

壶腹部癌\_肿瘤科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/611/2021\\_2022\\_\\_E5\\_A3\\_B6\\_E8\\_85\\_B9\\_E9\\_83\\_A8\\_E7\\_c22\\_611727.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E5_A3_B6_E8_85_B9_E9_83_A8_E7_c22_611727.htm)

**壶腹部癌【概述】**壶腹部癌是指胆总管下段和十二指肠乳头的恶性肿瘤，比较少见，主要包括壶腹癌、十二指肠癌和胆总管下端癌三种。壶腹部癌的恶性程度明显低于胰头癌，手术切除率和5年生存率都明显高于胰头癌。壶腹部周围癌不是指单一种癌，其中包括壶腹部、胆总管下段、十二指肠乳头癌和胰头癌。壶腹部癌的患者大多数年龄在40~70岁，多见于男性。其临床表现颇似胰头癌，其切除率和5年生存率都高于胰头癌。

**【病理】**肿瘤生长在十二指肠乳头或胆总管壶腹，呈硬结状、息肉状、溃疡或浸润性肿块。如出现症状则已有3/4肿瘤侵及主胰管。组织学分类大部为分化好的腺癌，分化不好的腺癌约占15%，余为乳头状癌，粘液癌、未分化癌、网织细胞肉瘤、平滑肌肉瘤、类癌。由于癌肿的特殊位置，很容易阻塞胆总管和主胰管，致胆汁及胰液的引流不畅，以至阻塞，引起梗阻性黄疸及消化不良，亦可直接浸润肠壁形成肿块或溃疡，加之消化液、食物的机械性损伤，可引起十二指肠梗阻与上消化道出血。转移方式有：直接蔓延至胰头、门静脉及肠系膜血管。区域淋巴结转移如十二指肠后、肝十二指肠韧带、胰头上下等处的淋巴结转移。肝转移。

**【临床表现】**1.黄疸：较早出现，进行性加重，但少数病人可因肿瘤坏死，胆管再通而黄疸消退或减轻，但以后重新加深，呈现波动性黄疸，注意不应误为胆石症或肝细胞性黄疸。可有尿色深、粪色浅及胆盐在皮下沉着刺激神经末梢而出现皮肤搔痒

。 2.上腹痛：早期部分病人（约40%）可因胆总管扩张或因胰液排出受阻致管腔内压升高，而产生剑突下钝痛，可向背部放射。进食后较明显，常未受重视，后期因癌肿浸润范围扩大，或伴有炎症而疼痛加重，并出现背脊痛。但多不如胰头癌严重。 3.发热：合并胆道感染（约20%）或邻近部位的炎症，可有寒战、高热，甚至出现中毒性休克。 4.消化道症状：因胆汁、胰液不能正常参与消化过程，病人有食欲不振、饱胀、消化不良、腹泄、乏力及体重下降。由于壶腹癌部分坏死后慢性出血，以致黑便，潜血试验阳性，并出现继发性贫血，胰腺癌腹膜转移或门静脉转移可出现腹水。 5.肝、胆囊增大：为胆管梗阻、胆汁瘀滞所致，常可触及肿大的肝脏及胆囊，肝质地硬、光滑，胰头癌在晚期常可扪到不规则而固定的包块，少数可听到因肿块压迫胰腺附近动脉而出现的血管杂音。 【实验室和辅助检查】 1.化验检查：早期淀粉酶可升高，血清胆红素一般多在 $13.68 \mu\text{mol/l}$ (8mg)以上,大便潜血试验约85~100%患者为阳性,镜检可见未消化的肌纤维和脂肪,可有糖尿。 2.十二指肠引流：引流液中有时可见鲜血或潜血阳性，或可见脱落的癌细胞。 3.影像检查（1）胃肠钡餐及十二指肠低张造影检查：有时可见十二指肠外上方有胆囊压迹，及其第一二段交界处有增粗的胆总管压迹，十二指肠乳头增大；胰头癌者可见十二指肠套扩大；十二指肠内侧壁“僵硬”呈“ ”形，胃受压向前推移。（2）ptc：可显示胆总管下端的阻塞部位，注意发生胆漏及胆汁性腹膜炎等并发症。（3）ercp：可以窥视十二指肠内侧壁和乳头情况，并可活检、确诊，对壶腹癌及胰头癌（可有胰管狭窄或不显影等）的诊断均有较大帮助。（4）选择性腹腔动脉造影（sca）

：对胰头癌诊断有益，从血管位置改变，可间接确定胰腺癌所在部位。（5）ct及磁共振：对鉴别胰头癌有意义，有助于本病诊断，可显示肿瘤的位置与轮廓。（6）b超：可确定胆管扩张，对无黄疸者亦能提供早期进一步检查线索，有经验者有时可观察到局部的癌块。【诊断】诊断要点（一）进行性梗阻性黄疸，皮肤瘙痒，大便灰白，上腹隐痛，可向背部放射，胆囊及肝肿大，少数黄疸可波动。（二）饱胀、消化不良、食欲不振、消瘦、贫血、大便潜血常阳性。（三）可并发胆道感染或胆绞痛。（四）B超、CT、PTC、ERCP有助于诊断。（五）B超引导或术中针吸细胞学检查可明确诊断。【治疗】以手术治疗为主，可行胰十二指肠切除术，若癌肿有转移可行胆肠吻合术，再配以免疫治疗及化学治疗。【预后与转归】发展缓慢，黄疸出现早，手术切除率60%左右，五年治愈率达40~45%。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](http://www.100test.com)