

文章编号:1005-6947(2008)02-0180-03

· 简要论著 ·

高龄壶腹周围癌患者的病理性胆肠内瘘

戴东, 李明意, 杨永光, 刘国华

(广东医学院附属医院 普通外科, 广东 湛江 524001)

摘要: **目的** 对9例高龄患者因壶腹周围癌所引发病理性胆肠内瘘的临床资料回顾性分析。**方法** 临床资料:其中4例胰头癌患者、4例十二指肠乳头腺癌及1例胆总管下段癌。患者均具有以下特点:(1)上述病例均为高龄,入院前均有长期反复的胆囊炎病史、一过性黄疸病史;(2)上述病例入院时主要以进行性消瘦、营养不良及长期反复的右上腹隐痛为主要的临床特点;(3)影像学诊断提示:肝内外胆管扩张、胆囊肿大;胆囊内、胆总管内部分CT值呈负值改变,有积气征;(4)无阻塞性黄疸常见的临床表现。**结果** 手术前后临床资料均证实患者临床诊断:壶腹周围部肿瘤伴胆肠内漏。**结论** 对在临床上有反复发作的高龄慢性胆囊炎并伴有进行性消瘦,无明显阻塞性黄疸的表现者及影像学诊断提示壶腹周围占位性病变者,临床上应高度怀疑有胆、肠内漏的病理性改变。

[中国普通外科杂志,2008,17(2):180-182]

关键词: 壶腹部肿瘤/外科学;胆肠内瘘/治疗;老年人

中图分类号: R 657.4 **文献标识码:** B

病理性胆肠内瘘临床上较为少见,且多以胆囊-十二指肠瘘为主,胆囊-结肠瘘为次之。由慢性胆囊炎、胆囊结石及某些先天因素等造成。由于胆-肠内瘘本身没有特异性的临床症状和临床体征,特别在高龄患者缺乏明确的临床表现,常被其它疾病的临床症状所掩盖,而壶腹周围部肿瘤合并病理性胆、肠内瘘者临床则更为罕见,极易误诊、临床处理相对困难^[1],笔者对9例高龄患者因壶腹周围癌所引发病理性胆肠内瘘的临床资料回顾性分析,旨在探讨其临床诊治经验。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男6例,女3例;年龄76~84岁,病程2~6个月。上述患者临床表现:消瘦、体重明显减轻,偶有畏寒发热,偶有一过性黄疸或暂时性黄疸出现,常有上腹饱胀及消化不良等症。均有在外院被多次诊断为慢性胆囊炎并按慢性胆囊炎治疗。入

院体查均可触及肿大胆囊,肝区扣击痛阳性。

1.2 辅助检查及诊断

1.2.1 影像学检查 CT和B超检查提示9例均有肝内外胆管扩张,胆囊扩大,胆总管扩张,并示壶腹周围部有占位性病变;胆囊、胆总管内部分区域CT值呈明显的负值改变并显示有积气征象者6例。十二指肠低张造影提示4例出现造影剂外瘘征象,并有胆囊及胆总管显影。

1.2.2 生化检查 9例均有血清总胆红素(TB)升高,直接胆红素(DB)升高,间接胆红素(I-BIL)正常或轻度偏高;血清中CA19-9明显高于正常范围(表1)。血清酶指标:谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)等均有改变,白蛋白降低,白蛋白/球蛋白倒置(表2)。

1.2.3 术前诊断 壶腹周围部有占位性病变。本组患者的病情改变,典型的恶液质的临床表现,结石影像学、实验室及肿瘤免疫学等多方面检查均支持上述临床诊断。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

入院后均予在短期内迅速纠正水、电解质平衡,反复多次输入新鲜全血或红细胞纠正贫血及

收稿日期:2007-09-24; 修订日期:2007-12-06。

作者简介:戴东,男,广东医学院附属医院主任医师,主要从事消化道肿瘤方面的研究。

通讯作者:戴东 E-mail:daidong2008@126.com

行 TPN 治疗。待患者营养状况改善后,均在气管插管全麻下行剖腹探查术,术中探查均发现胆囊明显增大,囊壁变厚,肝总管扩张 1.5 ~ 2.0 cm; 胆囊底、体部与十二指肠、横结肠肝区及大网膜广泛粘连,粘连较为坚固不易分离,分离中发现 5 例胆囊与十二指肠相通,4 例与横结肠相通。胆总管明显扩张(2.0 ~ 2.5 cm),其内未触及结石及肿物,经侧腹膜行 Kocher 切口切开分离后显露

十二指肠及胰头,探查胰腺及壶腹部,可在胰头及壶腹部分别触及肿物,其中 4 例为胰头癌,4 例为十二指肠乳头腺癌,1 例胆总管下端癌。5 例行胰、十二指肠切除术(Wipple 术);4 例由于肿瘤侵犯门静脉无法行根治性手术,仅行瘘修补、胆囊空肠吻合术或胆总管空肠吻合术(Roux-en-Y 手术)。

表 1 壶腹周围部肿瘤伴胆、肠内瘘病人检验资料

项目	例数	TB(umol/L)	DB(umol/L)	I-BIL(umol/L)	L ALP(u/L)	CA19-9(u/L)	瘘的类型	
							胆囊十二指肠瘘	胆囊横结肠瘘
患者	9	93.12 ± 23.13	62.46 ± 11.81	32.31 ± 8.56	196.32 ± 46.53	112 ± 32.54	7(78%)	2(22%)
正常参考值	-	2 ~ 20.0	0.3 ~ 6.0	1.5 ~ 15.0	31.0 ~ 115.0	33 <	-	-

表 2 胆、肠内漏患者生化检验资料

项目	例数	ALT(U/L)	AST(U/L)	ALD(G/L)	A/G
患者	9	113.21 ± 11.63	132.67 ± 19.46	26.76 ± 2.45	0.73 ± 0.21
正常参考值	-	5 ~ 54	9 ~ 48	30 ~ 35	1.5 ~ 2.5

2.2 结果

9 例术后均行 TPN 治疗,术后恢复良好,9 例患者均拒绝化疗。术后平均 12d 出院。术后随访:1 例术后 9 个月死亡;6 例在术后 2 ~ 2.5 年死亡,近期术后的 2 例已存活 5 ~ 8 个月。

3 讨论

壶腹周围部肿瘤导致胆肠内瘘病变是一种极少见的并发症。据文献报道病理性胆肠内瘘的常见原因是长期的慢性胆囊炎并结石者多见,其次是某些先天因素所致;而以胆总管下端肿瘤、十二指肠乳头肿瘤及胰头部肿瘤(即壶腹周围部肿瘤),所导致内瘘病因者极为罕见^[1]。本组患者为高龄、均具有长期慢性胆囊炎反复发作的病史,由于胆囊反复炎症改变,导致胆囊与其比邻的器官(特别是空腔器官:十二指肠、横结肠等)形成广泛性粘连,胆囊壁的炎症、水肿及胆囊解剖学上的终末血管供血等特点,加之胆总管受到外界因素的影响及压迫,促使胆总管内压力增高引至胆囊内压力随之增高,最终导致胆囊局部缺血坏死穿孔,并与邻近所粘连的空腔脏器相通,

而致发生病理性的胆、肠内瘘。由于与胆囊相邻的空腔器官仅限十二指肠及横结肠,故内瘘仅与此两空腔器官密切相关。在本组患者中 5 例胆囊与十二指肠相通形成内瘘,4 例与横结肠相通形成内瘘。随其内瘘的形成引流了胆囊内胆汁,胆囊内压力下降同时使得所受阻的胆道系统内压力随之下降,因此上述患者在整个发病过程中仅表现有一过性黄疸或暂时性黄疸的临床现象,而无壶腹周围部肿瘤所至阻塞性黄疸的典型临床表现。综合上述情况笔者提示如下:(1)老年高龄患者在诊断壶腹周围部占位性病变的同时,特别有慢性胆囊炎、或胆囊结石者病史,临床上有反复右上腹疼痛,却无畏寒,无皮肤、巩膜黄染,大便未见大变色变浅、陶土样变。辅助检查 B 超、CT 显示肝内外胆管扩张、胆囊扩大,壶腹周围部呈现占位性病变,同时扩张的胆总管、胆囊内部分 CT 值呈明显的负值改变;十二指肠低张造影:部分患者出现造影剂外瘘现象甚至胆囊显影等(3)。生化检查总血胆红素(TB)升高,直接血胆红素(DB)升高,间接血胆红素(I-BIL)正常或轻度偏高,谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶

(AST)等均有不同程度的改变,白蛋白明显低于正常值,A/G倒置。提示可能有肿瘤合并存在病理性胆-肠内瘘的存在。(2)术前本组患者血清CA19-9均明显高出正常范围,对诊断壶腹周围部肿瘤具有重要的临床意义,结合上述情况可大大提高对壶腹部肿瘤合并病理性胆肠内瘘的诊断率。(3)文献报道胆肠内瘘患者中某些病例尚有长期慢性腹泻症状,尤其高脂餐后腹泻加重,一般治疗无好转的特点^[2-3]。应用腹腔镜检查及ERCP可直接显示胆、肠内瘘^[4]。目前多数学者认为胆肠内瘘是一种病理性胆汁流出通道,病因不除,瘘口难以自愈。随时间延长,发生胆道逆行感染的机会增加,而且感染的程度与瘘口大小、部位及返流物的量有直接关系。感染加重时,可引起重症胆管炎、败血症、感染性休克等,故应尽早诊断,早期手术治疗^[5]。另外长时间的胆肠内瘘会增加胆囊癌的发病几率,及产生胆石性肠梗阻、胆道出血等并发症的出现。因此对壶腹周围肿瘤合并病理性胆肠内瘘的高龄患者,作者建议除积极实施手术治疗壶腹周围部肿瘤外,同时治疗胆、肠内瘘^[6]。因壶腹周围部肿瘤合并病理性胆肠内瘘的患者年龄偏高、病史长,临床常并恶液质的表现,手术治疗应注意:(1)充分的术前准备:应给予TPN营养支持治疗,纠正贫血,纠正水

电解质失衡及纠正低蛋白血症等,提高患者的手术耐受力及抵抗力;(2)切除胆囊找出瘘口,认真修补瘘口;(3)认真探查壶腹部;如发现肿瘤可根据情况行胰、十二指肠切除术或胆肠吻合术。

参考文献:

- [1] Caroli-Bosc F X, Ferrero J M, Grimaldi C, *et al* Cholecystocolic fistula: from symptoms to diagnosis [J]. *Gastroenterol Clin Biol*, 1990, 14(10):767-770.
- [2] Pianalto S, Rossi M, Battaglia G, *et al*, Ancona E. Cholecysto-colic fistula: laparoscopic treatment [J]. *Ann Ital Chir*, 1997, 68(2):231-233.
- [3] Rau W S, Matern S, Gerok W, *et al*. Spontaneous cholecystocolonic fistula: a model situation for bile acid diarrhea and fatty acid diarrhea as a consequence of a disturbed enterohepatic circulation of bile acids [J], *Hepatogastroenterology*, 1980, 27(3):231-237.
- [4] Lim B H, Mack P, Mohan C. Cholecysto-duodeno-colic fistula—a case report [J]. *Ann Acad Med Singapore*, 1989, 18(5):296-297.
- [5] Sciacca P, Benini B, Borrello M, Mechanical occlusion of the small intestines by gallstones. Our experience [J]. *Minerva Chir*, 1997, 52(1-2):39-44.
- [6] Corell Planelles R, García Calvo R, Gibert Gerez J, *et al*. Porto-cholecysto-duodenal fistula as an infrequent cause of upper gastrointestinal hemorrhage [J]. *Rev Esp Enferm Dig*, 1990, 78(4):248-250.

关于征求论文获奖证书的启事

刊出论文获奖情况是检验期刊质量的一项重要指标,也是对作者及编者工作的肯定。《中国普通外科杂志》在广大作者、读者的支持下,近年来得到了长足的发展和进步,据有关权威机构统计分析其影响因子已居同类期刊前列。为了进一步提高办刊质量,收集各方面反馈信息,编辑部敬请在本刊已发表论文并获得各种奖励者将获奖证书及相关资料复印件寄本刊编辑部。凡寄回获奖证明者可优先发表论文,谢谢合作。