

# 60 例壶腹部恶性肿瘤的影像学分析

边国明

(浙江省杭州市萧山区第四人民医院 杭州 311225)

**摘要:**目的:探讨影像学方法在胆道壶腹部恶性肿瘤诊断方面的价值。方法:用回顾性研究的方法,搜集本院从 2003 年 2 月~2007 年 3 月间经病理确诊的壶腹部恶性肿瘤病人共 60 例, 研究分析 CT 影像学方法在这些病人诊断过程中的普及应用率及疾病的检出率。结果:我们把提示壶腹部占位的影像学印象作为检出的标准,CT 的应用率(100%)及检出率(90.0%)都较高,是良好的辅助手段。结论:壶腹部的恶性肿瘤由于其临床特征多变且出现较晚,早期诊断困难,需努力做到尽早诊断,争取手术时间和机会,改善病人的预后,提高生存率。

**关键词:**壶腹部恶性肿瘤;CT;诊断

**Abstract:**Objective:To evaluate the role of computed tomography (CT),in diagnosis of the duodenal ampulla cancer. Methods: compile the 60 patients diagnosed to bed uodenal ampulla cancer by pathology from Feb 2003 to Mar 2007 in our hospital to be retrospective study. Compare the pervasion rate and detection rate of CT in the diagnosis of these patients. Results: If we use “duodenal ampulla tumor” to be the standard imageology impress of detection, CT has both high pervasion rate (100%) and high detection rate (90.0%), so it is a favourable imaging examination. Conclusion: For the fickle clinical feature and late appearance, early diagnosis of duodenal ampulla cancer is hard. So we should use multiple imaging examinations and try our best to diagnose as early that strive the time and enhance to surgical intervention and than improve the prognosis and survival rate of the patients.

**Key words:**duodenal ampulla cancer;computed tomography(CT);diagnosis

中图分类号:R 735.31

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0046-02

壶腹部恶性肿瘤是指发生于十二指肠乳头内胆管、乳头内胰管、胆胰管壶腹或十二指肠大乳头区域的恶性肿瘤,以乳头状腺癌和管状腺癌为最多见。它构成壶腹部周围癌的一部分,其发生率占壶腹周围癌的 10%左右,明显低于胰头癌和胆管下端癌的发病率,如能早期诊断和合理治疗,其预后较胰头癌为好,切除率和 5 年生存率均可达 50%以上<sup>[1]</sup>。但是,由于壶腹部的恶性肿瘤患者早期可无明显症状,仅在发展到一定程度后才出现临床症状,且首发症状可以黄疸、上腹胀痛、黑便及贫血等多种方式出现,临床上因此延误诊疗者屡见不鲜,早期诊断相对困难。本组研究对我院自 2003 年 2 月~2007 年 3 月间诊治并经过病理确诊的壶腹部恶性肿瘤患者共 60 例,就其 CT 的影像学诊断的检出率及与病理的符合率进行分析。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 60 例病人中,男性 39 例,女性 21 例,男女比例大约为 1.8:1。年龄 32~72 岁,中位年龄 54 岁。其主要临床表现有无痛性梗阻性黄疸 55 例(91.67%),其中 3 例出现黄疸的波动(5.00%),上腹胀痛、饱胀不适者 31 例(51.67%),消瘦明显者(3 个月内体重下降达 3kg 以上者)10 例(16.67%),黑便及贫血 3 例(5.00%)。

1.2 影像学检查方法 使用仪器为 Siemens Somatom plus4 螺旋 CT 机及其配套的独立影像诊断工作站。扫描当日晨空腹,扫描前 15~30min 常规口服 1%泛影葡胺 600mL 或扫描前 10~20min 饮水 600mL 作为消化道对比剂;扫描范围取仰卧位,以剑突为标记“XY 线”,平扫从肝门水平至胰腺钩突以

下一层,至整个上腹部。动态增强扫描的静脉造影剂选用优维显 -300,剂量 100mL,使用高压注射器,注药流量 3mL/s。采用双期扫描,第一期造影剂开始注射后 25~35s,延迟期为注射后 60~70s,扫描范围与平扫相同。扫描层厚为 5mm,层间距 5mm,扫描速度 0.75s/层,条件为 120kV、200mA。病变采用软组织窗观察,窗宽 150~300Hu,窗位 30~50Hu。

## 2 结果

2.1 CT 结果 我们把提示壶腹部占位的影像学印象作为检出的标准,结果发现,在壶腹部肿瘤的影像学诊断中,其中提示“十二指肠乳头壶腹部可疑占位,肿瘤考虑”者 49 例(81.67%),伴其他脏器转移的患者 3 例(5.00%),提示“肝内外胆管、胆总管、胰管扩张,胆囊增大,胆囊结石,肝内外胆管结石”者 56 例(93.33%)。

2.2 病理结果 所有患者均有病理诊断且提示为壶腹部的恶性肿瘤。其中 10 例(16.67%)为 ERCP 下乳头部活检得到的病理诊断,而另外 50 例患者为接受了手术治疗(83.33%)后,术后组织送病理得到的病理诊断。病理报告中,中-低分化腺癌 21 例(35.00%),低分化腺癌 36 例(60.00%),伴淋巴结及其他脏器转移 3 例(5.00%)。

## 3 讨论

壶腹部的恶性肿瘤发病率在全球范围内呈上升趋势,总死亡率高居不下,被国外外科界列为“21 世纪的顽固堡垒”<sup>[2]</sup>。早期诊断、早期手术切除可直接影响病人的预后。Ariyama<sup>[3]</sup>报道,79 例局限在导管上皮内的微小癌(<1cm),术后 5 年生存率为 100%。该类肿瘤的肉眼形态大致可以分为肿瘤型(露

(3):25-26

[2] 林吉品. 论恶性肿瘤病人带瘤生存的临床意义 [J]. 光明中医, 1999,14(4): 11-12

[3] 刘帆. 四君子汤对晚期癌症患者生活质量的影响 [J]. 河南中医, 2006,26(4): 64

(收稿日期: 2008-07-16)

## 参考文献

[1]王克华,李秀华.扶正固本在肿瘤中的应用[J].中医药信息,2006,23

出型和非露出型)、混合型(肿瘤溃疡型和溃疡肿瘤型)、溃疡型和息肉型 4 类,60%的壶腹部恶性肿瘤为肿瘤型,露出型肿瘤及溃疡型肿瘤的诊断多无困难,但早期癌可局限在胆胰管壶腹,乳头黏膜正常,这就给早期诊断带来了困难<sup>[4]</sup>。而且,壶腹部的恶性肿瘤临床表现出现较晚,多在肿瘤发展到一定程度后才表现出来,而且临床表现多样,首发症状多以梗阻性黄疸为主,表现为皮肤巩膜黄染、皮肤瘙痒等,胆红素升高,且以直接胆红素升高为主,部分患者出现肝功能损害,转氨酶升高,白蛋白降低等。由于癌肿的破溃或脱落,胆道出口暂时通畅,所以可出现黄疸情况的波动,本组研究中有 1 例患者出现波动。除黄疸以外,患者还可以有上腹胀痛不适、乏力消瘦、黑便、贫血及上消化道梗阻等表现。由于临床表现的多变,我们在碰到类似病人的时候,需提高警惕,及早进行下一步的检查。近年来,血清学标志物等检查应用广泛,但 CT 影像学检查仍起着无法取代的重要作用。

CT 对恶性梗阻性黄疸的诊断和手术方式的选择有较高的价值,CT 能发现:(1)肝内胆管扩张或肝内部分胆管扩张;(2)胆树突中断;(3)中断部位占位性病变;(4)增强扫描时占位病变处出现不同程度强化。CT 对胆胰管十二指肠连接区肿瘤的显示与 CT 机器性能和扫描技术密切相关。曾蒙苏<sup>[5]</sup>等报道采用螺旋 CT 双期(动脉期和门脉期)薄层扫描可以显示胆总管癌病灶的特征性表现。CT 对壶腹部肿瘤的显示有赖于充分的胃肠道准备和薄层扫描技术,在十二指肠内水充盈满意的情况下,薄层扫描可显示十二指肠乳头部软组织充盈缺损,动脉期有一定强化。

CT 对于腹腔内实质性脏器的病变检出率较高,是临床应用较多的影像学手段。有人认为,CT 在对壶腹部肿瘤的诊断准确性上优于 PET 和 MRI,主张对于壶腹部肿瘤的患者,最初宜选择用 CT 检查<sup>[6]</sup>。如本组研究中,100%的病人选择了 CT 检查,而其中,几乎所有壶腹部恶性肿瘤的病人(93.33%) 在 CT 上有肝内外胆管扩张、胰管扩张、胆总管结石等相关表现,还有很大一部分病人(81.67%)在 CT 上即提示有壶腹部占位。

来源于壶腹部的恶性肿瘤与壶腹部周围癌如胰腺癌、胆管癌往往不易区别,而 CT 在分辨胰腺癌、胆管癌及壶腹部癌上也有一定的鉴别意义。壶腹部癌起源于十二指肠内段壶腹部的胆总管上皮,易向胆总管下端生长,CT 显示胰头下方层面的十二指肠降段内侧壁有局限性不规则充盈缺损,这是诊断壶腹部癌的可靠征象,发现十二指肠降段内缘肠壁增厚并与胰头粘连融合一起的要高度怀疑本病,胆总管扩张、胆囊(上接第 33 页)病理多为腰大肌、腰方肌纤维撕裂、痉挛、淤血肿胀。太阳膀胱经循腰部过臀部进入膈窝(委中穴),根据“经脉所过,主治所及”、“腰背委中求”的原则,穴位注射委中穴可激发经气。川芎嗪为中药川芎的提取物,作为一种新型的钙离子拮抗剂已广泛应用于临床,可活血、化瘀、止疼。地塞米松为糖皮质激素,直接用于神经干及其周围组织可减少渗出,抑制炎症和松解粘连,消炎止痛。654-2 不仅可以解除血管平滑肌痉挛,而且对全身平滑肌也有解痛作用,并且有改善组织灌流、营养肌肉神经的作用。将三种药物混合在一

增大、肝内胆管扩张也是本病的间接征象。而胰腺癌的特征之一是胰头钩突部组织肿块。由于胰腺癌属于少血管肿瘤,增强扫描时正常胰腺组织强化明显而肿瘤组织强化不明显,CT 上表现为胰头低密度肿块。特征之二是,胰腺癌常围管腔生长,易侵犯血管、胆管、胰管等管壁和管腔,侵犯周围血管时,早期使钩突部与肠系膜动、静脉之间的脂肪组织 CT 值明显高于其他部位的正常组织(如肠系膜脂肪),晚期则被血管包绕,形态不规则、不显影,侵犯胰腺和胆总管时则引起胰管和胆总管不同程度的狭窄和扩张。而胆管癌是起源于胆管上皮的恶性肿瘤,临床以肝门型多见,胰腺段胆管癌次之,早期肿瘤浸润胆管壁,导致管腔不规则狭窄,管壁局限性僵硬,或呈息肉乳头状突入管腔,CT 显示胰头段胆总管不规则狭窄或突入管腔内的乳头状结节影,狭窄上段胆总管扩张,但一般不造成胰管扩张,这一点有助于胰腺癌和壶腹部癌的鉴别诊断。而且对于存在其他脏器转移的壶腹部癌,CT 检查一目了然,有着其独有的优势。但是 CT 对于壶腹部恶性肿瘤的诊断,也需依赖肿瘤的大小,早期肿瘤不易被发现。而且 CT 也只能给予影像学印象,无法进行组织活检,不能给予病理确诊,诊断过程需要结合临床及其他诊断方法。

从本次研究的结果我们可以看出,壶腹部恶性肿瘤的 CT 诊断具有较大的临床价值。由于其临床特征多变且出现较晚,作为临床医生,对于该类疾病的高发人群,需提高警惕,早期进行进一步的检查,多种影像学方法相结合,辅以血清学标记物、生化全套等血液检查,努力做到尽早诊断,争取手术时间和机会,改善病人的预后,提高生存率。

#### 参考文献

- [1]Chen CH,Teng LJ,Yang CC,et al.The accuracy of endoscopic ultrasound, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, computed tomography, and transabdominal ultrasound in the detection and staging of primary ampullary tumors [J]. Hepatogastroenterology, 2001, 48(42): 1 750-1 753
- [2]唐伟东,沈洪薰,陈钟,等.胰头及壶腹周围肿块 274 例诊断分析[J].肝胆胰外科杂志,2005,17(4): 296-297
- [3]Arlyama.Detection and prognosis of small pancreatic ductal adenocarcinoma [J].Nippon Geke Gakkai Zasshi,1997, 98 (7): 572-576
- [4]张延龄.壶腹部肿瘤诊治现状[J].肝胆胰外科杂志, 2002, 10(3): 161-163
- [5]曾蒙苏,严福华.乳头型壶腹螺旋 CT 双期增强的表现[J].中华放射学杂志,2001, 35(4): 267-269
- [6]姜战武,童赛雄.梗阻性黄疸几种影像学诊断疗法的评价[J].中国普通外科杂志,2003, 12(8): 607

(收稿日期: 2008-03-07)

起治疗急性腰扭伤可加速止痛和促进功能恢复。穴位注射起到疏通经络、行气活血、镇痛解痉的作用,使得气血流通,营卫复常,疼痛缓解,症状消失。

穴位注射治疗急性腰扭伤是传统针刺手法和直接用药于局部两种方法相结合,较单纯针刺和单纯内服药物显效快。本方法既发挥了针刺穴位的作用,又使活血药物直接对病所发挥效应,促使经络疏通,同时节约了药物用量,提高了针刺效果。该方法操作简便,副作用少,见效快,病人易于接受,值得推广。

(收稿日期: 2008-05-08)