76 例胆总管十二指肠瘘的诊断和治疗

彭自力[1],王运兵[2],龚建平[2] (1. 奉节县人民医院外科,重庆 奉节 404600;2. 重庆医科大学附属第二医院肝胆外科,重庆 400010)

[摘 要] **目的** 分析 76 例胆总管十二指肠瘘临床病例,总结诊断和治疗经验。**方法** 1999 年 1 月至 2012 年 6 月我院共有 76 例患者诊断为胆总管十二指肠瘘(CDF),并通过经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)证实。根据胆总管十二指肠瘘口与十二指肠乳头解剖位置关系的不同,进行分型;根据瘘口大小,采取不同的治疗方法,其中接受手术治疗者有 70 例(92%)。**结果** 76 名患有胆总管十二指肠瘘的患者按瘘口与十二指肠乳头解剖位置关系的不同,分为 3 种类型。70 例接受手术治疗,6 例接受药物治疗。随访 6 个月至 10 年,70 例接受手术者中有 66 例临床预后情况满意,未再发作过胆管炎。**结论** 既往有胆道疾病、上腹痛、发热、黄疸病史等会增加胆总管十二指肠瘘的风险;ERCP 是胆总管十二指肠瘘主要诊断方式,手术是大多数 CDF 患者首选治疗方法。

[关键词] 胆总管十二指肠瘘;诊断;治疗
[中图分类号] R657.3 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2015)04-0417-03

Diagnosis and management of 76 cases with choledochoduodenal fistula

PENG Zi-li[1], WANG Yun-bing[2], GONG Jian-ping[2] (1. Department of Surgery, People's Hospital of Fengjie County, Chongqing 404600, China; 2. Department of Hepatobiliary Surgery, Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China)

Abstract: Objective To study the case of 76 patients with choledochoduodenal fistula (CDF), and summarize the experience of making diagnosis and treatment. **Methods** From January 1999 to June 2012, 76 patients with CDF were treated in our department and then was confirmed by endoscopic retrograde cholangiography (ERCP). All patients were classified based on the location of duodenal papilla in relation to the orificium fistulae of CDF. Different therapies were used to certain CDF depending on the diameter of the orificium fistulae of CDF. Of the 76 CDF patients, 70 patients (92%) required surgery. **Results** The fistula of 76 CDF patients have three types, and the formation of this classification was based on the position between the duodenal papilla and the orificium fistulae of CDF. Different therapies referred to certain diameter of CDF, 70 patients required surgery and 6 acquired pharmacotherapy. Of the 70 patients needing surgical intervention, clinical outcomes were excellent in 66 patients. Follow-up of these patients for 6 months to 10 years showed they did not suffer from further cholangitis. **Conclusion** The past history of biliary disease, upper abdominal pain, fever, and jaundice may lead to the disease of CDF. ERCP was the primary method for diagnosing this disease, and operative therapy was the primary treatment for most CDF patients.

Keywords: choledochoduodenal fistula; diagnosis; treatment

胆总管十二指肠瘘(choledochoduodenal fistula, CDF)是一种特殊类型的胆肠内瘘,是存在于胆总管与十二指肠的异常通道[1]。该病常与胆胰疾病并存,故临床上容易误诊或漏诊。随着经内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiography, ERCP)及其他影像学检查如肝胆管成像在越来越多医院的开展,CDF 的阳性诊断率得到了提高。即便如此,当前却并没有关于 CDF 的诊治指南,因此分析胆总管十二指肠瘘临床病例,总结其诊断和治疗经验具有临床实用价值。本研究回顾性分析我院 1999 年 1 月至 2012 年 6 月对胆总管十二指肠瘘相关的诊治经验,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院自 1999 年 1 月至 2012 年 6 月共诊治 76 例胆总管十二指肠瘘的病例,并通过 ERCP 证实。其中男 28 例,女 48 例,男女比例为 1∶1.64,年龄 20~79 岁,平均 57 岁。76 例诊断为 CDF 的患者被分为 3 种类型[2]。第 1 种类型是 A 型,其瘘的开口距离十二指肠乳头超过 2 cm;第 2 种类型是 B 型,其瘘开口距离十二指肠乳头不到 2 cm;第 3 种类型是 C 型,也称为胆总管十二指肠乳头瘘,其瘘开口与十二指肠乳头开口重叠。A 型见于 7 例有长期消化性溃疡的患者;C 型见于 7 例壶腹周围腺癌或胰腺癌的患者;B 型及 C 型 CDF 均可源于胆结石及医源性损伤。

1.2 治疗方式

治疗方式的选择取决于胆总管十二指肠瘘疾病中瘘所属的类型。76 例 CDF 患者中 70 例手术治疗,6 例药物治疗。8 例瘘的直径大于 0.5 cm 进行了胆道探查术 + T 管引流术;12

doi:10.11659/jjssx.12E014017
[收稿日期] 2015-01-18 [修回日期] 2015-02-15

例瘘的直径不到 0.5 cm 接受了 EST 治疗;48 例瘘口直径大于 0.5 cm,选择了胆肠吻合术。

1.3 随访及观察指标

随访 6~120 个月,平均(42.5±3.6)个月。观察 CDF 患者的临床表现、并发症情况及疗效。

2 结果

66 例患者出现有上腹部疼痛,33 例患者出现有反复发作胆管炎,26 例患者伴有黄疸,51 例患者有胆石症病史,37 例患者接受过胆道手术,7 例患者患有消化性溃疡多年。66 例患者手术治疗效果满意,术后随访 6 个月至 10 年,无复发胆管炎。有 4 例患者手术治疗效果预后不良再次行胆肠吻合术治疗,其中 1 例患者曾行 EST 术治疗,2 例患者曾行胆道探查取石 + T 管引流,1 例曾经腹腔镜对瘘进行过修补。在患有消化性溃疡的 7 例患者中,2 例患者因瘘直径超过 0.5 cm 而行胃切除术。6 例患者因为瘘直径不到 0.5 cm 及临床表现不严重而选择了药物治疗,预后情况表明药物治疗有效。

3 讨论

本研究发现,胆总管十二指肠瘘几乎在所有年龄段均有分布,并且年龄越大,患该病的可能性也越高。我们就此推断:老年患者存在长期胆道疾病可能促成了胆总管十二指肠瘘的发生。此外,我们还观察到女性更易患胆总管十二指肠瘘,这也许与女性中胆管炎的高发生率密切相关。胆总管十二指肠瘘常发生在胆总管结石及胆管炎的患者[3]。在本研究中,胆总管十二指肠瘘比其他胆肠内瘘更常见。这与 Prochotsky 等[4]的报道有所不同,他们认为胆囊十二指肠瘘是最常见的瘘类型。分析其原因可能为:当胆管炎及胆总管结石发作时,因为国人更倾向于忍受而延误诊治,故胆总管十二指肠瘘在国内更多见。

胆结石、医源性损伤、十二指肠溃疡、壶腹周围腺瘤或是胰腺癌所致狭窄均可导致胆总管十二指肠瘘的发生[5-7]。之前的研究[8]也曾报道 CDF 在十二指肠结核和肝移植患者中发生。CDF 的发生机制可大致分为两类:一种类型是胆结石或肿瘤导致的任何梗阻引起胆道内压力升高,导致瘘形成[9];另一种类型是医源性或是内源性损伤如消化性溃疡及十二指肠结核,导致瘘形成[10]。

腹痛是最常见的临床表现,其次是发热与黄疸,然而也有一些患者是以呕吐、腹泻及其他胃肠道表现为主要症状。通常胆总管十二指肠瘘没有特别临床表现,所以收集其他特异的临床数据对诊断 CDF 很重要。基于我们观察分析发现,长期的胆道疾病史、上腹痛、发热及黄疸也许会是 CDF 患者的常见临床表现。

由于 CDF 无特征性临床表现,为诊断 CDF,恰当的影像学检查很重要。许多的检查可用于诊断 CDF,如 B 型彩超、MRI 检查、CT 检查、经皮经肝胆管造影检查、腹部 X 线片及钡餐造影检查[8]。我们通过内镜证实位于十二指肠的瘘口,通过 ERCP 辅助显示与胆总管相通的瘘管。尽管彩超及 CT 检查对于 CDF 的诊断并没有直接特异性,但是通过胆道集气、萎缩的胆囊及胆囊结石这些间接征象可以辅助诊断胆内瘘[7,9]。超声检查、CT 检查、MRI 检查及 ERCP 因可提供更加详尽的影像学信息,故能帮助 CDF 的诊断。从胆总管收集的胆汁化验检查提示胰酶(淀粉酶及磷脂酶-A2)升高,提示十二指肠与胆总管的异常解剖联系。经过分析总结,我们认为 ERCP 检查对于 CDF 诊断率高,因此当怀疑患者有 CDF 时,建议首选 ERCP 检查[11]。

前已述及,CDF 常并无特异表现,而可能仅有一些常见症状。胆结石、医源性侵袭性操作、十二指肠溃疡、壶腹周围腺瘤或是胰腺癌引起的狭窄可能是 CDF 发生发展的高危因素。因此当患者存在上诉常见症状、疾病或高危因素时,我们应当想到患者是否患有 CDF 的可能,通过追问患者病史及完善相关辅助检查,寻找更多的临床诊断依据支撑,确立诊断。ERCP 有助于该病确诊,但因有创且易发生并发症,故需严格掌握其适应证。我们认为,凡临床上高度怀疑有 CDF 者,在患者一般情况允许的情况下,在征得患者及家属同意后,均应当行 ERCP 检查以明确诊断。当然,关于行 ERCP 检查以诊断 CDF 的适应证,尚需要更多的临床研究。

CDF 治疗方式的选择取决于病因、疾病的严重程度及个体情况[6]。我们认为胆总管十二指肠瘘是一种胆道交通异常,若不处理,有可能引起胆道感染等并发症。为了避免胆道感染的反复发作,应当及时治疗。我们提出以下治疗 CDF 的治疗方式:若瘘口大于 1 cm,横断胆总管可用于防止十二指肠液的返流;若瘘口直径位于 0.5~1.0 cm,就需要进行胆汁引流;若瘘口不到 0.5 cm,就应当选择非手术治疗。有 CDF 引起的反复发作的胆石性肠梗阻当前被认为是手术治疗的绝对指征[12]。手术是治疗 CDF 的一种相对有效的治疗方式。在当前,胆肠吻合是公认的治疗 CDF 的方式,而胆道探查术 + T 管引流、内镜下治疗及胃切除同样有效[13-14]。

总之,胆总管十二指肠瘘作为一种特殊类型的胆肠内瘘,好发于老年女性,既往有胆道疾病、上腹痛、发热、黄疸病史者患病风险更高。因无特征性临床表现,常给诊断带来一定困难。综合考虑常见的致病因素、

不同术式治疗创伤性腰椎滑脱 48 例临床研究

汤 华,聂水生,林坤波,姚玉冰 (东莞市凤岗医院骨一科,广东 东莞 523695)

[摘 要] **目的** 探讨创伤性腰椎滑脱的手术治疗策略和临床疗效。**方法** 对我院 2011 年 6 月到 2014 年 3 月间收治的创伤性腰椎滑脱患者 48 例进行回顾性分析,其中行椎间及后侧 360°植骨融合术 34 例,行后外侧植骨融合术 14 例。所有患者于术后 1、3、6、12 个月定期复查,评价滑脱复位及植骨融合情况,应用疼痛视觉模拟评分(VAS)及 Oswestry 功能障碍指数(ODI)评价治疗效果。**结果** 48 例患者手术切口均 I 期愈合,并获得有效随访。CT 检查显示患者植骨融合良好,融合率 100%,融合时间 3 ~ 6 个月,平均(4.7 ± 0.7)个月,术后 12 个月患者滑脱 Meyerding 分度与术前比较有统计学意义($P < 0.05$),神经功能 Frankel 分级较术前明显提高($P < 0.05$),患者术后 1 个月 VAS、ODI 评分均较术前显著改善($P < 0.01$),但术后 12 个月 VAS、ODI 评分与术后 1 个月比较无统计学差异($P > 0.05$)。**结论** 经后路椎管减压、植骨融合内固定手术可以改善创伤性腰椎滑脱患者神经功能,降低疼痛,安全有效。

[关键词] 创伤性腰椎滑脱;植骨融合内固定;后路椎管减压
[中图分类号] R681 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2015)04-0419-03

Clinical analysis of different surgical approaches for 48 patients with traumatic spondylolisthesis

TANG Hua, NIE Shui-sheng, LIN Kun-bo, YAO Yu-bing (Department of Orthopedics, Feng Gang Hospital in Dongguan, Dongguan Guangdong 523695, China)

Abstract: Objective To study the surgery strategies and clinical curative effect for treating traumatic spondylolisthesis. **Methods**

doi:10.11659/jjssx.10E014037
[收稿日期] 2014-10-19 [修回日期] 2014-11-24

充分合理地应用辅助检查能为 CDF 的诊断提供必要的循证医学依据。ERCP 检查对于 CDF 诊断率高,当怀疑患者有 CDF 时,我们建议将 ERCP 检查列为首选。在治疗方面,目前手术是主要的治疗方式,而术式的选择则视瘘的具体情况而异。

[参考文献]

[1] Lin CT, Hsu KF, Yu JC, et al. Choledochoduodenal fistula caused by cholangiocarcinoma of the distal common bile duct [J]. Endosc, 2009, 41(S2): 319 - 320.
[2] Zong KC, You HB, Gong JP, et al. Diagnosis and management of choledochoduodenal fistula[J]. Am Surg, 2011, 77(3): 348 - 350.
[3] Hirata S, Yamaguchi K, Ichikawa J, et al. Periampullary choledochoduodenal fistula in ampullary carcinoma [J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2001, 8(2): 179 - 181.
[4] Prochotsky A, Okolicany R, Dolak S, et al. cholecystoduodenal fistule as a consequence of calculouse cholecystitis in a female elderly pati ent[J]. Rozhledy v chirurgii: mesicnik Ceskoslovenske chirurgicke spolecnosti, 2011, 90(6): 329 - 332.
[5] Chaudhari D, Saleem A, Murthy R, et al. Choledochoduodenal fistula after biliary placement of a self-expanding metallic stent for palliation of pancreatic cancer [J]. Endosc, 2013, (45 Suppl 2): 77.
[6] Lee TH, Park SH, Kim SP, et al. Spontaneous choledochoduodenal fistula after metallic biliary stent placement in a patient with ampulla of vater carcinoma[J]. Gut and liver, 2009, 3(4): 360 - 363.
[7] Colovic R, Grubor N, Perisic M, et al. choledochoduodenal fistula of ulcer etiology[J]. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 2010, 138(5 - 6): 347 - 350.
[8] Werner CR, Lauer UM, Berg CP, et al. Choledochoduodenal fistula after liver transplantation[J]. Liver Transpl, 2007, 13(11): 1608 - 1610.
[9] Dadzan E, Akhondi H. Choledochoduodenal fistula presenting with pneumobilia in a patient with gallbladder cancer: a case report[J]. Journal of medical case reports, 2012, 6(1): 61.
[10] 匡 毅. 消化性溃疡致胃十二指肠瘘 1 例报告[J]. 局解手术学杂志, 2004, 13(2): 109.
[11] Moghaddam JA, Amini M, Adibnejad S. Development of bile duct bezoars following cholecystectomy caused by choledochoduodenal fistula formation: A case report[J]. BMC gastroenterol, 2006, 6(1): 1.
[12] Li ZH, Ding J, Ye Y, et al. New strategy to prevent ascending cholangitis in larger choledochoduodenal fistula [J]. ANZ J Surg, 2006, 76(9): 796 - 800.
[13] Neumann H, Nagel A, Bernatik T, et al. Endoscopic closure of large, spontaneous, choledochoduodenal fistula by using an over-the-scope clip[J]. Gastrointestinal endoscopy, 2011, 74(1): 200 - 202.
[14] Lee JH, Han HS, Min SK, et al. Laparoscopic repair of various types of biliary-enteric fistula: Three cases [J]. Surg Endosc, 2004, 18(2): 349.

(编辑:左艳芳)