

· 论著 ·

以反复腹泻为表现的十二指肠结肠瘘误诊剖析

吴桂堂* 张锐江 黄棋林 李广权

中山陈星海中西医结合医院普通外科(广东 中山 528415)

【摘要】目的 探讨十二指肠结肠瘘的临床特征,以提高其诊疗水平,减少误诊。**方法** 对近期收治曾误诊的十二指肠结肠瘘1例的临床资料进行回顾性分析。**结果** 本例以反复腹泻1月入院,误诊为胃肠炎并予相应治疗无明显疗效,症状反复并加重。通过胃肠镜检查、CT检查确诊为十二指肠结肠瘘,经手术治疗康复,术后临床症状消失,随访2年未见复发。**结论** 十二指肠结肠瘘临床表现多样,常有腹泻表现,临床少见,以手术治疗为主要手段,提高对十二指肠结肠瘘的临床认识,通过全面检查及全面细致分析病情是减少误诊的关键。

【关键词】 十二指肠结肠瘘; 腹泻; 误诊; 肠瘘

【中图分类号】 R442.2

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.12.005

Recurrent Diarrhea as the Performance of the Duodenocolic Fistula Misdiagnosis Analysis

WU Gui-tang*, ZHANG Rui-jiang, HUANG Qi-lin, LI Guang-quan.

Department of General Surgery, ZhongShan Chenxinghai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, zhongshan 528415, Guangdong Province, China

Abstract: Objective To explore the clinic features and treatment of duodenocolic fistula in order to reduce the rates of missed diagnosis and misdiagnosis.

Methods A retrospective analysis of clinical data was made for 1 case of duodenocolic fistula misdiagnosed as recurrent diarrhea, and the literature was reviewed. **Results** This case showed recurrent diarrhea one month, been diagnosed with gastroenteritis, and appropriate treatment, no significant effect, admitted to our hospital, confirmed duodenocolic fistula by checking the gastrointestinal endoscopy and CT examination, clinical symptoms disappeared by surgical treatment. Diarrhea disappeared, followed two years no recurrence. **Conclusions** The clinical characteristics of the duodenocolic fistula syndrome is diversity, often accompanied by diarrhea, which is rare in clinical practice. Surgical treatment is the main approach. May be it is the key to reduce Duodenocolic fistula misdiagnosis that enhance clinical medicine knowledge and comprehensive and detailed analysis of the disease.

Keywords: Duodenocolic Fistula; Diarrhea; Misdiagnose; Intestinal Fistula

十二指肠结肠瘘是一种少见的肠内瘘,为十二指肠与结肠相通,形成内瘘。临床症状不典型,表现多样^[1],可出现腹痛、腹泻、消瘦、营养不良、电解质紊乱、贫血、低蛋白血症,病程后期可危及生命。病人可表现为反复腹泻,极易误诊误治^[2]。我科收治以反复腹泻为表现的十二指肠结肠瘘病例1例,早期被误诊为胃肠炎治疗未愈,后经确诊后手术治愈,本文分析报告如下。

1 病例资料

男,72岁,广东省中山市小榄镇人,农民。因反复腹泻1月余入院,患者1月来无明显诱因下反复出现大便时溏时泻,反复发作,大便次数增多,每日5-6次,量不定,间有夹见水谷不化,饮食减少,脘腹胀闷不舒,曾因此多次我院及当地社区卫生服务站就诊,诊断“胃肠炎”,予止泻等治疗后症状反复。渐渐出现双下肢浮肿,行走困难。无解黑便、血便及粘液样大便等不适,精神、睡眠、食欲一般,小便无诉特殊,体重下降近20kg。既往有“十二指肠球部溃疡伴出血;失血性贫血;气管扩张并肺部感染;慢性胃炎;左侧包裹性胸腔积液、痛风”等病史。否认高血压病史,手术史等。查体:体温37℃,脉搏94次/分,呼吸20次/分,血压110/57mmHg,体重58.5Kg。神志清,贫血貌,消瘦,皮肤及巩膜未见黄染,浅表淋巴结未及肿大,腹软,上腹胀痛,无反跳痛,未及包块,肝脾肋下未及,胆囊无触及,肝区、肾区无叩痛,莫非氏征阴性,麦氏点无压痛,肠鸣音活跃。双下肢凹陷性水肿。查血红蛋白61g/L,红细胞(RBC) $3.07 \times 10^{12}/L$,中性粒细胞百分数87.6%,白细胞 $10.62 \times 10^9/L$;超敏C反应蛋白70.67mg/L;血清尿酸测定526.0 μ mol/L,血清白蛋白27.8g/L,血清总蛋白56.1g/L;异常凝血酶原46.26mAU/mL;

大便隐血阳性(+);血清肌酐测定(Cr) 142.0 μ mol/L,血清钾离子(K) 2.42mmol/L,血清钠离子(Na) 148.4mmol/L,血清淀粉酶测定、血清脂肪酶测定、血脂等大致正常。胸部CT示双肺上叶支扩并感染;左下肺慢性炎症伴节段性不张;左侧胸膜增厚,左侧包裹性胸腔积液。全腹CT平扫增强示:考虑十二指肠降部及结肠肝曲占位病变并瘘道形成,腹腔脓肿;胆囊壁水肿、增厚;前列腺钙化。肠镜提示:结肠十二指肠瘘形成原因待查;降结肠息肉。胃镜提示结肠十二指肠瘘;慢性胃炎;反流性食管炎(B级)。胃肠镜下十二指肠瘘口病理活检查:组织慢性炎症伴中性粒细胞浸润,部分腺体轻度不典型增生。

入院后患者仍反复腹泻,进食后短期内排出不消化所进食物(30分钟内),解带血便。考虑诊断:十二指肠结肠瘘;腹腔脓肿;十二指肠降部溃疡;胆囊炎;贫血;低蛋白血症;低钾血症;结肠息肉;慢性胃炎;反流性食管炎;左侧包裹性胸腔积液;双肺上叶支扩并感染;痛风等。给予抗炎、解痉止痛止泻等治疗,加强支持治疗,分次给予输血4个单位红细胞及静脉营养支持,每天输20g白蛋白以纠正低蛋白血症,纠正电解质紊乱等,入院治疗5天后复查血清白蛋白27g/L,血红蛋白77g/L,电解质得到纠正。讨论后拟手术治疗,以去除病因,切除瘘,肠管吻合。在全麻下行腹腔镜手术探查治疗,术中见十二指肠降部上段肠管瘘口,占十二指肠约2/3圈,局部肠管极度水肿,粘膜极度肿胀充血,瘘口处溃疡形,局部瘘口约4cm,质硬,明显水肿,所在肠腔有狭窄,局部有肿大炎性淋巴结。术中探查考虑为十二指肠结肠内瘘,局部脓肿形成及腹腔粘连,胆囊壁为形成瘘管一部分,病理未提示恶性。行腹腔镜下右半结肠切除、胆囊切除,中转开腹肠瘘瘘管切除,局部脓肿清除,回肠横结肠端侧吻

【第一作者】 吴桂堂,男,副主任医师,主要研究方向:普通外科胃肠肝胆及癌。E-mail: E-mial:65055812@qq.com

【通讯作者】 吴桂堂

合,十二指肠空肠端侧Roux-Y形吻合术修补、十二指肠逆行插管造瘘。术后当天禁食、抗炎、护胃、静脉补液、营养支持治疗,术后次日给予空肠营养管肠内营养,术后1周渐退拔各腹腔引流管,术后1周恢复经口进食,术后2周康复出院(带十二指肠造瘘减压管,夹管),术后3周后门诊拔除十二指肠造瘘减压管。术后标本送病理检查提示:粘膜组织慢性炎症伴糜烂坏死,局灶化脓性炎;肠系膜淋巴结内包裹性脓肿形成;淋巴结13枚,未见肿瘤转移(0/13);慢性阑尾炎;慢性胆囊炎。术后腹泻等临床症状消失,术后康复无特殊,随访2年未见复发。

2 讨论

2.1 疾病概况及诊断 十二指肠结肠瘘临床少见。胃肠道瘘管内瘘、外瘘、及同时存在内外瘘的复杂瘘。肠内瘘有高位与低位瘘、高位与高位瘘、低位与低位瘘等,十二指肠与结肠相通,形成内瘘,属于高位与低位肠内瘘。十二指肠结肠瘘病因多样,如报道有自发性、右半结肠癌、胰腺癌、十二指肠结核、消化道溃疡、克罗恩病、先天性瘘管、胆囊结石胆管炎、消化道异物刺伤、淋巴瘤、胃手术后等等^[3-9]。可引起一系列病理生理改变:高位与低位肠管内瘘,消化液体及食物倾漏入横结肠引起腹泻;营养不良,消瘦,大便增多,瘘周围炎性脓肿;类短肠综合征,可出现腹泻、体重降低、营养不良;盲襻综合征,可出现肠内容物淤积,细菌过度繁殖,致腹泻、B族维生素缺乏、体重下降等。临床表现可出现进食后不久,粪便中含有未消化的食物原形,大便次数多,出现营养不良,消瘦,局部有压痛,或可触及瘘周围的炎性脓肿。口服亚甲蓝或骨炭,不久即大便排出。X线钡餐、胃肠镜可以发现瘘管,CT/MR检查有助于发现及鉴别诊断^[10]。

2.2 疾病治疗 十二指肠结肠瘘处理方法以手术为主^[11]。一般治疗以改善术前病理生理状态,包含营养支持(静脉营养为主,纠正低蛋白血症),纠正患者一般情况(电解质紊乱、贫血等),控制感染等等。手术治疗为主要手段,但并无固定手术方式,手术原则上需切除内瘘,肠管吻合修复^[12]。根据不同病因,不同病人,术式报道多样,如以下手术方式:1.十二指肠结肠瘘管切除、十二指肠、横结肠修补术;2.十二指肠结肠瘘管切除、横结肠修补、空肠十二指肠Roux-Y吻合术;3.十二指肠结肠瘘管切除、十二指肠、横结肠修补、胃空肠吻合术;4.十二指肠结肠瘘管切除、十二指肠修补、横结肠部分切除吻合术;5.十二指肠结肠瘘管切除、十二指肠修补、右半结肠切除,胃空肠吻合术;6.十二指肠结肠瘘管切除、胃大部分切除、十二指肠、横结肠瘘修补术;7.十二指肠结肠瘘管切除、胃大部分切除、十二指肠造瘘、胃空肠吻合、横结肠切除吻合术;8.十二指肠结肠瘘切除、右半结肠切除、胃空肠吻合术、十二指肠修补术;9.十二指肠结肠瘘管切除、十二指肠修补术、回肠横结肠侧侧吻合术;10.胃幽门闭合、胃空肠吻合、升结肠-横结肠侧侧吻合术、十二指肠造瘘术;11.右半结肠切除、空肠十二指肠侧侧吻合术;12.右半结肠切除、空肠十二指肠侧侧吻合术、空肠胃端侧吻合术;13.右半结肠切除、十二指肠修补、十二指肠造口、胃空肠吻合术;14. Bernes术(瘘口修补、十二指肠造瘘、迷走神经切断、毕2式胃空肠吻合术);15.右半结肠切除+胰十二指肠切除术等等^[13-15]。有部分手术失败,术后病人死亡的。因十二指肠区为胃液、胰液、胆汁消化液体汇合处,每天可有约7000mL消化液体流过;十二指肠手术可出现“十二指肠瘫”,引起大量胰液、胆汁淤积,十二指肠肠腔内压力升高,缝合部位破裂;十二指肠管径较小,此部位置入较大引流管,不易缝合严密,造瘘口质量不高,可能引起十二指肠造瘘口瘘,十二指肠狭窄。手术后如再发生十二指肠破裂或肠瘘可以是致命的,致死率达25%。该文所报道为良性疾病病例,考虑溃疡所致,临床更为少见^[16],为避免术后发生十二指肠瘘或破裂,考虑了三造瘘理念的应用,以达到减压、引流、营养支持的目的^[17]。右半结肠切除吻合后,在十二指肠内瘘口与空肠行端侧Roux-Y形吻合术修补瘘口、可以有效引流十二指肠内容物;在十二指肠逆行插管造瘘的应用,胃管减压处理,进一步减少漏的发生,空肠造瘘管依从性、舒适性好、满

意度高,肺部并发症小。术后该病人顺利康复,无术后并发症,该手术方法可提供借鉴。

2.3 误诊原因分析及防范措施 通过本例十二指肠结肠瘘诊治经过,我们认识到该病临床少见,早期表现不典型,常以反复腹泻等为临床表现,部分病人可有腹痛,腹部包块,早期极易误诊为胃肠炎等疾病,对症保守往往效果欠佳,多未能早期确诊,甚至长期被误诊^[18-19],长期耽误病情,良性瘘管有转为恶性可能^[20],早期得不到不效的手术治疗。提示对于反复腹泻为临床表现,对症治疗无明显疗效患者,应考虑有十二指肠结肠瘘可能,可以通过进一步X线钡餐、胃肠镜、CT/MR等检查诊断及鉴别诊断^[21]。十二指肠结肠瘘以手术治疗为主要手段,早期诊断可得到及时有效的手术治疗,从而手术康复。提高对十二指肠结肠瘘的临床认识,通过全面检查及全面细致分析病情是减少误诊的关键。

参考文献

- [1] Kamath AS, Iqbal CW, Pham TH, et al. Management and outcomes of primary coloduodenal fistulas [J]. *J Gastrointest Surg*, 2011, 15(10): 1706-1711.
- [2] 袁和祥, 方国恩. 十二指肠结肠瘘3例分析 [J]. *浙江临床医学*, 2001, 3(7): 516-517.
- [3] 陈润浩, 章勇. 肠结核致十二指肠横结肠瘘及回肠盲肠瘘一例 [J]. *临床外科杂志*, 2003, 11(1): 38.
- [4] 骆峰, 黄慧娟, 潘浩霖. 先天性十二指肠横结肠瘘1例 [J]. *广州医药*, 1998, 29(1): 47.
- [5] 齐刚, 张成, 李卫东. 结肠肝曲癌侵及胰十二指肠形成内瘘1例报告 [J]. *中国实用外科杂志*, 2006, 26(2): 107.
- [6] 韩子民, 王冰, 陈宏业. 胰腺癌伴十二指肠结肠瘘1例 [J]. *疑难病杂志*, 2004, 3(3): 146.
- [7] 高佑宗. 克隆氏病十二指肠-结肠瘘一例报告 [J]. *吉林医学*, 1986, 7(2): 45.
- [8] 俞翁非, 许龙堂. 结肠癌致结肠十二指肠内瘘1例 [J]. *浙江临床医学*, 2003, 5(8): 628.
- [9] Sawaguchi M, Jin M, Matsushashi T, et al. Duodenocolic fistula caused by a peptic stomal ulcer following distal gastrectomy [J]. *Intern Med*, 2013, 52(14): 1579-1583.
- [10] 王志军, 韩广秀, 张红胜. 十二指肠球后溃疡并发结肠瘘1例 [J]. *医学影像杂志*, 2004, 14(6): 478.
- [11] 夏立建, 夏有恒. 十二指肠结肠瘘 [J]. *中国肛肠病杂志*, 1998, 18(8): 23-24.
- [12] Li Z, Peng W, Yao H. Benign duodenocolic fistula: a case report and review of the literature [J]. *Front Surg*, 2023, 9: 1049666.
- [13] 李仕青, 刘金新. 结肠癌致十二指肠结肠瘘的手术处理 [J]. *蚌埠医学院学报*, 2000, 25(3): 175-176.
- [14] 吴文溪, 梁辉. 结肠癌致结肠十二指肠瘘1例报告 [J]. *江苏医药*, 1996, 22(8): 585.
- [15] 余嘉贤, 曾新宇, 吕剑波, 等. 右半结肠癌侵及十二指肠伴内瘘一例报道 [J]. *腹部外科*, 2022, 35(2): 141-142.
- [16] Li Z, Peng W, Yao H. Benign duodenocolic fistula: a case report and review of the literature [J]. *Front Surg*, 2023, 9: 1049666.
- [17] 杜巧, 毕小刚, 赵倩妮, 等. 三造瘘术在十二指肠损伤修补术后的护理实践 [J]. *护理研究*, 2021, 35(6): 1124-1126.
- [18] 孙坚, 杨国栋. 十二指肠球部溃疡穿孔致十二指肠横结肠内瘘1例 [J]. *中华医学全科杂志*, 2003, 2(2): 80.
- [19] 韩继明, 乔渝春. 十二指肠结肠瘘(附3例报告) [J]. *腹部外科杂志*, 1997, 10(4): 168-169.
- [20] 胡海清, 苏秉忠, 李文杰, 等. 十二指肠结肠瘘癌变一例 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2008, 25(11): 612-613.
- [21] 蒋荷, 林晓琳, 王琪, 等. 消化性溃疡致十二指肠结肠瘘1例 [J]. *胃肠病学*, 2010, 15(4): 255-256.

(收稿日期: 2024-07-13)

(校对编辑: 韩敏求)