维普资讯 http://www.cqvip.com

1071(6)

肝胆外科；经皮肝穿刺；胆道造影

腔解手术学杂志1992年第1卷第1期(试刊)

15

经皮肝穿刺胆道造影术及穿刺方法的体会

鞍山市第三医院外科 胡 玉
(辽宁鞍山，邮政编码114031)

R657.3

经皮肝穿刺胆道造影术，在我国早在五十年代即已开展，但在近十年来其发展建设尤快，已经普遍用于肝胆外科的临床，尤其是采用了细针穿刺造影术，其安全性，可靠性，都有了明显的提高，我院在开展细针穿刺胆道造影以来，在很大程度上，弥补了B超对胆总管扩张，梗阻性黄疸诊断的不足，了解了梗阻部位和范围，明确了诊断，为进行下一步治疗，取得了令人满意的结果。

一、术前准备：术前常规检查出凝血时间，凝血酶原时，术前肌注维生素K，做碘过敏试验，向病人交待造影中应注意的事项。

二、操作技术：患者仰卧位于X线检查台上，右臂上举或抱头，常规消毒皮肤、铺巾，X线电视透视下观察确定隔肌位置，肝脏上下缘，在第12胸椎，相当于剑突处位置做标记，取右肋隔角下的第2肋间或第1肋间腋中线，做穿刺点。局麻后，采用8号细针，长度25cm，外径0.7毫米，内径0.5毫米装有针芯，嘱病人屏住呼吸，针尖对准胸推12上缘，与X线检查床平行，迅速进针，进针约10至15厘米时，病人轻微呼吸，（根据病人胖瘦不同进针深度不同，一般不超过正中线与腋前线连线的内1／3处即可）。接上5毫升注射器，内装有35%的泛影葡胺造影剂，边缓慢退针，边注入造影剂，一旦进入胆管后，立即显示出胆管树影象，否则造影剂迅速弥散。胆管显影后，用止血钳贴皮肤夹住针固定，然后换上50毫升注射器推入35%造影剂40毫升至80毫升不等，观察左右肝管、胆总管显影满意后，拔针、拍片。如肝左叶胆管显影不良，可采取左侧头低脚高位即可。

三、术后注意事项：术后给抗菌素，止血剂，注意观察血压、脉搏、体温、呼吸及腹部变化。

临床资料：本组32例，男13例，女19例。年龄24～68岁。均有不同程度的黄疸，不适宜口服或静脉胆道造影的胆道疾病或壶腹周围占位性病变患者，B超检查拟诊胆总管结石，胆总管下端占位性病变不除外者18例，胰头癌2例，肝外胆道扩张，胆道下段因肠腔积气干扰而显示不清者12例。

本组病例B超均提示肝内外胆管有不同程度的扩张，采用细针穿刺经皮肝穿胆道造影，全部获得成功，无一例失败。本组造影成功的病例，造影所见均与术中所见基本相符，包括胆总管下端结石23例，壶腹周围癌3例，胰头癌9例，胃癌肝门处转移1例，梗阻性化脓性胆管炎2例，胆管炎并胆道内蛔虫1例。本组采用细针穿刺技术，无一例并发症发生，术中证实无胆汁漏及出血。

讨论：临床使用价值：对外科的胆道疾病，壶腹周围占位性病变、梗阻性黄疸疾病的诊断，PTC胆道造影常能弥补B超的不足，如能配合ERCP其效果就更加理想。PTC细针穿刺胆道造影，使用方便、准备简单，价格便宜，仅需要普通的电视监视X光机即可，适宜于各级医院使用。PTC不受黄疸、肝功能等客观因素影响，通过多角度投照、能获得清晰、完整的肝内外胆道影像，有助于对胆道结石，胆道肿瘤及壶腹周围肿物等疾病的正确诊断。从而在术前明确了诊断，有了充分的准备，缩短了手术的时间，减少了病人的痛苦。2.PTC的适应证与禁忌证：①PTC的适应证：不明原因梗阻性黄疸的病因确定：如：胆道结石、胆素肿瘤、胆管炎性狭窄，胆道寄生虫或先天性胆道畸型等；原发性胆管结石，疑有肝内胆管结石或肝内胆管病变者；多次胆道手术，但效果不佳，疑有残余结石或遗漏胆管病变未处理；结石并发急性化脓性胆管炎或胆源性肝脓肿。②PTC的禁忌症：血小板计数低于5万／mm^3；凝血酶原时间较对照延长4秒以上，经维生素K治疗无效者；疑有肝内肿瘤广泛较移者；伴有严重咳嗽及频吐或不合作的患者，因穿刺时病人躁动可造成肝脏撕裂伤。