维普资讯 http://www.cqvip.com

15－16

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 4 期总第 24 期

胆胰管合流异常与胆胰疾病的关系（附 14 例报告）

兰州医学院第一附属医院普外科 李玉民 李世雄 何登瀛 李铁钧

（甘肃兰州、邮政编码 730000）

R657.4

提要 对 1990 年 1 月～1996 年 12 月间 ERCP 检查中发现的胆胰管合流异常 14 例，进行了胆胰管汇合部的结构分析，并探讨了胆胰管合流异常与胆胰疾病的相互关系。胆胰管合流部共同长度为 18.2±2.5mm，合流角为 83.7±6.9°，结果表明：胆胰管共同长度过长造成的胆胰液返流与胆胰合流部共同长度和汇合角成正相关系，并成为胆胰疾病的直接致病因素。

关键词 胆胰管；合流；胆胰疾病。

胆胰管合流异常（Anomalous Junction of Pancreaticobiliary Duct，ATPBD）常合并胆胰疾病，临床诊断较为困难。我院于 1990 年 1 月～1996 年 12 月间施行 ERCP583 例，其中发现胆胰管合流异常（AJPBD）14 例，现结合资料、分析讨论如下。

临床资料

一、对象：本组 14 例，男 9 例，女 3 例，年龄最大 65 岁、最小 28 岁，平均 45.5 岁，全部病人均有程度不同的腹痛、黄疸或发烧等症状，而行 ERCP，PTC，B—UC 或 CT、MRI 等检查，诊断为 AJPBD。

二、方法：全组病人先行 ERCP 等检查，确定病变的范围、部位、性质，测定胆胰管合流部形态结构，汇合部角度、共同长度，明确胆胰管合流异常合并胆胰疾病。

三、结果：胆胰汇合部与胆胰疾病见附表。

讨 论

一、正常情况下胆总管下端与胰管末端汇合形成 Vater 壶腹并口于十二指肠乳头[1]，二者的汇合方式一般有三种情况：共同通道、共同开口及分别开口，但胆胰管形成共同通路为其汇合的主要方式，达 70%。胆胰管在十二指肠壁内形成共同通道，并受 oddi's 括约肌的控制，oddi's 括约肌的范围在 2～10mm，平均为 6mm，超出此范围就失去了 oddi's 括约肌的控制。

附表 胆胰汇合部与胆胰疾病

疾病	例数	胆胰汇合部		汇合类型	
		共同长度（mm）	汇合角（°）	P—B	B—P
胆管炎并下端狭窄	4	15.9（15～17）	77.5（70～85）	3	1
胰腺炎	3	19.5（18～20）	92（90～95）	3	0
胆道肿瘤	3	19（15～22）	87.3（85～90）	1	2
胆总管囊肿	2	20.5（20～21）	81.5（80～83）	1	1
胆管结石	2	20（15～25）	80.5（76～85）	1	1
		18.2±2.5（15～25）	83.7±6.9（70～95）		

1969 年 Babbitt 首次报道了胆胰管异常合流（AJPBD），以后多数学者把胆胰管共同长度大于 15mm 就称为 AJPBD[2,3]。近年来，随着 ERCP、PTC 等影像学技术的迅速发展，使 AJPBD 的诊断率明显提高，本组 583 例 ERCP 中发现 14 例，占 2.4%。应引起临床重视，防止漏（误）诊。

二、在 AJPBD 中，由于胆胰管共同通道的存在，各种原因使共同通道受阻，致胰液返流入胆管或胆汁返流入胰管而引起各种并发症，如胆管炎、胆石病、胆管癌、胆囊癌、胰腺炎或胆石症等，这种反流与胆胰管合流部共同长度及汇合角有直接关系，本组共同长度为 18.2±2.5mm，最长为 25mm，汇合角为 83.7±6.9 度，最大为 95 度，提示胆胰液返流和共同长度及汇合角呈正相关系。有人报道 AJPBD 伴胆管扩张者 53.1%，不伴有胆管扩张者 46.9%[4]，本组 AJPBD 并胆总管下端狭窄其上段扩张者 4 例，胆总管囊肿 2 例，共占全组 42.9%，其中胆总管囊肿 2 例年龄在 35 岁以下，其返流角 85 度，共同长度大于 20mm，这种不正常连接在东方民族相当多见[5]。

三、AJPBD 常并发胰腺炎，Armstrong 经胆道造影发现胆石性胰腺炎的胆胰管共同长度为对照组的 2 倍[6]。本组胰腺炎 3 例，1 例发生在胆囊切除术后，2 例有胆道小结石，ERCP 显示胰管增宽，汇合角大于 90 度，共同通道在 18mm 以上。后此 2 例病人行内镜

维普资讯 http://www.cqvip.com

乳头括约肌切开治疗时并未发现结石，可能结石已排出胆道进入十二指肠，在此之前胆石一过性嵌顿于壶腹部所致，有人称此为“胆石迁移”[7]，由于小结石在过长的共同通道内移动，摩擦产生梗阻，更易引起胆胰返流发生胰腺炎。

四、近年来许多学者提出胆胰管合流异常者胆道恶性肿瘤的发生率明显升高，发生率可达 15～40%[8]，特别是不伴有胆管扩张的胆胰管合流异常患者胆囊癌的发生率较高，其原因可能是由于胰液返流入胆囊，引起慢性胆囊炎和肠组织上皮化生成，再由癌前病变演化成癌，但囊内胆汁浓缩也可能引起癌变。本组胆道肿瘤 3 例均存在异常连接、ERCP 发现其共同通道 15～20mm，汇合角均大于 85 度，此种连接胰液易返流入胆管而引起恶变。

参考文献

1. 冉瑞图．胆总管下端解剖学、普外临床 1986；1 (3)：200.
2. Yamauchis, Koga A, Matsumotos, et al. Anomalous Junction of Pancreaticobiliary duct without Congenital Choledochal Cyst: A possible Risk Factor Gallbladder Cancer. Am J Gastroenterology 1987; 82 (1): 20.
3. 刘胜利、陈峰，杨小庆、等．胆胰管异常汇合的诊断和治疗，中华外科杂志 1994；32 (5)：318.
4. Hata Y, sasaki F, TaKahashi H, et al. Surgical treatment of congenital biliary dilatation associated with pancreaticobiliary maljunction. SGO 1993; 176: 581.
5. Ng WD, Liu K, Wong MK, et al. Endoscopic sphincterotomy in young patients with choledochal dilatation and a long common channel: a preliminary report. Br J Surg 1992; 79 (6): 550.
6. Armstrong C P, Taylor TV, Jeacockt J et al. The biliary tract in patients with acute gallstone pancreatitis. Br J Surg 1985; 72 (7): 551.
7. 吴浩荣，陈旺斋，陈易人．胆汁返流性胰腺炎的实验研究，中华实验外科杂志 1989；5 (3)：127
8. Tanaka K, Nishimura A, yamada K, et al. Cancer of the gallbladder associated with anomalous junction of the pancreaticobiliary duct system without bile duct dilatation. Br J Surg 1993; 80 (5): 622.

Study on Relationship of Anomalous Junction of pancreaticobiliary duct and pancreatico biliary Disease

Li yuming, Li shixiong, He dengying, Li tiejun.

Department of surgery, First Hospital Lanzhou Medical College, Lanzhou, 73000

Fourteen cases with anomalous junction of pancreaticobiliary duct (AJPBD) were studied. The relationship between pancreaticobiliary junction and pancreaticobiliary disease was analysed. In these patients, the common length of pancreaticobiliary duct was 18.2±2.5mm. The reflex angle of pancreaficobiliary was 83.7±6.9. The results indicated that the reflux of pancreatieobiliary juice had a positive correlation with the common length and the reflex angle of pancreaticobiliary duct.

KEY WORDS: pancreaticobiliary duct, Anomaous junction, pancreaticobiliary disease.

(收稿日期：1997－05－08)

麦克尔憩室粘膜脱垂致肠梗阻 1 例

兰州医学院第一附属医院普外科　杨伟林　陈小安　叶光华

(甘肃兰州，邮政编码 730000)

病人，男性，24 岁，腹痛、腹胀伴呕吐、停止肛门排气排便 12 小时，于 1996 年 3 月 6 日急诊入院。入院查体，T36.3℃，P70 次/分，R19 次/分，BP14/10KPa，腹部膨隆，全腹明显压痛，以脐周和右下腹较重，无反跳痛和移动性浊音，肠鸣音亢进。立位腹部 X 线摄片，显示腹中部有“阶梯状”气液平面。周围血象 WBC17.5×10⁹/L，N0.85。入院诊断肠梗阻，经保守治疗 5 小时病情无缓解而行手术。

术中所见：术中见腹腔内有淡红色清亮液体 500ml，距回盲部 50cm 的回肠系膜对侧有一憩室，大小 2×2×3cm³，色泽正常。憩室与周围无粘连，无肠扭转、其近端肠管扩张，远端肠管瘪陷，阑尾明显充血水肿。在憩室所在部位肠管内可能及一肿块，大小约 2×3×3cm³，质软、似海棉状，将憩室连同肿块及部分肠壁楔形切除，横行缝合切口。行近端肠管减压。常规切除阑尾。查看憩室，切除前触及的肠内肿物系脱垂的憩室粘膜，该粘膜堵塞肠腔造成肠梗阻。病理检查报告：①回肠憩室伴胃体粘膜腺体异位；②急性单纯性阑尾炎。术后第 8 天病愈出院。

麦克尔憩室继发肠梗阻的原因很多、而憩室异位粘膜脱垂堵塞肠腔致肠梗阻实属罕见。

(收稿日期：1997－03－31)