

剑突下经皮肝穿刺左肝管胆系造影的临床应用 (附阻塞性外科黄疸 26 例 X 线分析)

戴敦巍 吕江林 曹国庆

【摘要】 目的:使用剑突下经皮肝穿刺左肝管胆系造影法的临床价值。**方法:**B 超导向,在剑突下经皮肝穿刺,进针至选定深度,边抽吸边退针至抽得胆汁,电视下注入 50%胆影葡胺,使左右肝管显影。**结果:**26 例阻塞性外科黄疸病人 X 线分析表明:肝门部阻塞大部分为肝门胆管癌,且转移癌较原发癌多。**结论:**剑突下经皮肝穿刺左肝管胆系造影法有一些优点,值得推广应用。

【关键词】 剑突下经皮肝胆管穿刺造影术 阻塞性黄疸

Clinical application of cholangiography by subxiphoid puncture of the left hepatic duct (Analysis 26 cases with surgical obstructive jaundice) Dai Dunwei, Liu Jianglin, Cao Guoqing. The sixth hospital, Wuhan 430015

【Abstract】 Objective: To assess the value of subxiphoid puture of the left hepatic duct in cholangiographic examination. **Methods:** Subxiphoid puncture of left hepatic duct under B - mode sonographic guidance was performed in 29 patients. Data of 26 patients were analyzed in this paper. **Results:** Analysis of cholangiographic findings in 26 cases with surgical obstructive jaundice indicated that the obstructions in hepatic portal region were mostly caused by carcinomas, metastatic tumors were more than primary one. **Conclusions:** The cholangiographic method by sub - xiphoid puture of the left hepatic duct has certain merits and is worthwhile to be recommended.

【Key words】 Subxiphoid puncture of hepatic duct in PTC Jaundice, obstructive

经皮肝穿刺胆管造影系直接胆道造影方法,用以诊断胆管病变引起的阻塞性黄疸。传统的方法是经右侧肝管穿刺,由于有其缺点,我院自 1991 年以来,提出优先经剑突下腹壁肝穿刺左侧肝管造影方法,四年来,共施行 29 例,现报告如下。

材料与方 法

4 年来,我院选择 29 例阻塞性黄疸病人,行左肝管穿刺胆系造影,从中选择经外科手术证实,资料完整的 26 例进行 X 线分析。本组男性 17 例,女性 9 例,年龄 39 ~ 78 岁。病程 3 天 ~ 20 年。

病人取仰平卧位,平静呼吸时吸气末屏气,用扇形 B 超探头,在剑突下方取矢状面和额状面二方向垂直位探测扩大的左肝管位置和其与皮肤的距离,作好标记。用 7 号腰穿针穿刺,进针深度为用 B 超测得扩大左肝管至皮肤距离再加 1cm 为预定深度,进针至预定深度即去针蕊,边抽吸边退针,抽得胆汁,即在电视监视下注入 50%胆影葡胺使左右肝管显影。拔出针头,立即用一手指压迫穿刺点 10min,以止血和避免胆汁渗漏。有时因穿刺和定位时呼吸幅度变化造成左肝管

向头或向尾移位,导致穿刺不中。这时,可修正穿刺方向,在矢状面向头或向尾侧偏斜穿刺提高成功率。

结 果

29 例外科阻塞性黄疸病人,经左肝管穿刺胆系造影,成功 25 例,失败 4 例,成功率 86%。经左肝管穿刺失败后当即改经右肝管穿刺又成功 3 例,总成功率为 93.7%。病程长者均为胆道慢性炎症或结石。

胆石症共 9 例,其中总胆管下端结石 6 例,其他部位 3 例。总胆管完全阻塞,造影显示为杯口状截断征。泥沙样结石 2 例,表现为肝管、总胆管内大小不等之透明蜂窝状负影。总符合率 100%。

总胆管下端癌 3 例,其中 1 例为胰头癌转移,2 例为胆囊癌转移至总胆管。仅 1 例为总胆管下端原发癌肿,病理证实为乳头状腺癌。X 线表现根据其阻塞程度而不同:完全性阻塞远端呈园钝状或细线状、刀削状改变、边缘不规则^[1,2]。其上总胆管及其分支肝管均呈扩张征象,部分分支胆管有扭曲征,说明由于阻塞造成胆汁淤积,胆管压力高。不完全阻塞胆管扩张程度较轻。

肝门胆管癌 13 例,其中原发肝门胆管癌 5 例,胰腺癌肝转移 4 例,胃癌、淋巴癌肝转移各 1 例,胆囊癌肝转移 2 例,其中有 1 例因右肝管完全阻塞而不显影,本例

更适合经左侧肝管穿刺造影。肝门部炎性狭窄 1 例。

本文认为: 结石有可靠的 X 线征象, 诊断无困难。肝门胆管阻塞绝大多数为癌肿引起, 总胆管、总肝管园钝、刀削状充盈缺损是胆管癌的典型征象^[3]。总胆管、总肝管若全阻塞, 肝内肝管扩张就显著, 并有胆管扭曲, 又称软藤征。总胆管下端癌肿有时呈杯口状充盈缺损, 但边缘不规则是它特点, 以此与结石鉴别。本组原发总胆管癌仅 1 例。总胆管下端阻塞原因结石略高于癌肿。癌肿阻塞总胆管多为胰头癌转移。本组肝门胆管癌 13 例中, 原发癌占 5 例, 转移癌 8 例, 其中以胰腺癌肝转移最多见。原发癌有乙肝病史 2 例, 病史不详 3 例, 提示原发肝门胆管癌与慢性乙型肝炎有关。发病年龄癌肿偏高, 结石与年龄无明显关系。结石病程较长, 癌肿病程较短。

讨 论

随着现代影像学的发展, 经皮肝穿胆管造影方法的不断改进, 使胆系显示清晰, 提供病理和解剖关系, 为临床提供手术方法, 减少造影并发症创造了条件。传统的方法是经右侧肝管穿刺, 由于右侧穿刺时进入右肝管及其分支机会较多, 但有其缺点主要是阻塞性黄疸病例穿刺后肝表面穿刺点胆汁和血溢漏引起胆汁性腹膜炎和出血, 因而在凝血酶元时间延长未能纠正病例是为禁忌; 穿刺针细而长, 需进入肝脏 10cm 以上才有可能进入肝内胆管, 一方面损伤增多, 另一方面细而长针易偏离方向, 不易控制方向; 右肝管穿刺造影

后, 有时左肝管及其分支不显影, 需拔针改俯卧位后让造影剂流入左肝管再拍片^[3]。我院首次提出优先经剑突下腹壁肝穿刺左侧肝管造影方法就是为了克服以上缺点。笔者从胆道 X 线解剖、流体力学原理论证了经左肝管造影新方法的可行性。

从胆道放射解剖学分析, 正常左肝管呈横行, 引流第 2、3、4 肝段。右肝管较短, 引流第 5、8 肝段与第 6、7 肝段背尾支汇合成肝内胆管, 第一肝段流入左肝管与右肝管。扩张的横行左肝管在 B 超导向下成功率显然增高, 造影剂在左肝管显影后也可通过第一肝段很快流入右肝管而显影。再则左肝管及其分支位置比右肝管高, 造影剂比重又大, 从流体力学原理分析, 造影剂由高处很快流向低处, 使右肝管及其分支显影, 除非右肝管完全阻塞。而传统法说及的缺点, 经右肝管穿刺造影左肝管及其分支有时就难显影, 头低位或左右斜位也不能达到此目的。此时, 须拔出穿刺针改俯卧位 5 ~ 10min 方能显示。阻塞性黄疸病人多为年老体弱患者, 不能承受变动体位之苦。因已拔出针头后, 左肝管不显影也无法加造影剂, 除非再行穿刺, 又增加了病人痛苦。

阻塞性黄疸病人多有肝功能受损及凝血机制的障碍, 加之经右侧肝穿刺路线长, 进针深, 穿刺损伤肝内血管、胆管机会增多, 增加了并发出血及胆汁性腹膜炎的危险。而经左肝管穿刺 29 例, 无一例并发症, 常规压迫穿刺点, 可减少出血及胆汁溢漏, 但也有缺点, 有的病人肝左叶较小。左肝管较小, 不易刺中。此方法

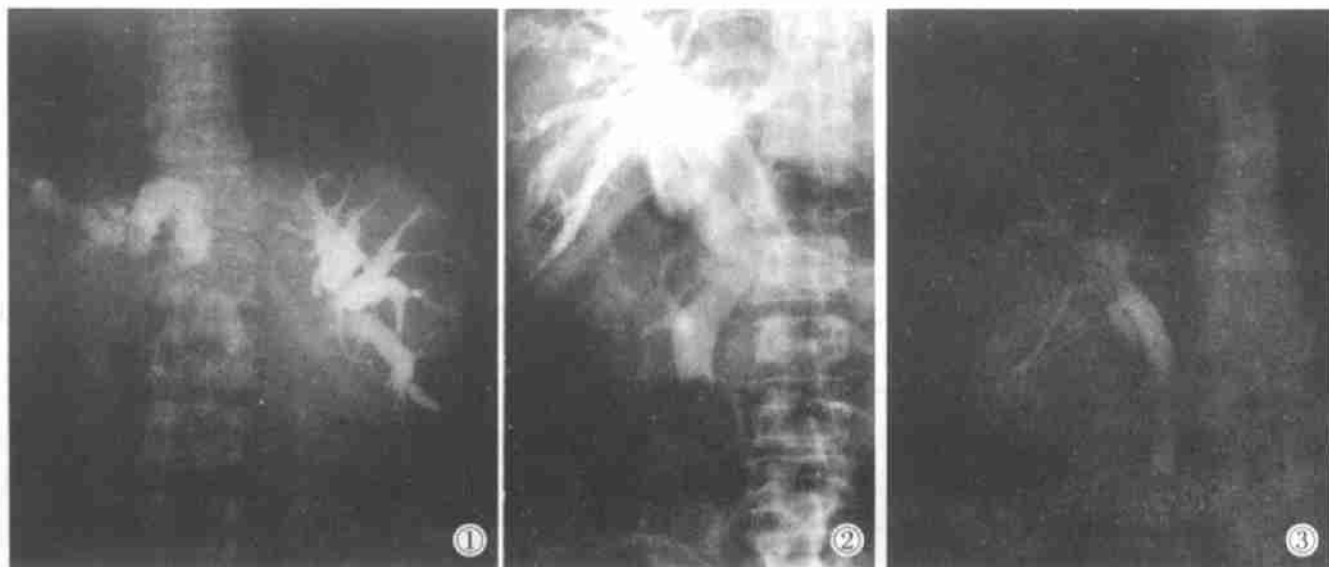


图1 肝门胆管癌。肝门部阻塞, 左、右肝胆管部分显影, 且呈典型软藤征。 图2 总胆管末端乳头状癌。总胆管末端呈反杯口状, 易与结石混淆, 但末端边缘不规则是它特点。 图3 总胆管下端结石, 总胆管下端呈反杯口状, 边缘光滑。

肺硬化性血管瘤 1 例

杨忠 许国胜 朱登昊

肺硬化性血管瘤是一种较少见的肺部良性肿瘤。术前多不易确诊,本文 1 例经手术病理证实,现报道如下。

病例报告 患者,男,53 岁,胸痛 1 月,咯血 5 天。体检无异常,X 线检查:左中肺野见一类圆形结节影,大小为 $1.8\text{cm} \times 2.0\text{cm}$,密度中等,均匀轻度分叶,无钙化,左侧位病灶位于左肺舌叶。CT 平扫:左肺舌叶中等密度类圆形灶,周边呈低密度的毛玻璃样晕影。病变周围无卫星病灶,无肺门及纵隔淋巴结肿大。X 线诊断:左肺舌叶球灶,多考虑肺良性肿瘤。手术所见:肿瘤位于左肺舌叶上段,靠近胸膜,质地硬,有包膜。病理诊断:左肺舌叶硬化性血管瘤。

讨论 肺硬化性血管瘤原发于肺实质内,在肺间质中生长扩展。瘤体主要含有大量的毛细血管和不等量的、吞噬了含铁血黄素及类脂的组织细胞。镜下见肺泡间隔毛细血管增生

伴组织细胞增生并形成的乳头伸入气道,血管壁的玻璃样变随处可见,瘤组织大部分由增生血管扩大形成的海绵状血管瘤样组织形成。本病好发于女性,年龄多在 40~50 岁。临床上常有咯血。X 线及 CT 表现:①单发圆形或椭圆形结节或肿块,偶尔多发。常位于肺的外围。②肿瘤大小变化较大,直径以 2~6cm 多见,边缘清楚,光滑。亦可表现为边缘模糊的密度增高影,与病变出血有关,少数可见浅分叶。③肿块密度较均匀。CT 增强扫描肿瘤明显均一强化。另有报道肿块外围可出现新月状透亮影。本病术前定性诊断相当困难,常与肺结核瘤、肺其它良性肿瘤、肺癌等难于鉴别,易致误诊。在日常工作中,如能密切结合临床,重视支气管镜、瘤体穿刺等手段的实施,此病的术前诊断准确率可望提高。

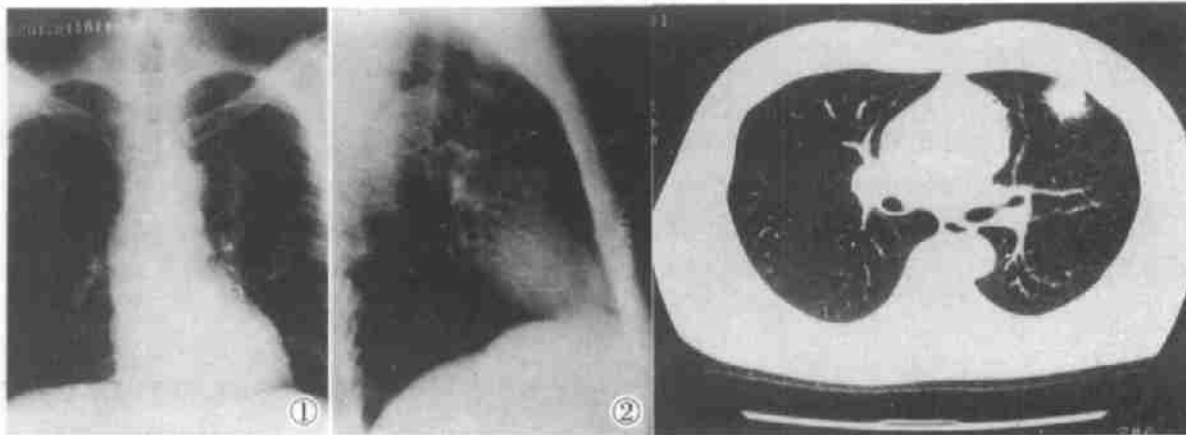


图 1 左中肺野见一类圆形结节影,密度均匀,轻度分叶。图 2 左侧位病灶位于左肺舌叶。
图 3 左肺舌叶中等密度类圆形灶,周边呈低密度的毛玻璃样晕影。

(1999-03-10 收稿)

433200 湖北省洪湖市人民医院放射科

穿刺难度较大。失败时即改经右肝管穿刺造影,提高成功率。结果表明:经皮肝穿刺左肝管造影也是一种可行的肝内胆管造影法,值得推广应用。

参考文献

1 池印章,王挺健,郭学仁,等.运用普通 X 线机经皮肝穿刺胆道造影

146 例报告.实用放射学杂志,1988,4(3):136-138.

2 刘庚年,李松年.腹部放射诊断学.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1993.215.

3 刘和立,张应天.细针抽吸法经皮肝穿刺胆道造影术.腹部外科杂志,1988,1(1):29.

(1998-12-28 收稿)