

文章编号:1005-6947(2005)05-0399-02

· 技术改进 ·

## 术中 Tru-cut 型针活检对胰腺肿块的诊断价值

王洪江<sup>1</sup>, 邵本深<sup>2</sup>, 赵作伟<sup>1</sup>, 巩鹏<sup>1</sup>, 谭广<sup>1</sup>, 李冰<sup>1</sup>, 王忠裕<sup>1</sup>

(1 大连医科大学附属第一医院 普外二科, 辽宁 大连 116011; 2 辽宁省大连市金州区第一人民医院, 辽宁 大连 116123)

**摘要:**为探讨术中 Tru-cut 型针活检对胰腺肿块的诊断价值。笔者于术中采用 Tru-cut 型针活检 12 例胰腺肿块,立即冷冻切片并行 HE 染色,光镜观察。结果示用 Tru-cut 型针活检确诊为胰腺肿瘤的 10 例中经冷冻病理学检查诊断胰腺癌 9 例、胰岛细胞瘤 1 例,与术后石蜡切片病理诊断符合率为 100%;另 2 例确诊为慢性炎症,经 1 年随诊均未见恶性征象。提示术中 Tru-cut 型针穿刺病理学检查可作为决定手术治疗的依据,诊断率高,且方法简单,安全可靠。

**关键词:**胰腺肿瘤/病理学;活组织检查,针吸

**中图分类号:**R735.9; R446.8

**文献标识码:**C

胰腺癌是消化系中难以早期诊断的恶性肿瘤之一。由于胰腺位于腹膜后,胰腺癌的早期临床症状往往不典型,给诊断带来困难。不同的诊断其治疗原则或手术术式各异。因此有必要通过活组织检查(活检)于术中取得病理组织学诊断。我院于 2003~2004 年对 12 例术前诊断不明的胰腺肿块进行了术中 Tru-cut 型针活检(TCNB),旨在探讨 TCNB 对胰腺肿块的诊断价值,为手术方案提供依据。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

本组男 7 例,女 5 例,年龄 45~69 (平均 52.6)岁。梗阻性黄疸 10 例(83.3%),上腹部疼痛不适 6 例(50.0%)。病程 5d 至 6 个月。影像学检查均发现胰腺肿块,其中胰头部 10 例,胰体 1 例,胰尾 1 例。术前 B 超检查 12 例,全部诊断为胰腺占位性病变;其中恶性 9 例,未定性 3 例。术前 CT 检

查 12 例,均诊断为胰腺占位性病变;其中恶性 10 例,良性 2 例;术前磁共振成像(MRI)检查 9 例,均诊断为胰腺占位性病变;其中恶性 8 例,良性 1 例。肿块直径 2.0~4.5 cm,平均 2.6 cm。术前拟诊胰腺癌 11 例;胰腺良性疾病 1 例。

#### 1.2 活检方法

采用美国制 Tru-cut 活检枪自动活检技术。方法如下:剖腹探查时明确肿块部位和大小后行肿块 Tru-cut 针活检。胰头部肿瘤先行 Kocher 切口游离十二指肠外侧,然后采用经十二指肠穿刺活检;胰体尾的肿瘤直接从胰腺表面穿刺活检。活检时左手固定肿块,右手把持活检枪调整刺入深度(15~22 mm)击发刺入肿块内,拉下枪栓从 Tru-cut 针标本槽内取出活检组织,如空穿或胰腺组织不够可反复穿刺。经十二指肠壁穿活检后穿刺孔用丝线浆肌层包埋;胰腺表面穿刺活检后纱布按压止血并“8”字缝合创面。穿刺的标本即刻送冷冻切片检查,HE 染色,光镜观察。每例穿刺 2~4 次,平均 2.8 次/例。

### 2 结果

术后病理学确诊胰腺癌的 9 例穿

刺病理学均为胰腺癌,两者符合率为 100%,其中包括 1 例行细针穿刺脱落细胞学检查 2 次均为阴性者;术后病理学确诊为良性病变的 2 例术中穿刺病理诊断均为慢性胰腺炎症,经过 1 年以上随诊未见恶性征象;术后病理学确诊无功能性胰岛细胞瘤 1 例,穿刺病理诊断为胰岛源性肿瘤;本组无假阴性。本组术中冷冻切片与术后石蜡切片病理结果符合率为 100%。除 1 例肿块表面穿刺术后出现胰漏(经非手术疗法治愈)外,其余病例穿刺均无出血及其他不良反应。

### 3 讨论

胰腺癌的患病率近年有明显上升的趋势。随着影像诊断的技术发展和实验室诊断方法的进步,如 B 超、超声内镜、螺旋 CT、内镜下经十二指肠胆胰管造影(ERCP),MRI、血管造影、细针穿刺胰腺活检、癌标志物 CA19-9 测定,经口胰管镜、胰管内超声等广泛应用于临床,大大提高了胰腺癌的早期诊断率<sup>[1,2]</sup>。上述有的设备目前尚难以普及,且鉴别困难的病例并不少见,以至临床医生在诊断和决定治疗方案时难以决断,即使剖腹探查时有的诊

收稿日期:2004-07-01;

修订日期:2004-11-17。

**作者简介:**王洪江(1965-),男,辽宁北宁人,大连医科大学附属第一医院副教授,主要从事胆胰外科方面的研究。

**通讯作者:**王洪江 电话:0411-836359

63-2086; E-mail:wangaso@yahoo.com.cn。

断也很困难。将良性病变按恶性病变处理作根治性手术,或恶性肿瘤按良性疾病处理而失去根治手术机会的情况时有发生,因此明确胰腺占位病变的性质对决定手术方式极其重要<sup>[3]</sup>。Tru-cut 针活检操作简便、快速、安全且创伤小,广泛应用于乳腺、肾脏等活检<sup>[4]</sup>,但应用于胰腺的诊断报告很少。

尽管细针针吸细胞学检查或切除病理成为胰腺肿块术中定性检查的主要手段之一,但其准确性及合并胰漏的危险,限制了临床应用。术前在 B 超引导下经皮胰腺活检,有使肿瘤细胞穿刺窦道内扩散的危险,特别是对于有手术切除治愈可能的病例,更应该慎重施行。术中活检有直视下楔形切除肿瘤组织,该方法取材组织较多,但肿瘤如果不存在于胰腺表面,有可能取材不确切,还有合并肿瘤播种、出血、遗漏病变的危险。细针穿刺技术由于取材量少,抽吸物中混有血液,癌细胞分化程度高,不易分辨以及操作者的手法及涂片等多方面的影响,细胞学涂片检查可能出现假阴性<sup>[5,6,7]</sup>。本组 1 例胰癌患者同时进行细针穿刺脱落细胞学检查结果为阴性,而 Tru-cut 穿刺活检阳性。Tru-cut 型针活检方法仅用于术中活检,尤其是对位于胰腺实质或位于肠系膜上静脉及门静脉周围而难以直接取得病变组织者更为实用。其操作在直视下进行,也可以在 B 超引导下取材,准确且可反复多次。Tru-cut 型针是一种针芯

带槽的套针,所取的标本不直接接种于针道,可以避免癌细胞的种植转移。我科应用该法活检 12 例,临床诊断和病理诊断符合率为 100%。

为了提高胰腺肿块穿刺诊断的正确率,穿刺时应准确地刺入肿块内,对肿块各个方位反复穿刺以获得足够的具有代表性的组织标本。当结果高度怀疑恶性肿瘤时,可再次多点穿刺取材以提高阳性诊断率。本组病例共进行 34 次穿刺活检。此外对穿刺深度也应作出恰当的估计,避免穿刺过深造成副损伤或过浅取材不到位而遗漏病灶。本组有 1 例第一次 Tru-cut 型针活检穿刺 4 次未能定性,再次加大穿刺深度后确诊为胰腺癌。为避免胰漏,对于胰头部肿块需要经十二指肠穿刺,这样即使出现胰漏,也不会产生症状或给患者造成不良影响。本组合并胰瘘 1 例,该例经肿块表面穿刺后诊断为胰腺癌,因肿瘤累及肠系膜上静脉无法手术切除,术后经引流管有胰液引出而确诊,经过营养支持和抑酶治疗后胰漏治愈出院。其原因可能是穿刺后无法切除肿瘤,胰管内高压的胰液经穿刺窦道溢出所致。未发现明显的内出血、感染及其他意外。

本组资料证实 Tru-cut 型针穿刺活检检出率高,方法简便。只要谨慎细心,该方法安全可靠,值得临床探索。

## 参考文献:

- [1] 雷正明,黎靖,冯春红,等. 胰头部肿瘤 277 例诊治体会[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(10):769-771.
- [2] 李海民,戴辉,窦科峰,等. 胰头癌的诊断和治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(2):97-100.
- [3] 李捷雷,张桂林,田雨霖,等. 胰腺 Vater 壶腹周围癌术中确诊方法 224 例临床分析[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(5):297-298.
- [4] 陈天敏. B 超引导下 Tru-cut 型针在肝活检中的临床应用[J]. 临床消化病杂志, 2003, 15(3):127.
- [5] Weiss SM, Skibber J, Dobelbower RR, et al. Operative pancreatic biopsy: ten-year review of accuracy and complications[J]. Am Surg, 1982, 48(5):214-216.
- [6] Rashleigh-Belcher HJ, Russell RC, Lees WR. Cutaneous seeding of pancreatic carcinoma by fine-needle aspiration biopsy[J]. Br J Radiol, 1986, 59(698):182-183.
- [7] 张奕文,梁健,易聪恒,等. 胰腺肿块术中细针穿刺细胞学检查的临床价值[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(6):474-475.

## 会议改期启示

由中国普通外科杂志社,湖南省医学会普通外科专业委员会,中南大学湘雅医院,广西柳州市人民医院联合举办的第十六届全国普通外科新进展学习班暨学术研讨会原定于 2005 年 6 月 1 日~4 日在广西省柳州市召开,由于举办方原因,会议延期,具体会议日期待定,特此敬告。