

胆囊息肉的诊治现状

王 彬¹, 席小青²综述, 陈 皓¹审校(重庆市南岸区人民医院: 1. 外一科; 2. 超声科 400060)

【关键词】 胆囊息肉; 临床表现; 超声诊治; 中医治疗; 西医治疗

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 13. 048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)13-1851-02

胆囊息肉样病变(PLG)是指胆囊黏膜局限性隆起性病变的统称,临床上常称胆囊息肉。它是一种常见的胆囊病变,多数情况为胆囊腔内的良性占位性病变。从胆囊息肉的病理角度,在临床上将其分为非肿瘤性病变和肿瘤性病变两大类,其中前者以胆固醇息肉最为多见,其次为炎症性息肉、腺瘤样增生及腺肌瘤等;后者多以良性腺瘤为主,恶性者主要为胆囊癌。胆囊息肉常常因其症状轻微,易造成患者延误,且目前认为它是胆囊癌的诱发因素之一^[1]。因此,胆囊息肉应引起关注。近年来,随着医疗事业的发展,胆囊息肉的诊治及其治疗方法也取得了一定的进展,在胆囊息肉的临床表现及其诊治基础上,本文重点阐述近几年国内对胆囊息肉的诊治现状。

1 胆囊息肉的临床表现及诊断

1.1 胆囊息肉的临床表现 胆囊息肉一般症状轻微,甚至无症状,仅在偶然的 B 超检查时发现胆囊内有病变。少数患者有上腹不适、恶心呕吐、食欲减退,可伴有腹痛,疼痛部位在右上腹或右季肋部,伴有向右肩背放射,无发热和黄疸。刘英

等^[2]研究显示胆囊息肉也可引起黄疸、胆囊炎、胆道出血、胰腺炎等。位于胆囊颈部的长蒂息肉可出现胆绞痛,在炎症感染时有急性发作的表现。

胆囊息肉在临床上可分 3 个时期,即活跃增长期、相对稳定期、吸收消散期,在治疗中一般都要经过“活跃增长期-相对稳定期-吸收消散期”的过程,各个时期的特点见表 1^[2]。

表 1 胆囊息肉在临床上 3 个时期的特点

临床分期	胆囊息肉体积	胆囊息肉数量
活跃增长期	不断增大	不断增多
相对稳定期	不变化	不变化
吸收消散期	逐渐减小	逐渐减少

1.2 胆囊息肉的临床诊断 从病理角度来看,在临床上可以把胆囊息肉分为两大类:一类是非肿瘤性病变,另一类是肿瘤性病变。各类胆囊息肉的临床特点见表 2^[2-3]。

表 2 胆囊息肉临床特点

类别	临床特点	癌变可能	
非肿瘤性病变	胆固醇息肉	胆固醇沉着是胆囊息肉的重要病因,肿瘤性的息肉若为单个病变,有临床鉴别意义。胆固醇息肉即便伴有炎症也很轻微。	未见有癌变报道。
	炎症性息肉	为炎症刺激所致的一种肉芽肿,直径约 5 mm,单发或多发。息肉周围胆囊壁有明显炎症。	尚无癌变报道。
	腺瘤样增生	既非炎症也非肿瘤的增生性病变,为黄色质软的疣状物,直径约 5 mm,单发或多发。	有癌变可能。
肿瘤性病变	腺肌瘤	医学上又称为腺肌增生症,有弥漫型、节段型与局限性 3 种。腺肌瘤是既非炎症、也非肿瘤的增生性病变。	可能癌变。
	腺瘤	多数为单发,少数多发,有蒂息肉,外形可呈乳头状或非乳头状,是胆囊最常见的良性肿瘤,部分病例同时伴有胆囊结石,单纯胆囊腺瘤临床上可无任何症状。	恶变率约 30%,癌变机会与腺瘤大小呈正相关。
	腺癌	分为乳头型、结节型及浸润型。乳头型和结节型为隆起性病变,而浸润型不属于胆囊息肉样病变。	表现为胆囊息肉样病变的胆囊癌往往为早期。

胆囊息肉在临床上的症状并无特异性,大部分患者查体时被发现。主要症状为中上腹部隐痛(46.9%)。发病年龄 30~50 岁者占 57.8%,以中青年为主。主要依靠 B 超检查诊断胆囊息肉。但常难以定性,临床对其良、恶性胆囊息肉的鉴别诊断亦较困难。目前主要诊断手段是超声检查,对小于 5 mm 者检出率可达 90% 以上,诊断的灵敏度和准确率均较高。如发现多发高强回声,且有漂浮感和慧尾征者提示为胆固醇息肉,位于胆囊底部的小隆起,病变中有小圆形囊泡影和散在回声光点提示腺肌瘤病,而根据病变回声性质、蒂的有无和粗细,病变处的黏膜改变,对区分良、恶性疾病有一定价值。但 B 超检查

对胆囊息肉的诊断、定性及鉴别诊断又有一定局限性和假阴性率。当病变小且位于胆囊颈部时,或伴有胆囊结石时易造成漏诊,且对定性和鉴别亦有一定困难。

2 胆囊息肉的超声诊断

如上所述胆囊息肉并无特异的临床表现,这给临床诊断带来了一定的困难,但随着影像技术的发展,随着彩色多普勒超声技术的不断发展,胆囊内息肉样病变的检出率明显提高,病理学检查发现多数为良性病变,少数为胆囊癌。

根据目前的超声显像技术水平发现息肉样病变的存在并不困难,但是检查诊断最为关键的问题就是辨别息肉的性质,

△ 通讯作者, E-mail: 413856062@qq.com.

因为有些息肉病变并不严重,无需采取手术治疗,对于较为严重的息肉则需要及时治疗,否则会有癌变的可能。从病灶的大小、数量、形态、回声特点等方面观测,胆囊息肉的声像表现大致可归纳为以下4种类型^[3-4]:第1种类型为大小2~3 mm,单个或多个,有粟米样高回声病灶附着在胆囊壁上,多伴有彗星尾巴一样的特征。这类是典型的胆固醇性胆囊息肉,诊断最容易,有些极小的病灶实际上只是胆固醇结晶的集合。第2种类型为大小在5 mm左右,单发或多发的结节状等回声或高回声,表面平滑,在胆囊息肉中这一类型较为多见。对多发性高回声病灶可以比较肯定地诊断为胆固醇性息肉,单个病灶特别是等回声、基底部无明显缩窄者,除胆固醇性息肉外还可能是腺瘤性息肉。第3种类型为大小在7~10 mm的结节状或乳头状回声,识别这一类型息肉的性质还比较困难。胆固醇性息肉以多发较为常见,回声较高,基底部较窄或带细丝状蒂;腺瘤性息肉基本上为单发,回声偏低,表面平滑且基底部较宽;炎性息肉数目常常不止一个,基底部较宽且无蒂。第4种类型为大小在10 mm以上的结节状或局部隆起样等回声,单发者较为多见,内部回声均质,表面平滑,基底部较宽或无蒂。可能为腺瘤性息肉,对这一类型的息肉应当高度警惕,通常采取手术切除,以免发生癌变。

3 胆囊息肉的治疗方法

目前,从胆囊息肉的治疗方法上来看,主要分为两大类,一类是非手术治疗,即采用我国传统的中医治疗;另一类是手术治疗,即所谓的西医治疗。

3.1 胆囊息肉的西医治疗 从西医治疗胆囊息肉的方法来看,主要以手术治疗法为主,辅之以药物治疗。在手术治疗中又可以分为传统的胆囊切除术、现代腹腔镜胆囊切除术及微创保胆术等。

胆囊切除术是胆道外科常用的手术,它是由德国名医 Langenbuch 于 1882 年倡导的,迄今仍然被推崇为治疗胆囊良性疾病“金标准”。根据手术方式,胆囊切除术又可分为分顺性切除和逆行性切除两种。顺性性胆囊切除是由胆囊管开始进行切除的方式,此种方法出血较少,手术简便,应优先采用。逆行性切除由胆囊底部开始进行切除,通常情况下不采用此法,但在炎症严重,胆囊与周围器官紧密粘连,不易显露胆囊管及胆囊动脉时,则采用此法为宜。在临床实践中,有时则需两种方法结合进行。胆囊切除术从其开创至今,在这一百多年的历程中,使无数胆囊疾病患者远离了病痛的折磨,为他们找回了健康。毫无疑问,在这一群人中,当然不乏胆囊息肉的患者。传统的胆囊切除术是以开腹方式进行的开腹胆囊切除术,该方法针对性差、创伤大、伤口愈合慢、且易出现并发症,导致患者痛苦大、术后恢复不良等诸多方面的问题。随着手术方式的发展,1987 年法国妇产科医师 P. Mouret 首次在电视腹腔镜下成功地完成了世界首例胆囊切除术,奠定了现代腹腔镜外科学基础^[5]。4 年后荀菟武在我国第一次报道了电视腹腔镜胆囊切除术。此后,腹腔镜胆囊切除术(LC)迅速发展起来,该术式以其创口小、出血少、恢复快、住院时间短等优势迅速为外科医生及患者所接受,如今它已发展成为胆道外科常用的手术。

随着胆囊切除术的发展,有学者提出,胆囊作为人体的一个器官,发挥着无可替代的生理作用,不应该轻易切除。如国内王秋生^[6]就提出对于胆囊息肉患者来说,如果胆囊功能尚好,最好实施经皮胆囊息肉摘除术,而对胆囊功能欠佳者首选腹腔镜胆囊切除术。翟喜超等^[7]探讨了微创保胆息肉摘除活体术的临床价值,对 164 例患者采用微创保胆息肉摘除活体术的临床治疗资料显示,保胆成功 140 例,中转腹腔镜胆囊切除

术 24 例,无胆瘘、胆道出血等并发症发生,无中转开腹,无围术期死亡。从上述资料结果,微创保胆息肉摘除活体术治疗胆囊息肉具有微创、术后恢复快、并发症少、安全可行、息肉复发率低等优点,其临床价值在于手术过程中通过病理检查明确胆囊息肉性质,不仅可以为切除或者保留胆囊提供确切的证据,而且还符合循证医学及微创理念。罗晓东等亦探讨了微创技术在治疗胆囊息肉中的应用,他们以 68 例胆囊息肉患者分成两组,比较研究了微创经脐腹腔镜辅助和小切口直视胆囊息肉摘除手术的治疗效果,研究结果表明,微创经脐腹腔镜辅助胆囊息肉摘除术具有手术时间短、切口小、出血少、创伤小、术后恢复快等优点,值得推广。张东等^[8]分析了腹腔镜联合胆道镜保胆取石(息肉)术的临床分析(附 1 006 例报告),其中 311 例胆囊息肉样病变,单发 79 例,结果表明术中、术后均无并发症发生。术后随访 0.5~5.0 年,息肉(胆固醇性)复发 11 例,复发率为 3.54%。腹腔镜联合胆道镜保胆取石(息肉)术安全、可行,可提高取净率及保胆成功率。饶洪兴^[9]研究了新式硬性胆道镜微创保胆取石(息肉)术的治疗疗效,研究组结石合并息肉 18 例,胆囊息肉样病变 30 例,观察结果表明其具有切口小、手术时间短、术中出血量少、肠道恢复早、并发症发生率低等优点,治疗效果优于完全腹腔镜下手术及小切口手术,具有较高的临床应用价值。

对于胆囊息肉,采用手术治疗的疗效已毋庸置疑,但在手术指征方面争论颇多。多数人主张以直径大于或等于 10 mm 的 PLG 作为手术指征,对直径小于 10 mm 者须保持警惕性^[10-12];也有学者认为任何 PLG 均有恶性可能,一经发现均应切除^[13];也有人通过临床实践认为胆囊息肉的手术指标最重要的指标是无蒂。因此,在胆囊息肉的手术指征上建议凡发现为无蒂 PLG,即使直径小于 10 mm 也应立即切除;而有蒂 PLG,则可掌握直径大于或等于 10 mm 时施行手术。

3.2 胆囊息肉的中医治疗 胆囊息肉在中医学中并没有病名记载,党中勤认为,胆囊息肉属中医学“胁痛”、“胆胀”、“积证”之范畴,其病变部位在胆,涉及肝脾。因此,多年来,在党中勤教授的临床实践中,主要以疏肝利胆健脾为主要治疗原则,采用“疏肝理气”和“疏肝清热”两种药方利胆,运用中医药的辨证观点,随症加减药物,并辅之以身心调养,对许多病例的治疗都取得了较好的疗效,特别是对于直径小于 5 mm 的小息肉其治疗效果十分明显。

杨国红运用中医药辨证治疗胆囊息肉,亦取得了较好的疗效。首先,他以脏腑辨证及八纲辨证相结合,并联系临床将胆囊息肉的病因机制分为 2 个方面:一是肝郁气滞兼脾虚,二是痰阻血淤。然后,针对上述两种病因机制,采用辨证法对症下药,取得较好的疗效。

从上述 2 位中医药教授对胆囊息肉的治疗来看,都离不开中医中的辩证思维,同时也在治疗措施上均以疏肝利胆为主,直至脏腑功能活动正常,此时,息肉自然而然就消失了。

此外,刘学农和王志杰^[14]亦遵循辨证论治原则对炎性胆囊息肉一般采用清肝利胆,软坚散结之法治疗,取得了满意的疗效。左道奇和聂立静^[15]以传统中医理论为基础,以现代西医学的诊断、生理、病理、解剖、病原微生物学为指导,探索了纯中医中药治疗胆囊息肉的新方法。

4 胆囊息肉治疗的前景展望

胆囊息肉作为一种胆道系统的常见病,占所有人群的 5% 左右,胆囊息肉多为良性病变,癌变及有癌变倾向的为 6% 左右。除了我国传统中医治疗的方法外,在西医治疗方法中,有传统的胆囊切除术的多种治疗术式——开腹(下转第 1855 页)

combinant human procalcitonin on phagocytic and candidacidal ability of polymorphonuclear leukocytes and on killing mechanisms of serum and blood against bacteria *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli* [J]. *Vnitr Lek*, 2005, 51(12): 1365-1370.

[4] Schuetz P, Mueller B, Trampuz A. Serum procalcitonin for discrimination of blood contamination from bloodstream infection due to coagulase-negative staphylococci [J]. *Infection*, 2007, 35(5): 352-355.

[5] 李玖军, 张涛. C 反应蛋白及降钙素原在小儿脓毒症血流感染及其他部位感染性疾病中的诊断价值 [J]. *中国当代儿科杂志*, 2013, 15(3): 212-215.

[6] 张洪涛, 邵彬, 麻宏亮, 等. 降钙素原在恶性血液病发热中的诊断价值 [J]. *临床肿瘤学杂志*, 2008, 13(12): 1099-1104.

[7] 陆粤就, 陆森. 降钙素原在非中性粒细胞减少肿瘤发热患者中的应用研究 [J]. *中国当代医药*, 2013, 20(15): 51-52.

[8] 郑文亮, 任丽娟. 血液降钙素原与儿童败血症的相关性研究 [J]. *检验医学与临床*, 2011, 8(5): 558-559.

[9] 任艳丽, 杨长仪, 陈涵强. 降钙素原诊断新生儿败血症的临床价值 [J]. *中国新生儿科杂志*, 2009, 24(6): 335-338.

[10] 彭运生, 万胜明, 吴建曾, 等. 血清降钙素原检测对新生儿败血症的临床诊断价值及分析 [J]. *中国实验诊断学*, 2007, 11(11): 1481-1482.

[11] 冯亚群, 胡祥华, 梁亚勇. 联合检测降钙素原和超敏 C 反应蛋白对新生儿败血症早期诊断的临床价值 [J]. *实用医学杂志*, 2010, 26(9): 1582-1584.

[12] 蒋贤高, 汪晓波, 王仁数. 脓毒血症患者监测血清降钙素原、C 反应蛋白的临床意义 [J]. *中国呼吸与危重监护杂志*, 2009, 8(5): 429-431.

[13] 邢豫宾, 戴路明, 赵芝焕, 等. 血清降钙素原和常用炎症指标结合 SOFA 评分对脓毒症早期诊断和预后价值的评价 [J]. *中国危重病急救医学*, 2008, 20(1): 23-28.

[14] Azevedo JR, Torres OJ, Czecko NG, et al. Procalcitonin as a prognostic biomarker of severe sepsis and septic shock [J]. *Rev Col Bras Cir*, 2012, 39(6): 456-461.

[15] 伍方红, 许得泽, 韦继政, 等. 降钙素原及 C 反应蛋白检测在术后重度脓毒血症患者预后判断中的意义 [J]. *广东医学*, 2013, 34(9): 1369-1371.

[16] 葛小丽, 孙海斌, 陈洪敏. 血清降钙素原对新生儿脓毒血症预后的预测价值 [J]. *临床儿科杂志*, 2012, 30(10): 953-956.

[17] 王优, 庞国象, 苏赞彩, 等. 新生儿严重细菌感染血浆降钙素原与 CRP 和 IL-6 临床价值对比研究 [J]. *中国免疫学杂志*, 2005, 21(10): 790-792.

[18] 刘年开, 黄英, 肖茂良, 等. 降钙素原在非中性粒细胞减少肿瘤发热患者中的临床应用 [J]. *中国医药指南*, 2012, 10(32): 413-414.

[19] Soni NJ, Samson DJ, Galaydick JL, et al. Procalcitonin-guided antibiotic therapy: a systematic review and meta-analysis [J]. *J Hosp Med*, 2013, 8(9): 530-540.

(收稿日期: 2013-10-02 修回日期: 2014-02-20)

(上接第 1852 页)

胆囊切除术、LC、小切口胆囊切除术, 患者失去了胆囊, 改变了胆汁代谢的生理过程。对于功能正常的胆囊为良性息肉而被切除未免可惜。同时, 胆囊切除术的不良反应或并发症亦应引起术者的高度重视, 因此越来越多的学者认为 PLG 手术应持慎重态度。随着影像学的发展和现代医疗手段的发展, 对胆囊息肉诊断的准确性与早期发现, 开展微创保胆息肉切除术的方法不仅安全、创伤小, 又保留了有功能的胆囊, 避免了胆囊切除术引起的不良影响, 是 PLG 患者的又一选择。

参考文献

[1] 吴孟超, 吴在德, 黄家驷. 外科学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1820-1821.

[2] 刘英, 刘勇, 张立华. 彩色多普勒超声检查诊断胆囊息肉样病变的价值分析 [J]. *实用肝脏病杂志*, 2012, 15(1): 65-66.

[3] 高汝晏. 小切口胆囊切除术治疗胆囊息肉的临床观察 [J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2011, 32(17): 2780-2781.

[4] 梁力建, 韩雨生. 肝胆管残余结石的诊断方法及治疗选择 [J]. *中国实用外科杂志*, 2000, 20(9): 520-521.

[5] 郑民华. 中国腹腔镜外科的现状与进展 [J]. *中华腹腔镜外科杂志*: 电子版, 2010, 3(1): 1-6.

[6] 王秋生. 胆囊息肉样病变的诊治策略 [J]. *外科理论与实践*, 2005, 10(4): 312-314.

[7] 翟喜超, 庞少军, 陈峰, 等. 微创保胆息肉摘除活检术的临床价值 [J]. *中华腹腔镜外科杂志*: 电子版, 2011, 4(4): 297-

300.

[8] 张东, 周仁鸥, 冯德元, 等. 腹腔镜联合胆道镜保胆取石(息肉)术的临床分析(附 1 006 例报告) [J]. *腹腔镜外科杂志*, 2012, 17(12): 923-927.

[9] 饶洪兴. 新式硬性胆道镜微创保胆取石(息肉)术的治疗效果观察 [J]. *中国现代药物应用*, 2012, 6(11): 30-31.

[10] Kwon W, Jang JY, Lee SE, et al. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder Cancer [J]. *J Korean Med Sci*, 2009, 24(3): 481-487.

[11] Ito H, Hann LE, D'angelica M, et al. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and follow up [J]. *J Am Coll Surg*, 2009, 208(4): 570-575.

[12] Tsuji S, Sofuni A, Moriyasu F, et al. Contrast-enhanced ultrasonography in the diagnosis of gallbladder disease [J]. *Hepatogastroenterology*, 2012, 59(114): 336-340.

[13] Fang X, Gupta N, Shen SS, et al. Intraluminal polypoid metastasis of renal cell carcinoma in gallbladder mimicking gallbladder polyp [J]. *Arch Pathol Lab Med*, 2010, 134(7): 1003-1009.

[14] 刘学农, 王志杰. 温化痰饮法治疗胆囊息肉的心得体会 [J]. *内蒙古中医药*, 2011, 30(3): 53.

[15] 左道奇, 聂立静. 自拟消息胆宁丸治疗胆囊息肉 46 例疗效观察 [J]. *中医临床研究*, 2011, 3(15): 47-48.

(收稿日期: 2013-09-15 修回日期: 2014-02-22)