开口插管成功，为肝胆胰外科的诊断和治疗开辟了新的领域。ERCP是一种创伤小，准确率高的，术前定位较准确的诊断方法。因此在临床得到广泛应用，由于方法的不断改进和经验的积累，国内报告插管成功率达75%～99%[1]。因该项检查的成功率和诊断正确率与技术熟练程度有关，下面根据我们的体会着重讨论如何提高造影的成功率，诊断的正确率及并发症的预防。

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

2.1 如何提高插管成功率和诊断正确率

为了使肠道平滑肌蠕动减慢及乳头括约肌松弛，肌松剂及镇静剂应在插管前5min注射，内镜通过幽门时应稳、准、轻、柔、快，切忌用暴力。在十二指肠降段，视野中部或右侧寻找乳头，若为扁平乳头，寻找困难时，可先找到副乳头，在其左下方2cm～3cm处即为主乳头。找到乳头插管时应注意：（1）首先辨认乳头开口，有中央型、裂隙型、鱼嘴型。开口一般呈细绒毛状，周围有稍红晕圈。插管时应对准开口，并调整在视野的10点～11点。（2）单管显影时可边注药边退管显双管。（3）若乳头开口小，为扁平型或鱼嘴型时，导管难以插入，可行接触式向开口注入造影剂，同时头低位，也可使胰胆管显影。在插管前用造影剂或生理盐水把导管注满将管内空气排空，以免把空气注入胆道造成误诊，注药后可采用头低45°，翻身等方法使肝内胆管分枝充分显影，观察胆管下端及括约肌可采用站立位，以提高诊断准确率。

2.2 胰胆管造影的临床价值

ERCP检查的临床应用给肝胆胰外科的诊断开辟了广阔的前景，它对胆道结石的诊断优于静脉胆道造影，对胆管下端及乳头部病变优于CT、B超及PTC检查。凡临床拟诊阻塞性黄疸、胆石症、胆管癌、壶腹癌、胰腺癌、慢性胰腺炎、慢性胆管炎、胆道术后症状复发，疑有狭窄或结石者，多能明确诊断。对胆道蛔虫者，可镜下取虫。

2.3 ERCP的并发症及预防

文献报告并发症的发生率约3%，死亡率0.2%[2]，以注入性胰腺炎及胆管炎并败血症为多见。Joseph报告注入性胰腺炎发生率为0.7%～7.4%[3]，Soehendra报告为1%[4]，而本组发生率为3.7%。胆管炎的并发症约0.18%～1.3%，发生败血症时死亡率高达10%[2]。本组发生5例，占0.33%，其中1例行急诊手术时，发生心衰，肺水肿死亡。

ERCP虽是较安全的诊断技术，但选择病例要慎重，对近期有胆管炎、胰腺炎发作者不宜检查。注入性胰腺炎常与注入造影剂压力，次数和量有关。预防方法：见胰管显影后注药速度要缓慢均匀，切忌暴力，药量2 ml～5ml，以减少造影后胰腺炎的发生。

关 键 词 ERCP临床应用；成功率；诊断价值；胰胆管造影

参 考 文 献

1. 黄莛庭。我国黄疸的临床研究。中华医学杂志 1982；62:753
2. Bilbao MD, Dotter MD, Lee MD, et al. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatograph. A study of 10 000 cases. Gastroeneterology. 1976;70(3):314
3. Joseph E, Geenen MD. ERCP and the problem of sepsis. Gastrointestinal endoscopy 1982;28(3):197
4. Soehendra MD, Grimm MD, Berger MD. Malignant jaundice: Results of diagnostic and therapeutic endoscopy. World J Surg 1989;13(1):171

（收稿：1990.10.05；修回：1991.03.16）

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