

胆管良性狭窄 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E8\\_83\\_86\\_E7\\_AE\\_A1\\_E8\\_89\\_AF\\_E6\\_c22\\_305726.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E8_83_86_E7_AE_A1_E8_89_AF_E6_c22_305726.htm) 名称胆管良性狭窄所属科室普通外科诊断1.病史与症状有胆道、上腹手术（外伤）史，或反复发作胆管炎史。术（伤）后24小时内出现梗阻性黄疸，或引流口溢出大量胆汁，或术（伤）后早期无症状，数周至数年后有间断性上腹钝痛、发冷发热、黄疸、大便灰白等。急性发作时可有夏科三联征。慢性者则有长时间黄疸，不规则热型，发热后黄疸加深，胆汁性肝硬化。或有胆管炎而无黄疸。严重者病情发展快，迅速恶化，出现ACST、败血症等。2.体征 发作期上腹压痛。黄疸。肝肿大、压痛。可有门脉高压症的征象等。3.辅助检查 白细胞、中性粒细胞数升高；化验呈梗阻性黄疸表现；肝功受损重，白、球蛋白比例倒置；血培养可呈阳性。逆行胆道造影、PTC、ERCP，可显示狭窄部位、形态及范围。胆管未显影，不能除外胆管狭窄。有时静脉胆道造影，也可显示病变胆管。B型超声可示狭窄近端胆管扩张、或（和）结石的声像图。治疗所有患者均应手术治疗，对少数全身情况差者宜先积极非手术治疗（见胆管结石与胆管炎），以作好术前预备。1.对早期新鲜胆管伤，狭窄段不长，可对端吻合，支撑引流1年以上，但远期效果多不满足。不能对端吻合者，条件答应，可行各种类型的胆肠吻合，但以胆管空肠Roux-Y吻合多用。2.对损伤性狭窄的晚期患者或胆道炎症所致的原发性胆管狭窄者，也行胆肠吻合术，解除胆道梗阻（见胆管结石与胆管炎）。3.对肝门处狭窄，尤其是双侧肝管开口狭窄，应解剖肝门，显露狭窄处以上2cm肝管，或作肝方叶部

分切除显露。切开时应跨过狭窄上下端，必要时予以整形，扩大胆管腔，甚至需要切开胆（肝）总管、左或（和）右肝管，与Y型空肠侧-侧或端-侧吻合，要求尽可能取净近端胆管内结石，提高手术效果。4.肝外胆管狭窄者，可用带血管蒂游离空肠或胃片予以修复。5.对原发性胆管狭窄、肝脏病变局限、严重者，可行肝部分切除，常为肝左外叶切除。6.如多处病变、伴有结石、肝实质损害严重，单纯胆肠吻合不能达到目的时，则需采用上述联合手术。7.极少数确定性修复不可能时，狭窄段可用U形管长时间支撑固定，或采用各式气囊导管扩张狭窄段胆管。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)