DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.047

ERCP术前用药方法的改进

陈 敏 周永碧 李智华 （西南医院 肝胆外科中心）

ERCP在诊断肝、胆、胰疾病方面有很高的诊断价值[1]。近年来，其应用日益广泛。然而，由于术前用药不充分、不准确、不适当，术中病人常因各种不良反应或肠道条件不好，而影响检查的成功率[2]。本文通过对180例作ERCP检查病人的不同术前用药方法进行观察、比较并提出一种提高ERCP成功率的术前用药方法。

1 临床资料

1980年～1982年，我们用两类不同的术前用药方法，对180例ERCP病人作了对比观察。其中，男性98例、女性82例。年龄18岁～65岁，平均45.8岁。病种：肝胆管结石84例、胆囊结石12例、胆总管结石36例、阻塞性黄疸32例、肝门部胆管狭窄12例、胰腺疾病4例。

病人分为2组，每组90例。Ⅰ组为肌注镇静剂组（术前5 min肌注度冷丁50mg、非那根25mg、阿托品0.5mg）。Ⅱ组为肌注胰高血糖素加654-2组（术前5min肌注胰高血糖素0.5mg～1mg、654-2 20mg）。

2 临床观察结果

2.1 不良反应发生率及其后果

在Ⅰ组的90例病人中，有82例术中出现不同程度的头痛、头昏、多汗、恶心、呕吐、心慌等不良反应。其中，27例被迫暂时中断或完全停止检查，只有8例无明显自觉症状。不良反应发生率为91.1%、失败率为31.7%。在Ⅱ组的90例病人中，有16例发生上述不适症状，但程度较轻，其中有4例影响操作而使检查失败。不良反应发生率和检查失败率分别为17.8%和4.4%。两组不良反应发生率和检查失败率比较$P<0.01$。

2.2 肠蠕动抑制效果

在Ⅰ组，病人肠蠕动抑制发生时间和持续时间分别6min、14.8min。Ⅱ组则分别为3min、25.6min。两组相比相差显著（$P<0.05$）。

2.3 肠腔内泡沫

Ⅰ组，90例病人中有4例因肠腔泡沫过多未能找到十二指肠乳头开口而失败，失败率为4.4%。Ⅱ组，90例病人的肠腔泡沫均较少，不影响导管拉入，失败率为0。

3 讨论

ERCP的操作难度大，检查时间长，除操作人员技术熟练、动作准确外，术前用药也很重要。术中无不良反应或反应轻微、肠蠕动抑制发生迅速、持续时间长、以及肠腔内泡沫少、视野清晰是检查成功的关键。在Ⅰ组的90例病人，按常规术前用药（肌注度冷丁、非那根、阿托品），从临床结果看，我们认为上述药物不能提高ERCP的成功率。相反，用药后，病人常易出现恶心、呕吐、头昏、头痛、心慌、口干、多汗等不良反应，使病人接受检查时，配合不好，甚至导致检查失败。检查完毕后，病人常需护士陪送回病房。这样既影响检查的成功率，又增加痛人的痛苦和护理工作量，不利于门诊开展ERCP。

胰高血糖素作为ERCP术前用药首先被日本人松浦·昭报告[3]，效果较好。胰高血糖素为胰岛α细胞分泌的1种多肽激素，能抑制胃肠，特别是十二指肠的运动和胰腺的分泌，使十二指肠腔泡沫减少。它对胆道括约肌有选择性抑制作用，使插管易于进行。654-2是我国自己研制的阿托品类药物，其特点是对胃肠运动和分泌抑制较好而对心率和唾液分泌影响不大。从而避免阿托品引起的口干、心动过缓。在Ⅱ组病

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

人中，通过术前使用胰高血糖素及654-2，使不良反应率从91.1%降到17.8%，插管成功率从68.3%增加至95.6%。同时，由于护理工作量的减轻，使ERCP成为门诊的常规检查。

胰高血糖素具有升压及升高血糖的作用。对高血压及糖尿病患者是否禁忌目前已有报告[3]。根据我们的临床观察，认为在适当剂量（0.5mg～1mg）下，人体血压、心率及血糖无明显改变。少数病人可能有一过性血清淀粉酶升高，但无胰腺炎的症状和体征。因此，术前应用胰高血糖素和654-2是一种安全、可靠的方法。它对提高ERCP成功率有重要作用。

参 考 文 献

1. 陈敏章。内窥镜逆行胰胆管造影的临床应用。中华内科杂志 1978；17(5):354～403
2. 潘秀珍。经内窥镜逆行胰胆管造影259例次结果分析。内镜 1985；2(1):26
3. 松浦·昭.ERCP检查前静注胰高血糖素的临床效果。诊断と治疗 1985；73（2）:177

（收稿：1990.01.18；修回：1990.07.19）

4%利多卡因离子透入治疗耳鸣

姬长友 何凌汉 （大坪医院 耳鼻咽喉科）

潘华轩 （大坪医院 理疗科）

1985年以来，我们采用4%利多卡因外耳道离子透入治疗主观耳鸣51例，其中有听力下降者40人。男31例，女20例。年龄最小19岁，最大63岁。病程最短者21天，最长者10年。1年以内者28人，1年以上者23人，有病因可查者11人，原因不明者40人。

1 治疗方法及疗效评定

将直径0.9mm不锈钢丝悬置于外耳道，并滴入4%利多卡因2ml，电流在1.4mA～1.5mA之间，通电20min，每天透入1次(1次治疗组)，如3次透入无效，则改行鼓室内注射4%利多卡因0.5ml加1:1000肾上腺素0.5ml，最多注射2次（2次治疗组）。治疗后耳鸣完全消失为甲级；耳鸣减轻者（响度降低或音调改变或间竭期延长）为乙级；耳鸣无改变者为丙级。

2 治疗结果

1次治疗组（51人）：甲级：6人（11.8%）；乙级：36人（70.6%）；丙级：9人（17.6%）
总有效率82.4%。
治疗中有6人有轻微头昏，其他无不良反应。
2次治疗组（9人）：甲级：3人（33.3%）；乙级：5人（55.6%）；丙级：1人（11.1%）
总有效率88.9%。
治疗中有5人出现眩晕、呕吐，持续约1h，自行消失。

3 讨论

早在本世纪70年代就开始用利多卡因静脉注入或鼓室内注入治疗主观耳鸣，但静脉给药需不断对病人血压及脉搏进行观察，鼓室内给药发生眩晕、呕吐者可高达89%[1][2]，本文2次治疗组病人发生眩晕者也达55.5%（5/8）。1976年Graham[3]曾采用鼓室内利多卡因离子透入进行病变部位定位，所以选择对象都是无应用听力的患者，如透入后耳鸣消失，即证明以病变部位在耳蜗。采用外耳道透入，既无创伤，也无严重反应，疗效与鼓室内注入无差别。是比较理想的治疗方法。

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