胆胰汇合部异常与胆源性慢性胰腺炎的关系

陈治明,周 克,吴 平,陈 珏,周 凯 (成都军区总医院 PET/CT 中心,四川 成都 610083)

[摘 要] **目的** 探讨胆胰管合流异常(APBDJ)在胆源性慢性胰腺炎(BCP)中的发生率及相关性。**方法** 回顾性分析自 2000 年 1 月至 2012 年 1 月间我院临床确诊 MRCP、ERCP 以及 T 管造影显示胆胰管共同显影的患者 1 373 例临床资料。**结果** 本组共发现 47 例 BCP 患者,其中 17 例发现有 APBDJ,共同通道的平均长度(19.3 ± 7.2) mm,最长 40 mm,最短 11 mm。**结论** APBDJ 造成的胰反流可能是胆源性慢性胰腺炎的重要原因。

[关键词] 胆源性慢性胰腺炎;胆胰管汇合异常;共同通道
[中图分类号] R657.51 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2013)06-0627-02

Relationship between anomalous pancreaticobiliary ductal junction and biliogenic chronic pancreatitis

CHEN Zhi-ming, ZHOU Ke, WU Ping, CHEN Jue, ZHOU Kai (Department of PET/CT Center, Chengdu Military General Hospital, Chengdu Sichuan 610083, China)

Abstract: Objective To study the incidence rate and correlation of anomalous pancreaticobiliary ductal junction (APBDJ) for patients with biliogenic chronic pancreatitis (BCP). **Methods** From January 2000 to January 2012, the data of 1 373 patients who underwent ERCP, MRCP or T-Tube cholangiography in which both biliary and pancreatic ducts in our hospital were analyzed retrospectively. **Results** Biliogenic chronic pancreatitis was found in 47 patients, of which 17 patients with APBDJ. The mean (SD) common channel was (19.3 ± 7.2) mm in length (range 11 ~ 40 mm). **Conclusion** APBDJ may be the important reason of BCP among Chinese patients.

Keywords: biliogenic chronic pancreatitis; anomalous pancreaticobiliary ductal junction; common channel

慢性胰腺炎(chronic pancreatitis, CP) 是胰腺实质的慢性进行性炎症和组织广泛纤维化,最终导致其组织结构毁损和内外分泌功能不可逆损害,我国 CP 的发病率呈上升趋势[1]。在国外慢性酒精中毒为 CP 的主要病因,多数 CP 患者有长期酗酒史,合并胆系疾病的病例只有 8% ~12%[2],但是我国胆道疾病是 CP 的主要病因[1],由于胆道疾病引起的 CP 称为胆源性胰腺炎(biliogenic chronic pancreatitis, BCP),研究其发病机制有着十分重要的意义。本研究回顾性分析自 2000 年 1 月至 2012 年 1 月间我院 MRCP、ERCP 以及 T 管造影显示胆胰管共同显影的患者 1 373 例的临床资料,发现胆胰管合流异常(anomalous pancreaticobiliary ductal junction, APBDJ)造成的胰反流可能是胆源性慢性胰腺炎的重要原因,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 MRCP、ERCP 以及 T 管造影显示胆胰管共同显影的患者 1 373 例。其中 APBDJ 的诊断标准为:在胆胰管共同显影的 MRCP、ERCP 以及 T 管造影影像资料中,胰管和胆管在十二指肠壁外汇合并形成一共同通道,测量记录胆胰管共同通道长度,其长度大于等于 15 mm 则诊断为 APBDJ。慢性胰腺炎诊断标准[3]:有明确的慢性胰腺炎症状和体征,胰腺外分泌功能有明显异常,逆行胰胆管造影检查有典型的慢性胰腺炎改变,并可除外胰腺癌。

1.2 统计学方法

应用 SPSS 13.0 进行统计学分析,两因数的关联性分析,采用(2 × 2)列联表的关联性分析方法,$P < 0.05$ 表示存在关联。

2 结果

1 373 例病例资料中,共发现 47 例患者符合慢性胰腺炎诊断标准(47/1 373, 3.4%);28 例符合 APBDJ 诊断标准(28/1 373, 2.0%),即 MRCP、ERCP 以及 T 管造影资料显示胆胰管共同通道长度大于等于 15 mm。在 47 例慢性胰腺炎病例中发现有 17 例 APBDJ,其中男 10 例,女 7 例,年龄 37 ~ 59 岁,病程 2 ~ 9 年,共同通道的平均长度(19.3 ± 7.2) mm,最长 40 mm,最短 11 mm。APBDJ 发生慢性胰腺炎的比例(17/28, 60.7%)明显高于无 APBDJ 患者(30/1 345, 2.2%)。共同通道的长度与慢性胰腺炎的发生呈明显相关($P < 0.01$)。

3 讨论

由于胆道疾病引起的胆胰结合部梗阻,致使胆汁快速大量返流入胰管,是急性胰腺炎最重要的原因[4]。但目前对 BCP 的病因和治病机制尚未完全阐明,大多数学者认为胆系疾病(胆囊结石、肝内胆管结

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201306019
[收稿日期] 2013-07-15 [修回日期] 2013-08-10

石、胆总管结石、胆囊炎、Oddi 扩约肌功能障碍、胆道蛔虫等）病程中常导致胆总管远端狭窄[5]，进而引起胆胰管共同开口的阻塞，进一步导致胰管内高压，长期的胰管内高压致使胰腺腺泡损伤、胰腺蛋白合成减少，最终导致胰管和胰腺实质逐渐钙化、纤维化。但导致胰管内高压的原因并不完全明确，可能与胆胰结合部结构异常相关。胆汁和胰液的传输排放所形成胆胰肠三管汇合的部位，解剖学上称为乏特壶腹部或乳头部[6]，胆管和胰管可以分别开口，或者通过共同通道开口于十二指肠乳头，其中共同通道开口占 63% ~ 83%，其长度为 1 ~ 12 mm，平均 4.5 mm[7]，如共同通道长度显著大于正常即为 APBDJ。

本组在影像学检查中的 APBDJ 发现率为 2.0%，但尚无更多的资料明确说明其在人群中的发生率，需要更进一步研究。APBDJ 发生慢性胰腺炎的比例明显高于无 APBDJ 患者，统计学处理发现共同通道的长度与慢性胰腺炎的发生呈明显相关。胆胰共同通道过长或者畸形可以引起长期慢性的胆胰返流，返流的胆汁可能导致胰腺腺泡损伤和实质的纤维化。Kamisawa 等[8]报道约有 3% 的胰胆管汇合部异常的患者最终进展成为慢性胰腺炎，其影像学检查表现最重要的特点为 Oddi 括约肌收缩时胰管和胆总管相通，Oddi 括约肌功能障碍而发生胰液与胆汁相互混合及逆流，最终导致胆道和胰腺病理变化[9]。胆汁酸对人体多种细胞均具有毒性作用，其作用机制可能为：胆汁酸进入细胞后抑制线粒体的氧化磷酸化，细胞内 ATP 合成下降并引起钙泵失活，细胞内 Ca^{2+} 超载激活蛋白水解酶，引起蛋白质分解和细胞功能失常，直至最后死亡[11]。胆胰反流和胆汁酸的细胞毒性作用可能是慢性胰腺炎重要的发病机制之一，我们之前的研究中采用胆胰分流手术治疗该型胰腺炎取得很好的疗效，也证明胆胰汇合部异常引起的胆胰液逆流，是导致 BCP 的重要原因之一。

[参考文献]

[1] 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.

[2] 王洛伟，李兆申，李淑德，等. 慢性胰腺炎全国多中心流行病学调查[J]. 胰腺病学，2007，7(1)：1 - 5.

[3] Tandon RK, Sato N, Garg PK, et al. Chronic panereatitis: Aisa-Pacific consensus report[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2002, 17(4): 508 - 518.

[4] 陈婧华，陈 垦，王 晖. 急性胰腺炎发病机制研究进展[J]. 世界华人消化杂志，2009，17(24)：2478 - 2483.

[5] 熊炳贤，李红浪，谢 敏，等. 24 例胆总管末端良性狭窄的诊治体会[J]. 中华肝胆外科杂志，2005，11(2)：104 - 106.

[6] 郭光金. 胆胰肠结合部的应用解剖[J]. 中国实用外科杂志，2010，30(5)：395 - 399.

[7] Misra SP, Dwivedi M. Pancreaticobiliary ductal union [J]. Gut, 1990, 31: 1144 - 1149.

[8] Kamisawa T, Matsukawa M, Amemiya K, et al. Pancreatitis associated with pancreaticobiliary maljunction[J]. Hepato-gastroenterology, 2003, 50(53): 1665 - 1668.

[9] Kamisawa T, Tu Y, Nakajima H, et al. Acute pancreatitis and a long common channel[J]. Abdom Imaging, 2007, 32(3): 365 - 369.

[10] Rolo AP, Palmeira CM, Wallace KB. Mitochondrially mediated synergistic cell killing by bile acids[J]. Biochim Biophys Acta, 2003, 1637(1): 127 - 132.

（编辑：杨 颖）

（上接第 626 页）

成过程中的关键酶环氧酶的合成，而起到抗炎、镇痛的作用。氟比洛芬酯注射液相对传统的口服氟比洛芬制剂，具有靶向、速效、持久等优点，并避免了因口服对胃肠黏膜的刺激而产生胃肠道的副作用。氟比洛芬酯注射液自上市以来，已经被普遍用于术后疼痛及癌痛的治疗。氟比洛芬酯治疗术后疼痛的研究显示其用于术后镇痛是安全、可靠的，可作为外科镇痛的一线药品。本研究通过对静脉滴注氟比洛芬酯和肌肉注射盐酸哌替啶或盐酸布桂嗪两种镇痛方法进行分组对照发现：静脉滴注氟比洛芬酯的镇痛效果优于肌肉注射杜冷丁或盐酸布桂嗪，且氟比洛芬酯的镇痛时间更为持久，副作用发生率更低，可作为治疗 TUR-P 术后膀胱痉挛性疼痛的理想方法。

[参考文献]

[1] 刘元厚. 罗哌卡因联合利多卡因低位硬膜外麻醉用于前列腺术后镇痛的观察[J]. 局解手术学杂志，2011，20(3)：303 - 304.

[2] Chiang D, Ben-Meir D, Pout K, et al. Management of post-operative bladder spasm[J]. J Paediatr Child Health, 2005, 41(1 - 2): 56 - 58.

[3] 刘小燕，吴锦明. 前列腺增生病人手术后膀胱痉挛的护理体会[J]. 局解手术学杂志，2008，17(4)：294 - 295.

[4] 梅 骅，陈凌武，高 新. 泌尿外科手术学[M]. 第 3 版. 北京：人民卫生出版社，2008：476.

[5] Yates V, Tanner J, Crossley A. Bladder spasm following transurethral surgery[J]. Br J Perioper Nurs, 2004, 14(6): 259 - 260.

[6] Gupta K, Rastogi B, Jain M, et al. Electroolyte changes: An indirect method to assess imigation fluid absorption comoplications during transurethral resection of prostate: A prospective study[J]. Saudi J Anaesth, 2010, 4(3): 142 - 146.

[7] Havary A, Mukhtar K, Sinclair A, et al. Transurethral resection of the prostate syndrome: almost gone but not forgotten[J]. J Endoural, 2009, 23(12): 2013 - 2020.

（编辑：魏 源）