维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2005)05－0728－03

胆管外肿瘤导致胆道梗阻的机理探讨

杨国山[1]，石君玺[1]，邢古生[2]，李艳红[2]，杨俊雄[1]

(1.清华大学附属第一医院普通外科;2.介入科,北京 100016)

【摘 要】目的:根据经皮肝穿胆道引流术(PTCD)过程中胆道内活检诊断恶性胆道梗阻的敏感度高低,评价胆管外肿瘤导致胆道梗阻的机理以及此项技术的临床应用价值。方法:回顾性分析连续 102 例因恶性阻塞性黄疸行 PTCD 患者的临床及影像学资料。介入手术过程中行胆道内活检,包括胆道内钳夹活检和毛刷细胞学检查,阳性结果被认为真实反映了梗阻的特性,而阴性结果不能排除肿瘤发生。27 例确诊为胆道外恶性肿瘤导致胆道阻塞。通过分析胆管外恶性肿瘤导致胆道梗阻的活检敏感度差异,讨论导致胆道梗阻的病理基础以及评价胆道活检技术的临床应用价值。采用 Chi－Square 检验,观察活检阳性率差异,$\alpha=0.05$ 作为检验水准。结果:本组 27 例胆管外恶性肿瘤导致胆道梗阻的患者,胆道内活检敏感度为 88.9%,胆道内钳夹活检和刷检的敏感度分别为 77.8% 和 74.1%,钳夹活检的阳性率高于刷检,但无显著的统计学差异($P>0.05$)。胆道内活检诊断胆管外恶性肿瘤导致阻黄的敏感度与文献中诊断胆管癌的敏感度相似。结论:胆管外恶性肿瘤组织直接浸润胆管壁是导致胆道梗阻的根本原因。

【关键词】转移瘤;阻塞性黄疸;胆道内活检;病理学

【中国图书分类法分类号】R57 【文献标识码】A 【收稿日期】2005－03－24

Pathologic foundation and clinical value for extrabiliary malignant tumor inducing bile duct stenosis

YANG Guoshan, et al

(*Department of Surgery, the First Afflicted Hospital, Tsing Hua University*)

【Abstract】*Objective*: According to the sensitivity of endobiliary biopsy during PTCD, to evaluate its pathologic foundation and clinical value for extrabiliary malignant tumor. *Methods*: Consecutive 102 patients with malignant obstructive jaundice were performed percutaneous transhepatic cholangiodrainage (PTCD), forceps biopsy and brush cytology were manipulated during the procedure to confirm the nature of bile duct stenosis. 27 cases were confirmed as extrabiliary malignant tumor which induced bile duct stricture. All the imaging and clinical data were retrospectively analyze. The positive result of biopsy was regarded as true－positive, while negative result can not exlude the existence of malignant tumor. According to the sensitivity of biopsy for malinant tumor, the pathologic foundation of bile duct stenosis was disscused and the clinical value of technique was avaluated. Chi－Square test was adopted to analyze the result of forceps biopsy and brushing, a P value of 0.05 or less was consided to indicate a significant difference. *Results*: Of all 27 patients with obstructivejaundice caused by extrabiliary malignant tumor, the sensitivity of endobiliary forceps was 88.9%, similar with that in literatures. The sensitivity of endobiliary forceps biopsy and brushing was 77.8% and 74.1%, respectively, the difference was not significence($P>0.05$). *Conclusion*: Infiltrating throuth the wall of bile duct and into biliary lumen is the pathologic foundation for extrabiliary malignant tumor inducing bile duct stenosis.

【Key words】Metastasis; Obstructive jaundice; Endobiliary biopsy; Pathology

一般认为,转移瘤导致胆道梗阻多由胆道外压迫引起,但胆管区解剖结构复杂,肿瘤体积小,定位困难,术前不易明确梗阻的性质。由于缺乏明确的病理学诊断,针对肿瘤的放、化疗治疗方案往往盲目进行,不仅治疗的效果差,又缺乏合理的依据,不符合循证医学的原则[1,2]。经皮肝穿胆道内活检(Percutaneous transhepatic cholangiobiopsy PTCB)简单易行,敏感性和特异性高[3～5]。本文回顾性分析 27 例胆管外恶性肿瘤导致阻塞性黄疸(阻黄)患者的临床、病理和影像学资料。根据 PTCD 过程中胆道内活检诊断恶性胆道梗阻的阳性率的高低,评价胆管

作者介绍:杨国山(1966－),主治医师,
主要研究方向:普通外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

外肿瘤导致胆道梗阻的机理。

1 材料与方法

1.1 研究对象

2001 年 4 月至 2003 年 12 月，连续 102 例患者因恶性阻黄行经皮肝穿胆道引流术(Percutaneous transhepatic cholangiodrainage PTCD)，术中胆道内活检钳钳夹活检(endobiliary forceps biopsy)和毛刷细胞学检查(brush cytology)，以明确梗阻的原因。102 例患者中，胆管癌 64 例，肝癌 11 例，其余 27 例(男 14 例，女 13 例，年龄 32～82 岁，平均 61.12±3.04 岁)胆管外恶性肿瘤导致的胆道梗阻作为研究对象(胰腺癌 12 例，胆囊癌 5 例，胃癌 7 例，直肠癌 2 例，胃腺癌食管鳞癌双重癌 1 例)。

27 例患者中，16 例(胰头癌 4 例，胆囊癌 2 例，胃癌 7 例，直肠癌 2 例，胃腺癌食管鳞癌双重癌 1 例)行外科手术，术后均得到病理证实，术后 20 天到 19 个月发生胆道梗阻梗阻症状(平均 4.5 个月)。11 例(胰腺癌 8 例，胆囊癌 3 例)未外科手术，PTCD 术中胆道内活检，结合影像学以及临床资料，获得最终确诊。

1.2 阻塞性黄疸的病因确诊方法

①外科手术病理证实组织病理学类型和分化程度；②经胆道内钳夹和刷检结果中，任意一种阳性结果被认为真实的反映了病灶的特性，如结果为阴性，则最终诊断结果由第三种方法证实；③患者病史、临床表现、特异性检查结果、以及随访等综合诊断方法证实的诊断结果

1.3 统计学分析方法

数据的统计处理均由 SPSS10.0 for Windonws 统计软件包完成。McNemar 检验观察两种活检方法的敏感度差异情况，年龄以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，$\alpha = 0.05$ 作为检验水准。

2 结 果

表 1 胆道内钳夹和刷检的统计结果

钳夹	刷检 +	刷检 −	合计	χ^2 值	P 值
+	17	4	21		
−	3	3	6	0.995	0.29
合计	20	7	27		

注：胆道内钳夹和刷检敏感度分别为 77.8% 和 74.1%，差异无显著性($P>0.05$)。

所有钳夹活检和刷检阳性结果被认为真阳性，阴性结果则不能排除恶性肿瘤，需结合影像学资料、临床资料和随访结果，得到确诊。胆道内钳夹活检和刷检的敏感度分别为 77.8%(21/27)和 74.1%(20/27)，差异无显著性意义($P>0.05$)。两种活检的诊断结果相结合，即任意一种方法的结果为阳性，被认为最终的诊断结果，本组活检敏感度为 88.9%(24/27)。仅 3 例钳夹和刷检结果均为阴性，分别为胆囊癌 2 例、胰腺癌 1 例。

3 讨 论

引起胆道恶性梗阻的因素包括：①胆管内因素，肝细胞癌和肝内胆管细胞癌癌栓引起机械性阻塞；②胆道壁因素，即胆管壁起源的恶性肿瘤；③胆管外恶性肿瘤对胆管压迫和浸润导致胆流动力学改变。本研究 27 例患者均为胆管外恶性肿瘤导致胆道梗阻。

有研究发现，胰头癌早期即可侵犯胆总管，患者可仅表现为肝内胆管扩张，胰头形态、大小正常；即使直径小于 2cm 的小病灶，并且距胆总管有一定的距离，即可有明显的胆总管周围转移性浸润，早期引起阻黄症状，其途径可能是通过胰内淋巴管扩散达到胆总管壁[6]。本组 12 例胰腺癌患者中，11 例胆道内活检到癌组织或癌细胞，作者推测，胰头癌导致阻黄的主要原因并非胆管外肿瘤组织压迫，而是肿瘤直接浸润至胆管壁所致。

本组 5 例胃癌淋巴结转移，2 例胃癌胰头转移，2 例直肠癌淋巴结转移，2 例胆囊癌，1 例胃腺癌和食管鳞状细胞癌双重癌腹腔淋巴结转移，均有外科手术病理证实。所有病例在 PTCD 过程中胆道内活检，得到腺癌组织或癌细胞。以上活检结果提示大部分转移瘤直接侵润胆管壁，造成胆道梗阻，而非此前认为造成阻黄的主要因素为胆道外压迫，目前文献无类似报道，此结论尚需大宗病例证实。

文献报道的胆道内钳夹活检和刷检敏感度分别为 71%～100% 和 44%～100%[10~12]，本组 27 例胆管外恶性肿瘤导致的胆道梗阻，钳夹和刷检的敏感度分别为 77.8% 和 74.1%，两者结合后胆道内活检的敏感度 88.9%，与文献相似，高于 ERCP 下胆道内活检(40%～60%)和细针穿刺抽吸细胞学检查(69%)[13]。

本组患者为统计方便，刷检的可疑阳性结果被归纳到阴性组。报道中偶有假阳性结果[14]。Rabinovitz et al 认为如果同一例患者连续 3 次胆道内刷检阴性，可排除恶性病变[1r]，但是每次刷检的时间间隔需数天，增加了操作的复杂性及并发症的可能

维普资讯 http://www.cqvip.com

性。文献中,大部分活检和毛刷结果的真阳性率和特异性均为 100%,本组所有的病例有两种活检结果,活检和毛刷任意一种阳性结果即被认为真实反映了病灶的真实特性[4,11]。本研究结果显示,活检和毛刷结合,可相互弥补不足,并增加诊断敏感度,而无额外的并发症及创伤,在其它文献中,尚无大宗病例报道。

参 考 文 献

[1] Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem - Solving[J]. BMJ, 1995; 310: 1122 - 1126.

[2] Sachett DL, Rosenber WMC, Gray JAM, et al. Evidence based medicine: what it is and what it is not[J]. BMJ, 1996; 312:71.

[3] 韩新巍, 李永东, 高雪梅, 等. 经皮肝穿胆道造影术下胆管活检的临床研究[J]. 介入放射学杂志, 2002; 11(5): 351 - 353.

[4] Jung G, Huh J, Lee S, et al. Bile Duct: Analysis of Percutaneous Transluminal Forceps Biopsy in 130 Patients Suspected of Having Malignant Biliary Obstruction[J]. Radiology, 2002; 224:725 - 730.

[5] Tsai C, Mo L, Chou C, et al. Percutaneous Transhepatic Transluminal Forceps Biopsy In obstructive jaundice[J]. Hepato - Gastroenteology, 1997; 44: 770 - 773.

[6] 石景森, 王炳煌, 主编. 外科黄疸疾病的诊断与治疗[M]. 第 1 版, 北京, 人民军医出版社, 2003; 426 - 427.

[7] Lo SS, Wu CW, Chi KH, et al. Concomitant chemoradiation treatment in the management of patients with extrahepatic biliary tract recurrence of gastric carcinoma[J]. Cancer, 2000; 89(1): 29 - 34.

[8] Papachristou D, Fortner JG. Biliary obstruction after gastrectomy for carcinoma of the stomach[J]. Surg Gynecol Obster, 1978; 147: 401 - 404.

[9] 秦仁义. 胆囊癌的介入治疗[J]. 中华实用外科杂志, 1997; 17(9): 529.

[10] 韩新巍, 李永东, 马波, 等. 阻塞性黄疸: 胆道活检的临床研究[J]. 中华消化杂志, 2004; 24(6): 24 - 26.

[11] Donald JJ, Fache JS, Burhenne HJ. Percutaneous transluminal biopsy of the biliary tract[J]. Can Assoc Radiol J, 1993; 44:185 - 188.

[12] Terasaki K, Wittich GR, Lycke G, et al. Percutaneous transluminal biopsy of biliary strictures with a bioptome[J]. AJR 1991; 156:77 - 78.

[13] 袁世珍. 胰腺癌[M]. 第 1 版, 上海, 上海科学技术出版社, 2001; 273 - 293.

[14] Qin LX, Tang ZL. Hepatocellular carcinoma with obstructive jaundice: diagnosis, treatment and prognosis[J]. World J Gastroenterol, 2003; 9(3): 385 - 391.

[15] Rabinovitz M, Zajko AB, Hassanein T, et al. Diagnostic value of brush cytology in the diagnosis of bile duct carcinoma: a study in 65 patients with bile duct strictures[J]. Hepatology, 1990; 12:747 - 775.

(上接第 727 页)

是一个不容忽视的问题,特别是长期和大量使用广谱抗生素和机械通气的患儿,更应高度警惕真菌感染,甚至可预防性选用抗真菌药物治疗。

目前临床上的细菌性感染多依据经验治疗,但由于近年广泛使用抗生素,免疫抑制剂,某些细菌感染的临床表现不再具有特征性,感染时的菌谱构成及其抗生素的敏感性也发生了明显的变化。本文细菌药敏提示在常用及较常用的抗生素中,没有一个对这种医院内获得性肺炎的 G^- 杆菌敏感,这些均给传统经验用药提出了挑战,因此定期进行病原学监测和尽快获得病原学诊断及药敏结果至关重要。

参 考 文 献

[1] Correia M, Simao C, Lito LM, et al. Nosocomial infection in a pediatric intensive care unit[J]. Acta Med Port, 1997; 10: 463 - 468.

[2] Adair CG, Gorman SP, Feron BM, et al. Implications of endotracheal tube biofilm for ventilator - associated pneumonia[J]. Crit Care Med, 1999; 27:2537 - 2543.

[3] Jordi Rello, Rosario Sonora, Paola Jubert, et al. Pneumonia in intubated patients: role of respiratory airway care[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1996; 154:111 - 115.

[4] Daniel Talon, Blandine Mulin, Claude Rouget, et al. Risks and routes for ventilator - associated pneumonia with pseudomonas aeruginosa[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1998; 157: 978 - 984.

[5] 陈 辉, 齐宇洁, 耿 荣, 等. PICU 呼吸机相关性肺炎 44 例病原学分析[J]. 小儿急救医学, 2001; 8(1): 13 - 15.

[6] George DL. Epidemiology of nosocomial pneumonia in intensive care unit patients[J]. Clin Chest Med, 1995; 16(1): 29 - 44.