

文章编号:1005-6947(2005)01-0068-02

· 临床报道 ·

原发性胆囊癌的手术治疗

毕旭东, 付晓光, 白光

(锦州医学院附属第一医院 肝胆外科, 辽宁 锦州 121001)

摘要:对1996年10月~2004年6月收治的20例胆囊癌手术治疗的资料进行回顾性分析。Nevin分期:II期4例,III期3例,IV期4例,V期9例。1,3,5年生存率II+III期者分别为7/7,5/7,3/7,IV+V期者分别为3/13,1/13,0/13,2组间1,3,5年生存率比较 $P < 0.05$ 。晚期组中根治性手术与姑息性手术术后1,3,5年生存率比较,除1年生存率有差异外($P < 0.05$),3,5年生存率比较无显著性差异($P > 0.05$)。本组病例资料提示,及早发现、早期诊断胆囊癌并进行手术治疗,是提高本病疗效的关键。

关键词:胆囊肿瘤/外科学;胆囊肿瘤/死亡率;存活率

中图分类号:R735.8;R181.81 **文献标识码:**B

原发性胆囊癌恶性程度高,发病隐匿,症状不典型,而且出现迟缓,就诊时多属晚期因而失去根治性手术机会,本病对放疗化疗不敏感,预后极差。这是困扰外科医生的难题^[1],同时要求外科医生提高警惕,采取预防措施或及早发现病变并进行手术治疗,是降低其死亡率的关键^[2]。我

院从1996年10月~2004年6月共收治胆囊癌患者20例。笔者回顾性分析本组病例的治疗经过及总结本病的特点,企以提高早期诊断率和治疗效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男8例,女12例,年龄39~73岁,平均为62.5岁,其中<50岁者3例,50~60岁者4例,>60岁者13例。13例合并胆囊结石,占65.0%。合并糖尿病4例。病程3d至10年,平均14.2个月。其中1999年以前5例,1999年以后15例。

收稿日期:2004-07-29; **修订日期:**2004-12-21。

作者简介:毕旭东(1969-),男,黑龙江牡丹江人,锦州医学院附属第一医院副教授,博士,主要从事肝脏缺血再灌注损伤防治方面的研究。

通讯作者:毕旭东 电话:0416-4168849-2248(O),13941697417(手机); E-mail:bizhaojing@sohu.com。

本组有2例ERCP+EST后诱发胰腺炎。但ERCP+EST的治疗作用是MRCP所无法代替的。因此对于急性梗阻性GP患者在短期非手术治疗无效时,尽早选用ERCP+EST解除梗阻。为防止ERCP+EST后诱发或加重胰腺炎,可选用生长抑素和离子泵阻断剂治疗。另外笔者观察到大部分GP为一过性完全梗阻或不全梗阻,部分胆总管下端结石者由于结石小,在非手术治疗后,炎症消退结石可自行脱落于十二指肠,特别是在EST后,复查MRCP并未见明显胆总管结石^[3]。因此,EST可减少不必要的胆总管探查,从而减少其可能引起的并发症,提高GP胆道探查的阳性率。

研究^[3,4]表明,胆管和胰管的共同通道堵塞是急性胆源性胰腺炎的发病原因。胆汁向十二指肠排出,结石移动是发生GP的主要诱因。非手术治疗GP有相当部分病例存在复发的可能,因此手术是治疗GP的必要手段^[4,5]。在既往的手术治疗中,“三造瘘”一度被认为是经典的手术方式^[1],但胆总管探查的指征过于宽松,明显增加了手术并发症和手术死亡率。随着对胰腺炎认识的日益提高,以及腹腔镜和内镜外科技术的发展,胃空肠和胆囊造瘘可分别由鼻胃管引流、空肠营养管和EST代替。目前GP手术的原

则是:手术范围越小越好、手术时间越短越好、手术创伤越小越好。手术范围的扩大将增加创伤,不利于恢复。

应用腹腔镜和内镜技术,具有创伤小、对腹腔干扰少、患者恢复快、痛苦少等优点。因此微创手术治疗GP成为必然趋势,与传统手术相比,安全性大,值得重视和推崇。笔者认为对于GP胆道病变的最佳处理原则是先用非手术方法控制胆道或胰腺炎症,再限期用微创技术处理胆道病变。

参考文献:

- [1] 顾倬云. 胆囊结石的并发症[A]. 见黄志强. 现代腹部外科学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1994. 461-462.
- [2] 宋录金, 李强, 袁志林, 等. 腹腔镜手术治疗急性胆源性胰腺炎附134例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(12): 886-888.
- [3] 王爱民. 胆源性胰腺炎外科治疗分析[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(6): 471-472.
- [4] 秦仁义, 邹声泉, 吴在德, 等. 胆源性胰腺炎手术时机的探讨[J]. 中华外科杂志, 1998, 36(3): 149-151.
- [5] 张发新, 杨家红, 王旭春. 重症胆源性胰腺炎手术时间的选择[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(3): 213-214.

1.2 临床表现和术前诊断

右上腹疼痛 14 例,上腹胀、不适 1 例,黄疸 5 例,恶心、呕吐 5 例,体重下降 5 例,上腹部肿块 2 例。B 型超声检查 20 例中提示胆囊癌者 12 例,占 60.0%。在我院及外院诊治过程中,有 8 例误诊,误诊率为 40.0%。误诊包括胆道蛔虫、慢性胆囊炎急性发作 3 例,胆囊炎 1 例,梗阻性黄疸 1 例,胆囊息肉 1 例,胆囊结石 1 例,右上腹肿块 1 例。

2 治疗及结果

2.1 手术方式

20 例均行手术治疗。Nevin 分期:I 期 0 例,II 期 4 例,III 期 3 例,IV 期 4 例,V 期 9 例。手术方式:II,III 期 7 例均行单纯胆囊切除,其中腹腔镜胆囊切除术(LC)3 例;IV,V 期共计 13 例,其中行根治性手术 5 例,包括胆囊癌根治术、肝部分切除术 2 例,胆囊癌切除并胆总管、部分肝管、肝左内叶、肝右前叶部分肝组织切除 1 例,胆囊癌切除及部分肝组织切除 1 例,胆囊及部分胆囊床切除、胆总管切开取石、T 管引流术 1 例;行姑息性手术 6 例,包括胆囊姑息切除、胆总管切开 T 管引流术 3 例,胆囊癌晚期行胆肠吻合术 2 例,胆囊癌肝转移、胃、结肠、胆总管浸润转移行肝管空肠吻合术 1 例;手术后仅发生胆漏 1 例,余无并发症。本组无手术死亡。

2.2 病理检查

高分化腺癌 6 例(6/20,30%),低分化腺癌 6 例,中分化腺癌 3 例,中分化黏液癌 1 例,鳞状细胞癌 1 例,神经内分泌癌 1 例。本组病理中发生淋巴结转移的有 9 例,转移率占 45.0%。且分化程度较低。

2.3 随访

本组均获随访。随访时间为 2 个月至 5 年。1,3,5 年生存率早期组(II+III 期)分别为 7/7,5/7,3/7,晚期组(IV+V 期)分别为 3/13,1/13,0/13;两组间 1,3,5 年生存率比较(P 均 < 0.05);晚期组中根治性手术 1,3,5 年生存率分别为 5/7,3/7,1/7,姑息性手术术后 1,3,5 年生存率分别为 1/6,0/6,0/6;两组除 1 年生存率统计学有差异外($P < 0.05$),3,5 年生存率比较差异无显著性(P 均 > 0.05)。

3 结果

胆囊癌是胆道最常见的恶性肿瘤,近年来患病率有上升趋势^[3]。笔者从 1994~2004 年发表的医学文献中共检索到 1545 篇以胆囊癌为主题词的论文,其中 1994~1999 年占 670 篇,2000~2004 年 6 月为 875 篇。可见胆囊癌的发病趋势已受到外科学者的广泛关注。我院近年来临床收治的胆囊癌患者数量亦呈上升趋势。

胆囊癌主要发生在 50 岁以上的人群,90% 的病人发病年龄超过 50 岁,平均 59.6 岁,而小于 50 岁者仅 0.3%~0.7%^[4]。本组只有 3 例年龄在 50 岁以下,50 岁以上者占 85.0%(17/20)。女性发病约为男性的 3~4 倍。流行病学

显示,70% 的病例与胆结石存在有关。当其伴发胆石症等疾病时,往往易被忽视。

胆囊结石至胆囊癌发生的时间长达 10~15 年。胆囊癌合并胆结石是无结石的 13.7 倍,直径 3 cm 的结石发病是直径 1 cm 的 10 倍;说明胆囊结石长期的物理刺激,加上黏膜的慢性炎症、感染细菌产物中有致癌物质等因素综合作用可导致胆囊癌的发生。本组合并胆结石的比率为 65.0%。故认为一旦胆囊结石诊断明确,直径大于 3 cm 者都应采取手术治疗,使胆结石发展为胆囊癌的危险降至最低^[5]。应将胆结石视为胆囊癌的高危人群,定期随访。

如超声检查提示胆结石,且病史大于 10 年的患者都应怀疑有胆囊癌的存在。胆囊癌具有非常典型的超声表现,胆囊壁内可见不规则隆起或胆囊内单发结节,切勿误诊为胆囊息肉、腺瘤或诊断为胆结石而将胆囊癌漏诊。

胆囊癌治疗首选手术方法^[6,7]。根治性手术切除是胆囊癌患者能够获得长期生存的惟一希望。胆囊癌的特点是淋巴转移早,肿瘤位于黏膜层时,转移可达 60%,且转移率随着肿瘤浸润深度的增加而上升,总发生率为 25%~85%。本组资料明显可见,早期行根治性手术可获得最为理想的治疗效果;在晚期组中行根治性手术的存活时间长于姑息手术者。手术包括单纯胆囊切除术、胆囊癌根治性切除术、胆囊癌扩大根治术和姑息性手术。对术前怀疑胆囊癌的患者不要行 LC,对于已将胆囊切除,手术后发现为胆囊癌者是否需要再次手术?对此,目前学者们还未取得一致意见,部分认为气腹可造成癌细胞种植转移,主张中转开腹手术,行胆囊床及部分肝脏切除,同时清除胆囊床周围的淋巴结,如有腹腔其他脏器浸润或转移,也要一并切除。笔者的看法是如果已行 LC,胆囊癌为 I~III 期,不必再开腹手术,如果是 IV~V 期,则要开腹行根治性手术。

参考文献:

- [1] 刘浔阳,张玉平.原发性胆囊癌的诊断治疗现状[J].中国普通外科杂志,2003,12(8):563-564.
- [2] Sheth S, Bedford A, Chopran S. Primary gallbladder cancer: recognition of risk factors and the role of prophylactic cholecystectomy [J]. Am J Gastroenterol, 2000, 95(6):1402-1410.
- [3] 郭振武.实用胆道外科[M].天津:天津科学技术出版社,1996.34.
- [4] 石景森,任予.中国原发性胆囊癌的流行病学特点[J].中华肝胆外科杂志,2003,9(10):583.
- [5] 何晓军,张洪义.原发性胆囊癌的早期诊断[J].中国普通外科杂志,2003,12(2):142-143.
- [6] 安东均.原发性胆囊癌[J].中国普通外科杂志,1999,8(2):110-112.
- [7] 李钧才.原发性胆囊癌的诊断和治疗(附 31 例报告)[J].中国普通外科杂志,2001,10(4):374-376.