

超声检查对先天性胆管囊状扩张症的诊断价值

周伟文, 邵喜艳, 邹幼霞(深圳市龙岗区人民医院超声医学科 518172)

【摘要】 目的 探讨超声诊断先天性胆管囊状扩张症的价值。**方法** 回顾性分析 50 例先天性胆管囊状扩张症患者的临床资料,分析超声检查对其的诊断价值。**结果** 50 例先天性胆管囊状扩张症患者超声正确诊断 48 例,诊断符合率 96.0%,误诊 2 例,1 例 I 型患者误诊为胰腺囊肿,1 例 V 型患者误诊为多发肝囊肿。44% 患者合并结石,2% 患者合并癌变,30% 患者合并胆囊炎、胆囊结石。**结论** 超声诊断先天性胆管囊状扩张症具有较高的诊断准确率,在诊断过程中为避免误诊、漏诊应注意鉴别诊断。

【关键词】 先天性胆管囊状扩张症; 超声检查; 诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.014 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)01-0032-02

Diagnostic value of ultrasound in congenital cystic dilatation of bile duct ZHOU Wei-wen, SHAO Xi-yan, ZOU You-xia (Longgang District People's Hospital, Shenzhen, Guangdong 518172, China)

【Abstract】 Objective To investigate the value of ultrasound in the diagnosis of congenital cystic dilatation of the bile duct. **Methods** The clinical data of 50 patients with congenital cystic dilatation of bile duct were retrospectively analyzed to summarize the diagnostic value of ultrasound. **Results** Among 50 cases, 48 cases were diagnosed correctly with ultrasound, the diagnostic accordance rate was 96.0%; 2 cases were misdiagnosed, 1 case of type I was misdiagnosed as pancreatic cysts, and the another case of type V was misdiagnosed as multiple hepatic cysts. 44% of the patients were complicated with bile duct stones, 2% with cancer, 30% with cholecystitis or gallbladder stones. **Conclusion** Ultrasound has the high accuracy rate in the diagnosis of congenital cystic dilatation of the bile duct, but the differential diagnosis should be noticed to reduce the misdiagnosis rate and the missed diagnosis rate during the diagnostic process.

【Key words】 congenital cystic dilatation of the bile duct; ultrasound; diagnosis

先天性胆管囊状扩张症是一种较为少见的发生于胆系水平的疾病,曾称为先天性胆总管囊肿,可发生于肝内外胆管任何部位,好发于胆总管。该病多见于婴幼儿及儿童时期,但超过 20% 的患者到成年才发病而被发现^[1]。早期正确的诊断、鉴别诊断对治疗具有重大意义。先天性胆管囊状扩张症因其临床表现具有非特异性、间断性,易合并胆囊结石、胆道闭锁、胆总管结石、急性胰腺炎、胆管炎、胆管癌等,临床表现差异较大,诊断相对较为困难。近年来随着影像学技术的不断更新与进步,该病诊断的准确性已大幅度提高。超声检查对该病的诊断具有一定的特异性^[2]。本研究通过回顾性分析 50 例先天性胆管囊状扩张症患者临床资料,探讨超声对该病的诊断价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2005 年 3 月至 2013 年 2 月本院诊治的先天性胆管囊状扩张症患者 50 例,其中男 21 例,女 29 例;年龄 2~69 岁,平均(41.8±26.9)岁。其中具有腹痛、黄疸、腹部肿块三联症典型表现的患者 12 例,仅表现为右上腹痛患者 18 例,仅表现为黄疸患者 10 例,右上腹部包块合并腹痛或腹胀患者 7 例,健康查体发现患者 3 例。所有患者均进行腹部超声检查,并经手术治疗或磁共振胆胰管成像检查证实。

1.2 检查方法 采用 Philips iU22 彩色超声诊断仪,探头采用 1.0~4.0 频率凸阵探头。患者接受超声检查前禁食 8 h 以上保持空腹,所有患者均取仰卧位或左侧卧位,检查同时配合主动呼吸使肝脏与胆囊向左下方适度移动,扩大肝脏与胆囊超声窗的作用提高肝外胆管显示率,仔细观察无回声与肝外胆管

及周围脏器的关系,判断是否相同。如患者肠气较多干扰图像,嘱患者饮水 500~700 mL,充分、清晰显示胰头部的胆总管。同时认真扫查肝脏、胆囊、胰腺,重点观察并记录先天性胆管囊状扩张的部位、形态、大小、有无结石、癌变、有无肝内胆管扩张等。嘱患者脂餐后 30、60 min 再次探查观察有无声像图的变化。

1.3 先天性胆管囊状扩张症超声分型 I 型:囊肿型; II 型:憩室型; III 型:胆总管开口处膨出型; IV 型:肝内外胆管扩张型; V 型:肝内胆管扩张型,即 Caroli 病^[3]。

2 结果

2.1 诊断符合率 50 例先天性胆管囊状扩张症患者超声正确诊断 48 例,诊断符合率 96.0%,其中 I 型超声诊断 40 例,诊断符合率 97.6%; IV 型超声诊断 8 例,诊断符合率 100.0%。误诊 2 例,1 例 I 型患者误诊为胰腺囊肿,1 例 V 型患者误诊为多发肝囊肿。详见表 1。

表 1 超声诊断先天性胆管囊状扩张症分型与诊断符合率

分型	n	超声诊断	诊断符合率(%)
I	41	40	97.6
II	0	0	0.0
III	0	0	0.0
IV	8	8	100.0
V	1	0	0.0
合计	50	48	96.0

2.2 超声检查表现 声像图所见为肝脏大小形态尚正常,肝

内实质光点增粗,分布欠均匀性密集,上腹部扫查可见不同程度大小不等一个或数个椭圆形、圆形的无回声囊性包块,最大者 330 mm×300 mm×250 mm,最小者 70 mm×56 mm×22 mm,壁光滑,边界清,后方回声增强,侧动探头多角度观察,可见囊性包块上下端多呈漏斗状。先天性胆管囊性扩张症无回声区内见多个大小不等的斑状、团块样强回声患者 22 例,后可见声影,随体位的变化移动,占 44%;先天性胆管囊性扩张症合并癌变 1 例,占 2%,超声表现囊壁增厚,可达 0.5~1.2 cm,囊内可见中、高回声团块,表面不平整,后方无声影;先天性胆管囊性扩张伴胆囊炎、胆管结石患者 15 例,占 30.0%,声像图可见胆囊增大,囊壁增厚,毛糙水肿,胆囊内可见单个或多个强回声,或泥沙样等高回声,随体位变化移动形态改变。30 例患者可见受压变细的门静脉,10 例患者下腔静脉受压变细,利用多普勒测量受压下腔静脉血流速度,最高达 60~70 cm/s。

2.3 术中所见 给予患者手术检查可见囊性包块为扩张的胆管所致,内存有大量墨绿色液体,囊壁厚度为 5~8 mm,肝脏颜色为深墨绿色,质地稍变硬,可触及小结节感。可见受压移位的十二指肠,囊性包块较大患者其胆囊挤至剑突下,胰腺挤向后方,横结肠可被推至腹腔下方。左右肝内可见扩张较明显的胆管,其中有 7 例患者腹腔内可见少量或中量的游离液性暗区。

3 讨 论

先天性胆管囊性扩张症指的是肝内/肝外胆系单独或联合发生的先天性扩张,扩张可发生于肝内或肝外胆管的任何部位,根据扩张部位的不同形态,可有梭状、球状及憩室状等多种表现。该病在亚洲国家的发病率略高于欧洲国家,且以东南亚国家更为常见,其中东南亚地区有 1/3 先天性胆总管囊状扩张病例发生在日本。该病多在婴幼儿、少年期即可发病,临床表现常各异,主要为右上腹局部发现肿块,疼痛,伴不同程度的黄疸、发热等,部分患者可无明显症状,在健康查体中发现^[4]。腹痛、黄疸、腹部包块三联症为主要临床表现。该病发病机制目前尚未完全明确,但目前存在几种不同学说。(1)被多数学者认可的胰胆管合流异常学说:因先天性胰胆管连接角度异常,导致共用通道超过 15 mm,胰液反流至胆管导致胆管壁炎症反应,同时可造成胆管内压力的增高,双重作用则最终可导致胆管的扩张^[5]。(2)胆管上皮增殖学说:国外学者提出,胚胎早期各段胆管上皮增殖速度不同,空泡化不均衡,则可造成远端的狭窄形成,而近端胆管壁较为薄弱,随着日后胆管内压力的增高,则可导致胆管扩张。(3)神经异常发育学说:发生扩张的胆管壁神经节细胞明显少于正常胆管,与巨结肠的改变有所相似,因此认为神经节细胞的缺失是本病的根本原因,但尚未得到证实。(4)胆道压力增高学说:因胆总管末端胆系结石或狭窄、梗阻等多种原因导致的胆道内压力增高可造成近段胆管的扩张,另外 Oddi 括约肌功能障碍也可导致胆总管末端的狭窄,胰液因此向胆管逆流,胆管壁损伤,促进了该病的发生^[6-7]。该病可发生于胆管的任何部位,但以胆总管最为好发,尤其是中段、上段,肝内胆管也可发病,且可同时累及多段肝内外胆管。关于该病的诊断,常用的检查方法为超声、CT、磁共振、胆道造影等^[8]。其中超声检查有无创、安全、操作简便、重复性好、价格低廉等优点,可多部位、多角度观察病变内部及周边的回声表现,同时可监测血流动力学、血供的情况,是先天性胆管囊状扩张的首选检查方法^[9-10]。

超声检查时主要可见肝内外胆管内多发、单发的囊性包块,形态多规则,边界清,内为无回声,透声好,后方回声增强,

胆管壁回声与囊壁的回声相同,与胆管相通是本病超声检查的特异性表现,当同时合并结石或继发肿瘤时表现出相应的声像图表现^[11-12]。分型可根据囊性包块的形态、位置分为五型。本组病例中经证实 41 例患者为 I 型囊肿型,8 例为 IV 型肝内外胆管扩张型;1 例 V 型肝内胆管扩张型,即 Caroli 病。50 例先天性胆管囊状扩张症患者超声正确诊断 48 例,诊断符合率 96.0%,漏诊 2 例,1 例误诊为胰腺囊肿,1 例误诊为多发肝囊肿,分析主要原因为囊肿较大,与胆总管关系不明确,同时伴有肝内多出胆管的扩张,较大囊肿将胰腺推向后方导致显示不清,且本病成年人发病较少见,易被误诊。所以在实际操作检查中为避免误诊、漏诊现象的发生,应同时注意与肝囊肿、胰腺囊肿、双胆囊、大网膜囊肿、肠系膜囊肿鉴别,胆管呈囊肿样增大漏斗征、与胆管相连,是先天性胆管囊状扩张的超声特有征象^[13-14]。

综上所述,超声诊断先天性胆管囊状扩张症具有诊断准确率高、安全无创、操作简捷、重复性好等优点,但在诊断过程中为避免误诊、漏诊应认真仔细,注意鉴别诊断,以提高诊断准确率。

参考文献

- [1] 王琼,李园,易珊林. 超声诊断先天性胆管囊状扩张症的价值[J]. 中国医学影像学杂志,2008,16(3):220-221.
- [2] 刘全杰,周宁新,黄志强,等. 先天性胆总管囊肿癌变的诊断与治疗[J]. 中华外科杂志,2005,43(13):839-841.
- [3] 白玉作,范国光,王维林,等. 磁共振胰胆管造影诊断小儿先天性胆总管囊状[J]. 中华小儿外科杂志,2002,23(3):62-63.
- [4] 周侃,杨梦玲. 先天性胆管囊状扩张症的超声诊断[J]. 临床医药实践,2006,15(10):770-771.
- [5] 肖卫东,李勇,李学明,等. 先天性胆管扩张症 33 例的外科治疗[J]. 中国现代医学杂志,2008,18(10):1453-1456.
- [6] 石景森,孙学军. 胰胆管合流异常与胰胆管疾病的关系[J]. 临床外科杂志,2007,15(8):515-516.
- [7] Lee KF, Lai EC, Lai PB. Adult choledochal cyst[J]. Asian J Surg, 2005, 28(1):29-33.
- [8] 赵玉红,张文辉,张伟民. 超声诊断先天性胆管囊肿及临床意义[J]. 上海医学影像,2008,28(3):498-499.
- [9] 任召磊,谭志忠. 先天性胆管扩张症的病因与外科治疗研究进展[J]. 实用儿科临床杂志,2008,23(70):547-549.
- [10] 马文,毛莉,隋晓春,等. 彩色多普勒超声诊断先天性肝内胆管囊状扩张症合并髓质海绵肾 1 例[J]. 中国医学影像学杂志,2009,17(3):210.
- [11] Miller WJ, Sechtn AG, Campbell WL, et al. Imaging findings in caroli's disease[J]. Am J Roentgenol, 1995, 165(2):333-337.
- [12] 李飞鹏,王加伟. 先天性胆管扩张症的 MRI 检查分析[J]. 现代实用医学,2009,21(10):1107.
- [13] Tokuhara K, Hamada Y, Yui R, et al. Congenital biliary dilatation in dizygotic twins[J]. J Pediatr Surg Int, 2005, 21(1):17-19.
- [14] 张龙江,尹建忠,祁吉. 肝硬化患者脑代谢的磁共振谐波成像研究[J]. 临床放射学杂志,2008,27(3):297-298.