

胆囊管残株炎病例报道 1 例及文献复习

南海鸥 王焜 王刚* 潘华峰 王海锋 江志伟

南京中医药大学附属医院 南京 210004

摘要:目的 对 1 例残余胆囊管残株炎的病例进行报道, 以期为该病的诊断、治疗及预后提供参考。方法 回顾性报道江苏省中医院 2023 年 8 月 14 日收治的 1 例 68 岁女性胆囊管残株炎患者的诊疗过程, 整理影像、病理等临床资料, 并结合相关文献进行分析。结果 患者主诉“胆囊术后上腹痛间作 8 年余, 加重 1 周”, 入院后完善上腹部核磁共振等相关检查并请会诊后, 初步诊断为“胆囊管残株炎”, 行手术治疗。术后病理提示: (残余胆囊管) 送检胆囊管组织示慢性炎改变。随访 10 个月未见腹痛再发。结论 胆囊管残株炎好发于腹腔镜下胆囊切除术后患者, 其病因多为术中保留残余胆囊管过长, 其临床表现多为不明原因上腹痛, 上腹部核磁共振及 MRCP 检查能够有效帮助诊断该疾病, 目前其治疗手段以手术为主, 预后多良好。

关键词: 胆囊管残株炎; 胆道疾病; 残余胆囊管

胆囊管残株炎是一种由胆囊管残株炎症和感染导致的胆道疾病, 是胆囊切除术后综合征^[1]之一, 其临床表现与胆囊炎相似, 表现为右上腹疼痛、发热、黄疸、恶心呕吐等。胆囊管残株炎的发生, 主要与胆囊切除手术有关。术中胆囊管残株过长的原因^[2,3]可包括以下几类: (1) 胆囊三角解剖困难, 胆囊管结扎远离汇合部; (2) 忽视对胆囊管部位的探查; (3) 术野显露差或不清, 担心损伤肝外胆管; (4) 行胆囊大部分切除术; (5) 对胆囊管与肝总管汇合变异情况认识不足; (6) 胆囊切除后发生胆总管结石梗阻下端, 使胆道内压力增高, 胆囊管残端膨胀, 残株体积增大; (7) Oddi 括约肌功能失调等。临床常使用下类检查手段辅助诊断该疾病^[4]: ① B 型超声; ② 磁共振胰胆管成像 (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography, MRCP); ③ 内窥镜逆行胰胆管造影术 (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP); ④ 电子计算机断层扫描 (Computed Tomography, CT); ⑤ 磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging, MRI); ⑥ 正电子发射断层显像 (Positron Emission Tomography/Computed Tomography, PET/CT) 等。其中, 由于术后肠道粘连、气体干扰及残株内胆量少, 超声显影时会缺少良好的介质对比, 容易漏诊^[2]。本团队对 1 例残余胆囊管过长致长期腹痛患者行腹腔镜胆囊管残端切除术, 手术顺利, 预后良好, 现

报道如下。(本研究通过江苏省中医院伦理委员会审批, 批号为: 2022NL-129-02。)

1. 临床资料

患者女, 68 岁, BMI: 22.89kg/m²。患者于 2023-08-14 因“胆囊术后上腹痛间作 8 年余, 加重 1 周”入住我科。8 年来, 患者辗转多家三甲医院未能查明原因, 解决腹痛问题。患者中上腹疼痛间作, 发作时疼痛难忍, 服用舒敏后疼痛不减, 伴有胀气, 烧心感, 并放射至双侧背部, 可自行缓解, 无恶心呕吐, 无胸闷心慌, 疼痛发作时可彻夜不眠, 大小便正常, 近期体重无明显减轻。既往有“高血压”病史 8 年, 口服盐酸贝尼地平 8mg qd; 2015 年行“腹腔镜下胆囊切除术”, 2022 年 7 月行“腹腔镜下肠粘连松解术三级 + 腹腔镜检查三级”。行 3.0T 上腹部磁共振平扫 + MRCP 提示 (图 1): 胆囊术后改变; 残余胆囊管较长; 肝内外胆管、胆总管部分稍增宽; 胰体部部分分支胰管轻度扩张, 分支型 IPMN 可能; 肝囊肿、双肾小囊肿, 建议定期随访复查。根据患者病史、胃镜病理及影像学检查, 考虑患者由于胆囊术后残余较长胆囊管引起的腹痛可能性较大, 有手术探查指征。考虑诊断: 胆囊管残株炎。拟行“腹腔镜下胆囊管残端切除术 + 腹腔镜下肠粘连松解术”。

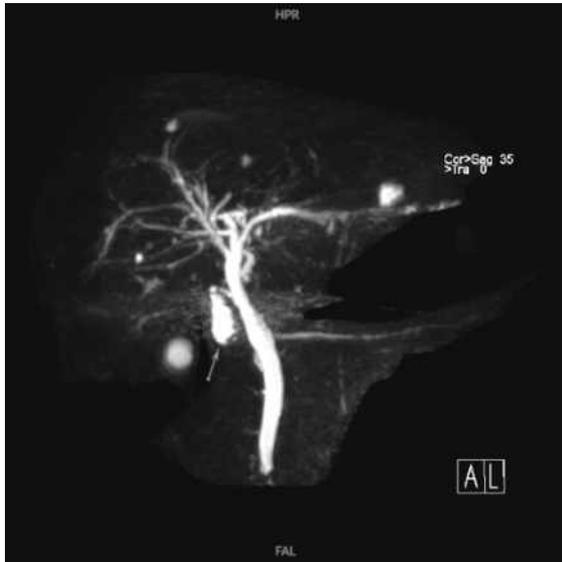


图1 3.0T 上腹部磁共振平扫+MRCP (注:黄色箭头所示为残余胆囊管)

2. 手术方法

①仰卧位,全麻成功后,术野消毒铺单。②于脐上缘切开皮肤1cm置入气腹针,接气腹至腹压约13mmHg,然后改用直径1.0cm trocar进腹,置入镜头,直视下分别于剑突下2cm、右锁骨中线肋缘下3cm处、右腋前线肋缘下10cm处切开皮肤1.0cm、0.5cm、0.5cm置入相对应的 trocar。③腹腔镜下行腹腔探查,发现残余胆囊管包裹在其内,残端与胆囊窝处裸露的血管致密粘连,残余胆囊管长约2.1cm,形态尚规整,其内未触及明显结石,胆囊三角局部粘连水肿(图2)。诊断明确,决定行腹腔镜下胆囊管残端切除术。④电钩仔细松解上述粘连后,钝性+锐性结合解剖胆囊三角,完整切除,经剑突下戳孔拿出标本。

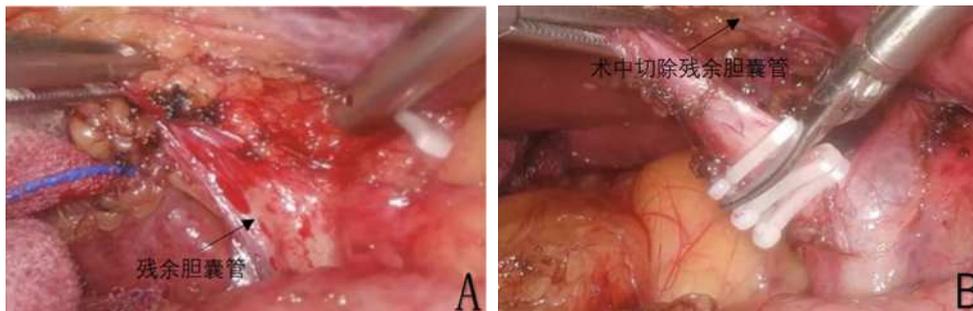


图2 A: 术中视野见残余胆囊管 B: 术中切除残余胆囊管

在加速康复外科模式下^[5],术前加强对患者术前宣教、不常规禁食,术后第一天予拔除尿管及腹腔引流管,进食流质,复查肝肾功能提示转氨酶及胆红素升高,予茵陈利胆汤对症治疗。术后第二天患者胃胀反酸,予泮托拉唑钠静滴抑酸,口服莫沙必利改善胃动力。术后第五天患者顺利出院。术后病理与检查示:(残余胆囊管):管腔样一枚,长1.5cm,直径0.4cm,一端可见钛夹标记。全取。送检胆囊管组织示慢性炎改变(图3)。

术后于1周、半个月、1月、3月、6月、10月随访,患者腹痛未再发。

3. 讨论

腹腔镜手术的应用如今已经十分成熟,腔镜手术所造成的切口小,术中视野清晰,出血量少^[6],配合ERAS有术后恢复快、并发症减少等优势^{[7][8]},目前腹腔镜胆囊切除术

(Laparoscopic Cholecystectomy, LC)已被广泛运用,已经成为治疗良性胆囊疾病的常用经典术式,术后患者满意度和生活质量都高于小切口手术切除胆囊者^[9]。然而,随着LC的广泛应用及本身手术操作的局限性,会出现胆囊切除术后综合征(post cholecystectomy syndrome, PCS),如:胆管狭窄、胆囊残株炎、胆总管结石残留、Oddi括约肌功能障碍等。胆囊残株炎的发生率占PCS的12.93%~25.00%^[10],可以分为残余胆囊无结石型、单纯残余胆囊管型、残余胆囊伴结石型和残余胆囊管伴结石型。这是因为在开放式胆囊切除术中,胆囊管结扎在靠近胆总管的位置,所以只留下了很少的胆囊管残端,而在腹腔镜手术中,由于胆囊管在靠近胆囊的位置分开,有更大的几率留下较长的胆囊管残端。LC引入了关键安全视角^[11](Critical View of Safety, CVS),CVS是指确认手术安全性的最重要的术野,其内容包括:(1)彻底清

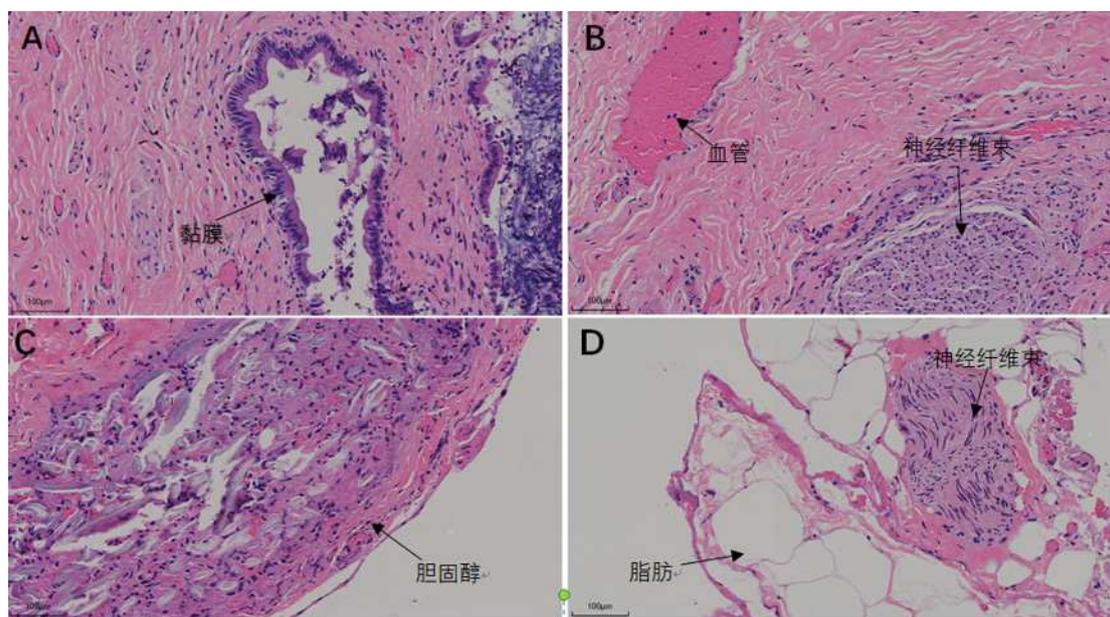


图3 病理切片所见 (HE 染色, X200) : 胆管壁组织; 由内而外, 分别是: A, 黏膜层 (被覆单层柱状上皮); B: 纤维平滑肌层 (其内可见血管、神经纤维束); C: 纤维平滑肌层 (其内可见胆固醇结晶); D: 外膜 (其内可见脂肪细胞, 血管、神经纤维束)。

除胆囊三角内的脂肪和纤维组织。(2) 游离胆囊床的最下1/3部分(即胆囊颈部附着于肝脏上的白色纤维组织间隙), 暴露胆囊平面。(3) 目视下“有且仅有”两个解剖结构进入胆囊, 即胆囊管和胆囊动脉。只有上述3点同时满足才可以认为达到CVS。当胆囊管过长时, 并且和肝总管并行迂曲重叠, 开口位置较低, 考虑到胆总管损伤的风险, 外科医生会尽量靠近胆囊, 避免暴露大部分胆囊管, 导致胆囊管残留过长甚至整体残存。胆囊管残株功能较差, 蠕动弱, 随着胆道内压力增大, 会逐渐形成囊腔样结构^[12], 引发炎症, 出现腹痛, 须手术治疗。但因为第一次手术会导致腹腔粘连, 二次手术难度会增加, 损伤胆管的风险也会提高, 所以首次手术十分关键, 这要求手术医生熟悉并掌握胆囊三角区的解剖, 充分游离胆囊管, 尽可能完整切除。

关于腹腔镜下胆囊残株炎的病例报道较多, 而胆囊管残株再探查的病例报道很少, 临床上很容易漏诊。在正常情况下, 胆囊的囊管长度为2-4厘米^[13], 而囊管残余被定义为术后囊管长度超过1cm^[14], 超过15mm就容易形成结石^[15]。在本案例中, 结合患者病史、临床表现, 很难明确诊断, 而MRCP检查对这个疾病有着重要意义。

胆囊管残株炎主要与与肝门部的肿瘤、囊肿以及胆囊术后的胆囊窝积液等鉴别。早期肝门胆管癌表现为上腹部的

不适或闷痛、胀痛、食欲降低、恶心、呕吐、乏力及体重的减轻, 早期影像学特征不明显^[16], 不易被诊断出, 所以可以结合肿瘤标志物CEA、CA19-9、CA50的联合检测^[17]。肝囊肿早期无明显症状, 当囊肿增大至一定程度时压迫周围器官, 可引起一些症状与体征, 如右上腹隐痛不适、腹胀、恶心、呕吐、黄疸等, 体检可在上腹部触及无痛性囊性肿块, 通过超声、CT、MRI可以鉴别诊断^[18]。胆囊窝积液是LC术后异出现的肝下局限性包裹积液^[19], 有腹痛、腹胀、发热、纳差等症状, 可以通过B超明确诊断, 若要排除胆管损伤可能可以行ERCP^[20]。

综上所述, 胆囊管残株炎是腹腔镜下胆囊切除术后综合征之一, 可以通过临床症状、手术史以及影像学检查来明确诊断, 手术治疗仍是当前首选的治疗方案, 预后良好。目前关于胆囊管残株炎的病例报道数量稀少, 所以对于该疾病的认知以及重视还处于缺乏状态, 外科医生应当重视并且深入研究如何更好更安全地充分暴露术中胆囊管, 控制囊管残余长度。

参考文献:

- [1] Womack NA, Crider RL. The Persistence of Symptoms Following Cholecystectomy. *Ann Surg.* 1947;126(1):31-55.
- [2] 陈彪, 陈永翀. 胆囊管残株炎与残余结石的防治措施

(附36例临床分析)[J]. 中国综合临床, 2002(02):61-62.

[3] 任建华, 杨璐, 王胜. 胆囊切除术胆囊管残株过长 23 例[J]. 中国现代普通外科进展, 2015,18(10):770.

[4] 魏少岷, 田超阳. 胆囊切除术后残株炎并结石治疗体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2011,20(18):2300.

[5] 陈凛, 陈亚进, 董海龙等. 加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J]. 中国实用外科杂志, 2018,38(01):1-20.

[6] 金巍巍, 孟思嘉, 朱启聪等. 再谈腹腔镜与机器人胰腺手术的优势和劣势[J]. 外科理论与实践, 2022,27(01):11-13.

[7] 何香凌. 加速康复外科(ERAS)对胆囊结石伴慢性胆囊炎患者行腹腔镜胆囊切除临床路径的影响[J]. 中国社区医师, 2020,36(30):134-135.

[8] 林镇海, 张炳太. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊炎性疾病的国内研究进展[J]. 腹腔镜外科杂志, 2010,15(02):157-160.

[9] 赵学智, 李传宝. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术治疗胆囊炎、胆结石的优势比较分析[J]. 中外医疗, 2023,42(19):50-53.

[10] 刘欢欢, 田雨, 彭洋, 等. 胆囊切除术后综合征的诊治和预防[J]. 临床肝胆病杂志, 2018,34(11):2464-2468.

[11] de' Angelis N, Catena F, Memeo R, et al 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. World J Emerg Surg. 2021,10;16(1):30.

[12] Saroj SK, Kumar S, Afaq Y, Bhartia A, Bhartia VK. The Laparoscopic Re-Exploration in the Management of the Gallbladder Remnant and the Cystic Duct Stump Calculi. J Clin Diagn Res. 2016, 10(8):PC06-8.

[13] Turner MA, Fulcher AS. The cystic duct: normal anatomy and disease processes. Radiographics. 2001,21(1):3-22; questionnaire 288-94.

[14] Sitenko VM, Nechaï AI, Stukalov VV, Kalashnikov SA.

O bol' shoï kul' te puzyrnogo protoka [Large stump of the cystic duct]. Vestn Khir Im I I Grek. 1976,116(2):56-9. Russian.

[15] Burckhardt O, Peisl S, Rouiller B, Colinet E, Egger B. Length of the Remnant Cystic Duct and Bile Duct Stone Recurrence: a Case-Control Study. J Gastrointest Surg. 2023,27(6):1122-1129.

[16] 张雁鹏, 王世明, 韩栓柱. 肿瘤标志物联合检测在肝门胆管癌诊断和治疗中的研究进展[J]. 中国现代医生, 2017,55(01):162-165.

[17] 陈寒超, 李玉英. CEA、CA19-9、CA50联合检测在肝门部胆管癌诊断中的意义[J]. 山东医药, 2008(32):64-65.

[18] 刘宁, 贾海忠, 赵进喜等. 肝肾囊性疾病, 当明确诊断; 临床干预治疗, 应中西融合[J]. 环球中医药, 2023,16(12):2474-2478.

[19] 胥坤伦. 腹腔镜胆囊切除术常见并发症分析及预防[J]. 吉林医学, 2015,36(05):902-903.

[20] 舒新蓉. 腹腔镜胆囊切除术后胆囊窝积液 12 例诊治分析[J]. 健康之路, 2016,15(01):278-279.

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明 南海鸥: 起草及修改文章; 王焱: 采集数据、分析数据、修改文章; 王刚: 论文审阅、指导; 潘华峰: 技术支持、实施研究; 王海锋: 技术支持、实施研究; 李嘉宇: 论文修改、指导; 江志伟: 获取研究经费、行政支持、支持性贡献

作者简介:

南海鸥(1999—), 女, 硕士研究生在读, 中西医结合临床专业普外科方向, 研究方向: 胃肠肿瘤的中西医结合加速康复外科治疗。

基金项目:

江苏省卫生健康委重点项目(ZDXK202251)。