

文章编号:1005-6947(2008)02-0109-02

· 专家论坛 ·

外科梗阻性黄疸的诊断进展

高德明, 鲁建国

(第四军医大学唐都医院 普通外科, 陕西 西安 710038)

摘要: 笔者明确了外科梗阻性黄疸的概念, 指出梗阻性黄疸与胆道梗阻并非同一概念, 并强调梗阻性黄疸诊断时, 必须辨明以下几个问题: (1) 首先要确定是否为梗阻性黄疸; (2) 进一步确定是肝内梗阻还是肝外梗阻; (3) 最后确定梗阻的部位和病因。检查一般要遵循由简单到复杂, 由无创到有创, 由廉价到昂贵的原则来选择。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(2): 109-110]

关键词: 黄疸, 阻塞性/诊断; 胆道外科; 诊断技术和方法

中图分类号: R 657.4

文献标识码: A

黄疸是临床上经常遇到的一个显目体征, 是多种疾病症状群中的一种症状。根据病因可分为溶血性、肝细胞性和梗阻性黄疸, 后者又分为肝外梗阻和肝内梗阻性黄疸(包括肝内机械性梗阻和肝内胆汁淤积), 此外, 还有少见的先天性非溶血性疾病所引起的。黄疸从病理生理学讲是高胆红素血症的临床表现, 可分为高非结合胆红素血症和高结合胆红素(相当于直接胆红素)血症两大类, 后者又称为梗阻性黄疸。

1 外科梗阻性黄疸的概念

1.1 胆管系统的分段与梗阻性黄疸

胆管系统系指从肝内毛细胆管至肝外胆管末端的胆管, 根据当前的建议可分为肝内胆管(指肝实质内胆管系统)、肝门部胆管(指肝门处左、右肝管及其汇合部)和肝外胆管(指肝管汇合部以下的肝外胆管)三部分。这种划分较为简单、实用、更便于从临床和影像学上进行判断。当胆汁自肝细胞分泌后, 直接胆红素从毛细胆管、赫令管、胆小管, 途经肝门部胆管至肝外胆管流入十二指肠的过程中, 因病变致任何部位胆汁流通障碍并达到一定程度时, 即胆道内压超过胆汁最大分泌压力(约为 250 mmHg, 1 mmHg = 0.133 kPa)时, 均可造成胆汁逆流入血液而出现梗阻性黄疸。肝脏的代偿功能很大, 动物实验表明, 只有当 75% 以上肝实质的胆汁排泌受阻时才会出现黄疸, 也就是说当肝内胆管梗阻时, 除非伴有肝内胆管的弥

漫性病变(如胆汁淤滞型肝炎、原发性胆汁性肝硬化等), 一般不会出现梗阻性黄疸。而且肝门部一侧肝管梗阻也不会出现黄疸。所以, 肝外型梗阻性黄疸常提示为肝门部肝管汇合部以下的肝外胆管梗阻, 是能通过手术或介入方法根治或缓解的, 故称为外科梗阻性黄疸, 习惯上亦称为“外科黄疸”。

1.2 胆道梗阻与梗阻性黄疸

必须指出, 梗阻性黄疸与胆道梗阻并非同一概念。如前所述胆道有梗阻时临床上并不一定出现黄疸。再者当患者有明显的梗阻性黄疸, 而无明显肝内外胆管阻塞时, 必定是肝内胆小管的弥漫性病变所致, 亦即是肝内梗阻性黄疸, 多为肝内胆汁淤积性黄疸(如胆汁淤滞型肝炎、原发性硬化性胆管炎、原发性胆汁性肝硬化和药物性肝炎等), 临床上称为肝内胆汁淤积综合征(简称肝内淤胆), 属内科梗阻性黄疸的范畴, 仅占梗阻性黄疸的 2%~3%, 不宜手术。所以, 梗阻性黄疸亦可能是肝内性, 并非一定是外科梗阻性黄疸。

2 外科梗阻性黄疸的诊断程序

临床上出现梗阻性黄疸多来源于肝外胆管梗阻性疾病, 但其与内科性黄疸的区分有时很困难。因其治疗原则完全不同, 外科性黄疸若延误手术, 则可能造成不可挽回的损失, 内科性黄疸若误行手术治疗则加重病情甚至危及患者的生命。所以, 梗阻性黄疸诊断时, 必须辨明以下几个问题: (1) 首先要确定是否为梗阻性黄疸; (2) 进一步确定是肝内梗阻还是肝外梗阻; (3) 最后确定梗阻的部位和病因。

2.1 是否是梗阻性黄疸

当患者出现巩膜、皮肤黄染时, 首先要确定是

收稿日期: 2007-04-04; 修订日期: 2008-01-20。

作者简介: 高德明, 男, 湖南汉寿人, 第四军医大学唐都医院教授, 主要从事肝、胆、胰方面的研究。

通讯作者: 高德明 E-mail: tdsurg@fmmu.edu.cn

否为梗阻性黄疸。通过询问病史、全面查体、必要的血清生化检查可作出初步诊断。若血清总胆红素(TB)明显增高,其直接胆红素[相当于一分钟胆红素(1'B)]增高尤为显著,且1'B/TB之比 $>60\% \sim 80\%$,至少大于 50% 就能确定是梗阻性黄疸。

2.2 是肝外梗阻还是肝内梗阻

对肝外型还是肝内型梗阻性黄疸两者的鉴别,以往多从血清生化检查结果分析,缺乏形象上的认识,20世纪80年代以后,由于现代影像诊断技术的广泛应用,使得两者的鉴别诊断变得快速而直观。已知胆管机械性梗阻带来的基本病理改变是梗阻以上的胆管呈程度不一的扩张,但是倘若胆管壁已发生硬化或慢性炎症等,可妨碍梗阻以后的胆管扩张,因而此时在各种影像检查亦不能发现肝内外胆管明显扩张。可以说,梗阻性黄疸伴肝内、外胆管扩张时,即可确诊为外科梗阻性黄疸,但不伴胆管明显扩张时,亦不能完全排除胆管梗阻,需综合分析进一步观察。

2.2.1 B超显示肝内或肝外胆管扩张 B超检查对判断外科梗阻性黄疸极有价值。无论扩张范围、程度如何均可确定为外科梗阻性黄疸。这可明确 90% 的梗阻性黄疸患者的梗阻类型,余下不到 10% 的少见病例,则需进一步加以鉴别。

2.2.2 B超显示胆管不扩张的梗阻性黄疸管

多属肝内胆汁淤积性黄疸。此类黄疸 90% 左右属内科范畴,另 10% 左右属肝内胆管机械性梗阻,仍属外科梗阻性黄疸,如先天性胆管闭锁、肝内胆管泥沙结石、硬化性胆管炎或胆管癌等。内科性肝内胆汁淤积症具有以下临床特点:(1)黄疸发生急骤,皮肤瘙痒发生早且明显,甚至先于黄疸出现;(2)可有服用某些药物的病史或肝炎接触史;(3)MRCP检查显示肝内胆管普遍变细;(4)采用皮质激素治疗性试验,常能使血清总胆红素下降 40% 以上;(5)鉴别困难而高度疑诊肝内胆汁淤积时,可行肝穿刺活检证实。

高度疑诊为肝内胆管梗阻时,可选用MRCP或ERCP观察肝内胆管树的影像特征,结合肝脏CT检查将有助于诊断。

2.3 胆管梗阻的部位和病因

从外科临床角度讲,诊断梗阻性黄疸不是目的,更重要的是明确胆管梗阻的部位和病因,以便指导选择治疗方法。近年来,现代影像诊断技术甚多,应结合患者的具体情况作出合理的选择。一般要遵循由简单到复杂,由无创到有创,由廉价到昂贵的原则来选择。

2.3.1 B超检查 B超因无创、简便、快速和可重复检查而被列为诊断胆管梗阻部位和病因的首

选方法。其发现胆管扩张的敏感性高达 96.5% 。在判断梗阻部位和病因准确率可达 $73.2\% \sim 85.5\%$ 。由于受上腹部胃肠道气体的影响,对显示胆总管胰腺段及胰头的病变常有困难,不如CT、MRI在横扫切面上显示清楚。

2.3.2 CT和/MRI检查 CT显示肝内外胆管扩张的敏感性为 98.1% ,能清显示胆管结石、胆管扩张的形状和程度,但与B超比较无明显差异。因可借胰腺实质的衬托,能显示胆总管胰腺段内的病变,以弥补B超对此区域显露的不足。对肝脏、胰头及胆囊壁的占位性病变诊断准确率优于B超。当肝门部一侧肝管癌向肝管汇合部侵犯严重时,可引起梗阻性黄疸,并在CT影像上出现患侧肝萎缩和对侧肝脏的增大-萎缩复合征,萎缩一侧(原发肝管侧)的肝内胆管扩张度比对侧(继发受累侧)更严重。但其缺点是CT仅提供横断面图像,缺乏三维成像和胆管影像的连续性,且CT不能清晰显示和难以分辨肿瘤在胆管内的侵犯范围,准确率仅为 80% 。MRI具备CT检查特点,但难以作薄层扫描,显示胆管有时不如CT。

2.3.3 磁共振胆胰管造影术(MRCP) MRCP是不需要造影剂而通过间接成像的方法获得胆道及胰管的三维图像,其清晰度略逊于ERCP,PTC影像图,但优于CT,MRI。可以了解胆管树(连同胰腺管)的全貌和病变侵犯范围,定位确诊率为 $75.0\% \sim 90.5\%$ 。但由于成功率高、无创和无意外并发症,在当前诊断梗阻性黄疸中已在很大程度上取代了ERCP和PTC的检查。相信通过改进将在临床上具有较好的前景。

2.3.4 ERCP和/或PTC 属于侵入性直接胆道造影检查,必要时可考虑采用。成功后能获得梗阻部位清晰的高质量图像,是确诊外科梗阻性黄疸的病变部位、性质和范围的可靠依据。两者的选择应根据肝内外胆管扩张情况而定。B超显示肝内胆管扩张,特别是考虑肝门部肝管梗阻,或伴胆道感染时选用PTC为宜。PTC虽不加重感染且可置管引流(PTCD),但由于术后可并发胆瘘和出血,应慎用,并由有经验的医生施行。若B超显示肝内外胆管扩张,尤其是胆总管下段扩张,特别对十二指肠乳头肿瘤、壶腹部占位病变,ERCP可直观并能取活检,其诊断确诊率达 95% 左右,宜选用。对严重梗阻性黄疸者,因直接胆管加压造影,有造成上行性胆道感染的危险,ERCP常被认为是禁忌证,除非是同时行胆管置管引流。

在经过有程序、合理的应用上述检查方法后,大多数梗阻性黄疸的梗阻部位和性质可以确诊,但仍有少数病例尚需依赖剖腹探查术才能明确诊断。