

[文章编号] 1000-2200(2008)02-0158-02

· 临床医学 ·

原发性十二指肠肿瘤 16 例诊断与治疗

王益民¹, 魏 军¹, 李 雷²

[摘要] 目的:提高原发性十二指肠肿瘤的诊断及治疗水平。方法:总结 1999~2006 年经病理证实 16 例原发性十二指肠肿瘤,分析其病理特征与临床表现、诊断及治疗的关系。结果:行胰十二指肠切除术 8 例,1 例术后 7 个月死亡;1 例术后 2 个月痊愈,出院后失去随访;生存 3 年者 4 例,5 年者 2 例。肠段切除(球部、水平部肿瘤)2 例,1 例存活 3 年,1 例存活 2 年后失访。姑息性手术者 6 例于术后 3~11 个月死亡;2 例仅行探查活检,均于术后 6 个月内死亡。结论:早期诊断的关键是提高对本病的认识,对可疑患者,应作相应特殊检查,确诊后及时手术,方可提高疗效。

[关键词] 十二指肠肿瘤;十二指肠梗阻/外科手术;腺癌;诊断;治疗学

[中国图书资料分类法分类号] R 735.31;R 656.64 **[文献标识码]** A

Diagnosis and treatment of primary duodenal neoplasms neoplasms: A report of 16 cases

WANG Yi-min¹, WEI Jun¹, LI Lei²

(1. Department of Surgical Oncology, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004;

2. Anhui Province Tumor Recovery Hospital, Bengbu 233004, China)

[Abstract] **Objective:** To improve the diagnosis and treatment of primary duodenal neoplasms. **Methods:** The records of 16 patients with primary neoplasms of the duodenum were confirmed by pathology during 1999 - 2006. The relationship between pathologic characteristics and clinical symptoms, diagnosis and therapy were reviewed. **Results:** Eight cases underwent pancreatoduodenectomy; 4 cases survived 3 years, 2 cases survived 5 years; 2 cases underwent segmental duodenectomy, 1 survived 3 years and 1 survived 2 years; 6 cases underwent palliative surgery; died 3 - 11 months after operation. Two cases who received biopsy died in six months after operation. **Conclusions:** The understanding of duodenal neoplasms is the key factor for early diagnosis. The appropriate examinations are necessary for suspected patients. Once the diagnosis is confirmed, the result of surgical treatment is improved.

[Key words] duodenal neoplasms; duodenal obstruction/surgery; adenocarcinoma; diagnosis; therapeutics

原发性十二指肠肿瘤起病隐匿,缺乏典型的临床表现,常延误诊断。近年来,随着现代影像技术的进步和纤维十二指肠镜的广泛应用,确诊率有所提高,但确诊时多数患者已进入中晚期,失去了最佳的治疗时机,所以有必要加强对该病的认识。1999~2006 年,我院收治 16 例。现根据其临床资料进行回顾性分析,旨在提高对本病的早期诊断率与治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 9 例,女 7 例;年龄 46~67 岁。十二指肠腺癌 12 例,平滑肌瘤 2 例,间质瘤 1 例,类癌 1 例。肿瘤位于十二指肠球部 2 例,降部 12 例,水平部 2 例。主要症状:上腹部不适疼痛 11 例次;黄疸、发热 8 例次;食欲减退、消瘦 6 例次,呕血、黑便、贫血 4 例次。体检时大多数患者有中上腹或右上腹部轻压痛,1 例于右上腹可触及肿物。1 例

做胃镜和胃肠钡透未发现病变,而十二指肠镜检时发现降部溃疡性肿物,病理证实为腺癌。12 例做十二指肠造影均发现十二指肠充盈缺损、龛影、肠壁僵硬、狭窄或梗阻。

1.2 手术方法 胰十二指肠切除术 8 例,肠段切除(球部、水部肿瘤)2 例,姑息性手术 6 例。

1.3 病理类型 腺癌分为息肉型、溃疡型或缩窄型。本组 8 例为息肉型,直径 3~7 cm,呈菜花样,质硬,表面糜烂,易出血;3 例溃疡型,直径约 3~4 cm,表面凹凸不平,穿透肌层与周围组织粘连;1 例缩窄型,十二指肠腔变小,整个肿物呈管状缩窄而梗阻。1 例类癌,肿物呈结节状,0.8 cm×0.8 cm,质硬。1 例间质瘤呈腔外型生长,7 cm×7 cm×8 cm,实质性,中心坏死囊性变,与结肠粘连。

2 结果

胰十二指肠切除术 8 例中 1 例术后 7 个月死亡;1 例术后 2 个月痊愈,出院后失去随访;生存 3 年者 4 例,5 年者 2 例。肠段切除 2 例,1 例 3 年,1 例存活 2 年后失访。姑息性手术 6 例中 4 例于术后 3~11 个月死亡;2 例仅行探查活检均于术后 6 个月内死亡。

[收稿日期] 2007-04-06

[作者单位] 1. 蚌埠医学院第一附属医院 肿瘤外科,安徽 蚌埠 233004;2. 安徽省肿瘤康复医院,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 王益民(1967-),男,副主任医师。

3 讨论

3.1 发病率 原发性十二指肠肿瘤较少见,而恶性肿瘤更少见,Lillemoe 等^[1]报道,50 万例尸检十二指肠肿瘤占 0.035%,占整个消化道癌 3%,占整个小肠恶性肿瘤约 40%。而我院同期住院患者中(病理证实)十二指肠恶性肿瘤占整个消化道肿瘤约 0.3%,占整个小肠恶性肿瘤约 30%。发病年龄在 50~70 岁者占 61.5%。

3.2 部位 肿瘤好发部位以第 2 段为多,据 Spirazolla^[2]报道,原发性十二指肠肿瘤中,各段的发病率有所不同。第一段为 18%~23%,第二段为 59.2%,第三段为 5%~20%。本组第二段占 75% (12/16),其次为第三段、第一段。由此可见,原发性十二指肠癌以第二段发生率较高,尤其是乳头区,这可能与十二指肠的碱性环境、黏膜下腺体丰富、胆汁中一些胆酸在细菌的作用下易于在此形成致癌物质胆蒽和甲基胆蒽并在此转运有关。

3.3 病理 肉眼形态大多为息肉型,其余为溃疡型、缩窄型和弥漫浸润型。病理以腺癌为多,约 73%^[3];其余分别为间质瘤、平滑肌瘤、淋巴瘤、类癌等。少见组织学类型还有小细胞神经内分泌癌(类似肺燕麦细胞癌),起源于异位胰腺的癌、绒癌和 Brunner 腺癌。

3.4 症状 原发性十二指肠肿瘤早期常无特异性临床表现。随着病情发展,根据肿瘤的位置和生长方式不同而出现不同的症状与体征。本组患者肿瘤位于乳头周围区者 82.0% 有黄疸,常呈溃疡或息肉型,可侵犯或阻塞胆总管开口部而致不同程度的黄疸。有 2 例肿瘤位于降部且侵及壶腹部而致黄疸,临床易误诊为胰腺癌、胆管癌等其它原因所致的黄疸性疾病。十二指肠第一、三、四段的肿瘤较第二段缺少特异症状,早期诊断更为不易。本组患者有以下特征:(1)上腹不适、疼痛,本组有 11 例,但均与溃疡病、胃、胆道、胰腺疾病相混淆,未能及时诊治而延误病情;(2)出血:约有 1/3~1/2 表现为上消化道出血,以血便多见,严重者可呕血,有时出血可能为唯一的早期症状,常误诊为胃、十二指肠球部溃疡出血;(3)梗阻症状:不少病例因肿瘤生长堵塞肠腔而引起胃、十二指肠梗阻,常误诊为幽门梗阻和十二指肠淤滞症;(4)肿物:少数较大肿瘤腹部可触及,平滑肌瘤往往生长较大,多在 10 cm 以上,故易触及。原发性十二指肠肿瘤主要为腺癌,可因阻塞肠腔或环形狭窄形成梗阻,肿瘤坏死溃烂常导致出血。因此,梗阻或出血是该病的特征。本组患者粪潜血试验阳性率 74.0%。我们认为,对不明原因的上腹

痛、呕吐、黄疸、消瘦、贫血患者,应行粪潜血试验,若阳性应考虑到本病,并进一步做相应检查。

3.5 辅助检查 原发性十二指肠肿瘤的诊断主要依靠特殊检查,纤维十二指肠镜和低张十二指肠双对比造影是确诊的主要手段。据报道低张十二指肠双对比造影,病变发现率高达 100%,正确性 72.7%^[4];十二指肠镜检能直接见到肿物,并能活检;对十二指肠三、四段不易被镜检发现的地方,如肠镜和造影结合可大大提高诊断率。B 超、CT 可确定有否转移和排除他病;而腹主动脉和肠系膜动脉造影对诊断意义不大且损伤大,不宜采用。本组 1 例是作胃镜和胃肠钡透阴性而作十二指肠镜检时发现,其余 15 例都是十二指肠造影发现的。因此,十二指肠双重气钡和十二指肠低张力造影是较好的诊断方法。应该注意十二指肠黏膜皱襞及功能的改变,肿瘤生长使肠黏膜被破坏或溃疡,肠腔狭窄,肠壁僵硬。持久性十二指肠黏膜皱襞变形是首先出现和唯一长期存在的征象,故颇有价值。

3.6 治疗 原发性十二指肠肿瘤确定诊断后,手术切除是目前最有效的治疗方法。术式选择应根据肿瘤的部位和进展程度来决定。由于十二指肠与胰头的关系密切,据学者主张行胰十二指肠切除术,据报道十二指肠肿瘤切除率可达 50%~60%^[5];肿瘤位于十二指肠第一段且在疾病早期可作包括十二指肠球部在内的胃大部切除术。节段性肠切除适用于局限性、较小的肿瘤,且位于十二指肠远端水平部。Joesting 等^[6]报道 8 例癌肿位于十二指肠第三、四段的患者,进行了节段性肠切除,其中 7 例存活 5 年以上。本组 1 例癌肿位于十二指肠第三段行十二指肠节段性切除,术后 3 年患者仍健在。尽管此术式使病变周围组织切除不足,不能清扫附近淋巴结,不符合肿瘤根治原则,但乳头下区十二指肠肿瘤若无胰腺浸润,行节段性十二指肠切除是可行的^[7-9]。姑息性手术适用于广泛转移或无法手术切除或不能耐受手术者,其对生存率无明显改善,只能减轻症状,存活很少超过 2 年,2 年生存率约 22%^[1],放疗、局部或全身化疗有一定的疗效,尤以淋巴瘤为佳。

原发性十二指肠肿瘤对放疗及化疗多不敏感,因此,我们对肿瘤晚期,出现局部广泛浸润,无法切除的 6 例进行了胃肠或胆肠内引流术。这些患者均在术后 3~11 个月死亡。由此可见,旁路手术可缓解胃肠或胆道的梗阻,但生存期与探查活检无差别。

原发性十二指肠肿瘤早期诊断困难。一旦发现多为中晚期,本组 38.0% (6/16) 的患者手术时,肿瘤已广泛转移。该病预后差,根治术后 5 年生存率仅 25%~38.5%。本组 6 例行根治(下转第 162 页)

合成,达到强力速效的镇痛作用^[1,5]。氟比洛芬还可穿过血脑屏障,减少神经元 PG 的合成,因此在脊髓内具有镇痛作用^[6]。Swift 等^[7]已发现静注氟比洛芬可减少组织中免疫反应介质缓激肽的升高。

氟比洛芬酯静注后,在体内 5~7 min 即全部水解成氟比洛芬并达到最高(8.9 μg/ml)的血药浓度,半衰期 5.8 h,99% 与血浆蛋白结合,不易游离,可持续镇痛达 5~12 h。临床上单次静注氟比洛芬酯用于短小手术后镇痛的报道较多,而经 PCIA 用于胸、腹部大手术后的镇痛少有报道。本研究中设计 A 组与 B 组患者在全麻插管后即给氟比洛芬 50 mg 负剂量,对 <4 h 手术患者不影响其术后镇痛效果。结果显示 A 组与 B、C 组的 VAS 值差异有统计学意义,证实氟比洛芬有良好的镇痛作用,A 组与 B 组差异也有统计学意义,说明治疗剂量下氟比洛芬酯仍不能完全缓解疼痛,需合用小剂量的芬太尼,可能与氟比洛芬的“封顶效应”^[8]有关。3 组按压次数的明显不同也证明上述观点。3 组术后至 8 h 的 VAS 评分稍高于 8 h 后 VAS 值,尤以 2 h 明显,可能有以下原因:(1)手术后回病房搬动和医护人员巡房;(2)家属的不断探访打扰;(3)术后 8 h 已到晚间习惯睡眠时间。全麻插管咽喉局部损伤可导致咽喉痛,本研究还证实氟比洛芬静注能有效降低其发生率。

奈福泮的副作用^[11]主要有消化道方面如恶心、呕吐、腹胀等,精神方面如神经质、焦虑不安、运动性失语等,心血管方面有心律失常、心绞痛等。氟比洛芬的不良反映约为 19.4%,主要表现为消化道方面,但较轻,患者都能耐受。手术后恶心呕吐有许多因素,不仅与麻醉镇痛有关,还与手术刺激有关。本文

均在术毕静注恩丹西酮 4 mg,使术后恶心呕吐发生率较低,3 组间无统计学意义。C 组精神症状发生率显著高于 A 组和 B 组,说明氟比洛芬比奈福泮较少引起精神症状。C 组嗜睡的发生率高于 B 组,但与 A 组无差异,可能是:(1)奈福泮致镇静作用;(2)芬太尼作用;(3)因 VAS 评分较高时,按压次数增加致入量增加;(4)样本数小。本研究组未发生 1 例呼吸抑制。

[参 考 文 献]

- [1] 雷招宝. 奈福泮的不良反映[J]. 药物不良反应杂志,2002,4(2):99-101.
- [2] 徐国柱,李晓玲,段砾瑕,等. 氟比洛芬酯脂微球载体注射液治疗中度术后疼痛的Ⅱ期临床试验[J]. 中国新药杂志,2004,13(9):846-848.
- [3] Romsg J, Moiniche S, Ostergaard D, et al. Local infiltration with NSAIDs for postoperative analgesia: evidence for a peripheral analgesic action[J]. *Acta Anaesthesiol Scand*,2000,44(6):672-683.
- [4] 郭长彬,易翔,徐志斌,等. COX 抑制剂-氟比洛芬衍生物的作用方式及选择性研究[J]. 化学学报,2003,61(10):1653-1657.
- [5] Nakayama M, Ichinose H, Yamamoto S, et al. Perioperative intravenous flurbiprofen reduces postoperative pain after abdominal hysterectomy[J]. *Can J Anaesth*,2001,48(3):234-237.
- [6] Hirota K, Fukushi S, Baba S, et al. Flurbiprofen does not change the bispectral index and 95% spectral edge frequency during total intravenous anaesthesia with propofol and fentanyl[J]. *Eur J Anaesthesiol*,2002,19(7):483-486.
- [7] Swift JQ, Garry MC, Roszkowski MT, et al. Effect of flurbiprofen on tissue levels of immunoreactive bradykinin and acute postoperative pain[J]. *J Oral Maxillofac Surg*,1993,51(2):112-117.
- [8] Moot C. Efficacy of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the management of postoperative pain[J]. *Drugs*,1992,44(Suppl 5):14-30.
- [5] Bucher P, Gervaz P, Morel P. Long-term results of radical resection for locally advanced duodenal adenocarcinoma [J]. *Hepatogastroenterology*, 2005,52(66):1727-1729.
- [6] Joesting DR, Beart RW Jr, van Heerden JA, et al. Improving survival in adenocarcinoma of the duodenum [J]. *Am J Surg*, 1981,141(2):228-231.
- [7] Tocchi A, Mazzoni G, Puma F, et al. Adenocarcinoma of the third and fourth portions of the duodenum: Results of surgical treatment [J]. *Arch Surg*,2003,138(1):80-85.
- [8] 杨占宇,韩本立,董家鸿,等. 原发性十二指肠肠癌的诊断与外科治疗[J]. 中华肝胆外科杂志,2001,7(8):487-480.
- [9] Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, et al. What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma? [J]. *Arch Surg*,2000,135(6):635-641.

(上接第 159 页) 术,2 例有淋巴结转移者分别于术后 16 个月、18 个月死亡。因此,早期诊断,早期手术,方可提高疗效。

[参 考 文 献]

- [1] Lillemoe K, Imbembo AL. Malignant neoplasms of the duodenum [J]. *Surg Gynecol Obstet*,1980,150(6):822-826.
- [2] Spirazolla AJ. Primary malignant neoplasms of the duodenum [J]. *Am Surg*,1963,29(3):343-345.
- [3] Delcore R, Thomas JH, Forster J, et al. Improving resectability and survival in patients with primary duodenal carcinoma [J]. *Am J Surg*,1993,166(6):626-630.
- [4] 周昌东. X 线双对比造影对十二指肠腺癌诊断的体会[J]. 国际医药卫生导报,2006,12(21):54-56.