

胆道疾病教案

新疆医科大学第一临床医学院 外科学教案

学期：2023-2023 学年第二学期

班级：

教师：

新疆医科大学教案首页

编号：_____

课程名称		专业		班级	
主讲教师		计划时数		专业层次	
专业技术职称				编写时间	
章节名称	第四十三章胆道疾病 第一节解剖生理概要 第二节特殊检查 第四节胆石病 第五节胆道感染 第七节胆道蛔虫病 第八节胆道疾病常见并发症 第十节胆道肿瘤			使用时间	
教学目的与要求	1、理解胆道的解剖生理,胆道蛔虫的临床体现。 2、掌握胆石症(胆囊内、肝外胆管、肝内胆管结石)的诊断、鉴别诊断、治疗原则。胆道感染的诊断和治疗措施。重症胆管炎的急救和治疗原则。 3、熟悉胆道疾病检查措施(B超、CT、MRI ERCP PTC 核素检查、术中和术后胆道镜)。胆管癌的临床体现。				
重点与难点	重点:胆道疾病的检查措施,胆囊结石和急性胆囊炎的临床体现,急性梗阻性化脓性胆管炎的病因、临床体现和治疗原则。 难点:胆道疾病的检查措施,急性梗阻性化脓性胆管炎的病因、临床体现和治疗原则。				

教学内容更新状况	
教学措施与组织安排	方 法：多媒体课堂讲授。 组织安排：胆道系统的解剖生理、胆道疾病的检查措施20分钟，胆石症、急慢性胆囊炎、胆管炎20分钟，胆囊癌和胆管癌20分钟。
教学手段	自制电子讲义，以多媒体方式讲解
基本教材和参照书	全国高等学校教材《外科学》第2版8年制及7年制临床医学等专业用；
集体备课	集体备课并完毕本章节教案的撰写。
教研室 审查意见	同意备课内容。 教研室主任签字：

胆道疾病

一、教学目的与规定

目的

- 1、理解胆道的解剖生理,胆道蛔虫的临床体现。
- 2、掌握胆石症（胆囊内、肝外胆管、肝内胆管结石）的诊断、鉴别诊断、治疗原则。
胆道感染的诊断和治疗措施。重症胆管炎的急救和治疗原则。
- 3、熟悉胆道疾病检查措施（B超、CT、MRI ERCP PTC、核素检查、术中和术后胆道镜）。胆管癌的临床体现。

规定

1. 梗阻性化脓性胆管炎的病因、临床体现和治疗原则
2. 胆石症（胆囊内、肝外胆管、肝内胆管结石）的诊断、鉴别诊断、治疗原则
3. 急性梗阻性化脓性胆管炎的病因、临床体现和治疗原则

二、教学内容

（一）胆道系统的应用解剖

胆道系统包括肝内和肝外胆道两部分。

1. 肝内胆道解剖：

毛细胆管→小叶间胆管→肝段胆管→肝叶胆管→肝内左、右胆管。

2. 肝外胆道解剖：

（1）左、右肝管和肝总管：

肝总管由左、右肝管在肝门横沟深处汇合而成。长2—4cm，直径—，位于肝十二指肠韧带内的右前方，其下方与胆囊管汇合而成胆总管。

（2）胆囊：

呈梨形，为囊性器官，壁薄，位于肝脏面的胆囊窝内，标致着肝正中裂的位置，既左右半肝的分界线。长8—12cm，直径3—5cm，容积40—60ml，分胆囊底，胆囊体和胆囊颈三部分。颈部与胆囊管处呈囊性扩大，称Hartmann袋。此处易结石嵌顿引起梗阻和急性胆囊炎。

（3）胆囊管：

由胆囊颈部延伸而成，长约2—3cm，直径—，粘膜成螺旋状皱襞，称为Heister瓣。

胆囊三角（Calot 三角）由胆囊管、肝总管和肝下缘所构成，内有胆囊动脉、肝右动脉和副右肝管通过，手术易损伤。

（4）胆总管：由胆囊管和肝总管汇合而成，长约7——9cm,直径—。

分四段：

①十二指肠上段

②十二指肠后段

③胰腺段

④十二指肠壁内段

（二）胆道系统的生理功能

1. 胆汁的生成、分泌和代谢

（1）胆汁的分泌、成分和功能：

600-800ml/d ；

97%为水，有机成分为胆汁酸与胆盐、胆固醇、卵磷脂等；

重要生理功能：①中和部分胃酸；②乳化脂肪；③克制肠内致病菌生长繁殖和内毒素形成；④刺激肠蠕动。

（2）胆汁分泌的调整：受神经内分泌调整。

（3）胆汁的代谢：重要成分是胆固醇、胆汁酸（盐）、胆色素、磷脂酰胆碱。胆汁的代谢及其含量的变化对胆石的形成有重要意义。胆固醇是溶解在胆汁酸和卵磷脂的微胶

粒，用等边三角形来表达三种的最高溶解度，在 ABC 曲线内为溶解状态，在 ABC 曲线以外时则呈过饱和状态而析出结晶——致石性胆汁。

2. 胆管的生理功能

3. 胆囊的生理功能：

(1) 浓缩和储备胆汁：将 600—800ml 浓缩 5—10 倍。

(2) 排出胆汁：迷走神经兴奋可引起胆囊平滑肌收缩和 Oddi 扩约肌松弛，胆汁进入十二指肠。交感神经和体液原因也参与调整。

(3) 分泌功能：每天分泌 20ml 黏液物质。

(一) 超声检查

B 超是一种无创、迅速、简便、经济而精确的检查措施，为胆道疾病首选措施。

2mm 以上胆囊结石诊断精确率达 95% 以上，肝外胆管结石诊断精确率达 80% 。

对梗阻性黄疸定位和定性精确率在 90% 以上。

(二) 放射学检查

1. 腹部平片：可发现 15% 阳性胆囊结石。

2. 口服胆囊造影：可通过观测胆囊浓缩和收缩状况观测胆囊的功能。

3. 静脉胆道造影：近年被 B 超、ERCP、MRCP 所取代。

4. PTC、PTCD 为有创的胆道造影术和兼顾胆道引流的措施。

：可兼顾检查和治疗。

、MRI 为无创性诊断措施，可对肝、胆、胰等占位病变作出较精确的诊断。

：可清晰显示胰胆管的形态，精确判断梗阻性黄疸的病变部位和范围，优于 PTC

ERCP

8. 术中及术后胆道造影

(三) 核素扫描检查

(四) 胆道镜检查：

1. 术中胆道镜检查

2. 术后胆道镜检查

(五) 十二指肠引流：

镜下观测胆红素钙结晶、胆固醇结晶、虫卵等，现已很少采用。

胆石病

胆石病：指胆道系统(胆囊和胆管内)发生结石。

是胆道系统的常见病，发病率有逐年增高趋势，随年龄增长发病率逐年增高。

胆囊结石发病率较胆管结石高，比例由 23 年前的：1 上升至：1；胆固醇结石发病率高于胆色素结石。

(一) 胆石的分类

1. 胆固醇结石：重要成分是胆固醇结晶 (>80%)，80%在胆囊内，70%以上的胆囊结石是胆固醇结石。X线多不显影。

2. 胆色素结石：重要成分是胆红素，75%在胆管内。X线不显影。

3. 混合性结石：成分为胆红素、胆固醇和钙盐，60%为胆囊内，40%在胆管内。X线多可显影。

（二）胆石的分布

1. 胆囊结石：多为胆固醇结石或以胆固醇为主的混合性结石，占所有结石的50%。
2. 肝外胆管结石：多为胆色素结石或以胆色素为主的混合性结石，一部分是自胆囊降至胆管内的胆固醇结石。占所有结石的20%—30%。
3. 肝内胆管结石：多为胆色素结石或以胆色素为主的混合性结石，占所有结石的20%—30%。

一、胆囊结石

（一）发病状况

40—50岁高发，多见女性，男女之比1：2-3，肥胖者及妊娠者多发（四F）。高胆固醇饮食地区高发。

（二）病因

不明，多种综合原因作用所致，与脂类代谢、胆汁成核时间、胆囊收缩功能和细菌感染等有关。

（三）临床体现

约30%终身无症状，为体检时发现。

1. 胃肠道症状：右上腹或上腹部不适、饱胀、嗝气、呃逆等“胃炎症状”。

2. 胆绞痛：进食油腻食物后出现右上腹或上腹剑下绞痛，呈阵发性加剧，并向右肩背部放射，伴恶心、呕吐。有时为夜间发作。

综合征：胆囊管或胆囊颈部较大的结石，因持续嵌顿和压迫导致肝总管狭窄、胆囊胆管痿、反复发作胆囊炎、胆管炎及梗阻性黄疸。

征：为急性胆囊炎特殊体征。

5. 其他：继发胆管结石、胆源性胰腺炎、胆石性肠梗阻、胆囊癌、胆囊积液“白胆汁”。

（四）诊断

经典的临床体现+B超（无创、迅速、简便而精确，确诊率95%以上）、CT、MRI可提供协助。

（五）鉴别诊断

1. 慢性胃炎
2. 消化性溃疡
3. 胃下垂
4. 慢性胰腺炎
5. 胆囊癌

（六）治疗

1. 胆石可引起胆囊炎症甚至癌变，结石嵌顿可继发感染，首选的措施治疗是胆囊切除术。

最佳在症状急性发作过后缓和期进行手术。

3. 对一般状况极差而病情危急，不能耐受较长时间手术，或术中局部粘连严重，解剖关系不清时，可先行胆囊造瘘术。

4. 有症状和（或）并发症的胆囊结石应及时行胆囊切除。

5. 无症状的胆囊结石（静止性）应随诊观测，暂不需立即手术。

出现如下状况时，应考虑手术治疗：

①口服胆囊造影不显影。

②胆囊颈部嵌顿结石。

③以往曾行胆囊造瘘术。

④结石直径超过 2cm。

⑤B超显示胆囊壁局限性增厚。

⑥病程 5 年以上，年龄不小于 50 岁的女性。

⑦胆囊萎缩或瓷样变化。

胆总管探查术指征：

①既往有梗阻性黄疸病史。

②有经典的胆绞痛，并寒战和高热病史。

③术前 B超、CT、MRCP等检查发现胆总管扩张或有结石。

④术中发现胆总管扩张，直径不小于，管壁增厚。

⑤术中扪及胆总管内有结石、蛔虫和肿块。

⑥术中造影提醒胆总管有结石。

⑦术中胆总管穿刺抽出脓性胆汁、血性胆汁或胆汁内有泥沙样胆色素结石。

⑧有胰腺炎病史或术中发现胰腺呈慢性炎症变化而不能除外胆管病变者。

腹腔镜胆囊切除术（LC）：

适应征：与开腹胆囊切除术基本相似。

禁忌征：

①老年、病程长、胆囊壁明显增厚，不能除外胆囊癌变者。

②合并原发性胆管结石及胆管狭窄者。

③腹腔内严重感染者。

④既往有腹部手术史，疑有腹腔广泛粘连者。

⑤合并妊娠。

⑥有出血倾向或凝血功能障碍者。

⑦腹腔镜术中发现粘连严重，胆囊三角解剖关系不清，应及时中转手术。

二、胆管结石

原发性：在胆管内形成的结石。大多数是胆色素结石或以胆色素为主的混合性结石。

继发性：原发于胆囊内的结石下降到胆管。大多为胆固醇结石或以胆固醇为主的混合性结石。

肝外胆管结石：肝管分叉如下的胆管结石。在肝外胆管形成或原发于肝内胆管的结石下降所致。

肝内胆管结石：肝管分叉以上的胆管结石。可广泛分布，或局限于某叶、段胆管，以左外叶和右后叶多见。

肝外胆管结石

（一）病因和发病机制

1. 胆道感染：肠道细菌（需氧菌和厌氧菌）上行感染 β 葡萄糖醛酸酶水解结合性胆红素非结合胆红素聚结与钙离子结合胆色素钙结石。

2. 胆管异物：肝管内蛔虫、中华睾吸虫死亡虫体，胆道手术的线结，肠道返流的食物残渣成为胆石关键。

3. 胆道梗阻：胆汁滞留细菌作用胆色素分解为非结合胆红素胆色素结石。

4. 代谢原因：低蛋白、低脂肪、高碳水化合物。

5. 继发性胆管结石：胆囊结石或肝内胆管结石下降。

（二）病理

胆管梗阻继发感染急性梗阻性化脓性胆管炎、脓毒血症胆管壁坏疽、穿孔胆汁性腹膜炎、胆管肠管瘘或胆管肝动脉瘘、胆管门静脉瘘胆道大出血。

胆管梗阻和感染肝细胞损害、甚至肝细胞坏死、胆源性肝脓肿。

胆管炎反复发作胆汁性肝硬化、门静脉高压。

胆总管壶腹部嵌顿结石急性和（或）慢性胆源性胰腺炎。

（三）临床体现

胆管炎症状：继发感染时常见，经典体现为反复发作腹痛、寒战高热、黄疸—Charcot 三联征。

1. 腹痛：右上腹或剑突下绞痛或闷痛，呈持续性阵发性加剧，向右肩背部放射，伴恶心、呕吐。

2. 寒战高热：2/3 胆绞痛后出现。

3. 黄疸：发生在胆总管完全梗阻 24 小时后，尿色加深、巩膜皮肤黄染、皮肤瘙痒、陶土色粪便。间歇性发作黄疸—特有体现。

体征：皮肤巩膜黄染，剑突下或右上腹深压痛，腹膜炎，肝区叩痛，胆总管下端梗阻可触及肿大胆囊。

试验室检查：白细胞和中性粒细胞，血清总胆红素（直接胆红素升高明显），碱性磷酸酶，尿胆红素，尿和粪中尿胆原或消失。

影像学检查：

B超：胆管扩张、结石。

PTC和 ERCP 了解结石部位、数量、大小等。

CT

MRCP

（四）诊断和鉴别诊断

诊断：病史+临床体现（Charcot 三联征）+辅助检查

鉴别诊断：

肾绞痛

2. 肠绞痛

3. 壶腹周围癌

(五) 治疗

以手术治疗为主。

手术原则：取尽结石；去处病灶；解除狭窄和梗阻；畅通引流。

手术措施：

1. 胆总管切开放石、T形管引流

2. 胆肠吻合术

括约肌成形术

4. 经十二指肠镜 Oddi 括约肌切开及取石术

肝内胆管结石

(一) 病因

与胆管先天性异常、胆道感染、胆管梗阻、胆管寄生虫病、代谢原因有关。

(二) 病理

基本病理变化：胆管狭窄或扩张，肝纤维组织增生、肝硬化、萎缩，癌变等。

(三) 临床体现

大部分与肝外胆管结石相似，常体现为急性胆管炎（Charcot 三联征），不入肝外胆管结石经典和严重。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/147025163066006161>