

文章编号:1005-6947(2007)05-0515-03

· 临床报道 ·

# 胆石性肠梗阻的诊断与治疗

龚学军, 何群, 汤恢煊, 吕新生

(中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

**摘要:** 回顾性分析 12 例胆石性肠梗阻的临床资料。术前确诊率为 83.3%, 有 8 例 (66.7%) 表现为突发性腹痛、呕吐, 自行缓解或治疗后症状减轻及消失的交替性变化的特征, 即“滚动性肠梗阻”。12 例均经手术治疗, 其中二期手术 8 例 (66.7%), 1 例采用一期手术解决肠道梗阻同时处理病变胆囊和内瘘。3 例胆肠内引流术后患者均一期行肠管切开放石, 胆肠吻合口切开放石整形术。手术并发症发生率为 41.7%, 均治愈, 无死亡病例。提示: 滚动性梗阻是胆石性肠梗阻的特征表现, 及时的 B 超和 X 线检查有助于早期明确诊断, 手术治疗是治疗胆石性肠梗阻最有效的方法。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(5): 515-517]

**关键词:** 胆石性肠梗阻/诊断; 胆石性肠梗阻/治疗; 胆结石/并发症; 肠梗阻/病因学

**中图分类号:** R656

**文献标识码:** B

胆石性肠梗阻是指一个或多个胆道结石通过异常通道进入肠道, 嵌顿于肠管而引起的肠道机械性梗阻, 属胆石病的少见并发症。Bouveret 于 1896 年首先报道胆石性十二指肠肠梗阻, 故又称 Bouveret 综合征<sup>[1]</sup>。由于该病表现特殊, 易于误诊, 应引起重视。1985—2005 年中南大学湘雅医院收治 12 例胆石性肠梗阻, 报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 5 例, 女 7 例; 年龄 34 ~ 78 (平均 57.6) 岁, >60 岁者 9 例。10 例 (83.3%) 有胆囊结石和胆囊炎病史 5 ~ 26 年 (平均 11.6 年), 其中 3 例曾因胆石症而行胆肠内引流术; 6 例 (50.0%) 有心血管疾病, 2 例 (16.7%) 有慢性支气管炎, 4 例 (33.3%) 有糖尿病。临床表现均有腹痛、腹胀、恶心呕吐及肛门停止排气排便等肠梗阻症状, 有 8 例 (66.7%) 表现为突发性腹痛、呕吐, 自行缓解或治疗后症状减轻及消失的交替性变化的特征, 即“滚动性肠梗阻”<sup>[2]</sup>。

### 1.2 辅助检查及诊断

腹部 X 线检查均提示小肠扩张及气液平面, 其中胆道积气 8 例。4 例 B 超检查在扩张肠管内发现强光团伴声影, 全部病例术前检查均未发现胆囊内有结石。10 例 (83.3%) 术前诊断为胆石性肠梗阻, 另 2 例 (16.7%) 诊断为粘连性肠梗阻, 术中探查始明确诊断。

### 1.3 治疗

全部行手术治疗。术中发现梗阻部位位于末端回肠 9 例 (75.0%), 空肠上段 3 例 (25.0%); 结石最小直径 2.5cm, 最大直径 13cm, 平均 4.6cm。9 例 (75.0%) 为胆囊十二指肠肠瘘, 结石均为胆固醇结石; 3 例 (25.0%) 为胆肠吻合口排出, 结石为胆红素结石。9 例胆囊结石所致者中, 8 例 (66.7%) 手术分两期进行, 即一期肠管切开放石、解除梗阻, 二期切除病变胆囊、关闭内瘘; 1 例采用一期手术, 即一次手术解决肠道梗阻同时处理病变胆囊和内瘘。3 例胆肠内引流术后患者均一期行肠管切开放石, 胆肠吻合口切开放石整形术。

## 2 结果

### 2.1 手术并发症

术后并发症发生率为 41.7% (5/12), 包括切口感染 4 例 (33.3%); 败血症 2 例 (16.7%); 消化道出血 1 例 (8.33%); 心肺合并症恶化 2 例 (16.7%)。全组无死亡, 均痊愈出院。

### 2.2 随访

全部病例均获 6 个月至 15 年随访。9 例胆囊结石所致胆石性肠梗阻患者经一期或二期手术后症状消失; 胆肠吻合术后患者, 1 例痊愈, 1 例偶有胆管炎症状行保守治疗缓解, 另 1 例术后 7 年结石复发再次行手术治疗。全组均未再发胆石性肠梗阻。

## 3 讨论

Deitz 等<sup>[3]</sup>报道, 在胆石病患者中约 0.2% ~ 1.5% 并发胆石性肠梗阻, 女性明显多于男性, 女: 男为 11:3.5。发病年龄为 13 ~ 88 岁, 平均 75 岁, 以老年人多见。本组病例平均年龄较轻, 但仍接近 60 岁。

收稿日期: 2007-03-26; 修订日期: 2007-04-30。

**作者简介:** 龚学军, 男, 广西桂林人, 中南大学湘雅医院主治医师, 主要从事胆道及结直肠外科方面的研究。

**通讯作者:** 龚学军 E-mail: peigong158@hotmail.com

### 3.1 胆石性肠梗阻发生的原因

胆石性肠梗阻发生的主要原因有:(1)胆道内瘘形成。结石性胆道炎症的存在是本病的病理基础,尤其是胆囊结石可与胃肠道粘连并压迫,而形成胆囊十二指肠瘘、胆囊结肠瘘、胆囊胃瘘等;胆总管结石或胆肠吻合术后,可形成胆总管十二指肠瘘、胆肠吻合口扩大等。结石通过内瘘进入胃肠道,其中胆囊十二指肠内瘘是胆结石进入肠道的主要途径,约占全部病例的80.0%,本组病例75.0%为胆囊十二指肠内瘘;其次为胆囊结肠瘘,胆囊胃瘘、胆囊空肠瘘和胆肠吻合口。(2)一般认为结石直径大于2.5cm时可阻塞肠道,若肠腔有原发性或继发性狭窄时,直径小于2.5cm的结石亦可引起肠梗阻。文献<sup>[3]</sup>报道64例胆石性肠梗阻患者经手术证实平均结石直径4.5cm,7例大于5.2cm。本组病例中胆石的直径均大于2.5cm,其中1例胆肠吻合术后的巨大胆红素结石直径达13cm。胆石的梗阻部位可在肠道的任何一段,尤以回肠下端为多。梗阻发生在回肠下端占54%~74%(本组为75.0%),空肠14%~27%,十二指肠1%~10%,乙状结肠1.1%~10%<sup>[4-5]</sup>。

### 3.2 胆石性肠梗阻的诊断

文献<sup>[4-5]</sup>报道胆石性肠梗阻术前确诊率为4%~88%,术前常被误诊,本组术前确诊率为83.3%。提高本病术前诊断率有赖于详细的病史、仔细的临床观察和客观有效的辅助检查。下列情况对胆石性肠梗阻的诊断有重要价值:(1)老年女性胆石症患者一过性腹痛、黄疸、发热后出现肠梗阻症状和体征;(2)临床上表现为腹痛、缓解、腹痛,这种“滚动性梗阻(tumblin obstruction)”现象者;(3)腹部X线平片三联征,即肠梗阻、胆道积气、腹部异位结石影。腹部平片是诊断胆石性肠梗阻的常规首选的检查方法,不仅能确定有无肠梗阻存在,而且能显示胆道积气或肠道内异位钙化结石影。临床动态观察对比检查十分重要;(4)B超示原来胆道内结石消失,而肠腔内出现大小与胆石相似的光团,且有肠梗阻影像,胆道有积气征。其征象为:胆囊萎缩、胆囊形态异常、胆道内积气;(5)CT不仅可显示肠梗阻征象,且在明确肠道内异位钙化的胆石及胆道积气方面明显优于腹部平片。本组10例术前明确诊断的病例中有8例是通过腹部平片结合B超的影像改变得到确诊,另2例则是CT扫描显示肠腔内有胆石存在明确诊断。

### 3.3 治疗

3.3.1 非手术治疗 经胃肠减压、纠正水电解质失衡及中药等治疗后,少数较小的胆石可自行排出而解除肠梗阻,无需手术治疗。

3.3.2 微创治疗 近年来有微创治疗的报道,但微创治疗尚存在一定的局限性,有待进一步实践和改进。

(1)经内镜取石 通过十二指肠镜或结肠镜,可以取出嵌顿不完全的十二指肠或结肠内的结石,但成功率较低,因大部分胆石性肠梗阻发生在回肠末段,且结石多完全嵌顿不易取出。

(2)体外振波碎石术(ESWL) 有零星个案报道<sup>[6]</sup>用超声定位体外震波碎石成功粉碎嵌顿于肠道的胆结石使胆

石性肠梗阻治愈。但ESWL易造成梗阻部位肠管的损伤<sup>[6-7]</sup>。

(3)液电碎石术(EHL) 通过十二指肠镜或结肠镜的活检通道,将液电碎石电极直接接触肠道内结石中心,在内镜直视下碎石,然后经水冲走结石使其自行排出,或经网篮取出。EHL与ESWL比较,技术操作简单、安全有效,但也只适应于十二指肠或结肠的胆石性肠梗阻<sup>[7]</sup>。

(4)腹腔镜下取石 将结石嵌顿的肠管提至腹腔外,再切开肠管取出结石。本方法具有创伤小、恢复快的优点,尤其适合于不能耐受手术的老年患者。对于复杂的胆道病变处理较困难<sup>[8]</sup>。

3.3.3 手术治疗 是治疗胆石性肠梗阻最有效的方法,对于确诊病例,经积极术前准备,如结石未能排除,应尽早施行手术,以解除梗阻。对于嵌顿的结石应将结石挤至近端扩大的肠腔内,在肠管对系膜缘再行切开取石,较在嵌顿肠壁上直接切开为好,且较安全。如嵌顿肠壁发生坏死则应行肠切除吻合及取出结石。少数病例可将胆石在肠腔内压碎后,将小结石推送入盲肠以便从肛门排出,但切忌强行挤压以免损伤肠管。术中还应注意勿遗留残石以免复发。

3.3.4 胆道疾病的处理 多数学者认为胆石性肠梗阻患者年龄较大,全身合并症多,多不能耐受在肠切开取石的同时行一期胆囊切除、胆道探查及瘘管切除术,Reisner<sup>[9]</sup>综合分析报道1001例胆石性肠梗阻患者的手术疗效,结果显示单纯性肠切开取石术病人病死率为11.7%,低于一期同时行胆道手术的16.9%,术后并发症也明显低于一期手术者,而且单纯肠切开取石后仅有10%患者术后因胆道疾病需再行胆道手术治疗。但也有学者<sup>[5]</sup>主张一期手术并认为:一期手术患者病死率及并发症与二期手术者比较无统计学差异;且二次手术增加了患者痛苦、医疗费用及住院时间;同时可预防胆囊炎、胆管炎的发作及胆石性肠梗阻的复发,特别是预防胆囊癌的发生。本组病例8例(66.7%)手术分两期进行,即一期肠管切开取石、解除梗阻,二期切除病变胆囊、关闭内瘘;4例采用一期手术,即一次手术解除肠道梗阻同时处理病变胆囊和内瘘,其中1例胆囊结石所致胆石性肠梗阻患者术后发生败血症及伤口感染,经抢救治愈。笔者认为,对于胆囊结石所致胆石性肠梗阻者,手术分两期进行为宜,一期手术取出结石解除梗阻;如手术后复发胆道感染或胆道仍有结石残留,则可在6~8个月后再切除胆囊修复内瘘。

胆石性肠梗阻患者手术病死率为11.7%~50.0%,平均为12.3%。一般认为非手术治疗的病死率比手术治疗约高2倍<sup>[9]</sup>。本病预后较差,可能与患者年龄大,病情复杂,延误诊治,并存病多及手术并发症等有关。常见术后并发症为伤口感染、败血症、消化道出血及合并症恶化等,发生率可达50%。其中切口感染是胆石性肠梗阻最常见并发症,发生率约32%~75%,胆石性肠梗阻术后肠道细菌污染切口是切口感染的主要原因。本组无死亡病例,可能与注重综合治疗合并病、合理预防使用抗生素、正确合理的术式及复苏技术不断提高有关。

文章编号:1005-6947(2007)05-0517-02

· 临床报道 ·

# 断流术后功能性胃排空障碍 32 例诊治体会

孝岳生, 朱余良, 张庄文

(湖南省岳阳市三人民医院 外科, 湖南 岳阳 414000)

**摘要:**为探讨断流术后功能性胃排空障碍的诊断与治疗方法,笔者对32例断流术后功能性排空障碍患者的临床资料进行回顾性分析。诊断依靠消化道造影及胃镜检查,治疗采用非手术方法。结果显示,经非手术治疗均恢复胃动力,平均恢复时间16.89d;3周内恢复13例(40.63%),4周内恢复19例(59.38%)。提示:消化道造影及胃镜检查是诊断胃排空障碍及鉴别机械性梗阻的首选方法;断流术后功能性胃排空障碍采用非手术治疗可收到满意的效果。

[中国普通外科杂志,2007,16(5):517-518]

**关键词:**胃排空障碍;高血压,门静脉/外科学;手术后并发症

**中图分类号:**R656.6

**文献标识码:**B

门静脉高压症断流手术后患者可发生功能性胃排空障碍(functional delayed gastric emptying, FDGE),临床医生对本病往往认识不足,常导致误诊和处理不当。为提高对此病的正确认识,笔者总结32例FDGE患者的诊断和治疗体会,报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

我院于1990年1月—2005年12月共收治门静脉高压症350例,其中行断流术260例,断流术后发生FDGE者32例,占12.31%。男22例,女10例;年龄22~72(平均51.5)岁。32例原发病包括血吸虫病门静脉高压症15例

(46.9%),肝炎性门静脉高压症6例(18.8%),血吸虫病合并肝炎性门静脉高压症11例(34.4%)。术式均为:脾切除加贲门周围血管离断术。症状发生时间在术后3~12d,其中术后3~4d停止胃肠减压后出现症状者8例(25.0%),术后5~7d进流质饮食后出现症状10例(31.2%),术后8~12d流质改半流饮食出现症状14例(43.8%),平均6.3d。

### 1.2 临床表现

(1)断流术后2~3d患者均有肛门排气,拔除胃管停止胃肠减压,但在进流质或半流饮食后发生中上腹部饱胀不适、呃逆、恶心、呕吐;或胃肠减压夹闭胃管后腹胀加重,出现顽固性呃逆,呕出大量胃内容物或胃管引流出有臭味胃内液800~1500mL,呕后症状暂时缓解。(2)体征表现为上腹部饱满,轻压痛,有胃振水音,肠鸣音减弱或消失。(3)可伴有水电解质紊乱及酸碱平衡失调。(4)消化道造影或胃镜检查证实无胃蠕动(表1)。

**收稿日期:**2006-12-18; **修订日期:**2007-04-06。

**作者简介:**孝岳生,男,湖南岳阳人,湖南省岳阳市三人民医院副主任医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

**通讯作者:**孝岳生 E-mail:xiaoyuesheng99@163.com

## 参考文献:

[1] 付由池,李海民,刘正才.胆石性肠梗阻4例报告[J].中国普通外科杂志,2003,12(2):154-155.  
[2] Rasim G, Resit I, Caglar B, et al. Bouveret's syndrome complicated by a distal gallstone ileus [J]. W J Gastro, 2003, 9(12):2873-2875.  
[3] Deitz UM, Standage BA, Pinson CW, et al. Improving the outcome in gallstone ileus [J]. Am J Surg, 1986; 151(5):572-576.  
[4] Sanjuan JC, Casabo F, Fernandez MJ, et al. Cholecystectomy and fistulaclosure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus [J]. Br J Surg, 1997, 84(5):634-637.

[5] Clavien PA, Richon J, Burgan S, et al. Gallstone Ileus [J]. Br J Surg, 1990, 77(7):37-42.  
[6] Mcyenherger CG, Michal C, Metzger F, et al. Gallstone ileus treated by extracorporeal shockwave lithotripsy [J]. Gastrointestinal Endoscopy, 1996, 43(5):508-510.  
[7] Bourke MJ, Scheider DM, Huber B. Electrolithotripsy of a gallstone causing gallstone ileus [J]. Gastro Endo, 1997, 45(6):521-523.  
[8] Jiann-Ming. Laparoscopic Diagnosis and Treatment of Acute Small Bowel Obstruction Resulting From a Congenital Band [J]. Endoscopy Percutaneous Techniques, 2005, 15(5):294-296.  
[9] Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: A Review of 1001 Reported Cases [J]. Am J Surg, 1994, 60(6):441-446.