DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.04.029

胆总管十二指肠乳头旁瘘的诊断与处理

李智华 周永碧 刘永雄△ 王敖川（西南医院 肝胆外科）

胆总管十二指肠乳头旁瘘是胆肠内瘘的1种较特殊的类型，它可引起腹痛，发热等胆道感染症状。若在施行胆道手术前和术中未能发现及处理此症，术后仍常有胆管炎症状。我院近8年内行内窥镜逆行胰胆管造影（ERCP）1200例次，发现胆总管十二指肠乳头旁瘘29例（2.4%），报告如下。

1 一般资料

男14例，女15例。手术治疗25例。年龄25～58岁，平均50.3岁。病程最长30年，平均11年5个月，病史在10年以上者18例。临床表现：上腹痛29例(100%)，发热24例（82.7%），黄疸21例（72.4%）。

均经间接或直接影像学检查，B型超声检查22例：胆道结石18例，肝门部胆管癌合并肝内胆管结石1例。CT检查4例：肝内外胆管多发结石3例，胆总管结石伴肝内外胆管扩张1例。PTC检查3例：肝内胆管结石2例，另1例无结石，但肝内胆管僵硬呈枯树枝样改变。ERCP检查：胆道结石19例，6例无结石者均显胆道扩张，其中4例伴有胆道积气。造影显示胆总管内径在2cm以上18例，最粗达4.5cm。以上各种检查方法虽为外科治疗提供了十分有用的资料，但对并存的胆管十二指肠乳头旁瘘，未予注意，也未提供任何诊断证据。

2 纤维十二指肠镜检查所见

内镜入十二指肠后，可见突于十二指肠降部内侧纵形隆起皱襞远端上的乳头，上缘有皱襞复盖，下呈人字小带，一般瘘口位于乳头尖上附近，直径约0.5～1cm。瘘口多呈不规则的星状形，无正常乳头形态及开口特征，有时瘘口可被粘膜复盖，从乳头开口插入导管可从瘘口折回至肠腔，改从乳头上瘘口插管极易使胆道显影，本组有7例。当发现瘘口后，应注意观察有无胆汁流出，并可用生理盐水冲洗，偶见碎石渣流出。瘘口多位于乳头开口正上方或右上方，与胆管走行的解剖关系一致。本组伴十二指肠憩室3例，其中1例乳头及瘘口均位于3×3 cm^2大憩室腔内，胆道造影后即服钡剂检查，证实为十二指肠降段内侧憩室。在镜下憩室与瘘口应注意鉴别，憩室边缘较整齐有唇，开口多呈圆形．也可在十二指肠乳头附近有洞口，但上无横形皱襞．下无人字小带，洞内常见到食物残渣，拨开残渣后能见到憩室底部，导管向洞内插入即折回肠腔，向洞内注入造影剂可全部溢出，同时肠道可见造影剂，但胆道不显影。按Ikeda分类[1]，瘘口位于乳头开口近侧纵形皱襞的十二指肠内壁为Ⅰ型，有8例。瘘口位于十二指肠纵形皱襞上方的横形皱襞内为Ⅱ型，有21例。（见图）

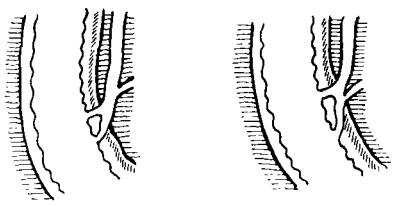


图 胆总管十二指肠乳头旁瘘的分型

3 讨论

3.1 乳头旁瘘的形成原因 胆总管共分为4段：十二指肠上段，十二指肠后段，胰腺段和十二指肠壁内段。由慢性穿透性十二指肠溃疡所致的胆总管十二指肠瘘，是指在胆总管十二指肠后段的胆肠内瘘[2]，Kourias报告3000例胃切除中有9例（0.3%），Michowitz

△ 现在301医院肝胆外科

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

报告因十二指肠溃疡而手术的550例中有3例(0.54%)[3]。由于纤维十二指肠镜检查及ERCP的广泛开展，目前发现更多的胆总管十二指肠瘘，发生在十二指肠壁内段（Ⅰ型）及胰腺段（Ⅱ型），大多由于胆道下段结石嵌顿，梗阻，感染导致胆管壁溃烂向十二指肠腔穿孔，自行减压引流而形成瘘口，常是机体自行排石1种特殊的过程[4]，也可看作胆总管结石的1种并发症。本组经手术确定胆道结石者22例（88%），其中18例伴有黄疸史，说明曾有胆道梗阻及结石嵌顿的过程。

3.2 诊断 依据是：①有长期胆道疾病史，如上腹痛，发热，黄疸，说明曾有胆道梗阻及胆道感染；②内窥镜直视下经瘘口插管注药胆道显影；③静脉胆道造影（IVC）胆道不显影时应想到有无胆肠内瘘存在，本组11例做过IVC无1例显示胆道影像；④腹部X线片显胆道积气，则说明瘘口较大，钡餐检查可见钡剂返流入胆道，此时患者可有典型返流性胆管炎症状，各项检查而无结石，本组有4例；⑤术中切开胆道后见有十二指肠液逆流入胆道，应想到内瘘存在的可能性，但需与Oddi括约肌松弛症鉴别。

3.3 治疗 对诊断明确的胆总管十二指肠乳头旁瘘国内文献多主张采用手术治疗[5]，但对瘘口小，胆道无结石及返流性胆管炎症状不明显时也可临床观察，本组有4例。手术治疗原则是，彻底清除肝内外胆管结石，对有狭窄的胆管应予切开或整形后建立通畅引流。对胆总管增粗直径在2cm以上者，并有明显返流性胆管炎症状时，可能瘘口较大，应将胆总管在十二指肠上1cm处横断后再行胆肠吻合术。

参 考 文 献

1. IKeda S. et al. Classification of choledochoduodenal fistula diagnosed by duodenoscpe and its significance. Gastroenterology 1975;69:130
2. Hutchings VZ.eu al.Choledochoduodenal fistula complicating duodenal ulcer:A report of 5 cases and a review of the literature. AMA Arch Surg 1956;73:598
3. Michowitz MD. et al. Choledochoduodenal fistula:A rare complication of duodenal ulcer. Am J Gastroenterol 1984;79 (5) :416
4. Levowitz BS. Spontaneous internal biliary fistulas. Ann Surg 1961;154:241
5. 吴光汉，等。胆总管十二指肠乳头旁瘘27例分析。实用外科杂志 1987;7:245

（收稿：1989.07.17；修回：1989.11.21）

上腹部CT扫描中应用654-2的体会

李小鸽 李研瑜（西南医院 CT室）

目前，我国CT扫描中常见的抑制胃肠蠕动的药物多为盐酸山莨菪碱注射液（654-2）。其目的是抑制胃肠蠕动，减少蠕动而产生的伪影，从而避免因伪影给诊断带来困难。当今，对654-2减少胃肠蠕动的探讨还没有详细的报道。就上腹部CT扫描是否应用654-2及如何应用的问题，我们自1987年8月～1988年5月间，对100例上腹部CT扫描的病人分两组分别进行了用和不用654-2的对比研究。

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