

第五十届“友谊”消化内镜沙龙——ERCP 篇会议纪要

张兴华 冀明 张澍田

首都医科大学附属北京友谊医院消化内科 国家消化系统疾病临床医学研究中心消化分中心, 北京 100050

通信作者: 张澍田, Email: zhangshutian@ccmu.edu.cn

2024 年 2 月 24 日, 第五十届“友谊”消化内镜沙龙——ERCP 篇在云南省昆明市圆满举行。本届沙龙由国家消化系统疾病临床医学研究中心、首都医科大学附属北京友谊医院、吴阶平基金会共同主办。国家消化系统疾病临床医学研究中心主任、首都医科大学附属北京友谊医院院长张澍田教授致开幕词。本次沙龙围绕胆胰系统疾病内镜诊治, 邀请了众多国内消化领域的专家, 沿用历届病例讨论的形式, 每位专家汇报一例成功病例及一例不成功病例, 针对国内外胆胰微创诊治中共同关注的话题展开广泛且深入的讨论, 气氛热烈, 在沟通的基础上碰撞出新的火花, 形成新的共识。

一、十二指肠乳头腺瘤的内镜下诊治

随着消化道早期癌筛查意识和操作水平的不断提升, 内镜下十二指肠乳头腺瘤检出数量逐年增加, 内镜下切除十二指肠乳头也成为安全可靠的一线治疗方案。但侵犯深部胆管或有黏膜下浸润的十二指肠乳头早期癌患者在接受内镜下十二指肠乳头切除术后, 需追加外科壶腹部切除术。如何评估内镜下是否完整切除, 指导患者后续治疗和随访, 成为现阶段难点之一。天津市人民医院李文教授汇报了一例胃镜检查发现的十二指肠乳头自发渗血但壶腹部表面黏膜正常的病例, 通过乳头内活检诊断十二指肠管状-绒毛腺瘤。MRCP 提示十二指肠乳头结节隆起, 胰管扩张。术前诊断十二指肠乳头腺瘤(首先考虑胰管来源), 内镜下十二指肠乳头切除术中发现胰管切缘白色软组织残留, 对胰管切缘再次活检证实为腺瘤残留, 术后一周追加外科胰十二指肠切除术。李文教授同时比较了另一例十二指肠乳头腺瘤的病例, 在内镜下切除乳头后利用活检钳拖拽胰管残端未见腺瘤残余。她强调, 十二指肠乳头切缘阴性不代表胆管开口肿瘤无残余, 当怀疑开口肿瘤残余时, 应用活检钳精准抓取开口残端, 缓慢拖拽, 仔细观察开口及周围黏膜, 如怀疑肿瘤残余, 应取活检再次确认。北京清华长庚医院黄永辉教授汇报了一例胃镜检查时发现十二指肠乳头肿大, 病理为高级别上皮内瘤变, 部分癌变。内镜下切除十二指肠乳头后, ERCP 插管胰管时见白色粗糙赘生物由胰管挤出, 再次取活

检病理为乳头状管状腺癌。患者追加外科胰十二指肠切除术, 术后病理提示胰管开口部分腺体呈高级别上皮内瘤变, 固有层可见小灶中-低分化浸润性腺癌。云南省第一人民医院郭强教授汇报一例十二指肠乳头腺瘤合并胆总管结石的患者, 为保证完整切除十二指肠乳头, 胆管插管成功后直接球囊扩张后取石, 取石完成后切除十二指肠乳头。他指出, 为提高胆管结石合并十二指肠乳头腺瘤患者的 R0 切除率, 取石时应尽量避免乳头切开术。根据欧洲胃肠内镜学会指南推荐, 对内镜下乳头切除术或手术壶腹切除术后患者进行长期监测, 术后 3 个月内、6 个月和 12 个月对切除创面和任何可疑腺瘤处十二指肠镜观察及活检, 之后每年进行检查, 至少 5 年。参会者提出以下思考和共识: (1) 强调了术前磁共振、CT 及 EUS 充分评估肿瘤累及范围对于手术方式选择的重要性; (2) 肯定了乳头腺瘤切除后胰胆管残端活检的诊断准确度, 但操作难度大, 经验不足者容易造成穿孔等并发症; (3) 针对胰胆管切缘肿瘤残余的患者, 要充分评估年龄、基础病、病理类型等预后因素, 决定追加外科手术还是射频、光动力等微创内镜手术。张澍田教授最后指出, 是否追加治疗的依据是建立在规范的病理诊断基础上, 强调了消化病理医师必须严格遵循 ESD 标本处理原则。他同时强调, 目前我国尚缺乏中国人自己的壶腹部肿物内镜下切除指南, 要求与会专家积极调研中国特有的相关流行病学、内镜学及病理学情况, 尽快完成相关指南的制定, 为我国临床实践提供可参考依据。

二、胆囊结石的内镜下诊治

以往内镜下治疗胆囊疾病采取经胃、结直肠、阴道等 EUS-NOTES 等手段, 随着胆道子镜技术的发展, 不跨越浆膜腔通道的 ERCP 已经成为内镜下治疗胆囊疾病的新趋势。山东大学齐鲁医院于涛教授介绍一例胆囊结石合并胆总管结石的 83 岁男性患者, ERCP 下胆总管取石术后置入覆膜金属支架缓慢扩张胆囊颈管。1 周后, 在子镜直视下通过液电碎石及取石网篮取出胆囊结石, 取石完成后拔除金属支架, 复查胆囊胆管无结石残留。于涛教授同时展示了 2 例

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20141217-00579

收稿日期 2024-12-17 本文编辑 朱悦

引用本文: 张兴华, 冀明, 张澍田. 第五十届“友谊”消化内镜沙龙——ERCP 篇会议纪要[J]. 中华消化内镜杂志, 2025, 42(6): 498-499. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20141217-00579.



相对未成功的胆囊取石病例,一例因胆囊腔过大,导致胆道子镜碎石及取石难度极高;另一例为取石时发现胆囊腔内残留食物残渣难以取出。与会专家从技术角度展开讨论并形成一定共识:(1)需要定制适配的胆道支架以克服胆囊支架移位的问题;(2)支架置入 3~5 d 后取石为宜,时间过短会导致胆囊颈管扩张不充分,时间过长会导致食物残渣逆流回胆囊,支架置入期间要少渣流食;(3)激光碎石在安全性和有效性方面高于液电碎石,但会增加患者治疗费用;(4)留置胆囊金属支架需同时留置胆管支架,避免胆管梗阻;(5)术前要评估胆囊收缩功能,对于胆囊腔明显扩张,收缩功能不良的患者慎做 ERCP 下胆囊取石。同时,对于反复出现胆囊结石的患者是否应保胆取石出现一定争议,有待进一步的循证医学证据验证。

三、ERCP 相关并发症处理

ERCP 依然是最复杂、最困难、最精细的高级内镜操作,其严重并发症发生率高于其他内镜操作。尽管很多围绕降低 ERCP 并发症的循证医学研究成果陆续发表,ERCP 相关死亡率并未逐渐降低。可能的原因是 ERCP 已经发展成以治疗为主的手术,操作难度逐渐增加,相应的风险也随之提高,消化医师将不断面临严峻的挑战。杭州市第一人民医院张筱凤教授汇报了一例胆总管结石 ERCP 取石的病例,乳头切开后持续出血,术中反复凝血,术后第 1 天发现 ERCP 术后迟发穿孔。尽管不断根据病原学结果调整抗感染方案,患者腹腔感染持续加重,保守治疗效果不佳,引流液培养提示碳青霉烯类耐药肠杆菌目细菌(CRE)感染。多学科会诊后决定外科清创手术,术后腹腔感染逐渐控制,病情好转后出院。张筱凤教授带领团队成员总结了 ERCP 相关感染的治疗经验,通过多因素分析,发现了 CRE 感染为保守治疗的“分水岭”,她指出一旦出现 CRE 感染,需要更有效的清创手段,单纯抗感染治疗难以逆转病情。北京朝阳医院于剑锋教授汇报了一例憩室内乳头的胆总管结石 ERCP 取石病例。该病例插管及取石过程顺利,术后留置弯头鼻胆引流管,术后第 3 天病情平稳,拔除引流管。拔管后 2 h 出现急性上腹痛,完善 CT 提示门脉积气。紧急开腹探查,术中见十二指肠肠壁被覆脓苔,怀疑十二指肠乳头周围穿孔。参会专家共同分析穿孔的可能原因,一方面考虑乳头切开后乳头周围炎症水平较重,水肿明显,且为憩室内乳头,引流管尾端拔出时可能引起周围黏膜损伤,延迟至乳头水肿消退后拔管可能降低该事件发生概率;另一方面,需除外胆管结石取出后嵌顿于憩室内,反复摩擦憩室内壁导致穿孔的可能,取石完成后注意观察憩室情况。

四、胆胰囊性病变的相关诊治

东方肝胆外科医院胡冰教授汇报的病例为“反复上腹痛 9 年”的 50 岁女性,综合临床表现及检查结果,诊断为“右肝管产黏蛋白肿瘤”。行外科手术,术中见中肝叶近肝门实质内囊性占位(6.0 cm×4.0 cm),切除 4b、5 段肝内部分组织,术后病理为肝中叶胆管内乳头状肿瘤(IPNB),伴高级别上皮内瘤变。IPNB 可发生于肝内或肝外胆管,因受累胆管不同而导致胆管不同程度扩张,出现间断的上腹痛和(或)黄疸表现。IPNB 沿胆管走行生长,具有恶性变潜质,是胆管腺癌的癌前病变,外科手术切除是首选治疗方案。IPNB 在影

像上表现为囊性或囊实性病变,易与良性囊肿混淆,延误患者治疗。当患者反复出现腹痛表现时,应进一步完善深度检查评估囊性占位性质。北京协和医院吴旻教授带来了一例先天性胆总管扩张憩室型(TODANI II 型)病例,因该憩室在解剖学上与胰腺关系密切,曾被诊断为胰腺囊性占位。通过缜密的影像、内镜和病理检查,明确诊断为胆总管囊肿伴高级别异型增生,最终外科手术切除后治愈出院。

五、ERCP 困难插管

选择性胆管插管困难一般指插管失败次数过多(5 次以上)或插管时间过长(5 min 以上)或意外插入胰管 1 次以上,目前尚无统一定义。插管时间越长、插管次数越多,ERCP 术后胰腺炎发生率越高,因此提高插管成功率对于缩短患者住院时长、减少治疗费用、并发症发生率至关重要。经验丰富的 ERCP 医师选择性胆管插管成功率也仅有 80% 左右,插管难度与十二指肠乳头位置、形态、胰胆管汇合部解剖密切相关。昆明医科大学第二附属医院李俊教授汇报了一例憩室内乳头困难插管成功的病例,他通过组织夹牵拉的方法,将乳头开口稳定暴露后成功完成胆总管插管。西京消化病医院潘阳林教授汇报了一例青年肥胖男性患者,因主乳头开口处堆积大量脂肪组织导致困难插管,使用圈套器切除部分脂肪组织后,暴露胆管开口,最终选择性胆管插管成功。

六、胆胰系统相对少见病例的总结

本次沙龙过程中,与会专家也汇报了一些少见及容易混淆诊断的病例。黄永辉教授汇报了一例发生于十二指肠乳头的神经内分泌肿瘤,术前充分评估,通过内镜完全切除,术后随访 2 年无复发。胡冰教授汇报了一例因胆囊切除手术缝合线反复刺激导致肝门部胆管狭窄合并胆管结石的病例,通过留置覆膜金属胆管支架达到了胆管扩张塑形的治疗目的。潘阳林教授汇报了一例因主胰管迂曲呈“α 型”导致慢性胰腺炎合并胆管结石的病例,先后两次 ERCP 导丝无法通过主胰管迂曲段,通过不懈努力,终于在第 3 次 ERCP 通过球囊辅助牵引完成解解,置入胰管支架,患者慢性腹痛症状得到缓解。

2005 年,首届“友谊”消化内镜沙龙隆重开启,确定了以平等、积极、向上为原则,突出研讨、沟通、互动的特点,将“友谊”消化内镜沙龙作为周期性活动持续开展。时光荏苒,光阴飞逝,不经意间“友谊”消化沙龙已持续开展了 20 年,合计 50 期会议。其会议主题涵盖食管疾病、胃疾病、结直肠疾病、消化道早期癌、ERCP 和超声内镜等多项领域,众多专家现场切磋,并有病理专家跨专业交流。沙龙的分享形式既有消化医师对阶段工作成果的总结,也有对失败的反思,而沙龙的讨论点评环节更是专业领域的强烈碰撞。这里有前辈专家的不吝分享,有年轻医师的勇敢创新。铢积寸累,日就月将,经过 20 年的积累,“友谊”消化内镜沙龙已经形成了品牌,打造出了领域内备受向往的交流殿堂。千里之行,始于足下。首届沙龙以 ERCP 为讨论主题,第五十届再以 ERCP 呼应,昭示着前路漫漫,还需上下求索,再攀高峰。本次会议为期一天,内容丰富、反响热烈,不仅展示了我国 ERCP 的诊治现状,同时为消化系同道提供了一次难得的学习交流机会。与会代表均表示收获满满、意犹未尽,共同期待第五十一届“友谊”消化内镜沙龙的再相逢。