

# 胰胆管合流异常二例

· 病例报告 ·

巢佳灯, 朱春富

作者单位: 213000 江苏, 南京医科大学附属常州第二人民医院肝胆外科

作者简介: 巢佳灯(1992-), 男, 硕士研究生, 研究方向: 肝胆胰疾病诊疗。E-mail: chaojiadeng@126.com

通讯作者: 朱春富(1968-), 男, 医学博士, 主任医师, 硕士生导师, 研究方向: 肝胆胰外科精准治疗。E-mail: 1025711671@qq.com

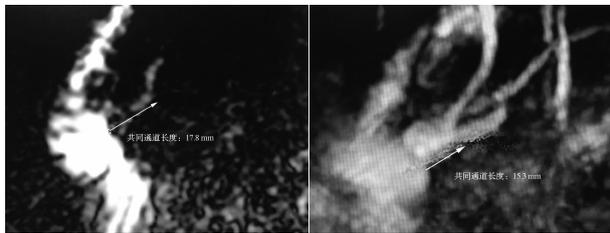
[关键词] 胰胆管合流异常; 解剖; 诊断; 治疗

[中图分类号] R 657.4<sup>+</sup>4 [文章编号] 1674-3806(2018)11-1149-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.11.24

## 1 病例介绍

病例1 患者, 男, 18岁, 因“反复上腹痛一年余”入院。既往: 1年及3个月前因“急性胰腺炎”住院治疗。血清淀粉酶: 2 697 U/L。血常规: 白细胞  $7.64 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 73.31%。磁共振胰胆管成像(MRCP): 胰胆管合流异常(pancreaticobiliary maljunction, PBM), 胰胆管汇合处 MRI 图像(见图1)。明确诊断后禁食, 给予生长抑素、山莨菪碱、甲氧氯普胺保守处理, 待症状改善后行胆囊切除术+胆肠内引流术。术后病理示胆囊壁充血, 肌壁内见散在淋巴细胞。复查血淀粉酶 231.48 U/L, 白细胞  $8.45 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 68.31%。考虑患者术后恢复良好, 予出院。随访至今, 未再发胰腺炎。



胰管以锐角角度提前汇入胆总管, 胰胆管共同通道长度为 17.8 mm, 为胰管型(P-B型)PBM

图1 病例1的胰胆管汇合处 MRI 图像

病例2 患者, 女, 19岁, 因“反复上腹部疼痛2 d”入院。既往: 有胆囊结石伴胆囊炎病史8年, 先天性胆管狭窄病史6年, 6年前在外院行内镜治疗后好转。B超示胆总管上段内径0.7 cm。腹部CT示胆囊结石、胆囊炎, 肝总管、肝管、部分肝内胆管轻度扩张。MRCP示PBM, 胰胆管汇合处 MRI 图像(见图2)。血清淀粉酶 1 136 U/L。血常规: 白细胞  $10.27 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 86.90%。明确诊断后禁食, 给予山莨菪碱(654-2)、头孢拉定等保守处理。复查血淀粉酶

158.41 U/L, 复查血常规: 白细胞  $7.86 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 59.76%。患者住院9 d, 症状明显好转, 拒绝手术治疗, 选择出院。因出院后至今时间短, 患者无任何症状, 未门诊复查。



图2 病例2的胰胆管汇合处 MRI 图像

## 2 讨论

PBM 是一种解剖学畸形的先天性疾病, 胰管与胆总管在十二指肠壁外汇合过长, 导致 Oddi 括约肌作用降低或失效, 胆汁与胰液反流, 从而诱发胰腺炎等一系列胆胰系统异常的疾病<sup>[1]</sup>。这一概念早在1916年就已提出, 但受检查方面的限制, 一直未受重视, 而随着影像学技术的不断进步与诊断率的不断提高, 对于该病的研究和争议也逐渐增多。

2.1 正常情况下胆管与胰管在十二指肠壁内段形成共同通道后汇入十二指肠, 共同通道的长度多在12 mm以内, 平均4.5 mm。PBM 患者的诊断依据包括3条: (1) 有确切的证据证明胰胆管形成的共同通道成人  $\geq 15$  mm, 儿童  $\geq 5$  mm; (2) 胰管与胆管在十二指肠壁外汇合; (3) 胆汁淀粉酶升高可作为辅助诊断<sup>[1]</sup>。虽然共同通道的长短与 PBM 密切相关,

但还需考虑括约肌与共同通道之间的解剖关系。该病的发病机制尚未明确,目前比较流行的假设是胰胆管汇合过程中出现发育畸形或者迁移延迟,发生汇合异常,从而产生 PBM。PBM 还可能与病毒感染性染色体异常有关,但导致这一异常发育的原因仍有待研究。PBM 患者的临床表现缺乏特异性,其主要临床症状包括腹痛、呕吐、黄疸及发热等。病例 1 与病例 2 因腹痛入院,但均无呕吐、黄疸及发热等症状。PBM 患者多以并发症的表现为主要症状,如胆囊炎、胰腺炎等,故缺乏特异性。

**2.2** 目前关于 PBM 的分类尚无统一标准。根据先天性胆管是否扩张,或根据胰管与胆管的汇合方式及汇合角度都可进行分类<sup>[2]</sup>。目前临床上常用的分类方式为新 Komi 分类法,即 I 型(B-P 型)为胆总管注入胰管,胆管和胰管相互垂直成 90° 汇合,占 35.3%; II 型(P-B 型)为胰管汇入胆总管,胰管与胆管成锐角汇合,占 21.6%; III 型(复杂型)包括副胰管开口于十二指肠伴或不伴复杂的管道网,占 41.3%。实验室检查方面,MRCP 已逐渐替代内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP),成为目前诊断 PBM 的金标准<sup>[3,4]</sup>。ERCP 的优点是可以直观地显示胰胆管处汇合的形态、胰管与胆管汇合后共同通道的长短及扩张程度,还可以收集组织病理检查,如有必要,甚至可行手术治疗。但缺点也很明显,作为一种有创检查,易诱发急性胰腺炎与胆管炎等并发症<sup>[5]</sup>。而 MRCP 作为一种无创检查,既不会引发并发症,避免患者及医护人员遭受辐射伤害,又可以清晰完整地显示患者检查部位的解剖结构及病理改变。但是 MRCP 也存在一些不足,如价格较为昂贵,难以普及,胰胆管共同通道处液体的容积率不大时会影响成像等,另外与 ERCP 相比,MRCP 缺少了治疗方面的优势,仅能用于辅助诊断。病例 1 有急性胰腺炎既往史,而病例 2 有胆囊结石及胆囊炎病史,ERCP 检查时容易诱发患者胰腺炎或胆囊炎的复发。在能明确诊断的前提下行辅助检查,应尽量减少患者的痛苦,故 2 例患者均选择 MRCP。

**2.3** PBM 患者主要的并发症包括结石病、胰腺炎以及消化道癌变<sup>[6]</sup>。患者共同通道及 Oddi 括约肌解剖学的异常常导致控制和调节胆汁、胰液的排放功能紊乱,造成胰液与胆汁的过早混合及反流,胰管内压增高,混合液体渗入胰腺实质内,激活胰酶及一系列后续反应,从而引起胰腺炎的发生<sup>[7]</sup>。急性胰腺炎多发生于儿童,成人发病率为 9%,而儿童发病率则高达 28.0%~43.6%。急性胰腺炎多由蛋白

栓堵塞胆道引起,其特点为发病时间短、症状轻、复发率高<sup>[8,9]</sup>。本文中病例 1 就存在反复发作的胰腺炎,有腹痛史,近 1 年曾因急性胰腺炎住院 2 次,但症状较轻微,经保守治疗后可缓解。慢性胰腺炎较急性少见,且发病人群多为中青年,年龄在 30~36 岁,多见于行胆肠吻合术且胆管未切除的术后患者。伴先天性胆管扩张症的成年 PBM 患者,消化道癌变率为 21.6%,不伴先天性胆管扩张症的成年患者癌变率为 42.4%,均好发于胆囊,胆管次之。儿童癌变率暂不明确。与正常人比较,PBM 患者的癌变率显著提高,且病变时间提前了 15~20 年<sup>[10,11]</sup>。胰腺方面,尚无循证学依据证明 PBM 与胰腺癌相关。虽然关于 PBM 患者是否需要接受手术治疗尚无统一的标准,但若明确诊断为 PBM,无论是否存在症状,均建议尽快行手术治疗。手术是目前最常用也是最有效的治疗手段,方法多为预防性胆囊切除与胆道重建,经典术式为肝管空肠 Roux-Y 吻合术,但存在吻合口瘘、吻合口狭窄等术后并发症的风险<sup>[12,13]</sup>。为防止病例 1 频繁复发胰腺炎,选择行胆囊切除与胆肠内引流术,既可缓解症状,又降低了胆囊癌等消化道癌变的几率。随访后发现患者术后恢复良好,未再发急性胰腺炎,亦无吻合口瘘或吻合口狭窄等并发症。病例 2 选择了保守治疗,其出院后病情的进展及是否出现消化道癌变仍需进一步随访观察。

总之,PBM 患者发病机制尚不明确,临床症状也缺乏特异性。但一经确诊,无论是否出现症状,均建议行胆囊切除与胆肠吻合术,以降低消化道癌变的几率。MRCP 为临床确诊 PBM 的金标准,随着影像学科技的不断进步,PBM 的诊断率也在不断提高。

#### 参考文献

- 1 黄金鑫,赵中辛.胰胆管合流异常的诊断进展[J].中华肝胆外科杂志,2012,18(3):232-234.
- 2 申铭,张俊,秦仁义.胰胆管合流异常与先天性胆管扩张症[J].中国实用外科杂志,2012,32(3):244-246.
- 3 Fumino S, Ono S, Kimura O, et al. Diagnostic impact of computed tomography cholangiography and magnetic resonance cholangiopancreatography on pancreaticobiliary maljunction [J]. J Pediatr Surg, 2011, 46(7):1373-1378.
- 4 陈风,汤琳,蒋晓飞,等. MRCP 观察胰胆管合流解剖及意义[J]. 中国临床解剖学杂志, 2013, 31(5):539-542.
- 5 Jin Z, Bie LK, Tang YP, et al. Endoscopic therapy for patients with pancreaticobiliary maljunction: a follow-up study [J]. Oncotarget, 2017, 8(27):44860-44869.
- 6 李国华,陈幼祥,周小江,等. 47 例胆管合流异常患者的临床特点分析[J]. 中国内镜杂志, 2014, 20(4):388-390.
- 7 张隼,黄平,张喙.胰胆管合流异常并发急性胰腺炎的诊

- 治分析[J]. 中国内镜杂志, 2011, 17(5):545-547.
- 8 Kamisawa T, Honda G, Kurata M, et al. Pancreatobiliary disorders associated with pancreaticobiliary maljunction[J]. Dig Surg, 2010, 27(2):100-104.
- 9 黄平, 张啸, 张筱凤, 等. 胆总管合流异常并发急性胰腺炎的诊治策略及文献复习[J]. 中华肝胆外科杂志, 2010, 16(6):407-409.
- 10 韩新巍, 李臻, 张伟. 胆总管合流异常与胆系癌的相关性探讨[J]. 中国肿瘤临床, 2008, 35(17):971-974.
- 11 赵鑫, 李德春, 蔡武, 等. 胆总管合流异常与肝外胆系癌的相关性探讨[J]. 中国临床解剖学杂志, 2011, 29(3):287-290.
- 12 Saito T, Terui K, Mitsunaga T, et al. Significance of imaging modalities for preoperative evaluation of the pancreaticobiliary system in surgery for pediatric choledochal cyst[J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2016, 23(6):347-352.
- 13 赵刚, 吴志勇. 胆囊癌前病变的新认识与处理原则[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(3):198-202.

[收稿日期 2018-08-06][本文编辑 谭毅]

## 护理研讨

# 知信行教育模式提高输尿管软镜治疗患者自我护理能力的效果观察

张小莲, 刘艳华

作者单位: 524003 广东, 湛江市第二人民医院泌尿外科(张小莲); 524001 湛江, 广东医科大学附属医院肿瘤科(刘艳华)

作者简介: 张小莲(1975-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 泌尿外科护理。E-mail: zzzzz118889@163.com

**[摘要]** **目的** 探讨知信行教育模式对提高输尿管软镜治疗患者自我护理能力及减少并发症发生率的影响。**方法** 选取2015-06~2017-05该院收治的120例行输尿管软镜治疗的患者根据就诊顺序进行分组, 奇数为观察组( $n=60$ ), 偶数为对照组( $n=60$ )。对照组实行常规护理, 观察组在常规护理的基础上采用知信行教育模式。对比两组护理干预前后自我护理能力的情况及并发症的发生率。**结果** 两组入院时自我护理技能、自我护理责任感、自我概念及健康知识水平得分差异均无统计学意义( $P>0.05$ ); 观察组护理干预后自我护理技能、自我护理责任感、自我概念及健康知识水平得分均明显高于对照组( $P<0.05$ ), 并发症发生率则明显低于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 知信行教育模式能有效提高输尿管软镜治疗患者的自我护理能力, 并降低并发症发生率。

**[关键词]** 知信行教育模式; 输尿管软镜; 自我护理能力

**[中图分类号]** R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2018)11-1151-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.11.25

输尿管软镜技术是泌尿外科治疗疾病的常用手段, 具有安全性高、创伤小、恢复快等优点<sup>[1]</sup>。但本治疗方式属创伤性疗法, 其术后并发症等问题严重影响患者围术期的恢复<sup>[2]</sup>。知信行教育模式将人们行为改变划分为认识疾病、形成信念及改变行为等3个阶段, 实施该教育模式的目的在于改善人们的健康行为, 为临床应用的推广提供依据<sup>[3]</sup>。本研究通过随机对照方法, 探讨知信行教育模式对提高输尿管软镜治疗患者自我护理能力及并发症的影响, 报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2015-06~2017-05我院收治

的120例行输尿管软镜治疗的患者, 根据就诊顺序进行分组, 奇数为观察组( $n=60$ ), 偶数为对照组( $n=60$ )。观察组中男38例, 女22例; 年龄28~62(43.69±14.26)岁; 输尿管上段结石10例, 肾上盏结石6例, 肾中盏结石15例, 肾下盏结石11例, 肾盂结石18例; 病程4个月~6年, 平均(2.07±0.94)年; 结石直径0.7~4.2(2.85±1.13)cm; 单发结石43例, 多发结石17例, 左侧31例, 右侧29例; 文化水平: 小学4例, 初中11例, 中专7例, 高中12例, 大专15例, 本科及以上11例; 住院时间6~9(7.18±0.93)d。对照组中男39例, 女21例; 年龄26~65(44.05±14.81)岁; 输尿管上段结石11例, 肾上盏结石5例,