

急性化脓性胆管炎_肝胆外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_8C_96_E8_c22_609534.htm 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。【诊断】一

、病史提问突发性右上腹持续性疼痛、寒战、高热、黄疸即charcot三联症。腹痛常最先出现，位于上腹部或右上腹部，呈持续性痛阵发性加重，旋即出现高热、寒战，黄疸最后出现，为梗阻性黄疸。但并非所有病例均具备这三个症状。发作时常伴有恶心呕吐，严重者可出现神志淡漠和低血压。本病发病急剧凶险，可在短时间内出现严重的感染中毒性休克，休克发生率可达50%以上。部分病人有反复发作病史或曾诊断过胆石。因此，应寻问病人起病急缓、腹痛部位、性质、伴随症状、即往有无类似病史等。二、体检发现皮肤、巩膜黄染，上腹或右上腹压痛、肌紧张、murphy征阳性，部分病人可在右上腹触及肿大的胆囊，如并有肝脓肿时可触及肿大的肝脏并有压痛。严重病例全身症状较重（如：血压下降、神志恍惚、高热等）但腹部症状较轻，如不及时抢救，最终导致昏迷、死亡。查体时应注意全身表现与腹部表现的程度，以准确判定病情轻重急缓。三、实验室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)。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。四、应与其它急腹症相鉴别。

【治疗措施】因本病发病急剧凶险，如临床表现符合诊断，在血压等生命体征稳定的情况下，应即收住院治疗。如血压及生命体征不稳定，需立即组织抢救，抗休克、抗感染等治疗，待生命体征平稳后立即送入病房，根据病情行急诊手术或est治疗。【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，可借助于某些特殊检查方法，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。偶尔也可以通过ptc或ercp等检查来辅助诊断。【治疗措施】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，特别是黄疸较深的病例，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。应注意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。如病情条件允许，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。

【病理改变】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，肝内小胆管及周围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，突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肝脏，白细胞计数明显升高和右移，可达2~4万/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。

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