DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.03.034

文章编号:1000-5404(2000)03-0287-03

临床研究

胆总管十二指肠瘘的诊断和外科治疗

龚建平,周永碧,韩本立 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科中心,重庆 400038)

提 要 目的:总结胆总管十二指肠瘘的诊断方法和治疗措施。方法:从1981年1月至1998年9月共收治胆总管十二指肠瘘(CDF)79例,68例接受各种手术治疗,其中行胆肠吻合术46例,胆道探查术11例,经内镜乳头括约肌切开术(EST)8例,胃大部切除3例。其它11例行保守治疗。结果:79例CDF可分为3种类型。Ⅰ型:瘘口距十二指肠乳头2 cm以上,共5例。Ⅱ型:瘘口距十二指肠乳头1.5 cm以内,共29例。Ⅲ型:瘘口在十二指肠纵形皱襞上,共45例。接受手术治疗的68例患者中,57例愈后良好;11例术后仍有不同程度的临床症状,其中5例再次行胆总管-空肠吻合术后症状缓解。保守治疗的11例患者中,5例效果较好,6例有长期慢性右上腹痛或反复发作的胆管炎存在。结论:胆结石、医源性胆管损伤是造成CDF的重要原因,ERCP是诊断CDF的主要方法;胆管-空肠吻合术是治疗CDF的主要手术方式。

关键词 胆总管十二指肠瘘/外科手术;逆行胰胆管造影术;胆总管疾病
中图法分类号 R574.51;R575.7 文献标识码 A

Diagnosis and surgical management of choledochoduodenal fistula

GONG Jian-ping, ZHOU Yong-bi, HAN Ben-li (Department of Hepatobiliary Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract Objective: To summarize the experience in diagnosis and surgical management of choledochoduodenal fistula (CDF). Methods: Seventy-nine patients with CDF were found and treated at our department from January, 1981 to September, 1998. Sixty-eight patients were managed with various operations. Among them, 46 were treated with biliary enteric anastomosis, 11 with common duct exploration and T tube drainage, 8 with endoscopic sphincterotomy (EST) and 3 with gastrectomy. The left 11 patients were treated with medicine. Results: Seventy-nine patients with CDF were divided into 3 types. Type A (5 cases): the orifice of CDG was more than 2 cm far from the papilla. Type B (29 cases): the orifice of CDF was less than 1.5 cm around the papilla. Type C (45 cases): the orifice of CDF was just on the papillary fold. Of the 68 patients deserving surgical intervention, clinical outcome was excellent in 57 patients. Eleven patients complaned with abdomianl pain, fever or jaundice after operations and re-biliary enteric anastomosis was carried in 5 of these patients. In 11 patients deserving medication, 5 were well, 6 had long-term abdominal pain or persistent cholangitis and biliary enteric anastomosis was carried out finally in 2. Conclusion: Cholelithiasis and iatrogenic common bile duct injury during common duct exploration are important causes of CDF. ECRP is very helpful in the diagnosis of CDF and biliary enteric anastomosis was the major surgical intervention in the treatment of CDF.

Key words choledochoduodenal fistula/surgery; retro-cholangio-pancreatography; common bile duct disease

作者简介:龚建平(1961.11),男,四川省荣县人,博士研究生,主治医师,主要从事胆道外科的基础与临床方面的研究,发表论文30余篇。电话:(023)65315630

收稿日期:1999-01-20;修回日期:1999-09-29

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

胆总管十二指肠瘘(Choledochoduodenal fistula, CDF)是最常见的胆肠内瘘形式,常规检查方法不易发现,临床报道甚少,诊断和治疗尚存在争议。我院从1981年至1998年共诊治各类CDF 79例,现报道如下。

1 临床资料

从1981年1月至1998年9月18年间共收治CDF患者79例,全部经纤维十二指镜和逆行胰胆管造影术(ERCP)确诊。其中女63例,男性16例,女:男为3.9:1。年龄18~75岁,平均58岁。72例有长期右上腹疼痛史,54例有明确的胆石症史,其中有37例胆道手术史,最多胆道手术次数为4次,平均手术1.6次;反复发作的胆管炎者32例,有黄疸史23例,溃疡病史10例。同时还行口服和(或)静脉胆道造影17例,腹部平片11例,胃肠钡餐7例,经皮肝穿刺胆道造影术(PTC)5例。

在79例CDF患者中,68例接受各种手术治疗,其中行各类胆肠吻合术46例,胆道探查、取石加T管引流11例,经内镜乳头括约肌切开术(EST)8例,胃大部切除3例。其它11例行保守治疗。

2 结果

根据CDF瘘口位置及其临床病理特征的不同,可将79例CDF分为3种类型。Ⅰ型:瘘口距十二指肠乳头2 cm以上,共5例,占6.33%。Ⅱ型:瘘口距十二指肠乳头1.5 cm以内,共29例,占36.71%。Ⅲ型:瘘口在十二指肠纵形皱臂上,共45例,占56.96%。各类CDF的病因及临床病理特征见表1。各类CDF的治疗方式见表2。接受手术治疗的68例患者中,随访1~18年,57例愈后良好,腹痛、发烧、黄疸等症状消退;11例患者术后仍有不同程度的临床症状,主要表现为反复发作的胆管炎或长期右上腹疼痛,多发生于仅行胆道探查、T管引流术的患者,其中5例再次行胆总管空肠吻合术后症状缓解,体征消失。保守治疗的11例患者中,5例效果较好,其中2例为Ⅰ型CDF患者,余6例有长期慢性右上腹痛或反复发作的胆管炎,2例最终行胆管-空肠Roux-y吻合术后症状缓解。

表1 各类型CDF的病因及临床特征

Tab 1 Causes and clinical manifestation of various types of CDF

	Type Ⅰ(n=5)	Type Ⅱ(n=29)	Type Ⅲ(n=45)
Cause	Duodenal	Cholelithiasis or biliary exploration	Cholelithiasis or biliary exploration
Location of CDF	More than 2cm far from papilla	1.5 cm around papilla	on papillary fold
Cholelithiasis	No	21 cases	33 case
Size of stone (cm)		1.2	0.58
Pneumatosis of biliary tact	3 cases	5 cases	3 cases
Jaundice	No	8 cases	15 cases
Cholangitis	1 case	15 cases	17 cases

表2 各类型CDF的治疗方式

Tab 2 Treating methods of various types of CDF

Treating methods	Type Ⅰ(n=5)	Type Ⅱ(n=29)	Type Ⅲ(n=45)
Biliary enteric anastomosis	No	20	26
Biliary exploration and Tube drainage	No	5	6
EST	No	1	7
Gastrectomy	3	No	No
Treatment of drugs	2	3	6

3 讨论

3.1 CDF的诊断

CDF是最常见的胆肠内瘘,在开展纤维十二指肠镜和ERCP之前,该病报道甚少。50年代Gleen等在4 500例胆道手术中发现各种胆肠内瘘40例,其中仅2例术前确诊为CDF,诊断依据为腹部平片发现胆道积气及胃肠钡餐钡剂返流入胆道。70年代后,由于ERCP的广泛应用,CDF的报道才逐渐增多。Ikeda等在146例胆总管结石病人行ERCP检查中发现20例CDF。Nakano等[1]在1 293例次ERCP检查中发现42例CDF,近年Shea等[2]在1 882例ERCP检查中发现27例CDF,而Singh等[3]在对胆囊切除、胆道探查术后有腹痛等症状的239例患者行ERCP检查中,发现胆道异常者179例,其中CDF共10例,占后者的5.6%,仅次于胆总管残余结石和胆管狭窄而位居第三位。本组的79例CDF病例全部由ERCP确诊,占全部ERCP检查人数3 880例的2.04%,与上述报道基本一致,说明CDF并不少见,而且CDF主要依靠ERCP诊断。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3.2　CDF 的病因分析

①胆总管结石是 CDF 最常见的原因。本组 79 例 CDF 中, 发现同时合并胆总管结石或胆囊结石者有 54 例, 占 68.35%, 说明胆总管结石与 CDF 有密切关系。正常胆总管下段有两处生理性狭窄, 一处在十二指肠乳头, 另一处在胆总管下段进入十二指肠壁处, 结石容易嵌顿在此两处, 压迫胆管壁形成内瘘。②医源性胆管损伤如胆道下端探查时金属探条用力过猛、T 管放置不当或 Oddi 括约肌切开操作错误是造成 CDF 的另一重要原因。本组病例中 37 人(46.8%)有明确的胆道探查史, 部分病例多次接受胆道手术, 这可能与 CDF 的形成有一定关系。Martin 等[4] 报道 13 例 CDF 中, 10 例有胆道探查史, 其中大部份可能是胆道探子造成的假道所致。Costamagna 等[5] 报道经 ERCP 确诊的 19 例 CDF 中, 84%有胆道手术史。Hunt 等[6] 也认为多数 CDF 是胆总管探查时器械造成的。器械性胆管十二指肠壁穿孔后, 若胆汁内瘘形成 CDF, 而胆汁外漏则形成胆汁性腹膜炎。因此, 我们推荐胆总管探查时最好采用气囊导管或橡胶尿管, 尽量避免金属探条用力探查。③十二指肠溃疡是造成 CDF 的又一原因。这种瘘多位于十二指肠球部, 由溃疡穿透胆总管所致, 常引起 I 型 CDF。本组 5 例 CDF 由十二指肠溃疡穿破胆总管所致, 占 CDF 总数的 6.33%。

3.3　CDF 的治疗原则

多数学者认为对 CDF 应积极手术治疗, 特别是对 II 型和有症状的 III 型 CDF。因为反复发作的胆管炎可导致肝功能性损害。Shea 等[2] 报道 24 例 CDF 中, 12 例未手术者, 1 年内全部出现反复发作的胆管炎, 而另 12 例手术者胆管炎的发生率从 100%降到 15%。本组 68 例手术者中, 绝大多数效果良好, 仅 11 例术后存在有胆管炎等症状, 这当中大部份是仅行胆道探查患者, 再次行胆肠吻合后症状消失。因此, 我们认为 CDF 的手术方式应根据病情及瘘口类型而定。①瘘口小于胆总管直径 1/3 者可直接修补瘘口, 放 T 管支撑; 而瘘口较大者可用胆囊瓣修补; ②胆肠内引流术, 特别是胆管空肠 Roux-y 吻合术适合较大瘘口的 II 型 CDF 患者和其它手术方式失败者。③对于由溃疡所致的 I 型 CDF 病例, 宜采用胃大部切除、胃-空肠吻合术。当胃大部切除后, CDF 可自行愈合[7]。对瘘口比较小的病例, 特别是症状不明显的 III 型 CDF 患者和不能耐受手术的高危患者, 也可用经内镜乳头扩约肌切开术(EST)。Bethge 等[8] 对 17 例 CDF 行 EST 配合 ERCP 取石取得良好效果。Costamagna 等[5] 对 19 例 III 型 CDF 行 EST 也取得满意疗效, 认为 EST 对有结石者为最佳选择。本组 8 例 CDF, 主要是 III 型 CDF 患者接受 EST 后, 近期疗效也较满意, 远期疗效有待进一步观察。

参考文献

[1] Nakano T, Yabuta I, Shimomura H. Clinical evaluation of choledochoduodenal fistula near the duodenal papilla: association with separate openings of the pancreatic and biliary ducts[J]. Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi, 1994, 91(1): 57—65.

[2] Shea B S, Shin J S, Lin X Z, *et al*. Clinical analysis of choledochoduodenal fistula with cholelithiasis in Taiwan[J]. Am J Gastroenterol, 1996, 91(1): 122—126.

[3] Singh V, Kumar P, Rai H S, *et al*. Postcholecystectomy problems and the role of endoscopic retrograde cholangiopancreatograghy[J]. Br J Clin Pract, 1996, 50(4): 183—186.

[4] Martin D F, Tweedle D E. The aetiology and significance of distal choledochoduodenal fistula[J]. Br J Surg, 1984, 71(8): 632—634.

[5] Costamagna G, Coppola R, Belli P, *et al*. Jaxtapapillary choledochoduodenal fistula: diagnosis and treatment in 9 cases[J]. Ital J Surg Sci, 1987, 17(4): 347—353.

[6] Hunt D R, Blumgart L H. Iatrogenic choledochoduodenal fistula: an unsuspected cause of postcholecystectomy symptoms[J]. Br J Surg, 1980, 67(1): 10—13.

[7] Amar A, Ribeyre D, Lombard F, *et al*. Choledochoduodenal fistula: an unusual complication of duodenal ulcer[J]. Gastroenterol Clin Biol, 1996, 20(4): 394—396.

[8] Bethge N, Hintze R E. Spontaneous and iatrogenic choledochoduodenal fistula——endoscopic diagnosis and therapy[J]. Z Gastroenterol, 1988, 26(11): 704—707.

(编　辑　王　红)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net