

2011年内科辅导：急性胆道病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/654/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_86_85_c22_654843.htm 本文介绍了急性胆道病的发病机理、临床表现、鉴别诊断、治疗措施！

一、发病机理 胆管急性梗阻使胆汁淤滞，胆管内压迅速升高，当其超过胆管壁所能承受的压力时，即可使肝内、外胆管的粘膜屏障发生程度不等的损害，为细菌侵入引起急性化脓性感染提供了有利条件。感染的菌种主要是革兰阳性杆菌，其中以大肠杆菌最常见，其次为变形杆菌、绿脓杆菌等。造成胆管急性梗阻的原因以结石嵌塞最为常见。胆总管末端的生理缩窄区是最常发生结石嵌塞的部位，其次是病理性的疤痕狭窄环。这种疤痕狭窄环可以发生在胆总管、肝总管、左右肝管开口部，以及肝内胆管。狭窄环口径小于正常胆管者称真性狭窄，有的狭窄环口径等于甚至大于正常胆管，但因其上游的胆管更为扩张，对比之下仍明显狭窄者称为相对狭窄。少数病例手术时发现胆管狭窄处有肉芽组织增生，堵塞管腔但无结石。此外进入胆管的蛔虫常引起急性化脓性胆管炎，有结石和胆管狭窄者更是如此。胰头部或胆管本身的肿瘤所造成的梗阻一般进程较慢，梗阻逐渐加重而不引起感染，但个别病例也可并发急性化脓性胆管炎。

二、临床表现 急性化脓性胆管炎以上腹绞痛、寒战、高热、黄疸为特点。腹疼常先出现，位于上腹或右上腹，呈持续痛，阵发加重。旋即出现高热寒战。黄疸于发作后数小时或数日才出现，为梗阻性黄疸。体检见剑突下或右上腹有明显压痛，肌紧张，部分病人可触到胀大的胆囊或肿大的肝脏，并伴有压痛。实验室检查血白细胞计数

明显升高，尿胆红素阳性，血清总胆红素和直接胆红素以及SGPT升高。严重者并有低血压或休克。如果治疗不及时，可在数小时内昏迷、死亡。

三、鉴别诊断

(一) B超 B超在胆道疾病诊断中起着重要的作用。超声不仅能够清楚显示胆囊外形和大小，观察有无畸形、结石、炎症及肿瘤等；还能够用于探测肝外胆管及其分支，查明有无胆管扩张、阻塞，提示阻塞的原因，为梗阻性黄疸的诊断和鉴别诊断提供了有力的帮助。超声检查简便易行，无痛无创伤，其敏感性为67%~93%，特异性为82%~100%。但有时超声难以鉴别门静脉及扩张的肝内胆管，同时由于肠内气体干扰，有时胆总管下端结石难以显示。因此在急性化脓性胆管炎病人，超声检查阴性也不能完全排除胆道结石存在。

(二) 逆行胰胆管造影 逆行胰胆管造影对鉴别黄疸性质的诊断正确率在75%~89%，造影提示梗阻部位和病变性质与手术病理结果相符率为85.7%。临床上胆石症有时颇难与胆管癌相区别，ERCP可以帮助确诊。胆石常伴有胆管扩张，有时可看到胆石嵌顿于壶腹部而引起乳头区明显充血，肿胀。胆石一般不引起胆管完全梗阻，造影剂往往从胆石周围包绕而过。但管癌造成充盈缺损常在一侧壁或造成胆管完全梗阻。ERCP总的并发症为2.5%，病死率为0.001%~0.2%。胆管炎致败血症是ERCP致命的并发症，发生率为0.65%~0.8%，病死率为0.005%~0.1%。因此急性化脓性胆管炎作ERCP，同时必须做引流，避免败血症发生或加重。

(三) 经皮肝穿刺胆道造影术 经皮肝穿刺胆道造影术操作简单，并发症少，胆系显影成功率高(93%)，胆系影象清晰，较完整，结石诊断率高(94%)。PTC在急性胆道病患者中除用作诊断外，还可用作引流，术前胆道减压

，可使临床症状迅速缓解，争取择期手术治疗。（四）胆道闪烁显象术 正常人静脉注射 ^{99m}Tc -HIDA（二甲基亚胺二乙酸）5min，除清晰的肝影外，胆总管和十二指肠也出现放射性；注射15~30min，除肝影外，胆总管、胆囊管和胆囊、十二指肠清晰显象。假如在注射后2h内胆囊不显影，则可注射胆囊收缩素后30min再注射 ^{99m}Tc -HIDA.若胆囊仍不显影，证明胆囊管阻塞，存在急性胆囊炎。Weissmann报道诊断正确率98%，特异性100%，假阴性5%，假阳性0%，但Hirvis报道特异性38%，假阳性54%。相关推荐：[#0000ff>2011年临床执业医师：氨基酸代谢病的临床表现](#) [#0000ff>2011年内科辅导：心源性休克的临床表现](#) [#0000ff>2011年临床执业医师考试：动脉瘤汇总](#) 特别推荐：[#0000ff>2011年临床执业医师考试时间](#) [#0000ff>考试大纲](#) 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