

小儿急性胆囊扭转伴坏死 1 例

高 鹏* 夏景龙 刘雪来^① 安敬楠 刘 畅^② 王志伟^③ 王 欢^④

(哈尔滨市儿童医院普外一科, 哈尔滨 150010)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2020)08-0764-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2020.08.022

小儿急性胆囊扭转临床罕见, 及时和准确诊断存在难度。2020 年 1 月我科收治一例, 现回顾分析诊治过程并复习文献, 供学习探讨。

1 临床资料

患儿男, 5 岁, 主诉“上腹痛伴呕吐 2 天”于 2020 年 1 月 27 日凌晨以“急性胃炎”由消化内科收入院。入院 6 小时前因暴饮暴食及冰凉饮食后出现阵发性上腹痛, 无放散, 可自行缓解, 伴非喷射样呕吐 2 次, 呕吐物为胃内容物, 无黄色液体, 无发热。入院查体: 体温 37.7℃, 心率 110 次/min, 呼吸 26 次/min, 血压 90/60 mm Hg, 体重 23 kg。意识清楚, 精神萎靡, 腹部平坦, 脐周及右侧腹压痛阳性, 无肌紧张及反跳痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音 3 次/min。入院血常规白细胞 $22 \times 10^9/L$ [正常值 $(3.5 \sim 9.5) \times 10^9/L$], 中性粒细胞百分比 81% (正常值 40% ~ 75%), C 反应蛋白 (CRP) 10.9 mg/L (正常值 < 0.5 mg/L)。入院彩超提示胆囊形态饱满, 约 6.8 cm × 2.9 cm, 胆囊壁约 0.56 cm, 欠光滑, 透声欠佳, 肠间隙少量积液。入院后予以控制感染、禁食补液治疗, 患儿自觉腹痛缓解, 平静入睡。当日上午 (入院 10 小时) 阵发性腹痛加重, 复查彩超提示胆囊横位, 增大, 约 6.8 cm × 3.3 cm, 胆囊壁增厚, 约 0.6 cm, 周围可见渗出, 网膜增厚包裹, 胆囊颈近胆囊管处未见胆汁充盈, 胆总管未见扩张, 诊断胆囊扭转不除外,

腹腔少量积液 (图 1)。外科会诊查体: 体温 38.9℃, 右上腹压痛及反跳痛阳性, 伴局部肌紧张, 建议胃肠减压并完善肝胆胰磁共振 + 水成像 (MRCP) 检查。MRCP 提示胆囊呈横向巨大椭圆形异常信号影, 约 6.2 cm × 2.9 cm × 2.7 cm, 胆囊壁明显增厚, 后下部隐见分层, 最厚处约 0.6 cm; 胆囊管和胆囊颈部纤细, 胆囊周围渗出明显, 向后挤压胰头, 肝内外胆道无明显异常, 胃及十二指肠内可见造影剂影 (图 2)。以“急性局限性腹膜炎、胆囊扭转不除外”转入外科, 急诊行腹腔镜探查。腹腔镜下见大网膜与十二指肠、横结肠共同包裹于肝门区, 肝肾隐窝少量血性渗液, 于脐水平线与右锁骨中线交界处置入 5 mm trocar, 抓钳钝性剥离肝与网膜、肠管之间粘连, 暴露第一肝门区, 见胆囊横位, 游离状态, 体部紫黑色, 6.0 cm × 3.5 cm × 3.0 cm, 胆囊颈部约 1.5 cm × 0.9 cm × 0.7 cm, 两者分界明显, 右向左方向观察胆囊体顺时针扭转 360° (图 3), 未见胆囊破裂和穿孔。复位后观察 10 min 胆囊表面色泽无变化, 判断胆囊坏死。因周围组织水肿及粘连严重, 中转开腹切除胆囊 (图 4), 辨认胆总管无异常, 放置盆腔引流管。手术时间 105 min。术后第 4 天进食, 第 7 天出院。病理 (图 5): 胆囊广泛出血、坏死, 局部见少量平滑肌组织及腺管样结构。术后 4 个月随访, 饮食及生活习惯无异常, 无腹痛。

* 通讯作者, E-mail: g15124564867@126.com

① (首都儿科研究所附属儿童医院普外科, 北京 100020)

② (哈尔滨市儿童医院超声科, 哈尔滨 150010)

③ (哈尔滨市儿童医院 CT/MRI 室, 哈尔滨 150010)

④ (哈尔滨市儿童医院病理科, 哈尔滨 150010)

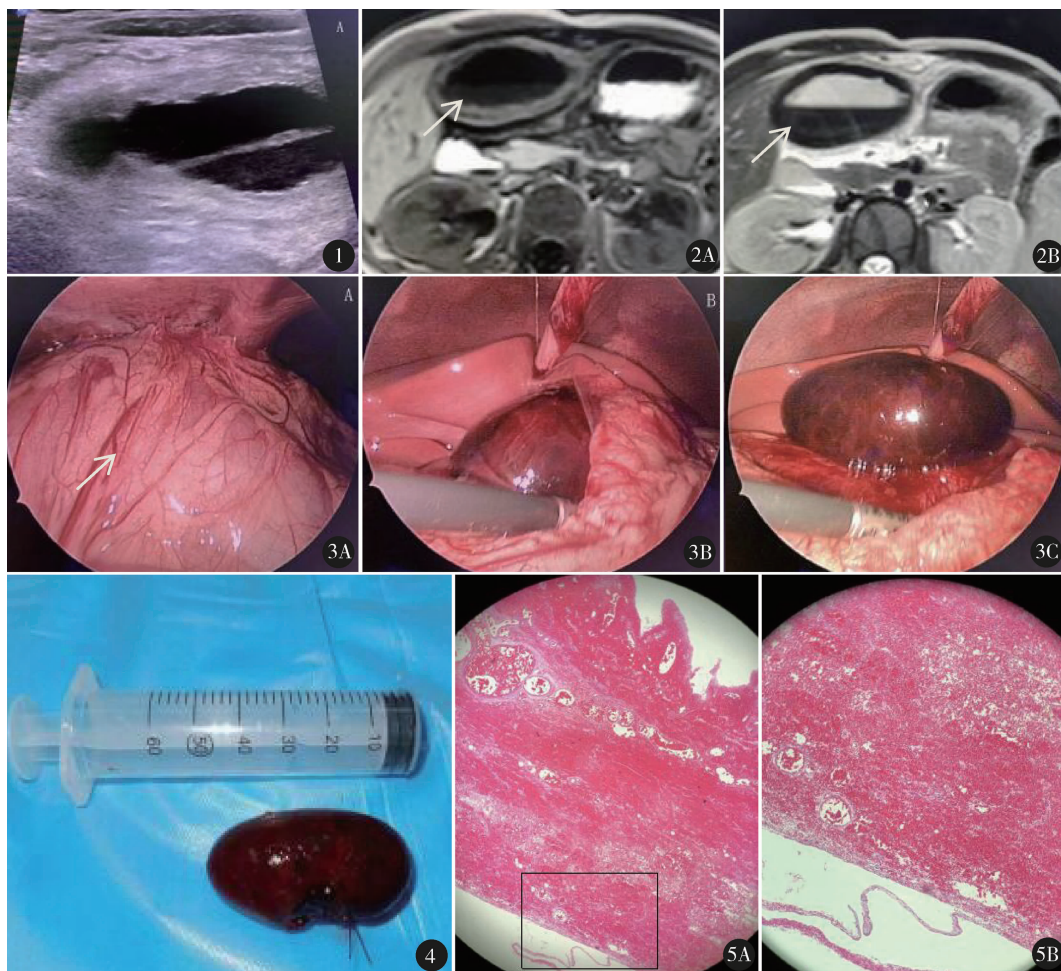


图1 超声示胆囊横位,增大,约 $6.8\text{ cm} \times 3.3\text{ cm}$,胆囊壁增厚,约 0.6 cm ,周围可见渗出,网膜增厚包裹;胆囊颈近胆囊管处未见胆汁充盈,胆总管未见扩张 图2 MRCP水平位T1(A)、T2(B)示胆囊呈横向椭圆形异常信号影,大小约 $6.2\text{ cm} \times 2.9\text{ cm} \times 2.7\text{ cm}$,其内信号呈分层状;胆囊壁明显增厚,其后下部隐见分层,最厚处约 6 mm ;胆囊管与胆囊颈纤细 图3 腹腔镜所见:A.大网膜与十二指肠、横结肠共同包裹于肝门区;B、C.钝性剥离肝与网膜、肠管之间的粘连,暴露第一肝门区,见胆囊体部呈横位、紫黑色、游离状态,周围少许血性渗液 图4 切除后胆囊的大体形态 图5 病理:显微镜下见胆囊全层广泛出血、坏死,局部见少量平滑肌组织及腺管样结构(HE染色,A $\times 40$,B $\times 100$)

2 讨论

胆囊扭转可发生于各年龄段,多见于 $60 \sim 80$ 岁老年患者^[1-3]。根据扭转程度可分为完全性扭转(扭转角度 $\geq 180^\circ$)和不完全性扭转(扭转角度 $< 180^\circ$)。顺时针扭转或逆时针扭转均可能出现^[4]。从解剖学角度来讲,“系膜胆囊”是胆囊扭转的发病基础,有两种病理类型:①系膜包裹胆囊体部及颈部并附着于肝脏脏面,因系膜较长致使胆囊体处于游离状态;②系膜仅包裹胆囊颈,使胆囊体部处于游离状态^[5]。当剧烈活动或胆囊周围的消化道蠕动增强时,可诱使胆囊发生扭转,但胆囊结石与胆囊扭转

的发生并无必然联系^[6]。小儿胆囊扭转临床报道更为少见。因其起病急,消化道症状不典型,患儿表述不清及查体不配合,家长照顾疏忽无法提供确切病史等因素的存在,术前确诊存在难度。小儿胆囊扭转的文献报道^[7-10]均提到消化道症状,右上腹腹膜炎体征,白细胞增高但胆红素无明显增高,影像学检查疑似而非确诊,手术探查见游离胆囊(胆囊未附着于肝脏胆囊床而呈游离状态)以胆囊颈为中心旋转呈紫黑色坏死状态并予以切除。

超声领域文献^[11,12]描述胆囊呈“8字形葫芦状”,其8字交叉部位为带状高回声”或称为“胆总管结节征”。王炎等^[13]提出“胆囊体部与颈部8字型改

变及体底部圆锥状结构”是超声诊断较为特异的声像图,并建议“在病情允许情况下短期内复查胆囊,如发现胆囊壁持续性增厚、囊腔内透声逐渐浑浊及胆囊窝积液增加”,可为临床提供手术探查依据。吴国良等^[14]认为 MRCP 可以显示扭转的胆囊体、颈与胆管结构,且在 T1 加权像中可见到坏死的胆囊壁形成的强信号影,在诊断胆囊扭转时具有特异性。

回顾本例诊治过程,患儿曾因消化道症状和不典型外科体征以“急性胃炎”收入内科治疗,入院彩超并未怀疑胆囊扭转。随着病情发展,腹痛加重,查体右上腹存在腹膜刺激征,复查彩超才提示可能存在胆囊扭转。即便如此,因该病实属少见,加之我科曾遇到数例川崎病合并胆囊炎,故在诊断时格外慎重,没有即刻选择手术探查,而是行 MRCP 检查,以期从更多角度搜集诊断依据。术后回看入院彩超,已经具有胆囊扭转的形态特征。我们体会,无论是临床医生还是影像科医生,对该病认知仍需进一步提高。

此病难在确诊。因发病少,医生缺乏足够的经验,加之症状和体征不典型,故难下决断^[15]。更多病例是在腹膜炎保守治疗无效或误诊为阑尾炎、胆道结石嵌顿时选择开腹探查^[2,8,9],在术中确诊此病。几乎所有报道该病的文献都选择胆囊切除手术,并无胆囊复位后发现胆囊未坏死而不予切除的报道。腹腔镜技术的应用为术式选择和切口设计提供更多回旋余地,在诊断不明确的腹腔探查术中具有实用性和优越性^[3,14,16]。

综上,我们认为:①胆囊扭转罕见,临床医生和影像科医生均应进一步总结对该病的认识,提高警惕,避免漏诊、误诊;②超声和 MRCP 诊断胆囊扭转各具优势,如临床怀疑此病,必要时可短期连续复查彩超或两种检查方式联用,辅助确诊;③胆囊扭转应与川崎病合并胆囊炎鉴别,后者是由免疫反应造成胆囊非特异性炎症,也可能出现胆囊短期增大,甚至需要穿刺或手术干预^[17,18];④如高度怀疑胆囊扭转,应积极手术探查,以防坏死胆囊出现穿孔或坏疽引发感染性休克等严重并发症;⑤建议充分发挥腹腔镜技术在急腹症腹腔探查中的优势,可明确诊断

的同时进行手术治疗。

参考文献

- 1 汪超,黄建钊,程建华,等.胆囊管扭转并左位胆囊 1 例报道.重庆医学,2016,45(28):4030-4031.
- 2 熊春波,邹本金.胆囊扭转 1 例报道.中国普外基础与临床杂志,2014,21(2):167.
- 3 闫庆.胆囊体部扭转 1 例报告并文献复习.临床医药实践,2017,26(10):755-756.
- 4 Chou CT, Chen RC, Yang AD, et al. Gallbladder torsion: preoperative diagnosis by MDCT. Abdom Imaging, 2007, 32(5):657-659.
- 5 Chung JC, Song OP, Kim HC. Gallbladder torsion diagnosed by MDCT and MRCP. Abdom Imaging, 2010, 35(4):462-464.
- 6 Janakan G, Ayantunde AA, Hoque H. Acute gallbladder torsion: an unexpected intraoperative finding. World J Emerg Surg, 2008, 3:9.
- 7 马建明.小儿胆囊扭转坏死并胆汁性腹膜炎 1 例.实用外科杂志,1990,10(2):109.
- 8 张庆峰,赵静儒,林峰.小儿胆囊扭转并坏死一例.中华小儿外科杂志,2001,22(2):109.
- 9 秦胜.小儿胆囊扭转误诊为急性阑尾炎 1 例报告.中国中西医结合外科杂志,2005,11(2):159.
- 10 周高照,宋再,陈功.儿童胆囊扭转病例 1 例报道及文献复习.大理大学学报,2019,4(10):16-18.
- 11 董硕,裴广华.儿童胆囊扭转超声表现 1 例.中华超声医学杂志,2013,29(1):94-95.
- 12 Dasyam AK, Koo J, Stahlfeld M, et al. The cystic duct knot sign: case report with description of a new ultrasound sign of gallbladder torsion. Emerg Radiol, 2015, 22(4):445-447.
- 13 王炎,郭道宁.急诊超声诊断胆囊体部与颈部交界处扭转 1 例.临床超声医学杂志,2017,19(12):823.
- 14 吴国良,沈根海,高泉根,等.腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊扭转伴坏死一例.肝胆胰外科杂志,2013,25(5):434-435.
- 15 张国云,何江.胆囊扭转 12 例诊治分析.中国社区医师,2014,30(1):52.
- 16 朴鹤云,刘钰檠,倪光华.腹腔镜下切除胆囊扭转伴坏死 1 例报告.吉林医学,2015,36(16):3719-3720.
- 17 程学英,杨世伟,秦玉明,等.川崎病合并巨大胆囊积液一例.江苏医药,2012,38(14):124-125.
- 18 刘小惠,彭宇,蔡素芬.川崎病 1817 例临床分析.江西医药,2019,54(7):806-807.

(收稿日期:2020-02-26)

(修回日期:2020-06-08)

(责任编辑:王惠群)