

· 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 汪惠群)