

急性梗阻性化脓性胆管炎186例治疗经验

附属第一医院外科 孙义国

急性化脓性胆管炎是一种严重的胆道疾病。发病急骤，病情发展迅速，易出现胆源性败血症⁽¹⁾和中毒性休克，死亡率高达4.5~43.4%⁽²⁾。我院外科肝胆组自1957年3月至1979年3月收治本病186例，特作初步总结，并就有关问题加以讨论。

临 床 资 料

一、性别与年龄：男68例，女118例，男：女为1：1.7。年龄最小18岁，最大78岁，41岁以上占多数。

表1 性别与年龄

年 龄	<30	31~40	41~50	51~60	>60
男	4	7	20	19	18
女	21	23	28	33	13
合 计	25	30	48	52	31

二、既往史：曾有胆绞痛者132例(71%)，最严重1例发作次数多达50余次；11例有胆道手术史；首次发病者54例(29%)。

三、临床表现：见表2。

表2 临床表现

	临 床 表 现	例数	(%)
症 状	右上腹绞痛	186	(100.0)
	寒 战	137	(73.7)
	发 热	156	(83.9)
	恶心呕吐	159	(85.5)
	精神症状	50	(26.9)
	少 尿	19	(10.2)
	无 尿	13	(0.7)
体 征	黄 疸	172	(93.0)
	低血压	110	(59.2)
	右上腹和全腹压痛	184	(99.0)
	转移性浊音	11	(0.6)

四、实验室检查：白细胞计数大多在1~2万，54例高于2万，最高达64,800；中性高于80%有142例(84.5%)，最高达99%。出现中毒性颗粒和左移者14例。71例曾作肝功能检查，总蛋白低于5g者12例(16.9%)，最低仅2.9g；白、球蛋白倒置有35例(49.3%)。54例曾作黄疸指数检查，均有不同程度增高，最高为180u。54例曾作二氧化碳结合力测定，低于正常者40例(74.3%)，最低为13容积%。42例曾作非蛋白氮检查，高于正常者32例(76.2%)，最高达228mg%。34例曾作胆汁培养，阳性33例，计有大肠杆菌19例，类大肠杆菌7例，副大肠杆菌2例，绿脓杆菌2例，沙门氏菌属，枸橼酸杆菌属和肠链球菌各1例。

五、手术方式：156例作了手术，手术方式见表3。11例病情危重仅作胆囊造瘘术，术后5例死亡。3例曾多次手术，总胆管周围紧密粘连无法松解，以剖腹探查结束手术，术后均死亡。

表3 手术方式

手 术 种 类	手术例数	死亡例数(%)
胆总管T形管引流	50	12 (22.5)
胆囊切除+胆总管T形管引流	46	5 (10.9)
胆囊造瘘+胆总管T形管引流	45	11 (24.4)
胆囊造瘘	11	5 (45.4)
胆总管十二指肠吻合术	1	0
剖腹探查	3	3(100.0)
合 计	156	36 (23.1)

六、胆道梗阻原因：手术156例中，142例切开胆总管探查，发现梗阻原因见表4。

七、手术所见：66例胆囊不同程度肿大，最大者为8×9×6cm，其中6例胆

表4 142例胆总管梗阻原因分析

梗 阻 原 因	例 数 (%)
结 石*	104 (73.2)
结石 + 蛔虫	19 (13.3)
胆总管下端良性狭窄	3 (2.0)
有结石	2 (1.5)
无结石	1 (0.7)
慢性胰腺炎	9 (6.3)
有结石	2 (1.5)
无结石	2 (1.5)
蛔虫梗阻	2 (1.5)
硬化性胆管炎	2 (1.5)

* 其中胆总管结石46例,胆总管、肝管和肝内胆管结石56例,单纯肝内胆管结石2例

囊部分坏死, 4例穿孔, 1例胆囊内出血, 15例胆囊萎缩, 最小者为 $1 \times 1.5 \times 1$ cm。29例胆囊内有结石。胆总管扩大107例, 其直径最大约5 cm; 4例胆总管穿孔; 137例胆总管穿刺有脓性胆汁, 4例胆汁呈白色; 65例切开胆总管时脓性胆汁喷涌而出, 其中1例胆道压力高达300 mmH₂O。肝脏肉眼观察, 63例有不同程度肝硬化, 5例肝脓肿, 1例肝内胆管呈囊状扩张, 穿刺得脓性胆汁。

八、合并症: 合并弥漫性胆汁性腹膜炎9例(4例胆总管穿孔、4例胆囊穿孔、1例十二指肠球部溃疡穿孔)。渗出性胆汁性腹膜炎8例, 胆囊十二指肠瘘和胆总管憩室胆囊瘘各1例, 胆总管壁部分坏死2例, 胆囊壁部分坏死6例, 胃扩张1例。

九、术后并发症: 残余结石7例, 均经术后T形管造影证实, 切口感染8例, 支气管肺炎13例, 胃小肠炎1例, 上消化道出血2例, 切口裂开伴门静脉炎和革兰氏阴性杆菌败血症1例(死亡), 胰瘘1例(全身衰竭死亡), 霉菌感染2例, 膈下感染1例, 切口渗血不止1例, 经2次缝合止血而愈, 精神失常1例。

讨 论

一、诊断: 急性梗阻性化脓性胆管炎是在胆道系统发生完全或不完全梗阻的基础上伴发急性化脓性的疾病。病理生理改变与一

般急性胆道感染和胆道阻塞不同。此病诊断标准应包括: 1. 右上腹绞痛、寒战、发热、黄疸、精神症状和中毒性休克; 2. 手术发现胆总管扩大, 胆道内压力增高(超过200 mmH₂O); 3. 脓性胆汁和有明显的梗阻原因^(3,4)。本文156例中142例经手术探查胆总管, 符合上述诊断标准。1877年 Charcot 氏⁽³⁾指出: Vater 氏壶腹部“活塞状”结石嵌顿, 临床表现为腹痛、黄疸和间歇性肝热的症状, 通称为胆总管结石三联征。1959年 Reynolds 和 Dargan⁽⁶⁾描写了一组具有 Charcot 氏三联征和伴有精神症状(如嗜睡、淡漠等)和休克的病例(五联征), 命名为急性梗阻性化脓性胆管炎。多数病例症状较典型, 诊断并无困难, 也有少数病例或因症状不典型或因对此病认识不足而诊断错误。

二、死亡率: 急性梗阻性化脓性胆管炎的死亡率较一般胆囊炎、胆石症或胆道感染高。钟友芳⁽⁶⁾收集近10余年国内、外资料, 未手术25例均死亡(100%)、急症手术139例, 34例死亡(24.5%), 天津市立中心医院外科收集国内资料⁽²⁾, 报道死亡率波动在4.5~43.4%, 平均死亡率为17.2%。Marshall 报道⁽²⁾手术平均死亡率30%。Longmire⁽²⁾认为如果不引流脓性胆汁, 胆总管内高压不解除, 几乎全部死亡。Dow⁽⁸⁾认为死亡率与脓毒血症有关, 介于13~61%, 平均为34%。本组手术156例, 死亡36例, 手术死亡率为23.1%。以上资料说明国内平均手术死亡率略比国外为低。这与积极防治胆囊炎、胆石症、尤其是采用中西医结合治疗肝胆管结石, 减少了胆道梗阻机率有关。本文186例中未手术30例, 死亡20例(66.7%) 12例死于中毒性休克, 4例死于肝功能衰竭, 2例死于肾功能衰竭, 死于败血症和心功能衰竭各1例。手术156例, 死亡36例, 其中死于中毒性休克16例, 死于肾功能衰竭5例, 死于支气管肺炎及肝功能衰竭各3例, 死于败血症、心功能衰竭和弥漫性血管内凝集各2例; 死于中毒性脑病、化脓性门

静脉炎和胰瘘各1例。手术死亡36例中,从发病到就诊时间最短2天,长者近1个月左右,平均为6天。从就诊到手术时间,最短为3小时,最长为6天,平均27小时。6小时内手术死亡6例;6~12小时内死亡9例;12小时以上死亡21例。其中23例既往有胆道疾病反复发作史,5例有胆道手术史,8例首次发作。天津报道⁽²⁾44例,有胆绞痛者15例(34%),广东报道⁽³⁾22例皆有胆道疾病史,上海报道⁽⁴⁾27例有胆道病史者22例(81.5%),其中16例有胆道手术史,首次发作者仅6例。足以说明死亡与就诊早晚,诊断是否及时,手术时间有无延误和既往有无胆道疾病反复发作或手术史等有着密切相关,应该引起高度重视。为了减少死亡率,作者认为:1.必须强调对本病的早期诊断和及时手术治疗;2.手术的目的在于解除胆道梗阻,减低胆管内压力,引流脓性胆汁,手术宜力求简单,操作快捷,以缩短手术时间;3.对首发胆道疾病者,手术方法的选择必须慎重,结石应尽可能清除,以减少复发和再次手术的机会。

三、治疗:一般均主张早期手术,1959年 Reynolds⁽⁵⁾强调即使患者处于重危阶段,也主张强制性手术(Mandatory Operation),这个论点不是没有理由的。本文有50例处于严重休克情况下(收缩压在70 mmH₂O以下),其中有12例血压测不到,果断地通过手术处理,挽救了患者的生命。因此,中毒性休克并不构成手术禁忌。高热、中毒、低血压和肝功能不全的患者会给手术带来很大危险性,但不应作放弃手术的理由,术前准备必须积极,迅速。对某些病例经术前准备而未见好转者,也应进行急症手术,以免失去抢救机会。但对濒于死亡,经抢救无反应者,则不宜贸然手术。因此,如何决定合理的手术时间,有时颇感困难,应根据具体情况判定,但以越早越好,能争取在6小时以内或更短时间手术最为合适。手术方法的选择,根据本组病例观察以胆囊切

除+胆总管引流效果最满意,死亡率低;胆囊造瘘术未能有效地解除梗阻,效果不理想,非不得已最好不采用。此外如病情允许,还可考虑作内引流手术,本组仅有1例,效果满意。

小 结

本文总结我院外科肝胆组1957年3月~1979年3月186例急性梗阻性化脓性胆管炎治疗经验,并对本病的诊断标准,手术方法选择和如何降低死亡率等作了初步讨论。

参 考 文 献

- 1.肖路如等:胆源性败血症.中华外科杂志 16(5):2263,1978
- 2.天津市中心医院外科:急性梗阻性化脓性胆管炎44例小结.天津医药 9:452,1975
- 3.黄坚信等:急性阻塞性胆管炎.中华外科杂志 12:1189,1964
- 4.沈永康等:急性阻塞性化脓性胆管炎.中华外科杂志 10:613,1962
- 5.Reynolds BM, et al: Acute Obstruction Cholangitis. Ann Surg 150:299,1959
- 6.钟友芳等:急性梗阻性化脓性胆管炎.天津医药 2:103,1975
- 7.Stanley D Berlner, et al: Acute Obstructive Suppurative Cholangitis Report of a Case Treated by Internal Drainage. Ann Surg 169:272,1970
- 8.Dow RW, et al: Acute Obstructive Suppurative Cholangitis. Ann Surg 169:272,1969

(紧接第20页)骨愈合为其缺点。此法不能认为系骨巨细胞瘤最理想的一种治疗方法,但如病例选择适当,操作谨慎小心,则有其一定应用价值。(图2~4见插页第2页)

参 考 文 献

- 1.Marcove RC, et al: J Bone & Joint Surg 55A:1633,1973
- 2.Marcove RC, et al: Cancer 41:957,1978
- 3.浙江省中医院冷冻治疗小组:中华外科杂志 16(3):159,1978
- 4.Persson BM, et al: Clin Orthop 120:125,1976