

DOI:10.3724/SP.J.1008.2011.01275

保守治疗胆石性肠梗阻 1 例报告

Conservative treatment of gallstone ileus: a case report

陈立平, 魏倩萍*

重庆医科大学附属第一医院老年科, 重庆 400016

[关键词] 胆石性肠梗阻; 保守治疗

[中图分类号] R 574.2

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2011)11-1275-02

1 临床资料 患者, 男性, 79岁, 因“恶心呕吐、腹痛 4 d”于 2010年7月1日入院。患者无发热, 畏寒及皮肤、巩膜黄染; 腹部呈阵发性绞痛, 肛门停止排便, 尚能排气。患者 2010年3月曾在本院行腹部 CT 检查显示: 胆囊多发结石, 但未行任何治疗。既往无肠道疾病及传染病史。入院查体: 皮肤巩膜未见黄染, 心肺(-)。全腹平, 未见肠型及蠕动波, 右上腹轻压痛, 无反跳痛及肌紧张, 墨菲征阴性, 叩诊呈鼓音, 肠鸣音不活跃, 移动性浊音(-)。辅助检查: WBC $10.68 \times 10^9/L$, N 0.89; 腹部立卧位 X 线片示: 中上腹小肠积气, 伴多个小液平, 考虑小肠不全性肠梗阻可能。入院后予以禁食、胃肠减压、抗感染等治疗, 症状缓解不明显。入院后 5 d, 再对患者行腹部 CT 检查(平扫+增强)显示: 空肠内大小约 $2.8 \text{ cm} \times 2.5 \text{ cm}$ 混杂密度结节影, 考虑为原胆囊结石到达空肠致机械性不全性肠梗阻; 胆囊结石、胆囊炎, 胆囊区局部与十二指肠上段壁粘连(图 1), 提示胆囊炎穿孔伴肠痿形成可能。胆道 MRCP(磁共振胰胆管显像)示: 左右肝管及肝内胆管、肝总管、胆总管未见明显扩张或狭窄, 胆囊未显示。临床诊断: 小肠不全性肠梗阻、胆石性胆囊炎、胆囊十二指肠内痿。建议行手术治疗, 但患者及家属要求保守治疗。经胃肠减压、间断流质饮食、灌肠等治疗约 2 个月后, 患者于 2010年9月10日解大便时排出大小约 $3.0 \text{ cm} \times 3.0 \text{ cm}$ 的黑色质硬结石, 当日症状明显好转。建议患者行胃镜检查以了解胆囊十二指肠痿的情况, 但患者拒绝, 继续观察 4 d 后出院。

2 讨论 胆石性肠梗阻是少见的肠梗阻, 常见的原因是巨大结石通过胆肠(胃)内痿(尤其是胆囊十二指肠痿)进入肠腔嵌顿, 一般需手术治疗, 通过胆石自然排泄出体内而解除肠梗阻是罕见的。胆石性肠梗阻的发生占所有肠梗阻的 1%~4%^[1]。发病高峰人群为 65~75 岁老年患者, 女性为男性的 3~5 倍, 该病占 65 岁以上老年人机械性小肠梗阻的 25%^[2]。其临床特点: 既往多有胆石症病史。症状不典型, 易被忽略, 国外文献报道从出现症状到入院平均需要 7 d, 入院后平均需 3~7 d 的手术干预^[3]。50% 的患者不仅有结石引起腹部疼痛, 此外还有恶心呕吐、饱胀反酸等消化道症状。患者的肠梗阻症状时轻时重, 大多具有梗阻减轻和再次加重交替出现的规律, 可能与结石在肠腔内移动有关。

本病最常见的原因是胆结石通过胆囊十二指肠痿(80%)进入肠道, 其次为胆囊胃痿、胆囊空肠痿、胆囊结肠痿等。结石性胆囊炎形成胆肠内痿是胆石性肠梗阻的主要病理基础, 当急性胆囊炎发作, 胆囊壁侵蚀, 胆囊与周边胃肠粘连(通常在胆囊底部), 加上缺血及结石局部压迫作用, 粘连的胃肠壁发生坏死而溃破, 形成胆肠(胃)内痿, 结石可经痿口排至肠道内。但在少数情况下, 结石可不通过胆肠内痿而是通过松弛的 Oddi 括约肌进入肠腔。还有一种情况是肝胆管盆式内引流术后并发胆石性肠梗阻, 有报道过巨大胆管结石经过胆管空肠吻合口排入的病例。胆囊切除术后亦可出现, 残余的胆囊结石通过胆总管(十二指肠乳头切除术后)、十二指肠憩室或直接移行侵蚀邻近肠道而引起肠梗阻。胆结石的大小决定能否顺利通过肠腔。较小的结石可从粪便排出, 当结石的直径超过 2.5 cm 时, 容易造成肠道梗阻。胆囊结石通常易嵌塞在回肠末端和回盲瓣^[4]。本例嵌顿在空肠, 空肠是少见的胆囊结石嵌顿的位置之一。

胆石性肠梗阻有 15%~18% 的高病死率, 主要是因为延误诊断和有合并症, 如肥胖、心肺疾病、糖尿病等^[5-6]。早期诊断可以降低病死率。影像学检查对于明确诊断很重要。腹部 X 线平片与腹部 CT 均可表现为 Rigler 三联征: 胆系积气, 异位不透光胆结石, 肠梗阻征象。腹部 B 超可以诊断残余胆囊结石, 胆肠(胃)消化痿, 胆道积气等。CT 检查是诊断



图 1 CT 见胆囊内结石及气泡影

[收稿日期] 2011-07-27

[接受日期] 2011-09-28

[作者简介] 陈立平, 硕士, 住院医师, E-mail: goodgirlclp@163.com

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 023-89012141, E-mail: wqp68894940@163.com

胆石性肠梗阻的最佳方法,诊断正确率可达100%^[7]。MDCT(多排螺旋CT)对观察肠腔内胆结石的数量和大小更为直观;此外,一旦发现胆肠内瘘,外科医生将能够判断行胆囊切除术的时机(大的瘘口与残余结石的存在相关)。

超过90%的胆石性梗阻患者需要外科手术^[8]。主要采用2种方法:(1)仅行肠切开取石术或二期行彻底手术,仅行肠切开取石不能解决胆肠瘘,有术后复发胆石性肠梗阻、胆管炎、胆囊癌的风险,建议应用于有相关合并症且存在明显炎症的老年患者;(2)一期手术,即肠切开取石同时行胆囊切除、瘘道修补,可以同时解决肠梗阻和胆道病理基础,防止上述并发症及避免以后的干预。但与仅行肠切开取石术相比,患者病死率及手术并发症增加。一期手术应限于全身情况允许的相对年轻的患者。内镜下取石碎石术以及体外冲击波碎石术等也取得了成功,但是这取决于阻塞的部位,且碎石可能产生远端胆石性肠梗阻。因本例患者及家属拒绝手术,我们暂予以胃肠减压、消旋山莨菪碱(654-2)解痉、奥美拉唑抑酸、抗感染等治疗。经严密观察,患者可以间断性进少量流质,也没有出现明显腹痛,未发展至完全性肠梗阻,遂酌情予以莫沙必利促胃肠蠕动、口服石蜡油、甘油灌肠剂灌肠等处理,并经常按摩腹部,期间曾复查腹部CT,证实结石移行至回肠,保守治疗约2个月后,最终经肛门排出。该患者经保守治疗治愈,可能与胆结石的大小有关。本例结果提示,结石大小在2.5~3 cm、手术条件不允许且无明显腹膜炎体征患者可考虑行保守治疗。

[参考文献]

- [1] Webb L H, Ott M M, Gunter O L. Once bitten, twice incised; recurrent gallstone ileus[J]. *Am J Surg*, 2010, 200: e72-e74.
- [2] Zahid F E, Benjelloun el B, Ousadden A, Mazaz K, Taleb K A. Uncommon cause of small bowel obstruction - gallstone ileus: a case report[J]. *Cases J*, 2009, 2: 9321.
- [3] Cooperman A M, Dickson E R, ReMine W H. Changing concepts in the surgical treatment of gallstone ileus: a review of 15 cases with emphasis on diagnosis and treatment[J]. *Ann Surg*, 1968, 167: 377-383.
- [4] Garg M K, Galwa R P, Goyal D, Khandelwal N. Jejunal gallstone ileus: an unusual site of gallstone impaction[J]. *J Gastrointest Surg*, 2009, 13: 821-823.
- [5] Reisner R M, Cohen J R. Gallstone ileus: a review of 1 001 reported case [J]. *Am Surg*, 1994, 60: 441-446.
- [6] Williams J B, Mehta S G, Vu T, Wonderlich D A, McDermott D M. Gallstone ileus[J]. *J Emerg Med*, 2010, 38: 658-660.
- [7] 金哲柱, 汲崇德, 韩石平, 司马军, 金 毅. 胆囊十二指肠瘘伴胆石性肠梗阻一例[J]. *中华普外科手术学杂志(电子版)*, 2010, 4: 448-449.
- [8] Lowe A S, Stephenson S, Kay C L, May J. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature[J]. *Endoscopy*, 2005, 37: 82-87.

[本文编辑] 徐 佳, 尹 茶