

重症急性化脓性胆管炎 46 例治疗体会

袁玉龙 金志云 张焱

(姜堰市湖西卫生院, 姜堰, 225508)

重症急性化脓性胆管炎 (ACST) 是临床常见外科危重症, 发病急骤, 进展迅速, 病情危重。并发症多, 病死率高。我院 1987~1997 年间收治急慢性胆囊炎胆石症 389 例, 其中符合 ACST 诊断者 46 例, 占 11.8%。现就抢救治疗体会介绍如下。

1 临床资料与方法

本组 46 例中男 19 例, 女 27 例, 年龄 21~82 岁, 平均 56.6 岁, 其中 ≥ 60 岁者 31 人, 占 85%。本组 46 例均有反复发作的右上腹痛, 有黄疸、寒热病史 10~20 年 11 例, 20~30 年 26 例, 30 年以上 9 例。12 例有一次以上胆道手术史, 占 26.1%。本组均为急性起病, 有明显右上腹剧烈绞痛或胀痛, 肌紧张局限性腹膜炎者 31 例, 寒战、弛张高热 ($39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$) 35 例。所有病例都有黄疸, 初见于巩膜, 后随病情加重深遍及全身, 伴神志模糊, 烦躁不安, 呼吸急促 (26~40 次/分) 者 31 例, 脉压差减小 ($\leq 20\text{mmHg}$), 脉搏 > 130 次/分, 血压降低者 39 例, 占 84.8%。60 岁以上 31 例, 有 30 例发生休克, 占 96.8%。临床征象具有 Reynolds 典型的五联征。白细胞计数 $> 20 \times 10^9/\text{L}$, 有明显中性粒细胞左移和中毒性颗粒 46 例, 尿中出现蛋白及颗粒管型 21 例; ALT 明显升高 31 例。28 例胆汁培养有大肠杆菌、副大肠杆菌、绿脓杆菌。产气杆菌生长, 占 60.9%, 21 例血培养有大肠杆菌生长, 占 45.7%。

本组病例经 BUS 检查及手术中所见, 胆囊肿大、化脓 28 例, 坏疽 8 例, 穿孔 3 例, 胆总管直径 $< 2.0\text{cm}$ 14 例, $2.0 \sim 6.4\text{cm}$ 27 例, 平均 2.8cm , 术中均见胆总管压力明显增高, 胆汁均为脓性, 胆总管结石 12 例, 胆总管、胆囊结石 8 例, 胆内外胆管结石、蛔虫 6 例, 肝内外胆管结石和膜内外胆管结石、胆管结石各 4 例, 胆道蛔虫 3 例, 肝内胆管结石、胆囊癌并发胆囊结石、胰头癌并发胆总管结石、肝内外胆管结石并发肝脓肿各 1 例。

合并高血压动脉硬化 5 例, S-T 改变 2 例, 肺气肿 6 例, 糖尿病 4 例, 肝硬化门脉高压 2 例。所有合并症 19 例, 占 41.3%; 并发多系统器官衰竭 (MSOF) 者 18 例, 占 39.1%, 其中肝功能衰竭者 9 例, 血总胆红素 $154\mu\text{mol/L}$, 血浆白蛋白平均 24.6g/L , 表现为胆道梗阻解除及黄疸持续不退或加重, 低蛋白血症, 肝昏迷等。肾功能衰竭者 3 例, 血尿素氮平均 234mmol/L , 表现为少尿、无尿、尿毒症等。肺功能衰竭 3 例, PO_2 平均 7.6kpa (57mmHg)。胃肠道衰竭 2 例, 表现为胃肠道粘膜糜烂出血、呕血、便血。凝血功能异常 1 例, 表现为皮下瘀血、瘀点、粘膜广泛渗血, 血小板平均 $3.9 \times 10^9/\text{L}$ 。其中多器官受累 7 例。

本组病例入院时均积极采取扩容、纠酸、少量输血支持, 使用有效的抗生素, 解痉止痛等综合治疗。在有效抗休克综合治疗基础上, 有选择性的对 41 例病人进行了早期手术, 占 89.1%。胆总管切开减压取石引流加胆囊切除 29 例, 占 70.7%; 胆总管切开减压取石引流 8 例占 19.5%; 胆囊造瘘 2 例占 4.8%, 胆总管及胆囊造瘘 2 例占 4.9%。5 例因病人家属拒绝手术作综合保守治疗占 10.9%。

连续硬膜下麻醉 30 例, 其中效果满意 27 例, 3 例因效果不佳加用静脉综合麻醉, 对病情较重的病人先行硬膜外穿刺备管, 用肋间神经阻滞开始手术, 情况好转后经硬膜外导管加入麻醉药物 8 例, 局麻加强化 3 例。

本组手术治疗 41 例中 37 例治愈好转出院, 占 90.2%; 手术死亡 4 例, 占 9.8%; 行保守治疗 5 例, 治愈 1 例, 占 20%; 死亡 4 例 (包括拒绝治疗自动出院死亡 2 例), 占 80%, 总治愈率 82.6%, 总死亡率 17.4%。在死亡病例中从发病至手术治疗 $< 24\text{h}$ 死亡病例, $24 \sim 48\text{h}$ 死亡 1 例, $48 \sim 72\text{h}$ 死亡 1 例, $> 72\text{h}$ 死亡 6 例, 其中死于肝功能衰竭败血症 3 例, 急性肾衰 1 例, 肺部重症感染功能衰竭 2 例, DIC 1 例, 中毒性心肌炎 1 例。

2 讨论

急性化脓性胆管炎发病急，来势凶，病理生理复杂，并发症多，病死率高。本组资料表明从发病至手术的间隔时间愈长，其病死率越高。

本组治疗的关键是抓好“三早”，即早检查、早诊断、早治疗。做好血、尿、生化及血气检查，根据病情留置导尿管，测定中心静脉压、观察神志、呼吸、脉搏、四肢末梢温度色泽等。有助于早期诊断，为急诊手术创造必要的条件。

本组病例 60 岁以上老年人 (31/46) 占 85%。且有较多的伴随疾病 19 例，占 41.3%。休克发生率高达 96.8%，临床表现与实际病变不符，右上腹绞痛或胀痛反应不明显，体检时腹部亦无明显压痛、反跳痛及肌紧张。因此，在诊断老年人 ACST 时，应注意排除临床上出现的假象。本病患者可因低血容量、低心排出量、酸中毒等导致心肌中毒缺氧发生心衰，原有心血管疾病者，可因胆道阻塞、胆绞痛使心肌供血减少，氧耗增加，休克时的低灌注尚可并发肾衰。因此对老年 ACST 的治疗要注意避免上述并发症的发生。

选择恰当的时期和一定的麻醉方式是抢救 ACST 的关键之一。术前准备要树立全面观点，抓住主要矛盾，全面估价心肺功能等全身情况。辨证地处理好合并症与胆道手术的关系，既要注意合并症的治疗，又要果断地选择对机体循环代谢干扰最小、安全因素最大的麻醉方法，对急危重病例有指导性地选用浅复合全麻，局麻加强化或先行硬膜外穿刺备管，用局麻，肋间神经阻滞开始手术，待病情好转后再经硬膜外导管加药，同时注重补充功能性细胞外液，注意术中维持血液动力学稳定，使麻醉过程平稳。积极防治多功能器官衰竭 (MSOF)。ACST 由于胆道高压及内毒素的破坏，使肝细胞血屏障破坏，大量毒素、胆砂性血栓^[1]反复进入肺循环和体循环，对各系统造成损害。本组并发多功能器官衰竭 (MSOF) 者 18 例，其中多脏器受累者 7 例分析。因长期胆道梗阻反复感染，肝实质细胞损害和局部血液循环障碍^[2]使肝储备功能下降，在发生 ACST 时肝脏等器官功能很容易发生衰竭。本文资料显示，休克病人 MSOF 发生率远高于无休克者。

手术前准备：①积极防治中毒性休克。ACST 患者常伴有酸中毒、血容量不足，因此要注

重扩容纠酸，恢复有效血容量，改善微循环，保证重要脏器的供氧量，同时补充必需的能量，必要时可使用多巴胺等血管活性药物。选用维生素 K₃ 及 654-2，具有解除毛细血管痉挛，解除肠道平滑肌痉挛的作用，促进十二指肠及胆道松弛，有利于胆汁排入十二指肠。②使用足量有效的抗生素，迅速控制感染。ACST 的胆汁内主要是大肠杆菌和副大肠杆菌，并有厌氧菌感染^[3]，本组首选的先锋 V、甲硝唑等抗生素。③在大剂量应用抗生素的同时，短程大剂量应用糖皮质激素有助于提高机体的应激能力，保护膜系统，还有一定的拮抗内毒素作用^[4]。④ACST 发生的主要因素是梗阻，降低胆道内压力，给予胃肠减压，用 50%硫酸镁 30ml 胃管灌注 4~6 小时一次，使胆总管括约肌松弛，有利于胆汁排入十二指肠，同时高渗作用可减轻十二指肠乳头水肿，促进肠蠕动，导致腹泻，进一步减轻中毒症状。

在综合抗休克治疗的基础上，要准确把握手术时期及术式的选择，行有效的病灶远端引流以解除梗阻，时间越早引流效果越好。延误时间手术将会失败或加重病情，丧失手术抢救的时机。保守治疗时间的掌握，有危及生命表现非手术治疗症状不好转或加重者，观察不应超过 4 小时；无危及生命表现，非手术治疗不好转，观察时间不应超过 24 小时，仍以手术为好^[5]，不失时机时进行手术引流，术中根据病情选择最佳术式。我院采取胆囊切除术总胆管探查引流为首选术式，对全身情况差，不能耐受麻醉手术者可作简便、易行、迅速的胆囊造瘘引流，胆总管探查 T 型管引流术。ACST 术后必须注重并发症和合并症的预防及处理，密切观察血压、脉搏、呼吸、心律、尿量，注意维持心肺肾脑重要脏器的功能。

参考文献

- 1 肖路加. 20 例急性化脓性胆管炎尸检的发现及其临床意义. 四川医学院院报, 1983; 12: 318
- 2 黄晓强, 等. 阻断胆管后肝微循环改变的实验研究. 中华实验外科杂志, 1987; 4 (4): 151
- 3 黎沾衣. 厌氧菌与重症胆管炎. 实用外科杂志, 1989; 9 (1): 14
- 4 黄宗海, 等. 感染性休克时糖皮质激素受体变化. 中华外科杂志, 1987; 25 (4): 245
- 5 戚权根. 老年胆道疾病的手术适应症和手术时机问题. 实用外科杂志, 1992; 12 (6): 284

(收稿日期: 1998-11-4)