

· 病例报告 ·

胆总管巨大结石致老年急性重症胆管炎二例

曹卫刚

胆总管结石致急性梗阻性化脓性胆管炎是临床常见急症疾病,尤其老年人抵抗力低,基础疾病多,手术风险高,预后差。及时手术解除梗阻,通畅引流,缓解病情,而术中发现胆总管巨大结石自行脱入肠道的临床病例少见,本院自2005年1月至2013年11月共收治2例该患者,回顾分析如下。

一、病例摘要

1. 病例1:患者,女性,72岁,因“右上腹胀痛不适15 d,加重6 d”入院。患者15 d前无明显诱因出现右上腹胀痛不适,伴畏寒、发热,体温最高38.3℃,无恶心、呕吐,无皮肤黏膜黄染及皮肤瘙痒,无便血及黑便,在当地诊所予以抗炎、补液等对症治疗,上述症状好转,6 d前患者再次出现上述症状,性质、部位同前,程度较前加重,伴畏寒、发热,体温最高40℃,在当地诊所抗炎、补液后上述症状无明显好转,为进一步诊治来本院就诊,门诊行腹部CT检查示胆总管结石伴胆系扩张,门诊以“胆总管结石,急性胆管炎”收入院。既往7年前因“胆囊结石”行胆囊切除术,余正常。查体:神志清,精神尚可,痛苦貌,全身皮肤、巩膜无黄染,右上腹可见长约12 cm的斜向陈旧性手术疤痕,右上腹及剑突下压痛,无反跳痛及肌紧张,余阴性;入院后血常规提示白细胞 $32.28 \times 10^9/L$ ($4 \sim 10$) $\times 10^9/L$,中性粒细胞比为94.1% (50%~70%),中性粒细胞绝对值为 $30.48 \times 10^9/L$ [(3~5) $\times 10^9/L$];肝功能指标结果显示,丙氨酸氨基转移酶(ALT)为216.3 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)为203.0 U/L,总胆红素(TBil)为24.1 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素(DBil)为8.5 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素(IBil)为15.6 $\mu\text{mol/L}$;腹部CT检查提示,胆总管末端可见结节状高密度影,大小约1.3 cm \times 1.2 cm,其以上胆总管及肝内外胆管明显扩张改变,胰管扩张。术前诊断为急性梗阻性化脓性胆管炎、胆总管结石。术中肝脏与大网膜黏连紧密,仔细游离、显露胆总管,胆总管扩张,直径约2.5 cm,切开胆总管探查未见结石影,胆道镜检查胆道系统未见明显结石,放置18[#]T管引流后,依次逐层关腹。术后恢复顺利,术后7 d行胆道造影检查提示胆道未见残留结石,治愈出院。

2. 病例2:患者,女性,68岁,因“上腹胀痛,

伴畏寒、发热6 h”入院。患者6 h前无明显诱因出现上腹胀痛,伴畏寒、发热,体温最高38.9℃,伴恶心,无呕吐,无放射痛,无皮肤黏膜黄染及皮肤瘙痒,无腹泻,无便血及黑便,无尿频、尿急、尿痛,为求诊治来本院就诊,急诊行腹部超声检查示胆总管结石伴胆总管扩张,急诊以“胆总管结石,急性胆管炎”收入院。既往高血压病史10年余,口服药物控制,效果可,余正常。查体:神志清,精神尚可,全身皮肤、巩膜无黄染,右上腹及剑突下压痛,无反跳痛及肌紧张,余阴性;血常规提示白细胞 $28.1 \times 10^9/L$ [(4~10) $\times 10^9/L$],中性粒细胞比为92.3% (50%~70%),中性粒细胞绝对值 $29.7 \times 10^9/L$ [(3~5) $\times 10^9/L$];肝功能指标ALT为116.3 U/L, TBil为32.1 $\mu\text{mol/L}$, DBil为18.5 $\mu\text{mol/L}$;腹部超声检查提示胆总管末端可见强回声,大小约1.2 cm \times 0.8 cm,胆总管扩张,约2 cm。术前诊断为急性梗阻性化脓性胆管炎、胆总管结石。术中胆囊胀大,呈炎性改变,解剖肝、十二指肠韧带,游离、显露胆总管,胆总管扩张约2.0 cm,切开胆总管探查未见结石影,胆道镜检查胆道系统未见明显结石,放置18[#]T管引流后,依次逐层关腹。术后恢复顺利,术后7 d行胆道造影检查提示胆道未见残留结石,治愈出院。

讨论 胆总管结石(common bile duct stone, CBDs)是肝胆外科和消化内科的常见病、多发病。同时也是急性梗阻性化脓性胆管炎(acute obstructive suppurative cholangitis, AOSC)的常见病因^[1],胆总管切开取石,T管引流是治疗急性梗阻性化脓性胆管炎的根本办法,手术目的解除梗阻,清除病因,通畅引流^[2-3],对于身体情况差的患者应简单、有效、快速、解除胆道梗阻即可,不必强求彻底解除病变。对于胆道结石>1 cm,伴有急性梗阻性化脓性胆管炎是内镜下乳头切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)取石的禁忌证,适合传统胆总管切口取石术。

结石排入肠道的可能有以下原因:①胆总管结石较大,长期不完全性阻塞胆管,导致胆总管慢性扩张,胆总管结石逐渐移至胆总管末端;②胆总管结石继发感染^[4],导致急性梗阻性化脓性胆管炎,胆道压力突发升高;③麻醉过程中,肌松药物的应用,导致Oddi括约肌松弛;④术中手术探查,挤压胆总管,增加胆道压力;⑤患者年龄较大,Oddi括约肌松弛;⑥结石较大,胆道取石过程中不慎将结石推入肠道。以上因素导致,较大的胆管结石排入肠道。回顾性分

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2015.01.028

作者单位: 264100 烟台市,滨州医学院烟台附属医院普通外科 (Email: cwg996@sina.com)

析, 本组1例患者因腹腔黏连较重, 探查胆道全程困难, 但胆总管压力不高, 与患者临床表现不符, 切口胆总管后未发现结石。1例患者腹痛明显, 呈持续加重, 伴畏寒发热, 体温39.5℃, 拟行急诊手术治疗, 患者接入手术室后腹痛较前明显缓解, 术中探查胆总管未见结石。因此, 对于患者胆总管扩张明显, 胆总管结石较大患者, 如术中探查见, 胆总管压力不高, 胆道未扪及结石者, 可行术中胆道造影或术中超声检查, 明确结石是否排出, 减少患者的手术创伤及经济负担^[5]。

对于, 胆总管结石引起急性梗阻性化脓性胆管炎患者, 胆总管切开取石, T管引流是经典手术方式, 但是我们应该注意根据术中情况及时调整手术方案, 减小患者的手术创伤, 即使结石体积较大, 理论上不可能排入肠道, 但临床工作中, 结石排入肠道的可能

性是存在的, 因此, 要求医师要活学活用, 多观察、多思考, 尽量减少患者不必要的创伤, 促进患者的康复。

参 考 文 献

- 1 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学第七版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:1818-1820.
- 2 侯森. 急性梗阻性化脓性胆管炎外科手术治疗探讨[J]. 中国实用医药, 2013, 8(21):136-137.
- 3 王坚, 张晞文, 王昊陆. 胆总管末端嵌顿性结石治疗策略[J]. 中国实用外科杂志, 2010, 30(5):334-336.
- 4 安宁, 王俭, 杨训, 等. 胆道结石合并胆道感染的病原谱及耐药性分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2012, 6(6):562-565.
- 5 杨永生, 张学文. 胆道探查致胆总管末端损伤诊治进展[J]. 中国实用外科杂志, 2013, 33(5):409-410.

(收稿日期: 2014-02-27)

(本文编辑: 孙荣华)

曹卫刚. 胆总管巨大结石致老年急性重症胆管炎二例[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2015, 9(1): 105-106.

中华医学会