急性重症胆管炎急诊手术时机选择的探讨*

孙文兵 韩本立 张全周 董家鸿 钱光相 蔡景修（第三军医大学西南医院 肝胆外科）630038

提 要 对142例急性重症胆管炎（ACST）的临床回顾性和前瞻性研究结果表明，ACST的临床治疗原则应是急诊手术和保守治疗相结合，对于病程短，并发症少的ACST病人，在作好术前准备的前提下，积极的保守治疗具有可行性，ACST生存数学模型有助于ACST急诊手术时机的选择，模型回归值0.40可作为ACST急诊手术预测分界点参考值，它的应用较传统方法可能具有优越性。

关键词 胆管炎/外科手术；急性病；预测

急性重症胆管炎（ACST）是常见的胆道疾患，发疾急骤，临床过程复杂多样。目前，ACST的治疗仍以急诊手术为主，但是，如果扩大急诊手术适应症的范围则会给一些患者增加不必要的手术痛苦和危险性，并给再次手术带来困难；如果延误急诊手术时机又常常导致各系统器官不可逆损害甚至衰竭[1]。因此，正确选择ACST急诊手术的时机是目前临床医师面临的重要课题。本文通过分析我科自1975年1月至1988年12月收治的121例ACST之临床资料和对1989年1月至1990年12月收治的21例进行前瞻性研究，探讨对ACST病人选择急诊手术治疗的最佳时机。

1 临床资料和方法

1.1 病例纳入标准及数据来源

该组患者均按全国胆道疾病专题讨论会制定的ACST诊断标准纳入[2]，各参数值均采用患者在接采治疗以前的最高值。

1.2 一般情况

121例中，男性46例，女性75例，男女比为1：1.6，年龄19～82岁；进行前瞻性研究的21例中，男性9例，女性12例，年龄23～67岁。

1.3 处理方式

根据处理方式的不同将本组病例分为以下3组，Ⅰ：急诊手术组；Ⅱ：保守治疗组；Ⅲ：保守治疗失败后再急诊手术组。各组情况见表1。

* 国家自然科学基金资助项目

表1 各处理方式及其结果

病例分组	病例数	存活	死亡	病死率(%)*
Ⅰ组	23	19	4	17.4
Ⅱ组	54	43	11	20.4
Ⅲ组	44	32	12	27.3
总计	121	94	27	22.3

* 各组相差无显著统计学意义（$P<0.05$）

1.4 数学模型预测

我们用多元逐步回归分析建立了ACST生存数学模型[3]，Y＝0.485＋0.003年龄（岁）＋0.040平均压（kPa）＋0.230弥漫性腹膜炎（有1，无0）－0.247血清白球蛋白比值（实测值）＋0.221血培养（阳1，阴0）＋0.211系统器官衰竭数，该模型与病人预后有很好的相关性（$r=0.7571$，$P<0.001$），将0.50作为死亡预测分界点，敏感度和特异度均较高，总符合率为90.9%。为了阐明该模型对手术时机选择的指导作用，我们分析了Ⅰ、Ⅱ两组中98例保守治疗患者的回归计算值Y，发现当Y＜0.40时，保守治疗多能成功，病人存活，当Y≥0.40时，保守治疗多不成功。病人死亡，将0.40作为急诊手术预测分界点进行可靠性分析，结果见表2。

1.5 前瞻性研究

我们用近两年收治的21例ACST对急诊手术预测点作前瞻性验证，病人入院后即根据生存模型计算出Y值，用0.40作为急诊手术预测分界点进行治疗决策，结果保守治疗13例，12例成功（92.3%），

© 1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表2 手术预测分界点的可靠性分析

实际保守结果	预测保守结果		总计
	存活	死亡	
存活	73	2	75
死亡	4	19	23
总计	77	21	98

敏感度=73/75=97.3%，特异度=19/23=82.6%，阳性预测值=73/77=94.8%，阴性预测值=19/21=90.5%，总符合率=(73+19)/98=93.8%

手术治疗8例，3例成功，病死的5例中，4例的Y值大于0.50，Y值为0.40～0.50的4例患者，急诊手术后3例存活。现将以上结果整理于表3。

表3 手术预测分界点的前瞻性分析

实际结果	预测结果		总计
	存活	死亡	
存活	15*	0	15
死亡	2+	4△	6
总计	17	4	21

* 保守治疗成功12例和手术成功3例之和

\+ 保守治疗不成功1例和手术不成功1例之和

△ Y值大于0.50且手术失败的4例

敏感度=15/15=100.0%，特异度=4/6=66.7%，阳性预测值=15/17=88.2%，阴性预测值=4/4=100.0%，总符合率=(15+4)/21=90.5%

2 讨 论

2.1 对保守治疗ACST的重新评价

虽然1983年全国胆道外科讨论会指出[2]，ACST发病急、病情重，多需紧急胆道引流，方能控制临床症状，但随着临床经验的不断积累以及广谱抗生素的不断问世和应用，使得保守治疗对于一部分ACST病人具有可行性。本组资料中，急诊手术23例(19.0%)，成功19例，成功率为82.6%；保守治疗98例(81.0%)，成功75例，成功率为76.5%，两者相差无显著统计学意义($P>0.05$)，这说明，对于多数ACST病人，尤其是病程短、并发症少的病人，在积极进行术前准备的前提下，保守治疗是可行的，而且多能获得成功，但对于在保守治疗中病情无好转或病情较重的病人，必须立即急诊手术。

2.2 急诊手术时机的选择

对于许多危重病人，急诊胆道引流是阻止病情发展和救治ACST的唯一途径，因此，既要重视保守治疗又不能忽视急诊手术的重要性，这一对矛盾的统一点就是如何正确选择急诊手术时机。正确选择手术时机是成功治疗ACST的关键，但目前尚无较满意的标准来指导手术时机的选择，我国1983年规定的标准[2]虽有利于确定手术时机，但我们认为有如下不足之处，其一，胆汁为脓性伴有胆管内压力明显增高和血培养阳性两项指标往往只对最后诊断有意义，对手术时机的选择帮助不大；其二，脉搏，体温和WBC三项指标，主要提示机体对炎症的反应程度，对胆道感染的病理发展阶段提示较差；最后，该标准对各指标的动态变化所产生的影响提示较差，利用该标准确定ACST急诊手术时机，可能会使得对某些病人的处理过于积极，而对某些病人的处理则过于保守。

我们尚未见到运用数学模型来指导ACST急诊手术时机选择的报道，本生存模型中的6项预后指标对胆道感染的病理发展阶段，病情主要矛盾及机体主要脏器储备力均能较好地动态提示，组内验证和前瞻性研究均表明，将Y=0.40作为急诊手术预测分界点，特异度和敏感度均较高，总符合率分别为93.9%和90.5%，这表明，该生存模型有助于快速准确地进行临床治疗决策，它的应用可能会在传统方法的基础上，进一步提高ACST的救治成功率。

参 考 文 献

1. 孙文兵 韩本立。重症胆管炎121例的临

© 1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

床分析。临床肝胆病杂志 1991；7（2）：92
2. 肝胆管结石专题讨论会纪要附件。中华外科杂志 1983；21（3）：373
3. 孙文兵 韩本立 王敖川，等。121例重症胆管炎危险因素的多因素回归分析。第三军医大学学报 1991；13（3）：284

（收稿：1991-07-23；修回：1992-01-17）

A study to probe the selection of optimal time of emergency operation for acute cholangitis of severe type

Sun Wenbing, Han Benli, Zhang Quanzhou, et al (Department of Hepatobiliary Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical College, Chongqing, 630038)

Abstract A retrospective clinical study of 121 cases and a prospective one of 21 cases of acute cholangitis of severe type(ACST)were carried out in order to probe the optimal time of emergency operation for those patients with ACST. The results indicated that the principle of clinical management for ACST is a comdination of emergency operation and energetic active conservation therapy. Conservative treatment is practically qualified for the majority of ACST, especially, those cases with short history and a few complication. The survival prediction mathematical model reported previously is helpful to select the optimal time for an emergency operation. The regression value 0.40 of the model can be a reference of the predictive critical point for an operation. The mathematical model possesses more advantage than the traditional method.

key words cholangitis/SU; acute disease; forecasting

胃、结肠全撕脱伴脾胰食道损伤抢救成功一例

杨彤翰 李国胜△ 周洪伟（第三军医大学新桥医院 普外科）630037

我院于1990年1月11日成功的抢救一例腹内严重多脏器损伤病人，报告如下。

谭某，女，26岁。自伤，血压5.33/2.67kPa。上腹部开放伤口长约11cm，术中见胃及结肠全部撕脱缺损，结肠区有斑点状粘膜残存；食道下端右侧缺损2 cm×1.5cm；十二指肠横断伴降部浆肌层裂伤；胰腺头体部包膜剥脱，胰体部撕伤；脾下极破裂（长4 cm，深2 cm）；网膜全部撕脱；直肠残端裸露于盆腔内；腹膜后巨大血肿，腹腔积血2500ml，并混有大量食物残渣及粪便。台下积极抗休克，台上迅速结扎活动性出血，然后行脾破裂修补，胰腺裂伤修补。食道一空肠吻合，回肠一直肠吻合，空肠上段及回肠末段各插管造瘘，十二指肠修补并关闭，切除结肠区残存粘膜。彻底冲洗腹腔，膈下、胰周及盆腔分别放置引流。术后常规输液并加庆大霉素、氯霉素，大便由每日11次逐渐减少至每日2次，痊愈出院。

讨 论

临床工作中，严重多发伤并不罕见，但全胃、全结肠撕脱，伴脾、胰、食道及十二指肠同时损伤抢救成功，则未见类似报道。如此诸多脏器损伤，腹腔严重污染的情况下，急诊行一期2处吻合，3脏器修补，术后发生吻合口瘘及腹腔感染的机会极大，但该患者并未发生上述并发症，与术中认真的吻合、正确地腹腔冲洗及有效地引流是分不开的。此外，术后早期由空肠造瘘管内注入饮食，并行回肠造瘘管负压吸引减压，为全身营养的支持及各吻合口的一期愈合提供了条件。

（收稿：1991-03-20；修回：1992-01-21）

△进修生

© 1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net