

考研复习指导之考研西医外科学辅导045考研 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/548/2021_2022__E8_80_83_E7_A0_94_E5_A4_8D_E4_c73_548353.htm

胆道疾病 一、胆道系统应用解剖及生理功能Hartmann袋指胆囊颈部的袋状皱襞，胆囊结石常滞留于此处 白胆汁 指胆囊颈管完全堵塞时，胆汁中的胆色素被胆囊粘膜吸收后，胆囊壁分泌的粘液呈白色 胆囊三角 也称Calot三角。是由胆囊管、肝总管、肝脏下缘构成的三角形区域在此区域内，胆囊动脉起源于肝右动脉，此外还有副右肝管在此区域穿过 胆总管 长7~9cm，直径0.6

~0.8cm。直径gt.2~3cm； 合并瓷化胆囊； 合并糖尿病在糖尿病已控制时； 有心肺功能障碍者。胆总管探查指征 同学们早已烂熟于心，故从略。 T管拔除指征 术后2周；

体温正常； 无腹痛； 无黄疸； T管造影显示肝内外胆管无阻塞。(4)腹腔镜胆囊切除术(LC) 胆囊的应用解剖在行LC时，准确认清胆囊区域，特别是胆囊三角区的局部解剖关系，确认和分离胆囊管和胆囊动脉，对保证手术安全、成功和预防并发症的发生具有重要意义。 LC的适应证无手术禁忌的胆囊良性疾病，如胆囊结石、胆囊息肉、慢性胆囊炎。

LC的禁忌证疑有胆囊癌、胆囊腔内严重感染、Mirizzi综合征、合并胆肠瘘、腹腔广泛粘连者。注意：随着手术经验的不断积累，有些原来相对的手术禁忌证也逐渐扩展为手术适应证，如胆囊结石合并胆总管结石、急性胆囊炎、有上腹部手术史估计粘连不严重者，均是6版外科学腹腔镜胆囊切除术酶适应证。 LC中转开腹手术的指征难以控制的动脉出血；大量静脉出血难以止血；发现或疑有胆管损伤；calot三角或胆

囊周围有坚固的瘢痕性粘连，难以分离；不能辨认正常的解剖关系，或发现有解剖异常者。

4. 肝外胆管结石

指发生于左右肝管汇合部以下的胆管结石。肝外胆管结石—胆管梗阻—合并感染、黄疸—肝功能受损、寒战高热。典型的临床表现为Charcot三联症=腹痛 寒战高热 黄疸。

5. 肝内胆管结石

可弥漫存在于肝内胆道系统，也可局限于某一叶，左叶多于右叶，右叶以右后叶多见。

6. 胆囊结石、胆总管结石、肝内胆管结石的比较。

胆囊结石	胆总管结石	肝内胆管结石
病史 消化不良，右上腹不适多在深夜急性发作 反复发作史 无典型表现 多有长期胆道病史 腹痛 右上腹绞痛 上腹或右上腹绞痛 肝区不适或闷痛 黄疸 一般无 波动性、中度黄疸 黄疸不明显 发热 低热 寒战高热 寒战高热 体征 胆囊区触痛及肌紧张 可能触及肿大的胆囊 剑突右下方触痛、肌紧张不明显，腹直肌右侧较紧 肝不对称性肿大，触痛 可误为肝炎或肝脓肿 粪便 正常 间歇性陶土便 正常，服利胆药后，可有来自肝内胆管的柱状结石 十二指肠引流液 胆汁含脓细胞、胆固醇结晶 含脓细胞及胆色素钙结晶 胆汁含脓细胞或胆色素钙结晶 血AST急性期增高，3~4天后下降 黄疸时增加、过后迅速降低 发作时可升高 X线 间歇期口服胆囊造影可阳性 间歇期静脉法胆道造影示胆总管、肝总管或左右肝管结石、扩张 肝穿刺造影或术后T管造影显示肝内胆管部分不显影，某肝管扩张，内有结石，肝内胆管独支局限性扩展为纺锤状		

四、急性胆囊炎

1. 病因

- (1)胆囊管梗阻结石(95%)、狭窄、蛔虫等。
- (2)细菌感染多数为逆行感染、少数为血行或淋巴途径感染。致病菌以大肠杆菌最常见。
- (3)十二指肠乳头逆流30%胆囊结石病人胆汁幽门螺杆菌阳性。
- (4)外伤
- (5)化学刺激

2. 临床表现及治疗

右

上腹绞痛、消化道症状、全身症状、Murphy征阳性。并发穿孔可导致急性弥漫性腹膜炎(最严重并发症)。B超为首选诊断方法。治疗首选胆囊切除，非手术治疗仅适用于严重心血管疾病不能耐受手术者、不愿手术者。

五、慢性胆囊炎

1. 病因及病理 慢性胆囊炎是急性胆囊炎反复发作的结果，约70%~95%的病人合并胆囊结石。由于炎症、结石等反复刺激，胆囊壁炎性细胞浸润、纤维增生、壁增厚，瘢痕形成，萎缩。

2. 临床表现及治疗 临床表现不典型，多数有胆绞痛病史。少有畏寒、高热和黄疸。Murphy征可阳性。对伴胆囊结石者均应行胆囊切除。注意：急性胆囊炎Murphy征阳性；慢性胆囊炎Murphy征阴性，只有在急性发作时才会阳性(P580)。

急性胆囊炎无黄疸(尽管临床上15%的急性胆囊炎病人可并发黄疸，但多年来答案都是无黄疸)。

六、急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)

1. 病因 导致胆管梗阻的原因为结石(最常见，占88%)、胆道蛔虫、胆管肿瘤、胆道狭窄、原发性硬化性胆管炎等。经T管造影、PTC术后也可引起。

2. 病理生理 基本病理改变为胆管完全梗阻、胆管内高压及胆管内化脓性感染。梗阻的部位可在肝内和/或肝外胆管。

3. 常见致病菌 包括革兰阴性菌(大肠杆菌、克雷白杆菌等)、革兰阳性菌(粪链球菌、肠球菌)和厌氧菌。其中单一菌感染占40%，两种混合感染占40%，两种以上混合感染占20%。

4. 临床表现 (1)病史以往有胆道疾病、胆道手术史，起病急骤。(2)Charcot三联症腹痛、寒战高热、黄疸。(3)Reynolds五联症Charcot三联症休克 神经精神症状。

5. 治疗原则 由于AOSC的基本病理改变是胆管梗阻、胆管内高压，因此其治疗原则应是手术解除胆道梗阻：胆总管切开减压、T管引流。

七、胆道蛔虫症

1.

病因和病理 寄生环境发生变化时，寄生于中下段小肠内的蛔虫 十二指肠 Oddi括约肌 胆总管 Oddi括约肌痉挛诱发胆绞痛、胰腺炎。 2．临床表现和诊断 剑突下阵发性钻顶样疼痛，缓解期宛如常人，剧烈腹痛和轻微腹部体征不对称是本病的特点 B超检查为首选检查方法，显示胆管内有平行强光带，偶见蛔虫在胆管内蠕动，有确诊价值。 3．治疗 以非手术治疗为主，仅在非手术治疗无效或出现严重并发症时才考虑手术。

八、胆道疾病及胆道手术常见并发症

1．胆囊穿孔

胆囊穿孔是急性胆囊炎的严重并发症，多发生在发病3天以内。穿孔部位以胆囊底部常见，胆囊颈部次之。胆囊穿孔后可引起弥漫性胆汁性腹膜炎，应急诊手术处理。

2．胆道出血

详见本讲义《外科学》第29章上消化道出血。

3．胆管损伤

胆管损伤是胆道手术的严重并发症，90%以上发生于胆囊切除术。损伤部位以胆囊管、肝总管、胆总管的汇合部常见。胆囊切除后短期内出现黄疸、腹膜炎、难以愈合的胆汁漏、延期出现的反复发作的胆管炎者，均要怀疑胆管损伤的可能。B超是首选检查方法。

九、胆道肿瘤

1．胆囊息肉

胆囊息肉多为良性，病理上可分为肿瘤性息肉(腺瘤及腺癌)及非肿瘤性息肉(胆固醇息肉、炎性息肉、腺肌增生等)。由于术前难以确定病理性质，故笼统称为“胆囊息肉样病变”或“胆囊隆起性病变”。

(1)良恶性的鉴别 恶变可能性大(5版外科学)：
直径gt.1cm； 年龄gt.1cm的单个病变；年龄超过50岁；连续B超检查发现增大；腺瘤样息肉或基底宽大；合并胆囊结石、胆囊增厚者。

2．胆囊腺瘤

是胆囊常见的良性肿瘤，多见于中、老年女性。可单发或多发，乳头状腺瘤多见。癌变率1.5%(5版外科学为6%~36%)，为癌前病变。一旦确诊，

应手术切除。3. 胆囊癌好发部位 胆囊体部和底部 病理类型 腺癌最多见(82%)、未分化癌(7%)、鳞癌(3%)、混合性癌(1%) 转移途径 淋巴转移，转移至肝门淋巴结少见。直接侵犯及淋巴转移是肝转移的主要原因 病因 未明。70%并存胆囊结石、瓷化胆囊、胆囊腺瘤癌变、胆胰管结合部异常、溃疡性结肠炎等治疗 手术：胆囊切除Nevin 期；根治术 、 、 期；姑息手术晚期减黄 试题中，经常出现类似多选题：什么男性好发、什么预后怎样、什么好发于什么年龄段?一般来说，这类选项多是干扰意义非常强的非答案项，并非答案所在。

预后较差者 预后较好者 胆系疾病：女多于男 胰腺疾病：男多于女 肝癌(生存1~3月) 胆囊癌(5年生存率12%) 胰腺癌(5年生存率3%) 甲状腺癌(5年生存率90%) 乳癌(5年生存率83%) 结肠癌A期(5年生存率80%) 胆囊炎(3F病人，男：女=1：3) 胆囊腺瘤(gt.60岁，男=女) 胰腺炎(男>女) 胰腺癌(男：女=2：1) . 胰岛素瘤(男：女=2：1) 4. 胆管癌 胆管癌是指发生在左、右肝管至胆总管下端的肝外胆管癌。(1)病因胆管结石(30%)、硬化性胆管炎、先天性胆管扩张、华支睾吸虫感染、慢性伤寒带菌者、炎症性肠病等(华支睾吸虫肝癌、胆管癌；慢性血吸虫结肠癌；疱疹病毒宫颈癌)。(2)病理及临床表现 病理好发于胆管上1/3(占50%~75%)类型 腺癌多见 扩散 主要沿胆管壁上下浸润，也可淋巴转移 临床表现 黄疸早期出现(占90%)，进行性加深，小便色黄，大便陶土色 (3)胆管癌时 胆囊及黄疸的变化发生率(%) 胆囊变化 黄疸变化 上段癌(50%~75%) 无变化或张力减小 黄疸出现早，进行性加深 中段癌(10%~25%) 肿瘤位于胆总管胆囊颈管开口以上时，胆囊张力减小 肿瘤位于胆总管胆囊颈管开口以下时，胆囊肿大 黄疸

出现早下段癌(10% ~ 20%)明显肿大 黄疸出现稍晚 编辑特别
推荐：2009年研究生考试复试资料大汇总 考研政治基础辅导
常考知识点精选汇总 09考研英语冲刺阅读理解专项训练汇总
考研冲刺：考研政治理论辅导资料汇总 更多优质信息请访问
：百考试题考研站 百考试题论坛 丰富、优质考试试题请进入
：百考试题在线考试中心 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