

1.女性，38岁，农民。因突发寒战、高热、上腹剧烈疼痛伴恶心、呕吐、黄疸1天，急诊以“胆管结石、急性胆管炎”收入院治疗中。经积极补液、抗感染治疗12小时后，病情未见好转。家属紧张，担心治疗效果不好及无力支付医疗费用。

查体：病人表情淡漠、面色潮红、四肢冰凉；T40.1℃、P136次/分、R36次/分、BP75/54mmHg。尿量少。

血常规检查：白细胞计数 $26\times 10^9/L$ 、中性核左移。血生化检查：总胆红素升高。

B超检查：胆总管结石、胆总管扩张。请分析：

- (1) 病人在胆道感染基础上出现了什么并发症？
- (2) 目前病人存在的主要护理诊断/问题有哪些？
- (3) 应采取哪些护理措施？
- (4) 应采取什么措施提高抗生素的应用效果？

答

(1) 感染性休克。

(2) 主要护理诊断/问题：①体液不足，与容量血管扩张、高热消耗、恶心呕吐有关；②气体交换受损，与肺微循环障碍、通气血流比例失调有关；③高热，与胆道细菌感染有关；④疼痛，与胆道平滑肌痉挛、炎症刺激有关；⑤焦虑，与担心病人预后和医疗费用有关；⑥潜在并发症：DIC、肾衰竭、呼吸衰竭等。

(3) 护理措施：

- 1) 按医嘱快速、大量补充血容量，改善组织灌注。
- 2) 保持呼吸道通畅，予以高流量吸氧(6-8L/min)。
- 3) 密切观察意识、生命体征、CVP、面色和皮肤色泽、尿量、尿比重变化及辅助检查结果等，发现病情加重及DIC、肾衰竭、呼吸衰竭等并发症征象应及时报告医师，并积极配合处理。
- 4) 按医嘱应用血管活性药物、抗生素、解痉镇痛和退热药，随时监测生命体征、血压和CVP等变化，并按监测结果调整药物浓度和滴速。
- 5) 按医嘱在病人寒战、高热发作时，协助采集血标本作细菌培养和药物敏感试验。
- 6) 作好发热病人的皮肤护理和保持其衣被等清洁、干燥。
- 7) 积极做好术前准备，争取尽快手术解除胆道梗阻。
- 8) 心理护理：针对家属担心和顾虑的问题进行解释和安慰，以缓解其焦虑情绪。

2.男性，55岁，上腹部持续性疼痛伴呕吐两天。

患者两天前晚饭后突然出现上腹部疼痛，为持续性疼痛，难以忍受。疼痛向右肩部放射，伴恶心呕吐两次，呕吐物为胃内容物及黄色苦味液体，曾用阿托品治疗，腹痛无缓解。

查体：体温：37.3℃，脉搏：90次/分，血压120/85mmHg，痛苦面容，巩膜无黄染，心肺听诊无异常。腹部平坦，右上腹压痛、反跳痛、肌紧张。肠鸣音正常。

辅助检查：血RBC $4.77\times 10^{12}/L$ ，Hb114g/L，WBC $12.7\times 10^9/L$ 。

腹部B超见图3-6。

请做出临床诊断？需要与哪些疾病鉴别？主要治疗措施有哪些？

答：

1. 初步诊断及诊断依据 本病例初步诊断是急性胆囊炎胆囊结石。

诊断依据：

- (1)上腹部持续性疼痛，进食后发病；
- (2)右上腹腹膜炎，有腹膜刺激体征；
- (3)血白细胞计数升高；
- (4)超声显示胆囊内有强回声光团，并有声影，胆囊壁增厚。

2. 鉴别诊断

- (1)急性胃十二指肠溃疡穿孔可有急性上腹痛及腹膜炎的表现，应予鉴别。
- (2)急性胰腺炎有类似进食后急性腹痛的症状，亦可同时发病，需鉴别。
- (3)与其他急腹症如急性阑尾炎、肠梗阻相鉴别，因均可有急性腹痛伴恶心、呕吐的

症状。

- (4)除外内科疾病如心绞痛等，可有反射性上腹痛，易混淆。

3. 进一步检查

- (1)血尿淀粉酶了解病情及胰腺情况；
- (2)腹部立位平片除外消化道穿孔；
- (3)胰腺超声及CT 胰腺炎时可有水肿、坏死的影像学表现。
- (4)心电图鉴别心脏疾病，除外心绞痛等引起的反射性上腹痛。

4. 治疗原则

- (1)禁食，输液、应用抗生素抗炎治疗；
- (2)急诊手术治疗，行胆囊切除术；
- (3)若病情稳定，暂时不手术，条件具备后可择期手术。

3.女性，50岁，阵发性右上腹痛1天。

患者1天前进油腻食物后，出现右上腹部疼痛，阵发加剧，疼痛向右肩背部放射。继而出现发热，伴恶心、呕吐胃内容物。无呕血、黑便。发病以来，大、小便正常。既往体健，否认心、肝、肾病史，无药物过敏史。

查体：T 38.8℃，P 110次/分，R 24次/分，BP 110/60mmHg，急性面容，结膜无苍白，巩膜无黄染。心肺未见异常，腹稍胀，未见胃肠型和蠕动波。右上腹部压痛、轻度反跳痛和肌紧张，Murphy征(+)。腹部叩诊鼓音，无移动性浊音，肠鸣音正常。

辅助检查：Hb 130g/L，WBC 13×10⁹/L。B超显示：胆囊增大，壁增厚，腔内可见

多个强回声光团伴声影。肝、胰、脾、肾未见异常。

请做出临床诊断？需要与哪些疾病鉴别？主要治疗措施有哪些？

答：

1. 初步诊断及诊断依据根据病例材料分析后，初步诊断为局限性腹膜炎，急性胆囊炎，胆囊结石。

诊断依据：

- (1)典型的脂餐后急性发作病史；
- (2)右上腹部疼痛，阵发加剧，疼痛向右肩部放射的症状；
- (3)右上腹部压痛、轻度反跳痛和肌紧张，Murphy 征(+)的体征；
- (4)B 超所见：胆囊增大，壁增厚，腔内可见多个强回声光团伴声影。

2. 鉴别诊断

(1)胆管结石、胆管炎，因胆囊结石有继发胆总管结石的可能，除腹痛外还可引起黄疸、发热。

(2)急性胰腺炎，有胰、胆管共同开口的可能，若有胆管结石，可合并胰腺炎。

(3)胃、十二指肠炎症或消化性溃疡，可有类似症状，应进行鉴别。

3. 进一步检查

- (1)重复肝胆胰部位 B 超，主要了解胆总管情况，原 B 超报告中未提及；
- (2)必要时腹部 CT，对肝胆胰可观察地更清楚；
- (3)血淀粉酶检查，可协助除外胰腺炎。

4. 治疗原则

(1)非手术治疗：禁食、胃肠减压、抗炎、对症解痉止痛等措施，缓解后行择期手术治疗。

(2)手术治疗：如非手术治疗不能缓解时，则急诊开腹探查，行胆囊切除术。

胆总管结石

4.女性，58 岁，反复发作性右上腹绞痛 3 年，寒战、高热伴皮肤黄染 1 天。

6 年前因“胆囊结石、胆囊炎”行胆囊造瘘术，3 月后切除胆囊，术后胆绞痛症状消失。3 年前开始出现右上腹绞痛，多于进食油腻后引起，无发热及黄疸。近 2 年腹痛发作频繁，偶有寒战、发热，无黄疸。半年前右上腹绞痛，伴轻度皮肤黄染，尿色深，经输液治疗后缓解。1 天前突感右上腹绞痛，伴寒战、高热，体温 39℃，且皮肤巩膜黄染，急诊入院。既往无心脏、肾疾患，无肝炎或结核史。

查体：T 39℃，P 98 次/分，BP 140/80mmHg。神清合作，皮肤巩膜黄染，心肺未见异常。腹平坦，可见右肋缘下及上腹旁正中切 E1 瘢痕，未见肠型及蠕动波，右上腹压痛，无肌紧张或反跳痛，未及肿物或肝脾，肠鸣音可闻。

辅助检查：Hb 150g/L，WBC $29.7 \times 10^9/L$ ，总胆红素 $30 \mu\text{mol/L}$ ，直接胆红素 $24.90 \mu\text{mol/L}$ ，余肝功、电解质均在正常范围。

请做出临床诊断？需要与哪些疾病鉴别？主要治疗措施有哪些？

答：

1. 初步诊断及诊断依据本例病人考虑患有由胆总管结石阻塞引起的胆管炎，故初步诊断为急性梗阻性化脓性胆管炎，胆总管结石(肝外胆管结石)。

诊断依据：

- (1)反复发作右上腹绞痛，近期出现 Charcot 三联征
- (2)DBIL(直接胆红素)及 WBC 升高
- (3)有胆囊结石二次手术史

2. 鉴别诊断

(1)医源性胆道损伤：因有胆道手术史，手术并发症导致的狭窄、梗阻，也可引起黄疸和胆管炎，需鉴别。

(2)胆道下段肿瘤：如胆管癌、十二指肠乳头癌及胰头癌等，均可导致胆道梗阻，需鉴别。

3. 进一步检查

(1)腹部 B 超、CT 或 MRCP(磁共振胰胆管造影)，用以观察肝内外胆管是否扩张，胆总管内有无结石。

(2)血、尿常规和凝血功能检查，用以做好术前准备，因黄疸会影响凝血功能。

(3)为了防止感染扩散、加重病情，发作期避免应用 ERCP(内镜逆行胰胆管造影)或 PTC(经皮肝穿刺胆管造影)。

4. 治疗原则

(1)采取抗感染措施，积极做好术前准备工作。

(2)急诊开腹探查，胆总管切开、探查、引流，这是最有效的治疗方法。

本病例术前 B 超显示：肝大小、形态正常，肝内胆管可见扩张，内径 0.7cm，胆总管内径 2.1cm，壁增厚，于其下端探及一 1.6cm×1.2cm 结石。手术证实了术前诊断，取出结石、T 形管引流后顺利康复。