

胆道出血性疾病\_消化内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/611/2021\\_2022\\_\\_E8\\_83\\_86\\_E9\\_81\\_93\\_E5\\_87\\_BA\\_E8\\_c22\\_611161.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E8_83_86_E9_81_93_E5_87_BA_E8_c22_611161.htm)

本病系肝胆疾病、创伤、手术或全身性因素而致的胆道较大量出血。临床分为外伤性、感染性、医源性和其他原因的胆道出血。这些原因均可导致胆管与伴行血管间的异常通道，随着两侧压力的变化，而导致出血，出血停止和血块自溶，脱落而再出血（5~14天）。或因手术止血不彻底、肿瘤破溃、出血倾向等也会发生胆道出血。其中以肝内胆管感染最常见，而胆系蛔虫、结石则是主要诱因。由于出血使胆道压力增高、血凝块的刺激，可有胆绞痛、黄疸和上消化道出血的三联征。并可出现休克。【诊断】1. 病史与症状 有胆道感染、肝胆手术（外伤）和出血性疾病史。 发热、寒战、黄疸和上腹部绞痛后出现呕血、黑便，伴肩背部放射痛。 出血可自行停止，出血后上述症状即可缓解。 出血1周左右发作1次，反复出现，具有周期性。 出血时可有失血性休克的一系列征象。\$可有原发病的临床表现。?2. 体征 具有休克征。 贫血貌和皮肤、巩膜黄染。 上腹压痛、肌紧张。肝脏、胆囊肿大触痛。 肠鸣活跃。 胆道引流管或t管突然涌出鲜血。3.辅助检查 红细胞、血红蛋白下降，白细胞及中性粒细胞数升高，大便隐血阳性。有梗阻黄疸和低蛋白血症的表现。 b超检查示肝内有血肿液性暗区。 核素198金扫描示肝内占位性病变。 纤维内窥镜检查有时可见胆道出血，结合钡餐检查可排除溃疡病、食管曲张静脉破裂出血。 选择性肝动脉造影可发现出血部位。 ct检查可见占位性病变。

ptc, ercp有时可协助诊断。术中胆道造影和胆道镜检查，可判定出血灶的部位与来源。【治疗】1.非手术治疗 防治休克，补充血容量，维持水、电解质平衡，应用止血剂，常用卡巴克洛(安络血)10mg, 4次/日，肌注.维生素k30mg ~ 40mg，或对梭基节胺0.3g ~ 0.4g, 1次/日，静滴.酚磺乙胺(止血敏)1.0，3次/日，肌注等。必要时以纤维蛋白原3.0g,稀释后静滴。抗感染。置有t管者，可用卡巴克洛15 mg，加或不加生理盐水10ml，经t管缓慢注入。或用过氧化氢15 ml ~ 30ml(等量等渗盐水稀释)，或18.3mmol/l(0.5%)普鲁卡因20ml ~ 30ml冲洗t管。或肾上腺素2mg ~ 4mg，加等渗盐水100ml ~ 200ml,经t管滴入。或孟氏液经t管滴入。或上述诸药联合应用。经皮经导管行肝固有动脉栓塞治疗，是最新而有效的止血措施，可减少手术率，但肝硬化者慎用。2.手术治疗(1)适应证：非手术治疗无效，不能控制胆道感染和休克，反复胆道出血，肝外伤后或肿瘤所致的胆道出血，胆管出血伴腹膜炎，或疑有脏器穿孔者。(2)手术方式：胆囊切除。适于胆囊出血。胆总管引流术。用于炎症、结石所致胆道出血，血量不大或胆道感染严重者，以便经t管灌注止血剂等。肝固有动脉或病例肝动脉结扎。适于肝内胆管出血、肝动脉有震颤，或多处出血难以定位者。但肝损害严重者应属禁忌。肝部分切除。可用于病变局限于一叶(段)或一侧者，或肝动脉结扎后仍出血者，本手术可清除病灶彻底止血。有时须行联合手术止血。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)