

文章编号:1005-6947(2008)07-0703-03

· 临床研究 ·

肝胆管结石合并胆管癌的诊断及外科治疗

郑元生

(湖南省祁阳县中医院 普通外科, 湖南 祁阳 426100)

摘要:目的 探讨肝胆管结石合并胆管癌的临床特征和诊治要点。方法 回顾性分析55例肝胆管结石合并胆管癌患者的临床资料,其中23例行根治性手术,32例行姑息手术。结果 病理诊断为胆管腺癌41例,黏液癌14例。51例平均随访3年9个月,根治组平均存活26(13~45)个月,姑息治疗组平均存活10(5~14)个月。根治组术后1,2,3年生生存率分别为95.7%,54.5%,27.3%,姑息组术后1年生生存率为37.5%,无2年生生存者。结论 肝胆管结石反复发作炎症可并发胆管癌,行根治性切除可延长生存期,姑息手术可提高生存质量;提高肝胆管结石合并胆管癌疗效的关键是争取早期根治性治疗肝胆管结石。 [中国普通外科杂志,2008,17(7):703-705]

关键词:胆结石/外科学;胆管肿瘤/继发性;胆管肿瘤/治疗

中图分类号:R 735.8

文献标识码:A

The diagnosis and surgical treatment of hepatolithiasis associated with cholangiocarcinoma

ZHENG Yuansheng

(Department of General Surgery, the Traditional Chinese Medicine Hospital of Qiyang County, Qiyang, Hunan 426100, China)

Abstract: **Objective** To study the clinical characteristics and essential points of diagnosis and treatment of hepatolithiasis associated with cholangiocarcinoma. **Methods** The clinical data of 55 cases of hepatolithiasis associated with cholangiocarcinoma were analyzed retrospectively. Among them, radical resection was performed in 23 cases and palliative resection in 32 cases. **Results** The pathological diagnosis was biliary adenocarcinoma in 41 cases, and mucinous carcinoma in 14 cases. Fifty-one patients were followed up for an average 3 years and 9 months, the radical treated group survived an average of 26 (13-45) months, and the palliative conservative treatment group survived an average of 10 (5-14) months. The 1, 2, 3-year survival rates of radical treatment group was 96.4%, 54.6%, and 24.5% respectively, and for palliative treatment group, the 1-year survival rate of 37.8%, and none survived for 2 years. **Conclusions** Hepatobiliary gallstones can repeatedly develop inflammation that can lead to cholangiocarcinoma. Radical resection can prolong survival time, while palliative surgical treatment can improve quality of life. The key to improve the therapeutic outcome of hepatolithiasis with cholangiocarcinoma is to strive for early complete treatment of hepatobiliary gallstone. [Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(7):703-705]

Key words: Cholelithiasis/surg; Bile Duct Neoplasms/second; Bile Duct Neoplasms/ther

CLC number: R 735.8

Document code: A

肝胆管结石并发胆管癌(Cholangiocarcinoma associated with Hepatolithiasis, CCH)国内报道发生率

占肝内胆管结石患者的0.36%~10%,国外报道发生率为2%~10%^[1]。近年来有增多趋势。研究证实长期的结石与胆管炎症刺激与肝内胆管上皮及腺体的癌变有密切关系^[2]。由于本病发生在肝胆管结石的基础上,临床表现不典型,早期诊断率低。本文对本院收治的肝内胆管结石合并肝胆管癌患者55例的资料进行了回顾性分析报告如下。

收稿日期:2007-12-25; 修订日期:2008-04-18。

作者简介:郑元生,男,湖南省祁阳县中医院主治医师,主要从事肝胆甲状腺方面的研究。

通讯作者:郑元生 E-mail:zhongtaiso@163.com

1 临床资料

1.1 一般资料

我院1992年11月—2007年3月共收治760例肝内胆管结石患者,其中并发周围型胆管癌55例,男20例,女35例;年龄30~71(平均 50.6 ± 8.5)岁。病程3个月到20年,平均6.6年。患结石病史平均(13.4 ± 6.5)年。肿瘤部位:左肝31例,右肝17例,累及左右肝7例。既往有1次以上胆道手术史的16例,39例为首次手术。

1.2 影像学检查及生化检查

CT检查41例,诊断正确率为78.9%(32/41),其中60.0%为肝内胆管病变,40.0%为肝外胆道病变;超声检查55例,诊断正确率为57.8%(26/45)。两者结合诊断准确率达85.5%(47/55)。ERCP检查19例,诊断准确率为100%(19/19),均为肝门部病变。9例行MRI检查:T1加权像示低密度肿块,T2加权像示高密度肿块,MRCF除显示胆管扩张外可发现梗阻近端呈截断状或圆锥形,PTC表现充盈缺损或闭塞像,PTC检查13例,诊断正确率为100%(13/13),均为肝门部病变,PTC检查后有3例发生急性胆管炎。CEA检查30例,2例增高($>15 \text{ ng/mL}$)。肝功能Child分级:A级19例,B级31例,C级5例。

2 治疗与结果

2.1 手术方式、并发症与死亡

本组55例中,23例行左半肝切除加肝门淋巴结清扫;18例行左外叶切除;2例术中判断不能切除,术后经未拔除的PTC引流管置入胆管支撑架作内外引流术;9例肿瘤位于尾状叶,行左外叶及尾叶切除;胆总管十二指肠侧吻合术1例;行胆管Y管支架内引流术2例。同时行单纯胆囊切除术18例,胆囊切除加胆总管切开取石27例,胆囊切除加胆总管-空肠Roux-en-Y吻合术9例。根治性切除23例占41.80%(23/55),姑息手术32例占58.2%(32/55)^[3]。3例手术后复查过程中行5-FU全身化疗,其他患者未进化疗与放疗。

2.2 术后随访

术后随访51例占92.7%(51/55),随访3年9个月。根治组平均存活26(13~45)个月,姑息治疗组平均存活10(5~14)个月。根治组术后1,2,3年生存率分别为95.7%(22/23),54.5%(6/11),27.3%(3/11)。姑息组术后生存率为37.5%(12/32),无2年生者,大部分在出院后1年内死亡,原因都是肿瘤复发或姑息手术后肿瘤进展较快引起的。

3 讨论

目前最常用于肝胆管结石病及肝胆管肿瘤辅助诊断方法首选为B超,其次为CT^[4]。对于团块型及结节型肝胆管癌CT诊断正确率高于B超,对于胆管内乳头状癌及胆管壁癌性增厚者CT诊断率低于B超。但由于本病发生在长期肝胆管结石基础上,肿瘤与结石并存,常常影响B超的检查结果,致该病的超声诊断正确率较低,本组中2例左肝团块型肿瘤,占据整个左肝,同时合并胆汁性肝硬化,超声表现左肝纤维化,呈高低不均回声,未能显示明显肿块而漏诊;后加做CT平扫加增强,发现左肝低密度团块,增强后部分强化,与右肝正常的肝组织有明显的分界,团块内可见不同程度扩张的胆管,并有结石影像。对于肝内较小的结节状肿瘤与结石共存时,B超上肿瘤声像往往被结石强回声光团及声影所掩盖。本组3例此类B超漏诊者行CT检查显示肝内占位性病变,术中病理证实为肝胆管癌。但是CT在该病的诊断上亦存在局限性,由于胆管癌发生于胆管上皮,早期表现为胆管壁增厚或乳头状突起,常沿胆管壁向周围浸润蔓延,在CT上均难以显示,本组4例此类型CT均未诊断。少数不强化的肝内等密度占位病变等CT均较难诊断。而超声在这方面的诊断率要略高于CT^[5]。

肝胆管癌细胞病理多为高分化,生长缓慢,转移晚,直接由肿瘤或肿瘤转移引起脏器衰竭者占较少部分。本病一旦确诊,唯一有效的治疗方法为手术切除,虽然本病切除率不高(约25.0%~56.9%),预后差,若不手术治疗,患者最终常死于肝功能衰竭和胆道反复感染引起的多发性肝脓肿、败血症。外科手术时应立足于清除结石、解除胆道梗阻,通畅引流。在此基础上条件允许可积极考虑施行根治性切除。一般可根据Bismuth-Corlette分型决定手术方式^[6]。即使对于肿瘤局限于某一肝叶或肝段,无远处转移,肝功能代偿好的也应行根治性切除加肝十二指肠韧带淋巴结清扫。对于肝胆管结石合并肝胆管癌的治疗笔者有以下几点体会:(1)本组9例肝胆管癌合并胆道感染极难控制,经术前积极纠酸、维持水、电解质平衡、引流等处理后施行手术,疗效尚可,因此围手术期应积极纠正水电解质、酸碱失衡,改善肝功能及凝血机制,预防肝功衰竭,不应强求控制胆管炎症,否则往往延误手术时机。(2)本组7例肝胆管癌细胞沿胆管呈潜行性生长,故手术切除范围应足够大。根治术应尽可能行半肝切除,这样

不但能切除原发病灶,而且可以减少残癌及残石机会。一般说来,若肝萎缩-肿大复合征明显,最好行扩大的半肝切除或者左三肝切除更为有效,对改善预后有益;有时可能需要切除部分膈肌,这样疗效比较满意。(3)本组11例肝胆管癌手术中发现时大多已属晚期,无法行根治切除,经切开胆总管或肝内胆管取尽结石,通畅引流,并对存在的胆管狭窄放置U型管或在胆肠内引流同时联合肝肠内引流可有效解决胆管狭窄引起的引流不畅;(4)对肝外胆管正常的伴结石的肝内周围型胆管癌,如属胆管周围浸润型或包块型且累及肝门者需行肝外胆管切除及肝十二指肠韧带骨骼化,疗效比较理想。

参考文献:

- [1] Koga A, Ichimiya H, Ymaguchi, *et al.* Hepatolithiasis associated with cholangiocarcinoma; possible etiologic significance [J]. *Cancer*, 1985, 55(2):2826-2829.
- [2] 黄志强. 肝内胆管结石的外科治疗40年回顾[J]. *中国实用外科杂志*, 1997, 17(1):140-144.
- [3] 苏逢锡, 陈积圣, 曾韵洁, 等. 肝内胆管结石合并肝内胆管癌[J]. *普外临床*, 1995, 10(1):338-340.
- [4] 胡雪峰, 袁喆, 牟洪超, 等. 肝胆管结石合并肝胆管癌的临床诊治特点[J]. *中国普通外科杂志*, 2005, 14(8):567-569.
- [5] 甄景志, 崔翼, 苏友容. 肝胆管结石合并肝内胆管癌15例临床分析[J]. *岭南现代临床外科*, 2006, 8(4):249-251.
- [6] 陈汝福, 李志花, 苏红等. 肝内胆管结石合并肝内胆管癌:附24例报告[J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15(3):170-172.

文章编号:1005-6947(2008)07-0705-01

· 病案报告 ·

胰腺假性囊肿内引流术后胰腺囊肿恶性纤维组织细胞瘤1例

周致红, 曲金龙

(山东省烟台市毓璜顶医院 普通外科, 山东 烟台 264000)

关键词: 胰腺假囊肿; 纤维组织细胞瘤; 病例报告

中图分类号: R 735.9

文献标识码: D

患者 女, 51岁。因反复上腹痛15年, 加重2年入院。15年前, 患者因外伤后出现胰腺囊肿于当地医院行囊肿空肠吻合术, 术后痊愈出院。出院后情况良好。2年前, 患者出现腹痛, 向腰背部放射, 治疗后腹痛缓解。半年前腹痛较前加重, 治疗不缓解, 于当地医院行囊肿空肠吻合术, 术后患者腹痛无缓解, 并呈进行性加重, 伴反复发热, 消瘦明显。门诊CT检查示胰腺区见不规则混杂密度影, 约14 cm × 9 cm × 7 cm, 可见囊状低密度和蛋壳状钙化, 边界欠清, 与胃后壁及邻近空肠分界不清。入

院后查血色素87 g/L, 尿淀粉酶稍高, 经予抗炎补液等综合治疗, 患者腹痛缓解不明显, 考虑患者胰腺囊肿恶变, 故行剖腹探查。术中见胰腺囊肿周围广泛粘连, 囊壁厚且硬, 只发现一处囊肿空肠吻合口, 通畅, 切开囊壁, 见囊内充斥肉芽及食物残渣形成之坏死组织, 稍分离即大量出血, 无法进一步手术, 将囊内物清理, 切除部分囊壁送病检, 囊内置橡胶引流管外引流, 关腹。术后病理结果示恶性纤维组织细胞瘤(MFH), 免疫组化CD68+, Vimentin+, EMA-, SMA-, 出院未行进一步治疗, 伤口愈合出院。

讨论 MFH是起源于具有潜在分化为纤维细胞和组织细胞倾向的未分化间叶细胞, 是老年人最常见的软组织肉瘤, 该瘤好发于下肢, 其次为上肢的深部软组织及腹膜后等处, 也好发于肝、胰、肾、脾、心等处, 但极少见。根据病理组织学改变, MFH

分为多形型, 黏液型, 巨细胞型, 炎症型和血管型等5型。前两者为高度恶性, 其他为低度恶性。胰腺MFH近年国内外有散在报道, 但继发于胰腺假性囊肿的MFH尚未见报道。该病的发生, 可能为囊壁长期受肠液及食物刺激, 导致恶变有关。本例腹痛时间较长, 一直认为胰腺假性囊肿引流不畅所致, 未考虑恶性肿瘤, 来本院住院时已是病程晚期。

胰腺MFH恶性度高, 早期就发生转移, 多为血行转移, 最常见转移到双下肺。肝内转移亦较常见; 亦可直接侵犯邻近的组织器官, 少数可转移到腹膜后淋巴结。由于胰腺MFH临床缺乏特征, 术前穿刺活检困难, 术前诊断困难, 临床医师对该病认识不足, 也易致误诊, 该病的最终确诊有赖于病理诊断。治疗为手术切除, 术后辅助化疗放疗, 但复发率转移率高, 预后很差。

收稿日期: 2007-11-01。

作者简介: 周致红, 男, 山东省烟台市毓璜顶医院副主任医师, 主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者: 周致红 E-mail: zhihong1208@163.com