

急性胆囊炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E8_83_86_E5_c22_305770.htm 名称急性胆囊炎所属科室普通外科病因急性结石性胆囊炎的起病是由于结石阻塞胆囊管，造成胆囊内胆汁滞留，继发细菌感染而引起急性炎症。如仅在胆囊粘膜层产生炎症、充血和水肿，称为急性单纯性胆囊炎。如炎症波及到胆囊全层，胆囊内布满脓液，浆膜面亦有脓性纤维素性渗出，则称为急性化脓性胆囊炎。胆囊因积脓极度膨胀，引起胆囊壁缺血和坏疽，即为急性坏疽性胆囊炎。坏死的胆囊壁可发生穿孔，导致胆汁性腹膜炎。胆囊穿孔部位多发生于胆囊底部或结石嵌顿的胆囊壶腹部或者颈部。如胆囊穿孔至邻近脏器中，如十二指肠、结肠和胃等，可造成胆内瘘。此时胆囊内的急性炎症可经内瘘口得到引流，炎症可很快消失，症状得到缓解。如胆囊内脓液排入胆总管可引起急性胆管炎，少数人还可发生急性胰腺炎。致病菌多数为大肠杆菌、克雷白菌和粪链球菌，厌氧菌占10~15%，但有时可高达45%。急性非结石性胆囊炎，胆囊管常无阻塞。多数病人的病因不清楚。常发生在创伤，或与胆系无关的一些腹部手术后，有时也可发生在一些非溶血性贫血的儿童，一般认为手术及创伤后的脱水、禁食、麻醉止痛剂的应用，以及严重的应激反应所致的神经内分泌等因素的影响，导致胆囊收缩功能降低、胆汁滞留和胆囊粘膜抵抗力下降，在此基础上继发细菌感染，最后造成胆囊的急性炎症。也有认为部分病例是胆囊的营养血管发生急性栓塞所引起。此类急性非结石性胆囊炎的病理演变与结石性胆囊炎相似，但病程发展迅速，一般在24小时内即发展成坏疽性胆囊炎，

并表现为整个胆囊的坏疽。临床表现约85%的急性胆囊炎病人在发病初期有中上腹和右上腹阵发性绞痛，并有右肩胛下区的放射痛。常伴恶心和呕吐。发热一般在38~39℃，无寒战。10~15%病人可有轻度黄疸。体格检查见右上腹有压痛和肌紧张。墨菲（Murphy）征阳性。在约40%病人的中、右上腹可摸及肿大和触痛的胆囊。白细胞计数常有轻度增高，一般在10,000~15,000/mm³。如病变发展为胆囊坏疽、穿孔，并导致胆汁性腹膜炎时，全身感染症状可明显加重，并可出现寒战高热，脉搏增快和白细胞计数明显增加（一般超过20,000/mm³）。此时，局部体征有右上腹压痛和肌紧张的范围扩大，程度加重。一般的急性胆囊炎较少影响肝功能，或仅有轻度肝功能损害的表现，如血清胆红素和谷丙转氨酶值略有升高。非结石性胆囊炎的临床表现和结石性胆囊炎相似，但常不典型。诊断急性结石性胆囊炎主要依靠临床表现和B超检查即可得到确诊。B超检查能显示胆囊体积增大，胆囊壁增厚，厚度常超过3mm，在85~90%的病人中能显示结石影。在诊断有疑问时，可应用同位素^{99m}Tc-IDA作胆系扫描和照相，在造影片上常显示胆管，胆囊因胆囊管阻塞而不显示，从而确定急性胆囊炎的诊断。此法正确率可达95%以上。急性非结石性胆囊炎的诊断比较困难。诊断的要害在于创伤或腹部手术后出现上述急性胆囊炎的临床表现时，要想到该病的可能性，对少数由产气杆菌引起的急性气肿性胆囊炎中，摄胆囊区平片，可发现胆囊壁和腔内均有气体存在。治疗对症状较轻微的急性单纯性胆囊炎，可考虑先用非手术疗法控制炎症，待进一步查明病情后进行择期手术。对较重的急性化脓性或坏疽性胆囊炎或胆囊穿孔，应及时

进行手术治疗，但必须作好术前预备，包括纠正水电解质和酸碱平衡的失调，以及应用抗生素等。非手术疗法对大多数（约80~85%）早期急性胆囊炎的病人有效。此法包括解痉镇痛，抗生素的应用，纠正水电解质和酸碱平衡失调，以及全身的支持疗法。在非手术疗法治疗期间，必须密切观察病情变化，如症状和体征有发展，应及时改为手术治疗。非凡是老年人和糖尿病患者，病情变化较快，更应注重。据统计约1/4的急性胆囊炎病人将发展成胆囊坏疽或穿孔。对于急性非结石性胆囊炎病人，由于病情发展较快，一般不采用非手术疗法，宜在作好术前预备后及时进行手术治疗。关于急性胆囊炎应用抗生素的问题，由于胆囊管已阻塞，抗生素不能随胆汁进入胆囊，对胆囊内的感染不能起到预期的控制作用，胆囊炎症的和发展发生与否，并不受抗生素应用的影响。但是抗生素的应用可在血中达到一定的药物治疗浓度，可减少胆囊炎所造成的全身性感染，以及能有效地减少手术后感染性发症的发生。对发热和白细胞计数较高者，非凡是对一些老年人，或伴有糖尿病和长期应用免疫抑制剂等有高度感染易感性的病人，全身抗生素的应用仍非常必要。一般应用于广谱抗生素，如庆大霉素、氯霉素、先锋霉素或氨苄青霉素等，并常联合应用。手术治疗：目前对于手术时机的选择还存在着争论，一般认为应采用早期手术。早期手术不等于急诊手术，而是病人在入院后经过一段时期的非手术治疗和术前预备，并同时应用B超和同位素检查进一步确定诊断后，在发病时间不超过72小时的前提下进行手术。早期手术并不增加手术的死亡率和并发症率。对非手术治疗有效的病人可采用延期手术（或称晚期手术），一般在6个星期之后进行

。手术方法有两种，一种为胆囊切除术，在急性期胆囊四周组织水肿，解剖关系常不清楚，操作必须细心，此免误伤胆管和邻近重要组织。有条件时，应用术中胆管造影以发现胆管结石和可能存在的胆管畸形。另一种手术为胆囊造口术，主要应用于一些老年病人，一般情况较差或伴有严重的心肺疾病，估计不能耐受胆囊切除手术者，有时在急性期胆囊四周解剖不清而致手术操作困难者，也可先作胆囊造口术。胆囊造口手术可在局麻下进行，其目的是采用简单的方法引流胆囊炎症，使病人渡过危险期，待其情况稳定后，一般于胆囊造口术后3个月，再作胆囊切除以根治病灶。对胆囊炎发急性胆管炎者，除作胆囊切除术外，还须同时作胆总管切开探查和T管引流。随着老年人群中胆石症的发病率增加，老年胆囊炎患病人数也不断增多，老年人的胆囊炎在其发病中有其非凡性： 临床表现比较模糊，一般化验检查结果常不能确切地反应病变的严重程度，轻易发生坏疽和穿孔，常伴有心血管，肺，肝和肾等内脏的全症； 全身抗病能力与免疫功能低下，对手术耐受性差，手术后发症与死亡率均较一般人高，非凡急症手术后的死亡率更高，有时可达6~7%，故对老年胆囊炎病人的治疗，应首先考虑非手术治疗，如需手术争取感染控制后再做择期性胆囊切除术。但在另一方面，如手术指征明确，仍应积极早期手术，手术内容从简，如胆囊造口术等，以暂时缓解急性情况。 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