



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.027
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.027
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(3):443-445.

· 临床报道 ·

成人环状胰腺的临床诊治分析：附 13 例报告

毛岳峰, 王云, 王力, 罗衡桂

(湖南省湘潭市中心医院 普通外科, 湖南 湘潭 411100)

摘要

目的: 探讨成人环状胰腺的诊断和临床治疗措施。

方法: 回顾性分析 2006 年 7 月—2014 年 6 月收治的 13 例成人环状胰腺患者的临床表现、辅助检查、手术治疗方式及术后并发症等临床资料。

结果: 临床表现以顽固性呕吐、反复上腹部疼痛及腹胀等十二指肠梗阻表现为主, 患者术前行上消化道造影、腹部平片、腹部 CT 及 MRCP 等检查, 13 例患者均行手术治疗, 其中行十二指肠与十二指肠侧侧吻合 3 例, 行胃次全切除、Billroth-II 式吻合术 6 例, 行胃空肠吻合术 3 例, 行十二指肠空肠侧侧吻合术 1 例。术后 3 例出现肺部感染, 切口感染 1 例, 胃空肠吻合口瘘及十二指肠瘘各 1 例, 均经负压引流后治愈; 1 例术后吻合口狭窄, 再次手术后治愈。

结论: 成人环状胰腺患者临床表现主要以呕吐、反复上腹部疼痛及腹胀等十二指肠梗阻表现为主, 术前检查以腹部平片、上消化道造影、腹部 CT 及 MRCP 检查为主, 治疗以手术治疗为主, 手术方式主要以胃次全切除、Billroth-II 式吻合术、十二指肠侧侧吻合及胃空肠吻合术为主, 术后并发症主要为肠瘘, 吻合口狭窄, 肺部感染等。

关键词

胰腺 / 畸形; 环状胰腺 / 外科学; 成人

中图分类号: R657.5

环状胰腺是一种先天性的发育畸形, 是指一带状胰腺组织环, 部分或完全包绕十二指肠第一段或第二段, 致使肠腔狭窄。本病于 1818 年由 Tiedemann 首先在尸检中发现, 1862 年 Ecker 首先报道。Ecker 报道以后欧美统计了 300 余例^[1], 现就我院 2006 年 7 月—2014 年 6 月收治的 13 例成人环状胰腺患者的临床资料进行回顾性研究分析, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

13 例环状胰腺患者中, 男性 8 例, 女性 5 例, 男女比例为 1:1.6; 年龄 19~50 岁, 中位年龄 38 岁。

1.2 临床表现

本组患者临床表现主要为顽固性呕吐 13 例 (100%), 上腹部疼痛 8 例 (61.5%), 腹胀 12 例 (92.3%), 贫血 4 例 (30.8%), 体质量减轻 5 例 (38.5%), 其中体质量减轻超过 5 kg 者 2 例 (15.4%), 上消化道出血(呕血、黑便) 3 例 (23.1%), 呕血黑便量少于 300 mL。病程为 30 d 至 2 年, 平均 180 d。

1.3 辅助检查

本组患者均行上消化道造影检查, 均提示十二指肠降部梗阻, 造影剂通过困难或缓慢, 可见胃扩张, 胃内容物潴留, 十二指肠球部匀称扩大, 伸长, 其下缘光滑圆隆。十二指肠排空时间延长, 其中 6 例可见逆蠕动。行腹部平片检查 13 例, 其中 8 例腹部平片示上腹部积液积气, 2 例可见双泡征, 5 例示上腹部气液平面。行腹部 CT 检查 10 例, 均可见十二指肠上段扩张, 十二指肠降部狭窄变形。13 例均行 MRCP 检查, 可见与胰头相连续的围绕十二指肠降段与胰腺同等信号强度的组织结构, 胆管胰管均未见梗阻扩张。行胃十二

收稿日期: 2014-12-02; 修订日期: 2015-02-13。

作者简介: 毛岳峰, 湖南省湘潭市中心医院主治医师, 主要从事肝胆胃肠及微创外科方面的研究。

通信作者: 毛岳峰, Email: maoyuefeng0734@163.com

指肠镜检查4例,均发现十二指肠降部完全或不完整性狭窄,均发现有十二指肠球部溃疡,最大者为2 cm × 1.6 cm,其中1例同时合并胃窦部溃疡。

1.4 术前诊断

本组患者术前诊断为环状胰腺4例(30.8%),幽门梗阻2例,十二指肠肿瘤3例,十二指肠淤滞症3例,胃癌1例,误诊率为69.2%(9/13)。

2 治疗及结果

2.1 治疗

13例患者均进行手术治疗,行十二指肠与十二指肠侧侧吻合3例,行胃次全切除、Billroth-II式吻合术6例,行胃空肠吻合术3例,行十二指肠空肠侧侧吻合术1例。其中合并消化道溃疡的患者4例均行胃次全切除、Billroth-II式吻合术。手术时间75~130 min,平均92 min。

2.2 术后并发症及处理

本组患者术后出现肺部感染3例(23.1%),胃空肠吻合口瘘及十二指肠瘘各1例(7.7%),均经负压引流后治愈。1例术后吻合口狭窄(7.7%),经再次手术后治愈。切口感染1例(7.7%),经伤口清洗换药后治愈,无死亡病例。

2.3 随访

所有患者出院后均随访,随访时间6~30个月,本组手术患者术后症状均消失或明显缓解。

3 讨论

环状胰腺是一种先天性异常病变,50%环状胰腺患者在1岁以前出现症状,常伴有其他先天性缺陷^[2],国内文献显示,成人环状胰腺,国内统计男性为73.5%,平均年龄32.8岁,67.6%在19~40岁之间发病^[3]。环状胰腺一般宽1 cm左右,包绕在十二指肠第二段。根据包绕程度,可分为完全型环状胰腺和不完全型环状胰腺,以后者较常见。

3.1 病因

对于环状胰腺形成的确切病因目前尚不完全清楚,学说很多,主要有胰腺始基增生学说,背侧、腹侧胰腺始基分裂并肥大学说,由背侧始基形成学说,由腹侧始基与十二指肠交织形成学说等。目前,eLco首倡的胰腺腹侧始基旋转异常学说受到众多学者认可,即胚胎期十二指肠背侧和腹侧两个胰腺始基固定,未能伴随十二指肠旋

转,且以带状延伸的形态继续残留于十二指肠前以致完全或部分环绕十二指肠降部,使肠腔狭窄形成环状胰腺。目前大多数学者认为,环状胰腺的形成并非单一因素所致,与腹侧始基、背侧始基及十二指肠旋转等综合因素有关^[4]。

3.2 临床症状

环状胰腺大多数新生儿期发病,症状出现的早晚取决于环状胰腺对十二指肠的压迫程度,十二指肠受压严重,出现早,症状重^[5-6]。其症状主要以顽固性呕吐,上腹部疼痛,腹胀,呃逆为主,进食后可加重,呕吐物为胃十二指肠液,多含有胆汁。亦可有贫血,体质量减轻及上消化道出血等非典型症状。环状胰腺并发胃和十二指肠溃疡者,可达30%~40%,其中以十二指肠溃疡较常见。溃疡的发生原因可能与环状胰腺的压迫、胃液长期潴留和胃、十二指肠内容物酸度过高等有关。环状胰腺并发胰腺炎者占15%~30%,其发生原因可能与胰腺导管系统异常有关,胰液淤滞或胆汁逆流至胰管而致病。胰腺炎可仅限于环状胰腺部分或侵及全胰腺,急性胰腺炎的水肿或慢性胰腺炎的纤维疤痕还可加重十二指肠梗阻。临床上由于环状胰腺位于乏特氏壶腹处、环状胰腺致十二指肠第二段明显狭窄并压迫胆总管以及胰腺炎等原因,均可引起胆总管下端梗阻而出现黄疸^[7]。病程久者还可继发胆道结石。

3.3 诊断

本病较罕见,术前获得正确诊断较困难。如出生后胆汁性呕吐或有反复上腹痛和呕吐等症状,需考虑十二指肠梗阻可能^[8]。行立位腹平片可以诊断,影像表现包括:(1)双气泡征;(2)高位梗阻远端肠道内可见少量气体^[9]。进一步行上消化道造影,腹部CT,MRCP^[10]及胃镜等检查可明确诊断,X线钡餐造影为目前最有价值的简便诊断方法。而腹部CT和MRCP可显示出胰腺组织以及条环形胰管包绕十二指肠降部,由此可诊断环形胰腺^[11]。亦有术中无意发现胰腺呈环状或钳状卡压十二指肠,导致狭窄。同时也需要与先天性十二指肠闭锁、先天性幽门肥厚症、十二指肠淤滞综合征、胰头部及Vater壶腹部肿瘤进行鉴别。此外,环状胰腺还常伴有其他先天性疾病,如伸舌样痴呆、食管闭锁、食管气管瘘、美克尔憩室、先天性心脏病、畸形足等。

3.4 治疗

对于没有症状或症状不明显的环状胰腺,可

不必手术。Bickford认为只有1/3病例表现症状并需要进行手术治疗,大部分患者可以终生无症状^[12]。如已引起十二指肠狭窄或梗阻,则必须进行手术治疗。手术方法主要分为:(1)十二指肠与十二指肠侧侧吻合术:本术式操作较容易,能完全解除十二指肠梗阻,又能保持胃的功能,而且没有损伤胰管、发生胰痿的危险,因此比较符合生理,可作为首选的术式。(2)胃空肠吻合术:本术式有两个突出的特点:手术后可能发生吻合口边缘溃疡;梗阻近端的十二指肠引流不好,不能很好地解除十二指肠梗阻。因此,除因十二指肠周围有紧密粘连,无法施行其他捷径手术外,一般不宜采用本术式。Sanford则认为,对环状胰腺先行胃大部切除,再作胃空肠吻合术,是成人病例中最理想的方法。(3)十二指肠空肠Roux-en-Y型吻合术(结肠前或结肠后):该术式具有十二指肠与十二指肠侧侧吻合术的优点,但在手术过程中应注意下述几点:第一,吻合口应选择在十二指肠梗阻近端的最低点,以免形成盲襻;第二,吻合口不易过小,以免形成狭窄;第三,吻合时空肠不要扭转成角,以免形成梗阻;第四,空肠在距屈氏韧带15~20 cm处切断,远端吻合至十二指肠梗阻近端最低点。(4)为环状胰腺切除术或部分切除术。如果环状胰腺组织较薄,血管分布不多,与肠壁无紧密粘贴,可将环状胰腺切断,或作部分或全部的切除,以解除十二指肠梗阻。如十二指肠因长期压迫已形成狭窄时,可加作十二指肠纵行切开横形缝合,使肠腔扩大。本术式的缺点是可能造成术后再次狭窄、胰腺损伤、胰痿、胰腺囊肿或十二指肠痿等并发症;有时手术后十二指肠的狭窄或梗阻仍不能完全解除。因此,多主张采用此种术式。

此外,对于有胆道梗阻的患者,除了需解除十二指肠的梗阻外,还要解除胆道的梗阻。可行胃大部切除、Billroth-II式吻合术加胆总管与十二指肠梗阻远段端侧吻合术。对于环状胰腺合并胃、十二指肠梗阻者,可行胃次全切除、Billroth-II式吻合术。

3.5 术后并发症

环状胰腺术后并发症可因手术方式不同而各有差异,总体来说主要是十二指肠痿、吻合口痿、吻合口狭窄、术后消化道出血、术后肺部感染、切开感染等等。需重点提及的是:切忌作胰腺环的分离或切断手术,因手术出血较多,且容

易损伤胰管而形成胰腺痿,手术病死率较高,另外术中须注意有无消化道并存畸形。本组13例手术患者中就出现了上述术后并发症,虽然最终经治疗后均治愈,但仍需提高警惕,术前准备充分,手术操作细致,术后注意维持水电解质平衡及营养补充,才能避免了严重并发症。

综上所述,环状胰腺通过早期检查、及时诊断、积极的术前准备、选择合理的术式及良好的术后营养,可获得满意的疗效。

参考文献

- [1] Kiernan PD, ReMine SG, Kiernan PC, et al. Annular pancreas: May Clinic experience from 1957 to 1976 with review of the literature[J]. Arch Surg, 1980, 115(3):46-50.
- [2] 吕新生. 实用临床普通外科学[M]. 长沙:中南大学出版社, 2006:545.
- [3] 何天霖, 胡先贵. 成人环状胰腺的临床分析[J]. 外科理论与实践, 2007, 12(1):74-75.
- [4] Wachsberg R. Case 2: Diagnosis: Annular pancreas[J]. Ultrasound Q, 2006, 22(2):104-106.
- [5] 韩福友, 于有, 将志涛. 小儿环状胰腺五例报告[J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(8):458-460.
- [6] 刘江林, 李光泽, 向丽, 等. 58例新生儿环状胰腺临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2014, 36(6):614-615.
- [7] Yazawa N, Imaizumi T, Furukawa D, et al. An annular pancreas associated with carcinoma of the papilla of Vater: report of a case[J]. Surg Today, 2012, 42(5):497-501.
- [8] 王世文, 李旭东, 李其棠. 成人环状胰腺(附5例报告)[J]. 中国普通外科杂志, 1993, 2(1):24-25.
- [9] Gore RM, Levine MS. Textbook of gastrointestinal radiology[M]. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2000:1487-1497.
- [10] 陆建平, 王莉, 郭帅. 胰腺先天异常的影像诊断[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2008, 14(6):554-559.
- [11] 李懋, 何晓静, 赵建农, 等. CT与MRI对成人型环状胰腺诊断的对比分析[J]. 重庆医科大学学报, 2014, 39(5):728-732.
- [12] 童尔昌. 小儿腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1991:152.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式:毛岳峰,王云,王力,等.成人环状胰腺的临床诊治分析:附13例报告[J].中国普通外科杂志,2015,24(3):443-445. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.027

Cite this article as: MAO YF, WANG Y, WANG L, et al. Clinical diagnosis and treatment of annular pancreas in adults: a report of 13 cases[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(3):443-445. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.027