个案与短篇 文章编号:0253-3626(2009)10-1455-02

原发性胆囊癌 31 例临床分析

陈 波[1],孔宪炳[2]

(1.重庆市第九人民医院普外科,重庆 400700;2.重庆医科大学附属第一医院普外科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R735.8 【文献标识码】B 【收稿日期】2008-05-04

原发性胆囊癌发生率占消化道恶性肿瘤的第5、6位,但在胆道恶性肿瘤中却居首位,其恶性程度高,早期无特异性临床发现,一旦发现多属中晚期或进展期,预后极差,且近年来发病率呈逐渐上升趋势,术后5年生存率不足5%[1]。多年来一直成为国内外学者所关注的热点之一。我们分析了我院自1998年6月~2005年6月共31例原发性胆囊癌患者的临床病理资料,以探讨其诊断与治疗的效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男11例,女20例,平均59.8岁(35~87岁)。其中<50岁9例,51~60岁10例,>61岁者12例。18例合并胆囊结石,占58.1%。病程1~14年,平均14.6个月。临床表现:右上腹隐痛28例(90.4%);合并黄疸8例(25.6%),性质均为梗阻性黄疸,其中无痛性黄疸5例(16.1%);消瘦21例(67.8%);腹部包块3例(9.6%);发热2例(6.4%)。B型超声检出胆囊癌14例(67.58%,21/31)。CT检出胆囊癌27例(87.1%,27/31)。术前误诊8例(25.8%,8/31),误诊为胆道出血者1例、慢性胆囊炎急性发作5例、因肿瘤侵犯周围器官被误诊为肝癌1例、胆管癌1例。

1.2 病理及术式

根据Nevin分期,Ⅰ期:4例,Ⅱ期:4例,Ⅲ期:6例,Ⅳ~Ⅴ期10例,浸润肝脏4例,浸润横结肠1例,浸润到肝门及胆总管2例,Ⅰ期4例行单纯胆囊切除,Ⅱ~Ⅲ期有4例行根治性胆囊切除,包括肝脏楔行切除、肝十二指肠韧带淋巴结清扫,Ⅳ、Ⅴ期行扩大切除术,即清扫肝十二指肠韧带淋巴结、胰十二指肠后上淋巴结、腹主动脉周围淋巴结和腹主动脉下腔静脉淋巴结,再行肝中叶、扩大右半肝或肝三叶切除,部分加做临近浸润脏器部分切除5例,单纯T管引流2例,胆囊切除加胃大部分切除1例,剖腹探查取活检8例。术后病检均为腺癌。

2 结 果

全部病例均经手术治疗,18例肿瘤完整切除,切除率为58.33%;本组随访26例,随访率83.33%,Nevin Ⅰ期4例均生存5年以上,Ⅱ~Ⅳ期生存12~34月,平均生存25个月,Ⅴ期生存5~18月,平均生存15个月,仅行剖腹探查者平均生存期仅4个月。

3 讨 论

3.1 病因

胆囊癌的病因不明,一般认为胆囊炎、胆石症的长期刺激与胆囊癌的发生有一定关系[2],也有人认为胆石中胆蒽和甲基胆蒽等化学成份有致癌作用,胆汁内的细菌作用和化学反应可形成胆蒽和甲基胆蒽等致癌物质,而甲基胆蒽能溶解于胆固醇内构成结石,此种含致癌物质的结石长期作用于胆囊黏膜而致癌[3]。本组有18例伴有胆囊结石,占本组病例的58.1%。

3.2 诊断

胆囊癌早期易被胆囊结石及慢性胆囊炎症状所掩盖,早期诊断困难,预后差,提高早期诊断率是改善胆囊癌预后的关键。目前胆囊癌的早期诊断主要依靠各种影像学检查。(1)B超检查:B超价廉,是胆囊癌的首选检查方法,文献报道对胆囊癌的诊断符合率为70.0%~82.0%,但对早期胆囊癌仅为23.0%[4]。B超因易受腹壁肥厚、肠管积气及胆汁等影响,对早期胆囊癌的诊断仍有较大的局限性。本组患者术前B超诊断符合率(67.58%,21/31)。内镜

作者介绍:陈 波(1971-),男,副主任医师,研究方向:胆道外科疾病。

通讯作者:孔宪炳,男,副教授,E-mail:qj900313@yahoo.com.cn。

超声及内镜多普勒诊断胆囊疾病，较好的解决了 B 超的上述问题。但内镜超声操作复杂，价格昂易为患者所接受，也不易推广。(2)CT 能显示胆囊的形态学改变以及病变浸润，但对小于 1 cm 的病变易漏诊。本组 CT 诊断符合率为(87.1%，27/31)，但多为中晚期患者。CT 对于术前评估病期、手术范围及预后有一定价值[5]。可见 CT 对于胆囊癌的诊断优于 B 超。(3)磁共振胰胆管成像(Magnetic resonance cholangiopancreatography，MRCP)可获得清晰的肝内、外胆道系统的图像且以多切面的造影，可以判断胆管系统受梗阻的部位和其与胆囊癌的关系，对胆囊癌的诊断具有一定价值。本组共行 MRCP 检查 5 例，3 例确诊胆囊癌，诊断符合率达 60%。多数文献认为，当 B 超、CT、MRCP、胆囊造影等检查发现有以下表现时，应高度警惕胆囊癌的可能性：①胆囊有萎缩、钙化、局限性增厚；②腔内充满息肉样病变，不随体位改变而移动；③胆囊的腺肌增生症；④腺瘤样病变直径>1 cm；⑤局部有淋巴结肿大 。

3.3 治疗

胆囊癌的治疗以手术为主，目前手术治疗仍然是能够治愈胆囊癌的唯一方法，我们主张要提高胆囊癌的疗效，首先应尽可能早期发现，然后才考虑选择较为理想的术式，尽可能行根治术，但仅有 20% ~30%的患者能够得到根治性切除。多数学者认为对于 0 期和Ⅰ期患者仅行单纯胆囊切除术已足够，其术后 5 年生存率达到 95% 以上，其中 T1a 为 99% ，T1b(肿瘤侵犯肌层)为 95% 。但也有学者认为对于 T1b 患者必须行根治性胆囊切除术才能提高其术后生存率[6]。对于Ⅱ期和部分Ⅲ期胆囊癌应该行根治性胆囊切除。胆囊癌的淋巴结转移早，Nevin Ⅰ期转移率可达 60%，且随肿瘤侵犯深度增加而上升，总发生率为 20% ~85%，因而有学者认为对早期病例亦有根治切除的必要。因胆囊癌根治术是一复杂、高危的手术，外科医师的手术技能和临床经验是十分重要的影响因素。因此，建议由有丰富经验的、固定的肝胆外科手术组施行此类手术，以使手术更加规范化[7]。对于晚期胆囊癌尤其是伴有主动脉周围淋巴结转移病例，无行根治性手术的必要。

为预防胆囊癌的发生，有学者提出对待无症状胆囊结石病例老年人的胆囊结石病，对比胆囊切除手术的危险，应权衡利弊，保存结构与功能上有改变的结石性胆囊，是否得不偿失。我们认为只要患者的情况允许，仍以手术切除胆囊为安全。另外，为了防止术中漏诊早期胆囊癌，应强调必须在术中解剖切除的胆囊标本，有可疑之处立即进行冰冻病理检查，诊断为胆囊癌者应施行相应的根治手术。

参 考 文 献

[1] Levy A D, Muraka L A, Rohmann C A J. Gallbladder carcinoma: radiologic-pathologic correlation[J]. Radiographics, 2001, 21(2): 295-314.

[2] 武汉医学院病理学教研室，中山医学院病理学教研组.外科病理学[M]. 武汉：湖北人民出版社，1978.225.

[3] 黎东明，梁力健. 胆囊癌 127 例诊治临床分析[J].中华肝胆外科杂志，1995，5：324.

[4] Pandey M, Sood B P, Shukla R C, et al.Carcinoma of the gallbladder role of sonography in diagnosis of staging[J]. J Clin Ultrasound, 2000, 28(5): 227-232.

[5] 陈武科，韩文胜，石景森，等.CT 在原发性胆囊癌诊治中的价值探讨[J].中华肝胆外科杂志，1999，5(5)：293-296.

[6] Sikora S S, Singh R K.Surgieal strategies in patients with gallbladder cancer: Nihilism to optimism[J]. J Surg Oneol, 2006, 93(8): 670-678.

[7] 杨 培，严律南，智 星，等.122 例原发性胆囊癌外科治疗体会[J].中国普外基础与临床杂志，2004，11(3)：257-258.

（责任编辑：冉明会）

读者·编者·作者

作者书写中图分类号须知

为便于论文分类索引，本刊设中国图书分类法分类号。按《中国图书馆分类法》(第 4 版)标注，一般只标注 1 个即可，若一篇论文涉及多个学科，主分类号之后还可以标注 1~3 个相关学科的分类号。论文分类号放在中文关键词的下方，单独起行，不需标注英文分类号。

本刊编辑部

2009 年 10 月