维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 1 期总第 21 期

22 例胆囊癌的诊断、手术体会

辽宁省鞍山钢铁公司立山医院外科 杨铁成
河北省涉县西徐荷山铁矿职工医院外科 王连生
(辽宁鞍山,邮政编码 114032)

胆囊癌是胆道系统恶性肿瘤之一,临床不常见,由于解剖位置较隐蔽加之临床症状和体征不明显故易与胆囊炎、胆囊息肉,胆囊结石等相混淆,手术前也不易确诊,自 1969 年以来共收治 22 例,现结合病案分析将诊断手术体会进行报告。

临床资料

一、一般资料:本组男性 9 例,女性 13 例发病年龄:35～75 岁不等,其中 60 岁以上者占 57%,平均住院 16.5 天。

二、症状和体征:见表 1。

表 1 症状与体征

症状和体征	腹痛	黄疸	腹块	发热	贫血	腹水
例数	22	14	6	13	9	0
占百分比	100	63.6	27.3	59.1	40.9	0

三、病理分类:见表 2。

表 2 病理分类

病理分类	腺癌	乳头状腺癌	粘液腺癌	息肉恶变
例数:	10	6	3	3
占百分比:45.4	27.3	13.6	13.6	

四、治疗转归:本组有 17 例同时伴有胆囊炎和结石,主要是手术治疗,手术切除胆囊和清除区域性淋巴结,结果全部治愈出院,个别进行化疗。5 年成活率达 28.6%,10 年成活率达 9.5%。

讨论和体会

一、对胆囊癌发生的病因分析:胆囊癌的发生分析与胆囊的慢性炎症、结石以及胆汁内的代谢物长期理化作用于胆囊粘膜有直接关系,此外由于胆囊粘膜的上皮化炎和乳头状瘤、息肉恶变也可引起。从本组资料看,22 例中有 17 例分别患有胆囊炎和结石,并且有 2 例是在进行胆囊结石手术时意外发现了胆囊癌。我们体会对胆囊癌的早期诊断存在一定困难,但如能早期处理好一些癌前病变却十分重要,当发现胆囊息肉、乳头状瘤或胆囊炎、结石时应积极治疗(胆囊切除)这样便可避免胆囊癌的发生。

二、胆囊癌的诊断与治疗问题:由于胆囊癌临床不常见,加之其解剖位置比较隐蔽,有时与胆囊炎、结石并存,故临床表现往往是胆囊炎的症状和体征,临床检验无特异性、既使经 B 超或 CT 检查也不易与乳头状瘤、息肉区别,因此手术前误诊较多。本组有 4 例曾被误诊为胆囊附壁结石,并且有 2 例是在进行胆囊结石的手术中意外发现了胆囊癌。如何克服手术前误诊呢?我们认为除提高广大医务人员对胆囊癌的认识外,积极做好对胆囊癌高危人群的普查和 B 超监测工作十分重要。我们体会,胆囊癌易发生在 60 岁以上女性,所以对中老年患有右上腹疼痛、恶心、食欲下降,出现黄染症状和体征时要引起重视,多次进行影像检查(B 超、CT、MRI、ERCP),一旦发现有胆囊病变就应积极治疗。胆囊癌的治疗主要是手术,手术切除胆囊和清除区域性淋巴结,然后辅以化疗。本组病例全部施行胆囊切除术,其中 1 例因肿瘤贴近肝床,手术将该处肝组织部分切除,然后缝合。术后化疗方案与胃癌相似,主要有 FEM 和 DF 方案,疗效高好,本组有一例术后一年发生骨转移死亡,其余 21 例分别 5 年成活率为 28.6%,10 年成活率为 9.5%。

(收稿日期:1996--11--18)

维普资讯 http://www.cqvip.com

(上接 46 页)伤，因而对她的病情变化，手术治疗的效果，生理功能恢复的速度等情况，全靠我们的仔细观察来了解，对此我们设专人从以下几方面观察病情变化。①从生命体征上了解一般情况：主要观察体温，呼吸频率和心率，体温的变化可反映感染控制的程度，该患儿自入院至术后第 7 天体温持续在 38℃以上，对此我们与医生配合按足量联合用药的原则给予抗炎治疗，使用的药物主要有安灭菌、先锋秘素，灭滴灵和庆大霉素等，很快控制了感染，改善了症状，呼吸和心率能反映肺功能恢复的程度。患儿在入院时及术后几日曾出现呼吸急促，心率快，轻度发绀，说明右肺功能受损并未恢复，对此我们在保证呼吸道通畅的同时，给予持续吸氧，以保证患儿的血氧供应，从而改善了缺氧证状。②从胸腔引流液的性状和数量上了解呼吸功能恢复情况：如患儿术后第 2 天，胸腔引流液内有脓血性液体，这就说明胸腔内仍有脓性分泌物及脓膜，我们及时进行了胸腔冲洗，使脓血性分泌物尽快流出，以消除脓腔，有利于肺膨胀。我们仔细观察了胸腔引流液的量、性质、颜色，并每日记录以利于对照，该患儿的胸膜引流液由脓血性较变为清淡色。量由日约 30ml 到 10ml 反映了肺膨胀较顺利。呼吸功能恢复良好，此外我们还让患儿经常吹气球、吹喇叭等增加肺活量的运动，以利于肺扩张，利于肺膨胀。

在密切观察的过程中，我们对患儿的细小的病情变化，都不放过，如物理降温酒精擦浴后的体温变化，雾化吸入后痰是否咳出，呼吸道是否通畅。胃肠减压后胃液量的多少，胃管注食数量等，都进行了仔细的观察，并给予认真的记录，为患儿的康复提供了必要的条件。

另外，儿科患儿因智力发育还不完善，常有"不听话"的现象，诸如自行拔掉引流管、胃管、乱动致使输液针头脱出等情况，对此若不及时发现制止，就会影响治疗，甚至导致病情恶化，以至危及生命，针对这些现象，我们在值班或交换班时均认真检查各种管道，并对家属认真交待，经常同患儿谈话。尽量分散患儿的注意力，使家长和我们互相配合，正是由于我们的护理工作做的仔细、认真，在救治此患儿的过程中，未出现管道脱出现象，保证了治疗的顺利进行。

三、基本技能要扎实：基本技能主要是指常规的护理技术操作和常见抢救器具的使用，平常它可减轻患者的痛苦，抢救危险病人时，它可以挽救患者的生命，在救治此患儿的过程中。我们做到静脉穿刺一针见血，减轻了患儿对打针的恐惧和痛苦，在各种救治器具的使用中，做到准确无误。如超声雾化器的使用，胃肠减压器的使用及胸腔闭式引流瓶的准确交换等。保证了治疗方法的及时实施。

(收稿日期：1996－06－18)

·局解手术学个例·

嵌顿疝引发局限性肠炎手术 1 例

江苏省南京市第一医院外科　郑裕隆

(江苏南京，邮政编码 210006)

患者男性，28 岁。因右腹股沟处肿块不能回纳并疼痛 8 小时入院。发现右腹股沟处可复性肿块已 4 年，此次发病前曾负重长途步行，突感右下腹阵发性剧痛，无恶心呕吐。查体：右腹股沟处有 15×10×8cm³ 肿块，压痛明显，不能整复，腹软，无压痛，肠鸣音亢进。诊断为右腹股沟嵌顿性斜疝。本拟立即手术，但术前皮下常规注射后腹股沟肿块即感松驰，并自行回纳，腹痛顿缓，手术暂停。次日即腹泻，日约 10 余次，便稀，常规检查见粘液、脓球，钩蚴虫卵，培养生长非致病菌。腹痛隐隐并阵发性增剧，腹微胀，未见肠型，但肠鸣音亢进；经治疗后排便次数略减，2～5 次/日，稀水状；偶见血少许；食欲减退、消瘦、低热，贫血、腹胀痛、血便时多时少、渐次出现营养性水肿，钡剂检查示末端回肠约 60cm 肠壁强直、粘膜皱壁消失，管腔狭窄，近端扩张，

手术中见：距回盲部 5cm 以上约 90cm 末端回肠呈管状改变，壁厚水肿，腔狭窄，浆膜充血，肠系膜增厚，淋巴结普通增大，肝脏略小，呈结节状，略硬；即将病变肠段切除后吻合，疝内口缝闭。术后逐渐康复。病检证实为局限性末端回肠炎。

讨论：局限性回肠炎也称 Crohn 氏病，其病因不明，感染、过敏、外伤、脂肪代谢障碍、循环障碍、神经精神因素、淋巴阻塞水肿等未成定论，本例显因疝嵌顿后机械性损伤及循环障碍导致。此症是一种节段性肉芽肿性炎性病变，易形成坏死、溃疡、穿透、内瘘、窦创、疤痕、狭窄、梗阻，多见于末端回肠，少数发生于空肠，十二指肠，结肠，罕见于胃、食管、食肠。临床常先有急性炎症征象，后继以慢性阶段，低热、腹痛、腹泻、消瘦、贫血、梗阻、瘘管等。急性期以支持疗法为主，晚期若有慢性肠梗阻、病变局限而稳定，并慢性穿透或内外瘘。经长期支持疗法无显效者可将病灶广泛切除，若切除彻底，效果良好。

(收稿日期：1996－07－15)