

腹腔镜下胆囊切除治疗气肿性胆囊炎：一例报告并文献复习

陆一盟

兴安盟人民医院肝胆胰脾外科，内蒙古兴安盟，137400；

摘要：急性气肿性胆囊炎(emphysematous cholecystitis, EC)是产气荚膜杆菌或产气肠道杆菌感染引起胆囊腔、胆囊壁及其周围组织内气体贮留的少见病变，又称坏疽性或坏死性胆囊炎。EC 发病率低，平均为 1-3%^[1]，但其中最危及生命的急性胆囊炎之一，其并发症发生率和死亡率分别高达 50%和 25%^[2]。我院收治气肿性胆囊炎患者 1 例，于腹腔镜下行胆囊切除术取得满意治疗效果。现结合文献进行总结，以供临床参考。

关键词：气肿性胆囊炎；急性胆囊炎；坏疽性胆囊炎

DOI:10.69979/3029-2808.24.11.004

患者男，56 岁，主因“突发上腹疼痛不适 4 天”就诊于我院急诊科。行腹部 CT（图 1-2）提示：气肿性胆囊炎。患者既往体健。查体：生命体征平稳，意识清楚，右上腹压痛阳性，无肌紧张，无反跳痛。入我院肝胆外科，查腹部 B 超提示：胆囊增大，胆囊内片状强回声，胆囊炎性改变，胆囊多发结石，急查血生化：WBC：10.32×10⁹/L，白蛋白：35.7 g/L，丙氨酸转氨酶：116 U/L，谷氨酰氨基转移酶：80.1 U/L，血糖：10.78 mmol/L，其余生化指标未见明显异常。入院后完善相关检查给与急诊性腹腔镜下胆囊切除术，术中见胆囊底部坏疽样表现（如图 3-4），手术顺利，术后给与哌拉西林舒巴坦钠 3.75g（BID）+替硝唑（QD）静脉滴注。术中胆汁（图 5）培养结果：大肠埃希菌。术后病理结果（图 6）：急性坏疽性胆囊炎。患者术后恢复顺利，住院 11d。图片如下：



图 1



图 2

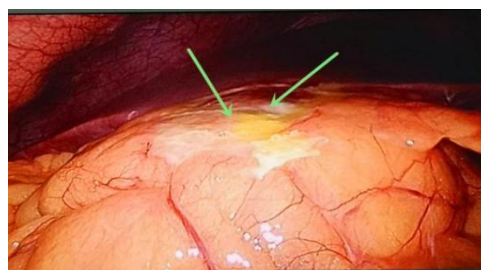


图 3



图 4



图 5

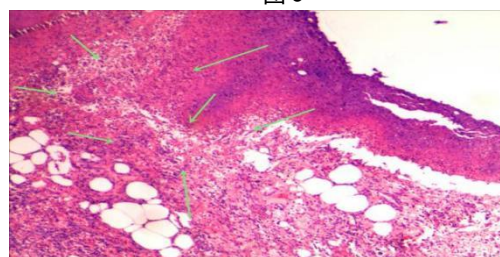


图 6

注：图 1-2 胆囊增大、囊壁增厚，囊内见气液平面，诊断为气肿性胆囊炎。图 3-4 术中见胆囊底部坏疽样表现。图 5 术中胆囊抽出棕褐色、脓性胆汁。图 6 切除标本的显微镜检查（HE 染色， $\times 10$ ）。胆囊壁表现出急性化脓性炎症：中性粒细胞浸润引起的出血性，坏死性变化。

1 讨论

EC 与常见的胆囊炎不同，男性的患病率约为女性的 3 倍，EC 多发生在 50~80 岁的患者^[3]。EC 的病理生理学被认为是由于血管缺血导致组织坏死，胆囊的血液供应不足通常继发于其他疾病，如动脉粥样硬化，动脉栓塞，血管炎或全身性低血压或低灌注，因缺血性损伤可促进细菌入侵，随后在胆囊壁内积聚^[4]。所以 EC 有各种诱发因素包括糖尿病、免疫抑制、外周血管病、腹部手术和创伤等^[1]，其中约 50% 患有糖尿病（DM）和外周血管疾病^[3]。EC 在老年糖尿病患者中尤为常见，DM 是气性坏疽的易感因素，高葡萄糖水平产生微环境，促进厌氧细菌的生长，缺血环境会降低吞噬细胞在感染区域的活动性并进一步降低抗菌活性，导致缺血组织在缺氧下产生气体^[1,3]。在本病例中，患者没有 DM 病史，但由于高血糖水平而并发，在抗生素和胰岛素的控制下，血糖降低至正常水平，所以适当的血糖控制可以降低细菌过度生长的可能性和相关的疾病严重程度。

EC 的症状几乎与急性胆囊炎相同，表现为右上腹疼痛、发热、恶心呕吐或黄疸等。但 EC 与胆结石相关的急性胆囊炎在病理生理学和流行病学方面存在一些差异^[5]。EC 初始为急性胆囊炎，随病情进展为胆囊壁缺血和坏疽，由微生物在胆囊内形成气体，微生物主要包括大肠杆菌，魏氏梭菌，产气荚膜，克雷伯氏菌属和链球菌^[6-7]。因此，CT 扫描中胆囊周围或胆囊内气体成为 EC 典型的表现。在胆囊炎的诊断中，可以早期进行超声检测胆囊炎，但关于 EC，先前报道表明^[3,8]胆囊壁和腔内的气体干扰了超声图像的可视化与混响伪影，同时，很难判断出空气是在腔内还是在胆囊壁上。而 CT 对于检测空气具有更高的灵敏度和特异性，通过 CT 扫描可以更清楚地显示胆囊周围的气体和胆囊内的气-液面。此外，CT 扫描可检测胆囊周围水肿，用于鉴别其他疾病。比如胆囊积气与胆囊十二指肠内瘘的鉴别要点，而胆囊

十二指肠瘘表现为胆囊张力不高，可见胆囊与十二指肠瘘口存在^[9]。而 EC 在 CT 中表现：胆囊内积气，部分可见液气平；胆囊壁内积气，通常与胆囊内积气同时存在；胆囊壁增厚，壁厚大于 3mm；胆囊肿大，可并发结石；急性气肿性胆囊炎并发胆囊穿孔时，胆囊壁不连续，胆囊周围炎性渗出改变，邻近肠管周围肠系膜增厚，腹腔内可见游离气体；所以 CT 扫描显示胆囊壁或管腔周围的气体是 EC 最重要、最准确的临床特征，CT 检查能够明确诊断气肿性胆囊炎，是该病首选的影像学方法^[10]。CT 和 B 超这两种检查方法对早期诊断 EC 具有重要的意义，但在有其他并发症的情况下，必须首先进行 CT 检查以确保诊断的准确性。此外，由 C-反应蛋白和肝功能天冬氨酸氨基转移酶（AST）和丙氨酸氨基转移酶（ALT）组成的实验室检查也不容忽视^[1]，但最后的诊断需要在细菌培养检查中证明厌氧菌。

EC 治疗原则，对于伴有气腹的大多数患者需要进行紧急剖腹探查，然后进行胆囊切除术；而对于基础状况差、病情重的患者可初始经皮胆囊造口术，然后采用严格静脉注射抗生素方案，择期行胆囊切除术^[11]。

参考文献

- [1]Chen,MingYu,Lu,et al.Emphysematous cholecystitis in a young male without predisposing factors:A case report[J].Medicine,2016,95(44):e5367.
- [2]孙向宇,王帅,王震宇.产气荚膜梭菌致急性气肿性胆囊炎合并肝脓肿和气腹一例[J].中华普通外科杂志,2018,33(2):167-167.
- [3]Yasumichi Yagi,Shozo Sasaki,ItsuroTeradaMas sive,et al.Massive pneumoretroperitoneum arising from emphysematous cholecystitis:a case report and the literature review[J].Bmc Gastroenterology,2015,15(1):114.
- [4]Natalie H,Grenier N L,Shah S A,et al.Metastatic Gallbladder Melanoma Presenting as Acute Emphysematous Cholecystitis[J].Case Reports in Medicine,2018,2018:1-4.
- [5]Miyahara H,Shida D,Matsunaga H,et al.Emphys

ematous cholecystitis with massive gas in the abdominal cavity. World J Gastroenterol 2013;19: 604 - 606.

[6]Liao CY,Tsai CC,Kuo WH,et al.Emphysematous cholecystitis presenting as gas-forming liver abscess and pneumoperitoneum in a dialysis patient:a case report and review of the literature. BMC Nephrol 2016;17:23.

[7]Carrascosa M F,Salcinescaviedes J R.Emphysematous cholecystitis[J].CMAJ:Canadian Medical Association journal=journal de l'Association medicale canadienne,2012,184(1):E81.

[8]Le Brun JC,Katz RM,Nasr AA,et al.Emphysematous cholecystitis in a non-diabetic patient. JB R-BTR 2013;96:316.

[9]都海明,唐向东,陈立坤.腹腔镜治疗急性气肿性胆囊炎1例报告[J].腹腔镜外科杂志,2016,21(10):763-763.

[10]吴越,杨本强,刘文源,et al.急性气肿性胆囊炎的CT诊断[C]// 全军放射医学大会.2015.

[11]Liao C Y,Tsai C C,Kuo W H,et al.Emphysematous cholecystitis presenting as gas-forming liver abscess and pneumoperitoneum in a dialysis patient:a case report and review of the literature[J]. BMC Nephrology,2016,17(1):23.

作者简介：陆一盟（1990.11），男，满，内蒙古兴安盟，主治医师，硕士研究生，兴安盟人民医院，肝胆胰脾外科。