

文章编号:1005-6947(2006)03-0218-03

· 临床研究 ·

# 十二指肠乳头旁憩室致梗阻性黄疸的诊治

胡国潢, 段炼, 周军, 汤恢煊

(中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

**摘要:** **目的** 探讨十二指肠乳头旁憩室与梗阻性黄疸的关系。**方法** 回顾分析十二指肠乳头旁憩室致梗阻性黄疸 25 例患者的临床资料。**结果** 25 例均经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)检查确诊,其中手术治疗 20 例,术式均为胆总管探查、T 管引流、毕 II 式胃大部分切除术、旷置十二指肠,术后恢复均良好;非手术治疗 5 例,虽均于症状消退后出院,但随访均出现症状反复发作。**结论** 十二指肠乳头旁憩室可致梗阻性黄疸,ERCP 检查可以明确诊断,治疗上均应采用手术治疗,胆总管探查、T 管引流、毕 II 式胃大部分切除十二指肠旷置术,是简单、合理、安全、有效的术式。

**关键词:** 十二指肠乳头旁憩室/并发症;胆汁郁积/病因学

**中图分类号:** R575; R574.51 **文献标识码:** A

## The diagnosis and treatment of obstructive jaundice caused by peripapillary duodenal diverticulum

HU Guo-huang, DUAN Lian, ZHOU Jun, TANG Hui-huan

(Department of General Surgery, Xiang Ya Hospital, Central South University, Changsha, 410008, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the relationship between peripapillary duodenal diverticulum and obstructive jaundice, and the diagnosis and treatment for this clinical entity. **Methods** The clinical data of 25 cases of obstructive jaundice caused by peripapillary diverticulum were retrospectively reviewed. **Results** All cases were diagnosed definitively by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). 20 cases underwent choledochostomy with T-tube drainage and subtotal gastrectomy (Billroth II) and recovered, and 5 cases were cured by nonoperative therapy and discharged asymptotically, but followup showed they had recurrent attacks of symptoms. **Conclusions** Obstructive jaundice caused by peripapillary diverticulum can be definitively diagnosed by ERCP, and should be treated by choledochostomy, T tube drainage and subtotal gastrectomy (Billroth II), which is a simple, rational, safe and effective surgical procedure.

**Key words:** Peripapillary Duodenal Diverticulum/compl; Choleslasis/etiol

**CLC number:** R575; R574.51 **Document code:** A

十二指肠乳头旁憩室(peripapillary duodenal diverticulum)约占十二指肠憩室的70%<sup>[1]</sup>,与胰胆疾病的发生有着密切关系<sup>[2-3]</sup>,部分病例可引起梗阻性黄疸。我院普外科消化治疗内镜组从2000年2月—2004年12月共收治十二指肠乳头旁憩室71例,其中合并梗阻性黄疸25例,20例经手术治愈,另5例经非手术治疗,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组25例中,男19例,女6例;年龄45~82岁(平均63.5岁),均有不同程度上腹及右上腹疼痛及梗阻性黄疸或者曾有过黄疸病史,有发热病史者15例,伴胆管结石者3例,慢性胰腺炎7例,血清总胆红素、直接胆红素均有不同程度升高,(TBIL 79~217 mmol/L, DBIL 43~151/mmol/L),血清淀粉酶升高者8例。

### 1.2 诊断方法

本组25例均经B超检查发现肝内外胆管扩张。

收稿日期:2005-12-20; 修订日期:2006-02-24。

作者简介:胡国潢,男,湖南衡阳人,中南大学湘雅医院副主任医师,主要从事胆胰外科及消化内镜方面的研究。

通讯作者:胡国潢 电话:0731-4327021。

仅3例经上消化道钡餐检查怀疑有十二指肠憩室。25例均经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)确诊,镜下见憩室均位于主乳头旁,其中位于右上方者13例,位于正上方者3例,为单个憩室,双憩室9例,均位于乳头上方左右,憩室大小2.5~4.0 cm不等,16

例憩室内可见食物潴留。插管造影均显示胆道扩张,造影剂排空延迟,憩室压迫胆总管下端引起梗阻(附图)。憩室越大、食物潴留及双憩室者,梗阻越明显,引起的黄疸越严重(表1-2)。

a

b

附图 ERCP 显影示憩室压迫胆总管下端引起梗阻

表1 憩室大小对黄疸的影响

憩室大小(cm)	TBIL(mmol/L)( $\bar{X}$ )	DBIL(mmol/L)( $\bar{X}$ )
2.5~3.0	121.0	86.1
3.1~3.5	150.5	103.3
3.6~4.0	170.5	120.6

表2 憩室类型对黄疸的影响

憩室类型	例数	TBIL(mmol/L)( $\bar{X}$ )	DBIL(mmol/L)( $\bar{X}$ )
单憩室	16	163.2	98.4
双憩室	9	125.5	79.3

## 2 治疗方法与结果

本组25例中有20例行手术治疗,术式均为胆总管探查、T管引流、毕Ⅱ式胃大部分切除十二指肠憩室旷置术,术后恢复均良好,腹痛、黄疸等症状明显缓解,进食好,术后1个月行T管造影,证实胆总管下端通畅,受压情况明显改善憩室均有不同程度缩小,绝大部分病例胆管扩张明显改善,随后拔除T管。随访1~4年,除3例偶感上腹饱胀外,无其他特殊不适。本组无手术死亡患者,2例术后伤口感染,3例肺部感染,均经相应处理后治愈。本组行非手术治疗的5例,均为不愿接受手术治疗的,经消炎、利胆等对症处理,于症状消退后出院,经随访仍有反复上腹疼痛伴黄疸,但患者仍不愿接受手术治疗。

## 3 讨论

十二指肠憩室发生在乳头周围者,称为乳头旁憩室,多发生在十二指肠降部内侧壁,发现率根据不同检查方法有很大差异,钡餐检查为1%~5%(平均1.7%),内镜检查为23%<sup>[4]</sup>,我院为17.6%左右。十二指肠憩室好发于乳头旁是多种因素造成的:(1)从胚胎发生学来看,乳头部是前肠和中肠的愈合部,为先天性薄弱区;(2)该区是胆胰共总管汇合部的薄弱区;(3)Oddi括约肌收缩牵拉十二指肠壁对乳头旁憩室的产生引起了一定的作用;(4)肠腔内压力增高,使该薄弱区的肠壁向外疝出,久之形成憩室。

乳头旁憩室容易引起食物滞留或排空延缓,特别是在憩室颈部狭小时,食物一旦进入,不易排出憩室,可形成肠石,因引流不畅、细菌繁殖可引起憩室炎,对胆总管下端产生机械性压迫造成胆汁排泄不畅、胆汁淤积和胆道感染并产生梗阻性黄疸。乳头旁憩室易继发胆总管结石和胰腺炎而加重黄疸,乳头旁憩室是缩窄性乳头炎的促发因素,从而亦可促成梗阻性黄疸的发生<sup>[5]</sup>。Ono等<sup>[6]</sup>将十二指肠乳头旁憩室致梗阻性黄疸称之为Lemmel综合征。

临床上,如患者出现腹痛、黄疸等症状,而无结石和肿瘤等因素,要考虑十二指肠乳头旁憩室的可能。B超检查可发现肝内外胆管扩张,上消

化道钡餐对诊断很有帮助,但确诊的可靠检查手段是 ERCP,它不仅可观察憩室的情况,而且可通过 X 线下造影观察胆道梗阻和扩张的情况,本组 25 例均经 ERCP 确诊。

对于无症状的十二指肠乳头旁憩室可进行观察。有憩室炎症状者虽可行抗炎、制酸、解痉、控制饮食等治疗,但最终多因憩室引发胆管炎、梗阻性黄疸而需手术治疗以解除胆道梗阻,控制胆管炎,减轻肝脏损害。十二指肠憩室常用术式有憩室切除术、憩室内翻缝合术、憩室成形术、消化道转流术,胰十二指肠切除术仅用于个别病例。而本组患者因均为乳头旁憩室导致梗阻性黄疸的患者,手术既要处理憩室这一原发病,同时又要胆道引流解除黄疸对机体的危害,故均采用胆总管探查、T 管引流、毕 II 式胃大部分切除十二指肠憩室旷置术。理由是:乳头旁憩室与胆总管、胰管解剖关系密切,切除或内翻缝合均易导致误伤而致胆总管损伤、急性胰腺炎或胰瘘甚至十二指肠瘘等严重并发症,威胁患者生命安全<sup>[7]</sup>。而根治性胰十二指肠切除术创伤大,难以作为首选。而旷置术不但能缓解憩室炎、憩室内食物滞留所引起的胆道压迫,而且手术创伤不大,安全易行。在处理憩室的同时要探查胆道,取出结石,切除胆囊,本组均采用胆道 T 管外引流,而没采用胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术,因为行胃转流术后,憩室的压迫作用可以逐渐缓解,黄疸不易复发,况且外引

流术创伤小,并发症少,带管时间不长,因此行外引流术更显得合理,而且减黄效果良好。

十二指肠乳头旁憩室所致的梗阻性黄疸,ERCP 检查是确诊该病的主要方法,而胆总管探查、T 管引流、毕 II 式胃大部分切除十二指肠憩室旷置术,是治疗该病较简单、合理、安全、有效的术式。

#### 参考文献:

- [1] Vladimirov B, Iordanov I. The relationship between duodenal diverticula, biliary tract and pancreatic diseases and their endoscopic treatment [J]. *Khirurgia Sofia*, 1990, 43(6):34-40.
- [2] 王勇强,杨汉新,陈丽华,等. 十二指肠乳头旁憩室伴胆胰疾病的治疗[J]. *中国普通外科杂志*, 2002, 11(3):152-154.
- [3] Miyazaki S, Sakamoto T, Miyata M, *et al.* Function of the sphincter of oddi in patients with juxtapapillary duodenal diverticula: evaluation by intraoperative biliary manometry under a duodenal pressure load [J]. *World J Surg*, 1995, 19(2):307-312.
- [4] Osnes M, Lotreit T, Larsen S, *et al.* Duodenal diverticula and their relationship to age, sex and biliary calculi [J]. *Scand J Gastroenterol*, 1998, 16(2):103-107.
- [5] 李春生,张照辉,张能维,等. 十二指肠乳头旁憩室伴缩窄性乳头炎 24 例临床分析 [J]. *中华普通外科杂志*, 2001, 16(9):534-535.
- [6] Ono M, Kamisawa T, Tny Egawa N. MRCP and ERCP in Lemmel [J]. *Syndrome JOP*, 2005, 6(3):277-278.
- [7] Yonegama F, Miyata K, Ohta H, *et al.* Excision of a juxtapapillary duodenal diverticulum causing biliary obstruction: report of three cases [J]. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2004, 11(1):69-72.

## 第十一届全国普通外科学术会议征文通知

中华普通外科杂志编辑部将于 2006 年 7 月下旬在内蒙古呼和浩特市召开“第十一届全国普通外科学术会议”。本次会议将围绕普通外科手术并发症与外科再手术的主题就普通外科临床与基础研究、外科并发症、以及外科再手术等问题进行研讨。会议邀请国内外著名外科专家,对热点问题做专题演讲,参会代表进行学术交流,经验介绍、开展讨论。

征文内容:(1)腹部外科手术并发症和外科再手术经验;(2)普通外科的新进展、新诊断、新技术、新方法、新手术、新经验;(3)临床研究、基础研究、实验研究;手术适应证、禁忌证问题;(4)腹腔镜手术;(5)肿瘤的放化疗;(6)手术并发症和再手术的营养支持;(7)手术并发症和再手术的护理等。

征文要求:(1)请将未公开发表的论文全文以及 800 字以内的中文摘要各 1 份,并附拷贝软盘,寄到 100034 北京西城区阜内大街 133 号齐老师收,联系电话:010-66168321 转 3126,010-66164704;(2)来稿请注明单位、作者姓名、邮编及联系电话(请自留底稿,恕不退稿),请在信封左下角注明“普外会议征文”字样。参会代表将获得国家级继续医学教育一类学分;(3)截稿日期:2006 年 6 月 30 日。