

急性化脓性胆管炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_8C_96_E8_c22_301929.htm 名称急性化脓性胆管炎所属科室消化内科病因 这是外科急腹症中死亡率较高的一种疾病，多数继发于胆管结石和胆道蛔虫症。但胆管狭窄和胆管肿瘤等病变有时亦可继发此症。上述疾病造成胆管阻塞，胆汁郁积，以及继发细菌感染。致病菌几乎都来自肠道，经乏特壶腹或经胆肠吻合口的通道逆行进入胆道。细菌亦可通过血行或淋巴通道进入胆道。致病菌主要为大肠杆菌，克雷白菌，粪链球菌和某些厌氧菌。病理 在原有结石等阻塞性疾病的基础上发生胆管感染，胆管粘膜充血水肿，加重胆管的梗阻，胆汁逐渐变成脓性，胆管内的压力不断增高，梗阻近侧的胆管逐渐扩大。在含有脓性胆汁的胆管高压的作用下，肝脏可肿大，肝内小胆管及四周的肝实质细胞亦可发生炎性改变。肝细胞产生大片坏死，可形成肝内多发性小脓肿。胆管也可因感染化脓造成溃疡和胆道出血。由于胆管内高压造成肝内毛细胆管破溃，脓性胆汁甚至胆栓即由此经肝内血窦进入血循环，造成菌血症和败血症。少数还可发生肺部脓性栓塞。在后期，可发生感染性休克、肝肾功能衰竭或弥漫性血管内凝血等一系列病理生理性变化，此即为急性梗阻性化脓性胆管炎或称急性重症胆管炎。这些病理改变一旦发生，即使手术解除了胆管高压，但在肝实质和胆管仍会留下损害，这也是本症的严重性的存在。临床表现 起病常急骤，忽然发生剑突下或右上腹剧烈疼痛，一般呈持续性。继而发生寒战和弛张型高热，体温可超过40℃。常伴恶心和呕吐。多

数病人有黄疸，但黄疸的深浅与病情的严重性可不一致。近半数病人出现烦躁不安、意识障碍、昏睡乃至昏迷等中枢神经系统抑制表现，同时常有血压下降现象。往往提示病人已发生败血和感染性休克，是病情危重的一种表现。体温升高，脉率增快可超过120次/分，脉搏微弱，剑突下和右上腹有明显压痛和肌紧张。如胆囊未切除者，常可扪及肿大和有压痛的胆囊和脏器，白细胞计数明显升高和右移，可达 $2 \sim 4$ 万/mm³，并可出现毒性颗粒。血清胆红素和碱性磷酸酶值升高，并常有GPT和r-GT值增高等肝功能损害表现。血培养常有细菌生长。检查血白细胞计数明显升高，尿三胆异常，血胆红素升高，肝功异常（如ALT、AST、r-GT、ALP等均有不同程度的升高）。辅助检查B超、CT检查可见胆囊肿大、胆管有否扩张及结石，ERCP、PTC检查可更清楚显示肝内外胆管内的病变。诊断根据临床表现中有典型的腹痛、寒战高热和黄疸的三联症，即夏柯征（Charcot），以及病情发展中又出现中枢神经系统抑制和低血压等临床表现，急性化脓性胆管炎的诊断，一般并不困难。仅在少数病人，例如肝内胆管结石并发的急性化脓性胆管炎，因症状不典型，如无腹痛和黄疸等，有时会延误诊断。此时，可借助于某些非凡检查方法，如B超等作非损伤性检查，常可显示肝内或肝外胆管扩张、肝内多发性小脓肿，以及胆管内结石影，从而推断胆管内有梗阻性病变的存在，再结合临床表现来作出诊断。偶然也可以通过PTC或ERCP等检查来辅助诊断。鉴别诊断应与其它急腹症相鉴别。治疗 治疗原则是手术解除胆管梗阻，减压胆管和引流胆道。但在疾病早期，尤如急性单纯性胆管炎，病情不太严重时，可先采用非手术方法。约有75%左右的病

人，可获得病情稳定和控制感染。而另25%病人，对非手术治疗无效，并由单纯性胆管炎发展成急性梗阻性化脓性胆管炎，应及时改用手术治疗。非手术治疗包括解痉镇痛和利胆药物的应用，其中50%硫酸镁溶液常有较好的效果，用量为30~50ml一次服用或10ml日3次；胃肠减压也常应用；大剂量广谱抗生素的联合应用很重要，虽在胆管梗阻时胆汁中的抗生素浓度不能达到治疗所需浓度，但它能有效治疗菌血症和败血症，常用的抗生素有庆大霉素，氯霉素，先锋霉素和氨卞青霉素等。最终还须根据血或胆汁细菌培养以及药物敏感试验，再调整合适的抗生素。如有休克存在，应积极抗休克治疗。如非手术治疗后12~24小时病情无明显改善，应即进行手术。即使休克不易纠正，也应争取手术引流。对病情一开始就较严重，非凡是黄疸较深的病例，应及时手术。手术死亡率仍高达25~30%。手术方法应力求简单有效，主要是胆管切开探查和引流术。应注重的是引流管必须放在胆管梗阻的近侧，在梗阻远侧的引流是无效的，病情不能得到缓解。如病情条件答应，还可切除炎症的胆囊，待病人渡过危险期后，再彻底解决胆管内的病变。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com