中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232
CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2024年12月 第41卷 第12期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 41 Number 12
December 2024

中华医学会
CHINESE MEDICAL ASSOCIATION

ISSN 1007-5232
12>

中华消化内镜杂志®

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊　1996年8月改刊　第41卷　第12期　2024年12月20日出版


微信:xhnjxw


新浪微博

主　管
中国科学技术协会

主　办
中华医学会
100710,北京市东四西大街42号

编　辑
中华消化内镜杂志编辑委员会
210003,南京市紫竹林3号
电话:(025)83472831,83478997
传真:(025)83472821
Email:xhnj@xhnj.com
http://www.zhxhnjzz.com
http://www.medjournals.cn

总编辑
张澍田

编辑部主任
唐涌进

出　版
《中华医学杂志》社有限责任公司
100710,北京市东四西大街42号
电话(传真):(010)51322059
Email:office@cmaph.org

广告发布登记号
广登32010000093号

印　刷
江苏省地质测绘院

发　行
范围:公开
国内:南京报刊发行局
国外:中国国际图书贸易集团有限公司
(北京399信箱,100048)
代号 M4676

订　购
全国各地邮政局
邮发代号 28-105

邮　购
中华消化内镜杂志编辑部
210003,南京市紫竹林3号
电话:(025)83472831
Email:xhnj@xhnj.com

定　价
每期25.00元,全年300.00元

中国标准连续出版物号
ISSN 1007-5232
CN 32-1463/R

2024年版权归中华医学会所有

未经授权,不得转载、摘编本刊文章,不得使用本刊的版式设计

除非特别声明,本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点

本刊如有印装质量问题,请向本刊编辑部调换

目　　次

第41卷终

共识与指南

中国炎症性肠病内镜诊治专家共识(2024,广州)…… 925
中华医学会消化内镜学分会结直肠学组

中国超声内镜引导胆管引流术专家共识(2024,上海)…… 941
国家消化系统疾病临床医学研究中心(上海)
中华医学会消化内镜学分会

菁英论坛

急性坏死性胰腺炎实施内镜升阶梯式疗法的关键问题 …… 956
何文华　周振刚　祝荫

论　　著

保留黏膜层的内镜黏膜下挖除术治疗胃黏膜下肿瘤的有效性分析 …… 961
葛佳琪　孙晓梅

十二指肠乳头异位的内镜特点及治疗分析 …… 967
赵倩　杨卓

内镜下套扎与硬化剂注射治疗内痔有效性及安全性的回顾性队列研究 …… 973
高莉　杨位轩　田莉　巩尧瑶　程文芳

注水钳除与普通钳除治疗结直肠微小息肉的临床疗效对比研究 … 979
吴秋丽　李远丽　郑晨威　陈相波　徐勤伟

限制吞咽联合漱口对磁控胶囊胃镜检查胃准备质量的影响 …… 985
曹景润　刘月月　王凯　刘海燕　常鲁杰

江苏省二级以上中医院消化内镜专业现状调研及建议 …… 990
江苏省中医院消化内镜中心　江苏省中医脾胃病医疗质控中心

基础研究

基于转录组测序分析棕榈酰转移酶DHHC7对结直肠癌侵袭的促进作用 …… 996
蒋怡　张明明　房静远

短篇论著

食管神经内分泌肿瘤的临床特征分析 …… 1002
胡平　何娜　严丽军　李晓雅　柏建安　朱国琴　田野　汤琪云
白光内镜下靶向活检在西藏地区藏族胃癌风险人群中的应用价值 …… 1008
邵鹏飞　巴桑卓玛　李巍

病例报道

胃高分化管状乳头状腺癌合并低异型度胃型胃癌的内镜诊治1例 …… 1012
杨泽梁　姜雨婷　胡嘉庆　杨捷　王宁　陈新　郑晓玲
尾肠囊肿超声内镜引导细针穿刺抽吸术1例 …… 1015
王程瑶　张政　李鹏　吴静

综　　述

消化内镜无水洗消技术的研究现状 …… 1018
赵灿　李隆松　令狐恩强　柴宁莉

读者·作者·编者

《中华消化内镜杂志》对来稿中统计学处理的有关要求 …… 960
《中华消化内镜杂志》2025年征订启事 …… 978
《中华消化内镜杂志》2024年可直接使用英文缩写的常用词汇 …… 984
中华医学会系列杂志论文作者署名规范 …… 989
中华医学会杂志社关于在论文写作过程中使用生成式人工智能技术的有关规定 …… 1024
插页目次 …… 1011

本刊稿约见第41卷第1期第82页、第7期第586页

本期责任编辑　许文立

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进，Email：tang@xhnj.com　　朱　悦，Email：zhuyue@xhnj.com
周　昊，Email：zhou@xhnj.com　　钱　程，Email：qian@xhnj.com
顾文景，Email：gwj@xhnj.com　　许文立，Email：xwl@xhnj.com

本刊投稿方式

登录《中华消化内镜杂志》官方网站http://www.zhxhnjzz.com进行在线投稿。


唐涌进


周　昊


顾文景


朱　悦


钱　程


许文立

（扫码添加编辑企业微信）

·论著·

十二指肠乳头异位的内镜特点及治疗分析

赵倩　杨卓
中国人民解放军北部战区总医院内窥镜科，沈阳 110000
通信作者：杨卓，Email：yangzhuo@163.com

【摘要】 目的　探讨十二指肠乳头异位的内镜下特点及治疗。**方法**　回顾性收集2003年4月至2022年4月于北部战区总医院内镜中心行内镜逆行胰胆管造影术（endoscopic retrograde cholangiopancreatography，ERCP）诊治的24 617例患者资料，分析其中十二指肠乳头异位患者的临床资料及ERCP诊治要点。**结果**　十二指肠乳头异位发生率为0.27%（67/24 617），其中男性占比为62.7%（42/67），37.3%（25/67）的患者乳头在球降交界部位；58例（86.6%）患者合并胆总管结石。有61.2%（41/67）的患者合并消化道溃疡或畸形，多发生在球部及球降交界（92.7%，38/41）。56.7%（38/67）的患者胆总管呈“钩状”。ERCP插管成功率为91.0%（61/67），23例（34.3%）患者发生术后并发症，包括术后胰腺炎（16.4%，11例）、高淀粉酶血症（13.4%，9例）和胆管炎（4.5%，3例）。58例胆总管结石患者中，54例成功插管并完成ERCP治疗，总体技术成功率为93.1%，其中完整取石34例（58.6%），部分取石4例（6.9%），经内镜鼻胆管引流8例（13.8%），经内镜胆道内支架置入引流8例（13.8%）。伴有十二指肠狭窄（*P*=0.039，*OR*=7.16，95%*CI*：1.10~46.51）、胆总管结石长径≥1.5 cm（*P*=0.009，*OR*=6.92，95%*CI*：1.18~40.52）、结石嵌顿（*P*=0.028，*OR*=16.05，95%*CI*：1.35~191.11）、多发结石（*P*=0.001，*OR*=28.12，95%*CI*：3.68~215.49），胆总管直径<1.5 cm（*P*=0.018，*OR*=7.58，95%*CI*：1.41~39.58）是ERCP未完整取石的独立危险因素。**结论**　十二指肠乳头异位在人群中发生率较低，常因胆胰疾病尤其是胆总管结石被发现，常见异位位置为球降交界处，通常伴有消化道溃疡或畸形。ERCP对于处理十二指肠乳头异位合并胆胰疾病有较高的成功率及较好的治疗效果。

【关键词】 胰胆管造影术，内窥镜逆行；　十二指肠乳头异位；　内镜治疗
基金项目：国家自然科学基金（U20A20195）

Endoscopic characteristics and treatment of duodenal papilla ectopia

Zhao Qian, Yang Zhuo
Department of Endoscopy, General Hospital of Northern Theater Command, Shenyang 110000, China
Corresponding author: Yang Zhuo, Email: yangzhuo@163.com

【Abstract】 Objective　To investigate the endoscopic characteristics and treatment of duodenal papilla ectopia. **Methods**　Data of 24 617 patients who underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) at Endoscopy Center of General Hospital of Northern Theater Command from April 2003 to April 2022 were retrospectively collected. Clinical data of diagnosis and treatment of the patients with ectopic duodenal papillae were analyzed. **Results**　The incidence of duodenal papilla ectopia was 0.27% (67/24 617), in which 62.7% (42/67) were males, and 37.3% (25/67) located at the junction of descending duodenal bulb. Fifty-eight (86.6%) patients had combined choledocholithiasis. There were 61.2% (41/67) patients with digestive tract ulcer or malformation, which were more likely to be located in the duodenal bulb and junction of descending duodenal bulb (92.7%, 38/41). The common bile duct was "hooked" in 56.7% (38/67) patients, and the success rate of ERCP intubation was 91.0% (61/67). Postoperative complications occurred in 23 (34.3%) patients, including postoperative pancreatitis (16.4%, 11 cases), hyperamylasemia (13.4%, 9 cases), and biliary tract infection (4.5%, 3 cases). Of the 58 patients

DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20240204-00375
收稿日期　2024-02-04　　**本文编辑**　朱悦
引用本文：赵倩，杨卓．十二指肠乳头异位的内镜特点及治疗分析[J]．中华消化内镜杂志，2024，41(12)：967-972. DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20240204-00375.

www.zhxhnjzz.com

with choledocholithiasis, 54 were successfully intubated and treated with ERCP, with an overall technical success rate of 93.1%. Among them, the stones were completely removed in 34 (58.6%) patients with choledocholithiasis, partially removed in 4 (6.9%) patients with choledocholithiasis, 8 cases (13.8%) had endoscopic drainage and 8 cases (13.8%) had endoscopic stent biliary drainage. Duodenal stenosis (*P*=0.039, *OR*=7.16, 95%*CI*: 1.10-46.51), choledocholithiasis with long diameter≥1.5 cm (*P*=0.009, *OR*=6.92, 95%*CI*: 1.18-40.52), incarcerated stones (*P*=0.028, *OR*=16.05, 95%*CI*: 1.35-191.11), multiple stones (*P*=0.001, *OR*=28.12, 95%*CI*: 3.68-215.49), and common bile duct diameter<1.5 cm (*P*=0.018, *OR*=7.58, 95%*CI*: 1.41-39.58) were independent risk factors for incomplete stone removal by ERCP. **Conclusion** The incidence of ectopic duodenal papilla is relatively low, which is often found due to biliary and pancreatic diseases, especially choledocholithiasis. The common ectopic location is the descending bulbar junction, usually accompanied by digestive tract ulcer or malformation. ERCP demonstrates a high success rate and a good therapeutic effect on the treatment of ectopic duodenal papilla combined with biliary and pancreatic diseases.

【**Key words**】 Cholangiopancreatography, endoscopic retrograde; Ectopic duodenal papilla; Endoscopic therapy

Fund program: National Natural Science Foundation of China (U20A20195)

十二指肠乳头异位(duodenal papilla ectopia, DPE)是指胆胰管的共同开口位于十二指肠降段中部内侧壁以外的部位[1-2],可以异位在胃内、幽门管、十二指肠球部、十二指肠降部其他位置或十二指肠水平部。有文献报道,十二指肠乳头异位的发生率为5.6%~23.0%[2]。虽然十二指肠乳头异位发生率较低,但十二指肠乳头异位会引起十二指肠溃疡反复发作,肠腔畸形,甚至伴有胆道结石及肝内外胆管扩张[3-5]。本研究回顾性收集并分析我中心十二指肠乳头异位病例,总结十二指肠乳头异位病例特点,确定异位乳头在胆胰疾病内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)治疗中的临床意义。

资料与方法

一、资料收集

回顾性收集2003年4月至2022年4月北部战区总医院内窥镜科24 617例经ERCP诊治的患者临床资料[北部战区总医院伦理批号:Y(2024)329号],统计其中十二指肠乳头异位患者一般临床资料、临床表现、术中及术后相关资料。

二、ERCP操作过程

患者入院后完善相关术前检查,排除ERCP禁忌,所有患者术前谈话并签署知情同意书。患者左侧卧位,全身静脉麻醉后,经口插入十二指肠镜(日本Olympus TJF260型)或者胃镜(日本Olympus GIF Q260J型),戴透明帽进镜至十二指肠降段,寻找乳头,若无发现,则退镜于球部、球降交界、水平部等其他位置,若存在十二指肠溃疡、狭窄或畸形,则需注意观察狭窄环处,寻找略高于黏膜表面的绒毛状结构或裂隙状开口,并注意绒毛状结构处或裂隙状开口处有无胆汁黄染或胆汁溢出。尝试用切开刀或针状刀结合导丝插管,插管成功后行造影明确诊断,根据造影结果行下一步治疗:若为胆总管结石,则尝试取石治疗;若无法行内镜下取石,可放置胆管支架或放置鼻胆管引流;若为胆总管末端良性狭窄,则行胆总管末端切开及胆总管支架置入治疗;若为占位性病变引起的梗阻性黄疸,仍需行胆总管支架置入治疗,必要时进一步行外科手术根治性治疗。

三、统计学分析

所有数据采用SPSS 26.0进行统计学分析,符合正态分布的计量资料用$\bar{x}\pm s$表示,比较采用独立样本t检验;不符合正态分布的计量资料用$M(Q_1, Q_3)$表示,比较采用Mann-Whitney U检验;计数资料用例(%)表示,比较采用卡方检验或Fisher确切概率法;多因素分析采用logstic回归分析。$P<0.05$为差异有统计学意义。

结　果

一、患者临床资料分析

共纳入67例(0.27%)十二指肠乳头异位患者,男42例、女25例,年龄(67.56±11.27)岁(38~90岁),以腹痛、恶心、呕吐、黄疸、发热或寒战入院,大部分伴有实验室指标异常,经影像学检查(肝胆胰脾超声、CT、MRCP或超声内镜检查)提示存在胆胰疾病。十二指肠乳头开口异位于幽门者2例,

www.zhxhnjzz.com

十二指肠球部17例，十二指肠球降交界25例，十二指肠降部4例，十二指肠水平部19例（图1）。所有患者中胆总管结石58例，胆总管良性狭窄5例，考虑肿瘤占位4例；ERCP插管成功患者61例，插管成功率为91.0%；在ERCP胆道造影中发现“钩状”走行胆总管共38例（56.7%）（图2）；合并消化道溃疡或畸形患者41例（61.2%）；ERCP术后并发胰腺炎11例（16.4%），并发高淀粉酶血症9例（13.4%），并发胆管炎3例（4.5%），无出血、穿孔病例（表1）。

二、十二指肠乳头异位与消化道溃疡的关系

异位于幽门的2例患者均有消化道溃疡或畸形，异位于十二指肠球部的17例患者中16例（94.1%）有十二指肠溃疡或畸形，异位于球降交界部的25例患者中22例（88.0%）有十二指肠溃疡或畸形，异位于降部的4例患者只有1例（25.0%）合并十二指肠溃疡或畸形，异位于水平部的19例患者均不伴有溃疡或畸形。将乳头异位位置相应部位的溃疡或畸形发生率作对比，提示乳头异位位置与溃疡或畸形发生率有一定关系（χ^2=52.490，P<0.001）。考虑异位于幽门的患者较少，因此溃疡或畸形发生率较高的为十二指肠乳头异位于球部及球降交界部。

表1　67例十二指肠乳头异位患者的一般临床资料分析

临床资料	结果
性别（例，男/女）	42/25
年龄（岁，$\bar{x}\pm s$）	
男	66.04±10.8
女	70.12±11.8
十二指肠乳头位置[例（%）]	
幽门	2（3.0）
十二指肠球部	17（25.4）
十二指肠球降交界	25（37.3）
十二指肠降部	4（6.0）
十二指肠水平部	19（28.4）
合并胆胰疾病[例（%）]	
胆总管结石	58（86.6）
胆总管良性狭窄	5（7.5）
肿瘤占位	4（6.0）
合并消化道溃疡或畸形[例（%）]	41（61.2）
胆总管呈钩状[例（%）]	38（56.7）
插管成功[例（%）]	61（91.0）
术后并发症[例（%）]	
胰腺炎	11（16.4）
高淀粉酶血症	9（13.4）
胆管炎	3（4.5）

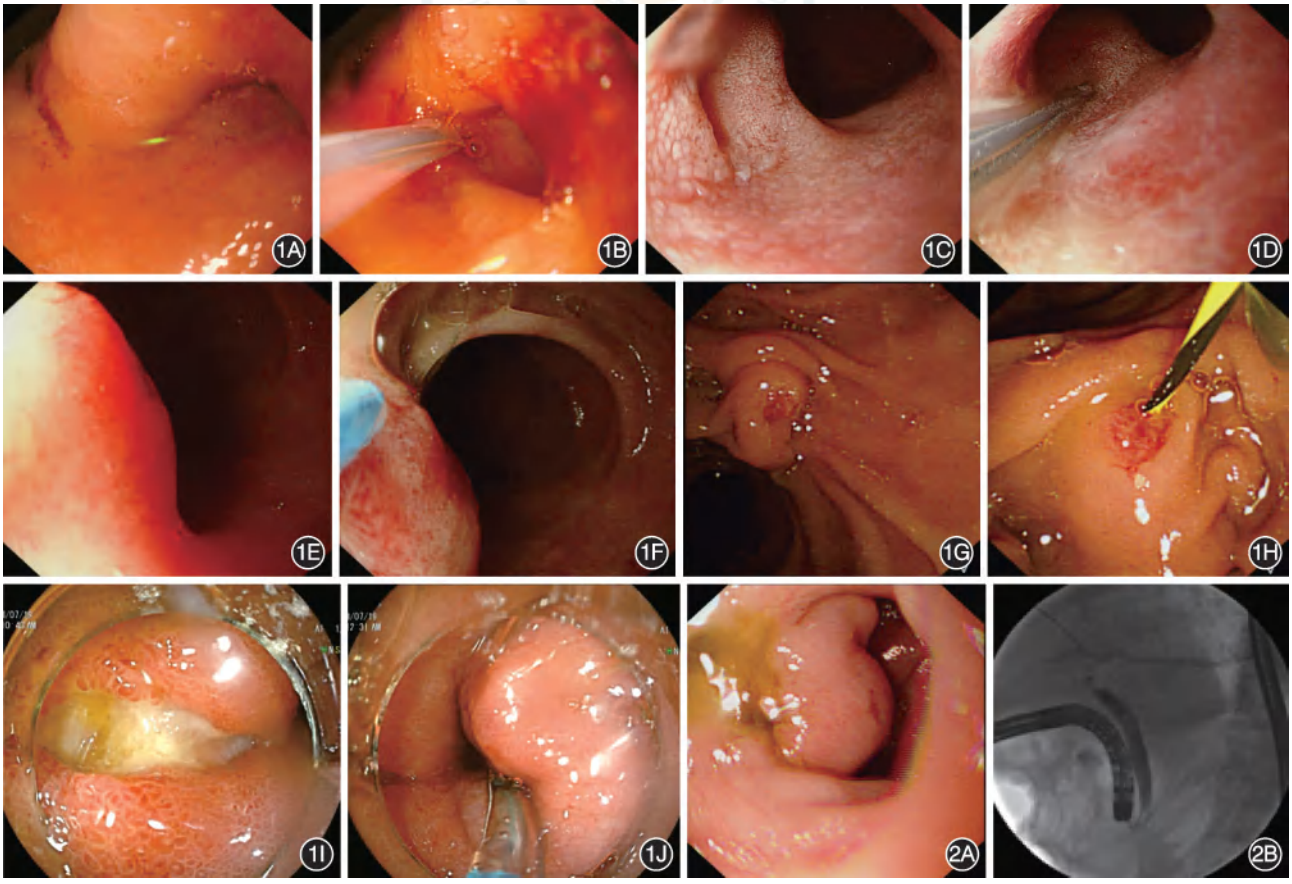


图1　异位于不同位置的十二指肠乳头示例　1A、1B：十二指肠乳头异位于幽门；1C、1D：十二指肠乳头异位于十二指肠球部；1E、1F：十二指肠乳头异位于十二指肠降部；1G、1H：十二指肠乳头异位于十二指肠水平部；1I、1J：十二指肠乳头异位于球降交界，同时合并溃疡

图2　“钩状”胆总管内镜图片及造影下表现　2A：十二指肠乳头异位于球部；2B：“钩状”胆总管造影下形态

www.zhxhnjzz.com

三、十二指肠乳头异位合并胆总管结石患者ERCP诊疗要点

针对胆总管结石患者进行详细分析(表2),58例十二指肠乳头异位患者有胆总管结石,其中54例成功插管并进行了胆总管取石、胆总管支架置入或胆总管鼻胆管引流治疗,总体技术成功率为93.1%。内镜十二指肠乳头括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy,EST)6例(10.3%),内镜十二指肠乳头球囊扩张术(endoscopic papillary balloon dilation,EPBD)20例(34.5%),EST联合EPBD 12例(20.7%),机械碎石术(mechanical lithntripsy,ML)7例(12.1%),经内镜胆道内支架置入术(endoscopic retrograde biliary drainage,ERBD)9例(15.5%)。EST联合EPBD较多用于水平部。58例胆总管结石患者中,34例(58.6%)完整取出胆总管结石;4例(6.9%)取出部分结石;16例(27.6%)无法取出结石,8例(13.8%)给予ERBD治疗,8例(13.8%)给予经内镜鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage,ENBD)治疗。

表2　58例胆总管结石伴十二指肠乳头异位患者的临床资料及ERCP诊疗要点[例(%)]

资料	结果
十二指肠乳头位置	
幽门	2(3.4)
十二指肠球部	16(27.6)
十二指肠球降交界	21(36.2)
十二指肠降部	3(5.2)
十二指肠水平部	16(27.6)
合并十二指肠溃疡或畸形	33(56.9)
胆总管呈钩状	34(58.6)
插管成功/技术成功	54(93.1)
ERCP诊治要点	
EST	6(10.3)
EPBD	20(34.5)
EST+EPBD	12(20.7)
ML	7(12.1)
ERBD	9(15.5)
完整取石	34(58.6)
部分取石	4(6.9)
未能取石	16(27.6)

注:ERCP指内镜逆行胰胆管造影术;EST指内镜十二指肠乳头括约肌切开术;EPBD指内镜十二指肠乳头球囊扩张术;ML指机械碎石术;ERBD指经内镜胆道内支架置入术

四、十二指肠乳头异位合并胆总管结石未完整取石的影响因素分析

大部分十二指肠乳头异位患者因胆总管结石发现,根据临床经验,十二指肠乳头异位会增加ERCP插管难度及取石难度,为了证实该猜想,将十二指肠乳头异位合并胆总管结石患者分为完整取石患者与未能取石或取出部分结石的未完整取石患者,分析影响取石的相关因素,发现胆总管直径、胆总管结石数量、结石长径、结石嵌顿是影响是否完整取石的因素(P<0.05),见表3。将筛选出的P<0.15且临床认为与结石取出失败相关的因素(十二指肠是否狭窄)进行多因素logistic回归分析,提示伴有十二指肠狭窄、胆总管结石长径≥1.5 cm、结伴有石嵌顿、多发结石、胆总管直径<1.5 cm是ERCP未完整取石的独立危险因素(表4)。

讨　论

自19世纪起,国内外就开始有十二指肠乳头异位的报道,十二指肠乳头异位是指十二指肠乳头位于正常的十二指肠降段内侧壁以外的部位[6-12]。根据以往解剖学的分析,认为正常的胆道源于肝憩室,肝憩室在胚胎发生时分为肝部(背侧芽)和囊部(腹侧芽)。肝部发育为肝内胆管和肝总管,而囊部发育为胆囊,肝部肝原基的主干与腹侧芽的连接形成胆囊管。胆总管起源于肝窦,肝窦是肝憩室的共同区域。Boyden[13]提出,肝憩室的早期细分可能导致胆总管汇合到不同的位置。统计我中心2003年4月至2022年4月行ERCP的24 617例患者,发现其中有0.27%(67例)的患者伴有十二指肠乳头异位,其中男性占比62.7%,与以往文献报道一致[14-16],考虑与患者染色体异常引起的胚胎异常有关,而染色体异常多发生在Y染色体,但此研究还未得到进一步证实。

67例十二指肠乳头异位患者中伴有消化道溃疡或畸形的有41例,占比为61.2%。考虑此类患者Oddi括约肌发育不全,胆总管末端胰液及胆汁分泌较多[17-18],刺激该区域黏膜损伤、肿胀和形成溃疡[19-21]。我们将十二指肠乳头不同异位位置相应的溃疡发生率作对比,提示十二指肠乳头异位于不同位置与溃疡发生率有一定关系,异位于十二指肠球部、球降交界的患者更容易发生消化道溃疡或畸形,我们考虑除了与Oddi括约肌发育不全,胆汁及胰液刺激有关外,也与十二指肠受到胃酸刺激有一定关系。

回顾入组的十二指肠乳头异位患者,均因梗阻性黄疸或胆管炎行ERCP治疗,其中大部分为十二指肠良性疾病,包括十二指肠乳头异位合并胆总管结石患者58例(86.6%)、十二指肠乳头异位合并胆

www.zhxhnjzz.com

表 3　完整取石与未完整取石胆总管结石伴十二指肠乳头异位患者资料对比

因素	完整取石（n=34）	未完整取石（n=20）	统计量	P值
性别（例，男/女）	19/15	14/6	χ^2=1.056	0.304
年龄（岁，$\bar{x}\pm s$）	68.87±19.00	66.80±10.80	t=0.329	0.743
十二指肠乳头位置[例（%）]			χ^2=4.677	0.135
幽门	2（5.9）	0（0.0）		
十二指肠球部	7（20.6）	8（40.0）		
十二指肠球降交界	12（35.3）	7（35.0）		
十二指肠降部	2（5.9）	1（5.0）		
十二指肠水平部	11（32.4）	4（20.0）		
憩室[例（%）]	5（14.7）	2（10.0）	χ^2=0.008	1.000
十二指肠狭窄[例（%）]	11（32.4）	10（50.0）	χ^2=1.650	0.199
钩状胆总管[例（%）]	20（58.8）	13（65.0）	χ^2=0.102	0.794
胆总管直径[cm，$M(Q_1,Q_3)$]	1.4（1.2，1.6）	2.1（1.6，2.6）	Z=1.443	0.001
胆总管结石数量[例（%）]			χ^2=1.054	0.009
单发	30（88.2）	11（55.0）		
多发	4（11.8）	9（45.0）		
结石长径[cm，$M(Q_1,Q_3)$]	1.0（1.0，1.3）	2.5（1.5，2.5）	Z=3.975	<0.001
结石嵌顿[例（%）]	2（5.9）	6（30.0）	χ^2=2.705	0.041
切开或扩张[例（%）]			χ^2=4.204	0.137
EST	2（5.9）	4（20.0）		
EPBD	12（35.3）	6（30.0）		
EST+EPBD	8（23.5）	3（15.0）		
机械碎石[例（%）]	5（14.7）	2（10.0）	χ^2=0.253	1.000
ERCP手术时间[min，$M(Q_1,Q_3)$]	21.0（14.2，47.5）	18.0（10.0，32.5）	Z=1.206	0.138

注：EST指内镜十二指肠乳头括约肌切开术；EPBD指内镜十二指肠乳头球囊扩张术；ERCP指内镜逆行胰胆管造影术

表 4　胆总管结石未完整取石危险因素的logistic回归分析

因素	OR值	95%CI	P值
十二指肠狭窄（有/无）	7.16	1.10~46.51	0.039
结石长径（≥1.5 cm/<1.5 cm）	6.92	1.18~40.52	0.009
结石嵌顿（有/无）	16.05	1.35~191.11	0.028
结石数量（多发/单发）	28.12	3.68~215.49	0.001
胆总管直径（<1.5 cm/≥1.5 cm）	7.58	1.41~39.58	0.018

总管末端良性狭窄患者5例（7.5%）、十二指肠乳头异位合并壶腹部肿瘤占位患者4例（6.0%）。分析其原因，考虑与以下因素有关：第一，胆总管畸形成角，远端呈钩状结构，导致胆汁淤积，引起胆汁引流缺陷，可能导致胆总管结石；第二，Oddi括约肌发育不全或缺失使肠道细菌和十二指肠内容物回流到胆道系统，导致反复发作的胆管炎[22-23]；第三，乳头旁反复发生溃疡导致乳头阻塞时，胆汁流出不畅，也会导致胆道感染[24]。因此，对于反复出现十二指肠溃疡、狭窄并伴有胆总管扩张、肝外胆汁淤积和胆管炎的患者，应考虑是否存在十二指肠乳头异位。

67例十二指肠乳头异位患者中，插管成功率91.0%（61例），其中幽门、十二指肠球部、十二指肠球降交界、十二指肠降部、十二指肠水平部的插管成功率分别为100.0%（2例）、88.2%（15例）、88.0%（22例）、100.0%（4例）、94.7%（18例），而对应部位的消化道溃疡或畸形发生率分别为100.0%（2例）、94.1%（16例）、88.0%（22例）、25.0%（1例）、0.0%（0例）；十二指肠球部及球降交界插管成功率偏低，考虑与患者十二指肠反复溃疡形成狭窄有关，仍需要大样本量研究。

结合ERCP相关困难插管情况及临床经验[25-26]，考虑十二指肠乳头异位为困难插管危险因素之一，我们将所有十二指肠乳头异位合并胆总管结石的患者分为完整取石和未完整取石，初步筛选出胆总管直径、胆总管结石数量、结石长径、结石嵌顿是影响能否完整取石的主要因素；将筛选出的P<0.15且临床认为与结石未完整取出相关的因素进行多因素logistic回归分析，发现十二指肠狭窄、胆总管结石长径≥1.5 cm、结石嵌顿、多发结石、胆总管直径<1.5 cm是未完整取石的独立危险因素。

总之，十二指肠乳头异位较为罕见，通常因胆胰疾病行内镜检查及治疗中发现。最常见的胆胰疾病为胆总管结石，最常见的异位位置为十二指肠球降交界处，通常伴有十二指肠溃疡及狭窄。所以在行ERCP治疗过程中，当常规位置找不到乳头时，需要注意肠腔中伴有狭窄或溃疡的位置，尤其

www.zhxhnjzz.com

注意狭窄环处。此外，针对十二指肠乳头异位同时合并胆总管结石的患者，胆总管结石长径≥1.5 cm、结石嵌顿、多发结石、胆总管直径<1.5 cm、十二指肠狭窄的这部分患者ERCP取石较为困难，大多需要行外科手术解决。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 赵倩：病例收集、数据统计、论文撰写；杨卓：研究指导

参 考 文 献

[1] Rosario MT, Neves CP, Ferreira AF, et al. Ectopic papilla of Vater[J]. Gastrointest Endosc, 1990, 36(6): 606-607. DOI: 10.1016/s0016-5107(90)71177-7.

[2] Alkarboly T, Gharib DT, Salih KM, et al. Ectopic papilla of Vater in the pylorus presenting with cholangitis: a case report with literature review[J]. Int J Surg Case Rep, 2022, 93: 106887. DOI: 10.1016/j.ijscr.2022.106887.

[3] Disibeyaz S, Parlak E, Cicek B, et al. Anomalous opening of the common bile duct into the duodenal bulb: endoscopic treatment[J]. BMC Gastroenterol, 2007, 7: 26. DOI: 10.1186/1471-230X-7-26.

[4] Lee W, Park JH, Kim JY, et al. A case of gallbladder cancer combined with ectopic individual opening of pancreatic and bile ducts to the duodenal bulb[J]. Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2015, 19(3): 121-124. DOI: 10.14701/kjhbps.2015.19.3.121.

[5] Muhammedoğlu B. Ectopic opening of the common bile duct into the duodenal bulb: diagnosis and therapeutic management and considerations for timing of surgery and duration of follow-up after initial endoscopic retrograde cholangiopancreatography[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2019, 29(5): 399-404. DOI: 10.1097/SLE.0000000000000695.

[6] Kanematsu M, Imaeda T, Seki M, et al. Accessory bile duct draining into the stomach: case report and review[J]. Gastrointest Radiol, 1992, 17(1): 27-30. DOI: 10.1007/BF01888503.

[7] Levine MP. Anomalous location of the papilla of Vater[J]. Am Surg, 1976,42(2):135-137.

[8] Katsinelos P, Papaziogas B, Paraskevas G, et al. Ectopic papilla of vater in the stomach, blind antrum with aberrant pyloric opening, and congenital gastric diverticula: an unreported association[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2007, 17(5): 434-437. DOI: 10.1097/SLE. 0b013e3181257256.

[9] Guerra I, Rúbago LR, Bermejo F, et al. Ectopic papilla of Vater in the pylorus[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(41): 5221-5223. DOI: 10.3748/wjg.15.5221.

[10] Lee SS, Kim MH, Lee SK, et al. Ectopic opening of the common bile duct in the duodenal bulb: clinical implications [J]. Gastrointest Endosc, 2003, 57(6): 679-682. DOI: 10.1067/mge.2003.210.

[11] Krstic M, Stimec B, Krstic R, et al. EUS diagnosis of ectopic opening of the common bile duct in the duodenal bulb: a case report[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(32): 5068-5071. DOI: 10.3748/wjg.v11.i32.5068.

[12] Kobayashi K, Murayama M, Sugasawa H, et al. Duodenal stenosis associated with an ectopic opening of the common bile duct into the duodenal bulb: a case report[J]. Surg Case Rep, 2021,7(1):257. DOI: 10.1186/s40792-021-01351-z.

[13] Boyden EA. The problem of the double ductus choledochus (an interpretation of an accessory bile duct found attached to the pars superior of the duodenum)[J].The Anatomical Record, 1932,55(1):71-93. DOI:10.1002/ar.1090550106.

[14] Lindner HH, Peña VA, Ruggeri RA. A clinical and anatomical study of anomalous terminations of the common bile duct into the duodenum[J]. Ann Surg, 1976, 184(5): 626-632. DOI: 10.1097/00000658-197611000-00017.

[15] Doty J, Hassall E, Fonkalsrud EW. Anomalous drainage of the common bile duct into the fourth portion of the duodenum. Clinical sequelae[J]. Arch Surg, 1985,120(9):1077-1079. DOI: 10.1001/archsurg.1985.01390330083018.

[16] Quintana EV, Labat R. Ectopic drainage of the common bile duct[J]. Ann Surg, 1974, 180(1): 119-123. DOI: 10.1097/00000658-197407000-00018.

[17] Ersoz G, Ozutemiz O, Akay S, et al. Patients with ectopic papilla of Vater, bulbar stenosis and choledocholithiasis: a new syndrome? [J]. Gastrointest Endosc, 2005, 61(5): AB204. DOI:10.1016/S0016-5107(05)01151-X.

[18] Sung HY, Kim JI, Park YB, et al. The papilla of Vater just below the pylorus presenting as recurrent duodenal ulcer bleeding[J]. Intern Med, 2007, 46(22): 1853-1856. DOI: 10.2169/internalmedicine.46.0190.

[19] Song MH, Jun DW, Kim SH, et al. Recurrent duodenal ulcer and cholangitis associated with ectopic opening of bile duct in the duodenal bulb[J]. Gastrointest Endosc, 2007, 65(2): 324-325; discussion 325. DOI: 10.1016/j.gie.2006.06.023.

[20] Yamashita K, Oka Y, Urakami A, et al. Double common bile duct: a case report and a review of the Japanese literature[J]. Surgery, 2002, 131(6): 676-681. DOI: 10.1067/msy.2002.124025.

[21] Saritas U, Senol A, Ustundag Y. The clinical presentations of ectopic biliary drainage into duodenal bulbus and stomach with a thorough review of the current literature[J]. BMC Gastroenterol, 2010,10:2. DOI: 10.1186/1471-230X-10-2.

[22] Foulon JP, Hardy JM, Batellier JL, et al. Ectopic openings of the common bile duct. A contribution to the physiological study of the sphincter of Oddi (author's transl) [J]. J Chir (Paris), 1980,117(5):293-298.

[23] Lee JM, Kim HJ, Ha CY, et al. Ectopic opening of the common bile duct into the duodenal bulb accompanied with cholangitis and gallbladder cancer: a report of two cases[J]. Clin Endosc, 2015,48(3):260-264. DOI: 10.5946/ce.2015.48.3.260.

[24] Sezgin O, Altintaş E, Uçbilek E. Ectopic opening of the common bile duct into various sites of the upper digestive tract: a case series[J]. Gastrointest Endosc, 2010, 72(1): 198-203. DOI: 10.1016/j.gie.2010.02.012.

[25] 范玲, 刘懿, 孙正豪, 等. 早期经胰管括约肌预切开术在导丝误入胰管的内镜逆行胰胆管造影术困难插管中的临床应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2024, 41(3): 212-217. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230820-00560.

[26] 杨杰, 张锦华, 丁向萍, 等. 十二指肠乳头形态对选择性胆管插管的影响[J]. 中华消化内镜杂志, 2022, 39(6): 453-458. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210813-00270.

www.zhxhnjzz.com

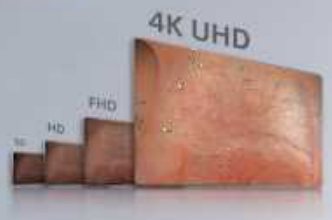
AOHUA
澳华内镜

广告

AQ-300 NEW

4K超高清内镜解决方案

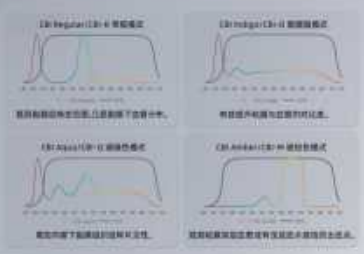
4K 4K高像素



100倍放大



4 CBI分光染色





400-921-0114
上海澳华内镜股份有限公司
股票代码:688212
上海市闵行区光中路133弄66号澳华内镜大厦(邮编201108)

https://www.aohua.com/
沪械广审（文）第250611-47149号
禁忌内容或注意事项详见说明书

OLYMPUS

广告



VorticCatch V™ 一次性使用取石网篮

FG-V451P

一种扩展胆管内取石范围的设计

VorticCatch V ™采用了独特的螺旋设计结构，以支持接近胆管底部口袋处部位的困难结石套取。

奥林巴斯(北京)销售服务有限公司

北京总部：北京市朝阳区新源南路1-3号平安国际金融中心A座8层
代表电话：010-58199000

本资料仅供医学专业人士阅读。
禁忌内容或注意事项详见说明书。
所有奥比均基于本公司产品，特此说明。
规格、设计及附件如有变更，请以产品注册信息为准。

沪械广审(文)第290327-81249号

AD0079SV V01-2410

ISSN 1007–5232　CN 32–1463/R　邮发代号：28–105　国内定价：25.00 元