

doi:10.3969/j.issn.1006-5709.2019.04.029

个案报道

ERCP 术后并发坏疽性胆囊炎 1 例报道

张 瑜,程文芳

南京医科大学第一附属医院消化内科,江苏 南京 210029

【摘要】 通过 1 例罕见的 ERCP 术后并发坏疽性胆囊炎患者的临床诊疗,以增强临床医师对 ERCP 罕见并发症的认识,并减少误诊的发生。

【关键词】 ERCP;坏疽性胆囊炎

中图分类号: R575.6⁺1 文献标识码: B 文章编号: 1006-5709(2019)04-0479-02 收稿日期: 2018-04-08

Post-ERCP gangrenous cholecystitis: one case report

ZHANG Yu, CHENG Wenfang

Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China

【Abstract】 One rare case of the clinical diagnosis and treatment of post-ERCP gangrenous cholecystitis patient was reported, to strengthen the understanding of rare complications of ERCP and decrease clinical misdiagnosis.

【Key words】 ERCP; Gangrenous cholecystitis

病例 患者,女,47 岁,因“皮肤巩膜黄染 1 月余”入院。1 个月前患者无明显诱因出现眼黄、皮肤黄染,伴纳差、厌油、腹胀不适,小便呈浓茶色,大便为白陶土样便,体质量明显减轻。患者既往体健,无慢性肝病病史,无胃肠疾病病史。外院上腹部 MRI 提示胆管系统梗阻,胆管癌可能,胆囊管受侵可能。我院血常规:白细胞 $11.53 \times 10^9 L^{-1}$,中性粒细胞百分比 79.70%,尿常规:尿胆红素 3+,生化:丙氨酸氨基转移酶 170.8 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶 127.3 U/L、碱性磷酸酶 556 U/L、L-γ-谷氨酰转肽酶 1 242.3 U/L,总胆红素 241.9 $\mu mol/L$ 、直接胆红素 174.3 $\mu mol/L$ 、间接胆红素 67.60 $\mu mol/L$ 、CA19-9 686.30 U/ml,乙肝五项、丙肝抗体、自身免疫性疾病相关指标在正常范围。

排除禁忌后于 2017 年 11 月 15 日行 ERCP+EST+扩张+塑料支架植入术,术后予以禁食、抑制胰液分泌、抗感染、补液等治疗。术后第 2 天患者开始出现右上腹痛、发热。查体:右上腹压痛、无反跳痛。血常规:白细胞 $11.12 \times 10^9 L^{-1}$,中性粒细胞百分比 84.90%、血清淀粉酶 1 034 IU/L、降钙素原 1.05 ng/ml。经治疗,患者血清淀粉酶逐渐恢复正常,但仍有持续性右上腹痛,阵发性加剧,腹胀,间断发热,且开始出现右下腹反跳痛。上腹部 CT(见图 1)提示胆囊扩张,囊壁增厚,肝内胆管积气。肝周大量积液。B 超见胆囊明显肿胀,张力高,胆囊壁明显水肿增厚,腹腔积液,胸腔积液。行 B 超引导下经皮经肝胆囊穿刺引流,引流出浓稠近黑色胆汁。B 超引导下腹腔穿刺置管,引流出灰绿色浓稠液体。遂转至我院肝脏外科行全麻下剖腹探查术,术中见:胆囊明显肿胀,胆囊底部可及穿孔(见图 2),肝下,膈下,小网膜囊内多发脓肿(见图 3~4)。予胆囊切除(见图 5),腹腔冲洗,留置腹腔引流管,术后胆囊病理(见图 6)示坏疽性胆囊炎。患者胆囊切除术后经抗感染等对症支持治疗,好转出院。

讨论 ERCP 因其侵入性性质,并发症往往难以避免。这

就需要消化内镜医师充分了解 ERCP 的适应证和禁忌证,从而避免不必要的检查及并发症的发生。ERCP 术后并发坏疽性胆囊炎目前国内外报道并不多见,因其是急性胆囊炎的严重类型,有着更高的死亡率,更多的并发症发生率,因此在临床上应提高对坏疽性胆囊炎的识别能力。总的来说,坏疽性胆囊炎在急性胆囊炎中相对少见。据报道,在所有急性胆囊炎患者中,坏疽性胆囊炎的发病率为 10%~40%^[1],但有这种病理变化的患者往往病情更重,而相关的胆囊切除术也更具挑战性。

坏疽性胆囊炎的发病危险因素包括高龄、男性、白细胞计数升高(白细胞计数 $>17 \times 10^9 L^{-1}$)、高 C 反应蛋白(CRP)、酗酒史、心血管疾病、糖尿病等。研究表明,梗阻、感染、缺血是胆囊坏疽形成的关键因素^[2]。结合文献和本病例,ERCP 并发坏疽性胆囊炎的可能机制如下:(1)EST 时,操作者未能将胆胰管段完全切开,切口过于水肿;(2)术中胆管结石未完全取尽,胆囊颈部结石嵌顿;(3)胆道梗阻时,细菌驻留在胆道,感染和梗阻形成恶性循环;(4)术中为了更好地显影,使用大量的造影剂,较多的造影剂进入胆囊且胆囊管引流不畅,造成胆囊管梗阻;(5)少数情况下引流管或导丝误插入胆囊。这些因素的一致后果是胆囊内压增高,胆囊显著扩张,胆囊壁张力增加,血运障碍,最终导致胆囊壁出血、坏死或脓肿^[3]。

坏疽性胆囊炎主要表现为持续性右上腹痛、腹胀,阵发性加剧,伴有发热、恶心、呕吐,严重时胆囊壁穿孔,出现急性弥漫性腹膜炎表现,甚至感染性休克危及生命。ERCP 并发的坏疽性胆囊炎应与其他并发症如十二指肠穿孔、急性胰腺炎相鉴别。穿孔和急性胰腺炎均发生较早,术后 6 h 内即可出现腹痛。穿孔主要表现为突发剧烈腹痛,明显的腹膜刺激征,腹部平片可见膈下新月形的游离气体。急性胰腺炎主要为剧烈腹痛,向腰背部放射,伴恶心、呕吐,呕吐后腹痛不缓解,血尿淀粉酶明显升高。坏疽性胆囊炎的发生则较缓慢,平均潜伏期 1~3 d,很难引起警惕,而且对 ERCP 其他更常见的并发症的考虑可能会导致诊断的延误。就像在本病例中,患者腹痛腹胀且血清淀粉酶明显升高,最初考虑为急性胰腺炎,予抗胰腺炎治疗后,血清淀粉酶恢复正常但腹痛并未缓解,这就引导我们考虑其他罕见并发症的可能。

第一作者简介:张瑜,在读硕士研究生,研究方向:胃肠病和肝病。E-mail:745380458@qq.com
通讯作者:程文芳,主任医师,博士,副教授,研究生导师,研究方向:胃肠病和肝病。E-mail:chengwenfang@aliyun.com

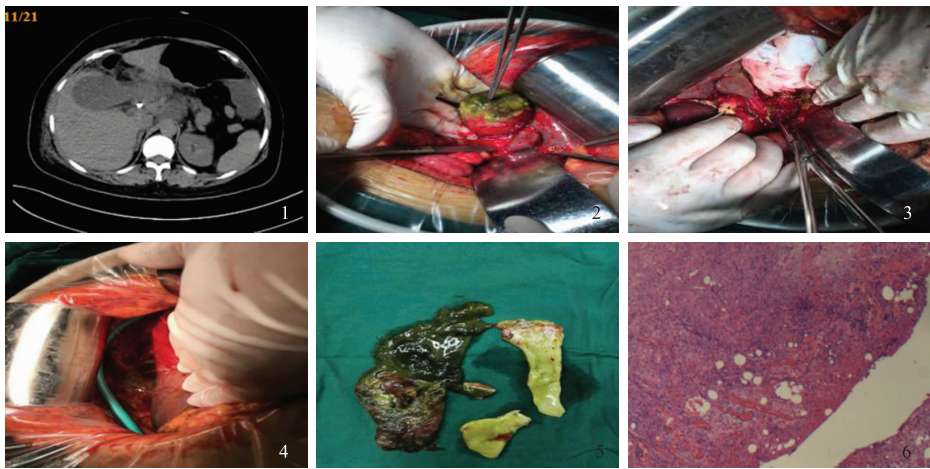


图 1 腹部 CT:胆囊扩张,囊壁增厚;图 2 术中胆囊:胆囊肿胀,胆囊底部穿孔;图 3 网膜囊脓肿;图 4 膈下脓肿;图 5 术后胆囊标本和脓肿壁;图 6 胆囊病理(200 ×):坏疽性胆囊炎

Fig 1 Abdominal CT: dilatation of the gallbladder and thickening of the gallbladder wall; Fig 2 The gallbladder in the operation: gallbladder swelling and perforation of the bottom of the gallbladder; Fig 3 Omentum abscess; Fig 4 Subphrenic abscess; Fig 5 Postoperative gallbladder specimen and abscess wall; Fig 6 Pathological report of gallbladder (200 ×): gangrenous cholecystitis

超声和 CT 均是胆囊疾病的无创检测方式,超声因其对胆囊结石的高度敏感性,相对低花费和简单方便等优势成为诊断胆囊疾病的首选影像学检查。但是近年来,CT 因其对胆囊疾病的诊断精确性较高并且能够提供快速成像从而变得更受欢迎。坏疽性胆囊炎的超声特点是胆囊壁的非均匀性或纹状增厚,预示着胆囊腔内和胆囊周围不规则的液体聚集。胆囊腔内膜的存在象征着胆囊黏膜的脱落,是坏疽性胆囊炎的特异性超声表现,但并不常见。当超声检查不确定时,CT 对于病情的诊断扮演着重要的角色。坏疽性胆囊炎特异的 CT 表现是胆囊壁或腔内的气体,胆囊内膜脱落,胆囊壁和胆囊周围不规则的脓肿。有研究表明,在行增强 CT 检查时,发现伴有胆囊壁增强减弱的胆囊显著扩张对于坏疽性胆囊炎具有高度特异性^[4]。尽管如此,坏疽性胆囊炎的诊断仍需靠术中或术后病理诊断。

坏疽性胆囊炎是急性胆囊炎的终末期,严重时可发生胆囊穿孔,出现胆囊周围脓肿或急性弥漫性腹膜炎,甚至败血症、感染性休克危及生命。因此,临床上一旦可疑为坏疽性胆囊炎时应尽早进行手术治疗。目前,手术方式主要为腹腔镜胆囊切除术、开放手术和中转开腹。腹腔镜胆囊切除术因其围手术期并发症少、术后恢复快、节约医疗资源等优势而应用更为广泛。有研究认为,腹腔镜胆囊切除术可以相对安全且成功地应用于坏疽性胆囊炎患者,成功率为 91%,未增加并发症发生率和死亡率^[5]。因此如果可能的话,应避免采用开放手术方式,无论是最初还是术中转换,都有助于减少术后并发症和节约医疗资源。但是在严重的胆囊周围炎症、术中出血,或腹部多个手术的情况下,则首选开放手术来确保患者的安全。

总文,ERCP 术后并发坏疽性胆囊炎极为少见,一旦发生,其死亡率、并发症发生率较普通急性胆囊炎均明显升高,且住院时间明显延长。因此,临床上一旦怀疑为坏疽性胆囊炎时应及时进行手术治疗,以免腹腔感染加剧,危及生命。

参考文献

[1] SUREKA B, RASTOGI A, MUKUND A, et al. Gangrenous cholecystitis: analysis of imaging findings in histopathologically confirmed cases [J]. Indian J Radiol Imaging, 2018, 28(1): 49-54. DOI: 10.4103/ijri.IJRI_421_16.

[2] YIN H K, WU H E, LI Q X, et al. Pancreatic stenting reduces post-ERCP pancreatitis and biliary sepsis in high-risk patients: a randomized, controlled study [J]. Gastroenterol Res Pract, 2016, 2016: 9687052. DOI: 10.1155/2016/9687052.

[3] 徐胜前,秦勇,潘德标. 腹腔镜下胆囊切除治疗老年坏疽性胆囊炎的疗效[J]. 中国老年医学杂志, 2015, 35(9): 2529-2530. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2015.09.106.

[4] CHANG W C, SUN Y, WU E H, et al. CT findings for detecting the presence of gangrenous ischemia in cholecystitis [J]. AJR Am J Roentgenol, 2016, 207(2): 302-309. DOI: 10.2214/AJR.15.15658.

[5] BINGENER J, STEFANIDIS D, RICHARDS M L, et al. Early conversion for gangrenous cholecystitis: impact on outcome [J]. Surg Endosc, 2005, 19(8): 1139-1141. DOI: 10.1007/s00464-004-8190-9.