

急性胆囊炎_消化内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E6_80_A5_

[E6_80_A7_E8_83_86_E5_c22_611152.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E8_83_86_E5_c22_611152.htm) 系胆囊管梗阻和细菌感染引起的胆囊急性炎症。中年女性多见。主要病因是胆汁滞留和细菌感染。90%以上为结石所致。大肠杆菌（70%）

、葡萄球菌、链球菌、伤寒杆菌、产气杆菌和厌氧菌等为主要致病菌。病理改变为胆囊壁充血、水肿、糜烂和出血，或胆囊壁血液循环障碍、缺血、坏疽、穿孔，造成胆汁性腹膜炎和内胆瘘。部分病例可引发急性胆源性胰腺炎而明显增高死亡率。

【诊断】1.症状 突然发作上腹部绞痛，绞痛后右上腹痛持续加重，可向右肩背部放散，常伴恶心、呕吐。

发冷、发热，少有寒战。 10%~20%患者轻度黄疸。 食欲不振、腹胀等。可反复发作，多在冬秋之交。脂餐饱食、过劳受凉等易诱发。胆囊结石引起者，夜间发病为一特点。2

. 体征 体温38 左右。右上腹压痛、肌紧张或反跳痛，莫菲征阳性，1/3~1/2患者可触及压痛、肿大之胆囊。叩击右上腹部时疼痛加剧。出现黄疸者，如为胆囊颈部结石压迫肝总管引起，则称为“mirizzi综合征”。3.辅助检查 白细胞总数

>10.700 b超检查胆囊增大、壁厚 $>3.5\text{mm}$.；胆囊内可出现光团、声影，动态观察胆囊呈进行性扩大、壁变厚。腹部x线片示肿大胆囊影，约20%见阳性结石，反射性肠郁积征。静脉胆道造影显示胆管、胆囊不显影。 99mtc扫描如

胆管显像，而胆囊在1小时内不显示，则有力支持急性胆囊炎。可有血、尿淀粉酶升高和肝功损害表现。【治疗】1.非

手术治疗适于无紧急手术指征者： 卧床休息、禁食或低脂

饮食，补液、纠正水和电解质和酸碱失衡。抗感染。肌注青霉素、链霉素或庆大霉素等，重者静滴氨苄西林8g~12g/日，分次给予。或联合用药：庆大霉素加大剂量青霉素或氨苄西林，或林可霉素等。厌氧菌感染常占重要比重，应用0.2%甲硝唑液500ml，静滴，1次/日。解痉止痛。肌注阿托品0.5mg~1mg，1次/6小时，绞痛时应加派替啶（度冷丁）50mg~100mg，肌注；直二者联合应用，效果更好。可配合针灸治疗。危重者，在应用抗生素的同时，静滴糠皮质激素。有休克者，应积极抗休克治疗等。

2. 手术治疗（1）手术指征：有下列指征者，经4~6小时术前准备，应紧急手术。临床症状重、不易缓解，胆囊肿大、张力高。腹膜刺激征明显，或保守治疗中症状体征加重，病情恶化者。有寒战、高热，白细胞 $20 \times 10^9/l$ 以上。老年患者，症状重、可能发生穿孔者，治疗中黄疸加深、症状加重者。

（2）手术方法：胆囊切除术。对胆囊管周围粘连多，处理胆囊动脉困难时，取逆行法切除较安全。若胆囊过大，宜穿刺减压后，再行胆囊切除。胆囊造口术。用于胆囊周围粘连严重，切除困难者；或胆囊周围脓肿、胆囊坏疽穿孔、腹膜炎等病情危重者；或合并严重内科性疾病不能耐受切除者。目的是切开引流、取出结石、渡过危险期，术后3个月，再酌情切除胆囊。

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