

胆囊结核的研究进展

舒德军, 彭慈军, 张乔, 梅永, 李伟男, 李雄雄

■背景资料

胆囊结核是一种临床罕见的胆囊慢性特异性感染性疾病, 属肺外结核的一种, 临床表现缺乏特异性, 主要需要与胆囊癌、黄色肉芽肿性胆囊炎等具有相似影像学特征的疾病鉴别, 一旦确诊或考虑本病, 以胆囊切除为主的标准化抗结核治疗可获得良好的临床效果。

舒德军, 彭慈军, 张乔, 梅永, 李伟男, 李雄雄, 遵义医学院附属医院肝胆外科 贵州省遵义市 563003

舒德军, 在读硕士, 主要从事肝脏病方面研究。

作者贡献分布: 本文撰写主要由舒德军完成; 张乔、梅永、李伟男及李雄雄共同参与文献检索及整理工作; 由彭慈军审校。

通讯作者: 彭慈军, 教授, 主任医师, 563003, 贵州省遵义市大连路201号, 遵义医学院附属医院肝胆外科。

doctorpengcijun@163.com

电话: 0851-28608244

收稿日期: 2014-11-05 修回日期: 2014-11-24

接受日期: 2014-12-05 在线出版日期: 2015-01-18

Research progress of gallbladder tuberculosis

De-Jun Shu, Ci-Jun Peng, Qiao Zhang, Yong Mei, Wei-Nan Li, Xiong-Xiong Li

De-Jun Shu, Ci-Jun Peng, Qiao Zhang, Yong Mei, Wei-Nan Li, Xiong-Xiong Li, Department of Hepatobiliary Surgery, Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Zunyi 563003, Guizhou Province, China

Correspondence to: Ci-Jun Peng, Professor, Chief Physician, Department of Hepatobiliary Surgery, Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, 201 Dalian Road, Zunyi 563003, Guizhou Province, China. doctorpengcijun@163.com
Received: 2014-11-05 Revised: 2014-11-24
Accepted: 2014-12-05 Published online: 2015-01-18

Abstract

Gallbladder tuberculosis (TB) is a form of extrapulmonary tuberculosis, and it is a rare chronic non-specific infectious disease. Gallbladder TB always appears in the context of gallbladder stones and cholecystitis. Gallbladder TB is a condition difficult to diagnose clinically and often has missed and delayed diagnosis. This paper reviews the progress in research of gallbladder TB in terms of its etiology, pathogenesis, type, diagnosis and differential diagnosis, misdiagnosis reasons and therapy.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Gallbladder TB; Tuberculum bacillus; Diagnosis; Treatment

Shu DJ, Peng CJ, Zhang Q, Mei Y, Li WN, Li XX. Research progress of gallbladder tuberculosis. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2015; 23(2): 210-213 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/210.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i2.210>

[wjgnet.com/1009-3079/23/210.asp](http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/210.asp) DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i2.210>

摘要

胆囊结核是胆囊慢性特异性感染性疾病, 临床上较为罕见, 属肺外结核的一种, 常与胆囊结石及胆囊炎并存, 在临床上诊断极为困难, 容易误诊、漏诊, 因此如何对其有效的早期诊断已成为近年来国内外研究的热点。本文就胆囊结核的病因、发病机制、类型、诊断与鉴别诊断、误诊原因以及治疗等方面的研究进展作一综述。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 胆囊结核; 结核杆菌; 诊断; 治疗

核心提示: 胆囊结核是一种临床罕见的胆囊慢性特异性感染性疾病, 属肺外结核的一种, 常无典型的临床表现, 影响学检查虽难以做到定性诊断, 但可为胆囊结核的诊断提供线索。在出现胆囊急性炎症合并其他全身中毒表现、血沉加快等情况时, 要认识到存在胆囊结核的可能。胆囊切除术后病理学检查仍是诊断胆囊结核的金标准。

舒德军, 彭慈军, 张乔, 梅永, 李伟男, 李雄雄. 胆囊结核的研究进展. 世界华人消化杂志 2015; 23(2): 210-213 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/210.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i2.210>

0 引言

经全国结核流行病学调查, 结核病的死亡居各种死因的第9位^[1]。胆囊结核是指胆囊壁存在结核病变或引流胆囊的淋巴结同时受累者^[2]。在肺外结核中, 胆囊结核在临床上极为罕见^[3], 该病常继发于身体其他部位的结核病变, 尤其是肺结核, 淋巴结结核^[4]。临床上主要为进行性加重的梗阻性黄疸^[5]。目前国外报道不超过50例^[6], 国内报道甚少, 小儿也有发病^[7], 均为个案报道。由于其缺乏典型的临床表现, 很容易被临床医生所忽视, 甚至很多被误诊为胆囊的恶性肿瘤, 最终通过术后病理切片才能明确诊断^[8]。目前对该病

■同行评议者

汤朝晖, 副主任医师, 上海交大医学院附属新华医院普外科

缺乏足够的认识, 临床诊断有一定的困难, 极易误诊、漏诊。本文就胆囊结核的研究进展及相关问题作如下概述。

1 病因及发病机制

胆囊结核在临床中罕见, 常与胆囊结石并存, 提示胆囊结石及其导致的胆囊炎症在胆囊结核的发生中具有重要作用^[9], 个别与肝结核并存^[10]。大多是由体内其他部位结核病灶的结核杆菌通过血液传播侵入胆囊在黏膜层形成干酪样病灶^[11], 可多年不发病, 在碱性的胆汁环境中, 结核杆菌不易生长^[12], 其原因是含高浓度胆酸的胆汁具有抑制结核杆菌生长的作用, 当胆囊结石及胆囊炎症对胆囊黏膜和胆囊壁的损伤, 导致胆囊的抑菌能力下降, 局部病灶再度活动进展引起胆囊结核^[13,14]。免疫系统良好的人群, 一般会通过自身免疫而不发生胆囊结核, 相对于免疫系统功能障碍的患者, 患胆囊结核的概率增加^[15]。综合国内外文献, 胆囊结核的发生可能是由于原发综合征早期血行播散、原发阶段早期血行播散灶因机体抵抗力降低再度活动、后期血行播散或局部病灶的直接感染^[16]。其发病初期黏膜充血、水肿, 形成结核结节, 继之发生结核性溃疡、肉芽肿、纤维化。严重时侵及肌层, 发生广泛纤维组织增生和瘢痕形成^[17]。

2 临床分型及意义

目前国内外对胆囊结核的病理分型尚无统一的标准。李学信等^[18]报道胆囊结核的病理可分为两型: (1)慢性溃疡型: 来源于腹腔其他部位隐性感染灶经淋巴播散而致; (2)急性型: 由血型播散而致, 常伴有全身或粟粒性结核。胆囊结核根据结核杆菌感染胆囊的同时是否伴有胆囊外结核分为原发性胆囊结核和继发性胆囊结核, 原发性胆囊结核极为少见^[19], 大多由体内其他部位的结核杆菌经血液循环侵及胆囊壁黏膜层形成干酪样坏死病灶, 破溃后形成结核性溃疡, 引起胆囊周围结核性脓肿及网膜包裹黏连, 下行侵及胆总管、胰腺、十二指肠等, 逆行导致肝结核。继发性胆囊结核则多由肠管自行吸收结核杆菌引起感染, 当表现为淋巴结结核时, 主要在肠系膜、小网膜及腹膜后L2以上区域淋巴结引起肿大^[20]。

3 诊断与鉴别诊断

由于胆囊结核临床表现及影像学检查与慢性胆囊炎相似, 临床上缺乏典型症状与体征以及

特异性检查方法, 术前难于诊断^[21], 为了早期诊断胆囊结核, Raja等^[22]研究表明, 免疫球蛋白G(immune globulin G, IgG)、IgA、IgM水平的变化在肺结核的敏感性分别为62%、52%、11%, 特异性分别为100%、97%、95%。同时进行痰培养、结核菌素实验及肺部的影像学检查可以为胆囊结核诊断提供辅助资料。B超和计算机断层扫描(computed tomography, CT)对胆囊结核无定性诊断价值, 致本病临床诊断较困难^[23], 易误诊、漏诊, 其主要需要与胆囊癌、黄色肉芽肿性胆囊炎等具有相似影像学特征的疾病鉴别^[24,25]。胆囊结核早期声像图可无明显异常, 也可仅为胆囊壁轻度增厚毛糙^[26]。当胆囊壁发生结核性溃疡、纤维组织增生后, 表现为囊内新生物^[27], 胆囊壁不均匀性增厚, 回声增强, 内膜不光整, 如出现肉芽肿时, 可见胆囊壁呈占位性病变, 对诊断尚有帮助, 但难以做到定性诊断, 往往被误诊为胆囊癌。而CT检查对三者的鉴别至关重要。胆囊结核表现为胆囊壁增厚或局部隆起性病变, 呈均匀或略低密度影, 有黏连倾向, 合并淋巴结内干酪样坏死时^[28], 增强CT扫描病灶可见多环状不均匀强化, 腹膜后淋巴结可肿大。胆囊癌早期无特殊症状和体征^[29], CT检查仅能发现一些晚期的征象, 表现为胆囊壁不均匀增厚, 呈低密度影, 增强CT扫描病灶可见不均匀强化, 腹膜后淋巴结可肿大, 且恶性程度高, 较早就发生肝内转移, 且肿瘤芯片检查大多异常。黄色肉芽肿性胆囊炎是结石所致的梗阻造成胆囊黏膜溃疡形成、罗阿窦破裂, 致胆汁渗入胆囊壁引起组织细胞的增生性反应^[30], CT检查见增厚的胆囊壁内低密度结节, 增强扫描为典型的夹心饼干征, 以及完整的胆囊黏膜线是提示黄色肉芽肿性胆囊炎诊断的重要征象^[31], 一般无腹膜后淋巴结肿大。临床上胆囊结核、黄色肉芽肿性胆囊炎、胆囊癌难以鉴别, 当出现下列情况时应想到胆囊结核的可能^[6,32,33]: (1)临床上出现结核中毒症状, 诊断其他部位结核时, 同时出现胆囊病变; (2)虽无明显结核中毒症状, 但患者贫血, 查纯蛋白衍生物(purified protein derivative, PPD)阳性、红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)异常, 并且合并胆囊病变、胆囊壁增厚; (3)年龄大, 存在糖尿病等基础病, 影像学上表现为胆囊壁增厚或局部隆起性病变, 难以与胆囊癌鉴别, 且临床恶性肿瘤表现不典型时; (4)怀疑胆囊癌而无癌征体征且肿瘤标志物正常时。临床上有类似急性化脓性胆囊

■研究前沿

目前临床报道较少, 但有增多趋势, 究其原因与结核病的增加有关, 胆囊结核易被误诊, 往往需要术后病理学检查才可确诊, 可出现低热、盗汗、乏力、消瘦等结核中毒症状。

■相关报道

根据报道全球约有1/3的人曾受到结核分枝杆菌的感染, 我国结核病的死亡居各种死因的第9位。目前国内报道甚少, 小儿也有发病, 且均为个案报道。

■创新盘点

本研究对胆囊结核进行系统性总结,对指导临床运用具有一定价值,同时指出,定期体检及病因治疗是预防胆囊结核发生的关键,治疗上在手术切除、病理诊断明确情况下,重视结核的全面正规治疗在临床上可获得良好效果。

炎表现,怀疑本病者,可选用超声引导下经皮胆囊穿刺活检或经腹腔镜直视下胆囊穿刺活检,可提高确诊率^[34]。术中冰冻检查可提升对病变良恶性的判断,但胆囊切除术后病理学检查仍是诊断胆囊结核的金标准,可发现特征性的结核病理变化和抗酸杆菌^[35]。

4 误诊原因

胆囊结核临床少见,临床表现缺乏特异性,误诊率较高,临床诊断十分困难^[36],分析其原因主要有:(1)长时间不发病,结核中毒症状不明显,无恶病质表现;(2)胆囊结核临床少见,缺乏典型的临床症状;(3)临床医师对胆囊结核认识不足,易被忽视;(4)胆囊结核常合并结石性胆囊炎,致使胆流受阻并非特异性感染,表现为腹痛、寒战、高热,掩盖了结核中毒症状,导致术前漏诊^[37];(5)一般认为结核是贫穷和体虚者所患疾病,因此对原来健康和经济富裕者很难想到患结核的可能^[38];(6)对于难以与胆囊癌、黄色肉芽肿性胆囊炎鉴别的病例,临床缺乏特异性诊断方法。因此,对于临床医生而言,我们有必要提高对胆囊结核的认识,在出现胆囊急慢性炎症合并其他全身中毒表现、血沉加快等情况时,要认识到存在胆囊结核的可能性,并进一步检查,提高初诊确诊率。综合国内外文献^[39-44],胆囊结核的主要特点是:(1)好发于青年女性,临床表现与急慢性胆囊炎相似,体征为右上腹部痛性肿块,可合并结核中毒症状;(2)有结核病史,实验室检查有贫血,血沉快,PPD皮试阳性;(3)CT发现胆囊病变的同时能见特征性结核性淋巴肿大;(4)胆囊有慢性炎症改变,既往或现在体内其他部位存在结核病灶;(5)术前难以确诊,术后通过组织学检查得以诊断;(6)术后抗结核治疗效果良好。

5 治疗

胆囊结核是肺外结核的一种^[45],胆囊切除及全身抗结核药物治疗是胆囊结核的治疗原则^[46]。胆囊结核一经确诊,均应采用标准化的抗结核治疗,治疗期间应密切随诊,定期监测肝、肾功、血沉,及时调整治疗方案。同时复查B超、胸片等了解本病是否彻底治愈及其他脏器有无发病情况^[47],均可获得良好的临床效果。手术的目的是尽量切除病灶,对临床高度怀疑的胆囊结核的病例,如无并存胆囊其他病变,可先行诊断性抗结核治疗。如并存胆囊结石,依患者身体状况、

临床症状的轻重决定手术与抗结核治疗的先后。无论有无胆囊结石,一旦难以与胆囊癌相鉴别时,在宁可误诊也不放过胆囊癌的心理作用下^[48],建议无手术禁忌的患者一经发现立即行手术治疗,术后常规送病理检查,诊断明确后进行正规的抗结核治疗^[49]。

6 结论

总之,胆囊结核发病机理较为复杂、无特殊的临床症状和体征,目前尚无明确的诊断标准和指南。为了避免误诊、漏诊,临床医师对每位患者行胸部X线确定有无陈旧性肺结核,了解患者有无结核中毒症状,同时结合影像学观察有无胆道梗阻及胆囊壁结节的情况对诊断胆囊结核起着至关重要的作用。定期体检及病因治疗是预防胆囊结核发生的关键,治疗上在手术切除、病理诊断明确情况下,重视结核的全面正规治疗在临床上可获得良好效果。

7 参考文献

- 1 朱洪江,舒德军,梅永,彭慈军.原发性肝结核瘤1例.中华肝脏病杂志 2014; 22: 128-129
- 2 范丽杉.胆囊结核穿孔1例.中国误诊学杂志 2010; 10: 3779
- 3 韩鹏,刘云霞,曲阳春,张孟超,郭建男.胆囊结核并胆囊结石一例.中华临床医师杂志 2013; 7: 227-228
- 4 王金银,王文芳.胆囊结核并结石穿孔1例报道.腹部外科杂志 1997; 10: 110
- 5 全冠民,王嗣伟.胆囊结核一例报告.医学影像学杂志 1996; 6: 208
- 6 Yu R, Liu Y. Gallbladder tuberculosis: case report. Chin Med J (Engl) 2002; 115: 1259-1261 [PMID: 12515279]
- 7 陈志远.小儿胆囊结核并胆囊结石1例.临床小儿外科杂志 2007; 6: 49
- 8 王晓琴,刘虎.胆囊结核伴胆囊结石1例报告.中国医药导刊 2013; 15: 1544
- 9 高国栋,王平,杨翀.胆囊结核一例.中华结核和呼吸杂志 2013; 36: 231-232
- 10 张鸿文,郭桂生.以黄疸为主要表现的肝、胆囊结核1例.中华肝胆外科杂志 2003; 9: 539
- 11 吴志霞,马义前,褚玉民.糖尿病并发胆囊结核、胆结石及肝脓肿1例报道.上海医学影像杂志 1993; 2: 21
- 12 何俊,汪成贵,胡应秀.原发性胆囊结核并胆囊结石1例.中国普通外科杂志 1997; 2: 96
- 13 Banerjee S, Sen S. Tuberculosis of the gall bladder. J Indian Med Assoc 2003; 101: 556-557 [PMID: 15168996]
- 14 Rouas L, Mansouri F, Jahid A, Zouaidia F, Saïdi H, Nabih N, Benabdellah M, Laraoui L, Mahassini N, Bernoussi Z, Elhachimi A. [Gallbladder tuberculosis associated with cholelithiasis]. Rev Med Liege 2003; 58: 757-760 [PMID: 14978850]
- 15 王伟,刘绪舜.胆囊结石合并胆囊结核及糖尿病一例.中华肝胆外科杂志 2005; 11: 355
- 16 张敦榕.现代结核病学.北京:人民军医出版社,2000: 300-400
- 17 肖群,张江南,张永模,邓小荣,万江萍.胆囊结石合并胆

■名词解释

红细胞沉降率:指红细胞在第一小时末下沉的距离表示红细胞的沉降速度,即血沉。

- 囊结核一例. 中华普通外科学文献(电子版) 2011; 5: 47
- 18 李学信, 李秀娟, 赵春山. 胆囊结核2例报告及文献复习. 中国综合临床医学 1994; 10: 329-330
 - 19 段建国, 刘长林, 陈勇. 胆囊结核一例. 中华放射学杂志 1992; 26: 379
 - 20 孙骏谟, 张在鹏, 涂珍珠. 本期读片窗答案. 临床放射学杂志 1999; 18: 390
 - 21 陈宏志, 王寿九. 术中内镜检查的临床应用. 江苏医药杂志 2000; 26: 59
 - 22 Raja A, Uma Devi KR, Ramalingam B, Brennan PJ. Immunoglobulin G, A, and M responses in serum and circulating immune complexes elicited by the 16-kilodalton antigen of Mycobacterium tuberculosis. *Clin Diagn Lab Immunol* 2002; 9: 308-312 [PMID: 11874868]
 - 23 陈宏志. 肝、胆囊结核误诊一例报告. 中华肝胆外科杂志 1998; 4: 262
 - 24 肖群, 张江南, 张永模, 邓小荣, 万红萍. 胆囊占位确认为胆囊结石合并胆囊结核1例. 实用临床医学 2011; 12: 48-51
 - 25 余日胜, 刘奕青, 章士正. 胆囊结核1例. 中华结核和呼吸杂志 2003; 26: 66
 - 26 宋戈萍, 崔玉敏, 高兴琳. 胆囊结核的超声表现. 中国超声医学杂志 2001; 17: 387
 - 27 张红梅, 黄晓玲. 超声对腹部结核的诊断价值. 临床超声医学杂志 2004; 6: 55
 - 28 劳群, 王朝明, 沙水泉, 姚素春. 颈淋巴结结核的CT诊断. 中国医学计算机成像杂志 1997; 3: 166-168
 - 29 章瑞萍, 温玲兰, 王英. 胆囊癌超声误诊21例分析. 中国误诊学杂志 2011; 11: 4294
 - 30 张弢, 王明亮, 臧璐, 陆爱国, 毛志海, 李健文, 董峰, 蒋渝, 郑民华. 黄色肉芽肿性胆囊炎74例诊治分析. 中国实用外科杂志 2007; 27: 549-550
 - 31 王伟忠, 刘文瑾. 黄色肉芽肿性胆囊炎CT诊断和误诊原因分析(附9例报告). 临床放射学杂志 2011; 30: 520-522
 - 32 Saluja SS, Ray S, Pal S, Kukeraja M, Srivastava DN, Sahni P, Chattopadhyay TK. Hepatobiliary and pancreatic tuberculosis: a two decade experience. *BMC Surg* 2007; 7: 10 [PMID: 17588265 DOI: 0.1186/1471-2482-7-10]
 - 33 吴文芳, 鲍岩, 杨冬艳. 胆囊结核误诊1例分析. 长春中医药大学学报 2013; 29: 158-159
 - 34 陈宏志, 庄永忠, 张斌. 肝胆结核1例. 海军医高专学报 1997; 19: 183
 - 35 姚宝珍, 吴建宏. 原发性胆囊结核二例误诊分析. 临床误诊误治 1996; 9: 48
 - 36 李亮成, 安子元, 赵忠忱, 李怀玉, 任志刚, 郭文栋, 宋顺录, 王华余, 王仲会, 李仲孝, 刘志发, 张正行, 牛冬花, 鲍洛文, 全玉湘, 朱丽明, 周育昌. 消化道结核29例分析. 实用内科杂志 1991; 11: 357-358
 - 37 陆卫军, 王光伟, 周亚龙, 王倩. 肝结核并胆囊结核一例. 中华肝胆外科杂志 2003; 9: 153
 - 38 钱祝银, 赵翰林. 腹腔脏器结核致阻塞性黄疸三例报告. 南京医科大学学报 1994; 14: 240-241
 - 39 蒋西华. 胆囊结核一例报告. 上海医学杂志 1982; 5: 243
 - 40 朴仁杰, 张金玉, 金美兰. 胃、胰腺、肝及胆囊结核误诊一例分析. 吉林医学杂志 1993; 14: 123-124
 - 41 杨志刚, 闵鹏秋, 何之彦, 周翔平, 缪竞陶. 腹腔和腹膜后间隙结核的CT表现及其病理基础. 中华放射学杂志 1996; 30: 155
 - 42 周亚魁, 阙存光, 易辛. 胆囊结核一例. 临床外科杂志 2000; 8: 27
 - 43 李铁民. 胆囊结核1例. 罕少疾病杂志 2000; 7: 20
 - 44 王琴, 刘云霞. 胆囊结核1例并文献复习. 临床肺科杂志 2005; 10: 547
 - 45 叶川. 胆囊结石伴胆囊结核1例. 贵阳医学院学报 2003; 28: 375
 - 46 杨书忠, 张凤学, 王充. 胆囊结核合并胆囊结石2例报告. 实用外科杂志 1991; 11: 665
 - 47 林震, 陈林昊. 胆道系统结核的诊疗分析. 福建医药杂志 2000; 22: 7-8
 - 48 郭曦, 唐继红, 付必莽, 董丽英, 唐波, 李春满, 胡明道, 张捷. 肝脏少见良性占位性病变45例. 世界华人消化杂志 2012; 20: 2724-2727
 - 49 温宁笑, 袁红梅, 张春蕾. 胆囊结石并胆囊结核1例. 现代诊断与治疗 2011; 22: 63

同行评价

胆囊结核临床较为罕见, 目前对胆囊结核的临床表现及治疗原则缺乏全面总结的文章, 对临床有一定的指导意义.

编辑: 韦元涛 电编: 闫晋利

