DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.01.027

功能。

5.2.6 钛制髁状突与人体组织不发生有机结合，阻断了骨断端的再连接，因此避免了复发的可能性。

5.2.7 人工关节固定牢固可靠，不易脱落和移位，减少了复发的因素。

5.2.8 纯钛与人体有良好的组织相容性，在组织液中化学性质稳定，不会释放出有毒物质，耐酸碱及抗腐蚀性强，对组织刺激性极小。生物力学方面，强度高，有韧性，耐疲劳，抗磨损，是较理想的人工关节材料[4]。

参 考 文 献

1. Miller GA, Page, Charles. Temporomandibular joint ankylosis: Review of literature and report of two cases of bilateral involment. J Oral Surg 1975; 33:793
2 Topazian RG. Comparison of gap and interposition arthroplasty in the treatment of temporomandibular joint ankylosis. J Oral Surg 1966; 24:405
3. Freedus MS. Principle of treatment for temporomandibular joint ankylosis. J Oral Surg 1975; 33:757
4. Willams DF and Roaf R. Implants in Surgery. London, Philadelphia, Toronto; Sanders Company, 1973:315～318

（收稿：1990.05.18；修回：1990.12.21）

胰头及胆胰管十二指肠连接区癌肿超声诊断（附52例报告）

徐 颖 贾树蓉（西南医院 超声科）

胰头及胆胰管十二指肠连接区癌肿包括胰头癌、壶腹癌、胆总管下端癌及十二指肠乳头周围癌。该部位肿块的临床表现相似，早期缺乏特异性，术前诊断困难[1]。本文就我院经手术和病理证实的52例该部位癌肿的B型超声诊断（BUS）报告如下。

1 资 料 和 方 法

本组52例均系住院病人，男41例女11例，男：女=3.7：1，年龄20岁～74岁（平均49岁），其中40岁以上者43例（82.7%）。主要症状为上腹胀痛、纳差、乏力及巩膜皮肤黄染，上腹可触及包块23例（44.2%），其中16例为肿大胆囊。

采用EUB-25、40型超声诊断仪，探头频率3.5MHz。受检者空腹12h，必要时饮水，常规平卧位、右前斜位上腹部横向及纵向扫查。

2 结 果

52例中胰腺癌35例（胰头癌28、头体癌2、体尾癌1、全胰腺癌4），壶腹癌11例，胆总管下端癌5例和十二指肠乳头癌1例。BUS与手术结果定性、定位均相同为符合，二者居一为基本符合，其对照见表1。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne

表1 BUS与手术结果对照

	符合	基本符合	不符合
	例（%）	例（%）	例（%）
胰头癌	15（53.6）	10（35.7）	3（10.7）
胰头体癌		2	
胰体尾癌			1
全胰癌	4		
壶腹癌	4（36.4）	4（36.4）	3（27.2）
胆总管下端癌	2（40.0）	2（40.0）	1（20.0）
十二指肠乳头周围癌		1	
合计	25（48.1）	19（36.5）	8（15.4）

〔注〕符合：定性、定位均正确；基本符合：二者居一

从表1可以看出，超声显象对该部位癌肿诊断的符合率与基本符合率合计为84.6%，其中胰头癌为9.3%、壶腹癌为72.8%、胆总管下端癌为80%。

BUS对胰头癌误诊3例，分别为胆总管下端结石2例、胰头囊肿1例，基本符合的10例中病因误诊6例均诊断为胆总管下端肿瘤，另4例仅提示胆总管下端梗阻而未找出明确病因。壶腹癌误诊3例，为胆总管下端结石2例、胆道蛔虫1例，基本符合4例中，病因诊断为胰头癌2例，另2例只提示梗阻部位在肝外胆道下端。胆总管下端癌误诊1例为胆总管结石，基本符合2例中病因诊断为胰头癌、壶腹癌各1例。

本组部分病例做了逆行胰胆管造影（ERCP）、CT扫描或经皮肝穿胆系造影（PTC）见表2。可以看出对诊断胰头癌，CT与BUS近似，其符合率和基本符合率为92.3%。诊断壶腹癌ERCP明显优于其他影象检查，8例受检者均与手术结果相符。PTC对胆总管下端癌诊断较优越。

表2 CT、ERCP、PTC与手术结果对照

	CT				ERCP				PTC			
	检查例数	符合	基本符合	不符合	检查例数	符合	基本符合	不符合	检查例数	符合	基本符合	不符合
胰腺癌	13	9	3	1	10	6	1	3	9	1	7	1
壶腹癌	1	1			8	8			2	1	1	
胆总管下端癌	2	1	1		1	1			3	2	1	

〔注〕符合：定性定位均正确；基本符合：二者居一

35例胰腺癌中34例（97.1%）胆总管扩张，14例（40%）主胰管扩张，伴胆囊肿大者27例(77.1%)。11例壶腹癌均有胆总管扩张，胆囊肿大者10例，主胰管扩张者3例。5例胆总管下端癌都伴有胆总管扩张和胆囊肿大，同时有主胰管扩张者1例。1例十二指肠乳头周围癌胆总管、胰管均扩张。

3 讨论

3.1 BUS对胰头及胆胰管十二指肠连接区癌肿的诊断价值

文献报道诊断符合率76%～94%[2][6]，本组资料B超对该部位恶性病变诊断符合率和基本符合率为84.6%。对于此处癌肿早期诊断是各有关学科共同探讨的问题，现在认为无痛性黄疸并非其早期和典型症状[3][4]，本组均为中晚期癌肿患者，以黄疸为首发症状就医而行B超鉴别诊断者在胰头癌为14.3%（4/28），壶腹癌为27.3%（3/11），胆总管下端癌为40%

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne

(2/5)。有腹痛腹胀、纳差消瘦者占84.6% (44/52)，这些症状常在黄疸出现前就已存在，这是由于肿瘤组织的阻塞，胰胆管内压力升高，胰液胆汁排泌不畅所致，胰胆管代偿扩张适应阶段临床可不出现黄疸。BUS对胆管扩张的显示率高并能直接显示胰腺图象，故对40岁以上不明原因出现消化道症状者应首选BUS检查，一旦发现胆、胰管扩张，胆囊肿大对提示诊断有重要意义，其主要目的是从中筛选可疑病例，如同时发现胰头区有肿块或低密度区更有诊断价值，即使未找到病因亦应高度警畅进一步做CT、ERCP、PTC、生化、免疫及病理细胞学等检查以期得到早期诊断。

3.2 误诊原因分析

3.2.1 定性不准确：①由于该部位解剖部位较深，胰头癌、壶腹癌和胆总管下端癌三者所处部位相似，特别中晚期癌肿侵润、粘连、转移等病灶扩大界限不清，解剖毗邻关系紊乱模糊，因此从声象图上鉴别困难不易准确定性[5]。②腺癌组织结构较均匀，透声较好，声象图表现为实质性低回声，特别是坏死液化时易误诊为囊肿。③癌肿组织坏死、纤维化致回声增强，同时声能的吸收也可形成后方声衰减而误诊为结石。④壶腹癌影象重叠于胰头中间，胰头肿块较小未超出胰头正常范围者易漏诊，有时仅提示胆道下端梗阻未能提示病因。

3.2.2 干扰因素：腹壁肥厚，消化道气体干扰，图象显示不清晰。

3.2.3 经验不足：未扫查到病变部位或对异常声象[6]特别是早期阶段不能辨认造成漏诊。

3.3 努力方向

密切结合临床，注重病史、体征、生化等检查，充分发挥B超安全、无创、简便及可重复的优势，以期发现早期病人。配合临床开展超声引导下肿块深部穿刺，以便早期明确诊断。

参考文献

1. 梁景东　高玉堂　郑　苇，等。237例胰腺癌病例对照研究。肿瘤　1988；2：59
2. 齐伊耕　金公良。壶腹周围癌的诊断和治疗进展。实用外科杂志　1987；8：421～422
3. 何之光。胰腺癌壶腹周围癌的早期诊断问题。　实用外科杂志　1987；8：393
4. 潘瑞芹　贾振庚　刘德辉。胰腺及壶腹周围癌100例诊治分析。实用外科杂志　1987；8：404
5. 杨　浩。灰阶超声诊断学。科学技术文献出版社重庆分社，1987：61～69
6. 郭万学。实用超声诊断学。贵州人民出版社，1985：308

(收稿：1990.03.15；修回：1990.12.25)

20GYγ射线照射对大鼠下丘脑和垂体内生长抑素含量的影响

王正品　蔡文琴　(组胚教研室)

在超致死剂量放射损伤时，我们观察到大鼠小肠内生长抑素 (Somatostatin，SOM) 含量有明显变化[1]，为了进一步了解放射损伤对大鼠下丘脑、垂体内SOM含量的影响，本实验利用放射免疫测定法 (RIA) 测定了在相同致伤条件下大鼠下丘脑及垂体内SOM含量。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.ne