维普资讯 http://www.cqvip.com

305-306

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol. 9, No. 4

梗阻性黄疸的CT分析

闫忠庆* 杨晓峰*

R575.04 R816.5

【摘 要】 目的 分析梗阻性黄疸的CT表现，研究CT在诊断中的价值。方法 收集经手术病理证实的梗阻性黄疸68例，对其CT表现结合病理改变进行回顾性分析。结果 CT诊断梗阻部位准确性为97%，判断梗阻原因的准确性为81%。结论 CT在梗阻性黄疸的定位诊断和鉴别诊断上是一种十分有效的手段。

【关键词】 梗阻性黄疸 计算机断层

CT 诊断 定位 鉴别诊断

CT analysis of obstructive jaundice. *Yan Zhongqing, Yang Xiaofeng. Department of CT, railway hospital, Jiamusi, 154002*

【**Abstract**】 **Objective** To report the CT features of the obstructive jaundices and to evaluate the value of CT in diagnosis. **Methods** Sixty eight cases of obstructive jaundices verified by surgery and pathology we collected their CT findings and pathological changes were retrospectively analysed. **Results** The accurate rates of predictry the level of biliary obstruction predicting the cause of obstruction were 97%, 81% respectively. **Conclusion** CT is a very effective method in locating and differenting diagnosis of biliary obstruction.

【**Key words**】 Obstructive jaundice CT

资料与方法

68例均经手术病理证实，其中男47例，女21例，年龄28～83岁，平均年龄59岁。根据病因不同分为结石组和肿瘤组，肿瘤组46例：其中胰头癌23例，壶腹癌11例，胆管癌6例，十二指肠乳头癌2例，转移癌4例；结石组22例：单纯左肝管结石5例，右肝管结石3例，左右肝管结石6例，肝外胆管结石8例。结石组分类是根据其存在部位，其中常互有交叉，如肝外胆管结石常合并左右肝管结石，胆总管下段结石常合并上段结石等。

所用仪器：Auklet TSX-003A型全身CT机，层距10mm，层厚10mm，重点部位用5mm，临床疑为阻黄为胆系结石所致者一般扫描前空腹饮水600～1000ml，疑肿瘤所致者扫描前空腹口服1.5%泛影葡胺600～1000ml，肿瘤均行平扫后增强扫描。

结 果

CT表现：68梗阻性黄疸的共同CT表现为梗阻部位以上胆管不同程度扩张。

1.结石组：在胆系结石中以肝外胆管结石最常见（本组占63%），大多数结石可直接显示，因为胆红素钙和大部分混合性结石所含钙质足以在CT图像上显示出来，因其密度高于周围软组织（图1）少数密度较低的胆固醇结石，可采用静脉注射胆影葡胺或按常规强化扫描，以利于与肿瘤鉴别，肝外胆管结石往往有不同程度的梗阻，以致其上方的胆管扩张，胆管结石造成的胆管长期感染和扩约肌功能障碍，使胆管显著的扩张，成为胆管结石的突出表现，而对于狭窄部小的结石，其含钙量少时只表现为小致密点，容易漏诊。

肝内胆管结石表现为类圆形，不规则形或与肝内胆管走行一致的条形高密度影，肝内胆管可因梗阻和感染而扩张，肝内胆管呈条状树枝状或环状近于水样密度，增强扫描更为清楚。

2.肿瘤组：①胆管癌，CT检查很少能直接显示出肿块，尤其是肿瘤很小时，但能较早发现由胆管癌引起的梗阻，造成其以上的胆管扩张，有时可在梗阻水平处看到肿瘤形成的管腔的变形，甚至于显示出杯口状变形或突然截断的特征性表现，较大的肿瘤一般在梗阻水平均能看到软组织肿块，以及由肿块引起的各种间接征象（图2）。②胰头癌，CT表现以胰头局限性肿大或变形为多见，平扫时多呈等密度，当肿瘤组织内有液化坏死时，呈轮廓模糊的低密度影，增强扫描更为清楚（图3）胰管内肿瘤压迫浸润而阻塞时，其远侧胰管扩张，CT表现为与胰腺长轴平行的带状或串珠样低密度影，胰头癌常浸润或压迫胆总管胰段而引起胰上段胆管扩张，胆囊增大及肝内胆管扩张，肠系膜上动脉位置的改变也是胰头癌重要佐证，其转移较早。③壶腹癌，其直接征象是壶腹部软组织密度肿块，肝内外胆管和胰管扩张是提示乏特氏壶腹部梗阻的重要间接征象，

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院CT室

维普资讯 http://www.cqvip.com

壶腹癌的早期征象，本组11例，9例胰管扩张，2例扩张不明显，壶腹癌，CT表现为管腔的变形，突然截断或软组织肿块，若肿瘤沿胆管向上生长，则CT表现类似胆管癌，壶腹癌很少转移及对胰腺外形无改变，可资与胰头癌鉴别。④十二指肠乳头癌，CT表现为在充盈造影剂的十二指肠降段内的软组织块影（图4），壶腹及以上胆管扩张，病变小时CT显示困难，但由此引起的梗阻则往往较明显，向外生长时与乏特氏壶腹癌很难鉴别。⑤其它转移性肿瘤压迫胆道引起梗阻性黄疸，CT表现肝门部及胰头周围的软组织块影，胆道受压变形或浸润多有明确原发灶。



图1 胆总管结石



图2 胆总管癌



图3 胰头癌



图4 十二指肠乳头癌

讨 论

一、梗阻性质的判断：CT根据胆管有无扩张诊断梗阻性黄疸，准确在87～91%，因为梗阻性黄疸多同时伴胆管扩张，正常肝内胆管不能显示，肝外胆管超过10mm应为扩张，小于6mm应为正常，6～10mm为可疑，本组68例CT均显示肝外胆管和肝内胆管不同程度扩张，准确性100%，胆管扩张的程度取决于梗阻是否完全，而不取决于梗阻性质。在肝硬化或坏死性胆管炎，由于胆管周围纤维组织增生，可限制胆管扩张，而长期慢性胆管炎偶可使胆管轻度扩张，而原发梗阻病变解除后，还能保持相当长时期胆管扩张状态，所有这些轻度扩张结合病史不难鉴别，故绝大多数梗阻黄疸CT检查均能明确诊断。

二、梗阻部位的确定：胆管扩张应遵循解剖结构的连续性及逻辑性即不应出现跳跃式扩张，否则应考虑为多部位梗阻和先天畸形。CT根据胆管扩张的范围和病变存在部位确定梗阻水平，其准确率达97%，本组68例CT对梗阻部位的判断均与术后诊断一致。

三、梗阻原因的确定应根据显示肿块来确定，根据肿块密度，梗阻部位及恶性病变胆管中断类型，大多梗阻的病因能够确定。68例阻黄病例中，病因诊断与手术相符55例，占81%例。胆管结石一般均在CT片上显示高密度影，钩突部结石较小时加之肠道内气体伪影的影响容易漏诊。结石引起的胆管扩张程度往往较轻，最大呈中等程度，胆管肿瘤引起的梗阻性黄疸除定位体征外，还要显示出肿块才能定性。发生于肝总管和左右肝管的肿瘤，由于管径小所以肿块很小即引起梗阻，常不能直接显示肿块，增强扫描有助于早期发现肿块。发生于总胆管下端的肿瘤与胰头癌和壶腹癌有时很难鉴别，尤其是早期征象相似，胰头癌早期胰头并不增大，仅表现为低位梗阻，当看到胰头增大变形时容易诊断。凡由肿瘤引起的胆管扩张，其形态不是逐渐变细，而是突然中断且往往边缘不规则，尤其胆管癌表现明显，壶腹癌则扩张的胆总管保持圆形常伴胰管扩张，胰腺为也可引起低位梗阻，但胆总管下端往往是逐渐变细且扩张程度较轻，肝内胆管的显著扩张与恶性病变有高度联系，伴有主胰管扩张者最常见于胰腺内或壶腹部梗阻性病变。

参 考 文 献

1. 李果珍，主编. 临床CT诊断学. 中国科学技术出版社，1994. 454.
2. 陈星荣，洗天真，等主编. 全身CT和MRI. 上海医科大学出版，1994. 593.
3. 周康荣，主编. 腹部CT. 上海医科大学出版，1993. 119.

（收稿：2000-07-12）