

· 病例报告 ·

老年人急性重症胆囊炎 4 例内科诊治体会

侯丕华 张利萍 郑知刚

1 病例报告

例 1, 男, 95 岁, 2004 年 7 月 17 日因硬膜下血肿在中日友好医院行手术治疗后持续昏迷至今。既往有高血压病, 冠心病, 慢性胆囊炎、胆结石, 反复发作肺炎等 8 种疾病。同年 11 月 8 日突然呼吸急促, 血压下降至 85/55mmHg, 此后呕吐 2 次, 体温 37.0℃, 黄疸。WBC: $37.8 \times 10^9/L$ 中性粒细胞: 91.0%。肝功显著异常, B 超示胆囊 40mm × 32mm, 胆囊内充满强光团, 胆囊周围低回声。诊断: 急性胆道感染, 感染中毒性休克, 胆结石。立即给予抗感染(泰能 + 安灭菌, 灭滴灵), 加免疫力增强剂(日达仙)、保肝、对症及支持疗法(多巴胺), 好转。后于 2005 年 12 月再次发作, 复经上述治疗后好转, 现病情平稳。

例 2, 男, 89 岁, 于 2003 年 8 月 25 日由协和医院转入。入院诊断: 慢性喘息型支气管炎, 阻塞性肺气肿, II 型呼吸衰竭, 持续呼吸机辅助呼吸, 2 型糖尿病。自 2005 年 9 月频繁发作胆道感染, 每次发作均首见体温达 39.0℃ 左右, 寒战, 气促, 血压升高继后低至 90/60mmHg 以下, 伴肢凉、少尿, 黄疸。中性粒细胞: 90.0% 以上, 肝功异常, 腹部 B 超示胆囊增大 (98mm × 39mm), 胆囊内沉积物及炎性渗出; 胆总管及左、右肝管扩张; 肝内回声欠均。诊断: 急性重症胆道感染, 感染中毒性休克。用美平 + 甲硝唑; 舒普深 + 替硝唑等抗感染, 同时增强免疫、保肝、对症及支持疗法。反复发作 8 次均得到控制。

例 3, 男, 90 岁, 因“乏力 4 个月”于 2005 年 7 月 23 日入院。有慢支、阻塞性肺气肿, 肾功能不全, 前列腺癌, 高血压病, 冠心病等 13 种疾病。2005 年 9 月 5 日突然发热 39.0℃, 恶寒, 乏力, 肌肉酸痛, 右上腹轻度肌紧张; 皮肤、巩膜黄染。中性粒细胞: 90.2%, 肝功异常。B 超: 胆囊大 (96mm × 38mm), 胆囊壁厚 (3mm), 胆囊内强光点, 肝回声欠均。诊断: 急性胆道感染, 先后用凯复定 + 替硝唑 → 舒普深 → 罗氏芬等抗感染, 同时予丙种球蛋白、保肝、对症及支持治疗, 病情好转稳定。

例 4, 男, 95 岁, 因“发热 1d”, 诊断为上呼吸道感染于 2005 年 10 月 22 日入院。既往有肝癌肝动脉栓塞术后, 直肠癌根治术后, 丙型肝炎, 慢性胆囊炎、胆结石, 胆源性胰腺炎等 9 种疾病。11 月 4 日突然右上腹胀痛, 压痛、肌紧张, 莫非氏征(+), 体温正常, 黄疸。血中性粒细胞: 82.7%。肝功异

常, 血尿酸酶升高, B 超: 肝内胆管结石, 肝内外胆管扩张, 胆囊多发结石, 胰腺大, 胰管扩张。MRCP: 胆总管、肝内胆管及胆囊内多发结石。诊断: 急性胆道感染, 胆源性胰腺炎, 用凯复定 + 替硝唑抗感染, 同时保肝、利胆。炎症控制后行 ERCP 下十二指肠乳头切开取石术, 现病情好转稳定。

2 讨论

老年人急性胆囊炎、胆石症的发病率随年龄增长而增加, 加之高龄人合并症多、抵抗力低、感染难控制、病情复杂、易有并发症等, 因而其病死率较普通人群明显增高。本文中 4 例患者平均年龄为 92 岁, 合并症很多。

2.1 诊断问题 老年人反应迟钝、伴随疾病多, 故临床表现不典型, 常导致诊断困难。本文 4 例急性胆囊炎发病时均无明显诱因, 除例 4 外, 腹痛症状均不突出, 但均有体温、黄疸、肝功能、血常规、腹部 B 超等变化; 笔者通过对此 4 例患者 12 次发作的临床观察, 体会到: (1) 提高警惕: 常为腹痛、腹部压痛不明显, 在昏迷患者更无主诉可言, 故多不能从问诊中得到可靠依据, 但仔细查体常得到某些诊断线索, 如发热、黄疸、轻度右上腹肌紧张等。故对老年卧床病人发热, 不可仅考虑呼吸、皮肤、泌尿系等常见感染。对他们的肝功异常也不可仅考虑药物性肝损害、病毒性肝炎等, 要注意腹部查体及 B 超检查, 勿遗漏本病。(2) 病程进展快, 病情凶险: 在老年急性胆道病, 寒战、体温升高亦常非首发症状, 可首先表现为血压升高、心率增快、呼吸急促等; 血中性粒细胞分类升高多在其后 1~2d; 但常表现出肝功异常兼血胆红素升高。而感染严重时, 可首发血压下降, 血白细胞计数反降低, 对此需高度警惕, 腹部 B 超有助于诊断。

2.2 治疗问题 对于反复发作急性胆囊炎、胆石症者, 外科手术是最佳选择。但在高龄伴多脏器疾病者, 不能耐受手术, 因此内科治疗成为挽救病人生命的主要手段。本文 4 例患者年龄在 89~95 岁, 每人至少有 8 种以上疾病, 心、肺、肾等重要脏器均有功能障碍, 无一能耐受手术治疗。在本组高龄急性重症胆囊炎的内科治疗中, 笔者的体会如下: (1) 尽早积极抗感染治疗: 抗感染应遵循“重锤猛击”、“降阶梯”的治疗原则, 尽快控制病情, 避免并发症。胆道感染细菌以 G⁻ 菌如大肠杆菌、粪肠球菌等多见。近年, 厌氧菌感染上升, 故常为混合感染。因此用药以头孢菌素 + 氟喹诺酮类 + 硝基咪唑类为首选。即广谱、强效抗生素联合用药。重症患者可用碳青霉烯类。如本组病人曾用美罗培南或亚胺培南 + 甲硝唑, 舒普深或凯复定 + 替硝唑等, 用至体温正常、腹痛、肌紧张消失、血中性粒细胞分类正常后, 再降级使用抗生素 7~

收稿日期: 2005-12-12

作者单位: 100029 北京市, 中日友好医院高干医疗科

作者简介: 侯丕华, 女, 1962 年 1 月生, 医学本科, 主任医师。Tel: 010-

84205781

万方数据

10d。例4患者反复发作胆源性胰腺炎,全面评估后,在全麻下行 ERCP 十二指肠乳头切开取石术,效果良好。(2)加强营养及支持治疗:禁食,必要时予胃肠减压,静脉营养,减少脂肪摄入,纠正水、电解质及酸碱失衡;同时加强免疫支持疗法,如予以丙种球蛋白,胸腺肽等。(3)积极治疗并发症:在高龄重症感染者,休克、DIC 发生率高,甚至出现多脏器功能

衰竭,危及患者生命,故需严密观察生命体征及相关化验检查的变化,发现问题,尽快处理,可明显降低死亡率。(4)中医中药治疗:高龄本病患者因不能耐受手术根治,故常使疾病反复发作。给予中医辨证论治,运用消炎利胆、通腑排石等法则,根据病情,或以汤药、或用成药,均有助于缓解症状,并可延缓或防止急性胆囊炎的再次发作。

(上接第43页)

本研究结果显示,假手术组的呼吸、心率、体温及外周血 WBC、肝功、肾功、心肌酶学等指标与正常对照组比较,差别无显著意义,而与手术组比较,差异有显著意义,提示手术本身未对各脏器造成影响。研究结果还显示 SAH 组大鼠术后 30.6% 出现昏迷、紫绀、过度换气,52.8% 出现癫痫发作,术后醒转的大鼠精神萎靡、食欲下降、呼吸急促,针刺肢体的痛反应迟钝。周围器官组织的病理结果证实:SAH 组存在以炎症为主的非特异性改变,术后 12h 肺、小肠、肝、肾均见非特异性炎症反应,在 24~36h 达高峰,在 48h 稍有减轻,72h 时相点仍可见炎性损害。同样研究结果显示:SAH 组的肝功、肾功、心肌酶指标均高于正常对照组($P < 0.01$)。其中 12, 24, 36h 时 ALT、BUN、Cr、CK 的平均值均超过正常对照组 2 倍或 3 倍,达到器官功能障碍 I 期或 II 期。按照盛志勇等^[3]提出的动物 SIRS 和 MODS 的诊断标准,SAH 组 SIRS 的发生率为 100%,MODS 的发生率为 69.4%,仅未到时相点的动物死亡率就达 38.9%,符合 MODS 动物模型的设计要求。

本模型的特点是:符合临床常见诱发因素;SAH 的严重程度易于达到 MODS 的诊断标准,各器官功能的各项指标变化能动态反映 MODS 的发病过程;采用一次打击能客观反映 SAH 与 MODS 的密切关系,有利于对 SAH 致 MODS 发病机制的研究;手术操作简单,整个操作过程仅需约 30min;手术创伤小,避免了手术创伤对各脏器所造成的影响,重复性

好,实用性强。SAH 后 MODS 临床常见,但发病机制不清。大鼠 Willis 环注血法成功建立 SAH 致 MODS 动物模型,为今后深入研究 ACVD 致 MODS 的发生机制奠定了基础。

参考文献

- 1 王拥军,卢德宏,崔丽英,等.现代神经病学进展(2).北京:科学技术文献出版社,2001.182-198.
- 2 赵性泉,龙洁.急性脑血管病与多脏器衰竭.中风与神经疾病杂志,2000,17:227-229.
- 3 盛志勇,胡森.多器官功能障碍综合征.北京:科学出版社,2000.29-55.
- 4 Goris RJA,Boekholtz WKF, Van Bebber IT, et al. Multiple organ failure and sepsis without bacteria. Arch Surg,1986,121:897-901.
- 5 Steinberg S, Flyun W, Kelley K, et al. Development of a bacteria independent model of the multiple organ failure syndrome. Arch Surg,1989,124:1390-1396.
- 6 胡森,盛志勇,周宝桐.MODS 动物模型研究进展.中国危重病急救医学,1999,11:504-507.
- 7 胡森,盛志勇,周宝桐,等.双相迟发型多器官功能障碍综合征(MODS)动物模型的研究.中华创伤杂志,1996,12:3-4.
- 8 郭洪志,屈传强.大鼠急性前脑缺血致多器官功能障碍综合征模型的建立.脑与神经疾病杂志,2004,12:11-13.
- 9 郭洪志,王蕾,孙海荣,等.大鼠前脑出血致多器官功能障碍综合征模型的建立.脑与神经疾病杂志,2004,12:338-341.