

# 胆囊息肉样变预测定性诊断的临床意义

杜运生, 赵志华, 史美媛, 李晓青, 秦玉霞, 郭美锐, 郭振武

杜运生, 史美媛, 郭振武, 唐山市开滦总医院肝胆外科 河北省唐山市 063000  
赵志华, 唐山市人民医院B超室 河北省唐山市 063001  
李晓青, 唐山市开滦总医院B超室 河北省唐山市 063000  
秦玉霞, 郭美锐, 唐山市开滦总医院病理科 河北省唐山市 063000  
通讯作者: 杜运生, 063000, 河北省唐山市新华东道, 唐山市开滦总医院肝胆外科, duyunsheng1958@163.com  
电话: 0315-2850699 传真: 0315-2850615  
收稿日期: 2005-04-07 接受日期: 2005-04-09

## 摘要

**目的:** 研究胆囊息肉样病变预测定性诊断对治疗的临床价值。

**方法:** 对胆囊息肉样病变采用B超检查进行多因素公式预测定性诊断, 并分别采用中西医结合非手术与手术治疗。手术治疗161例和预测定性良性非手术治疗的67例, 进行前瞻检验和远期随访。

**结果:** 判别公式  $D < 2.5$  为恶性,  $D < 0$  为良性,  $0 < D < 2.5$  为癌危息肉。前瞻和回顾性检验符合率91.2%和93.3%, 无胆囊癌漏诊。对胆囊息肉定性准确性97.1%, 特异性91.3%。定性为良性的中西医结合治疗有效率58%, 远期随访未见恶变。术前定性选择治疗的生存质量和预后优于对照组 ( $P < 0.01$ )。

**结论:** 判别公式用于对胆囊息肉样病变的预测定性诊断, 有可操作性和较高准确性, 用以选择治疗方法, 可提高远期疗效和生存质量。

杜运生, 赵志华, 史美媛, 李晓青, 秦玉霞, 郭美锐, 郭振武. 胆囊息肉样变预测定性诊断的临床意义. 世界华人消化杂志 2005;13(12):1467-1469  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1467.asp>

## 0 引言

胆囊息肉样变是胆囊黏膜局限性隆起病变的统称, 90-98%的早期胆囊癌及胆囊癌前病变表现为息肉型混杂其中<sup>[1]</sup>, 术前定性诊断是发现早期胆囊癌的关键, 但由于胆囊息肉

取活检的危险和困难, 至今这一难题仍未解决。为了探讨预测定性诊断方法, 我院在15 a前经多因素分析拟定了判别公式, 随后进行了前瞻性研究, 报告我院1986-11/1998-12预测定性诊断的228, 其中经手术病理证实的胆囊息肉样变161例, 预测定性为良性非手术治疗观察随访6-15 a的67例, 以探讨术前预测病理诊断并治疗对预后的影响。

## 1 材料和方法

**1.1 材料** 手术组: 病理证实的胆囊息肉161例, 男88例, 女73例, 年龄18-70(平均43)岁, 病理类型: 腺瘤型25例, 胆囊癌10例, 胆固醇型58例, 腺肌瘤24例, 炎性息肉22例, 腺瘤样增生型15例, 其他7例。非手术治疗组: 67例(均为量化定性为良性者), 男32例, 女35例, 年龄25-72(平均44.5)岁。

**1.2 方法** 手术和病理证实的161例B超检查, 息肉大小3-25 mm, 其中癌和癌危病变35例, 良性126例, 其中10例并结石(表1)。同期B超诊断胆囊息肉956例, 其中判别诊断公式定性为良性选择非手术治疗67例与未定性的60例, 息肉3-10 mm, 进行6-15 a B超随访。胆囊息肉判别诊断公式  $D = 0.02 \times \text{年龄} + 0.3X_1 + 0.9X_2 + 0.15X_3 - 5.5$ 。其中  $X_1$  为病变部位: 颈3、体2、底1(选1个);  $X_2$  为病变B超积分: 边缘不光滑1, 中回声1, 低回声2, 宽蒂1, 基底胆囊壁增厚2, 单发1。  $X_3$  为病变大小(mm)。  $D < 0$  为良性,  $D < 2.5$  为恶性,  $0 < D < 2.5$  为癌危息肉。对我院病理证实的161例, 其中104例回顾性检验(表2), 57例前瞻性检验(表3)。用判别公式前瞻性检验定性为良性的67例非手术治疗, 随机对照组非手术治疗60例回顾性检验。

**统计学处理** 数据均采用均数±标准差形式, Micro-

表1 胆囊息肉样变161例手术后病理与B超对照

病理	n	回声			边缘不光滑	单发	基底宽	近颈部
		强	中	低				
腺瘤型	25	0	22	3	11	17	13	15
胆囊癌	10	0	4	6	10	10	9	6
胆固醇型	58	37	21	0	20	25	2	4
腺肌瘤	24	6	18	0	2	9	16	0
炎性息肉	22	3	19	0	10	16	3	1
腺样增生	15	4	11	0	0	5	2	2
其他	7	0	7	0	0	5	0	1

soft Excel 2000 统计软件进行  $t$  检验,  $P < 0.05$  为差异显著,  $P < 0.01$  为差异非常显著。

表2 回顾性检验 104 例与手术后病理对照

病理	<i>n</i>	伴结石	伴腹痛	D 符合
腺瘤型	13	1	6	13
胆囊癌	4	1	2	4
胆固醇型	43	1	15	43
腺肌瘤	13	1	6	11
炎性息肉	13	0	10	10
腺样增生	11	0	3	11
其他	7	1	1	5

表3 前瞻性检验 57 例与手术后病理对照

病理	<i>n</i>	伴结石	伴腹痛	D 符合
腺瘤	12	1	5	11
胆囊癌	6	2	3	6
胆固醇型	15	1	8	14
腺肌瘤	11	0	4	9
炎性息肉	9	1	9	8
腺样增生	4	0	2	4

## 2 结果

2.1 判别公式与临床分型 对我院161例判别公式定性和病理对照结果, 其中104例回顾性检验符合率93.3%(97/104), 57例前瞻性检验符合率91.2%(52/57), 无癌漏诊, 判别公式对癌危息肉预测定性诊断的准确性97.1%, 特异性91.3%。我院161例临床分型: 腺瘤型25例, 胆囊癌10例, 胆固醇型58例, 腺肌瘤型24, 非肿瘤增生型44例。

2.2 治疗与随访 用判别公式前瞻定性治疗组124例与对照组164例比较, 年龄、性别、术前状况的差异无显著意义( $P > 0.1$ )。治疗随访6-15 a, 经判别公式定性为良性的67例行中西医结合治疗, 1 mo 息肉消失13例, 半年以上息肉减少或变小的26例, 有效率58%, 症状消失86%, 未见恶变。对照组非手术的60例, 息肉缩小14例, 有效率23%, 息肉增大21例, 1例恶变延误治疗。用判别公式前瞻定性组和随机对照治疗组比较, 生存质量和预后, 差异具有非常显著意义( $P < 0.01$ )。

## 3 讨论

目前研究已证实腺瘤是癌前病变, 恶变率30%左右<sup>[2-3]</sup>。B超常有均匀中低回声, 边缘不光滑, 基底宽, 单发多见, 多大于10 mm, 接近颈部较多。一般判别公式  $D = 0-2.5$  占94%, 应选择手术治疗。原发胆囊癌的治疗5 a 生存率 $< 5\%$ <sup>[4]</sup>, 早期胆囊癌术后5 a 生存率几乎100%, B超多为低回声, 边缘不光滑, 基底胆囊壁增厚, 常单发, 接近胆囊颈部较多<sup>[2, 5]</sup>, 几乎都大于10 mm,

胆囊结石10 a 以上出现息肉者癌可能性大, 本组3例胆囊结石10-12 a 出现息肉者2例是胆囊癌, 胆囊癌判别公式积分一般 $D > 2.5$ , 应手术治疗。胆固醇型与胆固醇代谢失调有关, 至今未见发生恶变。B超常为强回声光点, 细蒂, 体部多见, 多发等特点, 一般 $D < -2$ , 用消炎利胆中药治疗有效, 应首选非手术治疗。腺肌瘤型有恶变的报告<sup>[6]</sup>, 节段型腺肌瘤可发生恶变, 息肉型腺肌瘤恶变少见, B超多为均匀中回声, 体积较大, 多位于胆囊底部, 黏膜光滑, 一般 $1 > D > -2$  当可疑有癌危倾向者应手术治疗。非肿瘤增生型中炎性息肉和腺瘤样增生未见恶变, B超多为均匀强回声, 体积较小, 常位于体部, 一般 $D < 0$ , 可长期观察。以上分型在临床预测病理与选择治疗方面有可行性和实用性。

由于一些人对胆囊息肉恶变的恐惧, 临床和文献报告有过多行胆囊切除的倾向<sup>[6-7]</sup>, 并带来一些并发症。而有些恐惧手术者又易延误治疗发生恶变<sup>[7]</sup>, 本组随机观察的60例就有1例恶变者。多数文献报道年龄 $> 50$ 岁、单发、病变 $> 1$  cm 主张手术<sup>[8]</sup>, 但仍有一些癌和癌危息肉漏诊。癌危息肉主要指腺瘤、少数增生活跃的腺肌瘤。目前公认胆囊癌愈后不良, 仅有20-30%根治切除<sup>[9]</sup>, 盲目恐惧逃避手术者会发生恶变延误治疗, 放宽手术会带来不必要的损伤和并发症。临床观察胆固醇性息肉、炎性息肉中西药物治疗疗效较好。为了克服临床手术的盲目性和随意延误治疗, 为了满足中西医结合对临床诊断深化的要求, 都非常有必要早期定性诊断。胆囊是维护胆道正常生理的重要组成部分, 胆囊切除后会造成胆道的病理生理紊乱。现代医学要求人体器官的完整性, 修复替代外科、中西医结合蓬勃发展, 现已不是随意切除脏器的时代, 如非绝对适应证, 应尽量避免行胆囊切除<sup>[10]</sup>。判别公式在预测定性诊断中的可操作性和较高准确性, 为临床预测定性诊断提供了依据, 对判别为良性病变超声随诊观察息肉变化, 有利于发现个别遗漏的癌危息肉。最近有报道超声诊断技术的提高对临床治疗方案的制定有重要价值<sup>[11]</sup>, 通过超声再综合多维因素, 用判别公式预测定性诊断, 为正确选择治疗方案提供了便利条件, 具有实用性、科学性和临床应用价值。治疗标准为: (1)  $D < 0$  定为良性首选非手术治疗, 并3 mo 随访观察; (2)  $D > 0$  定为癌危息肉或胆囊癌应行胆囊切除; (3)  $D < 0$  的10 mm 以上的胆囊息肉, 有症状, 胆囊功能良好, 可行单纯息肉摘除; (4)  $D < 0$  胆囊息肉合并大结石行胆囊切除, 胆囊息肉合并泥沙样结石可中西医结合治疗。

## 4 参考文献

- 1 杜运生, 郭振武, 郭美瑞, 王爱丽, 秦玉霞, 赵印, 李晓青. 胆囊息肉样病变的分型病理与外科治疗分析(附102例报告). 中国实用外科杂志 1995;15:35-36
- 2 Terzi C, Sokmen S, Secdin S, Albayrak L, Ugurlu M. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. Surgery 2000;127:622-627
- 3 韦军民, 陈剑, 谢东辉, 吴安任, 刘向伟. 胆囊息肉样病变的诊断

- 与处理(附116例分析). 肝胆胰外科杂志 1997;9:32-33
- 4 张成裕, 刘恕, 罗学宏. 原发性胆囊癌误诊31例分析报告. 中国实用外科杂志 1995;15:43-44
- 5 夏旭东, 江春平. 胆囊息肉样病变临床病理与癌变关系的探讨. 现代中西医结合杂志 2003;23:2533-2534
- 6 邬剑华, 唐一帆, 蔡瑞. 胆囊息肉样病变338例临床病理分析. 肝胆胰外科杂志 1999;11:13-15
- 7 毕晓峰, 施宝民, 穆庆岭. 胆囊息肉样病变与早期胆囊癌. 山东医药 2004;44:56-57
- 8 王向昱, 郑志强, 林胜章, 陈聪. 胆囊息肉样病变的临床病理与手术适应证. 中华普通外科杂志 2003;18:49
- 9 陈翔. 原发性胆囊癌的早期诊断与外科治疗. 中国肿瘤临床与康复 2004;11:59-60
- 10 李健, 周大桥, 王天星, 郑绍文, 卢育才, 黄明河. 微创保胆内镜息肉摘除术加中药治疗胆囊息肉的初步观察. 湖北中医杂志 2003;25:24-25
- 11 赵巧玲, 石景森, 尹益民, 艾红. 胆囊息肉样病变的超声图像分析. 肝胆外科杂志 2004;12:178-180

编辑 潘伯荣 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 细菌性肝脓肿合并糖尿病 48 例

姜海琼, 王兴鹏

姜海琼, 王兴鹏, 上海市第一人民医院消化内科 上海市 200080  
通讯作者: 姜海琼, 200080, 上海市武进路85号, 上海市第一人民医院消化内科. jianghaiqiong@medmail.com.cn  
电话: 021-63240090-3141  
收稿日期: 2005-03-07 接受日期: 2005-04-13

### 摘要

**目的:** 分析细菌性肝脓肿合并糖尿病的病因、临床特点、诊治及转归。

**方法:** 采用回顾性调查, 分析我院确诊的48例细菌性肝脓肿合并糖尿病的病因、所伴随的基础疾病、临床特征、诊治及转归。

**结果:** 细菌性肝脓肿合并糖尿病多见于男性, 以右叶(70.8%)及多发(75.0%)为最常见, 临床表现并不典型, 所有病例均运用有效抗生素控制炎症及用胰岛素控制血糖, 本组19例(39.6%)及时行B超或CT引导下的穿刺抽脓或置管引流。本组2例(4.2%)死因为感染及多脏器功能衰竭。

**结论:** 细菌性肝脓肿合并糖尿病的临床表现并不典型, 诊断较为困难, 对糖尿病伴发热者应高度重视, 控制血糖, 及时治疗胆系感染是预防本病发生的重要措施。

姜海琼, 王兴鹏. 细菌性肝脓肿合并糖尿病 48 例. 世界华人消化杂志 2005; 13(12):1469-1471  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1469.asp>

### 0 引言

糖尿病合并感染临床多见, 但并发深部感染如细菌性肝脓肿则相对少见, 是消化系统严重的感染性疾病之一, 在临床上多属急诊、重症, 且临床表现往往不典型, 容

易导致漏诊和误诊<sup>[1]</sup>。为加强对本病的认识, 进一步探讨本病的临床特征及诊治, 现将我院1998-01/2004-06共收治的48例细菌性肝脓肿合并糖尿病的临床特征及诊治等方面作一系统分析。

### 1 材料和方法

1.1 材料 48例中, 男31例(64.6%), 女17例(35.4%)。年龄48-81岁, 平均65.5岁。所有病例均经B超或CT、MRI检查。脓腔大小 $1.2 \times 1.1$  cm- $19.6 \times 16.2$  cm。本组病例肝脓肿的分布见表1。糖尿病状况如下: 48例按WHO诊断标准均为2型糖尿病, 其中发病前明确有糖尿病者40例(83.3%), 病程5.1-20.3 a, 平均11.5 a, 8例在肝脓肿发病后才明确有糖尿病。发病前空腹血糖值8.8-19.6 mmol/L, 平均为13.6 mmol/L, 糖化血红蛋白(HbA<sub>1c</sub>)值7.4-13.1%, 平均为9.5%, 发病后血糖值11.2-29.5 mmol/L, 平均为16.8 mmol/L, 其中12例合并有酮症酸中毒, 4例合并有非酮症高渗综合征(共占33.3%)。有糖尿病慢性并发症者36例(75.0%), 其中糖尿病神经病变20例(41.7%), 糖尿病肾病15例(31.3%), 糖尿病视网膜病变12例(25.0%), 伴高血压、冠心病者26例(54.2%)。

表1 48例细菌性肝脓肿的分布

	脓肿部位			多发	单发
	肝左叶	肝右叶	双叶		
n	8	34	6	36	12
百分比(%)	16.7	70.8	12.5	75.0	25.0