

急性胆管炎_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_E7_c22_611160.htm 急性重症胆管炎 (acst)
) 本病为肝内外胆管急性梗阻性化脓性感染。中年以上女性多见。主要由胆管结石、胆道蛔虫、胆管肿瘤、胆管狭窄等引起。以大肠杆菌多见。其病理改变为胆管内充满脓性胆汁，胆道内压显著增高，感染沿胆管近端扩散，细菌、内毒素及脓栓大量进入肝血窦，导致胆源性败血症和中毒性休克等，是胆系疾病致死的主要原因。【诊断】1.病史与症状 常有胆系感染反复发作或胆道手术史。起病急，上腹持续性疼痛，阵发加重，伴寒战、高热、恶心、呕吐。80%患者出现不同程度的黄疸。近半数患者烦躁不安、淡漠、昏睡或昏迷。2.体征 体温高达39℃以上或体温不升，呼吸增快，脉搏细速(120次/分以上)，低血压，收缩压9.33kpa(70mmhg)以下，神志恍惚，甚至昏迷，呈休克状态。右上腹、剑突下压痛，肌紧张，肝肿大，触、叩痛。胆囊大、触痛。肠胀气明显。老年人反应能力低下，应注意误(漏)诊。3.辅助检查 白细胞总数 $29 \times 10^9/l$ 以上，中性粒细胞亦明显升高，并核左移，胞浆内出现中毒性颗粒。血培养可阳性，血清胆红素升高。可有肝、肾功能损害。血气分析提示酸中毒、低氧血症。常有水、电解质紊乱等。b超检查显示胆管扩张、内有异物(结石、蛔虫、肿瘤等)，肝与胆囊肿大或有肝脓肿。ct、mri检查有助于确定病因。术中探查胆总管增粗、充血肿胀，切开后，高压力的脓性胆汁喷射而出，细菌培养阳性。【治疗】关键是及时进行胆管减压引流，解除阻道

梗阻。并积极抗休克，挽救生命。1.非手术治疗 禁食，胃肠减压，降温、解痉、止痛，记出入量，注意生命体征变化。积极抗休克。补液输血，维持水、电解质及酸碱平衡，肌注阿托品、哌替啶（度冷丁）解痉止痛，静滴糖皮质激素与升压药物。常用多巴胺和间羟胺等维持血压。控制感染。静脉滴注氨苄西林8g~12g/日，头孢唑林4g~6g/日；或联合用药，庆大霉素与氨苄西林或头孢菌素，头孢菌素与卡那霉素等。同时静滴11.7mmol/l(0.2%)甲硝唑液500ml。对耐药株可首选头孢菌素。对严重胆道感染者，可选用作用更强的广谱抗生素，如第四代头孢菌素，头孢他定2.0g，静滴，8~12小时；或头孢哌酮2.0g，静滴，8~12小时.或头孢呱酮2g~4g，静滴，8~12小时等。最好根据细菌血培养及药敏试验结果，调整抗生素。中医中药、针刺与利胆治疗。ptd或经内镜鼻胆管引流术(enas)。情况允许，可酌情进行，以缓解病情。但后者仅适于肝外胆管不完全性梗阻的引流。保护肝、肾功能。给予能量合剂、大量维生素c, b, k，利尿合剂、甘露醇、低分子右旋糖酐等。2.手术治疗经短时非手术处理无好转，应紧急手术。切开胆总管、取出阻塞性结石，解除梗阻，放置t管引流。要注意肝内大胆管梗阻的解除，必须达到引流梗阻部位以上胆管的目的。手术宜从简，不可勉强做胆囊切除或长时间取石。如并发胆囊积脓、结石，可同时行胆囊造口术。等病情好转3个月至半年，再做胆道确定性手术。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