

文章编号:1005-6947(2005)11-0871-02

· 临床报道 ·

异位胰腺 8 例临床分析

方志恒, 章安庆, 谢贞兰

(安徽省铜陵市人民医院 普外一科, 安徽 铜陵 244000)

摘要:为探讨异位胰腺的临床特点、诊断和治疗方法。笔者对近 20 年收治 8 例异位胰腺患者的临床资料进行回顾性分析总结。术前仅胃镜活检确诊 1 例; 1 例胃镜发现但活检阴性。B 超对 1 例胆囊和 1 例胆总管异位胰腺均有提示, 1 例空肠异位胰腺在术中行肠镜检查时发现, 3 例在其他手术时发现。本组 8 例均行手术治疗。异位胰腺缺乏特异性临床表现, 术前诊断有一定困难, 本组仅有 1 例术前确诊。B 超和内镜对某些位置的异位胰腺有诊断价值。本病一旦确诊或在其它手术中发现均应手术切除

关键词:胰腺/畸形; 胰腺/外科学; 胰腺疾病/诊断

中图分类号:R657.5 **文献标识码:**B

异位胰腺亦称迷走胰腺, 是指生长在其他部位孤立的胰腺组织, 与正常胰腺组织既无解剖上的联系, 又无血供上的关系, 属于一种先天发育异常, 临床上较少见, 我院近 20 年来收治的异位胰腺 8 例, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

本组年龄 18 ~ 79 岁, 男女比例 1: 1, 4 例发病部位在空肠, 3 例合并其他疾病, 6 例通过术中探查或内镜发现(附表)。

附表 8 例异位胰腺的一般资料

病例	性别	年龄(岁)	发病部位	合并的其它疾病	术前对本病的诊断情况	临床表现
1	男	79	空肠	胃癌	术中探查时发现	无明显症状体征
2	男	18	空肠	急性坏死性胰腺炎	术中探查时发现	无明显症状体征
3	男	25	空肠	十二指肠球部溃疡穿孔	术中探查时发现	无明显症状体征
4	女	62	空肠	无	剖腹探查术中肠镜发现	反复发作性大便带血、贫血
5	女	20	胃窦前壁	无	胃镜活检病理确诊	反复发作性大便带血、贫血
6	女	20	幽门管	无	胃镜发现幽门管有一肿块阻塞幽门	频繁呕吐
7	女	39	胆囊	无	B 提示“胆囊腺肌症”	上腹胀痛不适
8	男	51	胆总管下端	无	B 超提示“胆总管下端占位”	无痛性黄疸

1.2 辅助检查

第 1, 2, 3 例术前未进行针对本病相应的检查。第 4 例术前行钡餐, 钡剂灌肠摄片, 肠系膜数字血管减影(DSA), 磁共振系膜血管显像、B 超等检查均未发现异常, 最后是在剖腹探查术中行肠镜检查才发现空肠上段黏膜下有一肿块, 大小 1.5 cm, 表面溃疡出血。第 5 例术前行胃镜活检确诊。第

6 例胃镜检查发现幽门管处有一小肿块(见附图)。第 7 例 B 超提示胆囊体颈部各有一小的强回声。第 8 例 B 超提示胆总管下端占位。

收稿日期:2005-04-18; 修订日期:2005-10-15。

作者简介:方志恒(1968-), 男, 安徽宿松人, 安徽省铜陵市人民医院主治医师, 主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者:方志恒 电话:0562-5838103(0), 13083158169(手机); E-mail:fangzheng@hotmail.com。

附图 幽门管异位胰腺

1.3 治疗结果

第1~4例行空肠部分切除术;第5例行胃窦切除术(毕I式吻合);第6例行远端胃大部分切除术(毕II式吻合);第7例行胆囊切除术;第8例行胰十二指肠切除术。随访至今,除例1于手术后5个月死于胃癌广泛转移外,其余患者均健康存活13~204个月。

2 讨论

1927年Jean-Schultz报道首例异位胰腺,其发病原因尚不甚明了,大多数人倾向于Armstrong学说,即在胚胎发育时期背腹侧胰腺始基随着原肠旋转过程中,部分始基岛保留在原肠壁内,随着原肠纵行生长带到不同部位而形成异位胰腺。异位胰腺可发生在消化道的任何部位,以胃、十二指肠、空肠上段最为常见,其次见于回肠、胆囊、胆总管、肠系膜、大网膜、食管及脾脏等。本组多见于空肠,次为胃和胆道。王庆容^[1]报道1例左上肾上极异位胰腺。消化道异位胰腺常位于黏膜下层,可伸展至肌层甚至浆膜层。外观呈淡黄色、淡红色或乳白色,无包膜,肿块多小于2cm。显微镜下异位胰腺由胰腺泡、导管、胰岛、间质,甚至由十二指肠Brunner腺和平滑肌组合而成,在快速冷冻切片诊断时易与腺癌相混淆。

异位胰腺缺乏特异性临床表现,可以终生无症状,仅在其他腹部手术或尸检时意外发现。本组有3例是在其他腹部手术探查时发现的,异位胰腺本身未引起症状。症状的出现与其所在部位、大小及腺体成分的生理功能状态和病变发展程度有关。主要有以下几种临床表现:(1)一般消化道的症状,如腹痛、腹胀、恶心、腹部不适等,本组有2例;(2)因异位胰腺所在的部位不同产生不同的梗阻症状,本组1例表现为幽门梗阻,1例表现为胆道梗阻;(3)消化道出血,其原因可能与异位胰腺腺体分泌的胰酶作用于胃肠道的黏膜形成

溃疡糜烂有关,也可能是异位胰腺本身发生出血坏死性炎症而引起的出血,本组2例主要表现为反复大便带血;(4)异位胰腺癌变,候永发^[2]报道1例小网膜内异位胰腺发生癌变。

辅助检查对某些部位的异位胰腺有一定的诊断价值。如本组1例是通过胃镜活检而确诊,1例做胃镜时亦发现但未活检到,另2例虽未确诊,但B超提示对本病的诊断与治疗有指导意义。胃肠造影时发现“中央导管征”或“脐样凹陷”有助于诊断本病^[3]。CT、磁共振等均仅提供有限的诊断信息。异位胰腺临床上术前明确诊断很困难,但又易引起症状及有癌变可能,因此临床医生应提高对本病的认识;综合运用各种检查手段,以提高对本病的诊断水平,必要时手术探查,因为手术本身有诊断价值。

异位胰腺可发生急、慢性炎症、继发出血和梗阻、甚至癌变,因此一旦发现本病,不论有无症状都应手术切除。手术方式以局部切除为宜,除非已发生癌变,否则不应行扩大切除,以免增加并发症。术后标本应常规行病理检查。本组1例术前误诊为胆总管下端肿瘤而行胰十二指肠切除术,所幸未发生并发症。近年来流行的内镜下电切这种微创技术对局限于胃肠道黏膜下的异位胰腺不失为可行的治疗方法,但对深达肌层或大于2cm者,电切易造成消化道穿孔,应持慎重态度。

参考文献:

- [1] 王庆容. 异位胰腺7例临床病例分析[J]. 四川医学, 2002, 23(1): 56-57.
- [2] 候永发. 异位胰腺癌1例[J]. 中国实用外科杂志, 1986, 6(6): 472.
- [3] 施勇, 卢淑娟. 8例异位胰腺诊治分析[J]. 外科理论与实践, 2002, 7(1): 64-65.

彭氏肝胆胰外科手术 VCD 光盘征订启事

由杭州潜龙医学摄影有限公司制作,浙江临床医学杂志社监制“彭氏肝胆胰外科手术”VCD光盘,编辑完成,经浙江大学出版社审定出版发行。

彭淑牖教授从医五十年,在临床工作、医学科研领域中硕果累累。彭氏手术刀捆绑式胰肠吻合术等成果得到了国内外医学专家学者的一致肯定,曾荣获2001年国家科学技术发明二等奖、2004年国家科技进步二等奖,香港何梁何利基金奖等称号。并被世界最高外科学府——美国外科学院授予荣誉院士殊荣。

为了使精湛手术方法在临床中得到更广泛的应用与推广,特制作成VCD光盘一套,共四集,近200分钟。术中内容全系彭淑牖教授主刀下,在手术过程中拍摄完成,场景真实,图像清晰,画面逼真,并配有标准普通话解说(本VCD定价每套260元,含邮资)。

邮购地址:浙江省杭州市中河北路84号茂泰世纪大楼9FA9浙江临床医学杂志黄水仓编辑收。邮编:310003
款到即邮寄精装版VCD一套(请详细写明收货单位地址及人名)。电话:0571-85779362 E-mail: zjleyx@163.com; Qianlong@163.com