维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.1

胆道手术前CT诊断评价(附87例分析)

张 帆* 方驰华**

【摘 要】 **目的** 将肝外胆道手术87例术前CT诊断与术后病理诊断做对照,显示CT的诊断价值。**方法** 采用美国GE公司High Speed CT-Ⅰ机型平扫,部分病例做增强扫描,以病理资料做比较。**结果** 表明CT做为胆道手术前检查方法诊断与病理诊断具有较高的符合率。

【关键词】 胆道手术 CT诊断

Evaluation of CT in the diagnoses of biliary diseases before the operation—an analysis of 87 cases. *Zhang Fan, Fang Chihua. The Ninth Team of the Students Brigade, and Department of Hepatobiliary Surgery of Zhujiang Hospital, First Military Medical University, Guangzhou* 510515

【**Abstract**】 **Objective** To evaluate the diagnostic value of CT before the operation on the patients with external hepatobiliary diseases. **Methods** A comparisons between the CT diagnoses and postoperative pathological diagnoses in 87 cases of hepatobiliary diseases was studied. The CT diagnoses were made by general scanning with High Speed CT-Ⅰ (GE co USA), some cases were used enhanced scanning. **Results and Conclusion** The CT diagnoses before operation are rather consistant with the pathological diagnoses.

【**Key words**】 Biliary duct surgery CT diagnosis

自1952年Carter等倡用以经皮肝穿刺胆道造影(PTC)诊断阻塞性黄疸[1],至今PTC已成为诊断胆道疾病的常用和有效的方法。但PTC毕竟具有一定损伤性,临床上已对其产生的并发症引起重视并对操作方法加以改进[2]。近年来,使用计算机断层扫描技术(CT)进行胆道疾病的定性和定位诊断已越来越普遍,并已成为胆道外科较为常用的有效影像学手段,它不但免除了PTC检查操作损伤之虞,而且进一步提高了诊断率,对于确定手术治疗及术中处理具有重要意义。本文回顾分析了1998年5月至今的87例肝外胆道手术前CT诊断结果,结合术后病理诊断,着重讨论CT技术在胆道外科的应用价值。

CT检查技术1978年在国内首次开展[3],现已广泛应用于临床。随着CT机软硬件水平的不断提高,它已成为胆道外科不可或缺的影像诊断技术。

资料与方法

本组肝外胆道病人87例,男63例,女24例。年龄19~77岁,平均28.3岁。其中75例伴发不同程度的梗阻性黄疸,血清总胆红素最低5.3μmol/L,最高为379.3μmol/L,涉及8种手术方式。

我们采用美国GE公司Hispeed CI/i螺旋CT机型进行平扫,部分平扫后行一次性快速静脉注射76%复方泛影葡胺60ml或62%优维显50ml增强扫描,范围从膈顶至肾静脉,层厚、层距5~10mm,梗阻部改为2~5mm层厚连续扫描。术后取病理资料做对照。

结 果

本组病例在实施胆道手术治疗后,均取得了可靠的病理检查结果。术后病理诊断显示,87例中胆囊癌2例,胆囊息肉10例,胆总管囊肿2例,胆管癌11例,胆总管结石25例,胆囊结石34例,胆管炎3例。统计显示,与术后病理诊断相比,术前CT检查的诊断符合率为91.9%,正确诊断率较为理想。统计情况见下表。

附表 胆道手术前CT检查与术后病理结果符合情况(P值<0.05)

术后病理诊断	病例数	CT受检例数	符合例数	符合率
胆囊癌	2	2	2	100.0%
胆囊息肉	10	10	8	80.0%
胆总管囊肿	2	2	2	100.0%
胆管癌	11	11	9	81.8%
胆总管结石	25	25	24	96.0%
胆囊结石	34	34	32	94.1%
胆管炎	3	3	3	100.0%
合 计	87	87	80	91.9%

* 作者单位:510515 广州市第一军医大学学员旅9队
** 第一军医大学珠江医院肝胆外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

讨 论

胆囊癌在消化系统肿瘤中占第5位，发病率低，资料显示，临床上常被误诊为胆囊炎、胆石症。在黄色肉芽肿性胆囊炎鉴别上尤为困难。本组87例中有11例慢性胆囊炎、胆石症，CT表现极似癌变，但术后病理检查未获支持。2例胆囊癌，CT表现典型，胆囊壁有不规则增厚、内缘凹凸不平，有占位结节，静脉注射泛影葡胺后，囊壁见明显增厚，术后病理诊断均为腺癌。

胆囊息肉样病变可分为三种：①胆固醇性息肉；②良性息肉和除早期胆囊癌以外的所有隆起性病变；③息肉样早期胆囊癌。后者CT平扫不易显现，常因为窗宽窗位选择不当而漏诊[4]，本组中误诊就有2例。

原发性胆管癌，原因不明，与胆管长期慢性刺激有密切关系。据报道，国人原发性肝胆管结石发病率高于胆囊结石；长期的感染、结石被视为胆管癌发病的诱因。本组11例原发性胆管癌都有不同程度的胆管炎症，8例伴发结石。文献报告，20～57%的胆管癌合并胆管结石[5]，这与本研究有关发现是一致的。

CT、B超、ERCP（逆行胰胆管造影）等检查方法目前都被视为胆道疾病检查的敏感手段。但ERCP难以判断肿瘤向胆管外侵袭的范围；而肿瘤范围判断是决定能否做手术切除的重要依据。CT、B超都属于断面成像，都可以观察病变所在位置及其与周围脏器的关系，但B超对肥胖病人及胃肠道有较多气体存在时，显示较差。其对深层组织如腹膜后淋巴结转移灶的确定缺乏有效手段。CT则能清楚地显示腹腔器官以及正常组织与病变之间的不同密度，并通过增强扫描及图像放大，得以准确显现原发病与周围病变的特征和区别。本组11例胆管癌有3例发生胰周及腹主动脉旁转移，CT都做出了诊断。

通常胆管癌按发生部位分成上，中，下三段。本组胆管癌发生在上段5例，发生在中段2例，发生在下段4例。下段4例中2例CT表现仅为肝内外胆管扩张（壶腹以上），而未见肿块，因伴有结石和炎症而误诊为胆管炎，术后病理诊断为下段胆管癌。壶腹周围癌伴有胆道扩张、黄疸者，B超假阳性率可高达28%[6]，故笔者认为仍以CT检查为优。

胆总管结石CT确诊率较高，但对泥沙样结石与胆管癌鉴别较难，本组1例误诊。

胆囊结石症有趋癌可能[7]，以往提倡将B超检查列为首选[8]，但有报道，CT检查对此诊断率亦高[9]。本组有关病例的CT检查结果符合这一看法。但由于胆囊结石成分差异较大，有时也可导致误诊。本组中误诊2例。

综上所述，做为目前较为先进的医学影像诊断技术，CT对胆道系统的手术前诊断具有较高的正确率和重要应用价值。CT的术前检查，可为临床医师提供较为可靠的诊断信息，因而有助于临床医师在手术前确定治疗方案，选择适合的手术方式，决定围手术期处理的原则和方法。如能掌握CT应用的适应证，与PTC、ERCP、B超等现代医学检查方法合理结合、综合应用，必将进一步提高CT检查的正确诊断率和临床价值。

参 考 文 献

1. Carter RF, et al. JAMA, 1952, 148: 253.
2. 孙大成. PTC的操作指导及结果分析. 中国局解手术学杂志, 1995, 4(1): 24.
3. 范家栋，谢敬霞，等. 腹部CT图谱. 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1994, 3－5.
4. 曹丹庆. 全身CT诊断学. 人民军医出版社, 1996, 465－468.
5. Dayton MT. AM J Surg, 1983, 145: 41.
6. Fiiygerald PJ, et al. Cancer, 1978, 41: 898.
7. Hermann RE, et al. Clin Surg Zed. ST Louis The CV, Masby Company, 1987, 1637.
8. Dykes EH, et al. Br J Surg, 1984, 71: 854.
9. Blumgart LH, et al. Curr Probl Surg, 1987, 24: 75.

（收稿：1999-12-23）