

胃镜从肝总管十二指肠吻合口进入肝左、右管 1 例报告

李 睿 庞 伟 郭绍红

(中国医科大学绍兴华宇医院消化内科, 绍兴 312030)

中图分类号: R656.606; R573

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2008)05-0478-01

1 临床资料

患者女, 54 岁, 湖北农民, 以畏寒、发热、恶心、呕吐 1 d 入院。1 d 前自觉发热, 后出现恶心、呕吐, 始为干呕, 后呕出胃内容物, 非喷射性, 无咳嗽, 无尿频、尿急及尿痛, 无明显腹痛, 伴纳差, 周身乏力, 二便正常。20 年前患者因“胆石症”行“胆囊切除术”, 具体术式不详。入院查体: 体温 38.1℃, 无黄疸, 心肺听诊正常, 上腹部正中切口可见手术瘢痕, 约 4.5 cm, 平脐右肋弓下有一引流管的点状愈合瘢痕, 腹部无肌紧张、压痛及反跳痛, 肝区叩痛阴性, 余无其他异常体征。血常规 WBC $14.9 \times 10^9/L$, N 92.9%。B 超: 肝正常, 胆囊切除, 胆总管因气体干扰显示不清。胃镜 (PENTAX EG-2731, E131306 JAPAN, 直径 9 mm) 示: 胃内可见黄色反流液, 黏膜充血、水肿、糜烂, 以胃窦为著, 通过幽门进入十二指肠球部后, 发现其前壁偏大弯有一“憩室”样病变并有胆汁排出 (图 1), 胃镜可进入, 其内发现未消化食物, 食物位于“憩室”一角, 用活检钳取出部分食物后继续进镜, 可见远端有两腔汇合后与“憩室”相通, 如左右支气管的分支, 胃镜亦可进入两腔并可见其继续分支 (图 2), 结合病史考虑为左右肝管汇合成肝总管与十二指肠球部吻合, 退镜至球腔向右上并右旋胃镜可进入十二指肠降部, 乳头清晰可见, 肠腔亦未见异常。胃镜诊断: 胆汁反流, 糜烂性胃炎 (中度), 肝总管十二指肠吻合术后, 胆管内异物滞留。入院诊断: 胆道感染。经过抗感染治疗 3 d 症状消失出院。追问病史患者近 20 年来经常有畏寒、发热、恶心、呕吐等症状发生, 每次经抗生素治疗后症状消失。

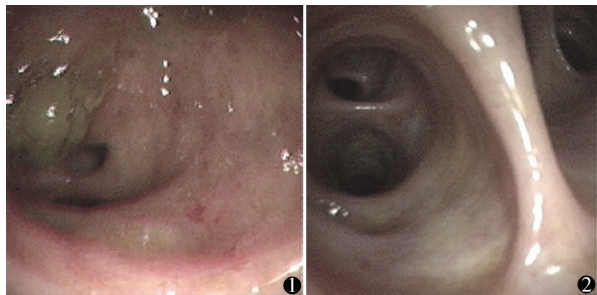


图 1 十二指肠球部前壁偏大弯有一憩室样病变并有胆汁排出 图 2 胃镜可进入左右肝管并可见继续分支

2 讨论

胃镜从胆肠吻合口进入肝管鲜有报道, 胆总管十二指肠吻合 (choledochoduodenostomy, CD) 是治疗肝内外胆道结石的一种手术方式^[1]。因胆总管下端与十二指肠解剖关系密切, 在梗阻性黄疸时胆管多呈扩张, 手术操作简易, 也用于不能或不宜行十二指肠切除的壶腹周围癌的减黄手术。在 20 世纪 50~60 年代, 我国胆道蛔虫病及其诱发的胆管色素结石多见, 术后极易复发, 曾盛行用 CD 解决。CD 手术时可行胆管端与十二指肠侧的端侧吻合, 或胆管侧与十二指肠侧的侧侧吻合, 还有主张行胆管与十二指肠后壁吻合。此外, 因为十二指肠的游离度有限, 难与较高位的胆管作吻合, 为此 Grassi 于 1969 年首创间置空肠胆管十二指肠吻合, 即取带血管蒂的游离空肠一段, 沿蠕动物合于胆管与十二指肠之间, 施维锦等于 1980 年在国内首先应用。本例患者为肝总管端与十二指肠球部的端侧吻合。

CD 术后胆道感染^[2]的病因: ①吻合口较大没有做抗反流手术; ②十二指肠内的压力常常高于胆道压力, 十二指肠内容物反流入胆道。本例患者即有食物残渣滞留于肝总管内, 有逆行胆道感染, 进入球部的胆汁在幽门舒张时进入胃内, 长时间的胆汁刺激会造成胃黏膜的炎症。通过这个病例可以提示: ①大口径的胆总管 (肝总管) 十二指肠吻合术会造成反流性胆管炎、胆汁反流性胃炎, 该术式的合理性值得斟酌; ②胆管十二指肠吻合术后出现反复恶心、呕吐等消化系统症状以及反复发热时应做胃镜检查, 以确定有无这种并发症的发生。

参考文献

- 1 崔云甫, 蒋桂星. 胆肠吻合术的变迁及进展. 中国现代普通外科进展, 2007, 10(2): 114-116.
- 2 杨维良, 张东伟, 张新晨, 等. 胆总管十二指肠吻合术治疗胆总管结石 420 例的远期疗效分析. 中华普通外科杂志, 2005, 20(10): 638-640.

(收稿日期: 2007-08-14)

(修回日期: 2007-11-05)

(责任编辑: 李贺琼)