

胆囊壁对照无显著性差异($P=0.05$) 而与胆囊结石组 慢性胆囊炎组有显著性差异($P<0.01$). 胆囊结石组与慢性胆囊炎组由于其病理改变相同 导致血管变细 阻力增加 因此二者对照无显著性差异($P>0.05$). 三个参数中以 RI 最为敏感. 当二维超声显示胆囊壁增厚 而胆囊腔内未见结石 CDFI 显示胆囊动脉纤细 动脉阻力明显增高 RI >0.8 时 结合临床表现有助于该病的诊断与鉴别诊断.

影响 CDFI 显像的因素在正常组及胆囊壁增厚组主要是患者肥胖肠气干扰频谱的获得关键在于患者是否会屏气. 而在胆囊结石组是由于反复发作的炎症导致胆囊壁纤维化使血管变细或减少甚至闭塞影响了彩色血流的显示^[3]. 单纯的二维超声仅以胆囊壁的增厚来诊断慢性非结石性胆囊炎常常会导致误诊给患者增加了不必要的负担. 而脂肪餐实验也没有特异

性 长期饮酒 慢性肝炎及溶血性贫血患者等都可能 在胆囊内出现沉积物其临床意义不大但可以影响胆囊的收缩功能; 老年人及胆囊管畸形的患者也可导致胆囊收缩功能的异常. 因此仅仅依据脂肪餐实验单指标慢性胆囊炎是不可靠的.

高分辨率的 CDFI 能使胆囊壁内的动脉血流易于显示 通过所测得的血流参数结合二维图像的改变及临床表现有利于慢性非结石性胆囊炎的诊断.

4 参考文献

- 1 程黎阳, 陈国忠, 钟世镇, 李志华. 肝硬化时胆囊壁增厚的机制及其临床意义. 中华肝胆外科杂志 2003;8:506-507
- 2 Yamada K, Yamada H. Gallbladder wall thickening in mononucleosis syndromes. J Clin Ultrasound 2001;29:322-325
- 3 Panzera F, Ghisio S, Grosso A, Vigezzi P, Vitale M, Cariaggi RM, Mistrangelo M. Laparoscopic cholecystectomy. Our experience. Minerva Chirurgica 2000;55:489-492

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

ERCP 对梗阻性黄疸病因的诊断价值

叶震世, 钟燕, 吴艳环, 郭明玉, 蔡志萍, 任建林

叶震世, 钟燕, 吴艳环, 郭明玉, 蔡志萍, 任建林, 厦门大学医学院第一临床学院厦门中山医院消化内科 福建省厦门市 361004
项目负责人: 叶震世, 361004, 福建省厦门市, 厦门中山医院消化内科.
电话: 0592-2292387 传真: 0592-2292017
收稿日期: 2003-09-15 接受日期: 2003-10-27

摘要

目的: 探讨 ERCP 对梗阻性黄疸病因的诊断价值.

方法: 对 74 例梗阻性黄疸行 ERCP 检查并与术后诊断比较 其中 41 例同时有 ERCP B 超及 CT 检查 比较三者诊断的符合率.

结果: 本组示恶性胆道梗阻 36 例 占 48.6%; 良性梗阻 38 例 占 51.4%. 与术后诊断比较 ERCP 对胆总管结石的诊断符合率 96.9%. 对恶性肿瘤诊断符合率 77.8% 主要是胰腺癌 胆管癌 胆囊癌及壶腹周围癌等. 41 例中 ERCP 对梗阻性黄疸病因的诊断率明显高于 B 超及 CT ($P<0.05$).

结论: ERCP 对梗阻性黄疸具有较高的诊断价值优于 B 超和 CT.

叶震世, 钟燕, 吴艳环, 郭明玉, 蔡志萍, 任建林. ERCP 对梗阻性黄疸病因的诊断价值. 世界华人消化杂志 2004;12(7):1748-1749

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1748.asp>

0 引言

在梗阻性黄疸的病因诊断中影像学检查起很重要的作用. 随着 ERCP 术的广泛应用现已成为胆胰疾病诊治的主要手段之一. 本文总结我院 1996/2003 年 74 例行 ERCP 检查 并经手术证实的梗阻性黄疸患者现报告如下:

1 材料和方法

1.1 材料 1996-08/2003-05 梗阻性黄疸 74 例行 ERCP 并接受手术治疗. 其中 4 例行内镜乳头括约肌切开(EST)取石 1 例经内镜行内镜鼻胆管引流术. 其余均经手术或病理证实. 41 例有完整影像学资料(B 超 CT ERCP). 男 38 例 女 36 例, 年龄 13-84(平均 57.6)岁.

1.2 方法 ERCP 用拉直法操作 胰管拍片取俯卧与仰卧位 胆管取俯卧位 仰卧位 立位及左右斜位. ERCP 术后行手术治疗.

2 结果

良性胆道梗阻 38 例(51.4%) 恶性胆道梗阻 36 例(48.6%). 胆管结石 胰腺癌 胆管癌共 60 例 占 81.1% 其他病因 14 例占 18.9%. ERCP 诊断符合率见

表1. ERCP检查后2例出现术后胰腺炎未见其他严重并发症. 41例同时有ERCP B超 CT检查三者诊断符合率分别为90.2% 62.9% 82.9% 采用 χ^2 检验 $P<0.05$ (表2).

表1 梗阻性黄疸 ERCP与术后诊断比较

诊断	手术(n)	ERCP(n)	符合率 %
恶性疾病胰腺癌	16	13	81.2
胆管癌	12	9	75.0
胆囊癌	2	2	100.0
壶腹周围癌	6	4	66.7
良性疾病胆总管结石	32	31	96.9
先天性胆总管囊肿	4	4	100.0
胆总管炎性狭窄	1	1	
乳头炎	1	1	

表2 ERCP B超及CT对梗阻性黄疸的病因诊断

病因	n	ERCP		B超		CT	
		正确	误诊	正确	误诊	正确	误诊
胰腺癌	8	6	2	5	3	7	1
胆管癌	5	4	1	2	3	4	1
壶腹周围癌	3	3	0	2	1	3	0
胆总管结石	21	20	1	17	4	18	3
先天性胆总管囊肿	2	2	0	1	1	2	0
胆总管炎性狭窄	1	1	0	0	1	0	1
乳头炎	1	1	0	0	1	0	1
合计	41	37	4	27	14	34	7

3 讨论

胆总管结石胰腺癌胆管癌为梗阻性黄疸的常见的病因. 本组这3种疾病共占81.1%. 比国内报道^[1]高. ERCP对梗阻性黄疸是一种既准确又安全的诊断方法. 其诊断的价值在于确定梗阻性质部位和范围可以进行细胞刷检活检胆胰液分析等. 能够为临床决定治疗方案手术方式提供重要的参考资料. B超 CT虽为无创检查但不能全面清晰显示胆胰管情况在一些不典型的病例对病因的诊断较困难. 多数临床研究均表明ERCP对胆胰疾病的诊断优于B超 CT等^[2,3]. 本组41例梗阻性黄疸ERCP的病因诊断率高于B超和CT三者对比差异有显著意义.

ERCP是确诊胆管结石的重要方法. 本组32例手术证实的胆管结石ERCP诊断符合率为96.9%. B超对

胆总管结石的诊断由于胆总管下端位于十二指肠背侧受腹腔气体和肥胖影响其诊断准确率只有60%左右较易漏诊而ERCP达90%以上^[4]. CT对胆红素结石无法显示且受设备分辨率高低分层厚度等的影响大. 本组三者相比以ERCP为高. ERCP不仅可直观胆石的大小数目部位而且可及时对胆总管结石进行EST后取石达到诊断和治疗同时进行这是其他影像学检查所不能比拟. ERCP是诊断胰腺癌的主要方法之一. 其ERCP的胰管像以闭塞和狭窄像最常见. 主要表现为主胰管在头体或尾截然中断可伴有侧枝破坏. 梗阻端显不规则充盈缺损结节状或鼠尾状. 恶性狭窄多为单发突然狭窄后均匀扩张狭窄处分枝消失. 与慢性胰腺炎常呈多发缓慢狭窄狭窄后不扩张狭窄段短及狭窄可见扩张的胰管分枝有区别但有时二者不易鉴别. 如本组一例ERCP显示胰管狭窄其上部胰管扩张误为胰腺癌. 手术证实是慢性胰腺炎. 本组ERCP B超 CT的诊断符合率为6/8 5/8 7/8.

ERCP在早期诊断胆管癌方面明显优于B超及CT其诊断符合率可达90.3%^[5]. 胆管癌ERCP的主要表现是狭窄充盈缺损或梗阻. 常伴有管壁僵硬病变以上胆管普遍扩张. 当表现为充盈缺损像时易与结石相混淆. 本组手术证实胆管癌9例 符合率75%. 误诊2例手术证实为胆管下端炎性狭窄. 因结石炎症所致. 另1例术后病理诊断为肝细胞癌. ERCP是确诊乳头壶腹癌首选方法. 可见乳头不规则结节隆起充血糜烂坏死溃疡及菜花样改变. 可进行活检. 本组中有3例活检仅为炎症改变只是手术证实为壶腹部癌. 本组ERCP诊断先天性胆总管囊肿4例. 这4例以腹痛黄疸淀粉酶升高诊断为胰腺炎收入院. ERCP显示胆总管显著扩张呈椭圆形最大横径5 cm 形似肿大胆囊密度均匀轮廓光滑胆囊充盈良好均经手术证实. 总之ERCP对梗阻性黄疸病因的诊断符合率高 优于B超和CT. 特别是随着内镜技术的发展治疗性ERCP的广泛应用,更显示出其不可替代的作用.

4 参考文献

- 1 任旭, 王义录, 李洪松, 唐季芬, 李秀梅, 李艳华, 原龙. 逆行胰胆管造影对梗阻性黄疸的诊断价值. 中华消化内镜杂志 1996;13: 17-19
- 2 林国伟, 李剑英. ERCP对胰胆疾病的诊断价值. 中国内镜杂志 1999;5:27
- 3 杨玉秀, 李修岭, 樊晓明, 张延瑞, 齐玉芬, 李怀斌. ERCP对胰胆疾病的诊断价值—附732例分析. 中国内镜杂志 1998;4:63-64
- 4 刘厚钰, 姚礼庆. 现代内镜学. 第1版. 上海: 复旦大学出版社, 2001:190-192
- 5 李兆申. 中国ERCP研究现状. 世界华人消化杂志 2000;8:446-448