

胆囊癌 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E8_83_86_E5_9B_8A_E7_99_8C_c22_301812.htm 名称胆囊癌所属科室消化内科病因胆囊癌的病因尚不清楚，临床观察胆囊癌常与胆囊良性疾患同时存在，最常见是与胆囊结石共存。多数人认为胆囊结石的慢性刺激是重要的致病因素。Moosa指出隐性结石5～20年后，发生胆囊癌者占3.3%～50%。国内大宗资料报告20%～82.6%的胆囊癌合并有胆结石，国外报告则高达54.3%～100%。癌肿的发生与结石的大小关系密切，结石直径小于10mm者癌发生的几率为1.0，结石直径20～22mm者的几率为2.4，结石直径、在30mm以上者的几率可高达10%。还有人提出胆囊癌的发生可能与病人的胆总管下端和主胰管的汇合连接处存在畸形有关，因有此畸形以致胰液进入胆管内，使胆汁内的胰液浓度提高，引起胆囊的慢性炎症，粘膜变化生，最后发生癌变。病理胆囊癌发生在底部多见，颈部次之，体部较少。组织学上腺癌占80%，未分化癌占6%，鳞癌占3%，混合癌占1%。胆囊癌可直接浸润四周脏器，亦可经淋巴道、血循环、神经、胆管等途径转移及腹腔内种植。晚期病人可发生远处转移，但一般发生的较晚和较少。临床表现胆囊癌的临床症状有中上腹及右上腹疼痛不适、消化不良、暖气、胃纳减退、黄疸和体重减轻等。由于绝大多数病人均伴有胆囊结石，故临床发生的疼痛与结石性胆囊炎较为相似，在后期，则变成持续性钝痛。黄疸往往是晚期症状，并伴有恶病质表现。当胆囊管阻塞或癌肿转移至肝脏或邻近器官时，有时可在上腹部及坚硬肿块。如癌肿侵犯十二指肠，可出现幽门梗阻症状。检查化验检

查其对胆囊癌的诊断意义不大，无特异性表现。在晚期，总胆红素可明显增高，多为阻塞性，部分病人可出现胆固醇增高，碱性磷酸酶增高。长期胆汁淤滞可引起谷草转氨酶及丙转氨酶升高，血沉增快。

二、超声检查

在各种声像学检查方法中，以B超对胆囊癌的诊断率最高，为诊断早期胆囊癌较为有效的方法。

1. B超检查

早期胆囊癌表现为小结节性，病变一般较小，约10~25mm，占90%，显示为隆起性病变。超声显示胆囊壁增厚或软组织隆起。有学者认为，凡病变大于10mm，形态不规则，基底宽，内部回声不均，呈单发性或合并有结石，有自觉症状者，应高度怀疑为早期胆囊癌。病变到了晚期可探及不规则囊壁增厚超过4mm（正常胆囊壁1~2mm），胆囊腔狭小或闭塞。胆囊内实性光团，肿块越大，癌性的可能性越大，梗阻可见梗阻以上部肝胆管明显扩张，有时发现肝脏有转移灶。

2. 内镜超声(EUS)

在国外EUS已广泛开展，国内也正在开展此种检查。EUS能清楚显示囊壁3层图像。胆囊癌常呈乳头状生长，癌组织浸润胆囊壁，使其正常结构遭到破坏。EUS也可探测肿瘤侵犯的深度，有利于早期诊断和提供手术方式。

三、CT检查

CT检查能够清楚地显示胆囊、胆道局部的解剖关系，对判定胆囊大小、形态、位置，尤其是胆囊壁的显示准确率可达90.9%，这一方面明显优于B超。通过增强扫帚（静脉内注射50%泛影葡胺80-100ml）显示胆囊壁的真正厚度，超过3.5mm为异常。胆囊癌时，常呈局限性，不对称，不规则，腔内面不光滑，可与胆囊炎相鉴别。

四、内镜下行逆胆管造影(ERCP)

能够显示胆囊癌变，诊断率可达70%-90%。造影后显示胆囊内阴影缺损，肿瘤颈管阻塞，胆囊不显影，总胆管或总肝管狭窄、梗阻。

但ERCP检查约有半数以上胆囊不显影。该检查能了解胆管情况，有助于鉴别诊断。还可能通过ERCP采取胆汁行细胞学检查。

五、细胞学检查

细胞学检查有直接取活检和抽取胆汁查癌细胞两种方法。

1. 活检

(1) B超指引下对胆囊病变部位穿刺，该方法较为简单易行。

(2) 胆道子母镜经皮经肝胆囊镜检查(PTCCS)。

(3) 经腹腔镜取活检。后两种方法需一定设备技术才能完成。

2. 采取胆汁查脱落细胞

可在B超指引下行胆囊穿刺，PTC(经皮肝胆管穿刺)引流或经PTCCS采集等。采取胆汁查癌细胞，对半数以上的胆囊癌可作出诊断，也是对胆囊癌定性诊断的一种可靠方法。

辅助检查一、超声检查

在各种声像学检查方法中，以B超对胆囊癌的诊断率最高，为诊断早期胆囊癌较为有效的方法。

1. B超检查

早期胆囊癌表现为小结节性，病变一般较小，约10~25mm，占90%，显示为隆起性病变。超声显示胆囊壁增厚或软组织隆起。有学者认为，凡病变大于10mm，形态不规则，基底宽，内部回声不均，呈单发性或合并有结石，有自觉症状者，应高度怀疑为早期胆囊癌。病变到了晚期可探及不规则囊壁增厚超过4mm(正常胆囊壁1~2mm)，胆囊腔狭小或闭塞。胆囊内实性光团，肿块越大，癌性的可能性越大，梗阻可见梗阻以上部肝胆管明显扩张，有时发现肝脏有转移灶。

2. 内镜超声(EUS)

在国外EUS已广泛开展，国内也正在开展此种检查。EUS能清楚显示囊壁3层图像。胆囊癌常呈乳头状生长，癌组织浸润胆囊壁，使其正常结构遭到破坏。EUS也可探测肿瘤侵犯的深度，有利于早期诊断和提供手术方式。

二、CT检查

CT检查能够清楚地显示胆囊、胆道局部的解剖关系，对判定胆囊大小、形态、位置，尤其是胆囊壁的显示准确率可

达90.9%，这一方面明显优于B超。通过增强扫帚（静脉内注射50%泛影葡胺80-100ml）显示胆囊壁的真正厚度，超过3.5mm为异常。胆囊癌时，常呈局限性，不对称，不规则，腔内面不光滑，可与胆囊炎相鉴别。三、内镜下行逆胆管造影（ERCP）能够显示胆囊癌变，诊断率可达70%-90%。造影后显示胆囊内阴影缺损，肿瘤颈管阻塞，胆囊不显影，总胆管或总肝管狭窄、梗阻。但ERCP检查约有半数以上胆囊不显影。该检查能了解胆管情况，有助于鉴别诊断。还可能通过ERCP采取胆汁行细胞学检查。四、细胞学检查 细胞学检查有直接取活检和抽取胆汁查癌细胞两种方法。1.活检（1）B超指引下对胆囊病变部位穿刺，该方法较为简单易行。（2）胆道子母镜经皮经肝胆囊镜检查（PTCCS）。（3）经腹腔镜取活检。后两种方法需一定设备技术才能完成。2.采取胆汁查脱落细胞 可在B超指引下行胆囊穿刺，PTC（经皮肝胆管穿刺）引流或经PTCCS采集等。采取胆汁查癌细胞，对半数以上的胆囊癌可作出诊断，也是对胆囊癌定性诊断的一种可靠方法。诊断胆囊癌病人临床上缺乏特异性表现。多数被误诊为胆囊炎、胆石症。这类病人在出现右上腹痛、右上腹包块或贫血等症状时病情经常已属晚期。近年来诊断水平提高主要依靠现代影像学的进展和对本病熟悉的加深。1. 超声检查：B超检查简便无损伤，可反复使用，其诊断准确率达75%~82.1%，应为首选检查方法。但B超(US)易受腹壁肥厚、肠管积气的影响，并且不易判定结石布满型及萎缩型胆囊壁情况。近年来，人们采用EUS(内镜超声)的方法，较好地解决了US的上述问题。EUS用高频率探头仅隔胃或十二指肠壁对胆囊进行扫描，极大提高了胆囊癌的检出率，并且能进一

步判定胆囊壁各层结构受肿瘤浸润的程度。因而人们将EUS作为US检查后的进一步精确判定方法。不论US或EUS，其早期胆囊癌的超声图像主要表现为隆起型病变与局限性囊壁肥厚，亦有两者混合型。

2. CT扫描：CT扫描对胆囊癌的敏感性为50%，尤其对早期胆囊癌的诊断不如US及EUS。CT影像改变可分三种类型：

- 壁厚型：胆囊壁局限或弥漫不规则增厚。
- 结节型：乳头状结节从胆囊壁突入腔内，胆囊腔存在。
- 实变型：因胆囊壁被肿瘤广泛浸润增厚加之腔内癌块充填形成实质性肿块。假如肿瘤侵犯肝脏或肝门、胰头淋巴结转移，多能在CT影像下显示。

3. 彩色多普勒血流显像：国内文献报告，在胆囊肿块和壁内测到异常的高速动脉血流信号是胆囊原发性恶性肿瘤区别于胆囊转移癌或胆囊良性肿块的重要特征。

4. ERCP：有人报告ERCP对于能够显示出胆囊的胆囊癌诊断率可达70%~90%，但ERCP检查有半数以上不能显示胆囊。其影像表现可分三种情况：

- (1)胆囊胆管显影良好：多为早期病变，典型病例可见胆囊充盈缺损或与囊壁相连、基底较宽的隆起病变。胆囊壁浸润者可见囊壁僵硬或变形。
- (2)胆囊不显影：多属中晚期病例。
- (3)胆囊不显影并有肝或肝外胆管狭窄：充盈缺损及梗阻上方肝胆管扩张已是晚期征象。

5. 细胞学检查：细胞学检查法有直接取活检或抽取胆汁查找癌细胞两种。直接活检的方法有：B超引导下胆囊病变穿刺、PTCCS(经皮胆囊镜检查)、经腹腔镜等方法。采取胆汁的方法更多，如ERCP下抽取胆汁、B超引导下胆囊穿刺、PTCD、胆道子母镜等。文献报告的细胞学检查的阳性率虽不高，但结合影像学检查方法，仍可对半数以上胆囊癌患者作出诊断。

6. 肿瘤标记物：在肿瘤标本的CEA免疫组化研究

的报告中，胆囊癌的CEA阳性率为100%。进展期胆囊癌患者血清CEA值可达9.6ng/ml，但在早期诊断无价值。CA19-9、CA125、CA15-3等肿瘤糖链抗原仅能做为胆囊癌的辅助检查。

治疗一、胆囊癌的外科治疗原则(1)隐匿性胆囊癌的根治性手术原则，隐匿性胆囊癌是指术前，术中均未得出诊断，而在因良性疾病行胆囊切除术后由病理切片确诊为胆囊癌者。由于是在术后确诊，所以面临的问题为是否需要再次行根治手术。若术后病理切片发现癌肿仅侵犯至粘膜层或肌层者，单纯行完整胆囊切除术已达根治目的，可不必再行第二次根治性手术。胆囊癌的淋巴转移首先累及胆囊三角及沿胆总管分布之淋巴结。而位于胆囊颈，尤其是胆囊管的癌肿，由于位置邻近胆囊三角，故较早发生上述淋巴结转移。胆囊颈癌肿术后复发率也显著高于胆囊体底部癌肿组。因此，位于胆囊颈、胆囊管的隐匿性胆囊癌，无论其侵犯至胆囊壁的哪一层，均应再次行肝十二指肠韧带四周淋巴结清扫术。对于浸润深度超过肌层，切缘阳性及胆囊三角淋巴结活检阳性的隐匿性胆囊癌也均应行第二次根治手术。(2)胆囊癌的根治手术；由于胆囊癌患者就诊时往往已不是早期，据大宗病例分析，能获根治性切除的胆囊癌只占23%左右。总体上胆囊癌患者中位生存期为3个月。故有些外科医生对胆囊癌的治疗持悲观态度。近年来，由于对胆囊癌根治性手术的开展，术后5年生存率已有显著的提高。根治术的范围主要包括胆囊切除、肝部分切除和淋巴结清扫。肝脏一般切除胆囊床四周3厘米左右。淋巴结清扫根据其汇流途径和转移情况而定。一般清扫至转移淋巴结的下一站淋巴结。早期胆囊癌只要切除胆囊淋巴结，但大多数可切除的胆囊癌应清扫肝十二指肠韧带的

淋巴结，必要时还应清扫胰十二指肠上、胰头后淋巴结。(3) 晚期胆囊癌的姑息性手术：对于无法根治的晚期胆囊癌病例，手术原则为减轻痛苦，提高生活质量。晚期胆囊癌较突出的问题是由于癌肿侵犯胆道系统所导致的阻塞性黄疸。手术应尽量考虑作内引流。内引流方法有胆管空肠吻合术等，但由于局部癌肿浸润往往较深，尤其是伴有肝门部浸润者，胆肠内引流术常不易进行。对此类病人，可行架桥内引流术。对于全身情况极差的病例，也可行置管外引流术。对于肝门部侵犯严重而无法行上述手术者，可采用刮吸法切开右肝，寻找右肝的扩张肝管，以便行置管引流。

二、放疗：仅做为一种辅助手段应用于手术后或已无法切除的病例。Todoroki 报告胆囊癌病灶切除加放疗的3年存活率为10.1%，而未加放疗者为0。一般放射剂量为40~50GY。术中放射即在切除病灶后，采用回旋加速器产生的电子束，给20~30GY的放射量。

三、化疗：胆囊癌对各种化疗药物均不敏感，很难观察其疗效，多用于术后辅助治疗。常用的药物有ADM、5-FU、MMC等。

(预防及预后) 预后：胆囊癌的5年生存率甚低，约2%~5%；80%以上的病人可死于1年之内。如胆囊癌仅侵及粘膜和粘膜下层，作胆囊切除术的预后较好，有人报道此组病人5年生存率可达40%~64%。故预后好坏要害在于早期诊断，及时治疗。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com