

急性化脓性胆管炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E6\\_80\\_A5\\_E6\\_80\\_A7\\_E5\\_8C\\_96\\_E8\\_c22\\_305711.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E5_8C_96_E8_c22_305711.htm) 名称急性化脓性胆管炎所属科室普通外科病理在原有结石等阻塞性疾病的基础上发生胆管感染，胆管粘膜充血水肿，加重胆管的梗阻，胆汁逐渐变成脓性，胆管内的压力不断增高，梗阻近侧的胆管逐渐扩大。在含有脓性胆汁的胆管高压的作用下，肝脏可肿大，肝内小胆管及四周的肝实质细胞亦可发生炎性改变。肝细胞产生大片坏死，可形成肝内多发性小脓肿。胆管也可因感染化脓造成溃疡和胆道出血。由于胆管内高压造成肝内毛细胆管破溃，脓性胆汁甚至胆栓即由此经肝内血窦进入血循环，造成菌血症和败血症。少数还可发生肺部脓性栓塞。在后期，可发生感染性休克、肝肾功能衰竭或弥漫性血管内凝血等一系列病理生理性变化，此即为急性梗阻性化脓性胆管炎或称急性重症胆管炎。这些病理改变一旦发生，即使手术解除了胆管高压，但在肝实质和胆管仍会留下损害，这也是本症的严重性的存在。临床表现起病常急骤，忽然发生剑突下或右上腹剧烈疼痛，一般呈持续性。继而发生寒战和弛张型高热，体温可超过40℃。常伴恶心和呕吐。多数病人有黄疸，但黄疸的深浅与病情的严重性可不一致。近半数病人出现烦躁不安、意识障碍、昏睡乃至昏迷等中枢神经系统抑制表现，同时常有血压下降现象。往往提示病人已发生败血和感染性休克，是病情危重的一种表现。体温升高，脉率增快可超过120次/分，脉搏微弱，剑突下和右上腹有明显压痛和肌紧张。如胆囊未切除者，常可扪及肿大和有压痛的胆囊和肌

脏，白细胞计数明显升高和右移，可达 $2 \sim 4$ 万/ $\text{mm}^3$ ，并可出现毒性颗粒。血清胆红素和碱性磷酸酶值升高，并常有GPT和r-GT值增高等肝功能损害表现。血培养常有细菌生长。诊断一、病史提问突发性右上腹持续性疼痛、寒战、高热、黄疸即Charcot三联症。腹痛常最先出现，位于上腹部或右上腹部，呈持续性痛阵发性加重，旋即出现高热、寒战，黄疸最后出现，为梗阻性黄疸。但并非所有病例均具备这三个症状。发作时常伴有恶心呕吐，严重者可出现神志淡漠和低血压。本病发病急剧凶险，可在短时间内出现严重的感染中毒性休克，休克发生率可达50%以上。部分病人有反复发作病史或曾诊断过胆石。因此，应寻问病人起病急缓、腹痛部位、性质、伴随症状、即往有无类似病史等。二、体检发现皮肤、巩膜黄染，上腹或右上腹压痛、肌紧张、Murphy征阳性，部分病人可在右上腹触及肿大的胆囊，如并有肝脓肿时可触及肿大的肝脏并有压痛。严重病例全身症状较重（如：血压下降、神志恍惚、高热等）但腹部症状较轻，如不及时抢救，最终导致昏迷、死亡。查体时应注重全身表现与腹部表现的程度，以准确判定病情轻重急缓。三、实验室检查血白细胞计数明显升高，尿三胆异常，血胆红素升高，肝功异常（如ALT、AST、r-GT、ALP等均有不同程度的升高）。B超、CT检查可见胆囊肿大、胆管有否扩张及结石，ERCP、PTC检查可更清楚显示肝内外胆管内的病变。四、应与其它急腹症相鉴别。根据临床表现中有典型的腹痛、寒战高热和黄疸的三联症，即夏柯征（Charcot），以及病情发展中又出现中枢神经系统抑制和低血压等临床表现，急性化脓性胆管炎的诊断，一般并不困难。仅在少数病人，例如肝内胆管结石并

发的急性化脓性胆管炎，因症状不典型，如无腹痛和黄疸等，有时会延误诊断。此时，可借助于某些非凡检查方法，如B超等作非损伤性检查，常可显示肝内或肝外胆管扩张、肝内多发性小脓肿，以及胆管内结石影，从而推断胆管内有梗阻性病变的存在，再结合临床表现来作出诊断。偶然也可以通过PTC或ERCP等检查来辅助诊断。治疗因本病发病急剧凶险，如临床表现符合诊断，在血压等生命体征稳定的情况下，应即收住院治疗。如血压及生命体征不稳定，需立即组织抢救，抗休克、抗感染等治疗，待生命体征平稳后立即送入病房，根据病情行急诊手术或EST治疗。治疗原则是手术解除胆管梗阻，减压胆管和引流胆道。但在疾病早期，尤如急性单纯性胆管炎，病情不太严重时，可先采用非手术方法。约有75%左右的病人，可获得病情稳定和控制感染。而另25%病人，对非手术治疗无效，并由单纯性胆管炎发展成急性梗阻性化脓性胆管炎，应及时改用手术治疗。非手术治疗包括解痉镇痛和利胆药物的应用，其中50%硫酸镁溶液常有较好的效果，用量为30~50ml一次服用或10ml日3次；胃肠减压也常应用；大剂量广谱抗生素的联合应用很重要，虽在胆管梗阻时胆汁中的抗生素浓度不能达到治疗所需浓度，但它能有效治疗菌血症和败血症，常用的抗生素有庆大霉素，氯霉素，先锋霉素和氨卞青霉素等。最终还须根据血或胆汁细菌培养以及药物敏感试验，再调整合适的抗生素。如有休克存在，应积极抗休克治疗。如非手术治疗后12~24小时病情无明显改善，应即进行手术。即使休克不易纠正，也应争取手术引流。对病情一开始就较严重，非凡是黄疸较深的病例，应及时手术。手术死亡率仍高达25~30%。手术方法应力求简单有

效，主要是胆管切开探查和引流术。应注重的是引流管必须放在胆管梗阻的近侧，在梗阻远侧的引流是无效的，病情不能得到缓解。如病情条件答应，还可切除炎症的胆囊，待病人渡过危险期后，再彻底解决胆管内的病变。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](http://www.100test.com)