

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2020.14.017
文章编号: 1005-8982(2020)14-0092-03

临床报道

4例胆囊十二指肠瘘的诊治体会

刘晶¹, 张世祥², 杨志琦¹, 李泰³, 闵皓昀², 李明皓¹

[1. 宁夏回族自治区人民医院(宁夏医科大学第三临床医学院)肝胆外科, 宁夏 银川 750002; 2. 宁夏医科大学 宁夏 银川 750004; 3. 西北民族大学第一临床医学院, 宁夏 银川 750001]

摘要: **目的** 总结胆囊十二指肠瘘的临床特点及诊治经验。**方法** 选取2017年6月—2017年10月宁夏回族自治区人民医院收治的4例胆囊结石并发胆囊十二指肠瘘患者, 对患者的临床资料进行分析总结。**结果** 4例均术前诊断胆囊十二指肠瘘, 并行手术治疗。其中, 2例行手术治疗后痊愈, 无并发症; 1例术后出现切口感染; 1例因重症胰腺炎、脓毒血症、感染性休克、多器官功能衰竭治疗无效死亡。**结论** 胆囊十二指肠瘘无特异临床表现, 诊断重点应结合既往胆囊结石合并慢性胆囊炎病史及影像学检查, 手术是治疗胆囊十二指肠瘘的有效方法, 具体手术方式应根据术中情况而定。

关键词: 胆囊结石病; 十二指肠; 肠瘘

中图分类号: R657.43

文献标识码: B

胆囊十二指肠瘘作为胆囊结石的少见并发症, 是胆囊结石长期刺激慢性炎症引起的胆囊与十二指肠的通道异常, 占胆囊内瘘的70%~90%, 病程一般较长^[1]。由于其无特异性临床表现, 经常存在误诊、漏诊, 术前诊断率极低, 多于术中才发现, 因此给广大临床医师带来极大的苦恼。现选取2017年6月—2017年10月宁夏回族自治区人民医院收治的4例胆囊十二指肠瘘患者, 将患者的临床资料进行分析总结, 以期为该病的临床诊断及治疗提供参考。

1 临床资料与方法

病例1, 女性患者, 55岁, 因右上腹疼痛3d就诊于宁夏回族自治区人民医院, 入院查WBC $7.66 \times 10^9/L$ 、ALT 64.1 u/L、AST 1 071.1 u/L、ALB 49.2 g/L、DBIL $28.8 \mu\text{mol/L}$ 及CRP 639 mg/L。腹部彩超提示萎缩性胆囊并结石。腹部CT示: 胆囊壁增厚、肝内胆管积气、胆管炎及胆总管末端结石并上段胆管扩张。入院诊断: 胆囊十二指肠瘘、胆总管结石及胆囊结石伴慢性胆囊炎。入院后对症处理, 完善术前准备, 行胆囊切除、十二指肠内瘘修补、胆总管切开取石及T管引流术, 术中见胆囊内充满结石, 胆囊十二指肠球部内

瘘形成、瘘口0.8 cm。术后行抗感染、保肝治疗, 患者术后出现切口感染, 换药处理, 治愈出院。

病例2, 男性患者, 80岁, 因右上腹胀痛7d入住宁夏回族自治区人民医院。入院查WBC $5.45 \times 10^9/L$ 、Hb 135.0 g/L、PLT $350 \times 10^9/L$ 、ALT 43.0 u/L、AST 32.0 u/L、ALB 33.9 g/L及DBIL $45.0 \mu\text{mol/L}$ 。腹部彩超示: 胆囊结石4.0 cm \times 2.3 cm, 胆总管管宽, 肝内部分胆管扩张。腹部增强CT示: 胆囊与十二指肠形成内瘘、胆囊穿孔、胆囊积气及腹腔积液(见图1A)。抗感染等对症处理后, 行腹腔镜探查中转开腹、胆囊切除、十二指肠修补、胆总管探查取石及T管引流术治疗。术中见: 胆囊、肝门、十二指肠球部及胃窦部组织粘连致密, 胆囊颈部及十二指肠内瘘形成, 胆囊内有3枚约0.4 cm结石, 胆总管内有1枚约0.5 cm结石。术后对症治疗, 患者出院后复查T管造影, 发现胆总管残余结石, 经窦道胆道镜胆总管残石取石。

病例3, 女性患者, 84岁, 因腹痛伴恶心、呕吐1d入住宁夏回族自治区人民医院。既往有胆囊结石病史多年。入院查WBC $24.37 \times 10^9/L$ 、Hb 165 g/L、PLT $339 \times 10^9/L$ 、ALT 18.0 u/L、AST 19.0 u/L、ALB

收稿日期: 2020-01-24

[通信作者]李明皓, E-mail: liminghao317@163.com

34.9 g/L、DBIL 17.0 μ mol/L、CRP 29.3 mg/L、K⁺ 3.2 mmol/L 及淀粉酶 2 306 u/L。行腹部增强 CT 示: 胆囊十二指肠内瘘、十二指肠降部结石、胰腺炎、胆囊结石伴胆囊炎及腹腔积液(见图 1B)。腹部平片示: 右腹部多发小气液平、不完全性肠梗阻。入院诊断: 胆囊十二指肠瘘、胆石性肠梗阻、胆源性胰腺炎及胆囊结石伴急性胆囊炎。给予胃肠减压、抗感染、抑酸、抑制胰酶分泌等。患者胰腺炎症状加重, 急诊手术探查, 术中见: 胆囊底部萎缩, 胆囊十二指肠内瘘, 瘘口约 3.0 cm, 胰腺水肿明显, 部分组织点片状坏死, 十二指肠降部一约 8.0 cm × 4.0 cm × 3.5 cm 结石, 随进行胆囊切除、经瘘口十二指肠切开取石、十二指肠旷置及腹腔引流术。术后 ICU 加强治疗, 但因患者年龄较大, 患有重症胰腺炎、脓毒血症导致感染性休克、多器官衰竭, 于术后第 8 天死亡。

病例 4, 男性患者, 84 岁, 因腹痛伴恶心、呕吐, 停止排气、排便 3 d 入住宁夏回族自治区人民医院。患者既往患有胆囊结石病史 30 余年, 同时合并高血压、腔隙性脑梗死。入院查 WBC $8.13 \times 10^9/L$ 、Hb 146 g/L、PLT $343 \times 10^9/L$ 、ALT 11.0 u/L、AST 22.0 u/L、ALB 33.8 g/L、DBIL 17.0 μ mol/L 及 CRP 26.0 mg/L。腹部增强 CT 示: 近端空肠梗阻、肠道内结石影, 胆囊壁增厚、胆囊内积气及胆囊十二指肠内瘘(见图 1C)。腹部 X 线片示: 腹部肠管积气扩张, 部分气液平。入院诊断: 胆囊十二指肠瘘、胆石性肠梗阻。入院后给予胃肠减压、润肠通便, 保守治疗疗效差, 遂完善术前准备, 行剖腹探查、小肠切开取石术。术中见屈氏韧带以远 80 cm 有 1 枚直径约 4.5 cm 结石嵌顿, 近端空肠扩张, 远端肠管瘪陷。术后禁食、补液等, 12 d 治愈出院。

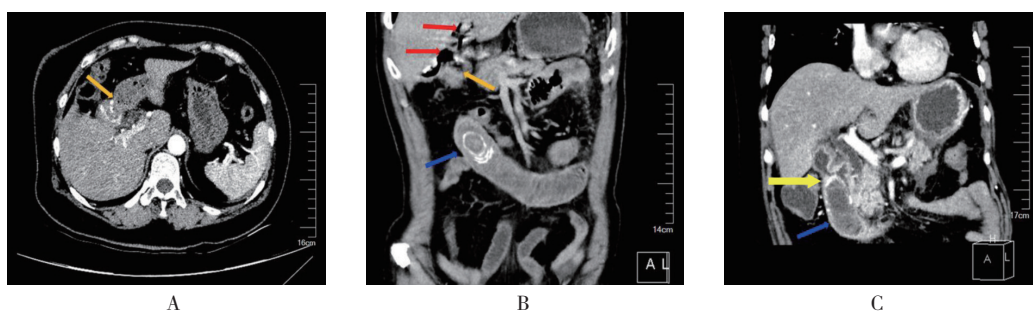


图 1 腹部增强 CT
A: 胆囊与十二指肠形成内瘘, 黄色箭头处为瘘口; B: 胆囊积气、胆囊与十二指肠形成内瘘、结石嵌顿于空肠导致肠梗阻, 红色箭头处为胆囊、胆管内积气, 黄色箭头处为十二指肠瘘口, 蓝色箭头处为肠道内胆囊结石; C: 结石压迫十二指肠乳头致急性胰腺炎, 黄色箭头处为胆囊十二指肠瘘口, 蓝色箭头处为肠道内胆囊结石。

图 1 腹部增强 CT

2 结果

1 例患者术后切口感染经换药后治愈出院, 无并发症; 1 例患者因胆总管残余结石再次入院行经窦道胆道镜胆总管残石取石术; 1 例患者于住院第 8 天因重症胰腺炎、脓毒血症、感染性休克及多器官衰竭治疗无效死亡; 1 例患者术后恢复良好, 无并发症。

3 讨论

胆囊十二指肠瘘形成常与胆囊结石引起梗阻、感染、消化道溃疡、肿瘤、医源性损伤等原因有关, 其中最主要的原因因为胆囊结石合并慢性胆囊炎^[2]。本报道患者均为胆囊结石合并胆囊炎引起。

胆囊十二指肠瘘的临床表现常无特异性, 由于其在临床上较为少见, 术前诊断较为困难, 多数患者均

为术中明确诊断。总结本报道患者发现, 胆囊十二指肠瘘术前诊断要点在于既往长期胆石症合并慢性胆囊炎病史以及影像学检查, 下列情况应高度怀疑胆囊十二指肠瘘: ①年龄 >60 岁, 既往有长期慢性胆囊炎反复发作病史, 有部分或全部肠道梗阻、胆道积气、胆道内异位结石影等胆石性肠梗阻影像学特征(Rigler 三联征)^[3]; ②超声及腹部 CT 示: 胆囊萎缩、胆囊内多发结石及胆道积气(既往未行胆道手术); ③相关检查发现胆囊与十二指肠有通道异常; ④对比既往影像学检查发现原有明确的胆囊结石消失或异位出现。本报道患者中既往均有长期胆囊结石并慢性胆囊炎病史, 胆石性非肠梗阻型患者影像学检查主要以胆囊萎缩、胆囊内多发结石及胆道积气为特点, 而胆石性肠梗阻型患者主要以肠道内异位结石影为特点。

手术是治疗胆囊十二指肠瘘最为有效的方法。对

于存在胆道感染、出血等症状或并发胆石性肠梗阻的患者,应积极行手术治疗,其原则为:切除胆囊、祛除病因、切除瘻管、修补瘻口及解除消化道梗阻^[4]。而对于无明显症状患者是否行手术治疗存在分歧,易彬等^[5]认为胆囊结石合并胆囊内瘻患者,无论有无明显临床症状,均应首选手术治疗,保守治疗虽然有自愈可能,但易反复发作。手术方式应根据具体情况而定,个体化治疗使患者受益,并减少手术并发症发生^[6]。近年来,不少学者认为腹腔镜下治疗胆囊十二指肠瘻有效、可行,而且具有相对创伤小、术后恢复快等优点^[7-8]。但笔者认为胆囊十二指肠瘻患者肝门区往往致密黏连组织、局部组织水肿且解剖关系不清,腹腔镜手术易损伤肝门区周围脏器,对术者腹腔镜技术要求极高。具体如下:①对于肠石性非肠梗阻型患者,若瘻口<1 cm,肝门区周围炎症及水肿不严重,可行胆囊切除、十二指肠内瘻修补术;若水肿较严重、分离困难,可行胆囊大部分切除,用残余胆囊壁修补瘻口,以免术后再次发生内瘻。②对于胆囊十二指肠瘻口较大、与周围致密粘连难以松解及术后可能形成十二指肠狭窄的患者,可行胆囊切除、十二指肠瘻口修补及胃大部切除 Billroth II 式吻合术;③若炎症及水肿较严重,修补困难时可行胆道引流作为过渡治疗,待炎症及水肿缓解,二期行手术治疗^[9];④对于合并胆总管结石患者,若能耐受手术,可同时行胆总管探查取石。笔者在总结治疗肠石性肠梗阻型患者经验并结合易彬等^[5]治疗经验后发现,对于发病时间较短,全身情况良好,炎症及水肿较轻的患者,可行一期手

术治疗,包括胆囊切除、瘻管口切除及胆囊十二指肠瘻口修补术。而对于发病时间较长,全身情况差,年龄较大,炎症及水肿较严重的患者,可行肠切开取石术、二期手术处理胆囊十二指肠瘻。

参 考 文 献:

- [1] DUZGUN A P, OZMEN M M, OZER M V, et al. Internal biliary fistula due to cholelithiasis: a single-centre experience[J]. World Journal of Gastroenterology, 2007, 13(34): 4606-4609.
- [2] 葛晓军. 胆石性肠梗阻的临床诊治分析 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2008, 14(9): 665.
- [3] RIGLER L G, BORMAN C N, NOBLE J F. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations[J]. Journal of the American Medical Association, 1941, 117(117): 1753-1759.
- [4] 晏建军, 黄胜, 曹杰, 等. 胆囊结石合并胆囊内瘻的诊治体会 [J]. 肝胆胰外科杂志, 2008, 16(5): 357-359.
- [5] 易彬, 周健, 何宋兵, 等. 胆囊内瘻 15 例临床诊治分析 [J]. 肝胆胰外科杂志, 2013, 25(2): 151-153.
- [6] LASSANDRO F, GAGLIARDI N, SCUDERI M, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients[J]. European Journal of Radiology, 2004, 50(1): 23-29.
- [7] 江州华, 周新华, 陈佰文, 等. 腹腔镜手术治疗胆囊结石致胆囊肠道内瘻 17 例报告 [J]. 中国微创外科杂志, 2014, 14(10): 913-916.
- [8] 张卫东, 吴荣浩, 王浩炜, 等. 腹腔镜治疗胆囊内瘻 7 例报告 [J]. 中国微创外科杂志, 2007, 7(2): 108-110.
- [9] 催健, 尚东, 王琪, 等. 胆囊十二指肠瘻 5 例漏诊临床分析 [J]. 大连医科大学学报, 2017, 39(1): 26-29.

(李科 编辑)

本文引用格式: 刘晶, 张世祥, 杨志琦, 等. 4 例胆囊十二指肠瘻的诊治体会 [J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(14): 92-94.