

文章编号:1005-6947(2008)02-0186-02

· 临床报道 ·

急性重症胆管炎 168 例临床分析

白云升¹, 邹云东¹, 王成友², 张敏杰²

(1. 广东省深圳市第七人民医院 普通外科, 广东 深圳 518081; 2. 广东省深圳市第二人民医院 肝胆外科, 广东 深圳 518020)

摘要:目的 探讨急性重症胆管炎(ACST)的早期诊断指标和手术时机的选择。方法 回顾性分析 168 例 ACST 临床资料。结果 所有患者均有胆道病史,有典型 Charcot 三联征者 93 例,有精神症状者 37 例,收缩压 < 90 mmHg 或脉搏 > 120 次/min 者 89 例,体温 > 39 °C 者 76 例,上腹部腹膜炎体征 114 例。白细胞 > 20 × 10⁹/L 84 例。手术治疗 157 例中痊愈 135 例,带 T 管出院 16 例,手术组死亡 6 例,死因为肝肾综合征 1 例,肝昏迷 1 例,ARDS 1 例,多器官功能衰竭(MOF) 3 例。非手术治疗 11 例全部死亡。结论 ACST 的早期诊断,把握好手术时机,采用适当的手术方法早期手术,是降低病死率的有效方法。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(2): 186-187]

关键词: 胆管炎/外科学; 胆管炎/诊断; 急性病

中图分类号: R 657.4

文献标识码: B

急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)又称为急性重症胆管炎(ACST),是最严重的一种胆道感染疾病,有发病急骤、病情重、变化快、并发症多和病死率高等特点^[1]。笔者两所医院 2002 年 1 月—2007 年 10 月收治 168 例 ACST,治疗效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 81 例,女 87 例;年龄 15 ~ 85 (平均 49.5) 岁。青年组(16 ~ 35 岁) 36 例,中年组(36 ~ 59 岁) 89 例,老年组(60 岁以上) 43 例。所有患者均有胆道病史,其中 1 个月以下者 3 例,2 个月至 5 年者 79 例,6 ~ 10 年 57 例,11 ~ 20 年 24 例,20 年以上 5 例。此次发作病程最短 2 h,最长 72 h,发病到就诊时间平均 32.5 h。病因:胆总管结石 82 例,肝内外胆管结石 61 例;并发胆道蛔虫 12 例,胆道狭窄 13 例。

1.2 临床表现及诊断

临床表现,有典型 Charcot 三联征者 93 例,有精神症状者 37 例,收缩压 < 90 mmHg (1 mmHg =

0.133 kPa) 或脉搏 > 120 次/min 者 89 例, T > 39 °C 者 76 例,上腹部腹膜炎体征 114 例。白细胞 > 20 × 10⁹/L 者 84 例, B 超或 CT 检查均显示不同程度胆囊肿大、肝内外胆管扩张、胆道梗阻。本组同时合并内科疾病者 49 例,其中主要为高血压病、冠心病及慢性支气管炎,其次为糖尿病、肺气肿、肝硬化及脑溢血后遗症等,其中有 2 种以上并存病者 17 例。主要依据病史、体检,实验室、B 超、放射、CT 等检查方法进行确诊,全部患者的诊断均符合 1983 年全国胆道座谈会制定的诊断标准^[2]。

2 治疗与结果

2.1 治疗方法

手术治疗 157 例,其中胆囊切除胆总管探查 + T 管引流 127 例,胆总管探查 T 管引流 14 例,胆囊造瘘、胆总管探查 + T 管引流 7 例,胆囊切除、胆总管探查 + 胆肠吻合(胆总管与十二指肠或空肠吻合) 9 例。非手术治疗 11 例。

2.2 结果

手术治疗 157 例中痊愈 135 例,带 T 管出院 16 例(胆道残石 11 例,胆总管狭窄 5 例)。手术组死亡 6 例:死于肝肾综合征 1 例,肝昏迷 1 例,急性呼吸窘迫综合征(ARDS) 1 例,多器官功能衰竭(MOF) 3 例。非手术治疗 11 例全部死亡,其中

收稿日期:2008-01-13; 修订日期:2008-02-13。

作者简介:白云升,男,深圳市第七人民医院副主任医师,主要从事肝胆胃肠外科方面的研究。

通讯作者:白云升 E-mail:szbaiyunyun@163.com

3 例因伴有 MOF 在准备手术过程中死亡,另有 8 例因高龄合并多器官疾病及家属不同意而未能手术致死亡。

3 讨论

ACST 是一系列胆道疾病的一种特定的急发形式,也是胆管病致死的最主要原因。在我国原发性胆总管结石和蛔虫污染较高的地区,AOSC 的患病率占胆道患病率的 15% 以上。由于胆道梗阻的病因未去除,治疗不及时,或误诊而导致病情加重,致使抢救困难,故其早期诊断甚为重要。目前国内的诊断标准是从临床多个角度出发而制定。从本组资料看,休克是 ACST 早期发生、最多见的并发症。中性白细胞升高明显对诊断 ACST 有参考价值。另外,由于胆道高压,局部水肿渗出明显,多伴有明显的腹膜炎体征。故笔者认为,明显的右上腹腹膜炎体征,中性白细胞在 0.90 以上及并发胆源性肝脓肿可作为 ACST 诊断的参考指标。多数文献报告本病病死率在 17% ~ 25%,老年人病死率高达 26% ~ 30%^[3]。而超高龄患者的特点是并存病多,各器官功能退化储备机能下降应急代偿能力不足等,这些都给手术和术后恢复带来了不利因素^[4]。本资料病死率为 10%,病死率低于文献报道的原因与辅助检查手段的进展、有效抗生素的合理应用及手术时机的选择有关。但下列问题仍值得研究。

(1)关于手术时机 从本组资料看,死亡 6 例中,最早发病 3 d 后手术,最晚 10 d,平均 6.5 d,高于非死亡组(3.5 d)。因此,掌握手术治疗的时机与降低手术病死率有很大关系,笔者认为一旦确诊为 ACST,在发病 24 h 内手术预后较好,术后并发症少,休克发生少,因而病死率最低,若在发病后 72 h 以上因出现严重并发症被迫手术者,则病死率剧增。但对于在积极治疗下病情趋于稳定的患者,急诊情况下梗阻原因及结石分布不甚清楚,手术很可能难以根治疾病,可不必紧急手

术,在积极治疗的同时,进行详尽的手术前检查,充分评估手术风险并制定最佳手术方案更为稳妥^[5]。在 ACST 未确立前,下列情况手术应持积极态度:已行抗感染治疗多日,症状未控制且有加重者;中性白细胞在 0.90 以上或腹膜炎体征明显;老年、体弱患者;并发或怀疑并发肝脓肿者;胆管炎症状重,短期内不可能进行其他必要检查者。

(2)关于 MOF 的防治 ACST 的基本病理变化是胆道梗阻-胆道感染,并在此基础上形成恶性循环,并可导致败血症、内毒素血症、高胆红素血症和胆道迷走神经反射等多种机制,导致肝、心、肺、肾等多器官损伤,是和病死率高的主要原因。在实践中,笔者常可见部分病例虽经胆减压,休克逐渐纠正,但却死于 MOF。因此重要器官的保护显得尤为重要。在使用强有力的抗生素,大量补液的同时,早期使用血管活性药物,短期内使用大剂量激素、纠酸、给氧、利尿,对于抢救大部分患者可有较好疗效。总之,对于 ACST,只要争分夺秒抢救,掌握手术时机,早期手术探查,术中根据具体情况采用快捷有效的手术方式,既能降低病死率,减少并发症,又有利于患者早日康复。

参考文献:

- [1] 吴威中,黄耀权.腹部外科实践[M].北京:中国医药科技出版社,1993.801-802.
- [2] 黄志强.肝胆管结石专题讨论会纪要[J].中华外科杂志,1983,21(5):372-373.
- [3] 王伟林,胡义辉,姚敏亚.胆道感染患者胆汁培养与药敏分析和抗生素的选择应用[J].中华普通外科杂志,2007,22(1):50-51.
- [4] 胡泽民,李江涛,周载平,等.老年人急性重症胆管炎手术时机和死亡原因探讨[J].中华急诊医学杂志,2003,12(8):563-564.
- [5] 凌宝存,王乃金,张伟,等.80岁以上超高龄化脓性胆管炎手术治疗 13 例分析[J].中国普通外科杂志,2007,16(2):190-191.