

2011年医师实践技能：胆囊炎的临床诊断 PDF转换可能丢失
图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/655/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_8C_BB_c22_655318.htm 急性胆囊炎患者偶需做CT检查。它除可发现胆囊管或胆囊结石外，诊断主要依据：胆囊扩大；胆囊壁普遍性增厚，且增强扫描时可见胆囊明显强化。急性胆囊炎患者偶需做CT检查。它除可发现胆囊管或胆囊结石外，诊断主要依据：胆囊扩大；胆囊壁普遍性增厚，且增强扫描时可见胆囊明显强化。这两种现象对确立诊断缺一不可。因胆囊扩大也可见于胆道梗阻，或正常胆囊炎因增厚的胆囊壁而呈结节状，可给人以胆囊癌的现象。故其鉴别诊断需结合临床症状。化脓性胆囊炎胆汁CT值可大于20HU.胆囊周围炎，胆囊壁与肝实质界面不清或于胆囊周围显示为低密度环，系由肝组织继发性水肿所致。若系胆囊穿孔，胆囊窝部可出现有液平的脓肿。气肿性胆囊炎则于胆囊内或壁内出现气影。慢性胆囊炎常与胆石并存。CT除胆囊壁普遍增厚和增强扫描显示为壁强化外，胆囊大多扩张不良或缩小。若周围粘连，则可见胆囊皱褶变形。应该指出的是，如无胆石存在，CT难以肯定胆囊缩小是生理性抑或病理性收缩。如胆汁钙化或胆囊壁钙化而形成所谓“瓷器胆囊”，则CT易于诊断。若造影显示壁厚且扩张不良的胆囊不显影，而胆管却良好显影，可肯定为慢性胆囊炎。CT在胆道造影不常用。措施临床上怀疑急性胆囊炎时，可通过肝胆闪烁扫描和超声波检查确诊。静脉注射标有^{99m}Tc的亚氨乙酰乙酸化合物可迅速被肝脏摄取并排泄，应用同位素扫描技术可依次显示肝脏，肝外胆管，胆囊和十二指肠。若肝脏和胆管显影

正常而胆囊未显影，往往支持急性胆囊炎的临床诊断，其敏感性可达97%，特异性达90%。假阳性可发生于全胃肠道外营养（TPN），胰腺炎，危重病或禁食。虽然超声波是诊断胆囊炎较好的方法，但对急性胆囊炎诊断不够精确，证实超声波下的Murphy征，胆囊壁增厚以及胆囊周围积液对诊断有帮助。当临床表现不典型时，急性胆囊炎的诊断比较困难，必须与胆管炎，胰腺炎，阑尾炎，消化性溃疡和胸膜炎等鉴别。这些疾病都有各自的临床特点，而且肝胆扫描和超声波检查可为急性胆囊炎的诊断提供可靠的证据。CT检查胆囊炎一般临床多能作出诊断，只有出现并发症时才作CT检查，如胆囊穿孔，CT扫描示胆囊窝部位出现有液平面的脓肿。一般胆囊炎均示有胆囊壁增厚，急性期胆囊多增大。胆囊内或壁内如见有气泡，可诊断为“气肿性胆囊炎”。慢性胆囊炎常合并结石，CT能清楚地显示阳性结石，阴性结石仍需要行造影CT扫描（静脉注射胆影葡胺或口服碘番酸）。特别推荐：
#0000ff>2010年执业医师笔试考试成绩查询及合格分数线
#0000ff>2010年执业医师笔试考试成绩查询汇总 相关推荐：
#0000ff>2011年医师实践技能：肾上腺素中毒的鉴别诊断
#0000ff>2011年医师实践技能：肠道息肉病的鉴别诊断 更多信息请访问：
#0000ff>医师实践技能网校 #0000ff>医师互动交流
#0000ff>百考试题在线题库 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