

胰岛素瘤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E8_83_B0_E5_B2_9B_E7_B4_A0_E7_c22_305893.htm 名称胰岛素瘤所属科室普通外科病因胰腺结石的病因迄今尚不十分明了，从大量资料统计的结果证实，胰石症与饮酒有关，饮酒时间长、量大者则易形成胰结石的病例中例）发病年龄多在30~50岁，每日饮酒量平均在、蛋白摄入量100g、脂肪摄入量90g。今村报道45例胰腺结石，其中43例饮酒长达10年以上。此外，胰石症与家族史有关亦有报道，日本已报道10多个家族患此症。其他如胆道疾病、甲状旁腺机能亢进，亦与之有关。蛋白质长期缺乏亦可造成胰腺的细胞变性、纤维化等与胰石症相类似的改变。病理长期嗜酒则胰液中蛋白质的浓度明显增高，形成蛋白质沉积。在胰管内沉淀的蛋白质栓经钙化而形成结石。在正常人与慢性胰腺炎病人的血中有一种胰石蛋白（Pancreatic）。PSP通过结合而封锁碳酸钙的活性，从而抑制碳酸钙的沉淀。当长期嗜酒或营养不良等因素则PSP分泌减少，胰液中过饱和的碳酸钙不再受其抑制而形成结晶沉淀。这些碳酸钙结晶沉淀于脱落的上皮细胞、粘膜、胰酶以及非酶的胰铁蛋白等的网络状结构上，加之这些结晶表面的电位活性高以及网络状结构表面积大，一些金属离子通过吸收沉淀到网络上，经过一定时间的沉积则形成结石。胰结石含碳酸钙约占95%，表面层尚含有钙、铬、镁等。胰腺结石可分为两种类型：一种是主胰管结石，另一种是胰小管内钙化石。前者称之为真性结石，后者为假性结石。结石的大小不等，大者呈巨块状，可达100~200g，主要嵌在胰管内，小者仅能辨认。结石的外形为多样性：卵圆形、球形、分枝形、三角形

等。gt.gt.胰腺结石长期存留则刺激胰腺管上皮细胞，使之肥大增生，继而发生鳞状上皮化生。并使胰管狭窄、阻塞。在早期胰腺四周水肿、胰腺肿胀，及至晚期一方面由于胰管的阻塞，另一方面由于胰腺的纤维化，则导致胰腺明显受损，表现为胰腺的全部或大部萎缩、塌陷、变硬，切面呈白色出血较少。有时由于胰管的阻塞可伴发胰腺囊肿或脓肿。纤维化的组织可将胰岛包绕、收缩而影响其功能mdash.发生糖尿病。在鳞状上皮化生的基础上则可能发生癌变。临床表现胰石症的症状可分为早期和晚期两种表现。

1.早期症状腹痛：是最常见的症状、轻重不等，主要因胰腺管阻塞以及胰腺纤维化的结果。经常表现为上腹胀痛，若为酒精性胰石症，常表现为剧烈疼痛，并反复发作持续时间较长。病因不明者，剧痛较少，多为上腹隐痛、钝痛。消瘦、脂肪泻：系由于结石性慢性胰腺炎所致的胰腺外分泌功能减低所致。脂肪泻的状况当视胰腺受损的情况而有不同的表现。黄疸：约有1/4的病人可以出现黄疸。系因病人纤维化、坚硬的胰头压迫胆总管下端所致，黄疸可为持续性，也可为间歇性，以后者较为常见。

2.晚期症状胰石症的晚期症状，主要表现为胰腺进行性慢性损害所带来的并发症。

辅助检查

1.实验检查 检测血清GPT、GOT、胆固醇、甘油三酯等，可有轻度异常。AKP少数病人可以升高。为鉴别有无胰腺癌并存，应检测癌胚抗原（CEA）。胰癌组织的癌胚抗原染色有中度以上阳性，胰管上皮细胞呈轻、中度阳性。

2. X线平片胰石症在X线平片上可显示3种类型：弥漫型：系一些大小不等的结石，散在的分布于胰腺上。孤立型：为一个或多个块状结石，多在主胰管内。混合型：在同一张X线片上可见有粟粒状结石和块状

结石并存。胰腺结石往往在胰头部最多，尾部较少，体部居中。结石大者对主胰管阻塞较重，绝大多数伴有胰管阻塞，并发症亦多见。3.超声及CT检查胰结石的敏感性在90%以上。若再结合CT检查阳性率尤高。CT检查对胰腺癌的诊断可提高阳性检出率当胰石症和并发胰癌时可见胰腺有钙化、假性囊肿、胰腺管扩张、胰腺外形不规则、局限性胰腺肿大、胰周脂肪消失等。4.ERCP通过内窥镜除可进行造影观察胰管的变化、结石的数目、大小、部位外，同时可进行胰液检查，以进一步了解有无恶变的可能。取胰液测CEA，若胰液的CEA活性 $< 30\text{ng/ml}$ (同时血浆CEA $< 2.5\text{ng/ml}$)则为阴性，若胰液CEA $> 30\text{ng/ml}$ (血浆CEA $> 2.5\text{ng/ml}$)，则要考虑阳性。应进一步检查如超声导向下细针穿刺细胞检查。通过胰管插管时(注胰泌素刺激后)，收集胰液检查癌细胞，阳性率亦较高。诊断胰石症的诊断并不太困难，根据长期酗酒史、腹痛症状，有的伴有不同程度的糖尿病，则可做出初步判定，再进行实验检查、X线平片、超声、CT及ERCP检查则可做出确定性诊断。并发症由于胰腺结石导致的胰腺损害较为明显，故易于引起一系列的并发症，如糖尿病、胰腺癌等。最常见的并发症有下列几方面。1.胰结石的良性并发症：糖尿病最为多见，以及因糖尿病而造成的心肌病变、肾脏病变、视网膜病变、闭塞性动脉硬化症等。有时亦可发生肝脏病变和消化性溃疡。2.胰结石性胰腺病变波及四周脏器的症状：胰腺肿大或纤维化的硬结压迫胆总管、脾静脉，或导致脾-门静脉血栓形成而出现继发性门静脉高压，可为区域性高压，可为全身性，当视血栓形成所波及的范围。3.恶性并发症：胰石症的恶性并发症一种是胰腺本身，另一种为胰腺以外的恶

性肿瘤。胰石症与胰腺癌的关系极为密切。一般是胰结石在先而后发生胰癌。并发胰腺癌者多为大结石。约半数在胰头部。合并胰腺癌的发病率各家报道不一。欧美文献记载为3.6~25%，日本小口寿夫报道例胰结石并发胰腺癌31例（占14.8%）。日本的一般报道为5.3%~10%。治疗胰石症治疗目的是祛除结石、解除梗阻、防止胰腺进一步毁坏并防止恶变、缓解疼痛。常用的手术方法：1. 经内窥镜取石此法仅用于胰管无狭窄的胰石。若无胰管狭窄可将括约肌切开取石，当结石较大时，可经超声碎石或激光震波碎石后取出。结石经过超声碎石后，结石破碎得较小，亦可自行排出。若胰管有狭窄因素存在结石虽经破碎取出，而梗阻因素并未解除，日后仍将形成结石。2. 胰腺部分切除指结石局限于胰体、胰尾的多块结石并且该部胰腺毁坏较为严重者。当胰体、尾切除后胰管的近端无狭窄，不影响胰液排出，可将胰腺的残端缝合。当胰管近端有狭窄因素存在时，可将残端胰管下空肠行套入式，或端-侧式Roux-Y式吻合。由于胰岛细胞大部分在胰尾部、体部，在一个病态的胰腺上切除过多的胰腺体、尾，则将导致严重的胰腺内分泌功能不足。因此，胰体、尾应多保留一些，近端有狭窄时可行胰-空肠吻合。3. 胰管结石合并胰腺囊肿一方面将结石取石，另一方面将囊肿与肠道做内引流术。4. 胰实质切开取石适应于胰头、体部结石，并伴有胰管多处狭窄者。胰头、体孤立性结石近端又无狭窄者，在结石处切开纤维化的胰腺组织取出结石，将切开的胰管及胰腺妥善缝合。但这种情况的病例较少见。一般情况下胰管的多处结石均伴有多处狭窄和扩张。为解除梗阻，有时将胰管大部或近于全部劈开，将结石取净，将劈开的胰管与空肠

行侧吻合。由于胰腺大部分已纤维化，因而劈开胰管时出血并不太多。5. Whipple手术适应于胰头部多发性结石、胰头而毁坏或有恶变者。胰十二指肠切除破坏性大对生理扰乱严重，应严格把握其适应症。为减少损伤，若无恶变征象时，可采用改良式（保留十二指肠）胰头切除。胰石症的治疗尚未形成一固定术式，其原因在于结石的大小、部位、胰管的狭窄程度、胰腺组织的纤维化范围等无一定的模式，则在治疗上有一定的难度。具体应采用那种手术方法要从多方面考虑再予以实施。6. 胰结石并发胰腺癌的治疗当术中疑为癌变时，应行冰冻切片。经确诊后进行如下治疗：瘤肿局限于包膜内，位于胰头则行胰十二指肠切除。若病变在胰腺的范围较广，未发生四周转移，可行全胰切除。术后内、外分泌不足行替代治疗。胰头部肿瘤并压迫胆总管下端出现黄疸时行胆管空肠内引流术。当肿瘤不能切除或切除不彻底时，可行术中放射治疗。亦可采用动脉插管灌注化疗药物。近年来有人试用体外透热治疗，有一定疗效。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com