

环状胰腺 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E7\\_8E\\_AF\\_E7\\_8A\\_B6\\_E8\\_83\\_B0\\_E8\\_c22\\_306034.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E7_8E_AF_E7_8A_B6_E8_83_B0_E8_c22_306034.htm) 名称环状胰腺所属科室普通外科病因对于胚胎发育过程中形成环状胰腺的确切病因目前尚不完全明了，学说很多，主要有2种解释。胰腺是由胚胎的原\*\*上若干突起逐渐发育融合而成的。背侧的胰始基是从十二指肠\*\*上直接发生，腹侧的胰始基则自肝突起的根部发生。以后背侧的胰始基发育成胰腺的体与尾，其蒂部成为副胰管；腹侧的胰始基的蒂部成为主胰管，末端则为胰头部。在胚胎第6周左右，随着十二指肠的转位，腹胰也转位至背胰的后下方；在第7周时，背胰和腹胰开始接触，最后两胰合并为一个胰腺，两个胰管也互相融合贯通。因此，一种理论认为，环状胰腺是由于位于十二指肠腹侧始基未能随十二指肠的旋转而与背侧始基融合所致；另一种理论则认为，由于腹侧与背侧胰始基同时肥大，因而形成环状胰腺，并将十二指肠第二段完全或部分围住，造成梗阻。病理环状胰腺一般宽1cm左右，包绕在十二指肠第二段。根据包绕程度，可分为完全型环状胰腺和不完全型环状胰腺，以后者较常见，即环状胰腺仅部分包绕十二指肠，约占肠管周径2/3~4/5。环状胰腺往往是真正的胰腺组织，含有正常的腺泡和胰岛组织，但是也有一部分病人仅为纤维组织。环状胰腺内的导管可与主胰管不相通而单独开口于十二指肠。临床表现临床上常将环状胰腺分为新生儿型和成人型，其临床表现与十二指肠的受压程度和伴随的其他病理改变密切相关。（一）新生儿型多在出生后1周内发病，2周以上发病者少见。主要表现为急性完全性十二指导肠梗阻。病儿出现顽固性呕吐，呕吐物中

含有胆汁。由于频繁的呕吐，可继续脱水、电解质紊乱和酸碱平衡失调、营养不良。如为不完全性十二指肠梗阻，则表现为间歇性腹痛及呕吐，可伴有上腹部饱胀不适，进食后加重。以上症状可反复出现。此外，环状胰腺还常伴有其他先天性疾病，如伸舌样痴呆、食管闭锁、食管气管痿、美克尔憩室、先天性心脏病、畸形足等。（二）成人型多见于20~40岁，多表现为十二指肠慢性不全性梗阻的症状，而且症状出现愈早，十二指肠梗阻的表现也愈严重。病人主要表现为反复上腹痛和呕吐，呈阵发性发作，进食后腹痛加重，呕吐后可缓解，呕吐物为胃十二指肠液，含有胆汁。病人除了十二指肠梗阻以外，还可以并发其他病理改变，并引起相应的临床症状。

- 1.消化性溃疡环状胰腺并发胃和十二指肠溃疡者，可达30~40%，其中以十二指肠溃疡较常见。溃疡的发生原因可能与环状胰腺的压迫、胃液长期潴留和胃、十二指肠内容物酸度过高等有关。
- 2.急性胰腺炎环状胰腺并发胰腺炎者占15~30%，其发生原因可能与胰腺导管系统异常有关，胰液淤滞或胆汁逆流至胰管而致病。胰腺炎可仅限于环状胰腺部分或侵及全胰腺，急性胰腺炎的水肿或慢性胰腺炎的纤维疤痕还可加重十二指肠梗阻。
- 3.胆道梗阻临床上较少见，由于环状胰腺位于乏特氏壶腹处、环状胰腺致十二指肠第二段明显狭窄并压迫胆总管以及胰腺炎等原因，均可引起胆总管下端梗阻而出现黄疸。病程久者还可继发胆道结石。

辅助检查

- 1.X线检查：腹部平片主要表现为十二指肠梗阻。卧位片可见胃和十二指肠球部扩张胀气，即所谓双气泡征；假如胃、十二指肠球部内有大量滞留液，在立位片上可见胃、十二指肠球部各有一个液平面（图1）。图1 胃与十二指导肠的双液平

面2.胃肠钡剂造影：表现为胃扩张、下垂，胃内有大量空腹滞留液，排空时间延长；十二指肠球部匀称扩大、伸长，其下缘光滑圆隆；十二指肠降段，偶然在第一段或第三段出现边缘整洁的局限性狭窄区，且该区粘膜皱襞稀少，狭窄上方的肠管可见逆蠕动（图2）图2 十二指肠降段狭窄诊断环状胰腺的诊断不太轻易，根据典型的症状与体征，结合X线表现，应考虑本病的可能。但有些病例在手术中才明确诊断。鉴别诊断考虑环状胰腺时还应与下列疾病鉴别。1.先天性十二指肠闭锁偶可见于新生儿，病变位于十二指肠降段，出生后即频繁呕吐，呕出物可含有胆汁，胃肠造影时钡剂完全不能通过，下段肠管内无气体。手术时可见十二指肠降段无胰腺组织环境。2.先天性幽门肥厚症多在生后数周出现反胃和呕吐，呕吐物中不含胆汁，上腹部较膨隆，可有胃蠕动波，95~100%的病儿在右上腹可扪及橄榄状肿块。胃肠钡剂造影见胃扩张，幽门管变细、变长，胃排空时间延长等。3.肠系膜上动脉压迫综合征本病系指十二指肠第三段或第四段受肠系膜上动脉压迫所致的慢性梗阻，主要表现为上腹部饱胀不适，间断性呕吐，呕吐物中含有胆汁，胃肠钡剂造影见十二指肠有显著的阻滞及扩张现象，钡剂在十二指肠第三或第四段有阻塞。4.胰头或乏特氏壶腹部肿瘤环状胰腺伴黄疸的病人，尤其是老年人，应与胰头或十二指肠乳头肿瘤鉴别。后者胃肠造影可见十二指肠环扩大，降部内缘受压变形，粘膜皱襞破坏，并有充盈缺损、倒“C”字征、双边征等。此外，还应与先天性胆总管闭锁、十二指肠结核、低位十二指肠溃疡等疾病相鉴别。并发症伸舌样痴呆、食管闭锁、食管气管瘘、美克尔憩室、先天性心脏病、畸形足、消化性溃疡、急

性胰腺炎、胆道梗阻等。治疗对于没有症状或症状不明显的环状胰腺，可不必手术。如已引起十二指导肠狭窄或梗阻，则必须进行手术治疗。手术方法主要分两类：1.环状胰腺切除术或切除术假如环状胰腺组织较薄，血管分布不多，与\*\*\*无紧密粘贴，可将环状胰腺切断，或作部分或全部的切除，以解除十二指导肠梗阻。如十二指导肠因长期压迫已形成狭窄时，可加作十二指导肠纵行切开横形缝合，使肠腔扩大。本术式的缺点是可能造成胰腺损伤、胰痿、胰腺囊肿或十二指导肠痿等并发症；有时手术后十二指导肠的狭窄或梗阻仍不能完全解除。因此，目前多不主张采用此种术式。2.捷径手术（1）十二指导肠与十二指导肠侧侧吻合术：本术式操作较轻易，能完全解除十二指导肠梗阻，又能保持胃的功能，而且没有损伤胰管、发生胰痿的危险，因此比较符合生理，可作为首选的术式。手术方法：切开十二指导肠外侧缘后腹膜，游离梗阻的十二指导肠近端和远端；再在梗阻近端和远端的肠管前壁各作两针牵引线，然后在梗阻近端肠管前壁作横行切口，在远端前壁作纵行切口，用1号丝线作间断全层缝合，最后作浆肌层间断缝合。（2）十二指导肠空肠Roux-y型吻合术（结肠前或结肠后）：该术式具有十二指导肠与十二指导肠侧侧吻合术的优点，但在手术过程中应注重下述几点：吻合口应选择在十二指导肠梗阻近端的最低点，以免形成盲襟。吻合口不易过小，以免形成狭窄。吻合时空肠不要扭转成角，以免形成梗阻。空肠在距屈氏韧带15~20cm处切断，远端吻合至十二指导肠梗阻近端最低点。（3）十二指导肠空肠侧侧吻合术：该术式的优点也与十二指导肠侧侧吻合术相同，其方法是将一段距屈氏韧带15~20cm空肠，在横结肠前或后方，侧侧吻合到梗

阻近端的十二指肠上。手术中注重事项与十二指肠空肠Poux-y型吻合术基本相同。（4）胃空肠吻合术：本术式有两个突出的特点：手术后可能发生吻合口边缘溃疡。梗阻近端的十二指肠引流不好，不能很好地解除十二指肠梗阻。因此，除因十二指肠四周有紧密粘连，无法施行其他捷径手术外，一般不宜采用本术式。Sanford则认为，对环状胰腺先行胃大部切除，再作胃空肠吻合术，是成人病例中最理想的方法。此外，对于有胆道梗阻的病人，除了需解除十二指肠的梗阻外，还要解除胆道的梗阻。可行胃大部切除、Billoth-式吻合术加胆总管与十二指肠梗阻远段端侧吻合术。对于环状胰腺合并胃、十二指肠梗阻者，可行胃次全切除、Billoth-式吻合术，必要时附加迷走神经切断术。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问  
[www.100test.com](http://www.100test.com)