

## 逆行胰胆管造影对胰腺肿瘤的诊断意义

中国医科大学第二、三临床学院\* 谢涵芬 姜淑德 刘德成 李卫星 汪秀实

近年来逆行胰胆管造影(ERCP)的应用,对胰腺肿瘤的诊断提供了影像学诊断的方法。本文报告经手术和病理证实的胰腺癌 18 例,胰腺良性肿瘤 4 例及内科临床和影像学诊断的胰腺癌 9 例。着重讨论其胰胆管形态改变的影像特征,并对照手术所见及病理诊断来认识影像特征。

### 材料来源

本文 31 例系因黄疸或上腹痛,疑为胰腺肿物而接受检查的。所有病例均进行了 ERCP 检查。有 23 例作了 B 超。3 例作了 CT 检查。8 例作了十二指肠低张造影。3 例作了 BT-PABA 试验(胰腺外分泌功能负荷试验)等检查。本组有 22 例经手术和病理证实。

### 临床资料

本组病例临床表现:胰腺癌组首发症状 15 例出现不同程度的上腹痛,进行性加重。无痛黄疸 3 例,黄疸伴上腹痛 3 例。腹泻 4 例,糖尿病 2 例。良性肿瘤组:有 2 例为上腹痛;2 例为发作性昏厥。本组 6 例黄疸,总胆红素定量为 56.4~177.8 $\mu\text{mol/L}$ 。胰腺癌组有 3 例 BT-PABA 试验结果为 25.7%~35.8%。(本院正常值为 61.8% $\pm$ 5.14%)。作十二指肠低张造影 8 例;十二指肠窗均不大。

31 例均进行了 ERCP 检查;26 例插管成功;3 例插管不显影;有 2 例窥镜无法进入十二指肠。胰腺癌组影像特征有:主胰管梗阻(6 例);主胰管狭窄伴尾侧段扩张(6 例);类似双管征即主胰管梗阻伴胆总管下段狭窄;上段扩张(4 例);胆总管下段狭窄、上段扩张;胰管不显影(4 例);胆总管移位或扭曲、胰管不显影(2 例)。

胰腺癌组有 20 例作了 B 超检查,诊断为胰腺肿块者 8 例;诊断为上腹部肿物者 3 例,发现胆道扩张者 3 例。胰腺癌组有 3 例作了 CT,2 例诊断为胰头肿物。1 例诊断为慢性胰腺炎。

胰腺癌组 18 例作了手术;均见胰腺肿块;有 3 例肝转移。有 10 例作了病理检查,病理诊断均为胰管腺癌。

### 讨论

#### 一、ERCP 对胰腺肿瘤诊断意义的评价<sup>[1]</sup>

本文胰腺癌组 27 例。22 例插管成功并可作出诊断。诊断正确率为 22/27(83.3%)。与国内外报道相近。本组 3 例插管失败均为胰头癌;胰头及壶腹受侵。

二、对照手术所见及病理诊断来认识 ERCP 的影像特征<sup>[2]</sup>

胰腺癌多为胰管腺癌,浸润胰管。早期使胰管狭窄;ERCP 见狭窄段不规则呈结节状,尾侧段逐渐扩张。本组病例出现该特征的占 6/27;癌晚期堵塞胰管 ERCP 出现梗阻,梗阻端呈鼠尾状或偏心性,本组病例的出现率为 6/27;胰头癌浸润胆总管下段,使其狭窄、移位或扭曲。本组有 2 例胰管不显影;仅见胆总管移位或扭曲;剖腹探查确诊为胰腺癌侵及头部。胰管不显影,仅胆总管下段狭窄,上段扩张;往往使人怀疑为胆管癌。本组有 4 例具备这种特征。剖腹探查证实为胰头癌。相反,我们所见到的胆管癌,由于胰管无堵塞往往易于显影。因此在鉴别诊断上胰管不显影应多考虑胰腺癌。良性肿瘤不堵塞胰管,造影成功率高。有狭窄无扩张是良性肿瘤的特征。ERCP 诊断率显著低于恶性组。

三、通过 ERCP 检查诊断早期胰腺癌是可能的

国外报道检出的早期癌为 1.5cm $\times$ 1.0cm、1.2cm $\times$ 1.0cm。国内报道为 2cm $\times$ 2cm $\times$ 3cm。本组有 1 例胰岛细胞腺瘤为 2cm $\times$ 2cm $\times$ 1.5cm。

四、将 ERCP、B 超二种检查方法相比较:早期、小的胰腺肿物以 ERCP 最为敏感,诊断正确率最高。B 超适用于胰体、较大、晚期病例;且能探测肿瘤的范围、大小;并不造成痛苦的优点。二种办法互补,能显著提高诊断正确率。癌组 27 例综合二种方法均得到确诊。对疑为胰腺肿物患者,先作 B 超后作 ERCP 检查是合理的。良性肿瘤组有 3/4 经 ERCP 及 B 超确诊;有 1/4 靠临床诊断为胰岛素瘤。

### 参考文献

- 1 冯敦生. 胰腺癌的诊断和分组 四种检查方法的价值 国外医学临床放射学分册 1981; 4:237.
- 2 卢廷等. 逆行胰胆管造影对胰腺癌与慢性胰腺炎的诊断价值 中华消化杂志 1982; 2:85.
- 3 谢涵芬. 经 ERCP 定位诊断胰岛素瘤 实用内科杂志 1983; 3:273.

\* 邮政编码 110001