

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2014.08.23

内镜逆行胰胆管造影诊断胆管结肠瘘 1 例

褚爱霞, 郭 壮, 张 磊, 赵卫东
(胜利油田中心医院 消化内科, 山东 东营 257000)

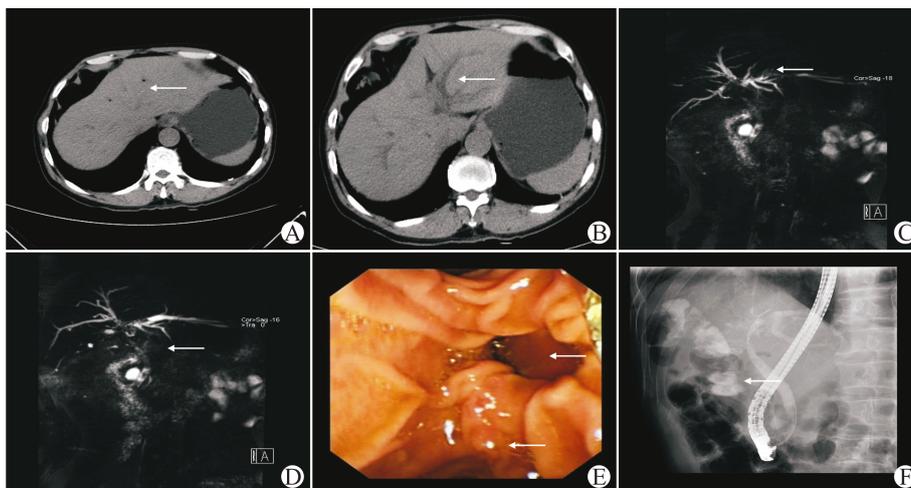
关键词: 内镜逆行胰胆管造影; 胆总管结肠瘘

中图分类号: R445 文献标志码: D 文章编号: 1671-038X(2014)08-0482-02

1 病例介绍

患者,男,63岁,于2个月前无明显诱因出现畏寒、发热,体温最高达41.0℃,伴腹痛、全身乏力、双下肢酸痛。血培养为大肠杆菌,入住我院肝胆外科予以头孢他啶类、左氧氟沙星等药物抗感染治疗1周,体温正常,复查血培养阴性出院。停药2周后,患者再次出现发热,体温达38.5℃,自用退热药物可降到正常。2013年6月以“发热待查”收入我科。患者病程中无咳嗽、咳痰、胸痛、尿急、尿频、尿痛等症状。近期体重无明显减轻。2010年2月曾因“胆囊结石”行腹腔镜胆囊切除术。辅助检查:血常规:白细胞 $5.1 \times 10^9/L$,红细胞 $4.48 \times 10^{12}/L$,血小板 $187 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比53.5%;ENA多肽系列、病毒全套未见异常。血查疟原虫阴性。肝功能:ALT 205 U/L,AST 96 U/L,r-GT 398 U/L,BIL-D $6.2 \mu\text{mol}/L$,BIL-I $16.2 \mu\text{mol}/L$ 。腹部CT平扫:胆囊术后缺如,胆道系统略扩张,肝内胆管局

部少量积气(图1A、1B)。磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)示:①肝内胆管轻度扩张;②肝门区胆管不连续,肝总管显示欠佳,肝内外胆管低信号(图1C、1D)。内镜下见十二指肠降段巨大憩室、憩室旁乳头(图1E)。内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)术中示:腹部平片显示胆管积气,胆总管下段狭窄,肝总管可见不规则狭窄,可见造影剂经狭窄肝总管溢入结肠肝曲(图1F)。术中显示:肝门部网膜、结肠粘连广泛,肝总管及胆总管无扩张,肝总管与结肠肝曲紧密粘连形成瘘,周围组织炎性水肿,粘连重。松解肝门部粘连,显露胆管,分离肝总管与结肠肝曲,见结肠瘘口直径1cm,修剪瘘口周围炎性组织,留送病理,修补结肠瘘口。探查肝总管近端及远端通畅,肝总管破损约占管径三分之一,炎性水肿明显,无法进行胆肠吻合。自肝总管破损处置入16号T型管,游



A:腹部CT示肝内胆管积气;B:腹部CT示左侧肝管扩张;C:MRCP示肝内胆管扩张;D:MRCP示肝内外胆管低信号;E:内镜下见十二指肠降段憩室及憩室旁乳头;F:ERCP示肝总管狭窄及造影剂外溢至结肠

图1 患者影像学资料

离、上提部分大网膜置于肝门部 T 管前方。于肝下 T 管右侧置一根冲洗引流管(体内长约 15 cm), 右上腹另戳口引出固定, T 型管于切口右侧戳口引出固定(体内长约 13 cm)。术后诊断: 肝总管-结肠瘘。病理: 结肠瘘口周围组织小片肠壁组织。

2 讨论

胆内瘘继发于胆石症、创伤、肿瘤或先天性异常, 自发性胆内瘘是胆石病的一种并发症, 是胆道系统发病率较低的疾病, 有文献报道其发病率 < 1%^[1], 其中胆囊-十二指肠瘘发生率较高, 胆总管-结肠瘘较少见。胆管内大结石长期嵌顿, 可造成管腔内压力增高, 压迫胆管壁形成局部炎症或缺血坏死, 穿透到邻近器官内形成内瘘。由于胆内瘘形成, 胆汁可以被引流, 从而减轻胆道梗阻引起的症状。因胆管周围组织粘连严重, 术中较难分离, 术中易造成周围脏器损伤, 这也是出现胆总管-结肠瘘的原因^[2]。有文献报道胆囊切除术晚期并发症主要为胆囊切除不全、胆管残余结石、Oddi 括约肌狭窄、胆总管囊肿、乳头旁憩室等^[3-4], 并且指出并发症的发生与十二指肠乳头旁憩室相关。而并发症发生胆总管-结肠瘘尚未查见文献报道, 本患者出现胆总管-结肠瘘, 可能与乳头旁憩室、胆管下段受压狭窄压力升高加之手术致局部损伤、炎症坏死有关。

自发性胆内瘘术前诊断较为困难, 常见的临床表现与原发病及发生与内瘘相关的脏器伴随有一些非特异性症状。常见临床表现有: 腹痛、寒战、高热、黄疸三联症, 部分患者表现为消化道出血、胆石性肠梗阻。大多数患者为急性胆道感染、慢性胆管炎及腹膜炎的感染表现。腹部平片示: 胆道系统内积气, 肠梗阻异位结石。B 超、CT 示: 胆管扩张及胆管积气。消化道钡餐或钡灌肠可了解胆肠瘘的部位瘘口大小, 钡剂进入胆管或胆道可确诊。ERCP: 内镜可发现十二指肠憩室、造影可显示胆道完整形态及胆汁溢出, 胆肠同时显影。因此 B 超、CT、MRCP、ERCP 等影像学检查联合应用有助于术前胆内瘘的

诊断。该患者腹部平片及 CT 显示胆管积气, ERCP 显示造影剂外溢至结肠诊断胆总管-结肠瘘明确, MRCP 显示胆管模糊及其内低信号与肝内胆管积气有关。最近 Savvidou 等^[5]报道胆道积气、慢性腹泻、维生素 K 吸收不良被称为胆囊结肠瘘的特异性三联征。本例患者行腹腔镜胆囊切除术 3 年后出现反复发作发热, 肝功明显异常, 虽腹部 CT 显示了胆道积气仍未引起重视, 直至 ERCP 显示造影剂外溢方可明确诊断, 经手术治愈。因此, 临床医师对腹部平片、CT 显示胆管积气, MRCP 胆管显示模糊、其内散在多发不规则低信号应引起高度重视, 及时行 ERCP 检查。ERCP 是诊断胆内瘘的基本可靠方法^[6], 不仅可以直接观察胆道形态、造影剂外溢, 还可进行胆道相关技术治疗性操作。

参考文献

- [1] 孙国荣, 丁友成, 张 辉, 等. 自发性胆囊内瘘的诊断及治疗[J]. 山东医药, 2009, 49(34): 37-38.
- [2] 肖 平, 谭卫林, 吴同胜. 自发性胆囊内瘘的临床分析(附 21 例报告)[J]. 中华医学研究杂志, 2007, 7(8): 694-696.
- [3] BRATUCU E, STRAJA D, MARINCAS M, et al. Late choledochal pathology after cholecystectomy for cholelithiasis[J]. Chirurgia(Bucur), 2006, 101(3): 289-295.
- [4] NAVA P, ANIA S, ADAM J, et al. Imaging late complications of cholecystectomy[J]. Clin Imaging, 2012, 36(11): 763-767.
- [5] SAVVIDOU S, GOULIS J, GANTZAROU A, et al. Pneumobilia chronic diarrhea vitamin K malabsorption a pathognomonic triad for cholecystocolonic fistulas [J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(32): 4077-4082.
- [6] INAL M, OGUZ M, AKSUNGUR E, et al. Biliary-enteric fistulas report of five cases and review of the literature[J]. Eur Radiol, 1999, 9(6): 1145-1151.

“黏”与“粘”的使用规范

“黏”与“粘”在使用中容易混淆, 是常有的事。根据第 5 版的《现代汉语规范词典》的注解, 这 2 个字是有区别的。这 2 个字不仅读音不同、字形不同, 用法也有差异。《现代汉语规范词典》中将“粘”标为动词, “黏”标为形容词。表示动作, 用“黏”的东西使物体连接起来, 应选择“粘”, 如粘信封、粘连、粘附; 像糨糊或胶水等所具有的、能使一个物体附着在另一物体上的性质, 用“黏”, 如黏附分子, 这胶水很黏, 麦芽糖黏在一块儿了。