

肝胆外科

急性胆管炎206例诊治体会

发表时间: 2011-12-23 8:38:50 来源: 创新医学网医学编辑部推荐

作者: 陈东春 作者单位: 陕西省黄陵县医院外科

【摘要】 目的: 探讨急性胆管炎的治疗方法。方法: 回顾性分析206例急性胆管炎的临床资料, 总结治疗方法及效果。结果: 本组206例患者, 194例(94.1%)治愈。死亡4例(1.9%)。因病情重、年龄大自动放弃治疗8例。110例行非手术治疗, 其中53例病情缓解后择期手术, 49例经保守治疗症状消失出院, 8例不愿手术治疗后病情无缓解自动出院。96例在发病24h内手术治疗, 4例于术后死于并发症。结论: 急性胆管炎的及早治疗尤为关键, 根据病情轻重程度选择非手术治疗或手术治疗, 对于重症胆管炎应尽早手术解除胆道梗阻并引流。

【关键词】 急性胆管炎; 非手术治疗; 手术治疗

急性胆管炎是细菌感染引起的胆道系统的急性炎症反应, 大多在胆道梗阻的基础上发病, 在我国最常见原因是胆道结石, 其次为胆道蛔虫和胆管狭窄, 胆管、壶腹部肿瘤、原发性硬化性胆管炎、胆肠吻合术后等[1]。上述病因可造成胆管阻塞, 从而使胆汁中的细菌繁殖, 形成急性胆管炎, 如处理不及时易转化为急性梗阻性化脓性胆管炎, 增加治疗的难度及病死率。1990年1月~2000年12月我院共收治急性胆管炎病例206例, 现分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 206例患者中, 男89例, 女117例, 年龄29~76岁, 平均43.2岁。病因: 胆道结石127例(61.6%), 胆道蛔虫32例(15.5%), 胆管狭窄29例(14.0%), 其他18例(8.7%)。有胆道手术史者81例(39.3%)。所有病例均有不同程度的上腹部疼痛及黄疸。有寒战、发热者198例, 占96.1%, 体温高于39℃者149例, 占55.3%。其中有典型腹痛、寒战、发热、黄疸三联征者187例, 占90.7%, 伴休克者18例, 占8.7%, 有神经系统症状13例, 占6.3%。所有病例WBC均在 $12 \times 10^9/L$ 以上。

1.2 治疗方法: ①非手术治疗: 包括广谱足量有效的杀菌型抗菌素、补充血容量、纠正休克、纠正水电解质、酸碱平衡紊乱、酌情使用肾上腺皮质激素等。②手术治疗: 根据病因及术中情况采用胆总管切开减压、T管引流、胆囊造口术、胆总管空肠Roux-en-Y吻合等。

2 结果

本组206例患者, 194例(94.1%)治愈。死亡4例(1.9%)。因病情重、年龄大自动放弃治疗8例。110例行非手术治疗, 53例病情缓解后择期手术; 49例经保守治疗症状消失, 未进一步治疗, 总体治疗效果满意; 8例治疗后病情无缓解又不愿手术自动出院。96例在发病24h内手术治疗, 4例于术后死于并发症, 其中1例术后并发肺部感染, 1例发生严重的电解质紊乱, 2例心、肾功能衰竭。

3 讨论

特色服务 Serves

- 在线投稿
- 投稿指南
- 绿色通道
- 特色专区
- 服务流程
- 常见问题
- 编辑中心
- 期刊阅读

期刊约稿

- 中国社区医师
- 吉林医学
- 中外医疗
- 中国医学工程
- 中国卫生产业

推荐期刊

吉林医学

- 期刊介绍
- 在线阅读
- 在线订阅
- 在线投稿

中国医药指南
中国知网收录期刊

3.1 治疗方法: 在明确诊断后, 判断病情轻重是治疗的关键, 为了便于选择治疗方法, 我们依据临床表现及辅助检查将急性胆管炎分为以下几种类型: ①轻型: 患者体温在 39°C 以下, 腹痛为轻、中度, 黄疸程度较轻, B超或CT提示胆管无扩张或轻度扩张。②重型: 患者一般情况较差, 寒战高热, 体温在 39°C 以上, 腹痛剧烈, 可有腹膜炎表现, 黄疸中、重度, 甚至可有休克表现, 及神情淡漠、嗜睡等神经系统症状, WBC明显增高, B超或CT提示肝内外胆管扩张明显。此类临床上亦称为急性梗阻性化脓性胆管炎或急性重症胆管炎。本组属第一种情况的有102例, 占49.5%(102/206), 均先行非手术治疗, 其中有53例在症状缓解后行择期手术治疗, 有49例症状消失出院。有104例属于第二种情况, 占50.4%(104/206), 在104例这种情况的患者中, 有96例在24 h内行急诊手术治疗, 术后因并发症死亡4例;有8例病情重、年龄大, 不愿手术, 采取非手术治疗后病情无缓解, 自动放弃治疗要求出院。患者通过非手术治疗, 一部分可基本痊愈, 一部分经治疗后症状缓解, 待患者度过急性反应期以后再实施有效的确定性手术。但对于重症急性胆管炎, 急诊手术减压解除梗阻是唯一有效的治疗方法, 且手术宜及早进行。

3.2 非手术治疗: 在无休克及器官衰竭的情况下, 大多数的急性胆管炎可以先于保守治疗, 包括监测生命体征(包括体温、血压、脉搏、小便量等)、反复检查腹部疼痛状况及有没有腹膜炎的情况、疼痛控制、补充水分[2]。具体包括: ①有效抗感染: AOSC患者胆道细菌学培养多为厌氧菌和需氧菌混合感染, 我们认为对于抗生药的选择, 最好使用在血清中和胆汁中含量都有较高浓度的派拉西林舒巴坦、头孢噻污等联合对厌氧菌有效的甲硝唑, 但要注意胆道感染致病菌的菌群不断在改变, 细菌数量和种类在增加, 其对药物敏感性普遍下降。治疗胆道感染应动态监测菌群和药物敏感性的变化及合理应用抗生素[3]。②纠正水、电解质紊乱: 急性胆管炎患者多有呕吐、发热等, 易引起脱水、血容量减少、低钾血症及酸中毒等内环境紊乱, 如果没有得到纠正, 则增加手术的危险性, 不利于病情恢复。所以, 根据CVP、电解质化验、动脉血气分析等监测结果指导补液及电解质的补充, 是必不可少治疗。③快速扩容, 恢复血容量, 改善和维持组织器官的良好灌注和氧供: 发病早期及时补充血容量, 可保证器官、组织的有氧代谢, 但要注意避免过度补液造成组织水肿, 加重组织灌注不足, 因患者可能存在外周血管舒张和通透性增加, 如低血压难以纠正, 可使用血管活性药物, 维持平均动脉压 $\geq 65\text{ mm Hg}$ ($1\text{ mm Hg}=0.133\text{ kPa}$)。④使用肾上腺皮质激素: 肾上腺皮质激素可促进儿茶酚胺的合成, 改善血管壁的通透性, 抑制炎性介质的释放, 有利于提高患者的抗病能力, 帮助患者度过疾病的急性期。

3.3 手术治疗

3.3.1 时机: 急性胆管炎根据病情宜先用非手术治疗, 如病情继续恶化, 即应手术治疗。胆管梗阻所致的胆管内高压是炎症发展、病情加重的基本原因, 不失时机地有效胆管减压是缓解和降低病死率的关键[4]。但术前准备要充分, 除抗菌素、积极支持治疗外, 应注意心、肺、肾、糖尿病等并存病的治疗, 争取在患者最佳状态时施行手术。对于有多次胆道手术史、老年患者、合并心、肺、肾等重要器官疾病的, 亦不应过分担心病情复杂, 过分强调术前准备, 过多进行术前检查, 结果导致病情恶化, 丧失手术时机[5]。本组96例患者在24 h内手术, 发现术中切开胆总管引流脓性胆汁后, 胆管内压降低, 患者血压脉搏渐趋平稳。

3.3.2 手术原则及术式选择: 手术方式力求简单有效, 达到充分减压和引流目的即可[6]。手术方法主要是胆管切开减压, 放置T管引流。手术时引流口上方的胆管中应见到脓性胆汁流出, 手术中注意探查, 如胆道上方有梗阻, 则引流管需放到阻塞胆道的近端。一般不宜采用胆囊造瘘替代胆管引流, 因为胆囊管直径约 0.3 cm , 胆囊起始部内壁粘膜形成螺旋状皱襞, 且大多呈锐角汇入肝管, 一部分还存在炎性狭窄或其他梗阻因素, 故常难以达到有效的引流。但当术中发胆管周围粘连, 寻找、分离胆管困难, 而患者病情危重, 手术时间不宜过长时, 也可切开胆囊, 如检查见与胆管相通后即行胆囊造瘘术。如胆囊病变严重, 病情允许时可行同时切除胆囊。胆肠内引流术更应慎重考虑[4], 在术中胆道减压后生命体征平稳, 胆总管局限性狭窄, 可行狭窄段胆管切除, 将狭窄以上的胆管与空肠行Roux-en-y吻合术。

总之, 对于急性胆管炎的患者, 要求及早诊断、尽早治疗, 根据病情轻重程度选择非手术治疗或手术治疗。而对于重症胆管炎, 在简要的处理后应尽早手术解除胆道梗阻并引流是治疗的关键。

【参考文献】

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 580.
- [2] 刘允怡, 赖俊雄, 刘晓欣. 肝内胆管结石诊断与治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(7):541.
- [3] 梁力建, 李绍强. 复杂肝胆管结石诊断和治疗原则[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(7):543.
- [4] 董洁夫. 腹部外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1380.
- [5] 孙中杰, 潘承恩. 重症急性胆管炎48例治疗体会[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(6):356.
- [6] 黄志强. 胆道外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2002: 220.





考试宝典-高分练兵场



揭秘论文“低价”根源



医学编辑中心



邮箱投稿视频教程

相关文章

▶ 急性胆管炎206例诊治体会

2011-12-23

★ 加入收藏夹

👤 复制给朋友

📡 分享到外站

评论内容

请文明上网，文明评论。

发表评论

重置

▲ 上一页

当前第1页，共1页

▼ 下一页