文章编号:1000-5404(2011)03-0303-03

论著

胆总管横断加胆肠吻合术治疗复发性胰腺炎46例临床分析

闫 勇,闫洪涛,汪 涛,汤礼军,张 生 (610083 成都,成都军区总医院全军普外中心)

【摘要】 **目的** 探讨复发性胰腺炎的发病机制和手术治疗方法。**方法** 对确诊为复发性胰腺炎的46例患者,经术前磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography,MRCP)、内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography,ERCP)检查,及术中胆汁淀粉酶、胆道压力测定和胆道镜等检查,明确胆胰汇合部异常。以彻底消除胆胰返流为原则进行胆总管横断加胆肠吻合术。**结果** 患者共同通道长度大于1.0 cm者13例,全组胆汁淀粉酶高于血淀粉酶值2倍以上。术前胆道压力平均值高于术后平均值,术后全组病例症状完全缓解,24例随访52个月无腹痛发作。**结论** 胆胰汇合部异常致胆汁逆流入胰管引发胰腺炎是复发性胰腺炎的重要原因,根据临床症状、胆总管扩张,共同通道长度、胆汁淀粉酶值可做出诊断。胆总管横断加胆肠吻合术是治疗这类复发性胰腺炎的有效术式。

【关键词】 复发性胰腺炎;共同通道;胆汁淀粉酶测定;胆总管横断加胆肠吻合术
【中图法分类号】 R576;R615;R657.51 【文献标志码】 A

Combined common bile duct transection and choledochojejunostomy for recurrent pancreatitis: A clinical analysis of 46 cases

Yan Yong, Yan Hongtao, Wang Tao, Tang Lijun, Zhang Sheng (General Surgery Center, General Hospital of Chengdu Military Command, Chengdu, Sichuan Province, 610083, China)

【**Abstract**】 Objective To study the pathogenesis of recurrent pancreatitis (RP) and its surgical procedure. Methods Diagnosis of abnormal pancreaticobiliary junction was established in 46 patients with RP by magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) before operation, measurement of bile amylase level and biliary tract pressure during operation, and choledochoscopy, respectively, for bile duct transection to thoroughly eliminate the reflux to biliary tract. Results A more than 1.0 cm long common channel was found in 13 out of the 46 patients. The level of bile amylase was two-fold higher than that of serum amylase. The mean biliary tract pressure was higher before operation than after operation. The symptoms of the patients were completely relieved after operation. No abdominal pain occurred in 24 patients during the 52-month follow- up. Conclusion Bile reflux to pancreatic duct due to abnormal pancreaticobiliary junction is the major cause of RP, which can be diagnosed based on its clinical symptoms such as choledochectasia, common channel length, bile amylase level, dilated common bile duct, and choledochojejunostomy findings. Combined common bile duct transection is an effective procedure for RP.

【**Key words**】 recurrent pancreatitis; common channel; bile amylase assay; combined common bile duct transection and choledochojejunostomy

Corresponding author: Yan Yong, E-mail: yanyong1961@gmail.com

在我国,胆道疾病是复发性胰腺炎的首要病因(46.5%),但近年来随着人们生活质量的提高和饮食结构的变化,酒精因素导致胰腺炎的比例有上升趋势[1]。从病因上分类:胆道疾病引起胰腺炎有结石性和非结石性,治疗方法也多种多样[2-3]。我科于1997年1月至2009年1月对因胆胰汇合部异常导致胰腺炎反复发作患者行胆总管横断加胆肠吻合术46例,结合其治疗效果,探讨复发性胰腺炎的病因和手术治疗方法,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组46例,男性29例,女性17例,年龄32~58岁,平均43.5岁,病程2~17年。主要症状:反复发作中上腹疼痛,持续

【通信作者】 闫 勇,E-mail:yanyong1961@gmail.com

性胀痛,伴恶心呕吐,食欲差;体重减轻15例;血淀粉酶升高36例;术前行磁共振胰胆管造影术(magnetic resonance cholangiopancreatography,MRCP)检查21例,内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography,ERCP)和内镜下十二指肠乳头括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy,EST)治疗34例,其中9例术前同时行MRCP和ERCP检查;既往已行胆囊切除术者9例。

1.2 诊断

长期反复发作中上腹疼痛,伴恶心、呕吐,以夜间和餐前发作为甚,血淀粉酶增高,排除胃十二指肠溃疡和胆道结石诱发的胰腺炎。B超、MRCP/ERCP提示胆总管扩张或显示共同通道延长、弯曲,或术中胆道压力>15 cmH_2O,胆汁淀粉酶>2倍血淀粉酶值可作出诊断。全组病例均存在不同程度的胆总管扩张,最粗者2.1 cm,术中和术前ERCP抽取胆总管内胆汁淀粉酶高于血淀粉酶2倍以上(本组34例>10 000 mmol/L),术中胆道镜观察胆总管下段狭窄者(本组37例)。

1.3 手术指征

我们认为同时具备下述3条以上者可考虑型胆总管横断加胆肠吻合术:①长期反复胰腺炎症状,内科治疗无效;②胆总管扩张≥1.0 cm;③ERCP或MRCP检查证实胆胰共同通道长度大于10 mm,经过EST治疗后无效者,或EST操作时,针刀无法插入胆胰共同通道的狭窄段;④术中胆汁淀粉酶值>血清淀粉酶值2倍以上;⑤术中胆道镜检查发现壶腹上沿有胰管开口,或术中胆道造影经胰管同时显影,或共同管细长弯曲;⑥术中胆管测压,压力>15 cmH_2O。

1.4 手术方法

手术的原则是彻底消除胆胰返流,从而杜绝胆管压力升高时少量胆汁的逆流进入胰管激活胰酶引起炎症反应。

手术步骤:①开腹后打开胃结肠韧带,直接观察胰腺表面并记录;②测定胆总管压力、并抽取胆汁测胆汁淀粉酶值;③胆道镜检查壶腹部观察壶腹括约肌收缩特点及狭窄段情况;④在十二指肠上缘横断胆总管并封闭下端,切除胆囊,在胆总管上段与空肠作Roux-Y型吻合,引流支撑管经吻合口置于上段胆管内,经空肠输出袢引出体外。

1.5 术后观察

①观察每天胆汁引流量及其淀粉酶含量,测胆管压力;②术后7 d拆线,引流管术后30 d拔出,拔出时做胆道镜检查;③长期追踪随访胰腺炎发作情况。

2 结果

2.1 共同通道情况

本组术前MRCP和ERCP检查,13例狭窄段>1.0 cm,27例无法观察到共同通道长度,其原因可能是因为共同通道狭窄导致通道内无胆汁或胰液存留,影响成像。余6例受十二指肠干扰无法看清共同通道。

2.2 胆总管内径、胆汁淀粉酶值及胆道压力

胆总管内径:术前>1.5 cm、1.0~1.5 cm、<1.0 cm者分别为7、31、8例;胆道压力术前平均20.34(15.3~27.3)cmH_2O,术后平均8.52(4.6~10.2)cmH_2O;胆汁淀粉酶术前>10 000 mmol/L和>400 mmol/L者分别为34、12例,术后46例均<200 mmol/L。

2.3 胰腺形态

全组患者胰腺质硬、色灰白,未发现胰管结石。

3 讨论

慢性胰腺炎从病因分析与酒精摄入、胆道疾病、遗传、营养、外伤和自身免疫等因素有关,基本病变是胰腺实质局部、节段性或弥漫性慢性进展性炎症,可引起胰腺坏死、纤维化,胰管扩张、结石或钙化,腺泡和胰岛细胞萎缩消失,导致胰腺组织结构和功能不可逆的损害,而胆源性胰腺炎可能是胆总管和胰管共同开口于十二指肠乳头,炎症感染或结石引起胆总管开口和胰管开口交界处狭窄或梗阻,胰液流出受阻,胰管压力升高,导致腺泡或小导管破裂,损伤胰腺组织和胰管系统,而本组46例胆总管内胆汁淀粉酶值明显升高,证明有大量胰液经共同通道流入胆总管,当胆汁分泌量增加,胆道内压力升高,快速逆流入胰管造成胰腺炎,已被国内外学者证实[4-5]。在这一理论的基础上,1993年我中心开展内镜下放置鼻胆道管,胆管减压预防和治疗急性胰腺炎重型化获得成功[6]。虽然我们尚不能将急性胆源性胰腺炎的发病机制照搬到慢性胆源性胰腺炎的研究中,但多数学者认为与胆道疾病有关的慢性胰腺炎应当早期治疗[7-8]。当胆道疾病治愈后,约90%的患者可避免胰腺炎的再次发作[9]。本组病例最长随访52个月24例,腹痛症状完全消失,日常工作生活正常,治疗效果满意。该术式虽然未解决胆胰共同通道狭窄问题,但本组患者术后疗效证明,阻断胆管高压时少量胆汁逆流入胰腺是治疗复发性胰腺炎的有效方法,而狭窄的共同通道仍能保证胰腺的正常引流。

本组讨论的复发性胰腺炎病例存在一定的特殊性,46例胆总管内淀粉酶含量均>血淀粉酶2倍以上。术前13例从MRCP和ERC观察到共同通道>1.0 cm,术中胆道压力平均20.34 cmH_2O,(我们分析:麻醉药物作用后括约肌松弛,有部分胆汁排出,术前压力可能还更高),术后平均8.52 cmH_2O。全组病例术后胆汁淀粉酶均低于血淀粉酶值,证明胆胰汇合部异常致胆汁长期少量流入胰管可能是造成这类胰腺炎反复发作的重要原因。因此,我们提出:胆胰管汇合部异常导致的复发性胰腺炎是慢性胆源性胰腺炎的一种特殊类型,诊断和治疗上应与胆管结石梗阻造成的复发性胰腺炎鉴别。

由于本组病例尚不多,对胆胰管汇合部异常导致复发性胰腺炎的研究还需要进一步深入,提出的胆总

管横断加胆肠吻合术治疗复发性胰腺炎的治疗策略[10-13]尚需进一步探讨。

参考文献：

[1] 钱家鸣. 我国慢性胰腺炎病因分析[J]. 胰腺病学, 2004, 4(2): 65-67.
[2] Kalady M F, Broome A H, Meyers W C, *et al*. Immediate and long-term outcomes after lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis[J]. Am Surg, 2001, 67(5): 478-483.
[3] Iqbal N, Lovegrove R E, Tilney H S, *et al*. A comparison of pancreaticoduodenectomy with pylorus preserving pancreaticoduodenectomy: a meta-analysis of 2822 patients [J]. Eur J Surg Oncol, 2008, 34(11): 1237-1245.
[4] Arendt T, Mizze H, Monig H, *et al*. Biliary pancreatic reflux-induced acute pancreatitis--myth or possibility? [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 1999, 11(3): 329-335.
[5] 田伏洲, 王茂旭, 王建中, 等. 胰胆管合流异常与胰腺炎的关系(附48例报告)[J]. 中华外科杂志, 1995, 33(6): 345-347.
[6] 田伏洲, 黄大熔, 黎冬暄, 等. 内镜鼻胆导管引流术预防急性胰腺炎重症化的前瞻性研究[J]. 中华消化杂志, 1997, 17(1): 52-53.
[7] 周泓, 施维锦. 慢性胰腺炎的诊断和治疗(附37例分析)[J]. 肝胆胰外科杂志, 2000, 12(2): 75-77.
[8] 孙钢, 宁晓红, 钱家鸣. 慢性胰腺炎321例致病因素分析[J]. 中国医刊, 2002, 37(11): 30-32.
[9] 秦保明. 胰腺炎[M]. 郑州: 河南医科大学出版社, 1996: 194.
[10] 闫勇, 蔡忠红, 田伏洲, 等. 胰胆管合流异常致胆总管扩张症的诊断治疗[J]. 中华肝胆外科杂志, 2005, 11(5): 302-303.
[11] 张兆红. 慢性胰腺炎75例病因学分析[J]. 临床医学工程, 2009, 16(1): 47, 49.
[12] 于跃, 廖专, 李兆申. 慢性胰腺炎外科治疗的研究进展[J]. 中国普通外科杂志, 2009, 18(3): 276-279.
[13] 王洛伟, 李兆申, 方裕强, 等. 慢性胰腺炎诊断与治疗临床研究(附262例分析)[J]. 解放军医学杂志, 2002, 27(9): 780-782.

(收稿: 2010-09-20 修回: 2010-11-19)
(编辑 吴培红)

文章编号: 1000-5404(2011)03-0305-01

个案与短篇

以多发性肌痛为主要表现的原发性甲状腺功能减低1例

高乐女, 李景怡 (400038 重庆, 第三军医大学西南医院中西医结合科)

【关键词】 多发性肌炎; 原发性甲状腺功能减低
【中图法分类号】 R581.2 【文献标志码】 B

1 临床资料

患者, 女性, 17岁, 因多关节疼痛3年入住中西医结合科。患者于2007年无明显诱因出现双踝、双膝关节疼痛, 皮肤发红, 当地医院诊断为风湿病, 经中西药物治疗后病情无减轻, 并出现双肩、肘、腕关节疼痛。5月来我院儿科查肌电图示: 左三角肌示肌源性疾患肌电特征。考虑为"多发性肌炎", 服中药治疗后, 病情有所好转。2008年9月, 患者再发双踝、双膝关节疼痛, 并出现腰部疼痛、双手各掌指关节及近端指间关节疼痛, 感轻度四肢无力。口服中药、强的松片后疗效不佳。2009年1月患者再次来我院查类风湿因子(rheumatoid factor, RF) 20 IU/ml, 抗链球菌溶血素"O"(anti-streptolysin O, ASO) 64.4 IU/ml, 免疫球蛋白及C3正常, 自身抗体谱正常, 血沉27 mm/h, 肌酶谱示AST 130 IU/L, LDH 503 IU/L, CK 3 330 IU/L, a-HBDH 313 IU/L。肾功正常, 尿常规示尿蛋白(+), 白细胞1~3/HP, 血常规正常。心电图示窦性心律, T波改变。MRI示双小腿胫骨未见异常信号, 肌肉中可见散在高信号。门诊以"多发性肌炎, 肌病"收入院。

入院查体: 体温36 ℃, 心率62/min, 呼吸20/min, 血压120/80 mmHg, 发育欠佳, 营养中等, 满月脸。肺腹无异常, 心音较弱, 心尖部可闻及2级吹风样杂音。各脊柱棘突无压痛, 骶髂关节无压痛, 双下肢见对称性网状紫红色斑。双侧肢体肌力、肌张力无明显异常。入院后经完善相关辅查: 胸片示心影增大, 查心脏彩超示二尖瓣轻度返流, 肺动脉瓣轻度返流, 少量心包积液。肝功示ALT 81 IU/L, AST 99 IU/L, 血沉53 mm/H, RF 20 IU/ml。大小便常规正常。复查双股四头肌、右三角肌肌电图表现正常。初步诊断: ①多发性肌炎? ②肌营养不良? 入院后给予川芎嗪注射液活血化淤, 理疗及其他对症治疗后安排肌肉活检。经详细查体后我们发现患者身材较同龄少女明显矮小, 下颌较宽, 颈粗。胸部发育可但无阴、腋毛。月经未来潮。四肢肌肉粗壮, 肌张力正常, 双下肢见网状青斑。背部肌肉丰厚, 脊柱稍呈S型。智力正常。故多发性肌炎不能诊断而考虑患者是否有遗传内分泌异常疾病。后查甲状腺功能提示T3 0.321 nmol/L、T4 < 5.4 nmol/L、FT 40.795 pmol/L、FT3 < 0.4 pmol/L, TSH > 100 U/ml。肌肉活检结果回示大致正常横纹肌组织。后明确诊断为原发性甲状腺功能退症。予优甲乐治疗后出院, 内分泌科门诊治疗。半年后患者复诊时, 体型较前明显变瘦, 诉月经已来潮。

讨论

甲状腺功能减退症是由甲状腺本身疾病所致血清甲状腺素不足而表现出一组临床综合征。典型的症状有乏力、困倦、畏寒、便秘、体重增加、表情淡漠、反应迟钝、脱发、声音嘶哑、食欲不振、眼睑和颜面水肿、皮肤干燥、结膜苍白、手掌皮肤发黄等。甲状腺功能减退症起病隐匿, 特异性不强, 可累及全身各系统, 临床表现各异, 易漏、误诊。而查阅近年来文献表明, 肌酶谱增高, 特别是CK增高或是以肌肉疼痛为表现的甲状腺功

(下转309页)

【通信作者】 高乐女, E-mail: gll7525@126.com