

结肠息肉内镜切除术后并发急性胆囊炎 胆囊坏疽穿孔 1 例

张宏娜 程艳丽*

(清华大学第一附属医院消化内科, 北京 100016)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2020)07-0667-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2020.07.024

坏疽性胆囊炎是急性胆囊炎的一种特殊病理类型,多病情危重、进展迅速,若不及时干预,易发生严重并发症。现报道 1 例结肠多发息肉行内镜下治疗后突发急性胆囊炎并坏疽穿孔,并复习相关文献,提醒同道注意。

1 临床资料

患者男,79 岁,主因“间断腹痛、腹泻 2 个月,发现结肠息肉 1 个月”于 2019 年 8 月 27 日入院。患者 2 个月前出现间断下腹胀痛,伴腹泻,4~5 次/天,无发热,未诊治。1 个月前外院行肠镜检查示结肠多发息肉,病理为低级别管状腺瘤 I~II 级。外院超声提示胆囊结石,具体不详,否认胆绞痛及胆囊炎病史。既往有 2 型糖尿病、高脂血症、慢性胰腺炎、肾结石史。入院查体:生命体征平稳,皮肤巩膜无黄染,腹部无压痛,肠鸣音 4 次/min。入院化验:血白细胞、转氨酶、胆红素、肾功能、电解质、淀粉酶及脂肪酶等均正常,癌胚抗原 6.22 ng/ml(正常值 <3.4 ng/ml),Cyfra21-1 4.44 ng/ml(正常值 <3.3 ng/ml),CA19-9 16.9 U/ml(正常值 <39 U/ml)。8 月 29 日腹部 CT:胆囊多发结石(胆囊体积不大,壁均匀未见异常增厚),胰管轻度扩张(直径约 0.5 cm),胰腺形态尚正常,胰腺实质密度减低,胰头部占位不排除。评估无肠镜检查及镜下治疗禁忌证,于 9 月 2 日静脉麻醉下行肠镜检查,回盲部至直肠可见 31 枚山田 I~II 型及平坦型息肉,对较大的 20 枚息肉行内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR),较小的 10 枚内镜下电凝,

降结肠可见一枚环周隆起性病变,大小约 2 cm × 3 cm,边界清晰,用 1:10 000 肾上腺素盐水注射基底,局部抬举不良,超声肠镜提示该部位病变呈中低回声,起源于黏膜层,部分病变累及黏膜下层,固有肌层及外膜层完整,予活检 4 块。手术时间 40 min,过程顺利。

术后约半小时患者自觉中上腹疼痛,查体中上腹肌紧张,有压痛,无反跳痛。行立位腹平片见膈下游离气体,肠管多发扩张伴气液平面。腹部 CT 提示膈下及腹腔内游离气,肠管多发扩张积气,胆囊多发结石,胰腺实质密度减低,不排除胰头部占位。考虑“消化道穿孔、肠梗阻”诊断成立,立即予禁食水、补液、胃肠减压、抗感染等治疗。9 月 2 日夜出现发热,体温最高 37.5℃,无畏寒、寒战,血白细胞 $13.44 \times 10^9/L$ [正常值 $(3.5 \sim 9.5) \times 10^9/L$],中性粒细胞比例 94.8% (正常值 40%~75%),C 反应蛋白 12.42 mg/L (正常值 0.1~5 mg/L),肝肾功正常。9 月 3 日右中上腹痛加重,查体皮肤巩膜无黄染,右中上腹肌紧张,有压痛、反跳痛,肠鸣音 1~2 次/min,血白细胞 $18.12 \times 10^9/L$,C 反应蛋白 35.26 mg/L,肾功能包括胆红素正常,腹部超声示胆囊增大(大小 10.5 cm × 4.6 cm,壁薄光滑),多发胆囊结石(较大者 1.6 cm × 1.3 cm)、腹腔及胃肠积气。腹部增强 CT(图 1):膈下及腹腔内游离气,考虑消化道穿孔,肠管多发扩张积气,胆囊多发结石,胰腺钩突结节。患者持续性发热,体温最高 38.9℃,腹痛进行性加重,9 月 3 日 18:54 转入普外科立即行剖腹探查,取腹部探查切口长约 20 cm,见腹腔少量

* 通讯作者, E-mail: chengyanli001@126.com

脓性积液,右上腹及盆腔明显,腹腔未见肠内容物外溢,胆囊大小约 $10\text{ cm} \times 5\text{ cm} \times 4\text{ cm}$,张力增高,胆囊底可见明显脓苔,约 2 cm 左右胆囊壁已坏疽,胆囊与周围十二指肠、结肠肝曲等组织粘连(图 2、3),结肠未见明显炎症穿孔征象,诊断急性弥漫性腹膜炎、胆囊结石、胆囊管结石、急性化脓性胆囊炎,行胆囊切除,放置小网膜孔及盆腔引流各一根。术后 11 天拔出引流管,术后 14 天出院,恢复良好。术后胆囊

病理:破裂的胆囊一个,大小 $5.5\text{ cm} \times 4\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$,胆囊内壁平坦,呈墨绿色,壁厚 $0.2 \sim 0.3\text{ cm}$,另见 2 枚游离结石,未见息肉及肿物,诊断胆囊变性、坏死(图 4)。肠镜病理:(回盲部、降结肠 40 cm 、乙状结肠 38 cm 、乙状结肠)管状腺瘤 II 级,(横结肠、降结肠 55 cm 、降结肠 50 cm 、直肠)管状腺瘤 II ~ III 级(图 5)。术后 1 个月电话随访,患者诉无腹痛发作,进食可,化验血常规、肝肾功能等正常。

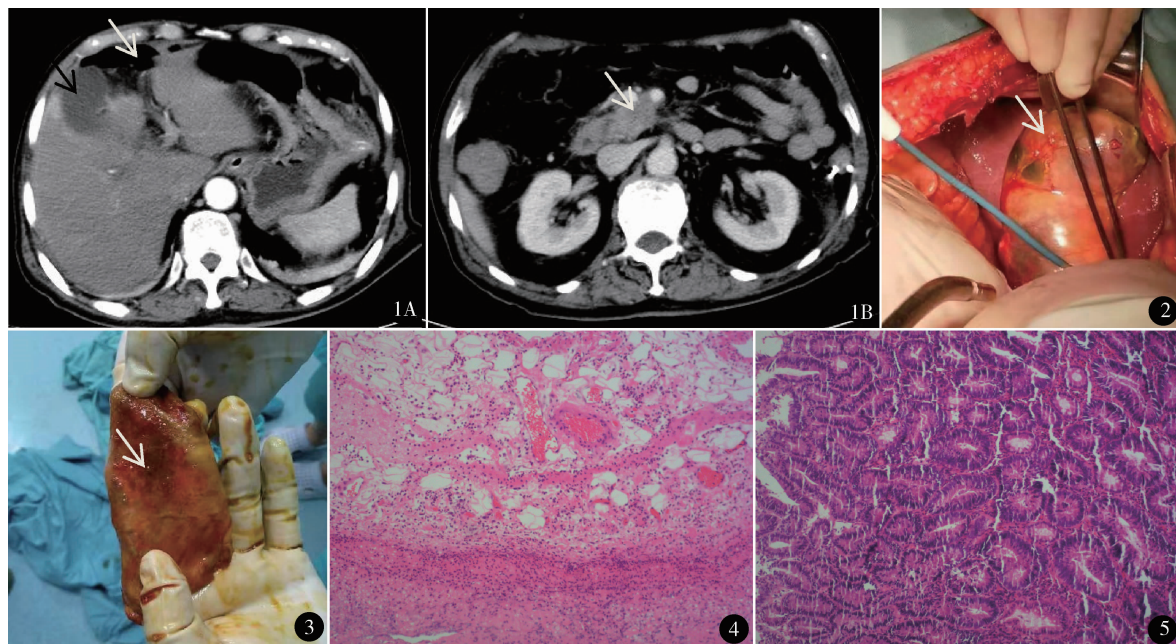


图 1 剖腹探查术前腹部增强 CT:A. 膈下及腹腔内游离气体(白箭头),胆囊增大(黑箭头),胆囊多发结石;B. 胰头钩突见低强化结节 $2.1\text{ cm} \times 2.5\text{ cm}$ (箭头),可见肠管多发扩张积气 图 2 打开腹腔充分显示胆囊,见胆囊张力增高,胆囊底可见明显脓苔(箭头所指) 图 3 胆囊切除术后标本,见胆囊坏疽(箭头) 图 4 胆囊术后病理诊断胆囊变性、坏死(HE 染色 $\times 100$) 图 5 降结肠环周隆起性病变病理诊断管状腺瘤 III 级(HE 染色 $\times 100$)

2 讨论

本例结肠多发息肉患者行内镜下治疗后约半小时发作腹痛,立位腹平片、腹部超声及 CT 检查提示消化道穿孔,首先考虑为结肠息肉手术导致肠穿孔可能,随后出现腹膜炎症状及体征,辅助检查提示胆囊多发结石,胰头部占位不除外,此时腹部超声及增强 CT 未见明显坏疽性胆囊炎的直接征象,患者合并疾病较多,是否需行急诊手术及手术方式如何选择、手术切口如何选择、剖腹探查可能出现哪些情况、胰腺头部低强化结节是否处理等一系列问题摆在眼前,经多次与普外科研讨手术方案及手术时机,约在发病 30 h 行急诊剖腹探查术,术中见胆囊坏疽,结肠未见炎症穿孔改变,行胆囊切除术,术后逐

渐平稳。

急性胆囊炎的手术时机和手术指征的选择非常重要,老年急性胆囊炎患者无手术禁忌,主张尽早手术,老年急性胆囊炎早期手术治疗能够获得更佳治疗效果,急性结石性胆囊炎最好在发病 72 h 内手术,有利于及早康复^[1],对于合并黄疸者,更应及早手术。本例手术时机及手术方案选择妥当,术后恢复良好。本例多次 CT 检查均提示胰头部低强化结节,结合有慢性胰腺炎病史,且有腹泻,考虑该结节可能为慢性胰腺炎的影像表现,也可能是胰腺肿瘤或其他病变,所以普外科剖腹探查前对此部位病变是否干预进行了仔细商讨,认为 CA19-9 正常,但癌胚抗原升高,所以仍需高度警惕恶性肿瘤可能。结肠息肉术后为什么突发急性胆囊炎致

胆囊坏疽穿孔,是否与清洁肠道、切息肉过程中细菌入血致血源性感染等因素有关,亦或是 2 个月前就已存在慢性胆囊炎,但患者高龄,症状不典型,清洁肠道致菌群失调导致慢性胆囊炎急性发作,或胆囊一过性排石致急性化脓性胆囊炎,或存在其他机制,目前尚不明确。本例提醒我们,对于存在胆囊结石、急慢性胆囊炎病史者,在行肠镜检查前,需充分评估整体情况,尤其是老年人。邢苏荣等^[2]的研究也证实肠道菌群紊乱和多种肝脏疾病有关,“肝-肠轴”概念也由此而生,陆磊等^[3]的研究显示急性结石性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除术对肠屏障功能损伤小,有利于肠道功能迅速恢复,二者均建议行内镜检查及治疗后如病情允许尽早恢复饮食。肝脏与肠道之间的相互关联、相互影响日益受到重视,但目前几乎没有清洁肠道后突发急性胆囊炎的报道。

急性坏疽性胆囊炎属于严重的胆囊病变,病情凶险且临床症状严重,若未给予有效及时的治疗,会在很大程度上增加其他严重并发症,威胁生命安全^[4]。手术是唯一根治性措施,包括腹腔镜和开腹胆囊切除术。老年急性胆囊炎早期及时手术能明显降低病死率^[5]。老年人群因胃肠功能下降、疼痛感

和免疫力较差,发热及腹痛等症状相对隐蔽,常缺乏典型的腹部体征,后期往往因治疗不及时或误诊而导致胆囊穿孔,甚至更严重后果。对于老年人,有任何不适症状或基础疾病较多时,细致的体格检查、必要的相关检查非常重要,对疾病的诊断及处理往往也需要多学科共同参与。

参考文献

- 1 何 领,徐 鲲,杨念印,等.腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎的手术时机.中国微创外科杂志,2014,14(12):1088-1091.
- 2 邢苏荣,宋 阳,杨长青.肝-肠轴:肝脏疾病与肠道微生态.肝脏,2015,20(9):719-720.
- 3 陆 磊,金旭文,王 翬,等.腹腔镜与开腹胆囊切除术对急性结石性胆囊炎患者肠屏障功能的影响.中国微创外科杂志,2018,18(6):523-527.
- 4 汪正飞,姜仁鸦,姚宏宇,等.腹腔镜胆囊切除术在老年急性坏疽性胆囊炎患者中的疗效观察.中国全科医学,2017,20(2):71-72.
- 5 王庚壮,李 霆,石利国.老年急性胆囊炎手术时机和方式的选择.中国老年学杂志,2013,33(6):1272-1274.

(收稿日期:2020-02-03)

(修回日期:2020-05-09)

(责任编辑:王惠群)