DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.03.038

痣组织。粘膜损伤、慢性刺激、不恰当的治疗均常为恶性变的诱发原因，因此早期切除口腔粘膜黑斑或痣是预防恶性黑色素瘤的有效措施。

3.5 治疗和预后：本病治疗以手术切除为主。切除范围要比其它恶性肿瘤应更广、更深。对下颌牙龈、颊、唇部应作下颌骨及肿瘤根治性切除；上颌牙龈、腭部肿瘤行上颌骨切除；鉴于恶性黑色素瘤早期即发生颈淋巴结转移，故应积极施行治疗性或选择性颈淋巴结清扫术。本组15例中手术辅以冷冻、化疗的7例存活达5年，5年存活率为46.7%，高于文献报道(22%)[6]。表明以手术为主的综合疗法是提高口腔恶性黑色素瘤疗效的主要途径。

关键词 口腔肿瘤；黑素瘤

参考文献

1. Ronaid PR, Loren EG, Robert OG, et al. Primary Malignant Melanoma of the Oral cavity: A Review of 177 cases. Cancer 1985;55:1543
2. Chaudhry AP. Primary malignant melanoma of oral cavity: A Review of 105 cases. Cancer 1958;11:923
3. Milton CW. Melanoma of the nose and mouth. In: Malignant melanoma of of the skin and mucosa membrance. Churchill Livingstone, 1977:157
4. McGovern VG, Mihm MC, Bailly C, et al. The classification of malignant melanoma & its histologic reporting. Cancer 1973;32:1446
5. Takagi M, Ishikawa G, Mori W, et al. Primary malignant melanoma of the oral cavity in Japan: with special reference to mucosal melanosis. Cancer 1974;34:358
6. Shah JP, Havos AG, Strong EW, et al. Mucosal melanomas of the head and neck. Am J Surg 1977;134:531

(收稿：1991-11-27；修回：1992-03-24)

胆管囊肿合并胆结石的外科治疗

何振平 王救川 (第三军医大学西南医院肝胆外科) 630038

胆管囊肿常并存胆结石[1-6]，胆结石的合并，尤其是肝内胆管结石，直接影响手术的远期效果。随着认识到胆胰管合流异常与胆管囊肿的密切关系以来，在二者合并的外科处理上，应有全面的考虑。我科1977～1990年收治54例胆管囊肿，其中46.3%(25例)并存胆结石，本文讨论二者的关联与外科处理。

1 临床资料

25例中，男6例，女19例。年龄8～53岁。20岁以下并结石率12%(3例)，较同龄组无结石者(38%)为低($P>0.05$)。20～50岁并结石率80.4%(21例)，较同龄组无结石者(51.7%)为高($0.05>P>0.01$)。症状：腹痛＋寒热＋黄疸者48%；腹痛及寒热者32%；腹痛＋右上腹块者12%；单纯腹痛者8%。胆管囊肿的诊断均经ERCP或/和PTC，或T管造影证实。15例(60%)既往经受1～4次手术。结石分布：(按囊肿类型)Ⅰ型12例：(1)囊肿内结石10例，其中并肝内结石4例(右叶3例，左右叶1例)；胆囊结石1例；(2)胆囊结石并继发性囊肿内结石1例；(3)囊肿内无石而右肝管结石1例；(4)并存胆管狭窄：左肝管3例，CHD与CBD间狭窄1例。Ⅱ型4例：囊肿内结石2例，囊肿以上CBD及肝内结石(左叶1例，左右叶1例)2例。并存胆管狭窄：左肝管1例，左右肝管各1例。Ⅳ型9例：肝外囊肿内结石7例，其中合并肝内囊肿内结石4例(左叶3例，右叶1例)；仅肝内囊肿内有石者2例。并存的狭窄：左肝管3例，右肝管4例，CBD中段1例。根据造影及手术探查确定囊肿下胆管远端的通畅度，见表1。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表 1 胆管下端通畅度

囊肿类型	通畅	轻度狭窄△	重度狭窄*
Ⅰ型	6	3	3
Ⅱ型	2	0	2
Ⅳ型	1	3	5
合计	9	6	10

△仅能通过 8 号导尿管及 3 号胆道探条；* ERCP 有造影剂进入囊肿，手术时找不见出口者

根据通用标准[7]确定胆胰管合流异常者 15 例(60%)。手术：包括囊肿的切除、胆管与肠管的吻合、胆管的横断与肝叶切除的不同组合。肝外囊肿全切除 8 例，囊肿大部切除 13 例，囊肿以上或本身横断 15 例，胆管空肠 Roux-en-y 吻合 21 例；间置空肠胆管十二指肠吻合 2 例。胆管十二指肠吻合 2 例(已行或并行胃大部切除、胃空肠吻合)，胆囊切除 10 例；左外叶切除 4 例；左、右半肝切除各 1 例，右肝管 U 管支撑 3 例。随访：6 月～12 年 6 个月，平均 6 年 8 个月。1 例Ⅳ型右三叶胆管囊肿，仅切除右半肝，胆管炎持续而衰竭死亡。优良者 20 例(80%)，效差者 3 例，2 例有严重胆汁性肝硬化，1 例为囊肿与十二指肠吻合者。

2 讨论

2.1 胆管囊肿合并胆石率与病因(见表 2)

表 2 文献报告 胆管囊肿合并胆石的例数与部位

作 者	囊肿及合并胆石的例数		胆囊	胆总管	肝内胆管
Matsumoto(1977)[1]	70/88	79.5%	22	62	6
Matsumoto(1977)[2]	83/101	82.2%		皆为囊肿内石	
Nagata(1978)[3]	11/27	40.8%	3	8	1
Deziel(1986)[4]	14/31				
Matsumoto(1986)[5]	35/51	68.8%			
赵友仁(1987)[6]	10/10	100%	3	5	2
本组(1990)	25/54	46.4%	2	22	12

胆管囊肿合并胆石率 40%以上，绝大多数为原发于囊肿内及肝内胆管的胆红素钙结石[1-5]。胆囊内有结石者也多为色素性结石，其形成与胆汁淤滞及胆道感染有关[1]。胆管囊肿的形态学特征是合并囊肿下胆管狭窄，此种狭窄与胆胰管合流异常相关。Babbit[8]报告 25 例胆管囊肿均有胆胰管合流异常；Kimura[9]报告 18 例中 17 例有胆胰管高位合流；Todani[10]报告 39 例中 38 例有异常的胰管汇合胆管；Way 收集胆管囊肿的英文文献，胆胰管汇入异常发生率 33%，本组为 60%。发生率差异与"标准"的掌握差异密切相关。由于此异常主要依据 ERCP 造影显示胆胰管汇合共通管长度 > 1.5cm，十二指肠壁外合流，囊肿内淀粉酶升高等标准。由于造影剂重叠及摄片方位影响，长度测量欠准确，淀粉酶升高也非持续性。有报告囊肿内淀粉酶不高而胰蛋白酶却有升高。古味[7]报告尚有胆胰管汇合异常与正常的中间类型。Komi[11]认为有频发胰腺炎者要考虑胆胰管合流异常。因此应当认为胆管囊肿与胆胰管合流异常密切相关。此种异常导致胆胰管相互返流，发生胆管炎、胰腺炎。由于胰管压力明显高于胆管，胰液返入胆管多见——引起胆内压升高，胆汁淤滞，胰液中蛋白酶、磷脂酶 A 等受胆汁激活损害胆管壁，发生胆管炎及胆管狭窄，甚至闭塞及癌变。Komi 报告肝门部胆管狭窄的发生率

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

33%，Dizial[4]组为 38%，多在主肝管及肝总管结合部。Matsumoto[5]报告 51 例胆管囊肿合并的肝门部狭窄，认为它是肝内结石的原因。本组 25 例中，56%(14 例)有肝门部胆管狭窄，此狭窄近端多合并结石。囊肿下狭窄是囊肿内结石、肝内结石、胆囊内色素结石形成的重要原因，狭窄可发展为完全闭塞导致胆汁性肝硬化、门脉高压症。Oneill 报告 7/17 例囊肿下端完全闭塞，本组胆管下端重度狭窄 40%。宫野在胆道闭锁者尸检发现胆胰管共通管过长者达 50%～70%。狭窄与闭锁促进结石的形成，加重胆管炎及肝纤维化的进程。

2.2 外科处理

应包括囊肿的切除、解除狭窄、清除结石、胆肠吻合、阻断胰液向胆道的返流[1,2,3,4,5]。左肝叶的囊肿并结石及狭窄者以切除左肝叶为理想。右叶的胆管囊肿在余肝能代偿的条件下，尤其在伴有结石或引流不畅时也应考虑切除。因其癌变率甚高。肝外胆管囊肿尽量切除，以消除胆汁淤滞及癌变发生的母地。但在囊肿反复炎症与周围严重粘连的再手术病例，囊肿完整切除并非易事，尤其是下端囊肿。不能完整切除者可行囊肿前壁与两侧壁切除，保留后壁、加行胆管横断，尤其以囊肿下胆管呈通畅及轻度狭窄者才为然——此时胰液仍返入胆管。肝门部胆管狭窄与肝内结石存在时，返流会更加剧胆系的感染，影响胆肠吻合口的远期效果。肝门部胆管狭窄可选用剪开、整形，肝方叶部分或全切除以增加狭窄以上的胆管显露。右肝管高位狭窄必要时并用 U 管支撑。在囊肿下重度狭窄时，胰液返流较少存在，横断胆管应慎重，有时胰腺炎反而增剧，横断远侧甚可形成结石(类似胰管结石)。胆管横断后，残留囊肿是否会减少癌变有待研究，但横断后可消除感染胆汁协同胰酶对囊肿壁的刺激与破坏。本组最长随访 12 年多，无癌发生。说明当不能完全切除囊肿时，可选用囊壁大部切除、胆管横断、胆肠 Roux-en-y 吻合等术式。

关键词 胆结石/外科手术；囊肿；胆管疾病/外科手术

参考文献

1. Matsumoto Y, Uchida K, Nakase A, et al. The congenital cystic dilatation of the common bile duct as a cause of primary bile duct stone. Amer J Surg 1977; 134:346
2. Matsumoto Y, Uchida K, Nakase A, et al. Clinicopathologic classification of congenical cystic dilatation of the common bile duct. Am J Surg 1977;134: 569
3. Nagata E, Sakai K, Kinoshita H, et al. The relation between carcinoma of gallbladder and an anomolous connection between the cholecochus and the pancreatic duct. Ann Surg 1985;202:182
4. Deziel DJ, Rossi RL, Munson JL, et al. Management of bile duct cyst in adults. Arch Surg 1986;121(4): 410
5. Matsumoto Y, Uchida K, Nakase A, et al. Biliary structures as a cause of primary intrahepatic bile duct stone. Word J Surg 1986;10:867
6. 赵友仁。成人胆管囊肿切除 10 例分析，实用外科 1987;7:232
7. 古味信彦 田村利和 亀岡一裕。■管胆道合流異常の病態と対策。胆与■ 1985;6:160 9
8. Babbitt DD. Congenital choledochal cyst: New etiological concept based on anomalous relationship of the common bile duct and pancreatic bulb. Ann Radiol 1969;12:231
9. Kimura K, Ohto M, Saisho H, et al. Association of gallbladder caroinoma and anomalous pancreaticobiliary ductal union. Gastroentrology 1985;8).1258
10. Todani T, Watanabe Y, Fujii T, et al. Anomalous arrangement of the pancreatobiliar ductal system in patients with a choledochal cyst. Am J Surg 1984; 147:672
11. Way LW. Cyst of bile duct. Surg of the gallbladder and bile ducts. 1987;611

(收稿：1991-07-25；修回：1992-01-25)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net