

术后胆管狭窄\_肝胆外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式  
，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/609/2021\\_2022\\_\\_E6\\_9C\\_AF\\_E5\\_90\\_8E\\_E8\\_83\\_86\\_E7\\_c22\\_609538.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E6_9C_AF_E5_90_8E_E8_83_86_E7_c22_609538.htm) 胆管良性狭窄指胆管损伤和复发性胆管炎所致的胆管腔瘢痕性缩窄，其管径明显小于正常直径。可由医源性损伤、腹部外伤和胆管结石、感染引起。受累胆管因反复炎症、胆盐刺激，导致纤维组织增生、管壁变厚、胆管腔缩窄。进而出现胆道梗阻、感染的病理和临床表现。【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）早期无症状，数周至数年后有间断性上腹部钝痛，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、严重者可有reynolds三联征，病情发展快，迅速恶化，出现败血症等。1. 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。2. 辅助检查 白细胞、中性粒细胞数升高，实验室检查呈梗阻性黄疸表现，如肝功受损重，白蛋白、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。二维超声可示狭窄近端胆管扩张，或（和）结石的声像图。ct可提供肝脏大小、形态，或胆管扩张、梗阻部位、结石的情况。【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（见本章胆管结石与胆管炎），以作好术前

准备。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，但远期效果多不满意。不能对端吻合者，条件允许，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（见本章胆管结石与胆管炎）。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）右管，与Y型空肠侧-侧或端-侧侧吻合，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.胆总管下端缩窄性肌纤维狭窄，或伴下端结石嵌顿者，应行胆道(Oddi)括约肌切开成形术。6.对原发性胆管狭窄、肝脏病变局限、严重者可进行肝部分切除，常为左外叶切除。7.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。8.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)