

肝内胆管结石 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文 https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E8_82_9D_E5_86_85_E8_83_86_E7_c22_305618.htm 名称肝内胆管结石所属科室普通外科临床表现肝内肝管结石的临床表现很不典型。在病程间歇期，可无症状，或仅表现为上腹轻度不适。但在急性期，则可出现急性化脓性胆管炎的症状，或不同程度的Charcot三联征，多数可能是合并的肝外胆管结石所造成。在无合并肝外胆管结石的病人，当一侧或一叶的肝内胆管结石造成半肝或某一肝段的肝内胆管梗阻，并继发感染时，可出现畏寒、发热等全身感染症状，甚至在出现精神症状和休克等急性重症胆管炎的表现时，病人仍可明显的腹痛和黄疸。体检可扪及肝脏不对称性肿大和压痛，常易误诊为肝脓肿或肝炎。这种周期性的间歇发作是肝内胆管结石的特征性临床表现。诊断肝内胆管结石的诊断较复杂，除根据上述临床表现外，以往的手术发现和X线造影的结果，常为确定诊断的主要依据。X线造影中主要应用直接胆管造影法，如PTC和ERCP，非凡是前者，能清楚地显示肝内胆管结石的分布情况，以及了解有无肝内胆管狭窄、完全阻塞或局限性扩张，对诊断和指导治疗有很重要意义。B超检查虽不如PTC或ERCP确诊率高，又不能帮助了解结石分布等具体情况，但在诊断肝内胆管结石仍有80%的准确性，其最大优点是方法简便且为无损伤性检查，故目前常作为肝内胆管结石的首选诊断方法。CT由于费用昂贵，又对肝内胆管含钙量较低的色素性结石的诊断正确率并不高于B超检查，一般较少应用。另外，可以通过手术探查来诊断，即在手术中仔细探查肝内胆管，这是肝内胆管结石最可靠的诊断方法。手术中除顺序探

查肝外胆管外，还应注重肝脏的触诊，非凡是左肝叶的检查，有时还应用双合诊的检查方法，检查肝脏内有无结石存在。用取石钳、T管冲洗等方法探查肝内胆管；术中胆管造影常是肯定肝内胆管结石的诊断手段，并能用以指导和选择手术方式；术中胆道镜检查能在直视下看到肝内胆管分支内的结石，有时还能通过胆道镜用结石篮和气囊导管等取出结石。治疗肝内胆管结石的治疗目前仍以手术治疗为主，疗效较好。但由于未能彻底解决肝内胆管结石的病灶，非凡在右肝管分支内结石及伴有胆管狭窄者，仍有20~30%病例的手术疗效不满足。故手术后中西医结合的药物治疗仍有必要，不能偏废。手术治疗的原则：尽量取尽结石和解除胆管狭窄；在矫正胆管狭窄和解除梗阻的基础上作一胆肠内引流术，以扩大胆管的流出道；如病变局限于左侧肝叶可作肝叶切除，以根治病灶。手术方法：一般采用高位胆管切开取石术。最好胆总管切口延长至肝管汇合处，在直视下经左右肝管开口处彻底清除各分支内的结石，同时切开狭窄的肝内胆管。结石位于肝脏浅表部位者，经肝实质切开肝内胆管，取出结石，放置T管或作胆肠内引流术。胆肠内引流术一般较多采用肝管、肝总管或胆总管空肠Roux-Y吻合术，或间置空肠胆管十二指肠吻合术。近年来不少人还将胆管空肠吻合的一端空肠袢作成皮下盲袢，以便术后由此途径进行胆道镜检查或再次取石等治疗。奥狄括约肌成形术和胆总管十二指肠吻合术由于术后常发生严重的逆行感染，故近年来，已较少应用于肝内胆管结石的治疗。对无法切开的右肝管级以上分支的狭窄，可经胆管切口进行扩张，置入长臂T管或U形管作支撑经流，此种引流管一般须放置1年以上。清除肝内病灶作肝叶

切除手术，主要指左肝叶切除。左肝外侧叶切除是最常用的手术方式。经肝断面的肝内胆管进一步清除结石，将肝断面的肝内胆管与空肠作Roux-Y式吻合术（即Long-mire手术）。如同时右肝管伴有少许结石，还可作肝内、外胆管肠联合吻合术。对右肝内胆管结石，也有人作右肝叶切除术，但多数人认为此种手术创伤太大，不宜采用。因此，双侧肝内有广泛性多发性结石或右肝内胆管结石，一般不作肝叶切除术，尽量取尽结石，作Roux-Y式胆管肠吻合术。关于肝内胆管术后残余结石的治疗，近几年来较多采用纤维胆道镜经T管窦道取石，其成功率可达90%以上。术后6周，拔除T管经T管窦道放入胆道镜至胆管内，在直视下用取石篮取出结石。更有人报告经此途径用激光或震波等方法将结石击碎后排出体外。由于肝内胆管结石多数为色素性钙结石，经T管溶石疗法的疗效不够满足。肝内胆管结石的手术治疗很难彻底，故手术后需要长期服用中西利胆药物，对保证胆汁引流的通畅，促使残余结石的排出和减少结石的复发有重要的作用。手术后不少病人仍会发生不同程度的胆管梗阻和感染等症状，此时应给抗感染和利胆药物，并改善全身情况。如梗阻完全，感染较严重时，仍须再次手术以解除梗阻，引流胆道和控制感染。

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