

• 病例报告 •

中西医结合诊疗胆囊腺肌症 1 例

廖金平¹, 张健宜¹, 谭万芳¹, 钟毅²

(¹ 广州中医药大学, 广东 广州 510405;

² 广东省第二中医院, 广东 广州 510095)

关键词: 胆囊腺肌症; 影像学诊断; 中西医结合疗法

doi: 10.3969/j.issn.1671-038X.2019.05.18

中图分类号: R575.6

文献标志码: D

患者,女,68岁,因“身目黄染1周”于2018年05月22日就诊于广东省第二中医院。症见:神疲,身目黄染,上腹胀满,伴反酸暖气,间断恶心呕吐,呕胃内容物,口干口苦,胸闷,纳差,尿黄,便秘,未见陶土样便,舌暗红,苔少,脉弦数。体检:全身皮肤黏膜及巩膜黄染,腹平坦,余特殊阳性体征阴性。既往无肝炎病史。入院体检:ALT 172.10(U/L),AST 193.20(U/L),GGT 494.00(U/L)。中医诊断:黄疸(阳黄)-肝胆湿热证,西医诊断:黄疸查因。予中药辨证论治,补液、护肝利胆、抗感染等处理后,患者身目黄染、腹胀、反酸暖气、呕吐及肝酶指标均好转,追查上腹部CT:胆囊底部囊壁局限性稍增厚,厚度约5 mm,呈戴帽状。消化彩超:见胆囊大小约59 mm×31 mm,壁厚3 mm、毛糙,胆囊底内壁见强回声光点后伴彗星尾征,CDFI检查胆囊壁未见异常血流。上腹部MR/MRCP:胆囊底部囊壁局限性稍增厚,厚度约5 mm,不均匀强化。结合各影像学结果,术前诊断为胆囊腺肌症(GBA)。患者及家属要求切除胆囊,遂于2018-06-15送手术室在全麻下行腹腔镜下胆囊切除术,术后病理送检回复:慢性胆囊炎,胆囊腺肌瘤样增生。

讨论 常规超声及超声造影:超声检查作为诊断GBA的首选手段,以发现罗-阿氏窦(RAS)作为诊断GBA的基本依据。常规超声见胆囊壁局限性增厚,囊壁内可见细小无回声区,个别伴强回声、后方“彗星尾”征等典型征象即可诊断为GBA^[1],但受肥胖、胃肠道气体干扰、罗-阿氏窦小、部位较深或窦口较狭窄合并胆汁淤积或胆固醇结晶时引发炎症使其内部透声性较差以及检查过程中混响伪像干扰、分辨力较低等因素的影响,常规超声检出率低,

漏诊、误诊概率高。对比常规超声,超声造影过程快捷方便、诊断效能高。GBA在超声造影下可显示增厚的胆囊壁回声增强,基底部连续并伴有蜂窝样回声的多发未增强区即为罗-阿氏窦^[2]。超声造影作为对常规超声的重大补充,能显示微循环灌注实况,提供胆囊病变增强、消退的血流动力学信息,容易实现对基底部囊壁的完整性、周围肝组织浸润及肝内转移情况的观察,其不足之处在于胆囊壁因急、慢性炎症改变出现局限性增厚时,有分别误诊为胆囊癌、腺肌症的可能。

CT检查:CT检查可发现GBA增厚的胆囊壁内与胆囊腔相通的多发小憩室。不同类型的GBA CT影像各有特点,而本报道所示局限型GBA表现为胆囊底部呈戴帽状增厚的CT影像学特征。在实际操作中,以CT检查确诊GBA受GBA增生程度、胆囊充盈状态及患者的呼吸移动度的影响仍较敏感。CT诊断GBA重度者难度系数较低,但部分病例的RAS检出率仍需借助相当长时间的胆囊局部延迟CT扫描得以实现;胆囊壁多轻度增厚的轻、中度患者,其CT胆囊壁增厚影像表现并不明显,故难以与胆囊炎或早期胆囊癌相鉴别^[3]。为更直观地显示RAS的特征,提高检出率,推荐多期增强扫描+薄层重建结合MPR图像方案。

MRI检查:MRI成像具有组织密度分辨率高、多序列、多方位等优势。RAS经MRI成像呈胆囊壁内点状或小囊状的高信号显像。另外,运用磁共振胰胆管造影(MRCP),则可以观察到GBA增厚的胆囊壁内出现多个小圆形高信号的珍珠项链征,基于MRCP无法显示增厚的胆囊壁,故合并胆囊周围肝囊肿时,两者不易鉴别。研究指出MRI/MRCP能够很好地对胆囊壁厚度方式、胆囊壁是否光整、显示RAS、胆囊壁是否出现钙化现象、肝胆交界是否清晰以及浆膜层是否存在强化等影像学表现进行评价,有利于提高GBA的诊断及鉴别诊断效能^[4]。

收稿日期:2018-07-05

作者简介:廖金平,女,在读硕士研究生,研究方向:中西医结合脾胃临床

通讯作者:钟毅,E-mail:zhongyi787@126.com

中西医结合治疗:本病例中患者老年女性,以突发身目黄染为主症就诊,舌暗红,苔少,脉弦数,四诊合参,病属祖国医学“黄疸(阳黄)”范畴,证属肝胆湿热。详问生活史,缘患者久居潮湿之地,平素嗜食肥甘厚腻,久伤脾胃,脾虚失运,精微不布,水湿内生,湿从热化,湿热蕴结,熏蒸肝胆,致胆汁疏泄失常,胆液不循常道,外溢肌肤,下注膀胱,而发为目黄、肤黄、小便黄。本病位于中焦,病性属实证,治疗当以祛邪为则,以清热祛湿解毒为法拟方茵陈蒿汤加减调服,在一定程度上辅助改善患者身目发黄、腹胀、口干口苦等症状,收效尚可。

现代医学研究认为,GBA 虽是良性增生性胆囊疾病,但存在恶变倾向,故归为胆囊癌前病变范畴。另外,用于本病诊断的影像学手段各具特点与局限性,尤与胆囊癌的术前鉴别诊断存在难度。因此,基本确诊或高度怀疑 GBA 的,主张早发现、早

治疗。手术切除仍是目前最有效可行的选择,术后送病理活检可排除恶性病变可能;疑似 GBA 或不行手术治疗的患者,应密切随访,定期复查,以防失治、误治。

参考文献

- [1] 陈宇,罗孝勇,吴杭,等.超声造影和常规超声在诊断胆囊腺肌症中的应用价值[J].河北医学,2017,23(4):597—600.
 - [2] 李霞,李静,刘佳,等.二维与超声造影在诊断胆囊腺肌症方面的分析[J].中华临床医师杂志(电子版),2014,8(3):559—561.
 - [3] 付泉水,张波,蒋永明,等.MRCP 与 CT 检查对胆囊腺肌增生症的诊断价值[J].实用癌症杂志,2013,28(5):572—574.
 - [4] 孙敏,张磊,刘洋,等.MRI 结合 MRCP 在胆囊癌与胆囊腺肌症鉴别诊断中的应用价值[J].河北医药,2018,40(4):539—541,546.
-
- (上接第 396 页)
- [5] Willems M, Van B H K R. Anthranoid self-medication causing rapid development of melanosis coli[J]. Neth J Med, 2003, 61(1): 22—24.
 - [6] Van Gorkom B A, Karrenbeld A, Van d S T, et al. Apoptosis induction by sennoside laxatives in man; escape from a protective mechanism during chronic sennoside use? [J]. J Pathol. 2010, 194(4): 493—493.
 - [7] Liu Z H, Foo D, Law W L, et al. Melanosis coli: Harmless pigmentation? A case-control retrospective study of 657 cases[J]. Plos One. 2017, 12(10): e0186668.
 - [8] 罗斌,胥佳.药物治疗肠道黑变病疗效分析[J].临床普外科电子杂志,2016,4(3):39—42.
 - [9] 陈万群,胡玲,陈苇菁等.运脾降浊法治岭南老年湿热便秘思路探讨[J].广州中医药大学学报.2012,29(6):725—726.
 - [10] 陈苇菁,胡玲,鄢雪辉等.顽固性湿热便秘治验一则[J].新中医.2014,46(1):218—219.