

性肿瘤治疗性切除手术前的减黄措施。近年来, PTBD 的发展很快, 已成为壶腹周围癌姑息治疗的重要手段。

传统的 PTBD 是在超声引导下穿刺肝内扩张的胆管, 再依靠经穿刺针引入的导丝引导, 向梗阻近侧胆管置入引流导管引流胆汁, 其缺点显而易见: 外引流导致大量胆汁丢失, 口服胆汁病人又难以接受; 引流管容易堵塞或脱落。新式的 PTBD 则将导丝直接插入肿瘤远侧胆管, 经扩张导管扩张后, 再经导丝置入跨越肿瘤的塑料或金属支架。

与经内镜途径的支架置入术比较, 经皮顺行胆管内支架置入术有一些独特的优点: ① 不须经乳头插管和切开, 不会导致危险的 ERCP 相关性胰腺炎、出血等并发症; ② 经十二指肠镜支架置入前须向近侧胆管注入造影剂, 一旦支架无法置入, 注入的造影剂即无法引出, 容易诱发胆道感染, 经皮顺行途径则无此风险; ③ 无法逆行导入支架的病人, 采用顺行途径却可能成功。

很难确定何种途径是壶腹周围癌姑息治疗的最佳方式。除了清楚地了解上述治疗手段各自的优劣, 术者在决策时还应考虑自己对某一技术的经验, 以及病人的全身与局部情况、预期生存时间。

参考文献

1 Sarmiento JM, Nagorney DM, Sarr MG, Farnell MB. Perampullary

cancers. Are there differences. *Surg Clin N Am*, 2001, 81: 543 - 555.

- 2 House MG, Choti MA. Palliative therapy for pancreatic /biliary cancer. *Surg Clin N Am*, 2005, 85: 359 - 371.
- 3 Weitz I, Kienle P, Schmidt J, Friess H, Buchler MW. Portal vein resection of advanced pancreatic head cancer. *J Am Coll Surg*, 2007, 204: 721 - 716.
- 4 Sarfeh IJ, Rypins EB, Jakowatz JG, Juler GL. A prospective, randomized clinical investigation of cholecystoenterostomy and choledochenterostomy. *Am J Surg*, 1988, 155: 411 - 414.
- 5 Crile G Jr. The advantages of bypass operations over radical pancreaticoduodenectomy in the treatment of pancreatic carcinoma. *Surg Gynecol Obstet*, 1970, 130: 1049 - 1053.
- 6 Lillemoe KD, Cameron JL, Yeo CJ, Sohn TA, Nakeeb A, Sauter PK, et al. Pancreatoduodenectomy. Does it have a role in the palliation of pancreatic cancer? *Ann Surg*, 1996, 223: 715 - 728.
- 7 罗丁. 腹腔镜超声诊断学. 北京: 军事医学科学出版社, 2003: 126 - 136.
- 8 Kurtz RC. The endoscopic management of biliary and perampullary cancer. *Surgery of the liver and biliary tract*. In: Blumgart LH, Fong Y. *Surgery of the liver and biliary tract*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 2000: 1639 - 1713.
- 9 Mezawa S, Homma H, Sato T, Doi T, Mihanishi K, Takada K, et al. A study of carboplatin-coated tube for unresectable cholangiocarcinoma. *Hepatology*, 2000, 32: 916 - 923.

(本文编辑 耿小平)

梗阻性黄疸的鉴别诊断

孟兴凯, 张俊晶

【关键词】 梗阻性黄疸; 定位诊断; 定性诊断

【中图分类号】 R 657. 8 【文献标识码】 C 【文章编号】 1006-4761(2011)03-0166-03

梗阻性黄疸不是一种疾病, 而是临床多种疾病症状群中的一种症状。根据疾病的性质, 梗阻性黄疸通常分为良性和恶性两大类; 根据解剖部位划分, 可以分为肝外梗阻性黄疸和肝内梗阻性黄疸(包括肝内机械性梗阻和肝内胆汁淤积), 而肝外梗阻性黄疸和肝内梗阻性黄疸又可细分为胆道外梗阻性黄疸和胆道内梗阻性黄疸。不同原因、不同解剖部位导致的梗阻性黄疸治疗方法和预后截然不同, 处理

方式如选择不当, 常加重病情甚至危及患者的生命, 造成不可挽回的损失, 故梗阻性黄疸与其他黄疸(如溶血性黄疸、肝细胞性黄疸等)的鉴别、梗阻性黄疸病因的鉴别极为重要。

1 梗阻性黄疸鉴别诊断的方法

梗阻性黄疸的鉴别诊断颇为复杂, 有时极为困难, 必须详细准确掌握病史、体征以及辅助检查等, 结合各种黄疸的特点全面分析并密切观察动态变化才能正确地判断。辅助检查在梗阻性黄疸鉴别诊断中发挥着重要作用, 对其合理应用有助于区分梗阻性黄疸与其他类黄疸, 明确梗阻原因。

辅助检查包括实验室检查、影像学检查以及病理学检查,而实验室检查包括肝功能检查(如胆红素代谢实验、血清酶学检查、脂蛋白-X 测定、血浆凝血酶原的测定等)、免疫学检查(如免疫球蛋白、甲胎蛋白、自身抗体、肝炎病毒标记物等)以及血液学检查(如骨髓检查)等。作为外科医师,应熟悉各种实验室检查的原理,明确各检查指标在不同病因所致黄疸的变化趋势。

梗阻性黄疸的影像学检查大体包括无创检查和有创检查,涉及具体技术包括普通放射线、超声、CT、MRI(包括 MRCP 等)、PET-CT 以及介入性放射学(如经皮肝穿胆管造影、逆行性胰胆管造影选择性血管造影)等检查方法。影像学检查方法不仅对病变部位具有定位作用,甚至具有定性和治疗效果。尽管各种影像学检查技术取得了长足进步,但每一种检查技术各有优缺点,尚没有一种技术完全替代其他手段,应根据疾病的自身特点、医院的设备条件合理选用。前期耿小平和窦科峰等^[1,2]分别阐述了各种影像学检查技术在梗阻性黄疸鉴别诊断中的征象,分析了各种影像学检查技术的在不同病因所致梗阻性黄疸的灵敏性和特异性,客观的评价各种影像学检查技术的不足,建议青年外科医师加以详读。影像学检查一般应遵循由简单到复杂、无创到有创、廉价到昂贵的顺序。

病理学检查主要包括肝穿刺活检、腹腔镜下或开腹组织活检等。肝穿刺活检常用于持续性黄疸而怀疑肝内胆管淤积(如药物性肝内胆管淤积、肝移植术后胆汁淤积、原发性胆汁性肝硬化以及原发性硬化性胆管炎等)、遗传性肝脏疾病(如体质性黄疸等)以及其他弥漫性肝病(如慢性肝炎、早期肝硬化病变等),有时也用于肝内占位性疾病的诊断。肝穿刺活检作为一种有创检查,存在一定胆漏和出血等并发症,也存在假阴性可能,临床应用过程中严格掌握适应征。在梗阻性黄疸的鉴别诊断中,肝穿刺活检常用于寻求肝内梗阻性黄疸的病因。而腹腔镜下或开腹组织活检常用于明确肝外病变部位但无法确定病变性质的情况,如果对胆道外原发良性病变或转移而来恶性病变患者实施确定性的手术,必将导致治疗的过度,产生与手术相关的并发症,严重者甚至如前言部分所述,威胁患者的生命。肝外组织活检时具体选择腹腔镜下还是开腹活检可依据病变的解剖部位及毗邻而定。

2 梗阻性黄疸与其他类型黄疸的鉴别

梗阻性黄疸需与溶血性黄疸、肝细胞性黄疸以

及家族性黄疸相鉴别。导致溶血性黄疸、肝细胞性黄疸以及家族性黄疸的确切原因复杂,不是本文重点讨论对象,作为外科医师,我们首先需要做的是从众多黄疸患者中筛选出梗阻性黄疸者,至于梗阻性黄疸的确切原因将在后面继续探讨。

梗阻性黄疸与其他类黄疸的症状和体征有许多相似之处,辅助检查在鉴别诊断中发挥了极其重要的作用。梗阻性黄疸诊断应具备如下条件,籍此好与其他类黄疸鉴别:① 直接胆红素、总胆红素升高明显,直接胆红素与总胆红素比大于 50%。应注意,这不是唯一的诊断标准,某些家族性黄疸,如 Dubin-Johnson 征、Rotor 征患者,以直接胆红素升高为主,直接胆红素与总胆红素比常大于 60%,但这不属于梗阻性黄疸范畴。② 尿胆红素明显增加,尿胆原减少或消失。③ 谷丙转氨酶、谷草转氨酶正常或升高。④ 碱性磷酸酶和 γ -谷氨酰转氨酶明显升高,这也是判定胆道梗阻、胆汁淤积较敏感的指标之一。⑤ 脂蛋白-X(LP-X)明显升高。肝内、外胆汁淤积性黄疸绝大部分甚至全部 LP-X 阳性,而其他类黄疸较少阳性(仅 3%)。有学者认为,在鉴别不同类黄疸时,LP-X 的价值超越其他所有生化指标。⑥ 影像学检查(包括 B 超、CT、MRI 以及 MRCP 等)可显示梗阻近端胆管扩张。影像学检查时应注意,阴性检查并不能完全排除梗阻性黄疸诊断,其原因由仪器设备自身的特点和疾病本身的特点(如毛细胆管和小胆管胆汁淤积等)所决定的。总之,没有一种实验室检查或影像学检查可作为金标准、进而诊断梗阻性黄疸,故需几种检查手段联合,提高诊断的灵敏性与特异性。溶血性黄疸、肝细胞性黄疸以及家族性黄疸等,直接确定其病因较为困难,甚至需要进一步的肝穿刺活检和(或)基因检查来确诊,因此,在掌握梗阻性黄疸的辅助检查特点后,能够较轻易的与其他类黄疸相鉴别。

3 肝内梗阻性黄疸与肝外梗阻性黄疸的鉴别

一旦确诊为梗阻性黄疸,下一步就需要考虑是肝内梗阻性黄疸还是肝外梗阻性黄疸,这两种黄疸在处理方式上存在较大的差异。由于肝脏的代偿功能强大,至少 50% 以上肝实质的胆汁排泌受阻时才可能出现黄疸,肝脏一个段或者一个叶胆道受阻,不会出现临床黄疸,除非合并有肝内胆管弥漫性病变。故临床实践过程中,多是将病变累及左右肝管汇合部及以下、胆汁流通障碍达到一定程度时出现的黄疸称之为肝外梗阻性黄疸,这类黄疸往往需要外科早期介入。而肝内梗阻性黄疸大多为肝内胆管弥漫

性病变所致,包括药物性胆汁淤积、妊娠性胆汁淤积、原发性胆汁性肝硬化以及原发性硬化性胆管炎等,这类黄疸往往需内科先观察治疗,当部分患者出现肝脏功能衰竭时,外科始介入。

肝内梗阻性黄疸与肝外梗阻性黄疸在临床症状、实验室检查上常缺乏特征性差异,行相关辅助检查有助于鉴别。肝外梗阻性黄疸时,影像学检查可见肝内外胆管的扩张,大部分患者能够确定病变的解剖位置,甚至对病变定性,但影像学检查没有肝外梗阻征像也不能完全排除肝外阻塞性黄疸的可能,需要动态的观察。采用皮质激素实验性治疗,对 60% 肝内梗阻性黄疸病例有效,强的松剂量为 $30 \text{ mg/d} \times 7 \text{ d}$,总胆红素若降低 40% ~ 50% 以上为肝内梗阻性黄疸;而肝外梗阻性黄疸血清胆红素下降不明显,且停药后很快回升。皮质激素实验性治疗可以作为鉴别的手段之一,运用此手段时应注意其假阳性及假阴性反应。LP-X 水平的升高不仅可以作为鉴别梗阻性黄疸与其他类黄疸的手段之一,LP-X 定量也可以区分肝内梗阻性黄疸和肝外梗阻性黄疸,前期有学者临床观察,LP-X 增高 $< 200 \text{ g/L}$ 时肝内梗阻性黄疸可能性大,而增高明显 $> 300 \text{ g/L}$ 时,肝外梗阻性黄疸的可能性大。

结合病史(如服药史、妊娠、饮酒史、家族史等)及辅助检查等仍无法鉴别时,可行肝穿刺活检或腹腔镜活检,可明确梗阻性黄疸的原因,尤其是肝内梗阻性黄疸的病因。

4 肝外梗阻性黄疸病因的鉴别

针对具体梗阻性黄疸病因而实施外科治疗,是保证干预效果的关键。导致肝外梗阻性黄疸的病因复杂,其鉴别一直是外科学者关注的热点之一。当病变累及左右肝管汇合部及以下流出道时,胆汁流通障碍,均可能出现肝外梗阻性黄疸。病变大致可分为原发于胆道的病变以及由周围解剖结构异常所致的继发胆道病变。原发于胆道的病变,包括:①胆管内异物,如结石、胆道寄生虫等;②肿瘤,如胆管癌及对应部位的良性肿瘤;③炎症,如急性胆管炎等;④胆道良性狭窄,如手术及外伤性胆管瘢痕性狭窄;⑤先天性胆总管异常,如胆总管囊肿等。原发于胆道的病变易于诊断,借助于影像学手段大多能够确定病因^[3],结合血清特异性标志物检测更是提高了病变诊断的灵敏性和特异性。对于某些病变术前无法确定其性质,可术中行进一步检查予以明确,常用的术中检查如术中胆道镜、胆道造影以及组织活检技术等,这些检查的选择依据具体情况而

定。

与原发于胆道的病变相比,由周围解剖结构异常所致的继发胆道病变病因复杂,不仅要考虑局部病变,也要考虑全身的因素。胰头部的囊性或实性占位和炎症、十二指肠降部病变是继发胆道病变的常见原因。此外,肝十二指肠韧带内的血管、神经、淋巴结等组织良性和恶性病变均可压迫胆汁流出道,存在肝外梗阻性黄疸可能,这些病变既可以由局部病变如血管瘤、神经鞘瘤等所致,也可以是全身病变在局部的反应,如结核、肿瘤转移等。继发胆道病变时,有创诊断如 ERCP(除十二指肠降部病变外)、PTC 等对病变定位价值较大,但对明确疾病性质价值有限。CT 平扫及后重建技术、MRI + MRCP 技术、PET-CT 技术在病变诊断中发挥着重要作用,这也考验着影像医师和临床医师的诊断水平^[4]。相对于原发胆道病变,腹腔镜下活检技术更为常用,确定病变性质。重视局部病变的定位与定性的同时,对患者全身状况进行检查,有时恶性肿瘤、结核等原发灶症状隐匿,而以梗阻性黄疸为首发症状,明确病变间因果关系,解除梗阻的同时,亦需处理原发病灶。

总之,不管是原发于胆道的病变还是继发胆道病变所致的梗阻性黄疸,只要理清诊断思路,借助现代的辅助检查手段,大部分可明确诊断,选择合理治疗方案;极少部分无法确定病因者,剖腹探查不仅仅是治疗手段,也是最后的诊疗手段。对于各种病变导致肝外梗阻性黄疸辅助检查特点在经典教科书、文献中有诸多描述,本文不再涉及。

5 总结

总之对梗阻性黄疸与其他类黄疸的鉴别、自身病因的鉴别,外科医师必须充分掌握患者的病史及详尽体格检查,正确选择各项实验室检查、影像学检查以及病理学检查,避免资源浪费,降低因辅助检查导致的并发症的发生率。严格遵循各项诊断程序,步步深入。

参考文献

- 1 耿小平,孙昀. 梗阻性黄疸的诊断与鉴别诊断. 中国实用外科杂志, 2007, 27 (10): 784 - 786.
- 2 窦科峰,杨雁灵. 梗阻性黄疸影像学特征及检查方式的合理选择. 中国实用外科杂志, 2007, 27 (10): 786 - 788.
- 3 Changhua L, Huajie M, Qinghua W, et al. Diagnostic Performance of Magnetic Resonance Cholangiopancreatography in Malignant Obstructive Jaundice. Cell Biochem Biophys, 2011.
- 4 Bansal V, Schuchert VD. Jaundice in the intensive care unit. Surg Clin North Am, 2006, 86: 1495 - 502.

(本文编辑 耿小平)