



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2018.08.013
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2018.08.013
Chinese Journal of General Surgery, 2018, 27(8):1035-1040.

· 临床研究 ·

胆囊十二指肠内瘘并发胆石性肠梗阻 16 例临床诊治分析

毛岳峰, 罗衡桂, 王力

(湖南省湘潭市中心医院 普通外科, 湖南 湘潭 411100)

摘要

目的: 探讨胆囊十二指肠内瘘合并胆石性肠梗阻的诊断及治疗方法。

方法: 回顾性分析 2013 年 1 月—2017 年 6 月手术治疗 16 例胆囊十二指肠内瘘合并胆石性肠梗阻患者的临床资料。

结果: 16 例患者中, 8 例患者术前明确诊断, 8 例患者于术中明确诊断; 术前诊断合并胆囊结石胆囊炎 7 例, 合并十二指肠溃疡、胃溃疡的 5 例。16 例患者均行手术治疗, 行小肠切开取石 + 胃大部切除术 (Billroth II 式) + 空肠 Braun 吻合术 7 例, 行小肠切开取石 + 胃大部切除术 (Billroth II 式) 3 例, 行胃窦部切开取石 + 胃大部切除术 (Billroth II 式) + 空肠 Braun 吻合术 2 例, 行小肠切开取石 + 胆囊切除 + 十二指肠瘘修补 + 十二指肠造瘘 + 空肠造瘘术 4 例。平均手术时间 115 min, 平均住院时间 8 d, 平均术后 9 d 开始进食流质。术后肺部感染 4 例, 十二指肠漏 2 例, 术后吻合口出血 1 例, 切口感染 3 例。16 例患者均治愈出院。

结论: 术前 CT 及 B 超等辅助检查对于该病的诊断十分重要, 对于胆囊严重炎症粘连者, 特别是合并十二指肠溃疡、胃溃疡者行胃大部切除术 (Billroth II 式) + 空肠 Braun 吻合术效果良好, 对于胆囊炎症较轻者, 可考虑行胆囊切除 + 十二指肠瘘修补 + 空肠造瘘术, 十二指肠球部结石梗阻患者可经胃窦切开取石。

关键词

胆囊结石病; 胆瘘; 肠瘘; 十二指肠梗阻

中图分类号: R657.4

Diagnosis and treatment of cholecystoduodenal fistula complicated with gallstone bowel obstruction: a clinical analysis of 16 cases

MAO Yuefeng, LUO Henggui, WANG Li

(Department of General Surgery, Xiangtan Central Hospital, Xiangtan, Hunan 411100, China)

Abstract

Objective: To investigate the diagnosis and treatment methods for cholecystoduodenal fistula complicated with gallstone ileus.

Methods: The clinical data of 16 patients with cholecystoduodenal fistula and gallstone ileus undergoing surgical treatment from January 2013 to June 2017 were analyzed retrospectively.

Results: Of the 16 patients, 8 cases were diagnosed before operation, and 8 cases were diagnosed during operation; 7 cases were diagnosed having concomitant gallstone cholecystitis, and 5 cases were diagnosed

收稿日期: 2018-04-29; 修订日期: 2018-07-16。

作者简介: 毛岳峰, 湖南省湘潭市中心医院副主任医师, 主要从事肝胆胃肠疝及腹腔镜微创外科方面的研究。

通信作者: 毛岳峰, Email: maoyuefeng0734@163.com

having concomitant duodenal ulcer and gastric ulcer before operation. All of the 16 patients underwent surgical treatment, which included small bowel enterotomy and stone extraction plus gastrectomy (Billroth II operation) and Braun's anastomosis in 7 cases, small bowel enterotomy and stone extraction plus gastrectomy (Billroth II operation) in 3 cases, gastric antrotomy and stone extraction combined with gastrectomy (Billroth II operation) and Braun's anastomosis in 2 cases, and small bowel enterotomy and stone extraction, cholecystectomy and duodenal fistula repair plus duodenostomy and jejunostomy in 4 cases. The operative average time was 115 min, the average length of hospital stay was 8 d, and liquid food intake started on average postoperative day 9. After the operation, pulmonary infection occurred in 4 cases, duodenal leakage occurred in 2 cases, anastomotic bleeding occurred in 1 case, and wound infection occurred in 3 cases, respectively. All the 16 patients were discharged after a complete cure.

Conclusion: Preoperative examinations such as CT and B ultrasound are very important for diagnosis of this condition. For patients with severe inflammatory adhesion of the gallbladder, especially with concomitant duodenal ulcers and gastric ulcers, gastrectomy (Billroth II operation) plus Braun's anastomosis is effective, while cholecystectomy plus duodenal fistula repair and jejunostomy can be considered for those with mild cholecystitis, and gastric antrotomy and stone removal can be performed in cases with duodenal bulb stone obstruction.

Key words Cholecolithiasis; Biliary Fistula; Intestinal Fistula; Duodenal Obstruction

CLC number: R657.4

胆石性肠梗阻是肠梗阻中比较特殊的一种类型，属于机械性肠梗阻的范畴，但由于其发病机制有多种原发因素，对于胆石性肠梗阻进行深入研究，归纳和总结，对于实际临床工作中碰到这一类患者时具有重大的指导意义。本文就我院2013年1月—2017年6月进行手术治疗的16例胆囊十二指肠内瘘并发胆石性肠梗阻的患者进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

胆囊十二指肠内瘘并发胆石性肠梗阻患者16例中，男7例，女9例；年龄40~75岁，中位年龄55岁。既往发现有胆囊结石病史的7例，病程 ≥ 20 年者2例，病程 ≥ 15 年者2例，病程 ≥ 5 年者2例，其中既往有胆囊炎发作史的4例。

1.2 临床表现

本组临床表现主要为腹痛16例（100.0%），

腹胀16例（100.0%），肛门停止排气排便14例（87.5%），呕吐或进食后呕吐14例（87.5%），贫血4例（25%），发热2例（12.5%），病程为2~14 d，平均6 d。

1.3 辅助检查

所有患者术前均行全腹部CT增强及腹部彩超检查，其中7例术前行胃镜检查，6例术前行全消化道造影（泛影葡胺或碘海醇）。14例腹部CT结果可见明显的小肠扩张并积气积液（图1A），其中考虑高位梗阻的6例，低位梗阻8例。2例腹部CT结果可见十二指肠球降部梗阻（图1B）。腹部CT提示胆囊十二指肠内瘘的8例，提示胃潴留的5例。腹部彩超发现胆囊结石的7例，但胆囊内结石均 ≤ 1 cm，发现胆囊十二指肠内瘘的2例，胆囊周围显示不清的5例。胃镜检查怀疑胆囊十二指肠内瘘并看到瘘口的5例，未看到明确瘘口的2例，发现十二指肠溃疡、胃溃疡的5例。全消化道造影提示小肠梗阻4例，十二指肠梗阻2例，其中完全梗阻5例，不全梗阻1例。

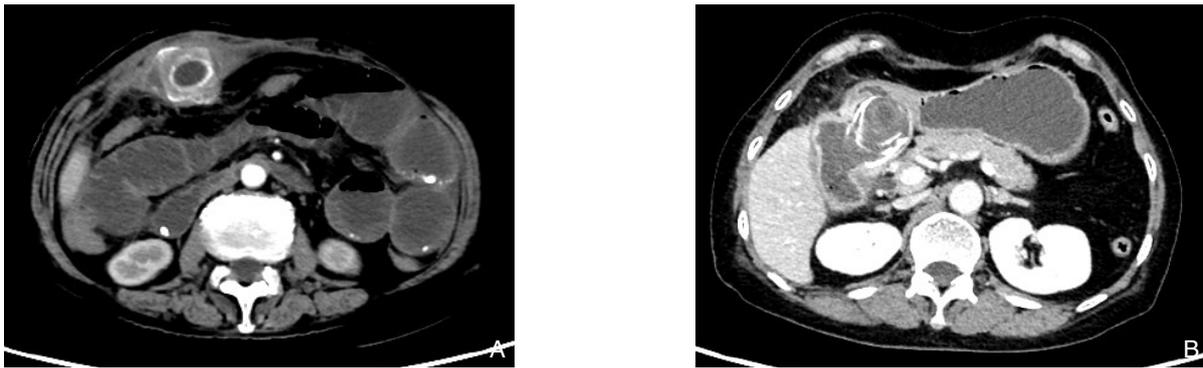


图1 胆结石并小肠梗阻 CT表现 A: 小肠扩张并积气积液; B: 十二指肠球降部梗阻

Figure 1 CT manifestations of gallstone ileus A: Dilation of the small bowel with gas and fluid collections; B: Obstruction at the descending part of the duodenal bulb

2 结果

2.1 诊断

术前14例诊断均为小肠梗阻、2例诊断为十二指肠梗阻,其中术前明确为胆囊十二指肠内瘘、胆石性肠梗阻8例,术前诊断合并胆囊结石胆囊炎7例,合并十二指肠溃疡、胃溃疡的5例。8例患者于术中探查明确诊断为胆囊十二指肠瘘并胆石性肠梗阻。

2.2 手术方式

16例患者均进行手术治疗,其中行小肠切开取石+胃大部切除术(Billroth II式)+空肠Braun吻合术7例,行小肠切开取石+胃大部切除术(Billroth II式)3例,行胃窦部切开取石+胃大部切除术(Billroth II式)+空肠Braun吻合术2例,行小肠切开取石+胆囊切除+十二指肠瘘修补+十二指肠造瘘+空肠造瘘术4例。12例行胃大部切除术的患者因胆囊区严重粘连未进行胆囊十二指肠瘘口修补。

2.3 治疗结果

手术时间85~130 min,平均115 min;住院天数5~14 d,平均8 d;术后进食流质时间2~14 d,平均9 d。通过手术取出的引起肠梗阻胆结石,其中直径 ≥ 5 cm者3个, ≥ 4 cm~ < 5 cm者7个, ≥ 3.5 cm~ < 4 cm者3个, ≥ 3 cm~ < 3.5 cm者3个,术后常规使用抗生素、抑酸、营养支持等治疗。

2.4 术后并发症及处理

全组发生术后并发症16例。其中肺部感染4例(4/16, 25.0%),十二指肠瘘2例(2/16, 12.5%),经负压引流后治愈,未出现吻合口漏。

术后吻合口出血1例(0.06%),经止血等保守治疗后治愈,切口感染3例(18.7%),经伤口换药后治愈。无消化道梗阻病例,无死亡病例。

2.5 随访

所有患者出院后均随访,随访时间6~24个月,本组手术患者术后症状均消失。

3 讨论

胆囊十二指肠内瘘是指由于胆囊结石的压迫、炎症以及组织坏死而导致的胆囊与十二指肠形成的内瘘^[1],多发生在胆囊底部与十二指肠第一段之间^[2-3]。多见于老年患者,尤其是女性,好发年龄50~70岁^[4]。胆囊十二指肠内瘘多因症状不明显而容易被忽视,故漏诊和误诊率较高^[5-6]。该病是胆囊结石少见的一种并发症,约占胆肠内瘘的80%。临床上胆囊十二指肠内瘘多因胆囊结石通过瘘管进入十二指肠或小肠引起肠梗阻而被发现,故称之为胆石性肠梗阻。胆石性肠梗阻是机械性肠梗阻中比较少见的一种类型,发生率低于1%,是导致1%~4%小肠梗阻的原因^[7]。因其需要多种条件同时具备,才能导致发病,所以笔者对这类肠梗阻特点及手术治疗方式进行归纳总结,以帮助临床医生做出正确的判断和采取正确的治疗方式。

首先,对于胆囊十二指肠内瘘并发胆石性肠梗阻的诊断,既往病史及辅助检查起到了关键的作用。如本组资料显示,此类胆石性肠梗阻患者很多既往有有症状或无症状的胆结石病史。胆囊十二指肠内瘘伴胆石性肠梗阻术前确诊率低,多在术中确诊^[2],其原因主要是影像学上对本病的认

识较少, 对其CT诊断价值的研究在此类患者的术前诊断中起到了至关重要的作用^[8]。以往文献^[9]报道胆石性肠梗阻的CT特征性表现为Rigler三联征:

(1) 肠袢积气、扩张、积液; (2) 下腹部异常钙化影; (3) 胆囊或胆管内积气。CT诊断胆囊十二指肠内瘘伴胆石性肠梗阻的直接征象有^[10]: (1) 瘘口, 位于胆囊与十二指肠之间, 尤以十二指肠球部比较常见, 本组患者瘘口多发生于胆囊体部与十二指肠球部或球部与降部交界处, 这是因为胆囊体部与十二指肠球部紧密相邻, 胆囊内的结石压迫胆囊壁及邻近的十二指肠壁, 导致组织缺血坏死进而形成瘘口。(2) 胆石位于梗阻段肠腔内, 胆石表现为肠管内椭圆形、圆形或不规则形影, 密度可以为高密度、低密度或混杂密度, 以混杂密度最常见, 且常呈同心圆状。术前B超检查应列为常规, 本组有5例患者术前行腹部彩超检查时就发现既往胆囊内较大的结石消失了, 此时需高度怀疑胆囊内瘘的发生, 能帮助临床医师对病情做出正确的判断。胃镜检查及全消化道造影多可看到或显示胆囊十二指肠瘘口, 也可发现胃及十二指肠的溃疡, 对做出正确的诊断有重要的帮助。

其次, 手术方式选择多样化。国内文献^[11-14]报道显示, 对于胆囊十二指肠内瘘合并肠梗阻的患者, 手术方式有多种, 根据患者的全身状况和术中具体情况而有所不同, 主要分为开腹手术及腹腔镜手术^[12, 15-18]两种, 亦可分两期手术完成, 手术原则主要是取出结石、解除梗阻、修补瘘口、切除胆囊。对于采取何种手术方式, 通过手术经验和根据手术中实际情况, 胆囊十二指肠内瘘的形成是一个缓慢的炎症病变过程, 甚至有癌变的可能, 胆囊周围多数粘连严重, 局部解剖结构不甚清楚, 如果强行进行分离, 可能导致结肠、十二指肠、胃、肝脏等其他脏器损伤^[19], 带来更多的手术并发症, 且此类患者多为急性起病, 常合并上消化道溃疡, 所以本组多采用的是胃大部切除术(Billroth II式)+空肠Braun吻合术, 切除了溃疡的好发部位, 同时进行十二指肠的旷置及食物的转流, 避免了食物对胆囊的长期刺激作用, 减少癌变的可能, 术后患者恢复良好也证实了此手术方式的安全有效性。对于胆囊炎症轻微的患者, 则可考虑行胆囊及十二指肠内瘘切除+十二指肠瘘修补+十二指肠造瘘+空肠造瘘术,

此手术方式优点是一期切除了病理胆囊及取出结石, 达到了治愈的效果, 不需要再行二次手术。需要特别指出的是本组2例患者为十二指肠球降部的结石梗阻, 尚未进入小肠, 因右上腹胆囊十二指肠区域粘连严重, 笔者采取的是胃窦切开取石, 避免了分离严重粘连的组织, 造成不必要的副损伤, 减少了手术的创伤, 降低了手术风险, 缩短了手术时间, 患者术后恢复顺利, 预后良好。

最后, 此类疾病重在预防, 以及需要重视对术后并发症的处理。根据本组术中取出的引起肠梗阻的胆结石直径大小, 可以得出结论, 引起肠梗阻的胆囊结石直径都 >3 cm, 有文献^[20-21]报道, 进入肠道的胆石绝大部分通过粪便排出, 仅10%~15%直径 >2.5 cm的胆石可引起肠梗阻, 说明只有较大的胆结石才能引起肠梗阻, 且多数患者胆囊结石病程时间较长, 最长大于20年, 但患者直到引起胆石性肠梗阻才到医院就诊。从这方面来说, 胆石性肠梗阻与普通肠梗阻不同之处在于, 可以预防胆石性肠梗阻的发生, 及早的干预。对于有胆囊结石病史的患者, 特别是病程较长、胆结石较大的患者, 应适时手术切除胆囊, 避免胆囊十二指肠内瘘的形成, 从而避免了胆石性肠梗阻的发生。本组患者术后出现2例十二指肠漏, 通过积极通畅引流、胃肠减压, 抑酸、抑酶、抗感染及肠外营养支持等保守治疗后治愈, 十二指肠瘘会导致腹腔严重感染与腐蚀性出血, 甚至死亡^[22], 因此对于十二指肠瘘的预防应引起足够的重视。手术操作过程需轻柔, 以避免肠管壁损伤导致瘘口扩大及过度干扰, 肠管全层间断缝合, 必要时可将大网膜覆盖于瘘口处, 十二指肠造瘘减压等对于减少十二指肠漏的发生均有重要作用^[23]。术后吻合口出血多因为术中止血不彻底, 或术后吻合口愈合不良及溃疡, 需要在术中仔细检查吻合口有无活动性出血, 必要时吻合口全层加固缝合, 术后纠正低蛋白, 加强营养支持, 促进吻合口愈合, 并予以制酸、输血及药物止血治疗, 必要时亦可内镜下止血治疗。此外因为此类手术为可能污染或污染手术, 术后常导致肺部感染及切口感染, 需要术中严格无菌操作, 放置腹腔引流, 术后使用抗生素及切口换药减少感染的发生。

综上所述, 只有对胆囊十二指肠内瘘引起的

胆石性肠梗阻有深入的认识,才能做出正确的诊断,采取适合的手术方式,取得满意的手术效果。

参考文献

- [1] 吴咸中. 腹部外科实践[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2004:1185-1187.
Wu XZ. Practice of Abdominal surgery[M]. Tianjin: Tianjin science & technology press, 2004:1185-1187.
- [2] Angrisani L, Corcione F, Tartaglia A, et al. Cholecystoenteric fistula (CF) is not a contraindication for laparoscopic surgery[J]. Surg Endosc, 2001, 15(9):1038-1041. doi: 10.1007/s004640000317.
- [3] Wang WK, Yeh CN, Jan YY. Successful laparoscopic management for cholecystoenteric fistula[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(5):772-775.
- [4] Chowbey PK, Bandyopadhyay SK, Sharma A, et al. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistulas[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2006, 16(5):467-472. doi: 10.1089/lap.2006.16.467.
- [5] Inal M, Oguz M, Aksungur E, et al. Biliary-enteric fistulas: report of five cases and review of the literature[J]. Eur Radiol, 1999, 9(6):1145-1151. doi: 10.1007/s003300050810.
- [6] 王光链, 孙振纲, 杨志奇. 胆囊与肝总管及十二指肠内瘘一例[J]. 现代医学与健康研究, 2018, 2(11):183.
Wang GL, Sun ZG, Yang ZQ. Internal fistula of the gallbladder, common hepatic duct and duodenum: a report of one case[J]. Modern Medicine and Health Research, 2018, 2(11):183.
- [7] Zappia F, Petracca G, Talarico CA. Gallstone ileus. A case treated with minilaparotomy and a review of the literature[J]. Ann Ital Chir, 2017, 6. pii: S2239253X1702535X.
- [8] 刘秀娟, 孙娜, 姜洪. 胆囊十二指肠内瘘伴胆石性肠梗阻的CT诊断价值分析[J]. 医学影像学杂志, 2011, 21(10):1501-1503. doi:10.3969/j.issn.1006-9011.2011.10.016.
Liu XJ, Sun N, Jiang H. CT value analysis in diagnosing cholecystoduodenal fistula complicating gallstone ileus[J]. Journal of Medical Imaging, 2011, 21(10):1501-1503. doi:10.3969/j.issn.1006-9011.2011.10.016.
- [9] Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients[J]. Eur J Radiol, 2004, 50(1):23-29. doi: 10.1016/j.ejrad.2003.11.011.
- [10] 纪建松, 赵中伟, 卢陈英, 等. 螺旋CT及重组技术对粪石性肠梗阻的诊断价值[J]. 放射学实践, 2007, 22(8):840-843. doi:10.3969/j.issn.1000-0313.2007.08.018.
Ji JS, Zhao ZW, Lu CY, et al. Value of Spiral Computed Tomography and Reconstruction Techniques in Diagnosing Bezoars Ileac[J]. Radiologic Practice, 2007, 22(8):840-843. doi:10.3969/j.issn.1000-0313.2007.08.018.
- [11] 崔志刚, 孔棣. 胆囊十二指肠瘘34例分析[J]. 山东医药, 2009, 49(26):57-58. doi:10.3969/j.issn.1002-266X.2009.26.029.
Cui ZG, Kong D. Analysis of cholecysto-duodenal fistula in 34 cases[J]. Shandong Medical Journal, 2009, 49(26):57-58. doi:10.3969/j.issn.1002-266X.2009.26.029.
- [12] 许建, 俞小炯. 胆囊十二指肠瘘35例临床分析[J]. 四川医学, 2009, 30(3):361-362. doi:10.3969/j.issn.1004-0501.2009.03.029.
Xu J, Yu XJ. Clinical analysis of cholecyst-duodenal fistula(35 cases report)[J]. Sichuan Medical Journal, 2009, 30(3):361-362. doi:10.3969/j.issn.1004-0501.2009.03.029.
- [13] 秦贤举, 陈问谭, 张勇, 等. 胆囊十二指肠瘘的诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(8):600-602. doi:10.3969/j.issn.1005-6947.2003.08.013.
Qin XJ, Chen WT, Zhang Y, et al. Diagnosis and treatment of cholecystoduodenal fistula[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2003, 12(8):600-602. doi:10.3969/j.issn.1005-6947.2003.08.013.
- [14] 刘兴贵, 韩民, 于奕. 胆囊十二指肠瘘并胆石性肠梗阻2例[J]. 中国普通外科杂志, 2012, 21(11):1483-1484.
Liu XG, Han M, Yu Y. Cholecysto-duodenal fistula complicated with gallstone ileus: a report of 2 cases[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2012, 21(11):1483-1484.
- [15] 刘益民, 金上博, 郭智华, 等. 腹腔镜下胆囊十二指肠内瘘修补术临床研究[J]. 现代仪器与医疗, 2015, 21(5):85-86. doi:10.11876/mimt201505032.
Liu YM, Jin SB, Guo ZH, et al. Clinical study of laparoscopic cholecystectomy for gallbladder duodenal fistula[J]. Modern Instruments & Medical Treatment, 2015, 21(5):85-86. doi:10.11876/mimt201505032.
- [16] 王贵阳, 辛诚, 袁志青, 等. 腹腔镜下胆囊十二指肠内瘘的诊治[J]. 腹腔镜外科杂志, 2017, 22(2):130-133. doi:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2017.02.130.
Wang GY, Xin C, Yuan ZQ, et al. Diagnosis and treatment of cholecystoduodenal fistula by laparoscopy: with a report of 18 cases[J]. Journal of Laparoscopic Surgery, 2017, 22(2):130-133. doi:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2017.02.130.
- [17] 索运生, 肖宏, 尹思能, 等. 胆囊十二指肠瘘的腹腔镜治疗[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2008, 15(11):847-848.
Suo YS, Xiao H, Yin SN, et al. Treatment of Cholecystoduodenal Fistula under Laparoscopes[J]. Chinese Journal of Bases and Clinics in General Surgery, 2008, 15(11):847-848.
- [18] 张卫东, 吴浩荣, 王浩炜, 等. 腹腔镜治疗胆囊内瘘7例报告[J]. 中国微创外科杂志, 2007, 7(2):108. doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2007.02.011.
Zhang WD, Wu HR, Wang HW, et al. Laparoscopic treatment for gallbladder fistula: a report of 7 cases[J]. Chinese Journal of Minimally Invasive Surgery, 2007, 7(2):108. doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2007.02.011.

- [19] 黄德全, 胡先典. 胆石性肠梗阻七例临床分析[J]. 中华普通外科杂志, 2007, 22(8):628. doi:10.3760/j.issn:1007-631X.2007.08.020.
Huang DQ, Hu XD. Clinical analysis of gallstone bowel obstruction in 7 cases[J]. Zhong Hua Pu Tong Wai Ke Za Zhi, 2007, 22(8):628. doi:10.3760/j.issn:1007-631X.2007.08.020.
- [20] Langhorst J, Schumacher B, Deselasers T, et al. Successful endoscopic therapy of a gastric outlet obstruction due to a gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome[J]. Gastrointest Endosc, 2000, 51(2):209-213.
- [21] 张蓓, 汪登斌, 陆勇, 等. 胆石性肠梗阻的CT诊断[J]. 临床放射学杂志, 2005, 24(11):998-1001. doi:10.3969/j.issn.1001-9324.2005.11.014.
Zhang B, Wang DB, Lu Y, et al. CT Diagnosis of Gallstone Ileus[J]. Journal of Clinical Radiology, 2005, 24(11):998-1001. doi:10.3969/j.issn.1001-9324.2005.11.014.
- [22] 王晓波, 余少鸿, 范德庆, 等. 微创手术导致十二指肠瘘的特点分析(附5例报告)[J]. 中国内镜杂志, 2008, 14(12):1326-1328.
Wang XB, Yu SH, Fan DQ, et al. Analysis of characteristic of duodenum fistula from mini invasive operation(5 cases report) [J]. China Journal of Endoscopy, 2008, 14(12):1326-1328.
- [23] 邓科平, 龚双喜, 周厚吾, 等. 胆囊十二指肠内瘘21例临床分析[J]. 腹部外科, 2013, 26(2):107-108. doi:10.3969/j.issn.1003-5591.2013.02.013.
Deng KP, Gong SX, Zhou HW, et al. Clinical analysis to 21 cases of cholecystoduodenal fistula[J]. Journal of Abdominal Surgery, 2013, 26(2):107-108. doi:10.3969/j.issn.1003-5591.2013.02.013.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 毛岳峰, 罗衡桂, 王力. 胆囊十二指肠内瘘并胆石性肠梗阻16例临床诊治分析[J]. 中国普通外科杂志, 2018, 27(8):1035-1040. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2018.08.013
Cite this article as: Mao YF, Luo HG, Wang L. Diagnosis and treatment of cholecystoduodenal fistula complicated with gallstone bowel obstruction: a clinical analysis of 16 cases[J]. Chin J Gen Surg, 2018, 27(8):1035-1040. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2018.08.013

欢迎订阅《中国普通外科杂志》

《中国普通外科杂志》是国内外公开发行的国家级期刊 (ISSN1005-6947/CN43-1213/R), 面向广大从事临床、教学、科研的普外及相关领域工作者, 以实用性为主, 及时报道普通外科领域的新进展、新观点、新技术、新成果、实用性临床研究及临床经验, 是国内普外学科的权威刊物之一。办刊宗旨是: 传递学术信息, 加强相互交流; 提高学术水平, 促进学科发展; 注重临床研究, 服务临床实践。

本刊由国家教育部主管, 中南大学主办, 中南大学湘雅医院承办。主编中南大学湘雅医院王志明教授, 顾问由中国科学院及工程院院士汤钊猷、吴孟超、吴咸中、汪志镛、郑树森、黄洁夫、黎介寿、赵玉沛、夏家辉、夏穗生等多位国内外著名普通外科专家担任, 编辑委员会由百余名国内外普通外科资深专家学者和二百余名中青年编委组成。开设栏目有述评、专题研究、基础研究、临床研究、简要论著、临床报道、文献综述、误诊误治与分析、手术经验与技巧、国内外学术动态, 病案报告。本刊已被多个国内外重要检索系统和大型数据库收录, 如: 美国化学文摘 (CA), 俄罗斯文摘 (AJ), 日本科学技术振兴集团 (中国) 数据库 (JSTChina), 中国科学引文数据库 (CSCD), 中文核心期刊 (中文核心期刊要目总览), 中国科技论文与引文数据库 (中国科技论文统计源期刊), 中国核心学术期刊 (RCCSE), 中国学术期刊综合评价数据库, 中国期刊网全文数据库 (CNKI), 中文科技期刊数据库, 中文生物医学期刊文献数据库 (CMCC), 万方数据-数字化期刊群, 中国生物医学期刊光盘版等, 期刊总被引频次、影响因子及综合评分已稳居同类期刊前列。在科技期刊评优评奖活动中多次获奖; 特别是 2017 年 10 月获“第 4 届中国精品科技期刊”, 其标志着《中国普通外科杂志》学术水平和杂志影响力均处于我国科技期刊的第一方阵。

本刊已全面采用远程投稿、审稿、采编系统, 出版周期短, 时效性强。欢迎订阅、赐稿。

《中国普通外科杂志》为月刊, 国际标准开本 (A4 幅面), 每期 120 页, 每月 15 日出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷, 图片彩色印刷, 封面美观大方。定价 25.0 元/册, 全年 300 元。国内邮发代号: 42-121; 国际代码: M-6436。编辑部可办理邮购。

本刊编辑部全体人员, 向长期以来关心、支持、订阅本刊的广大作者、读者致以诚挚的谢意!

编辑部地址: 湖南省长沙市湘雅路 87 号 (湘雅医院内) 邮政编码: 410008

电话 (传真): 0731-84327400 网址: <http://pw.amegroups.com>; <http://www.zpwz.net>

Email: pw@amegroups.com; pw4327400@126.com

中国普通外科杂志编辑部