维普资讯 http://www.cqvip.com

62-64

第22卷 第1期 重庆医科大学学报 Vol.22 No.1
1997 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1997

CT对梗阻性黄疸的定性价值

临床学院放射科 文 明 石 军 张克随

提 要 本文通过对CT上仅仅表现为胆道扩张的良、恶性梗阻性黄疸对照分析，发现恶性病变肝内胆管为中、重度扩张(73.1%)，呈藤状(57.7%)，肝外胆管绝大多数在近段区域突然中断(95.7%)，良性病变的肝内胆管轻度扩张(63.6%)，多表现为竹节状(68.2%)，而肝外胆管在远段逐渐变细(84.2%)，认为根据肝内胆管扩张程度与形态，以及肝外胆管扩张形态及梗阻部位改变，能够对梗阻的良、恶性作出诊断。

关键词 梗阻性黄疸;CT 胆管肿瘤 诊断
中图分类号 R445
R575.04 R735.8

由于CT扫描可以直接发现肿块或结石，已应用于梗阻性黄疸的病因诊断。但一部份病例从CT图像上仅能见到胆道扩张，容易误诊。本文旨在对这部份病例的CT影像作出良恶性鉴别，以指导治疗。

1 材料和方法

从1991年6月至1994年7月，经CT检查的梗阻性黄疸共214例，CT上仅仅表现为胆道扩张者76例，包括恶性病变54例，其中胰头癌3例，胆管癌17例，壶腹癌23例，胆囊癌11例；良性病变22例，其中胆道结石17例，慢性胰腺炎5例。

用岛津SCT—3000TX型全身CT机，扫描前半小时和即刻常规口服2%泛影葡胺200ml以充盈胃及十二指肠，扫描范围由肝顶至十二指肠水平段，层厚层距10mm，兴趣区加薄为2～5mm，58例还作了增强扫描，采用60%泛影葡胺150ml，配合压力注射器在肘静脉注药，2分钟内注毕，即刻快速扫描。

2 结 果

2.1 肝内胆管扩张程度

根据Huntington[1]等的标准，将扩张的肝内胆管分为轻、中、重三度，其中恶性病变的肝内胆管扩张有52例，扩张度从轻至重分别为14、20及18例，良性病变22例，为14、6、2例(图1～3)，经统计学处理，二者扩张程度差别有显著意义($P<0.05$)。

2.2 肝内胆管扩张形态

分三种类型，(1)竹节状者肝内胆管呈条状，由近及远逐渐变细(图1)；(2)剑鞘状指扩张胆管近端显著，远端突然变细(图2)；(3)藤状表现为扩张胆管远端分支迂曲走行或扭曲呈小囊状(图3)。恶性病变的类型分别是19、2、30例，良性病变为15、6、1例，由x^2检验得出，$P<0.05$，说明其形态上有显著差别。

2.3 肝外扩张胆管形态改变

恶性病变扩张47例，梗阻端胆管环突然中断45例，2例胆管环逐渐变细，7例不扩张；良性病变胆管环突然中断3例，手术发现为透明结石2例，慢性胰腺炎1例，胆管环逐渐变细16例，另3例无扩张。

2.4 肝外胆管梗阻部位

即CT上显示胆管狭窄或消失的部位，在laing[2]等肝外胆管分段基础上，结合肝外胆管长度分为三段，近段在肝门3cm以内，中段距肝门3～6cm，远段在肝门6cm以外部份。本组病例恶性梗阻分别为3、23、11例，良性梗阻分别为0、4、15例，提示发生于肝外胆管近中段者多为恶性病变，远段梗阻多为良性病变。

2.5 胆囊扩张

胆囊横径超过4.5cm则为扩张[3]，本组恶性病变占23例，良性病变7例，胆囊内密度均匀，CT值显示为水样密度。

2.6 胰管扩张

恶、良性病变分别为12例及3例，其中1例胰头癌及4例壶腹癌见胰管与扩张胆管平行排列，形成双管征，而良性病变未见双管征。

3 讨 论

维普资讯 http://www.cqvip.com



图1 肝内胆管呈竹节状，中度扩张，手术后诊断为胆总管结石

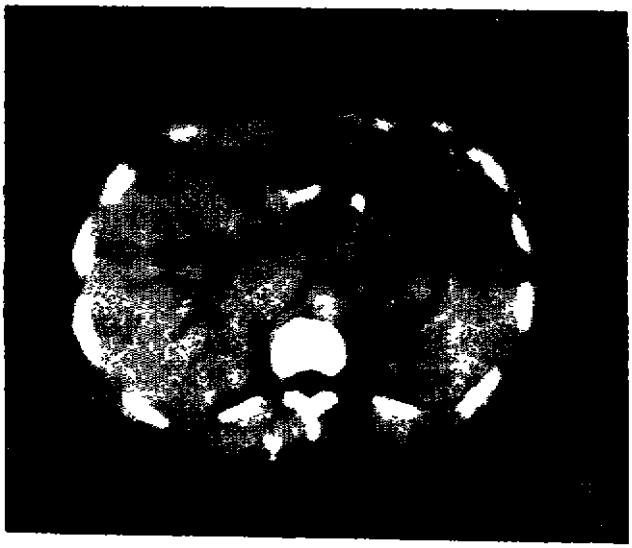


图2 胆管癌，CT显示肝内胆管呈剑鞘状，轻度扩张



图3 肝内胆管扩张形态呈藤状，重度扩张，术后病理诊断为壶腹癌

由于影响CT图像质量的变量因素较多，或肿块直径较小，以及胆固醇结石表现为等密度时[3~6]，CT上仅能见到胆道系统扩张，容易发生误诊，有报道CT对梗阻性黄疸定性准确率为80%左右[3,6]。本组病例中恶性梗阻54例，与手术对照，结果43例肿块直径小于1.5cm，在CT上无法显示，另11例由于扫描层面较厚或者图像质量欠佳，CT上也未见肿块；良性病变中15例为胆固醇结石，CT上为等密度无法显示。因此，针对胆道扩张表现，鉴别其良恶性为CT诊断的重要方法。

一般认为[6]，胆道阻塞后的病理改变取决于三个因素，表现为胆管腔、胆管壁及原发或继发胆管内胆汁成份的改变，反映在CT图像上并作为诊断依据。尽管有人持反对意见[8]，但大多数学者认为根据胆道系统扩张形态及程度、梗阻部位等，可以鉴别其良、恶性。

本组结果显示，恶性病变梗阻胆管往往呈中、重度扩张，占73.1%(38/52例)，且多呈腺状，为57.7%，这是由于恶性梗阻程度重，发展快，胆道内压力持续升高，致胆管分支产生伸展扭曲[5,6]。部份病例胆道扩张为轻度(26.9%)，呈竹节状(36.5%)，2例肝内胆管无扩张，Pedrosa[5]认为是病程较短之故。良性梗阻肝内胆管轻度扩张(63.6%)，大多数呈竹节状(68.2%)，是因为梗阻较轻，胆道内压力升高轻且呈波动性，产生间隙性和不完全性胆管梗阻[1,6]。

在laing[2]等的标准上加以改进，将肝外胆管分为近、中、远三段，结果显示良、恶性病变梗阻部位不一样。从扩张的形态来看，本文恶性病变绝大多数表现为突然中断(95.7%)，良性病变多为逐渐变细(84.2%)，突然中断的2例均为胆固醇结石，二者表现也有显著不同，与Baron[3]的观察结果相似。

胆囊增大与胰管扩张提示远端有梗阻[9]，但对于梗阻定位帮助不大[6]，定性也需结合胆道扩张情况。

维普资讯 http://www.cqvip.com

尽管胆管系统形态及程度变化为判断良、恶性梗阻的重要依据，但CT图像所反映的仅是阻塞中的一个时间点，且阻塞完全与否是相对的，有时可互相转化，强调合理应用CT图像的变量因素，应结合其它影像及临床资料，以提高诊断准确性。

参 考 文 献

1.Huntington DK,et al.Radiology,1989;172:47
2.Laing FC,et al.Radiology,1986;160:39
3.Baron RL,et al.AJR,1983;140:1173
4.Reiman TH,et al.Radiology,1987;163:49
5.Pedrosa CS.Radiology,1981; 139:627
6.陆建平，等. 临床放射学杂志，1994;13:224

(收稿日期 1996－08－05)

CT in obstructive jaundice

Wen Ming,et al
Dept.of Radiology,The college of Clinical Medicine

CT features only for biliary tract dilation in malignant and benign obstructive jaundice were analysed.The authors found that modertedly and markedly dilated(73.1%) of intrahepatic duct,or in viny like dilation (57.7%) and abrupt termination of mostly dilated distal in portion of extrahepatic biliary duct (95.7%) was characteristic of malignant lesion.Minimally dilated of intrahepatic duct (63.6%), or in bamboo (68.2%), and gradual tapering at proximal portion of extrahepatic dialated duct (84.2%) was specific for benign disease.According to the degree and shape of dilated intrahepatic bile ducts,the changes of dilated extrahepatic bilie duct,could distingnish malignant from benign obstruction.

KEY WORDS Obstructive jaundice;CT

64-65 直肠肿瘤，根治术，硬膜外腔，阻滞麻醉

硬膜外阻滞用于腹会阴联合直肠癌根治术30例分析

临床学院麻醉科 李秀英

中图分类号 R614.42 R735.370.5

(22)

腹会阴联合直肠癌根治术是直肠癌最常采用的手术之一。因癌肿位置深入盆腔，解剖关系复杂，为达根治目的常需经腹会阴进行根治切除。由于手术难度大、时间长、出血多，对麻醉平面的范围和肌肉松弛要求高，我们采用双管持续硬膜外阻滞，收到满意的效果，现报道如下。

1 资料和方法

本组包括30例直肠癌患者施行双管持续硬膜外阻滞行直肠癌根治手术。其中男16例，女14例，年龄为20～68岁，平均为46岁。术前血常规及电解质、肝、心、肺、肾功能检查均在正常范围，ASA分级为Ⅰ～Ⅱ级。

选择T_{10-11}及L_{2-3}椎间隙进行硬膜外穿刺置管，均向上插入3cm。硬膜外用药为2% 利多卡因(内含1:20万肾上腺素)，以下简称2% 利＋肾。辅助用药为哌替啶50mg肌肉注射。术中采用日本产COLIN BP－306心电监护仪监测ECG、BP、HR、SPO_2;经右颈内静脉穿刺置管监测CVP。在麻醉前记录上述各项监测值作为对照。麻醉中分别记录切皮、探查腹腔、肿瘤切除、吻合(或置人工肛门)、缝皮时的各项监测值，经统计学处理，求CVP、HR、平均动脉压(MAP)的离散系数(CV)并进行比较，从而评价麻醉效果。

术前用药：术前1h常规肌肉注射阿托品0.5mg，鲁米那0.1mg。

麻醉方法：待双管置入硬膜外腔无误后，取截石位，开放静脉，输入平衡盐液。于L_{2-3}(下)管注入试探量2% 利＋肾3～5ml，观察麻醉平面及血流动力学变化，待出现肛门括约肌收缩迟缓或松弛，无蛛网膜下腔阻滞现象，保留此导管，以后视手术需要酌情再注药。10～15分钟后于T_{10-11}(上)管注入试探量2% 利＋肾3～5ml，根据手术需要酌情注入