

文章编号:1005-6947(2008)08-0806-03

· 文献综述 ·

急性重症胆管炎的外科治疗

皮健¹综述 王文涛², 温全³, 宁平³审校

(1. 四川省成都市第二人民医院 普通外科, 四川 成都 610017; 2. 四川大学华西医院 普通外科, 四川 成都 610041; 3. 四川省成都市第九人民医院 外三科, 四川 成都 610015)

摘要:急性重症胆管炎多需紧急手术,解除胆道梗阻、有效引流、及时降低胆管内压力,才能尽可能的避免严重后果甚至高病死率的发生。该病预后与手术时机的掌握、手术方式和其它外科治疗手段的正确选择密切相关。笔者就急性重症胆管炎的外科治疗手段及手术时机的把握和手术方式的选择做一文献综述。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(8): 806-808]

关键词: 胆管炎/外科学; 手术时机; 手术方式; 综述文献

中图分类号: R 657.4

文献标识码: A

急性重症胆管炎(acute cholangitis of severe type, ACST)是一种极为严重的胆道感染性疾病,是腹部外科常见的危急重症之一,具有发病急骤、病情进展快、并发症多和病死率高等特点。ACST多需紧急手术尽快解除胆道梗阻并引流,及早而有效地降低胆管内压力^[1]。如处理不当或不及时常导致严重后果甚至死亡。

1 ACST的病理生理变化

ACST发病的病理基础是胆管结石等胆道梗阻引起胆道内压力持续升高而妨碍胆汁的通畅引流。胆管内压骤然升高后,存在于胆汁内的化脓性细菌(如大肠杆菌、厌氧菌等)迅速增殖,产生大量毒素,导致胆管壁黏膜坏死^[2],胆道黏膜的破坏及胆管内压过高,即可破血胆屏障功能,使细菌及毒素易于进入血液循环,出现全身炎症反应综合征,导致大量毒性细胞因子释放,直接损伤肝脏、肺脏、肾脏等器官,造成感染性

休克乃至多器官功能不全(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)和衰竭^[3]。同时,胆红素胆汁酸等淤积并逆流入血导致梗阻性黄疸、高胆红素血症和高胆酸血症等,从而临床上表现为Charcot三联征以及明显的脓毒症和感染性休克。

2 ACST的诊断

ACST结合Reynolds五联症(腹痛、寒颤发热、黄疸、休克及神经精神症状)表现和实验室及影像学检查可作出诊断。依据中华外科学会确定的重症胆管炎的诊断标准^[4],临床上出现休克或下列6项指标中的2项,即可界定为急性重症胆管炎:(1)精神症状;(2)脉率>120/min;(3)白细胞计数大于 $20 \times 10^9/L$;(4)体温>39℃或<36℃;(5)胆汁为脓性,胆管内压明显增高;(6)血培养阳性。

3 ACST的治疗

3.1 治疗原则

治疗本病的原则是及时解除胆道梗阻并通畅引流胆汁,及早而有效地降低胆管内压力^[1]。外科常用的手术为胆囊切除+胆总管切开取石+T管引流术,手术的目的是对梗阻以上的胆管给予有效的引流、减压。

3.2 围手术期处理

ACST的围手术期处理极为重

要,它可为手术创造良好的条件,是治疗成功的基本保证。首先应详细而有重点地了解病史,尽快进行一些必要的检查,以判断胆道病变的严重程度,了解心、肺、肝、肾等各重要脏器的功能状况和内环境代谢紊乱的程度,对病情进行全面评估。其次,对生命体征和主要脏器功能进行连续监测,为手术时机和手术方式的选择提供科学依据。

3.2.1 抗休克治疗 术前抗休克不充分,匆忙手术,会直接增加多器官功能不全综合征(MODS)的发病率,也是ACST死亡的主要原因。应给患者立即建立静脉通路予扩容,补充并纠正水、电解质及酸碱平衡等纠正内环境代谢紊乱,改善微循环,选择扩张血管的升压药物(多巴胺)维持血压,可有效地降低MODS的发生。

3.2.2 抗感染 ACST的全身感染程度严重,且多为革兰阴性细菌及厌氧菌为主的混合性感染,在积极支持治疗的基础上,早期应采取及时联合使用足量、有效的广谱抗生素,防止感染性休克等中西医结合干预治疗^[5]。在手术中常规取胆汁送细菌培养,术后按药敏实验结果选用敏感的抗菌药物。

3.2.3 营养支持治疗 在ACST治疗中给予营养能量的补充支持可提高患者抵御严重感染的能力,提高病

收稿日期:2008-01-07;

修订日期:2008-07-28。

作者简介:皮健,男,四川省成都市第二人民医院副主任医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:皮健 E-mail: pijian.1961@yahoo.com.cn

人的手术耐受力,减少并发症的发生,提高治愈率,对病人的康复有着积极的作用^[6]。通常先实施胃肠外营养(PN),病情稳定后逐渐过渡为胃肠内营养(EN)^[7]。

3.2.4 改善和保护器官功能 早期应用保肝药物可延缓和防止肝功能衰竭的发生,降低病死率。同时对心、肺及肾等重要器官进行检查,及时治疗并存症,并予支链氨基酸、肾性氨基酸、新鲜血、血浆及多种维生素,提高机体的代偿力。短期适量的糖皮质激素可提高机体应激能力,改善机体微循环,稳定血液动力学指标,缩短逆转休克的时间,可为手术治疗创造条件。

3.3 手术时机的把握

胆道梗阻是ACST发生的根本原因,其病情发病急、进展迅猛、容易发生胆源性休克或MODS,病死率高。ACST的手术适应症的选择和手术时机把握直接关系到治愈率、病变残留率和病死率^[8]。因此,一旦诊断明确,应尽快急诊手术行胆道减压和引流,不能追求太复杂或较彻底的手术治疗方式。因为,及时的手术减压和引流如果在肝脏出现肝内胆管炎和(或)胆管周围炎之前进行,患者易恢复。相反,即使手术减压和引流后,也不能挽救病人的生命^[9]。

(1)对于已经确诊的ACST,术前严密的动态观察时间不宜过长。一般非手术治疗应控制在12h内,如在12h后仍有持续的高热和腹痛,则应在出现休克或精神症状前果断采取手术治疗。(2)患者出现局限性或弥漫性腹膜炎体征,腹腔穿刺抽出脓性液体或胆汁性腹水,或ACST合并有胆源性胰腺炎及早手术治疗。(3)对于已经出现休克的患者,宜先行抗休克、抗感染等治疗,一旦病情稳定或好转,血压回升,即是手术的有利时机。但有时在积极的保守治疗下,病情并未见好转,血压未见回升,此时应在抗休克治疗的同时实施急诊手术,以免错失抢救的良好时机。(4)对有多次胆道手术史或高龄患者,且合并有心、肺等重要器官功能不全者,短时间的重点术前准备很有必要,但不应一味追求全面的

术前准备,以免病情恶化而错过手术时机。特别是B超或CT等影像学资料显示胆总管结石嵌顿并肝内外胆管扩张,白细胞计数大于 $1.5 \times 10^9/L$ 或中性粒细胞比例明显升高,体温 $> 39^\circ\text{C}$ 或 $< 36^\circ\text{C}$,应实施急诊手术。

3.4 手术方式选择

ACST手术的首要目的在于抢救患者的生命,手术应力求简单有效,以能达到解除梗阻、充分的胆道减压和引流为目的,不过分强调手术的彻底性,应避免过多的手术操作和过于复杂的手术,不必强求切除胆囊及取尽胆管结石,尤其是肝内胆管结石。

(1)必须解除引流处上方的梗阻因素,建立通畅的胆道引流。有条件的医院可在手术中联合应用胆道镜取石,有文献报道术中胆道镜应用并不明显增加手术创伤和手术时间,其手术后结石残留率仅5.3%,同时治疗效果非常满意^[10-11]。(2)对危重高龄患者,如手术中寻找胆总管有困难且胆囊肿大者,可行胆囊造瘘术。部分胆囊壁坏疽者也可行胆囊部分切除、残留胆囊造瘘术。手术操作时间尽量缩短,以减轻对机体的创伤。部分患者可在术后待病情稳定后经T管应用胆道镜取石,应避免手术贪大求全,否则势必增加手术的病死率。(3)对于某些经过严格选择的病情较轻、病程较短、麻醉效果满意而术中生命体征稳定的青壮年患者,当技术条件及患者情况允许时,可在严密的监护下行彻底性手术。包括胆囊切除术、胆总管探查取石和肝内胆管取石(或手术中联合应用胆道镜以进一步减少结石残留),并选择适当的内/外引流手术等。据资料显示,单纯肝外胆管切开取石、T管引流以及各种内引流术常有较高的手术后结石残留率、胆管炎复发率及再手术率^[12],最合理的根治性手术方法应该是以肝段(叶)为单位行肝切除,完整切除结石所处的胆管及引流区域,既清除了结石和病灶,也解除了胆管狭窄和梗阻^[13],可使患者免除再次手术的痛苦,但应严格掌握指征,以免造成严重后果。(4)在技术力量较薄弱的基层医院,应以挽救生命为首要目的,仅行胆道外引流手

术,待病情稳定后可转有经验的医院进行二次彻底性手术。

4 其他胆道引流方式在部分ACST患者治疗的应用

近年来随着内镜技术的迅速发展,其操作技术的不断改进和材料的多样化,在临床处理胆道梗阻方面发挥着越来越大的作用。

4.1 内镜鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)

ENBD无肝脏损伤、出血、胆瘘等,而且不改变胆道生理流向,操作简单、对患者的生理干扰小,插管成功后即刻见到胆汁流入导管或沿导管周围流入十二指肠,可产生胆汁内、外引流的效果。ENBD能早期、微创、迅速有效地解除胆道梗阻并引流减压^[14],并可随时进行影像学、细菌学和细胞学检查及药物灌注等治疗,迅速达到控制感染、改善全身情况的目的。在患者度过急性期后,再行择期手术治疗,这样既降低了手术病死率和并发症,又增加了手术的彻底性。ENBD与经皮肝穿刺胆管引流(PTCD)相比,更安全,并发症更低,成功率在98%以上,临床上已有替代PTCD的趋势^[15]。

4.2 急诊腹腔镜

近年来,随着腹腔镜技术的提高和普及应用,其在ACST急诊手术治疗方面也积累了一定的经验,为ACST的治疗开辟了一条新的途径。急诊腹腔镜手术适合于梗阻部位在胆总管下端,胆总管扩张明显,内径大于1.5cm,上腹腔和肝门部无粘连,而且患者无休克,能够耐受气腹和麻醉者。但胆囊壶腹部的嵌顿性结石和肝内胆管梗阻者,不适于腹腔镜处理^[16]。

5 老年ACST的处理

由于老年人的生理机能减退,各主要脏器的机能储备及应急代偿能力下降,手术耐受性差。在ACST的早期即存在革兰氏阴性杆菌血症,感染性休克的发生率很高,一旦出现血压下降和精神症状则病死率更高。

5.1 老年 ACST 的特点

老年 ACST 症状不典型,病情进展极快,休克出现早,容易发生 MODS。只有尽早诊断,及时手术治疗,解除胆道梗阻和通畅胆流,才能有效防止(或改善)内毒素血症、胆红素血症的发生,才能防止休克和 MODS 发生、发展^[17],改善脏器功能,提高治疗效果,降低病死率。

5.2 术前准备

手术前充分了解合并症的种类和程度,与相关科室通力合作,共同制定合理的治疗方案。严密监测各主要脏器的功能状态,尽快纠正休克和水、电解质及酸碱平衡紊乱,为手术创造相对良好的时机。在有限的时间内做好各系统功能的保护和合并症的处理可有效降低手术病死率,及时治疗原发病和改善重要脏器功能及合理治疗并存病是防止老年急性重症胆管炎发生多脏器衰竭的关键^[18]。

5.3 手术时机的选择

手术时机的合理把握是决定预后的关键。一般来说,不应把年龄、并存病视为手术禁忌,除有严重的心、肺功能衰竭外,在做好术前准备的情况下应尽早手术治疗^[11]。原则上手术方式宜简单有效,力求创伤小、时间短,以解除梗阻,恢复胆道通畅引流为原则^[19],以挽救生命为首要目的,主要采用胆总管切开减压和 T 管引流,而不强调手术的彻底性。

5.4 内镜治疗

采用内镜治疗应有所选择,李虎城等^[20]采用 ENBD 治疗老年重症胆管炎有良好疗效,可直接解除胆道梗阻,改变疾病的发展过程,为以后择期手术创造机会。但肝门部胆管梗阻则不宜施行 ENBD,宜采用 PTCD 解除梗阻,创造手术机会。对伴有休

克、精神症状、甚至多器官功能衰竭的患者,在气管插管全身麻醉及呼吸机支持下,剖腹手术才是最好的选择^[21]。

参考文献:

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2000. 628.
- [2] Dreval A, Perminova GI, Kuznetsov NA, et al. Cyto2 logical analysis of choledochal mucosa in acute cholangitis in patients with mechanical jaundice [J]. Bull Exper Biol Med, 2002, 133(4): 408 - 411.
- [3] Jain M K, Jain R. Acute bacterial cholangitis [J]. Curr Treat Options Gastroenterol, 2006, 9(2): 113 - 121.
- [4] 全国胆道疾病专题讨论会纪要. 重症急性胆管炎诊断标准[J]. 中华外科杂志, 1983, 21(6): 373.
- [5] 黄秉一, 韦杨义. 中西医结合治疗残石性急性重症胆管炎 34 例[J]. 湖南中医学院学报, 2001, 21(1): 48 - 50.
- [6] 吴孟超, 仲剑平. 外科学新理论与新技术[M]. 上海:上海科技教育出版社, 1998. 110 - 111.
- [7] Lapman TO. Grains of veins: is enteral nutrition really better than parenteral nutrition. A look at the evidence[J]. JPEN, 1998, 22(3): 19 - 21.
- [8] 梁力健. 彻底治疗肝胆管结石的手术时机选择[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(6): 325 - 326.
- [9] 申平岗, 刘岩. 重症急性胆管炎 118 例临床分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 1998, 1(3): 12.
- [10] 韦杨义, 王永恒, 黄秉一, 等. 多发性肝胆管结石及狭窄的外

科治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(10): 595 - 597.

- [11] 丁祥飞, 陈佑江, 文明波, 等. 急性重症胆管炎的外科治疗[J]. 中国现代医学杂志, 2007, 17(5): 630 - 632.
- [12] 宋晓雪, 谢炜, 孙安仁, 等. 肝切除手术治疗肝胆管结石的临床疗效观察[J]. 第三军医大学学报, 2006, 28(16): 1732.
- [13] 李年丰, 张阳德, 刘恕, 等. 肝内胆管结石的手术治疗: 附 325 例报告[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(18): 87 - 89, 92.
- [14] 牟壮搏, 李艳, 毕淑清, 等. 44 例急性胆管炎、胆总管结石的镜治疗体会[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(4): 210.
- [15] 吴孟超, 仲剑平. 外科学新理论与新技术[M]. 上海:上海科技教育出版社, 1998. 362.
- [16] 胡三元. 腹腔镜临床诊治技术[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2001. 77.
- [17] 朱平仔, 沈卫组. 48 例老年重症胆管炎临床分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2007, 19(1): 51 - 52.
- [18] 朱建国, 林丰, 庄辉, 等. 老年急性重症胆管炎伴多脏器功能不全的外科诊治体会[J]. 肝胆外科杂志, 2001, 9(1): 35 - 37.
- [19] 朱有根. 高龄重症胆管炎病人的临床特点及死亡原因分析[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(2): 106 - 107.
- [20] 李虎城, 黄辉, 许红兵, 等. 急诊床旁直插法鼻胆管引流治疗老年重症胆管炎 22 例[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17(12): 734 - 735.
- [21] 付建柱, 张立军, 于则利, 等. 急性重症胆管炎的手术时机与预后的关系[J]. 首都医科大学学报, 2007, 28(1): 14 - 16.