临床研究 文章编号:0253-3626(2010)02-0271-02

十二指肠憩室诊断及治疗

倪 春[1],张才全[2],李 建[2],胡 淞[2]
(1.重钢总医院普外科,重庆 400080; 2.重庆医科大学附属第一医院胃肠外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨十二指肠憩室的临床特点及延诊误诊原因。方法:对 43 例我院 1998 年 9 月 ~ 2008 年 9 月间收治的有症状十二指肠憩室患者的临床资料进行回顾性分析。结果:43 例患者入院均未考虑到十二指肠憩室,初诊都为常见的消化道疾病,经进一步的上消化道钡餐、十二指肠镜或 ERCP 检查才获得确诊;32 例行非手术治疗,6 例行十二指肠转流憩室旷置,1 例行憩室切除术,2 例行憩室内翻缝合术,2 例行 Oddi's 括约肌切开成形术,所有患者症状均获得缓解或治愈。结论:十二指肠憩室症状不典型,临床医师常对此症缺乏警惕性,容易延诊误诊。对大部分有症状的十二指肠憩室患者,内科治疗可缓解或控制症状,对症状顽固或合并有严重并发症则应选择手术治疗。

【关键词】十二指肠憩室;临床特点;误诊
【中国图书分类法分类号】R574.51 【文献标识码】A 【收稿日期】2009-02-16

Diagnosis and treatment of duodenal diverticulum

Ni Chun, et al
(*Department of Surgery, Chonggang General Hospital*)

【Abstract】*Objective*: To explore the clinical feature of duodenal diverticulum and the reason for delayed-diagnosis or misdiagnosis of this disease. *Methods*: The clinical data of 43 duodenal diverticulum patients admitted to our hospital between 1998.9 to 2008.9 were reviewed retrospectively. *Results*: All 43 patients were not considered to have duodenal diverticulum when admitted to hospital, The preliminanry diagnosis was common digestive tract disease. Final diagnosis was established only after the examination of barium meal, duodenoscopy, or ERCP examination. 32 patients received non-operative treatment. 6 received diverticulum remaining and duodenal bypass operation. 1 received diverticulectomy. 2 received inverting suture, and 2 received Oddi's spincterplasty. The therapeutic effects were excellent in all patients. *Conclusion*: The duodenal diverticulum was not in clinic and the absence of vigilance in doctors lead to delayed-diagnosis or misdiagnosis of this disease frequently. Medical treatment can relieve or cure the complaints of most duodenal diverticulum patients. Operation is the best choice for patiences with indolent symptom or serious complication.

【Key words】Duodenal diverticulum; Clinical feature; Misdiagnosis

十二指肠憩室是常见的消化道憩室病,多数患者无特殊症状,部分患者可有上腹隐痛不适、腹胀、恶心、呕吐、嗳气、发热、出血、黄疸甚至出现穿孔或并发胆胰疾患等,由于症状无特异性而容易被延诊误诊。但因其与胆胰疾病关系密切,如处理不当,可引起严重的并发症,甚至死亡[1]。我院 1998 年 9 月至 2008 年 9 月共收治有症状的十二指肠憩室患者 43 例,现就其常有的临床特征以及延诊误诊原因报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组资料中,男 24 例,女 19 例;年龄 28 ~ 74(平均 56.4)岁,其中 50 岁以上者 31 例,占 72.1%;病程 2.0 d ~ 20 年;伴有上腹部疼痛不适 27 例,多数为隐痛不适,有 2 例为剧烈疼痛并伴恶心呕吐,有 7 例表现出进食后症状加重;腹胀 11 例;反酸、嗳气 7 例;寒战、发热 1 例;黄疸 2 例;血尿淀粉酶升高等胰腺炎症状 1 例;伴上腹部压痛 13 例。

1.2 辅助检查及诊断

43 例均在入院后经上消化道钡餐、十二指肠镜或 ERCP 确诊,其中经上消化道钡餐确诊 26 例,十二指肠镜确诊 7 例,ERCP 确诊 10 例;单发性憩室 38 例,双憩室 5 例;单发憩室位于降部 34 例,水平部 3 例,升部 1 例,双憩室均位于降部 3 例,位于降部与水平部 2 例。43 例中 28 例憩室位于十二指肠乳头旁 2.0 cm 内,占 65.1%。憩室大小 0.5 ~ 5.0 cm。

2 治疗与结果

32 例采用非手术疗法,包括饮食控制、抑酸解痉、抗生

作者介绍:倪 春(1973-),男,主治医师,硕士,
研究方向:胃肠外科。

素、胃肠减压和体位引流等，症状得到缓解和控制；11 例患者因顽固的消化道症状且排除了其它消化道疾病或出现严重胆胰管压迫症状而进行外科治疗，其中 6 例行十二指肠转流憩室旷置，1 例行憩室切除术，2 例行憩室内翻缝合术，2 例行 Oddi's 括约肌切开成形术，术后未发生并发症，症状均缓解出院。

3 讨 论

十二指肠憩室多为一种先天性疾病，发生机制主要是肠壁肌层先天发育不全致肌张力缺乏或随着年龄的增长，肠壁肌层发生退行性变，加上肠腔内压力的长期作用，导致肠粘膜连同部分肌层组织向肠壁外突出而形成憩室[2]。十二指肠是憩室的好发部位，仅次于结肠，由于绝大多数患者无临床特殊表现，故其在普通人群中的发生率难以精确估计，上消化道钡餐发现率为 0.016%～5.2%，尸检发现率可高达 22%[3]。十二指肠憩室可见于任何年龄，以 50～60 岁最多见。

十二指肠憩室多为单个，少数为多个，本文 43 例中，单个憩室的占 38 例。十二指肠各段均可发生憩室，但多位于十二指肠乳头旁 2 cm 内的降段，称乳头旁憩室(Peri-ampullary diverticula，PAD)[4]，本文 43 例中，降段占 39 例，其中位于乳头旁 28 例，好发于乳头旁的原因是该处乃胚胎发育时前肠和后肠的结合部，为先天性薄弱区，加上胆胰管的穿行致结缔组织支持缺乏而引起该处肠壁的缺陷和薄弱[5]。

十二指肠憩室绝大多数无特异性临床表现，多为上消化道钡餐、纤维内镜检查或于腹部手术探查时偶然发现。出现症状者不足 10%，且其症状的出现与憩室大小，发生部位及憩室与周围器官的关系有关。憩室本身和并发症均可引起症状，两者往往难以区分。根据本文的统计，十二指肠憩室出现的症状多无特异性，以腹痛、腹胀、恶心、呕吐、嗳气为主，少数有发热、黄疸及胰腺炎的表现；腹痛多为上腹隐痛，也有诉脐周疼痛，部分患者可在进食后加重，少数患者腹痛较剧烈；体检除部分有上腹压痛外无特殊的体征。

临床上十二指肠憩室的延诊误诊率很高，引起十二指肠憩室延诊误诊的原因是十二指肠憩室的临床表现没有特异性，难以与常见病如急慢性胆囊炎、胆石症、慢性胃炎、胃溃疡、胰腺炎、非溃疡性消化不良相区别，或有时与这些疾病并存，同时因为十二指肠乳头旁憩室与胆胰疾病关系密切，可使胆石症和急慢性胰腺炎的发生率增加[6,7]，称为 Lemmel 综合征，加上十二指肠憩室的发现率较低，临床医师缺乏警惕性，所以出现上述的临床表现时首先想到的是这些常见病，甚至草率进行治疗，对合并有常见病而症状反复发作的患者，也只满足于原有的诊断，不究其根本原因，而是不停地更换治疗方式，没有考虑到十二指肠憩室的可能而进行进一步的检查。本文 43 例患者入院前均未发现十二指肠憩室，入院后亦未考虑到十二指肠憩室可能，其中 12 例初诊为慢性胆囊炎，6 例为胆石症，10 例为消化性溃疡(其中 6 例过去有消化性溃疡病史)，7 例为非溃疡性消化不良，2 例为上消化道肿瘤，1 例为胆道感染，1 例为急性胰腺炎，但治疗效果不佳，经消化道钡餐或十二指肠镜检查确诊为十二指肠憩室；另 2 例反复腹痛病史均在 10 年以上，在外院诊断为胆石症、慢性胆囊炎并进行了内科及手术治疗，其中 1 例还接受了两次胆道手术，但消化道症状顽固，入我院作消化道钡餐、十二指肠镜或 ERCP 检查确诊为十二指肠憩室。因此，凡有上述临床表现而按常见病治疗效果不佳时，除考虑治疗措施的正确与否外，还要考虑到是否为十二指肠憩室引起或合并有十二指肠憩室，以下几点尤应引起注意：(1)无法用溃疡病解释的消化道症状和黑便史。(2)胆囊切除术后症状仍存在，反复发作的胆管炎而无残留结石复发者。(3)反复发作的慢性胰腺炎。(4)无原因的胆道感染。十二指肠憩室的延诊误诊以及发现率低也与检查的局限性有关，以前主要靠低张 X 线造影和手术中探查发现，近年检测手段不断丰富，十二指肠镜检查、ERCP、多层螺旋 CT、MRCP，彩色多普勒超声，大幅度提高十二指肠憩室的发现率，ERCP 是诊断十二指肠憩室的最佳方法[8]。检测技术也在不断提高，如低张喝水后 MRCP 对十二指肠憩室的显示明显优于常规 MRCP。怎样做到早期运用无创方法明确十二指肠憩室的诊断还是难题。

十二指肠憩室无明显临床症状，或有症状而未合并胆胰管压迫、大出血、穿孔等其他病变者可采用内科治疗。一些特殊部位的憩室，如十二指肠乳头旁憩室导致胆胰管综合征，出现黄疸、胆管炎、胰腺炎等即需要手术治疗；另外憩室引起了严重的并发症如急性慢性憩室炎、出血、穿孔也需要手术治疗。再者憩室和胆胰疾病的因果关系以及憩室本身可发生腺癌或肉瘤，治愈憩室势必可减少和预防这些疾病的发生率[9]。十二指肠憩室的手术方式包括憩室切除术，憩室内翻缝合术，Oddi's 括约肌切开成形术，十二指肠转流憩室旷置术(毕 2 式胃切除术，胃空肠 Roux-en-Y 吻合术，十二指肠空肠 Roux-en-Y 吻合术，胰十二指肠切除术)，憩室成形术等。以上各种手术方法各有优缺点，均存在一定的风险，其中憩室切除术适用于十二指肠降部、球部和外侧及横升部位容易暴露及游离的憩室；憩室内翻缝合术适用于较小的憩室和远离十二指肠乳头、胰腺实质以外的病例；Oddi's 括约肌切开成形术适用于反复的憩室炎导致出口狭窄使胆汁胰液排出受阻或有结石不能排除者；而憩室旷置术则适用于无法切除或不能内翻、缝闭、多发憩室等绝大多数十二指肠憩室。近年来有作者尝试通过内镜下用医用胶填塞粘闭十二指肠憩室，缓解症状效果明确，为治疗十二指肠憩室提供了一种安全，简便，有效的的新方法[10]。

参 考 文 献

[1] 罗良禄，罗宝华，朱炳荣. 憩室旷置术治疗十二指肠憩室 6 例分析[J].中国普通外科杂志，2004，13(11)：873.

[2] Wigg A J，Roberts-Thomson I C. Images of interest. Gastrointestinal:

临床研究 文章编号:0253-3626(2010)02-0273-03

双侧完全性唇裂一期唇鼻整复治疗

邱 林,田晓菲,傅跃先,刘 燕,甘立强
(重庆医科大学附属儿童医院整形外科,重庆 400014)

【摘 要】目的:探讨先天性双侧完全性唇裂整复治疗时,同期进行唇裂修复和鼻部畸形矫正术,以取得较为满意的手术美容效果及减轻二期鼻畸形修复难度的手术方法。方法:唇裂修复方式采用原长法原则进行设计,加用鼻小柱旁三角瓣法调整人中和鼻孔宽度,对上唇口轮匝肌进行解剖复位。同时采用双侧鼻孔边缘手术切口重塑大翼软骨形态、位置,恢复鼻穹隆,延长鼻小柱以矫正鼻畸形。结果:本组共修复双侧完全性唇裂 25 例,年龄从 6 个月至 3.8 岁。术后前唇血供优良,切口Ⅰ期愈合。随访时间,术后 6 月至 3 年;20 例获得满意效果:唇高满意,双侧唇峰等高,红唇缘整齐,唇弓明显,唇红丰满,上唇运动时口轮匝肌连续,双侧鼻孔基本等大,鼻翼塌陷明显改善,鼻小柱延长良好。5 例唇裂修复效果满意,鼻畸形有一定改善。结论:双侧完全性唇裂,在唇裂修复同期进行鼻畸形的矫正,可获得良好的唇鼻部手术效果,减轻部分需进行二期鼻畸形病例的修复难度。

【关键词】双侧完全性唇裂;一期;鼻畸形
【中国图书分类法分类号】R622 【文献标识码】A 【收稿日期】2009-02-13

One-stage restitution of nasal and lip deformity associated with a bilateral cleft lip

QIU Lin, et al
(*Department of Burns and Plastic, the Children's Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To explore the surgical method of correcting cleft lip and nasal deformity at one-stage in restitution of congenital bilateral complete cleft lip in order to get more satisfactory cosmetic operative effect and decrease the difficulties of repairing secondary nasal deformity. *Methods*: The chief design principle of cleft lip restitution was keeping the length of prolabium, and at the same time the philtrum and nostrils width were adjusted by little triangle besides columella nasi. The orbicularis oris muscle was dissected and replaced. During operation, nasal deformity was rectified by remodeling position of greater alar cartilage, recover rhino-dome and lengthen columella nasi through the operative incision of bilateral nostril verge. *Results*: Fifteen patients were treated with this surgical method. Their ages were from six months to twelve months. Primary healing of the incision was achieved and the blood supply of anterior lip was sufficient. The followed-up was as long as three years. 20 of these cases showed satisfactory results with desirable height of lip, regularity of red labial margin, nice Cupid's bow, turgor vitalis of vermilion of the lip, continual orbicularis oris muscle when lip exercising. Their collapse ala nasi significantly improved; the double nostrils were similar, and the columella nasi were lengthened. 5 of these cases achieved satisfactory effect of repair of cleft lip but their nasal deformity were only partly improved. *Conclusion*: The good operative effects could be achieved when cleft lip was repaired and nasal deformity was corrected at one-stage in bilateral complete cleft lip. Therefore, this surgical technique is recommended to the bilateral cleft lip.

作者介绍:邱 林(1968-),女,主任医师,副教授,博士,
研究方向:先天畸形及瘢痕组织工程的研究。

【Key words】Bilateral complete cleft lip; One-stage; Nasal deformity

Intraluminal duodenal diverticulum[J].J Gastroenterol Hepatol, 1999, 14(5):509.

[3] Yoshikawa M, Nakamoto T, Nakatoni T, et al. Case of hemorrage from a duodenal diverticulum treated successfully by endoscopic injections of epinephrine[J]. Dig Endosc, 2001, 13(1):27-32.

[4] Jayaraman M V, Mayo-Smith W W, Movson J S, et al. CT of the duodenum: an overlooked segment gets its due[J]. Radiographics, 2001, 21: S147-160.

[5] Hotaguchi J, Fujita N, Noda Y, et al. Juxtapapillary diverticula and endoscopic treatment of bile duct stones[J].Dig Endosc, 2005, 17(4): 304-309.

[6] Zoepf T, Zoepf D S, Arnold J C, et al. The relationship between juxtapapillary duodenal diverticula and disorders of the biliopancreatic system: analysis of 350 patients[J].Gastrointest Endosc, 2001, 54(1):56-61.

[7] Naranjo-Chavez J, Schwarz M, Leder G, et al. Ampullary but not periampullary duodenal diverticula are an etiologic factor for chronic pancreatitis[J]. Dig Surg, 2000, 17(4):358-363.

[8] 皮执民,刘日煊,林 玲. 十二指肠憩室与胆胰疾病[J].临床外科杂志,2002,10(2):67-68.

[9] 胡平海,孙志为. 十二指肠憩室的外科治疗和进展[J].云南医药,2006,27(3): 285-289.

[10] 孙志为,莫一我,刘玉明,等.内镜下医用胶治疗十二指肠憩室 6 例[J].世界华人消化杂志,2002,10(1):112-113.

(责任编辑:冉明会)