经验交流

文章编号:1000-5404(2013)13-1430-02

ERCP术后急性胆囊炎的临床特点及诊治

孙 海,张丰深,邓小明,吴国栋,李志强,陈 焱 (400020 重庆,解放军第324医院肝胆外科)

[关键词] 胰胆管造影术,内窥镜逆行;急性胆囊炎;并发症

[中图法分类号] R657.4 [文献标志码] B

ERCP术后急性胆囊炎(acute cholecystitis,AC)可以导致急性腹膜炎,甚至死亡[1-2]。本研究总结了我院298例ERCP患者术后AC的发病特点和处置方式,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2007年4月1日至2011年4月1日行诊断和治疗ERCP的连续病例资料。纳入标准:①胆囊在位;②ERCP术前无AC;排除标准:①未进行十二指肠乳头插管;②ERCP术后因特殊原因中断观察。

全部患者462例,按纳入标准共316例;排除18例(17例未行乳头插管,1例绞石篮嵌顿行急诊手术)。符合本研究要求的患者298例,其中男性164例,女性134例;年龄13~86岁,平均53.6岁。肿瘤34例(胆囊癌1例、胆管癌4例、肝门部胆管癌9例、肝癌5例、十二指肠乳头癌5例、胰腺癌9例、十二指肠癌1例);急性梗阻性胆管炎39例(胆石症34例、胆总管囊肿5例);急性胰腺炎65例(胆石症57例);慢性胰腺炎4例;单纯胆总管结石21例;胆囊结石合并胆总管结石63例;胆囊结石合并肝功能异常39例;原发性肝胆管结石8例;胆总管扩张7例;胆总管囊肿4例;Oddis括约肌运动功能障碍(sphincter of oddis dysfunction,SOD)4例;胰胆管汇合异常(pancreaticobiliary malfunction,PBM)4例;不明原因黄疸3例;其他3例(右肝内钙化灶、十二指肠乳头炎、甲型肝炎各1例);合并糖尿病17例。

ERCP术后AC诊断标准:①ERCP术后恢复进食前出现上腹部疼痛;②具有AC的临床体征;③腹部B超或CT证实;④手术及病理证实。ERCP术后急性胰腺炎诊断参照Cotton[3]标准;SOD诊断参照McLoughlin[4]标准。

1.2 观察指标

准确记录ERCP操作步骤;ERCP术后患者症状体征;ERCP术后血清淀粉酶(AMS)值、腹部B超及CT检查;ERCP术后手术时间、病理报告、手术后并发症等情况。

1.3 统计学处理

采用SPSS 13.0统计软件进行χ^2检验。

2 结果

2.1 ERCP诊治情况

298例患者行ERCP诊疗332例次,24例行2次或多次ERCP。ERCP操作成功289例,成功率89.8%;其中诊断性ERCP 59例,治疗性ERCP 229例;EST 189例,内镜乳头球囊扩张术(endoscopic papillary balloon dilation,EPBD)41例,放置各种支架30例次,ENBD 161例。ERCP术后并发症中,AC 6例(1.8%),急性胰腺炎(post-ERCP pancreatitis, PEP)14例(4.2%),出血1例(0.3%),可疑消化道穿孔1例(0.3%)。全组无死亡患者。

2.2 ERCP术后AC的诊断和治疗

ERCP术后AC患者6例,均为男性,年龄38~60岁。病例1:急性非胆石性胰腺炎;ERCP术后64 h发作AC,保守治疗好转。病例2:急性胆石性胰腺炎;ERCP术后41 h发作AC,94 h后确诊,120 h后行开腹胆囊切除、经胆囊管胆总管引流术;术中见胰腺稍肿胀、无坏死,腹腔内无明显皂化斑,胆囊管结石嵌顿并坏疽;术后第3天发生切口出血,第7天再次手术止血;后期并发切口感染,住院时间58 d。病例3:慢性结石性胆囊炎、胆总管结石;ERCP术后6 h发作AC,69 h后确诊。病例4:慢性结石性胆囊炎;ERCP术后16 h发作AC,即时确诊;病例5:慢性结石性胆囊炎、胆总管结石;ERCP术后16 h发作AC,即时确诊;病例6:急性胆石性胰腺炎;ERCP术后24 h发作AC并即时确诊,但94 h后方可手术。病例3~病例6例均行LC手术,术中见胆囊颈部结石嵌顿1例,胆囊管结石嵌顿2例;术后恢复平稳,住院时间9~17 d。5例手术患者病理报告均为急性坏疽性胆囊炎。6例患者ERCP术后24 h血AMS值39~1 206 U/L。

2.3 ERCP成功组术后AC影响因素的单因素分析

单因素分析提示胆囊显影、EST和ENBD对ERCP术后AC无影响($P>0.05$)。见表1。

表1 ERCP成功组术后AC影响因素的单因素分析

影响因素	ERCP术后AC发生率(%)	χ^2值	P值
胆囊显影			
是	5/200(2.5)	0.097	0.756
否	1/89(1.1)		
EST			
是	5/191(2.6)	0.217	0.641
否	1/98(1.0)		
ENBD			
是	5/161(3.1)	0.924	0.336
否	1/128(0.8)		

3 讨论

国内外文献中,ERCP术后AC多以个案报道为主;或将其

[通信作者] 张丰深,电话:(023)68762040,E-mail:zfs-cq@sohu.com

[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130308.1536.003.html(2013-03-08)

归于感染这一大类并发症,或与ERCP术后急性胆管炎一并进行研究[5-8]。因此,ERCP术后AC发生率目前无相对准确的估计。

本研究将ERCP术后AC作为单独的并发症进行探讨,排除了ERCP术前AC和ERCP术后进食的影响,较好反映了ERCP术后AC的发生情况。332次ERCP操作中,术后AC发生6例,发生率1.8%。6例患者的临床病理特点如下。病例1:患者无胆囊结石,AC发病时间较晚,腹部CT确诊;病例2:AC发生偏晚,开始考虑ERCP术后再次诱发急性胰腺炎,腹部CT确诊;病例3:ERCP术后血AMS值升高,初诊为PEP,后触及肿大胆囊后行腹部CT确诊;病例4和病例5:得益于前期的经验,诊断治疗均较及时;病例6:AC确诊及时,但因黄疸明显暂未手术,直至疼痛加重、触及肿大胆囊才被迫急诊手术。

综合相关文献分析,ERCP术后AC具有以下临床特点。①发病时间:ERCP术后1周内均可发生;②影像学特点:多有胆囊的炎性肿大改变,但有时仅表现为胆囊壁增厚;③早期与PEP、胆管炎、穿孔等并发症有时难以鉴别;④手术治疗效果好,但有时过分依赖保守治疗导致手术延迟[9-11]。

本组ERCP术后AC患者具有不同程度的上述特点。特别是病例2,AC诊断的延迟,同时有过分依赖保守治疗导致手术滞后。急诊手术时局部炎症重,被迫选择开腹胆囊切除术。术后又因切口反复出血再次手术止血,后期又并发切口感染,住院时间延长,增加了患者身体和经济上的痛苦,教训深刻。病例6因为顾忌黄疸而过分依赖保守治疗,但急症手术时黄疸水平并没有得到改善。

合并胆囊结石的患者,ERCP后尽早行LC手术这一观点已得到国内外专家的肯定。但ERCP术后其他并发症,如急性胰腺炎、出血、穿孔、急性胆管炎等,其早期临床特点与ERCP术后AC类似,但治疗方式与AC明显不同。因此,极有必要重视ERCP术后AC的鉴别诊断。

我们的诊治中,PEP是鉴别诊断的难点。对此,我们有以下体会:①二者均可表现为上腹部疼痛,但AC逐渐固定于右上腹,有时可触及肿大的胆囊;②二者均可出现血淀粉酶值升高,但动态监测下,AC下降更快;③腹部CT检查具有较高的鉴别诊断价值。

ERCP术后AC的病因目前仍不清楚,可能与以下因素有关:①感染:器械消毒不严、ERCP操作(包括插管、EST等)带来的逆行感染;②胆囊管梗阻:包括ERCP器械(如导丝、取石网篮等)反复摩擦胆囊管,造成胆囊管黏膜水肿;黏稠的造影剂过度填充胆囊并且排空障碍;以及胆囊管小结石堵塞等;③机体免疫力低下:如糖尿病患者等[12-15]。

本研究单因素分析中,虽然胆囊显影、EST、ENBD对ERCP术后AC无明显影响。但6例AC均发生在ERCP操作成功组,提示ERCP中胆道造影和相关操作仍可能是术后AC的重要诱因;同时4例患者均有胆囊颈管的梗阻,说明ERCP术后胆囊胆汁排空障碍可能是AC发作的重要原因。

ERCP术后AC的早期临床特点与ERCP其他并发症有相似之处,因此内镜医师对该并发症应保持足够的警惕,尽量避免诊治延误带来的严重后果。

参考文献:

[1] Girotti M E, Gupta N, Schirmer B D, *et al*. Iatrogenic intramural dissection of the gallbladder wall can mimic post-ERCP cholecystitis[J]. Endoscopy, 2007, 39 (Suppl 1): E205-E206.

[2] 张将, 龚彪, 王素珍, 等. 治疗性内镜逆行胰胆管造影并发胆囊穿孔3例报告[J]. 中华消化内镜杂志, 2000, 17(5): 313-314.

[3] Cotton P B, Lehman G, Vennes J, *et al*. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus[J]. Gastrointest Endosc, 1991, 37(3): 383-393.

[4] McLoughlin M T, Mitchell R M. Sphincter of Oddi dysfunction and pancreatitis[J]. World J Gastroenterol, 2007, 13(47): 6333-6343.

[5] Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, *et al*. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies[J]. Am J Gastroenterol, 2007, 102(8): 1781-1788.

[6] Cotton P B, Garrow D A, Gallagher J, *et al*. Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11, 497 procedures over 12 years[J]. Gastrointest Endosc, 2009, 70(1): 80-88.

[7] Kager L M, Sjouke B, van-den-Brand M, *et al*. The role of antibiotic prophylaxis in endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a retrospective single-center evaluation[J]. Scand J Gastroenterol, 2012, 47(2): 245-250.

[8] Katanuma A, Fujii T, Hisai H, *et al*. Complications of ERCP-A Multicenter Prospective Study[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2006, 63(5): AB297.

[9] Alvarez C, Hunt K, Ashley S W, *et al*. Emphysematous cholecystitis after ERCP[J]. Dig Dis Sci, 1994, 39(8): 1719-1723.

[10] Freeman M L. Adverse outcomes of ERCP[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 56(6 Suppl): S273-S282.

[11] Itah R, Bruck R, Santo M, *et al*. Gangrenous cholecystitis-a rare complication of of ERCP[J]. Endoscopy, 2007, 39(Suppl 1): E223-E224.

[12] 庞勇, 张炳印, 汤礼军, 等. 针状刀在内镜逆行胰胆管造影术插管困难病例中的应用[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(12): 1369-1370.

[13] Takano H, Yoshikawa T, Nishida K, *et al*. Candida cholecystis as an unusual complication of endoscopic retrogade cholangiography[J]. Endoscopy, 1996, 28(9): 790-791.

[14] Lee J K, Ryu J K, Park J K, *et al*. Risk factors of acute cholecystitis after endoscopic common bile duct stone removal[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(6): 956-960.

[15] 倪杰, 罗中尧, 陆贝. EST+ERCP术后早期并发急性坏疽性胆囊炎的外科诊治[J]. 中华肝胆外科杂志, 2009, 15(1): 17-19.

(**收稿**:2012-11-03;**修回**:2013-01-28)

(编辑 邓强庭)