

LIVCHUANGYUESHUJIAN

临床医学

实践

张平 金长青 吕家琛 主编

刘永雄 顾美皎 李永昶 主审

湖北科学技术出版社

张平 全长青 匡家珠 主编

刘永雄 顾美皎 李永昶 主审

湖北科学技术出版社



LINCHUANGYIXUESHIJIAN

临床医学

实践

张平 金长青 汪家珠 主编

刘永雄 顾美皎 李永昶 主审

曹登科 主编助理

湖北科学技术出版社

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 16125 号

本书如有印装质量问题 可找承印厂更换

内 容 提 要

本书分为内科、外科、妇科、儿科四大类，分别由 50 余名专家、教授、学者以文题的形式将四大临床学科有关的基础理论进展、新技术的应用、常见病的诊治，在总结临床经验的基础上，参考国内外最新进展共同编写而成。使读者能通过本书的阅读在最短的时间内获得最新的理论和对疾病的治疗措施并作出选择。供内科、外科、妇科、儿科临床各级医师在工作中参考。

《临床医学实践》编委会

主 编	张 平	金长青	汪家珠		
主 审	刘永雄	顾美皎	李永昶		
主编助理	曹登科				
副 主 编	(以姓氏笔画为序)				
	王秉成	王 敏	孙志海	金河天	
	张绣锦	杨明刚	曹登科	滕存远	
编 委	(以姓氏笔画为序)				
	王文友	王秉成	王 敏	王 睦	王为敏
	孙志海	龙江海	刘永雄	金河天	张 平
	张绣锦	张 斌	汪家珠	陈廷均	杨明刚
	金长青	顾美皎	徐 波	曹登科	曾凡武
	滕存远				

《临床医学实践》特邀编委、顾问

(以下按姓氏笔画为序)

方思羽	同济医科大学附属同济医院	教授
王 宇	北京友谊医院	教授
王在同	北京医院	教授
艾中立	湖北医科大学附属二院	教授
刘永雄	北京解放军总医院	教授
孙家邦	首都医科大学	教授
李永昶	中国医科大学	教授
陈孝平	同济医科大学附属同济医院	教授
张应天	武汉医师进修学院	教授
张寿熙	同济医科大学附属协和医院	教授
钟守先	北京宣武医院	教授
祝家珍	湖北省肿瘤医院	教授
夏穗生	同济医科大学	教授
顾美皎	同济医科大学附属同济医院	教授

编著者名单

(以章节为序)

刘永雄	曹登科	陈少鹏	王 宇	张忠涛	黄志勇	陈孝平
滕存远	孙志海	汪家珠	王在同	贺修文	孙家邦	朱 斌
钟守先	陈廷均	王秉成	古世歆	艾中立	金河天	曾凡武
夏贤华	赵战鹰	段育平	任 耘	王 睦	王 斌	徐成武
胡远文	王文友	徐学荣	赵然中	张秀锦	张 平	王为敏
刘正香	汪开香	祝嘉珍	王桂华	黄云翠	宋 宵	田建英
王 勤	李 卫	杨明刚	廖德秀	徐 波	张清梅	李耀彩
李苏华	刘 丽	高雷山	张 斌	张新华	李 刚	金长青
龙江海	王 敏	黄爱萍				

前 言

随着现代科技迅速发展,向广大临床医生提出了更高的要求。没有较深厚的基础理论知识,很难正确认识和妥善处理复杂疑难的临床问题。我们在临床实践中也深感一些问题处理棘手,查找资料又极不方便。故有意编写一本既注重基础理论知识,更突出临床实际应用的参考书。在许多前辈和同道们的鼓励支持下,经过周详筹备,两易春秋,本书于1997年夏得以定稿。

本书由我们三人领衔主编,国内15所医院的50余名专家、教授、主任医师和副主任医师参与编写,其中值得庆贺和可敬的是国内9所高等医学院校的14名知名专家、教授参加撰稿,为这一芬芳竞艳的《临床医学实践》园地添姿增彩,使其更加姹紫嫣红。使主编者多年的夙愿得以实现。撰稿者纵览国内外最新文献,结合各自成功的研究成果和丰富的临床实践经验以讲座和专题的形式撰写而成。它既不同于一般的教科书,也不同于其他参考文献,而是一本以临床实践中常遇到的实际问题汇集成册供临床医务工作者参考的书籍。同时也本着“百花齐放”的方针,对不同学术观点和方法兼收并蓄,以供同道从一个问题的各个方面,以启迪思想、指导实践。全书分外科、妇科、内科、儿科四大章节,113个专题较全面系统地从不同侧面对临床疾病的诊断与治疗及其新技术的应用等提供选择,供外科、妇科、内科、儿科临床各级医师在临床诊疗中参考。

全书笔调各异,内容详略及观点介绍的多寡也不尽一致,鉴于篇幅有限,也未列出参考文献,请作者及读者见谅。为对专题资料的真实性及科学性负责,特由各专业资深的教授审阅。借此机会,我们衷心感谢北京解放军总医院刘永雄教授、同济医科大学顾美皎教授及中国医科大学李永昶教授为本书主审,同济医科大学夏穗生教授为本书作序,以及为完成本书做了大量文字工作付出了辛勤劳动的湖北省当阳市人民医院肝胆外科曹登科主任,亦一并感谢湖北科学技术出版社及本书责任编辑武又文同志的通力合作才使本书得以问世。由于我们水平有限,书中疏漏、错误及不当之处在所难免,敬希同道及读者不吝赐教。

张平 金长青 汪家珠
一九九七年夏

目 录

第一章 外科部分

重症急性胆管炎·····	(1)
医源性胆管损伤的预防与损伤性胆管狭窄治疗的几个问题·····	(6)
闭合性肝损伤的现代处理·····	(8)
门脉高压食道静脉曲张破裂出血的急症处理·····	(12)
肝血管瘤的诊断与治疗·····	(18)
严重肝外伤的外科处理·····	(22)
肝内胆道手术后胆道大出血的诊断与治疗·····	(26)
原发性肝癌自发性破裂的外科处理·····	(28)
细菌性肝脓肿的术式选择·····	(31)
胆囊息肉样病变的诊断与治疗·····	(33)
重症急性胰腺炎的诊治原则·····	(35)
急性重症胰腺炎治疗方式的选择·····	(39)
胰腺囊肿外科治疗的现代观点·····	(42)
胰腺内分泌肿瘤·····	(46)
胰腺损伤的诊断与治疗·····	(49)
脾破裂的外科诊疗现状·····	(52)
外科病人的营养支持·····	(56)
胃外科急腹症的诊治原则·····	(62)
胃平滑肌肿瘤的诊断与治疗·····	(66)
急性胃粘膜病变的诊治现状·····	(68)
上消化道出血诊治现状与进展·····	(70)
切除困难的慢性十二指肠溃疡的外科处理·····	(74)
闭合性十二指肠损伤的诊断与治疗·····	(76)
创伤性膈疝的诊断与治疗·····	(80)
急性下消化道大出血·····	(83)
下消化道大出血诊治现状与进展·····	(89)
急性出血坏死性肠炎的诊治·····	(93)
大肠癌诊治的若干新进展·····	(95)
外伤性肠管损伤的治疗·····	(98)
结肠损伤治疗方法的选择·····	(101)
腹部损伤的剖腹探查术·····	(104)
乳腺肿块的筛选与乳癌的早期发现·····	(106)
乳腺癌治疗方法的选择·····	(110)

SSTR1-5 亚型 mRNA 在肺癌中的表达	(113)
SSTR 家族与肿瘤	(117)
球后注射的并发症	(119)
原发性开角型青光眼	(120)
外伤性前房出血	(123)
眼球穿通伤的诊断与治疗	(125)
小儿气管支气管异物诊治中的几个问题	(129)
眩晕症的诊断与治疗	(130)
颌骨囊肿的诊断与治疗	(131)
颌下区肿块的鉴别诊断与治疗	(134)
腮腺肿瘤的诊断与治疗	(141)
休克病人手术的麻醉管理	(144)
心肺脑复苏若干新进展	(147)
产科急诊手术的麻醉	(152)
硬膜外麻醉的临床实践与研究近况	(157)
神经外科手术的麻醉	(162)
老年人上腹部手术麻醉方式的选择与处理	(166)
颈丛神经阻滞在颈部手术中的应用	(169)
麻醉与误吸	(171)
介入放射学在肝胆疾病中的运用及展望	(174)
第二章 妇产科部分	
过期妊娠	(179)
计划分娩的临床意义及应用	(181)
胎儿宫内窘迫	(187)
胎儿宫内发育迟缓的诊治	(190)
B 超监测羊水及其在高危妊娠监护中的应用	(192)
剖宫产的适应证及手术技巧	(193)
产前出血的诊治	(199)
产后出血的救治与监护	(203)
子宫内翻的防治	(206)
异位妊娠的治疗及其进展	(207)
妊娠高血压综合征的并发症及防治	(212)
手术产中意外情况及处理	(219)
急性盆腔炎及盆腔脓肿	(222)
子宫颈癌	(225)
子宫肌瘤	(231)
子宫内膜癌	(236)
恶性滋养细胞肿瘤治疗的进展	(241)
第三章 内科部分	
病毒性心肌炎	(244)

高血压急症·····	(246)
充血性心力衰竭·····	(250)
无症状性心肌缺血的诊断与治疗·····	(254)
高血压病的诊断与治疗·····	(260)
急性心肌梗塞的诊断与治疗·····	(265)
扩张型心肌病诊治概要·····	(283)
心房颤动·····	(289)
QT 间期延长与尖端扭转性室速·····	(292)
缩窄性心包炎的诊断与治疗·····	(295)
介入性导管技术治疗快速性心律失常·····	(297)
动脉粥样硬化性血栓性脑梗塞·····	(299)
脑出血·····	(302)
蛛网膜下腔出血·····	(305)
呼吸衰竭·····	(309)
慢性肺源性心脏病·····	(312)
恶性胸腔积液·····	(316)
结缔组织的肺部表现·····	(320)
呼吸衰竭与多器官系统衰竭·····	(324)
肝硬化腹水的程序治疗·····	(327)
溃疡性结肠炎·····	(331)
急进性肾小球肾炎·····	(335)
第四章 儿科部分	
先天性甲状腺功能减退症·····	(338)
后天性甲状腺功能减退症·····	(340)
儿童甲状腺功能亢进症·····	(341)
新生儿甲状腺功能亢进症·····	(343)
桥本甲状腺炎·····	(344)
单纯性甲状腺肿·····	(345)
摄碘性甲状腺肿·····	(346)
地方性甲状腺肿·····	(346)
新生儿黄疸的诊断与防治·····	(347)
新生儿硬肿症·····	(351)
新生儿败血症·····	(354)
新生儿缺氧缺血性脑病·····	(357)
维生素 D 缺乏性佝偻病·····	(362)
小儿锌缺乏症·····	(366)
支气管哮喘发病机理与治疗进展·····	(368)
支原体肺炎·····	(372)
小儿心力衰竭·····	(377)
小儿病毒性心肌炎·····	(382)

小儿腹泻的新疗法——微生态疗法.....	(387)
特发性血小板减少性紫癜.....	(391)
晚发性维生素 K 缺乏症	(394)
过敏性紫癜.....	(396)
肾病综合征.....	(399)
小儿病毒性脑炎.....	(402)
小儿结核病的诊治进展.....	(405)
皮肤粘膜淋巴结综合征.....	(408)
感染性休克.....	(412)
肥胖症.....	(417)
PCR 技术在儿科医学中的应用	(425)

第一章 外科部分

重症急性胆管炎

重症急性胆管炎是良性胆道疾病病人死亡的最主要、最直接的原因。如何积极有效地救治重症急性胆管炎病人,降低它的病死率,迄今仍然是胆管外科临床与科研的首要问题。它涉及多学科、大范围、高难度的研究,需要不间断地探索、积累和总结,从理论到实践求得新的突破。

我国急性胆道感染同欧美国家有许多不同,他们的发病主要见之于继发性胆管结石、先天性肝内外胆管扩张症、原发性硬化性胆管炎、手术后或损伤性胆管狭窄以及高位和低位(含胰腺和壶腹部)胆管的肿瘤。他们常把这些胆管炎称之为急性梗阻性化脓性胆管炎(Acute obstructive suppurative cholangitis, AOSC),泛指由阻塞引起的急性化脓性胆道感染。1983年在重庆举行肝胆管结石症专题讨论会上,到会的专家一致倡议将重症急性胆管炎(acute cholangitis of severe type, ACST)一词用于我国的急性胆道感染,着意特指急性化脓性胆道感染的严重类型,它突出强调了原发性肝内外胆管结石、狭窄病理与临床的严重性,并提出了相应的治疗要求,其中也强调了胆道梗阻在感染发生、发展中的重要意义。因此,ACST与AC、AOSC的含义是不一样的,一旦确立ACST的诊断,临床上即应有相应的认识与态度。正如前述,及时有效地帮助病人渡过可能面临的威胁、减少死亡的危险是我们的中心课题。

1991年第五届全国胆道外科学术会上,共报道了36 573例ACST病人,一般死亡率在5%~30%,较多分布在17%~25%的区段中,老年人ACST的死亡率较高。虽然总的死亡率较以往有了降低,但15%或15%以上的死亡率在急腹症中仍是十分突出而严重的,它反映了我国胆道外科疾病的复杂性。

【诊断标准】

对重症急性胆管炎的认识有一个不断深入和发展的过程。我国对这一综合征多年的认识,由传统医学的“湿热发黄”到接受欧洲人的学说,再到目前的认识,都是一个过程。早在1877年Charcot总结出腹痛、寒战高热、黄疸是急性梗阻性化脓性胆管炎的临床特征,称之为“Charcot”三联征。1959年Reynold在三联征基础上又增加低血压和意识障碍是急性梗阻性化脓性胆管炎的典型表现,称作“Reynold”五联征。这反映了西方当时、当地对胆管炎发病的观察积累的经验的概括,但它们都不能适用于我国近50年来对急性胆管炎的观察和研究。“三联征”、“五联征”远不能实实在在地反映在我国占重要比重、有突出病理特征、造成严重复杂临床课题,带来不良预后转归的围绕原发性胆管结石病,尤其是肝胆管结石、狭窄,胆道寄生虫病引发的急性胆道感染,也不能用来指导临床的诊疗实践。这一方面反映了地域、环境和文化的差异,也在另一方面反映了它们一定的局限性和片面性。实践证明:西方的经验只能反映和解决胆囊结石病及其并发症的诊断与处理,我们据此用来认识

和处理原发性胆管结石病及其并发症就走了一段弯路,付出了巨大的代价,而急性化脓性胆道感染,就是其中一个十分突出的、极易导致严重后果有高死亡率的课题。

多年来,在有关胆道感染的讨论、总结和论文中反映出以下情况:①治疗效果的差异很大,非手术治疗的优良率很高、而外科治疗的优良率低;②非手术治疗的死亡率低而外科治疗的死亡率高。但概括不出完整、系列的经验和诊疗原则。这实际上是缺乏一个共同的前提即诊断标准的一致,从而反映了认识的差别和处理的盲目与片面性。1983年我们在重庆举行的肝胆管结石症专题讨论会上,作为基本的学术总结,就是在以前观察和研究的基础上,根据我国胆道疾病的特点及急性化脓性胆道感染的诊断经验高度概括而又精辟地制定出了重症急性胆管炎的诊断标准,即:发病急骤,病情严重;多需进行紧急减压引流;梗阻可在肝外胆管、左或右肝管;出现休克,动脉收缩压 $<9.3\text{ kPa}$ (70 mmHg)或下列两项以上症状者即可诊断:

1. 精神症状;
2. 脉搏快于 120 次/min ;
3. 体温 $>39^{\circ}\text{C}$ 或 $<36^{\circ}\text{C}$;
4. 白细胞计数 $>20\times 10^9/\text{L}$ ($>2\,000/\text{mm}^3$);
5. 胆汁呈脓性伴胆管内压明显增高;
6. 血培养阳性。

这个诊断标准已试行了10余年,它可能还需在实践中不断完善,但有极好的理论性和实用性,集中突出了“重症”,所列内容,大都不是一般胆道感染的表现。它强调了梗阻因素在病情演变中的关键性地位;它提示了在治疗中胆管减压、引流的紧迫性和消极、保守态度的危害性。所列休克等7项临床、手术、实验室指标,易于观察、收集和及时弄清,不需特殊设备,也不费更多时间,在各级医院都易于完成,对临床工作有实际的指导意义,有利于避免盲目性,提高工作水平,及时救治病人,有效降低死亡率。

作者建议共同按照这个诊断标准来指导实际临床工作,并在此基础上总结诊疗经验。不再沿用“三联征”、“五联征”来模糊、混淆重症急性胆管炎与一般胆管炎的界限和它们的不同含义,把救治工作提到新的高度、新的水平。

【病因和病理生理】

胆系如树枝状结构,其近端的大部分深藏于肝实质之中,胆树进入肝脏后,与肝动脉、门静脉伴行,被纤维组织构成的Glisson鞘包绕,走行于各叶、段,最后入肝腺泡。胆树引流肝细胞分泌的胆汁入十二指肠。胆汁中富含胆盐、胆酸、矿物质、酶类、激素、免疫物质、粘液和水,是消化液的重要组成部分。

毛细胆管起于肝细胞索,收集肝细胞分泌的胆汁,与肝血窦邻近,但依肝细胞间的紧密连接及桥粒结构而与血窦分隔,血与胆汁不能直接流通。肝细胞维持恒定的分泌压力,在 $27\sim 30\text{ cmH}_2\text{O}$ 之间,胆道内压力的梯度,维持胆汁的流向,肝外胆管的压力约为 $10\sim 14\text{ cmH}_2\text{O}$,Oddi括约肌张力约为 $11\sim 15\text{ cmH}_2\text{O}$ 。压力的调节因素包括桥粒结构—分泌压—胆管内压—括约肌张力,胆囊则为中间缓冲器。胆树这种结构与生理功能,在ACST病理生理变化的发生发展中有重要的意义。

引起ACST的发病因素是梗阻和感染。在我国,形成梗阻的主要的、最常见的因素是原发性胆管结石病。它可存在于肝内外,形成胆管不同部位、不同程度的梗阻,所造成的胆管和肝脏的损害,同继发性胆管结石(来自胆囊)相比要复杂和严重得多,而且危害很大。在

我国某部分农村,引起胆道感染的常见原因是胆道蛔虫症,它由于肠内寄生有钻孔习性的蛔虫,因肠内环境的变化上移进入胆道,由虫体本身,其代谢分解产物、虫体所带的肠内细菌,引起胆道感染和一系列并发症。而且,临床实践及研究的资料表明,胆道蛔虫症与胆管的原发性胆管结石在发生学上有密切的联系。青岛的一组报道提示,近70%的胆管结石标本中,发现有蛔虫的残体、虫卵和角皮。四川的资料表明原发性胆管结石病人中有23%曾有胆道蛔虫的病史。

胆道的梗阻和胆道感染是形成重症急性胆管炎的最主要的、最常见的原因,病程中的病理损害同胆囊管的梗阻和胆囊的炎症相比要复杂、严重得多,是一个危害全身重要脏器和系统的严重疾病,而肝脏的损害是一个应该充分重视的重要环节,严重的结局是多器官功能衰竭。

上述每一种病理改变,对病人都是严重的负担和危害,而其间亦往往有因果联系,相互并存,相互加重。在复发性胆道感染中,胆管的炎性(即纤维化)狭窄应该加以强调,它是又一种关键性的机械性梗阻因素,增加了病情的严重性、诊断的复杂性、治疗的艰巨性。而且,多发性狭窄,也是影响治疗效果和预后的重要因素。

下述重要因素在病理生理改变中应该加以讨论:

一、胆管梗阻

因胆管梗阻的部位、程度、范围、久暂而有差别。应细致地调查分析,加以判定。

结石、狭窄、结构畸形、肿瘤压迫、凝血性胆栓以及蛔虫壅塞等是机械性梗阻因素。各胆管分支开口和Oddi括约肌的炎症、水肿、痉挛是功能性因素。

胆管梗阻可以表现严重的黄疸,如胆总管梗阻、肝总管梗阻。但左、右肝管或肝叶、段胆管开口的梗阻,一般不表现黄疸。甚至在发生了严重的感染、败血症、中毒性休克乃至死亡也不表现黄疸,或只表现轻度的肝性黄疸,与“三联症”、“五联症”不同。

胆管梗阻时,肝脏的大小、形态常有一定的变化。全胆道梗阻时,肝肿大呈一致性、对称性,而发生于左、右肝管开口的半肝梗阻则在感染及病程的早期阶段呈现患侧肝脏肿大;若感染频发和持久的梗阻,由于肝实质的破坏、纤维组织增生,则在病程的中、后期表现为患侧肝脏的纤维化萎缩,而健侧肝脏表现为肝实质增生的代偿性肝肿大,肝脏外形不规则,变形,肝门移位,此即所谓“肝脏萎缩增生复合征”。

胆囊的形态,在其开口水平以下的胆管梗阻,若胆囊管通畅良好,胆囊壁没有瘢痕萎缩,胆囊将充盈、肿大。若在胆囊管开口以上的胆管梗阻,不论胆囊管通畅与否,也不论胆囊壁的病变轻重,胆囊并不肿大。

二、胆道感染

胆管的炎症常表现为间歇性的寒战、高热、脉速、气急、怠倦等一系列的毒血症状。

由于胆道在结构上通向十二指肠,生理情况下胆汁中亦常有细菌存在,胆道梗阻后,尤其在不完全阻塞时,极易发生感染,其来源多为上行性,且多以革兰氏阴性杆菌为主的肠属需氧或/和厌氧菌的混合感染,急性炎症消退后,细菌亦难以净化,易于复发。

胆道梗阻及肠液返流是感染滞留的重要因素。临床表明,胆管的梗阻可以是局限的,而并发的感染则是弥漫的,是全胆道炎。只是梗阻因素以上的近端胆管程度严重一些。

胆道梗阻并发的炎症,其全身性表现十分严重而突出,全身的抗菌治疗十分必要,经门静脉给药有较多好处。

三、胆道高压

梗阻及感染造成胆道内高压。当压力高于 300 mmH₂O 时, 肝脏即停止向胆管分泌胆汁。

炎症的渗出, 加重胆道高压。炎症的破坏致毛细胆管及肝细胞浊肿、变性、坏死, 加上与肝血窦间的紧密连接及桥粒结构破坏, 高压的脓性胆汁反流入血, 感染由胆树播及全身, 并可见胆砂性血栓由肝腺泡的中央静脉→肝静脉→下腔静脉→肺静脉→肺动脉→肺胆砂栓塞、脓肿, 造成严重后果。

除频发的寒战、高热、谵妄、休克外, 持续存在的右侧胸背部、剑突右下方的“对穿性疼痛”是胆道内高压的重要征象。

四、高胆红素血症

血清胆红素高于 13 mg%~15 mg% (222~257 μmol/L) 即为高胆红素血症。胆红素在各重要脏器内沉着, 胆栓形成。肝、肾受的损害最早、最重。肝细胞坏死, 毛细胆管扩张, 胆栓形成; 肾乳头坏死, 肾小管内胆红素管型形成。

临床上常见表现是全身黄染、皮肤瘙痒、尿少, 晚期易诱发“肝肾综合征”。

五、内毒素血症

由革兰氏阴性细菌产生, 位于菌膜外膜泡状突起的脂质体处。

胆管阻塞时, 肠内胆盐缺乏, 细菌过度生长并移位, 肠源性内毒素增多, 重症胆管炎时更高。

内毒素致凝血因子受干扰, 血小板计数减少, 血管内皮受损, 纤维蛋白原减少, 凝血障碍。临床上表现为毒血症、中毒性休克、DIC。

六、免疫及防御功能下降

胆管的炎症使肝血窦内 Kupffer 细胞减少, 吞噬力弱、过滤屏障受损; 胆道内高压亦削弱它们的吞噬能力; 内毒素亦损伤巨噬细胞的功能。新近的众多研究, 正在对 ACST 的免疫功能进行进一步的探索。

综合以上, 突出说明 ACST 的严重危害性, 感染是凶险的杀手, 而胆道梗阻则是本病的关键性因素。

【诊断和鉴别诊断】

临床上, 按 ACST 的病理类型, 可分为重症急性化脓性胆管炎型, 重症急性化脓性肝胆管炎型和复合型, 这对认识病情, 决定治疗方案及估计预后有重要意义。

重症急性化脓性胆管炎, 指胆管的低位阻塞, 引起肝内外胆管广泛的化脓性炎症, 表现有腹痛、寒战高烧、明显的黄疸。由于是全胆道的急性炎症, 病情可以十分严重, 如阻塞完全, 进展十分凶险, 甚至出现多种并发症。这种类型, 亦可见于继发性胆管结石的壶腹部嵌顿, 而且由于结石突然由胆囊降至胆管, 胆管突然高压, 整个临床表现及过程往往比原发性胆管结石的梗阻更严重, 也易并发急性胰腺炎。

重症急性化脓性肝胆管炎, 指左、右肝管开口阻塞的以半肝范围为主的胆管炎, 这同样也是嵌闭性炎症, 又可不出黄疸, 亦不表现典型的绞痛发作, 而以中毒性感染最为突出。

所以, 临床上不能以不出黄疸而延误了诊断。

复合型重症急性化脓性胆管炎, 指同时有肝内外大胆管的阻塞, 在分析判断中要考虑它的可能性。其临床诊断要点是:

(1) 详询病史 有无症状和体征, 以往病情的演变, 非手术治疗的反应, 以往手术的次

数、方式、后果及所带来的改变,以往曾有的病历、病理及影像学资料,尤其是各种直接显影的X线胆道造影资料。

(2) 本次发作的表现、体征与以往有何不同,以及与以往治疗(尤其手术)的关系等。

(3) 实验室检查包括血常规、肝功、血培养、凝血象等。

(4) B超、CT为非侵入性检查,条件许可时可以应用。主要能帮助了解肝脏大小、形态,肝内外胆管有无扩张,胆管内有无结石、蛔虫,有无并发肝内脓肿或脓肿有否穿破。

(5) 疾病发作时,禁忌进行逆行胆道造影(ERCP)和经皮肝穿刺胆道造影(PTC),以避免引起或加重胆道感染。

(6) 要严密观察病情,注意血压、脉搏的变化、体温的特点,观察尿量,注意水盐与酸碱平衡。随时对比、观察腹部体征的变化,及时分析并掌握可能出现或存在的各种严重并发症征象,力争把握诊疗中的主动权。

鉴别诊断中要详细了解病史和症状、体征,并依具每个病人的实际特点,作好与急性胆囊炎、消化性溃疡穿孔、急性坏疽性阑尾炎、消化性溃疡出血、食道静脉曲张破裂出血、重症急性胰腺炎以及右侧胸膜炎、右下大叶肺炎的鉴别。

【治疗】

临床防治研究的进展是:当前对ACST的治疗要求做到把积极、有效的非手术处理和及时、合理的手术治疗更好、更有机地结合起来。非手术治疗的目的是防止休克进一步加深或各重要器官功能发生不可逆改变,为手术解除梗阻,减压引流作好充分准备,以求更好地掌握ACST求治的主动权。

一、治疗原则

ACST既然不同于AOSC或AC,而且值得强调的是一旦确诊为“重症”,在认识和态度上即应有足够的警惕性,把减压和引流放在首先考虑的位置上。

治疗的目标在于减少并发症、降低死亡率,而且,既不追求对原发病的“根治性”处理,又不拘泥于降低“再”手术率。抗菌药物的应用不能替代外科技术对机械性胆道梗阻的有效处理。治疗的要求是有效地解除梗阻,减压引流。

积极有效的非手术治疗是争取缓解本次急性发作的措施,又是必要时进行手术治疗的良好周到的术前准备。它包括抗休克、补充血容量;维持水电与酸碱平衡,升压利尿保护重要脏器的功能;抗菌消炎,保护与支持免疫力;解痉止痛,保持体力;输血吸氧,补充能量等一系列综合治疗措施。若阻塞不完全,发病时间短,就诊时间早,局部病变轻,全身扰乱少,多数病人在非手术的积极治疗及严密观察下,有可能得到缓解,待恢复后,及早进行择期手术。

二、手术时机的决定

把手术治疗完成在发生休克和各种重要器官功能发生不可逆改变之前。比如:持续的弛张高热;持续腹痛及绞痛的频繁发作,黄疸的进行性加深;腹膜刺激征的程度未有缓解,范围没有缩小甚至反有扩大;失水、尿少难以纠正,酸中毒增重;精神疲惫等,都是决定手术治疗的重要信息,不可掉以轻心。

病人全身中毒症状的轻重和对非手术治疗早期(4~6h)的反应情况是决定治疗选择的主要依据。在这段时间内,应抓紧完成一系列必要检查、准备,同时抓住重要项目,落实综合的治疗措施,客观评估治疗的反应与效果。有时,病人虽处于持续的低血压状态,但尿量增加、脉率下降而有力、腹痛缓解、安静有神,说明中毒症状不重,治疗反应较好。反之,