

文章编号:1005-6947(2007)02-0192-02

· 临床报道 ·

重症胆管炎诊断及手术时机探讨

邱显玉, 何伦新, 雷晋平

(湖南省桂阳县人民医院 外科, 湖南郴州 424400)

摘要: 回顾分析 96 例重症胆管炎 (ACST) 的临床资料、治疗方法及预后, 所有病例均有不同程度的右上腹部疼痛, 有感染性休克 (血压 $< 90/60$ mmHg) 者 52 例, 精神异常者 22 例。围手术死亡 8 例 (8.3%), 其中在感染性休克 6h 内手术者全部存活, 休克超过 24h 6 例中, 5 例术后死于休克、多器官功能衰竭。提示 ACST 应在发生精神症状之前采用手术治疗, 手术越早, 效果越好, 延误手术是死亡的主要原因。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(2): 192-193]

关键词: 胆管炎/外科学; 胆管炎/治疗; 急性病

中图分类号: R657.4

文献标识码: B

重症胆管炎 (ACST) 是腹部外科常见的严重急腹症之一, 是胆道感染中最严重的类型, 具有发病急骤、病情进展凶险、病死率高的特点^[1]。我科 1993 年 1 月—2005 年 12 月共收治 ACST 病人 96 例, 现就 ACST 的诊断及手术时机进行探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 42 例, 女 54 例; 年龄 22~76 岁。96 例均有不同程度的右上腹疼痛、畏寒发热史, 病程 2~5d 不等。黄疸 86 例; 体温 $> 39^{\circ}\text{C}$ 75 例, $< 36^{\circ}\text{C}$ 6 例; 脉搏 > 120 次/min 76 例, 血 WBC $\geq 20 \times 10^9/\text{L}$ 49 例; 伴有感染性休克 (血压 $< 90/60$ mmHg) 者 52 例, 精神异常 22 例。既往有胆道手术史 32 例 (33.3%), 12 例曾行胆囊切除术, 20 例行胆总管切开探查术。所有病例均经 B 超和/或 CT 检查, 提示胆总管结石并/或胆管扩张。合并胆源性胰腺炎 8 例, 胆汁性肝硬化 5 例, 高血压 6 例, 冠心病 2 例。

1.2 治疗方法及急诊手术指征

所有病例入院后给予积极有效的抗休克治疗, 纠正水电解质及酸碱平衡失调, 联合使用胆道中浓度高的杀菌性抗生素, 早期大剂量应用糖皮质激素。本组全部行手术胆道减压引流术。81 例行急诊手术, 急诊手术指征: (1) Charcot 三联症伴血压下降或精神改变; (2) 影像学显示胆总管结石并肝内外胆管扩张; (3) 右上腹部剧痛或出现局部腹膜炎体征; (4) WBC $\geq 20 \times 10^9/\text{L}$; (5) 出现胆源性胰腺炎。入院至手术时间不足 12h 68 例, 超过 12h 28 例。本组感染性休克 52 例中, 手术距产生休克时 6h 内者 25 例,

7~12h 内者 12 例, 13~24h 内者 9 例, 超过 24h 者 6 例。

1.3 术中所见及手术方法

1.3.1 术中所见 胆总管直径 > 2 cm 84 例, 1~1.9cm 12 例。胆总管结石 88 例 (合并肝内胆管结石 32 例), 胆囊坏疽穿孔 4 例, 胆道蛔虫 3 例, 胰头癌并胆道感染 1 例。切开胆总管时喷出高压脓性胆汁者 82 例。

1.3.2 手术方式 胆总管切开取石 (蛔虫) + T 管引流 68 例, 胆囊造瘘 + 胆总管切开取石 + T 管引流 16 例, 单纯胆囊造瘘 4 例, 左肝叶结石梗阻者行左肝叶切除 + 胆总管切开 T 管引流、腹腔硅胶管引流 4 例, 4 例胆总管下端疤痕狭窄, 胆管明显扩张合并肝内泥沙样结石者术中情况良好, 行胆总管探查 T 管引流、空肠 Roux-en-Y 吻合。术中无死亡病例。

2 结果

本组临床治愈 88 例。术后并发症: 急性胰腺炎 8 例、胆道出血 3 例、肝断面出血 1 例, 胆瘘 3 例, 胆道残余结石 9 例。围手术死亡 8 例 (8.3%), 主要与手术时机延误, 手术过于复杂导致手术时间延长, 高龄患者及术前休克未得到纠正等因素有关。死亡原因主要为感染性休克 (和/或) 多器官功能衰竭 (7 例), 心力衰竭 (1 例)。其中在休克发生 6h 内行手术的 25 例全部存活, 超过 24h 手术的 6 例中 5 例死亡。

3 讨论

ACST 是一种严重的胆道感染性疾病, 大多数由于胆管急性梗阻与化脓性感染而产生。临床上可出现 Charcot 三联症及 Revnold 五联症。笔者认为“三联症”、“五联症”有时不能准确反应病变情况。如本组有 4 例肝左叶梗阻化脓性胆管炎, 病情非常严重, 但不出现黄疸。本组病例符合 ACST 诊断标准^[2]: 临床上出现休克或虽未出现休克, 而有 (1) 精神症状; (2) 脉搏 > 120 次/min; (3) WBC $\geq 20 \times 10^9/\text{L}$; (4) 体

收稿日期: 2006-05-19; 修订日期: 2007-02-07。

作者简介: 邱显玉, 男, 湖南桂阳人, 湖南省桂阳县人民医院外科副主任医师, 主要从事肝胆、普通外科方面的研究。

通讯作者: 邱显玉 E-mail: supperzhou_2006@163.com

文章编号:1005-6947(2007)02-0193-02

· 临床报道 ·

合并肝硬化患者的腹腔镜胆囊切除术

严立俊, 汤利民, 张棉成, 张贇, 王益强

(江苏省宜兴市张渚人民医院 普通外科, 江苏 宜兴 214200)

摘要:对2004年6月—2005年6月行LC的16例合并肝硬化患者临床资料进行回顾性分析。16例患者术前的肝功能为Child A级,均腹腔镜下完成手术,无中转开腹手术。手术时间35~115min,平均52min。术中出血40~300mL,平均75mL。无胆道损伤、术后出血等并发症。合并肝硬化的Child A级患者的胆囊结石行LC是安全可行的,体现了微创治疗的优点。

[中国普通外科杂志,2007,16(2):193-194]

关键词: 胆囊切除术, 腹腔镜; 肝硬化

中图分类号: R657.4 **文献标识码:** D

胆囊结石合并肝硬化时由于特殊的解剖和病理生理改变,使得腹腔镜胆囊切除术(LC)变得困难与复杂。笔者2004年6月—2005年6月对合并肝硬化的胆囊结石患者行LC 16例,效果满意,现报告如下。

收稿日期:2006-04-27; **修订日期:**2007-01-10。

作者简介:严立俊,男,江苏阜宁人,江苏省宜兴市张渚人民医院普通外科主治医师,主要从事肝胆微创外科方面的研究。

通讯作者:严立俊 E-mail:yanlijun@gmail.com

1 临床资料

本组男11例,女5例;年龄34~67(平均45)岁。均经B超等检查证实为慢性胆囊炎、胆囊结石,肝硬化。其中乙型肝炎后肝硬化12例,血吸虫性肝硬化4例。术前肝功能均为Child A级,无上消化道出血史,上消化道钡餐或(和)胃镜证实胃底食道下段静脉曲张10例,脾功能亢进11例,血小板为 $(30 \sim 60) \times 10^9/L$ 4例。采用四孔法行LC,腹腔镜下均证实肝硬化,肝门区静脉曲张明显者11例,肝脏明显萎缩3例,肝左叶代偿性肿大5例。

温 $>39^\circ\text{C}$ 或 $<36^\circ\text{C}$, (5)胆汁为脓性,切开胆总管时内压力明显增高;(6)血培养阳性。其中两项阳性者,即可诊断为ACST。ACST病理基础是胆道高压的持续存在,胆汁淤积,细菌很快繁殖,导致含有胆红素颗粒的混合血栓、细菌及其毒素、炎症介质等通过肝脏进入血液循环内。出现全身炎症反应综合征(SIRS)。表现为脓毒性休克,继而出现MODS^[3]。ACST病情发展凶猛、病死率高,尽早的胆道减压引流是降低本病死亡的关键,病情发展到一定阶段,若不手术减压,病情难于逆转。本组病死率8.3%。在休克6h内进行手术者全部存活。超过24h手术6例,除1例生存外,余5例手术后死于休克、多器官功能衰竭。因此应针对患者的不同病情选择手术时机:(1)对于已确诊的ACST患者,术前动态观察应 $<24\text{h}$,应在出现休克和/或精神症状之前采用手术治疗,越早手术,效果越好。本组44例未出现休克的患者及时手术,全部治愈;(2)已出现休克的患者应先予以抗休克、抗感染治疗,病情一旦稳定或好转,即是施行胆道减压引流手术的适宜时机。但有时为避免延误抢救的良好时机,亦应在抗休克、抗感染的同时急诊手术^[4]。(3)对于有反复多次胆道手术史、及老年合并有心脏、肺、肾等重要器官病变的,不应视其病情复杂,过分强调术前准备及检查,而延误手术时机,导致病情恶化。

手术的目的主要是解除梗阻及引流胆道,以抢救生命为主,不强调手术的彻底性,手术方式力求简单,安全有效。应避免过多的操作和过于复杂的手术,尤其是肝内胆管结石,不强求切除病灶肝或取净肝内结石。但必须做到清除引流上方的梗阻,引流管必须放置于梗阻上方的肝内胆管才有效^[5]。但对于个别休克已纠正,生命体征平稳,病情允许的年青患者,笔者主张在取除胆总管结石的同时,尽可能取净肝内胆管结石,以免再次手术,增加病人的痛苦和经济负担。

参考文献:

- [1] 孙中杰,潘承恩,重症急性胆管炎48例治疗体会[J]. 实用外科杂志,2001,21(6):356-357.
- [2] 王志强.肝胆管结石专题讨论会纪要附件[J]. 中华外科杂志,1983,21(6):373.
- [3] 黄荣柏.急性重症胆管炎的治疗[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(2):146-148.
- [4] 王志强.重症急性胆管炎的手术时机分析[J]. 中国普通外科杂志,1997,6(1):40-41.
- [5] 吕新生,韩明.胆道外科[M]. 湖南:湖南科学技术出版社,1997.214.