

· 个案报告 ·

胆管金属支架引流术致急性非结石性胆囊炎 1 例

陈玉涛 李洪树 唐光华 张晓东

(天津市北辰医院微创外科, 天津 300400)

中图分类号: R657.4⁺1

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2007)09-0923-01

1 临床资料

患者女, 67 岁, 因胆管金属支架引流术(endoscopic metal biliary endoprosthesis, EMBE)后 18 天, 持续性右上腹绞痛 10 小时伴恶心呕吐入院。入院前 18 天, 因进行性加重黄疸 3 天, B 超和 CT 检查: 胆囊 8.2 cm × 2.6 cm, 胆总管 1.6 cm, 中下段可见低回声病灶, 诊断为胆总管中下段癌。ERCP 证实上述诊断, 同时行 EMBE(支架型号: 南京微创 MTN-DA-L-S 8/80), 支架直径 8 mm, 长 80 mm, 上端置于肝门部, 下端于十二指肠乳头外留置约 10 mm。术后 2 周黄疸完全消退。本次入院查体: 急性痛苦面容, 体温 37.8 ℃, 血压 160/95 mm Hg, 皮肤巩膜无黄染, 腹平坦, 右上腹区和剑突下饱满并有明显压痛和肌紧张。立位腹平片: 金属支架位置良好。B 超检查: 胆囊 10.2 cm × 4.2 cm, 壁厚 16 mm, 囊内胆汁透声不佳, 呈弱回声点反射, 未见可移动强回声, 胆总管内积气。临床诊断: 急性非结石性胆囊炎, 胆囊内沉积物(胆泥)。于入院后 4 小时在全麻下行腹腔镜胆囊切除术。术中见胆囊明显肿大, 张力高, 胆囊壁呈弥漫性坏疽, 并被网膜包裹。胆囊彻底减压, 胆汁为混有脓性物的黑色液体。因胆囊三角区解剖不清而行胆囊大部切除术, 并放置腹腔引流管。术后继续常规治疗, 术后 2 天拔除腹腔引流管 4 天痊愈出院。

2 讨论

对于胆管癌, EMBE 是一种非常有效的姑息性治疗方法。主要术后并发症有急性胆管炎与脓毒血症、急性胰腺炎、支架阻塞等^[1]。而并发急性非结石性胆囊炎(acute acalculous cholecystitis, AAC)则少见。AAC 多见于复合性创伤、严重烧伤、严重全身性疾病、完全胃肠外营养或大量输血的病人。胆道的解剖异常如胆囊扭曲、畸形、肿大淋巴结压迫等也是重要的发病因素。AAC 发病机制仍不十分清楚, 可能与以下因素有关: ①胆汁成分的改变; ②Ⅶ凝血因子激活, 导致胆囊缺血; ④胆道本身因素; ⑤感

染、胰液反流、低血流状态引起的上皮损害等。AAC 发病因素复杂, 可能并非单一因素致病, 而是多种因素共同作用的结果^[2]。分析本例的发病因素, 有如下可能: ①金属支架偏长, 上端越过了胆囊管开口而使之阻塞或排空不畅, 这是主要原因; ②EMBE 前胆囊已呈淤胆和高张力状态, 而又未行前期 ENBD 引流, 在前一因素的作用下, 更加重了胆囊内胆汁淤积和高张; ③上述两因素都可致胆汁成分明显改变, 对胆囊黏膜产生化学性损伤, 并可继发细菌感染; ④病人原有长期严重高血压, 在胆囊持续高张力状态下更易发生缺血改变。由此我们体会: 对胆道中下段梗阻病人行 EMBE 时, 应特别注意做好前期 ENBD 引流和选择合适长度的支架, 以预防 EMBE 后 AAC 的发生。AAC 的临床表现与急性结石性胆囊炎相似。但 AAC 更有发病急、进展快、易穿孔、非手术治疗多无效和病死率较高等特点。病人很快出现明显的局部和全身表现, 如明显的腹膜刺激征和全身中毒反应等。早期诊断重在提高对其的警惕性。B 超是 AAC 首选诊断检查, AAC 的 B 超诊断标准^[3]: ①胆囊明显增大(长径 ≥ 8 cm, 横径 ≥ 5 cm); ②胆囊内无结石或有浓厚的胆泥; ③胆囊壁增厚(≥ 3.5 mm); ④胆囊周围积液; ⑤超声莫菲征(即用超声探头向胆囊加压时引起疼痛) 阳性。CT 检查的灵敏度优于 B 超, 有助于明确有无胆囊周围炎、胆囊积液或其他腹腔内改变。本病基本的治疗是及早手术。本例在发病 10 小时入院时即明确诊断, 并及时施行了恰当的微创手术, 取得了良好的治疗效果。

参考文献

- 1 李兆申, 许国铭. ERCP 基本技术与临床应用. 济南: 山东科技出版社, 2001. 129-130.
- 2 刘长安. 急性非结石性胆囊炎. 重庆医摘, 1992, 21(5): 306-308.
- 3 李敏. 急性非结石性胆囊炎的诊治(附 79 例分析). 中国普外与临床杂志, 2005, 12(5): 499-501.

(收稿日期 2006-11-28)

(修回日期 2007-01-22)

(责任编辑 王惠群)