

(3)体表损伤轻而内脏损伤重。(4)体表损伤与内脏损伤部位不一致,且腹部症状不突出,延误了诊断^[4]。因此,要做到早期诊断,必须高度警惕有无十二指肠损伤可能。术前诊断有下列情形出现时,高度提示可能存在十二指肠损伤:(1)伤后右上腹疼痛,伴腹膜刺激征者;(2)腹腔穿刺及腹部灌洗抽出淡黄色混浊或胆汁性液体;(3)腹部平片如见到腰大肌轮廓模糊、右上腹腹膜后积气、十二指肠侧方和右肾轮廓显影提示十二指肠壁破裂。口服和静脉注射对比剂后 CT 检查,被认为是目前诊断十二指肠损伤最好的方法^[5]。

3.2 十二指肠损伤的治疗 无论是医源性十二指肠损伤,还是闭合性十二指肠损伤,十二指肠破裂的处理主要根据受伤的部位和大小、有无离断、全身情况而定。一般常用以下几种手术方式:(1)单纯缝合修补术。对于单发损伤、裂口小、估计缝合后无肠腔狭窄者,在清创后,可选用单纯缝合修补术。只要创缘血供良好,缝合无张力,远端无梗阻,术后肠瘘的发生率一般不会超过 10%。Behrman 等^[6]指出浆膜有封闭内脏穿孔的能力,可加强或支持缝合不够牢固的吻合口,注意要把胃管放在修补处以减压十二指肠,腹腔亦要留置引流管。本组有 9 例病例采用此术式。(2)十二指肠-空肠吻合术。适用于十二指肠多发性破裂、肠壁缺损大、裂口边缘组织有严重挫伤和水肿时,十二指肠空肠 Roux-en-Y 吻合术是目前修补十二指肠的简便可靠的方法之一。空肠血运好,与十二指肠吻合后容易愈合^[7],本组行此法 2 例,无肠瘘及吻合口狭窄,术后效果良好。除外十二指肠减压管、腹腔引流管,还要留置空肠营养管,以便早期行肠内营养,促进损伤愈合。(3)Cobbill 改良憩室化再简化手术方法。是十二指肠破裂处修补后,距幽门 3~5 cm 处的胃壁用可吸收线作全层间断贯穿交锁缝合,暂阻断胃十二指肠通路。本组无采用此术式病例。(4)十二指肠憩室化手术。适用于十二指肠第一段和第二段上部损伤,但有报道用憩室化手术易促发败血症。(5)胰十二指肠切除术。适用于十二指肠广泛、严重的损伤,不能用其他方式解决而不得已采用的一种术式,众所周知该术式操作复杂,耗时多,组织损伤大。紧急情况下胰十二指肠切除术病死率高达 30%~60%,本组有 1 例病

例采用此术式,后死于十二指肠漏,感染性休克。

3.3 无论采用何种术式,有效的十二指肠内减压和充分的腹腔引流是防止十二指肠瘘、保证患者痊愈的重要因素^[8]。Stone 等^[9]报道腹腔负压吸引可降低胰十二指肠相关并发症的发生率。同时,彻底的腹腔冲洗、应用抗生素抗感染和尽早改善营养等围手术期处理也不容忽视,在空肠造瘘管内滴注营养液,不仅能提供高能营养物质,并可减少胰胆液分泌,有利于十二指肠损伤的愈合。早期应用生长抑素可减少消化液分泌,有利于十二指肠损伤的愈合^[10]。

参考文献

- 1 Ivatury RR, Nassoura ZE, Simon RJ, et al. Complex duodenal injuries[J]. Surg Clin North Am, 1996, 76(4): 797-812.
- 2 徐少明. 十二指肠损伤病人死亡原因分析和教训(附 6 例报告)[J]. 实用外科杂志, 1993, 13(3): 151-153.
- 3 Kemmeter PR, Senagore AJ, Smith D, et al. Dilemmas in the diagnosis of blunt enteric trauma[J]. Am Surg, 1998, 64(8): 750-754.
- 4 黎洁良. 十二指肠损伤诊断和治疗的新进展[J]. 临床外科杂志, 1995, 3(3): 148-149.
- 5 吕新生. 十二指肠损伤的诊断[J]. 腹部外科, 1998, 11(2): 50-51.
- 6 Behrman SW, Bertken KA, Stefanacci HA, et al. Breakdown of intestinal repair after laprotomy for trauma: incidence, risk factors, and strategies for prevention[J]. J Trauma, 1998, 45(2): 227-231.
- 7 高志清, 杜建军. 空肠十二指肠吻合治疗十二指肠损伤疗效分析[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(6): 355.
- 8 何裕隆, 詹文华. 十二指肠损伤的诊断和治疗[J]. 腹部外科, 2005, 18(3): 140-141.
- 9 Stone HH, Fabian TC, Satiani B, et al. Experiences in the management of pancreatic trauma[J]. J Trauma, 1981, 21(4): 257-262.
- 10 任建安, 王革非, 范朝刚, 等. 生长抑素与生长激素治疗肠外瘘一方法与策略的改进[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(5): 287-289.

[收稿日期 2009-01-25][本文编辑 韦挥德 刘京虹]

经验交流

壶腹癌的超声诊断以及鉴别诊断探讨

梁 萍

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院

作者简介: 梁 萍 (1960-), 大学本科, 女, 主治医师, 研究方向: 超声诊断。E-mail: liangping2006128@163.com

[摘要] 目的 探讨超声诊断壶腹癌的准确性以及其与胰头癌、胆管下段癌的鉴别。方法 对 2007-02~2009-01 收治的壶腹周围癌患者采用回顾性分析的方法进行统计学分析。结果 54 例病例超声诊断平

均准确率为 87.04%。三组肿瘤最大直径的比例进行组间比较($\chi^2 = 13.41, P < 0.05$)肿瘤直径差异有统计学意义;胰头癌组、壶腹癌组差异有统计学意义($P < 0.01$)。肝外胆管扩张程度,壶腹癌组和胆总管下段癌组分别与胰头癌组差异有统计学意义($P < 0.05$),胰管扩张程度三组差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 超声诊断是壶腹癌最重要的诊断手段,对鉴别胰头癌和胆管下段癌有辅助作用。

[关键词] 壶腹癌; 胰头癌; 胆总管下段癌; 超声诊断

[中图分类号] R 735 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2009)06-0635-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.06.36

Exploration on the diagnosis and differentiation of carcinoma in ampulla of vater with ultrasound LIANG Ping. The People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To probe the accuracy of ultrasound diagnosis of carcinoma in ampulla of vater (CAV), and the differentiation between carcinoma of head of pancreas (CHP) and carcinoma of bile duct (CBD). **Methods** Retrospective review of 54 patients suffering from periampullary carcinoma from 2007 to 2009 was performed. **Results** The ultrasonography results of 54 patients of periampullary carcinoma accorded with operation pathological results with accuracy of 87.04% on average. The differences in longest diameters of carcinomas between CAV, CHP and CBD were remarkable ($P < 0.05$), significant difference between CAV and CHP ($P < 0.01$). Prominent differences between CAV, CBD and CHP existed in the ratio of dilation of the extrahepatic bile duct ($P < 0.05$). The ratio of dilation of ductus pancreaticus were not markedly different respectively. **Conclusion** The ultrasound is the chief diagnostic method of carcinoma in ampulla of vater and is helpful to differential diagnosis between CAV, CHP and CBD.

[Key words] Carcinoma in ampulla of vater; Carcinoma of head of pancreas; Carcinoma of bile duct; Ultrasound diagnosis

壶腹癌、胰头癌和胆管下段癌都发生在壶腹周围部,统称为壶腹周围癌。临床表现相似且缺乏特征性实验室检查。近年研究表明,提高壶腹周围癌患者生存率的最主要途径就是早期确诊和早期手术。本文就我院 2007~2009 年收治的 54 例患者 B 超诊断的有关资料进行回顾性分析,对 B 超诊断和鉴别诊断问题进行探讨,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2007-02~2009-01 收住我院救治并且确诊为壶腹周围癌患者,抽取资料完整并且经过超声诊断的壶腹癌、胰头癌和胆管下段癌患者总计 54 人,分为 3 组:壶腹癌组 21 例,其中男性 16 例,女性 5 例;年龄 32~76 岁,平均(55.41 ± 10.94)岁。胰头癌组 17 例,其中男性 10 例,女性 7 例;年龄 35~79 岁,平均(52.68 ± 11.28)岁。胆管下段癌组 16 例,男性 9 例,女性 7 例;年龄 33~77 岁,平均(56.12 ± 10.36)岁。患者入院时主诉上腹闷、胀、疼痛等,出现黄疸时间从 5 d 至数月,少数患者表现为胆绞痛、无症状性消瘦、发热等。

1.2 仪器与检查方法 采用日立公司 HITACHI EUB-5500 型和美国 GE 公司 LOGIQ9 型超声诊断仪,探头频率 3.5 MHz。患者行常规肝、胆、胰、脾超声检查,记录肝内外胆管与胰管内径,仔细探测胆总管下段、肝脏及胰腺有无占位性病变及病变大小,观察肿瘤境界是否清晰,边缘是否光滑以及与周围脏器的关系。肥胖和胆管下段存在较多气体的患者,嘱其饮入 500 ml 水采取右侧或左侧卧位进行超声诊断。

1.3 统计学分析 使用 SPSS10.0 统计学软件进行数据处理,三组病例资料运用 $R \times C$ 表进行组间 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床表现 壶腹癌和胆管下段癌最常见临床表现为黄疸(20 例,95.24%;15 例,93.75%),胰头癌最常见临床表现为上腹闷、胀痛(15 例,88.24%)。应用 $R \times C$ 表进行组间检验($\chi^2 = 6.12, P > 0.05$),无统计学意义,表明无法依据临床症状鉴别三组疾病。见表 1。

表 1 壶腹癌、胰头癌和胆管下段癌临床症状比较

组别	例数	上腹闷、胀痛(%)	黄疸(%)	胆绞痛(%)	无症状性消瘦(%)
壶腹癌组	21	14(66.67%)	20(95.24%)	3(14.29%)	0
胰头癌组	17	15(88.24%)	11(64.71%)	2(11.76%)	2(11.76%)
胆管下段癌组	16	13(81.25%)	15(93.75%)	1(6.25%)	1(6.25%)

注:组间比较, ($\chi^2 = 6.12, P > 0.05$), 差异无统计学意义。

2.2 超声诊断 三组患者经过超声诊断的准确率详见表 2。54 例病例超声诊断 47 例准确率为 87.04%。3 例壶腹癌、1

例胰头癌和 1 例胆管下段癌发生误诊,胰头癌、胆管下段癌漏诊各 1 例。三组超声影像图比较详见表 3,肿瘤直径大小

以 3 cm 区分^[1],对三组肿瘤最大直径的比例进行组间比较($\chi^2=13.41, P<0.05$)。肿瘤直径差异有统计学意义,胰头癌、壶腹癌差异有统计学意义($P<0.01$)。肝外胆管扩张程度比较,壶腹癌和胆总管下段癌分别与胰头癌差异有统计学意义($P<0.05$),三组胰管扩张程度差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 壶腹癌、胰头癌、胆管下段癌超声检出率比较

组 别	病理诊断例数	超声诊断例数	准确率(%)
壶腹癌组	21	18	85.71
胰头癌组	17	15	88.23
胆管下段癌组	16	14	87.50
合计	54	47	87.04

表 3 胰头癌、壶腹癌和胆管下段癌超声影像图比较

组 别	例数	肿瘤最大直径(%)		胰管扩张(%)	肝外胆管扩张(%)
		> 3.0 cm	≤ 3.0 cm		
壶腹癌	21	21.32	78.68	46.62	31.20
胰头癌	17	80.62	19.40	66.01	82.17
胆管下癌	16	50.26	49.74	50.62	47.54

3 讨论

3.1 壶腹周围癌指来源于十二指肠大乳头 2 cm 范围内的肿瘤,包括胰头癌、胰腺内胆总管癌、壶腹癌、十二指肠癌等等。近年统计资料表明壶腹周围癌的发病率明显上升,胆管下端癌在壶腹周围癌中所占的比率显著增加,其发病率在恶性肿瘤中居第 8.9 位,但死亡率却高居肿瘤死亡的第 4 位。壶腹癌、胰头癌和胆管下段癌临床表现相似,本文回顾性发现 B 超误诊 5 例和漏诊 2 例。

3.2 壶腹周围癌局部结构位置相互靠近,国内外多年来多采用相同的手术方法(胰十二指肠切除术)切除肿瘤。肿瘤切除后壶腹癌的中位生存期要显著高于胰头癌和胆总管癌;即使是非切除性手术,壶腹癌也有 11 个月的中位生存期,显著长于胰头癌和十二指肠癌^[2],因此早期诊断和治疗对于制定治疗方案和确定预后具有重要意义,早期诊断是提高患者五年生存率的最重要手段。

3.3 超声诊断被认为是壶腹周围癌首要诊断手段,在本组资料中超声诊断与病理诊断符合率达到 87.04%,高于 2002 年王炳生等人 80.3% 的统计数据^[3]。且费用低无创伤,是患者最普遍接受的检查方法。本组资料证明超声诊断对于壶腹癌与胰头癌和胆管下段癌有鉴别意义,壶腹癌和胰头癌肿瘤最大直径差别显著,壶腹癌小肿瘤(≤ 3.0 cm)比例高

(78.68%),胰头癌大肿瘤(> 3.0 cm)比例高(80.62%),两者间差异显著($P<0.01$),可以作为两者鉴别的参考;胰头癌、壶腹癌两者比较,肝外胆管扩张程度存在差异,超声检查肝外胆管扩张严重者提示为胰头癌;胰头水肿提示胰头癌。上述指标,结合回声强弱等直接、间接征象可以作为鉴别诊断的有效参考。检查过程中采取水窗法^[4],右侧卧位等可以提高超声检查的准确率。为了降低诊治费用,提高壶腹癌的鉴别率,学者推荐采取:B 超、彩超、MRCP、纤维十二指肠镜检查、内镜超声、胰头薄层 CT 增强扫描等方法^[5]。B 超联合 MRI 或 ERCP 对于壶腹部周围癌的诊断准确率达 99%^[6]。但是当内镜超声检查清楚地显示壶腹部肿瘤及侵犯十二指肠壁和胰腺者,不宜行 ERCP。因为乳头和壶腹部已变形,插管困难,且有可能导致急性胰腺炎等加重患者病情^[7]。文献报告^[8]约有 10%~20% 的患者在病程中无黄疸出现,均以腹痛为首发症状,可见腹痛在无黄疸型胰头癌中具有重要意义。有人建议年龄在 50 岁以上的患者有上消化道轻微症状如上述腹痛和上腹饱胀不适、腰背部疼痛等时,应警惕壶腹部周围癌的可能^[9],应及时进行影像学检查以期得到早期诊断和治疗。

参考文献

1 刘家峰,李 昂,刘 强,等. 475 例壶腹周围癌的外科治疗[J]. 中华肿瘤杂志,2005,27(4):251-253.
2 高上达,何以枚,林晓东,等. 胰头癌与壶腹癌的超声鉴别诊断及其临床价值[J]. 中华超声影像学杂志,2002,11(11):692.
3 EIM Tassiou,王炳生,姚礼庆,等. 影像学检查技术在壶腹周围癌诊断上的合理应用[J]. 外科理论与实践,2002,7(3):214-217.
4 高上达,林礼务,何以枚,等. 胃十二指肠水窗法在超声诊断壶腹癌中的价值[J]. 中华超声影像学杂志,2005,14(9):667-670.
5 Iqbal N, Lovegrove RE, Tilney H. S, et al. A comparison of pancreaticoduodenectomy with pylorus preserving pancreaticoduodenectomy: A meta-analysis of 2822 patients[J]. EJSO, 2008, 11(34):1237-1245.
6 王炳生. 胆道癌诊治应注意的若干问题[J]. 中华肝胆外科杂志, 2006, 12(8):505-507.
7 朱沙俊,陆玉华,朱铭岩,等. 壶腹部周围癌 176 例诊治分析[J]. 肝胆胰外科杂志,2008,20(3):195-197.
8 Petrone M. C, Arcidiacono P. G. Role of endoscopic ultrasound in the diagnosis of cystic[J]. Dig and Liver Dis, 2008, 11(40):847-853.
9 周晓琦,殷 鹏,李 彤,等. 无黄疸型胰头癌的超声特征分析[J]. 中国实验诊断学,2008,12(5):682-683.
[收稿日期 2009-03-03][本文编辑 谭 毅 刘京虹]