

# 胰腺囊腺瘤和囊腺癌

## (附 5 例 报 告)

附属第二医院外科 朱士鑫 金公良

由于B超和CT扫描在腹部的广泛应用,胰腺囊性病变,尤其是胰腺炎或钝伤后假性囊肿的显示率有所增多。Robson和Moynihan(1903)将胰腺囊肿分为三类:潴留性、先天性和增生性。增生性囊肿包括良性的囊腺瘤和恶性的囊腺癌。囊腺瘤约为胰腺非恶性囊性病变的10%,而囊腺癌则占原发性胰腺恶性病变的1%左右。文献中可查到的囊腺瘤有300多例,而囊腺癌仅100例左右。我科从1969年11月~1985年1月手术发现囊腺瘤2例,囊腺癌3例。兹结合文献对其临床和病理特征讨论如下。

### 临 床 资 料

本组男2例,女3例。年龄最小14岁,最大73岁。囊腺瘤平均年龄23岁,囊腺癌平均56.3岁。

主要的临床表现有上腹部肿块,其中左上腹肿块4例,右上腹肿块1例。肿块出现时间,最长4年,最短5个月。3例腹胀,2例上腹隐痛向腰背部放射,均属晚期。3例作过B超检查,发现上腹部有囊性肿块,大小不等( $10\sim 13.3\times 10\sim 15\text{cm}$ );2例接受CT扫描,显示多房性囊性肿块,囊液密度似粘液,有腹水存在。其中1例粘液性囊腺癌伴腹水,肝功能显示白球蛋白倒置(0.98:1)。

手术及病理组织学所见:胰体乳头状浆液性囊腺瘤1例,采用囊腺瘤摘出术后健在。胰头乳头状浆液性囊腺瘤1例,瘤块同肠系膜上静脉紧密粘连,施行囊肿连同胰头组织大块切除的改良Whipple手术,术后健

在。胰体尾囊腺瘤局限性癌变1例,行胰体尾切除术后,4个月复发而再次手术,术中见腹腔内广泛转移。胰腺多房性粘液性囊腺癌2例,术中见肿瘤的一部分呈囊性,部分为灰白色实性。伴有淡黄褐色混浊的粘性腹水,仅作剖腹探查取活检。

### 讨 论

囊腺瘤和囊腺癌是胰腺的增生性囊性病变。文献中囊腺瘤的45~90%发生于妇女,本组2例均为女性,囊腺癌的性别比例大约是各为50%。本组3例中,女性1例,男性2例。

本组所见的主要临床表现是上腹肿块,个别病人尚有腹痛,腹胀,体重减轻,暖气,恶心。文献上还有出现黄疸的,并因脾静脉血栓或受压而继发胃底静脉曲张或上消化道出血。术前B超和CT扫描可以显现囊肿的结构及其内含液体的性质,亦能反映出脾和其他大血管的状态,为是否需要血管造影提供依据。本组3例经B超测知肿块的性质,2例CT扫描显现多房性囊肿的图象,并测得似粘液的囊液,有腹水存在,对本病的确诊颇有帮助。精确估计囊腺瘤或囊腺癌的结构是很重要的,因小肠襻内引流对假性囊肿或潴留囊肿可获得满意的效果,但并不适用于粘液性囊腺瘤和囊腺癌,这些囊肿必须完整切除。

近来有人<sup>(1)</sup>建议用PTC细针穿刺活以期探明肿瘤的性质,但未有足够的数据来评价其临床意义。本文作者认为细针活检作为探测囊腺瘤和囊腺癌是不够理想的,因为

在同一囊肿内可能找到良性和恶性两种成分。同样的理由,胰腺活检所切取的组织可能是围绕原发增生性胰腺病变的炎症反应<sup>(2)</sup>。Ferruci认为针吸活检只有对腹内晚期恶性肿瘤的病理定性还有一点价值。

胰腺增生性囊性病变的病理学特征有浆液性囊腺瘤、粘液性囊腺瘤和囊腺癌三种。

浆液性囊腺瘤为圆形分叶状的肿块,通常围绕以正常的胰腺组织。一般有完整的包膜。囊肿内含浆液,有蜂窝状结构。显微镜下显示单层或复层的低立方细胞衬里,每个细胞中心含有深染的核。

粘液性囊腺瘤亦是圆形分叶状的肿块,具有厚薄不等的包膜,切片上表现为充满粘液的多房囊肿,每一囊肿有光滑的上皮细胞衬里或形成乳头突入于囊腔内。显微镜下可见衬里的上皮缩成轻度褶皱,细胞呈高柱状,具有基底核并点缀着杯状细胞<sup>(3)</sup>。Compagno认为大多数的囊肿含有间变或不典型柱状上皮。所以必须看作有潜在的恶性。

大多数囊腺瘤的临床表现极象良性囊腺瘤。囊腺瘤呈圆形。分叶状而光滑,通常亦有来自胰腺组织的囊状物包裹。然其表面可因肿瘤的浸润而破坏。外观上,肿瘤并无明显的恶性迹象。但切成薄片后,可以见到囊腺瘤是一个或多个的囊肿所构成,囊腔内含有许多“菜花样”突起。囊液粘稠呈胶冻

状。组织学显示囊肿衬里粘液上皮有褶皱现象,形成的突起伸向囊腔内。衬里的上皮细胞有点象粘液囊腺瘤,呈柱状,囊肿内有明显的恶性区(去分化,上皮细胞排列成团,基底核极性消失和细胞多形性)。

胰腺增生性囊性病变的预后与组织学所见有着密切的关系。浆液性囊腺瘤是良性的,其预后极好。粘液性囊腺瘤具有明显的或潜在的恶性,为了防止复发和转移,最好采用全切除手术。囊腺瘤的预后差异很大,如果早期发现且彻底切除,Hodgkinson的经验有68%的5年生存率,而部分或姑息性手术,只有14%的5年生存率<sup>(4)</sup>。Warren亦有相似的判断<sup>(5)</sup>。

### 参 考 文 献

1. Goldstein H M, et al. Percutaneous fine needle aspiration biopsy of pancreatic and other abdominal masses. Radiology 1977; 123: 319.
2. Ferruci J T, et al. Diagnosis of abdominal malignancy by radiologic fine needle aspiration biopsy. Am J Roentgenol 1980; 134: 323.
3. Hodgkinson D J, et al. Pancreatic cystadenoma. Arch Surg 1976; 113: 512.
4. Hodgkinson D J, et al. Clinico-pathologic study of 21 cases of pancreatic cystadenocarcinoma. Am Surg 1976; 188: 679.
5. Warren K, et al. Cystadenocarcinoma of the pancreas. SGO 1968; 122: 734.

## 日本血吸虫染色体的初步研究(文摘)

(许阿莲 王炳夫. 寄生虫学与寄生虫病杂志 1985; 3(4): 287.)

本文报道日本血吸虫大陆株染色体的数目为 $2n=16$ ,  $n=8$ 。其核型分为三组: 第一组, 1~2号染色体, 1号为大的亚端部着丝点。2号为大的亚中部着丝点, 系性染色体, 雌性为异配性别(ZW); 雄性为同配性别(ZZ)。第二组, 3~5号染色体, 为亚端部着丝点。第三组, 6~8号染色体, 为亚端部和中部着丝点。日本血吸虫大陆株核型符合亚洲组裂体吸虫的表现, 与曼氏血吸虫的核型(1号为端部着丝点, 2号性染色体ZW为亚端部着丝点)有明显不同, 应用C带技术已证明, 日本血吸虫W性染色体上的着丝点异染色质区, 明显小于任何一种非洲组血吸虫W性染色体上的着丝点异染色质区。这些差异表明, 亚洲组与非洲组血吸虫存在进化上的隔离, 可能为两个不同的属。

本文报道的研究工作对了解血吸虫的系统发生、亲缘关系及其分类具有一定意义。