

急性氣腫性膽囊炎併發肝膿瘍

陳主光 張育霖

台南市郭綜合醫院 內科部

摘要

我們報告一位急性氣腫性膽囊炎 (acute emphysematous cholecystitis) 併發肝膿瘍 (hepatic abscess) 的 77 歲糖尿病病人，經積極使用抗生素及膽囊與肝膿瘍引流，病人仍因敗血性休克死亡。追查膽汁、膿瘍及血液的細菌培養報告為大腸桿菌，試驗顯示它對所有抗生素皆敏感。我們回顧文獻，探討治療此類複雜病況的策略。於初診斷急性膽囊炎後，須分辨其嚴重度 (如出現氣腫)、是否伴隨其它疾病如肝膿瘍，若病情嚴重或複雜，除使用抗生素外應儘早考慮引流或手術介入。

關鍵詞：急性膽囊炎 (Acute cholecystitis)
氣腫性膽囊炎 (Emphysematous cholecystitis)
肝膿瘍 (Hepatic abscess)

前言

單純性的急性膽囊炎或肝膿瘍不少見，一般治療都可達不錯效果，死亡率不高。但急性膽囊炎併發肝膿瘍則不常見，尤其膽囊炎若還伴隨氣腫，病情嚴重度更高，須謹慎治療！我們報告一位急性氣腫性膽囊炎併發肝膿瘍，病程發展快速的病例。

病史

病人為一 77 歲台灣籍男性，因發高燒至本院急診。其慢性病史有糖尿病。病人自求診前數日起右上腹悶痛、虛弱、噁心，症狀越來越嚴重，於求診當日畏寒、發燒、噁心嘔吐，無提及茶色尿。

診察資料

急診檢查：意識尚清楚，體溫攝氏 40.1 度，心跳 126 次/分，呼吸 18 次/分，血壓 103/71 mmHg。白血球數 12300 (4000-10000)/ μ L，AST: 666 (8-38) IU/L，ALT: 231 (4-44) IU/L。血色素: 13.6 (13-17) g/dl，血小板: 176000 (150000-450000)/ μ L，膽紅素: 0.7 (0.2-1.2) mg/dl，鹼性磷酸酶: 410 (10-129) IU/L，麩胺轉酸酶 (GGT): 165 (10-47) IU/L，乳酸脫氫酶 (LDH): 2170 (106-211) IU/L，C 反應蛋白: 14.56 (0-0.3) mg/dl，白蛋白: 2.2 (3.8-5.3) g/dl。尿液及胸部 X 光檢查無明顯異常。腹部超音波發現急性膽囊炎及疑似肝膿瘍。給予病人第三代頭孢子素 flomoxef 並進一步安排電腦斷層檢查，影像發現病人同時罹患急性氣腫性膽囊炎及肝膿瘍 (圖一)。考量病情複雜且不穩

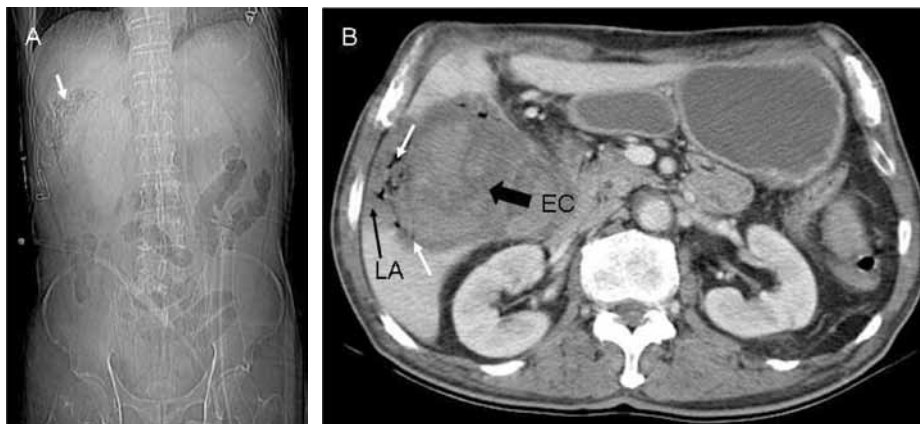
定，隨即安排病人住加護病房治療。住院後數小時後病人發生休克，予以水分、多巴胺滴注。膽囊及肝膿瘍引流於病人住院12小時內完成(圖二)。雖進行積極治療，病人仍持續嚴重休克、排尿少。我們更換抗生素為cefepime及metronidazole並考慮手術介入，但與家屬討論後，家屬傾向維持內科治療並簽署放棄急救志願書。病人於住院二日後死亡。事後追查細菌培養報告：膽汁、膿瘍及血液的細菌培養報告皆為大腸桿菌，其敏感度試驗顯示對所有抗生素皆敏感。

討論

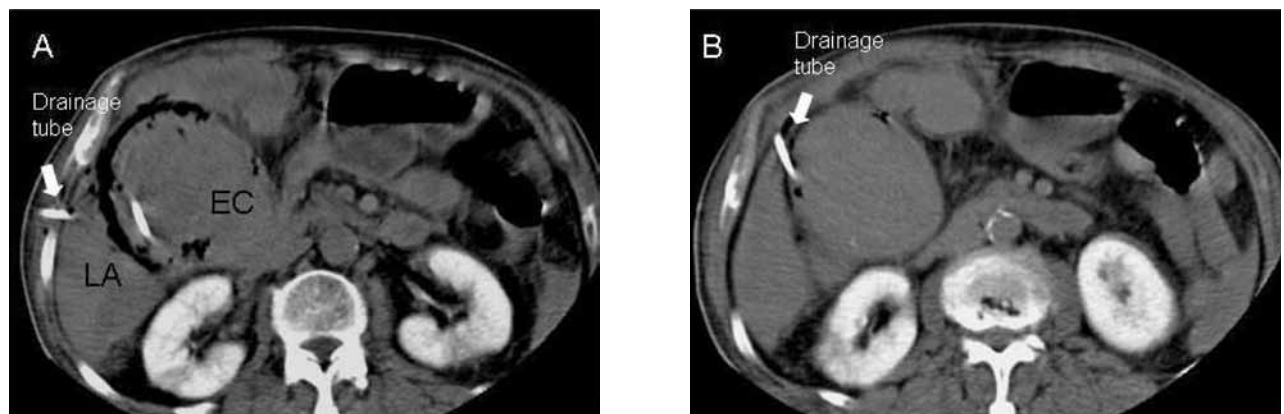
併發急性膽囊炎與肝膿瘍在診斷治療上尚無標準指引(guideline)。

急性膽囊炎病人中約有4.8%同時罹患肝膿瘍¹。以腹部超音波診斷急性膽囊炎較沒問題，但以腹部超音波診斷肝膿瘍的敏感度稍差，尤其是對於早期或小型、特殊部位的肝膿瘍。電腦斷層檢查診斷肝膿瘍的敏感度較佳²，對於病情嚴重度高的病人應考慮安排電腦斷層檢查。

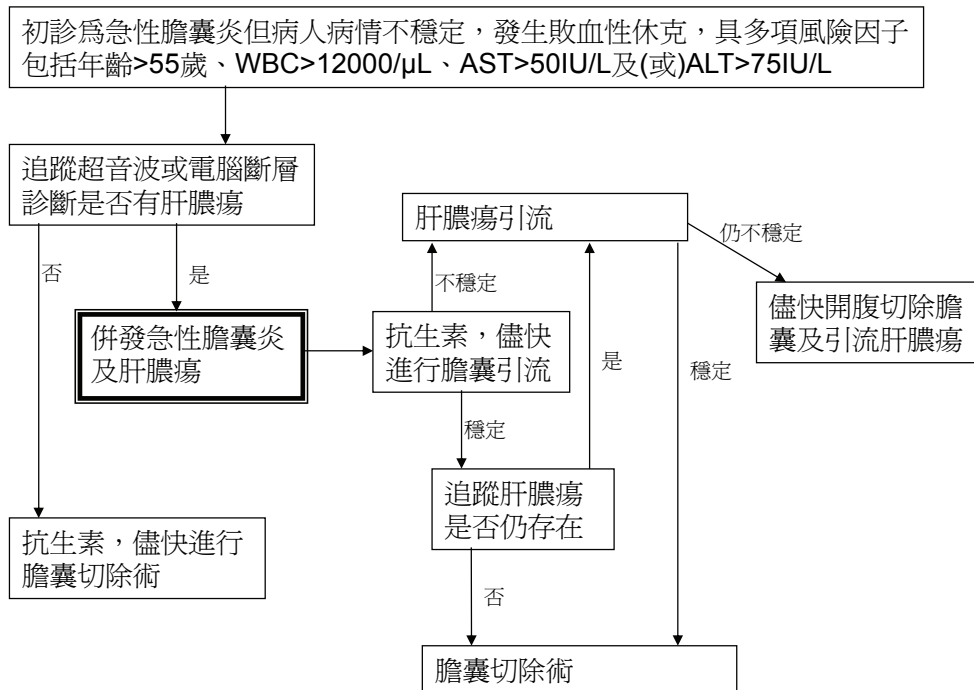
如何選擇高風險病人可參考Renato於2012年發表的論文：他回顧過去14年法國大學醫院的12位同時罹患急性膽囊炎及肝膿瘍病人，比較其病情特性，發現這些病人年齡為56-90歲，42%有糖尿病，起始檢驗白血球數目高，平均為13490/ml，肝功能指數高，平均AST為109IU/L、ALT為169IU/L，超音波診斷敏感度55%、電腦斷層檢查斷敏感度100%，病原細菌：84%為大腸桿菌、8%為克雷伯氏肺炎桿



圖一：(A) X光顯示右上腹部有非腸氣型態的異常空氣。(B) 電腦斷層檢查顯示氣腫性膽囊炎(EC，粗黑箭頭)與其氣腫(細白箭頭)及肝膿瘍(LA，細黑箭頭)。



圖二：(A) 肝膿瘍引流(粗白箭頭指示引流管)，(B) 膽囊引流(粗白箭頭指示引流管)。



圖三：評估急性膽囊炎併發肝膿瘍的風險及治療流程建議³。

菌。與另外66位單純急性膽囊炎病人比對，Renato分析出一些預估病情嚴重的因子，也提出對此類病人評估治療的建議流程³，主要觀念為評估風險、確立診斷，治療時嚴密注意發展，若反映不佳即作更積極的引流甚至手術(圖三)。

治療方面，對併發急性膽囊炎及肝膿瘍尤其病情快速惡化者，抗生素的選擇除對付革蘭氏陰性菌外，也需留意厭氧菌的感染可能⁴。

氣腫性膽囊炎比一般急性膽囊炎嚴重，死亡率15%，原則上應考慮儘快安排手術切除膽囊⁵，但對於嚴重敗血症連麻醉都有問題者或年老虛弱者，手術治療受限，宜先施以內科療法包括抗生素及膽囊引流作為過渡時期療法，病情穩定後再決定銜接手術與否¹。新近論文如Carrascosa於2012年發表的病例治療成功⁶，但在複雜病況下也可能失敗如本病例，在向病人及家屬說明病情、作治療計畫時須注意。

對肝膿瘍的處理，若內科治療、膿瘍引流下病情仍惡化，需進行手術清除⁷。

糖尿病患者相較無糖尿病者罹患急性膽囊炎時發生其他疾病(morbidity)及死亡率(mortality)機率高⁸。應在病程早期考慮手術介入。

思考本病例的處理歷程，於急診室診斷病人同時罹患急性氣腫性膽囊炎及肝膿瘍前即已投予抗生素治療，而其感染病原為對所有抗生素皆敏感的大腸桿菌，引流也儘快完成，結果病人仍因快速進展的敗血性休克於兩日內死亡。其間曾與家屬討論手術介入未被接受。分析治療失敗原因可能是病人年老且罹患糖尿病，當他出現症狀多日期間應已發展嚴重菌血症，來到急診時已屆敗血性休克之臨界，以致雖積極治療仍難以挽回。

結論

併發急性膽囊炎及肝膿瘍，病情嚴重複雜，目前無明確治療指引。回顧文獻，可參考Renato的建議流程，確立診斷、積極治療。若急性膽囊炎為氣腫性膽囊炎且病情重者應儘早手術。

參考文獻

1. Tseng LJ, Tsai CC, Mo LR, et al. Palliative percutaneous transhepatic gallbladder drainage of gallbladder empyema before laparoscopic cholecystectomy. *Hepatogastroenterology* 2000; 47: 932-6.
2. Halvorsen RA Jr, Foster WL Jr, Wilkinson RH Jr, Silverman

- PM, Thompson WM. Hepatic abscess: sensitivity of imaging tests and clinical findings. *Gastrointest Radiol* 1988; 13: 135-41.
3. Costi R, Le Bian A, Cauchy F, et al. Synchronous pyogenic liver abscess and acute cholecystitis: how to recognize it and what to do (emergency cholecystostomy followed by delayed laparoscopic cholecystectomy). *Surg Endosc* 2012; 26: 205-13.
 4. Huang WC, Lee WS, Chang T, Ou TY, Lam C. Emphysematous cholecystitis complicating liver abscess due to *Clostridium baratii* infection. *J Microbiol Immunol Infect* 2012; 45: 390-2.
 5. Mentzer RM Jr, Golden GT, Chandler JG, Horsley JS 3rd. A comparative appraisal of emphysematous cholecystitis. *Am J Surg* 1975; 129: 10-5.
 6. Carrascosa MF, Salcines-Caviedes JR. Emphysematous cholecystitis. *CMAJ* 2012; 184: E81.
 7. Alkofer B, Dufay C, Parienti JJ, Lepennec V, Dargere S, Chiche L. Are pyogenic liver abscesses still a surgical concern? A Western experience. *HPB Surg* 2012; 2012: 316013.
 8. Landau O, Deutsch AA, Kott I, Rivlin E, Reiss R. The risk of cholecystectomy for acute cholecystitis in diabetic patients. *Hepatogastroenterology* 1992; 39: 437-8.

Acute Emphysematous Cholecystitis Complicated with Hepatic Abscess

Chu-Kung Chen, and Yu-Lin Chang

Department of Internal Medicine, Kuo General Hospital, Tainan, Taiwan

We report a 77-year-old diabetic patient with combined acute emphysematous cholecystitis and hepatic abscess. Despite aggressive treatment with antibiotics and drainage of gall bladder and hepatic abscess, the patient died of septic shock. The culture of bile, abscess and blood showed *E. coli* that was sensitive to all antibiotics. We review articles and discuss the strategy of treatment for such complicated diseases. In patients with acute cholecystitis, caution should be exercised against the development of emphysematous cholecystitis and/or liver abscess. Early drainage or surgical intervention should be considered if development of such complications. (*J Intern Med* Taiwan 2013; 24: 334-337)