

小儿胆道感染 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E8_83_86_E9_c22_308692.htm 名称小儿胆道感染所属科室儿科病因急性胆囊炎与胆管炎的主要病因为胆汁滞留与细菌感染。胆汁滞留多因胆管梗阻造成，常见的梗阻因素有胆道先天性或炎性狭窄、胆肠吻合术后吻合狭窄返流及寄生虫引起的胆总管括约肌痉挛。细菌可经血液、淋巴、肠道或邻近器官而侵入胆囊与胆管，引起炎症的细菌以大肠杆菌为主，约占70%，其他有葡萄球菌，溶血性链球菌、变形杆菌等，亦可为混合感染。病理急性胆囊炎或胆管炎的病变开始时，粘膜充血，水肿，继而波及胆囊或胆管壁各层，管壁增厚，表面有纤维蛋白性渗出物。在感染严重病例，囊壁有化脓灶，形成化脓性胆囊炎或/和胆管炎。年龄越小，病变演进越急剧，由于同时有胆囊管或胆总管口括约肌痉挛，胆囊或胆总管膨胀，可发生局限性缺血和坏疽而引起穿孔、胆汁性腹膜炎。此时，患儿可出现神志模糊、中毒性休克等征象。临床表现发病常较急骤，多于发病后1天内就诊。以腹痛、高热寒战为主要症状，偶有黄疸。上腹疼呈持续或间断性钝痛、胀痛或剧烈绞痛。常伴有恶心、呕吐。高热可引起惊厥，或精神不好、谵妄、昏迷等症状。黄疸较轻，时间短暂。体格检查呈急性病容，体温可持续在38.5 以上，最高可达41，右上腹有明显压痛及腹肌紧张，有时可触及肿大的胆囊。个别严重病例以中毒性休克为主要表现经治疗后始出现腹胀、全腹紧张及压痛等腹膜炎体征。末梢血象白细胞数增高，并可有中性白细胞数增多，核左移及中毒颗粒。诊断一般根据上腹痛及右上腹压痛的病史及体征，诊断并不困难。在

以中毒性休克情况下来就医的患儿，也要考虑到有本症的可能。结合症状、体征和病程发展迅速，伴有精神不好、谵妄、神志模糊或昏迷等症状，可以作出诊断。有腹腔渗液的，可做腹腔穿刺，如抽出绿色渗液则可确诊为胆汁性腹膜炎。鉴别诊断胆囊炎应与传染性肝炎相鉴别，后者肝脏肿大，白细胞数可不增高且有肝功能减退现象。急性胆囊炎、胆管炎伴发腹膜炎时，应与其它原因所致腹膜炎如阑尾炎、胰腺炎及消化道穿孔（如伤寒肠穿孔）等症相鉴别。除一般病史、体征及X线检查外，***可测知胆囊大小及囊壁是否粗糙增厚，腹腔穿刺检查也有助于诊断。治疗急性胆囊炎可采用非手术疗法，包括解痉、镇痛及抗感染治疗。广谱抗生素如近苄青霉素、庆大霉素、先锋霉素及甲硝达唑为常用抗菌药。因多不能进食，故亦须静脉补液维持营养及水分。

1. 中医疗法以清利湿热、舒肝理气为主。处方举例：柴胡3g，黄芩9g，木香3g，枳壳9g，郁金9g，公英15g，大黄6g，茵陈15g，胆草6g。腹痛重者加元胡9g，川楝子9g。

2. 手术疗法：手术适应证：胆汁性腹膜炎确诊后应争取尽早手术；高热、中毒性休克，经短时间纠正无显著改善或病情恶化者；在治疗过程并发有肝脓肿、胰腺炎、胆囊坏死穿孔；胆管结石。瘢痕狭窄非手术不能解除者。手术原则是：解除胆道的梗阻、充分引流减低胆内压。术前应积极预备，包括输血、补液、静脉输入抗生素及纠正休克等措施。如经3~6小时的积极治疗，症状未见好转，即应行急症手术以免失去抢救机会。手术方式可根据患儿一般情况及局部情况决定。如系化脓性穿孔性或坏疽性胆囊炎则作胆囊切除。如病变限于胆囊而小儿一般情况不良者亦可作胆囊造瘘。若同伴有胆总管炎症或

穿孔时则须行胆管引流，同时行腹腔引流。预防及预后一般急性胆囊炎经非手术治疗可以消退自愈，但伴发腹膜炎者，须经积极预备后手术治疗。上述66例中死亡3例，其年龄分别为2个月1例及1岁以内2例，均系伴发胆汁性腹膜炎晚期患儿。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