

胰腺癌 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_E8_85_BA_E7_99_8C_c22_305956.htm 名称胰腺癌所属科室普通

外科病因目前，胰腺癌的发病原因尚不清楚，已发现一些环境因素与胰腺癌的发生有关。其中已定的首要危险因素为吸烟。吸烟者发生胰腺癌相对危险度是非吸烟者的1.5倍，而且随着吸烟数量增加而增加。其他高危险因素还有糖尿病、胆石病、饮酒(包括啤酒)以及慢性胰腺炎等。进食高脂肪、高蛋白饮食和精制的面粉食品，胃切除术后20年者，也是发生胰腺癌的危险因素。病理胰腺癌致死性特高，可能由于它发病诡秘隐匿，确诊时多已进入晚期之故。早期即可转移到区域淋巴结(90%)，甚至转移到纵隔及锁骨上淋巴结，确诊时半数以上病人已有肝转移，四分之一以上病人已有腹膜种植，三分之一病人已侵犯十二指肠并可溃破。胰腺癌的组织学类型以导管细胞癌最多，约占90%。其组织学分类尚无统一方案，下列分类法可作为参考：

导管细胞癌：乳头状腺癌、管状腺癌、囊腺癌、鳞形上皮癌、腺鳞癌、粘液癌等；腺泡细胞癌；胰岛细胞癌；其他未分化癌、胰母细胞癌、癌肉瘤等。临床表现(一)上腹部不适及隐痛是胰腺癌最常见的首发症状。肿瘤常致胰管或胆管梗阻，尽管尚未引起黄疸，但胆汁排泄不畅，胆道内压力升高，胆管及胆囊均有不同程度的扩张，病人可觉腹部不适及隐痛。以往强调胰头癌的典型症状是无痛性黄疸，实际上无痛性黄疸作为首发症状仅出现10%~30%的病人。腹痛在胰头癌患者还是很常见的症状。至于胰体尾部癌，腹痛发生率更高，且可由于累及腹腔神经丛而呈显著的上腹痛和腰背痛。这种症状的出现，

常提示病变已进入晚期。(二)食欲减退和消瘦也是胰腺癌的常见表现，肿瘤常使胰液及胆汁排泄受阻，因此影响病人食欲，且有消化吸收不良，致体重明显减轻。(三)梗阻性黄疸是胰头癌的突出表现。肿瘤部位若靠近壶腹四周，黄疸可较早出现。黄疸常呈持续且进行性加深。大便色泽变淡，甚至呈陶土色。皮肤黄染呈棕色或古铜色，有皮肤瘙痒症。(四)胰头癌除致梗阻性黄疸外，亦常致胆囊肿大，可在右上腹清楚及。梗阻性黄疸伴胆囊肿大常提示壶腹四周肿瘤的可能。(五)晚期胰腺癌者可出现上腹固定的肿块，腹水征阳性。进一步可有恶病质及肝、肺或骨骼转移等表现。诊断除注重上述临床表现外，可选用下列辅助诊断措施。(一)实验室检查血清胆红素明显升高，有时可超过 $342\text{ }\mu\text{mol/L}$ 。双管征 $3\text{ }\mu\text{mol/L}$ ，粪胆原阴性，黄疸出现时间超过2周且越来越重并有先兆肾功能不全者应考虑减黄。具体方法有胆囊造瘘、PTCD、经十二指肠镜安放鼻胆引流管或胆肠引流管。

3. 预防手术后并发症(1)预防性使用抗生素：术前若无感染，不必过早应用抗生素，于手术开始前30分钟静脉给一次足量广谱抗生素即可。手术超过4小时再添加一个剂量。(2)呼吸道预备：胰腺癌术后肺部并发症相当多见，术前就应采取预防措施。严格忌烟，最好2周以上。教会病人进行深胸式呼吸锻炼，有助于防止术后肺泡萎缩、肺部感染和低氧血症。这些措施简单、有效，但很少受到医生重视。

4. 加强术中处理：术中必须保持血压稳定、供氧充分、腹肌松弛、镇痛良好，术中应监测尿糖、血糖，将其控制在合理范围。胰腺癌病人常有潜在凝血机能低下。术中大量失血，大量输血时，可能发生凝血障碍。术中除精心操作减少出血外，尽量输3

日以内新鲜血，不输1周以上陈旧血。5.术后处理(1)继续应用抗生素。(2)防止胰痿，除治理好胰管引流和腹腔引流外，可用生长抑素八***抑制胰液分泌，能显著减少胰痿机会。(3)合理进行营养支持。(4)重视引流管的治理，密切观察胃管、胆道、胰管引流和腹腔引流情况，保持通畅，准确记录引流量并注重其外形变化，发现问题随时解决。(二)手术切除胰腺癌的治疗以手术治疗为主，但相当多的病人就诊时属中晚期而无法作根治性切除。胰头癌的手术切除率在15%左右，胰体尾部癌的切除率更低，在5%以下。胰腺癌手术治疗的常用术式有以下几种。1.胰头十二指肠切除术(PD)：是胰头癌的首选根治性切除术式，由Whipple在1935年首创。虽在以后的50年间不少学者在关于切除后消化道重建方面作了许多改革，但至今仍习惯地把胰十二指肠切除术简称为Whipple术。适应症：对一般状态好，年龄<70岁，无肝转移，无腹水，癌肿未浸润四周血管的胰头癌，均适于行PD。2.全胰切除术(TP)：适应症：癌波及全胰，无肝转移及腹膜种植者为全胰切除术的绝对适应症。全胰切除术的优点，除了彻底切除胰内多种病灶外，还使清除胰腺四周淋巴结更为方便和彻底。全胰切除术后不再存在胰-空肠吻合，可完全避免胰痿的产生。但全胰切除术后也有不少问题，可发生继发性糖尿病及消化吸收障碍，终生需要应用胰岛素及消化酶治疗，故应严格把握其适应症。因此，行TP时不能只凭胰腺病变局部情况来决定，更重要的是要考虑到病人对疾病的熟悉程度，病人及家属对术后出现糖尿病是否充分理解，能否自行注射胰岛素，家属能否协助治理糖尿病，以及经济状况等，只有具备上述条件才能决定行TP。3.胰体尾部切除术(DP)：适应于胰

体尾部癌无转移者。连同脾脏、胰体尾部肿瘤及四周淋巴结一并切除。手术操作简单、手术并发症少、手术死亡率低。胰体尾部癌多在发生腹部包块或腰背部疼痛时才被确诊，多属中晚期癌。能作根治性切除者不到5%。由于切除时已有胰外转移，故术后生存期常不满1年。

4. 保留幽门的胰十二指肠切除术(PPPD)：

PPPD仅适用于壶腹癌、较小的胰头癌，十二指肠球部及胃幽门部无癌直接浸润，胃四周淋巴结无转移者。

(三)不能切除的胰腺癌的转流术

由于胰腺癌早期诊断困难，根治性切除率还很低，这样就有相当一部分病例需施行某种或某些手术以缓解症状。关于胆肠转流术的选择可根据肿瘤部位决定，对胆管下端的肿瘤，可任选胆管或胆囊与空肠吻合，最好用Roux - Y袢，可减少逆行感染，只要胆管明显扩张，即使其内为“rdquo.，也不妨碍吻合后的黄疸消除。假如肿瘤靠近胆管入胰处，则只要有可能最好施行胆总管与空肠Roux - Y袢的端侧吻合，以免癌肿沿胆总管上侵至胆囊管开口处，导致转流失效。此外如考虑到肿瘤已属晚期，存活时间不会超过1年者，可采用更简单的胆肠内引流术——肝总管T管架桥空肠内引流术，方法是将置入肝总管的T管通过横结肠系膜放入距屈氏韧带下20cm之空肠内，妥善固定。此手术优点为：简单易行；减黄效果好。胆汁通过T管刺激空肠，肠蠕动恢复早，蠕动之虹吸作用会加速胆汁排出，以利于消化吸收。待到异物长期存留造成影响时，病人早已因肿瘤进展而死亡。至于胃空肠吻合，其适应症为：临床上表现为十二指肠梗阻的症状或体征。胃肠透视或内镜检查见十二指肠有狭窄、僵硬、癌性浸润。术中见十二指肠狭窄、受压。

(四)放射治疗

胰腺癌放射治疗的瘤死量偏高，

而胰腺四周如胃、小肠、肝、肾、脊髓等的放射耐受性偏低，给放射治疗带来不利。近年来，随着术中放射治疗及在CT精确定位下作治疗计划的多野体外放疗的开展，放射治疗已成为胰腺癌治疗的主要手段之一。术中放疗用10~20MV高能电子线，在充分显露肿物，尽可能切除肿瘤，移开四周正常组织情况下，准确将相应限光筒置于肿瘤上，术中一次大剂量照射15~25Gy，照射时间约4~6分钟。体外放疗主要用于术前及术后(包括术中照射后的体外追加放疗)，也用于晚期胰腺癌已不宜手术的姑息性治疗。用CT精确定位作放射治疗计划，使胰腺癌病变部位得到高剂量照射，四周正常组织得到较好的保护。用10mVx线，腹前一野加两侧野等中心照射，每次180~200cGy，每周5次，剂量40~60Gy/4~6周，可连续治疗，也可分段治疗。

(五)化疗 胰腺癌的化疗问题长期以来并没有引起临床医生的足够重视。与其他肿瘤相比，胰腺癌的化疗效果不能令人满足，这主要有两方面原因：一方面是由于肿瘤的生物特性，对化疗不够敏感，同时在中没有理想的观察指标，因此临床医生往往对此爱好不大。另一方面胰腺癌病人经常表现为恶心、呕吐、厌食、体重减轻和吸收不良，因此很难耐受系统的化疗。

1. 胰腺癌的系统性化疗：很多文献报告了对胰腺癌进行联合化疗的临床实验，效果较好的联合化疗方案主要有：5-Fu+MMC，5-Fu+MMC+Streptozotoin(链脲菌素)，5-Fu+ADM+MMC，这些联合化疗方案的敏感率可达到40%左右，明显高于单剂化疗的效果，病人的生存期亦显著延长。MFA方案用法：MMC 10mg/m²，静注第1日；5-Fu 600mg/m²，静滴，第1、8、29、36日；ADM 30mg/m²，静注，第1、29日。第九周重

复，疗效：CR+PR为39%。2. 胰腺癌的区域性化疗：胰腺癌的区域性化疗，就是通过胰腺主要的供血动脉给予高剂量的化疗药物。其理论依据主要是：目前系统性化疗效果较差的原因可能与全身用化疗药物时，进入胰腺癌组织的药物太少有关，而通过区域性化疗可以使高浓度的化疗药物直接进入胰腺癌组织；系统性化疗时由于化疗药物全身的毒副作用限制了化疗药物的用量，而区域性化疗药物首先作用于胰腺癌组织，可明显减少全身的毒副作用，并因此可以增加化疗药物的用量。总之，通过区域性化疗可以使化疗药物更有针对性，并可增加化疗药物的用量，提高了化疗的效果，同时可明显减少化疗药物的毒副作用。预防及预后关于胰腺癌的早期发现、早期诊断一直是人们探索力求解决的问题，作者认为对此应做好以下几方面的工作。（一）医生在广大人群中发现可疑对象，即高危人群。这是一个非常困难的问题，因为病人既没有特异的症状，也没有特异的体征，全凭医生的高度警惕，医生要做“病人所能提供的只有上腹胀痛，有时胀感超过了痛觉，其他只有消化不良、体重减轻，以及”等。这些无特异性的症状，临床医师若找不到其他疾病能解释以上这些症状时，进而经过对症治疗，以上这些症状未能改善改善后又恶化时，临床医师就应大胆怀疑。（二）普及防癌知识，进行定期的例行体格检查，开展二级预防。（三）对高危对象进行现代高科技的调查，如综合应用B超、ERCP、MRI选择性腹腔动脉造影及新近发展的癌基因检测。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