

胆管癌 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_E7_AE_A1_E7_99_8C_c22_301826.htm 名称胆管癌所属科室消化

内科病因胆管癌的病因至今未明。多数人认为诱发胆囊癌的因素也可诱发胆管癌，但胆管部与胆结石之间的关系不如胆囊癌那样明显，约1/3~1/4合并有结石。病理一、肝外胆管癌

的发生部位。在解剖学上，根据癌发生的部位，肝外胆管癌可分为：左右肝管癌；肝总管癌；胆囊管癌；肝总管、胆囊管及胆总管汇合处癌；胆总管癌。二、肝外胆管

癌的大体形态：肝外胆管癌在大体形态上可分为三型：管壁浸润型：可见于胆管的任何部位，最为多见。由于受累的管壁增厚，可致管腔变小或狭窄，进而可发生阻塞现象。

结节型：较管壁浸润型少见，可见于较晚期的胆管癌，癌结节的直径可1.5~5.0cm。腔内乳头状型：最少见，可见于胆管的任何部位，但汇合部更为少见。此型可将胆管腔完全阻塞。癌组织除主要向管腔内生长外，亦可进一步向管壁内浸润生长。三、肝外胆管癌的组织学类型：根据癌细胞的类型，分化程度及癌组织生长方式。肝外胆管癌可分为以下6

型：乳头状腺癌：除个别为管壁浸润型外，几乎均为腔内乳头状型。高分化腺癌：在胆管癌中最多，可占2/3以上，可见于任何部位。癌组织均在管壁内浸润生长，环绕整个管壁。浸润的癌组织呈大小不等，外形不规则的腺体结构，有的可扩大呈囊腔。低分化腺癌：即分化差的腺癌，癌组织部分呈腺体结构，部分为不规则的实性片块，亦在管壁内弥漫浸润生长。未分化癌：较少见。有的小细胞未分化癌，与胆囊的未分化癌相同，癌细胞在胆管壁内弥漫浸润，间

质较少。癌组织侵袭较大，常可侵及胆管四周脂肪组织或邻近的器官。 印戒细胞癌：较少见。它与胆囊或胃肠道的印戒细胞癌一样，由分化程度不等的含有粘液的癌细胞构成。癌细胞无一定结构，弥漫浸润。 鳞状细胞癌：罕见。其组织形态与其他器官所见者相同。

四、肝外胆管癌的扩散与转移：

早期，发生转移者较少，主要是沿胆管壁向上、向下浸润直接扩散。如上段肝管癌可直接侵及肝，要比中、下段癌多见。最常见的是肝门部淋巴结转移，也可至腹腔其他部位的淋巴结。血路转移，除非是晚期癌者，一般较少。各部位的胆管癌，以肝转移最多见，尤其高位胆管癌，癌组织易侵犯门静脉，形成癌性血栓，可导致肝转移。也可向邻近器官胰腺、胆囊转移。临床表现进行性梗阻性黄疸为胆管癌的主要症状，常伴有皮肤瘙痒。约一半病人伴有中上腹胀痛和发热，但程度一般较轻。少数病人可出现胆管炎的表现，约一半病人有食欲减退和体重减轻。胆囊肿大与否，随胆管癌的部位而异。肝脏常有肿大，可在肋下或剑突下及，其质地较坚硬，压痛不显，后期可出现脾肿大和腹水等门静脉高压表现。

检查实验室检查：主要表现为梗阻性黄疸的肝功能异常，如胆红素和碱性磷酸酶的增高等。

辅助检查一、B超检查：

反复仔细的B超检查可显示扩张的胆管，梗阻的部位，甚至肿瘤。胆管癌的、超声像可呈肿块型、条索状、突起型及血栓状，肝内胆管癌常呈肿块或条索状，肝门部癌常为条索状，下部胆管癌常为突起型，肝门部血栓状声像可能是肝门癌、胆囊癌或转移癌。由于胆管扩张发生在黄疸之前，B超具有诊断早期胆管癌的价值。

二、PTC：

是诊断胆管癌的主要方法，它能显示胆管癌的位置和范围，确诊率可达94%~100%。

三、CT：胆管癌的CT基本表现为 显示为胆管癌之近端胆管明显扩张。接近肿瘤的胆管壁增厚，于增强扫描时胆管更清楚可被强化，管腔呈不规划的缩窄变形。一般可发现软组织密度的肿瘤影，其CT值为50Hu，增强扫描时被强化CT值为60~80Hu。 肿瘤多数沿胆管壁浸润性生长。胆管壁增厚，边缘欠清楚，增强扫描时可被强化而易显示。少数呈息肉状或结节状向管腔内生长，结节为软组织密度。 肿瘤向腔处浸润扩展，管壁边缘模糊。常侵犯胆囊肝脏、毗邻的血管及淋巴组织。而呈不均密度软组织影，形态不规整，组织结构模糊，界限不清。

四、ERCP：可直接观察十二指肠乳头，造影能显示梗阻远端胆管。

五、血管造影：血管造影术可较好地判定胆管癌能否被切除。

六、细胞学检查：在PTCD基础上扩大窦道插入纤维胆道镜，可直接观察并钳取肿块活检。行PTC或PTCD时可抽取胆汁行细胞学检查。

诊断要点：
一、迅速进行性加重的梗阻性黄疸，伴上腹胀痛、恶心、呕吐、体重减轻等。
二、肝肿大，质硬。
三、晚期可出现门脉高压症状。
四、CT、B超可确定胆管扩张、肝外胆管内肿物。
五、PTC和ERCP有诊断意义。

鉴别诊断一、应与胆囊癌鉴别：胆囊癌早期无症状，直至发生肝门转移，靠出现梗阻性黄疸才引起注重，做出诊断。主要依靠B超检查判定胆囊的病变情况。
二、从无痛性、进行性加深的阻塞性黄疸这一独特症状体征来说还需要与肝门部转移癌、肝细胞性肝癌(肝门部的)、肝门淋巴结转移癌或淋巴瘤相鉴别。
三、近端胆管癌常合并有胆囊结石、肝胆管结石，胆管癌梗阻性黄疸合并感染时可出现胆管炎的症状、体征。在B超检查中结石是轻易发现的。故对一个梗阻性黄疸的病人不论是否伴有疼痛，不应

该轻易地满足于胆管结石或胆管炎性狭窄的诊断。治疗一、胆管癌的手术治疗(1)可切除肝门部胆管癌手术方法的选择：

肝门部胆管、胆总管及胆囊切除、胆肠吻合。适用于未侵及肝实质之肝总管癌。肝方叶或加部分右前叶切除及肝门部胆管、肝外胆管切除、胆肠吻合。适用于肝总管癌或汇合部胆管癌。肝方叶或左半肝切除及肝门部胆管，肝外胆管切除、胆肠吻合。适用于左肝管及肝总管癌。肝方叶或右半肝切除及肝门部胆管、肝外胆管切除、胆肠吻合。适用于右肝管及肝总管癌。超半肝或三肝切除及肝门部胆管、肝外胆管、部分尾状叶切除、胆肠吻合。适用于左或右肝管癌侵及二级以上肝管和尾状叶肝管。姑息性切除。肝方叶及肝门部胆管、肝外胆管切除、胆肠吻合，并残留部分癌组织如尾状叶肝管或门静脉前壁。门静脉主干、汇合部或左右干前壁受侵犯者切除其受累部分静脉壁再予血管修补重建，术后辅以腔内放疗。(2)肝门部胆管癌姑息性手术：胆肠内引流术是首选的姑息手术方法。原则是胆肠吻合口应尽量远离病灶。根据PTC显示扩张的胆管情况，选择胆肠吻合部位。部分病例由于病灶侵犯肝门，或因肝萎缩-肥大复合征存在，萎缩叶胆管吻合、引流价值不大。肥大叶胆管显露困难，使不少无法切除的病例仅能置管引流。常用的方法是扩张癌性狭窄后放置尽可能粗而较硬的T形管、U形管或内支撑导管。T形管经胆总管或经肝引出均可。为了防止滑脱，应将引流管缝合固定于胆管壁及四周组织上，并做一段空肠造瘘供术后回输胆汁及必要时管饲营养。非手术置管引流常用的方法为PTCD，也可经PTCD窦道扩大后放置内支撑管。穿过狭窄段。(3)中、下部胆管癌切除术：中、下部胆管癌比肝门部

及乳头癌少见。目前多数学者为其手术方式是胰头、十二指肠切除术。中下部癌无法切除者，可用上述姑息性方法。

二、化疗：术中经胃网膜有动脉插管至肝动脉留置药物泵导管，皮下埋泵，术后经药物泵给药，常用的化疗药为5 - Fu . MMC。

三、放疗：术中放疗、术后定位放疗及分期内照射等。根治性剂量照射放疗，对晚期胆管癌有一定的效果，因其可使癌细胞变性、坏死与抑制其生长，可延长晚期胆管癌病人的生存期。预防及预后胆管癌预后是极差的。手术切除组一般平均生存期为13个月，很少存活5年。如单作胆管内或外引流，其平均生存仅6~7个月，很少超过1年。

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