

# 消化系统-1

## 食管、胃、十二指肠疾病

### 一、胃食管反流病（GERD）

#### （一）主要病因病机

1. 食管下括约肌松弛、张力降低（激素类、食物类、药物类）

2. 与胃酸高低无关

#### （二）临床表现

1. 典型表现：反酸、烧心，胸胸骨后疼痛（秒杀 CERD）

2. 非典型：吞咽困难或咽部异物感。

#### （三）并发症

1. 上消化道出血；2. 食管狭窄；Barrett 食管：食管腺癌发病基础。

#### （四）辅助检查

1. 食管镜、胃镜检查→首选检查，最准确

2. 24 小时食管 pH 值监测→pH 值<4 为酸反流指标。

#### （五）诊断：表现+辅助检查

#### （六）治疗

1. 药物治疗：抑酸药（首选 PPI--奥美拉唑）、促胃动力药

2. 手术治疗：胃折叠术。

### 二、食管癌

#### （一）病因、病理

1. 主要高危因素：亚硝胺类化合物或真菌毒素。

2. 高发部位：中段居多

3. 组织类型：鳞癌多见；

4. 病理分期

（1）早期食管癌：粘膜层/下浅层+无转移

①充血型/隐伏型（原位癌）②糜烂型③斑块型（最多见）④乳头型

(2) 中晚期食管癌:肌层或者有远处转移

①髓质型（恶性程度最高） ②覃伞型 ③溃疡型；④缩窄型（引起梗阻）

5. 扩散和转移

①淋巴转移：主要方式，首先：黏膜下；晚期：左锁骨上淋巴结

②血行转移：晚期常血行转移至肝、其次肺、骨、肾等处。

(二) 临床表现

1. 早期表现：进食哽噎

2. 晚期表现：进行性吞咽困难（典型）

(三) 辅助检查

1. 首选：消化内镜。

2. 确诊：消化内镜+活检。

3. X线稀钡双重造影：影像学检查的首选。

4. 食管黏膜脱落细胞检查（拉网）食管癌普查首选。

(四) 诊断与鉴别诊断

1. 诊断

①早期：进食哽噎+内镜+活检/X线食管粘膜增粗、迂曲、中断。

②晚期：进行性吞咽困难+内镜+活检/X线食管管腔狭窄、管壁僵硬。

2. 鉴别诊断

a) 食管贲门失弛缓症：女性+X线：鸟嘴征

(五) 治疗

1. 早期食管癌：首选内镜下切除，达到根治效果。

2. 中晚期食管癌

①上段：首选放疗（最佳：根治手术）

②中下段首选根治手术。

3. 有远处转移的或者重要器官衰竭和一般情况差的首选放疗。

## 三、急性胃炎

(一) 病因、病机

1. 病因：**烧烫伤、颅脑病变**、手术、外伤、感染、药物、饮酒、中毒等  
 (二) 临床表现

典型表现：**呕血、黑便**，严重者可**失血性休克** 严重**烧伤**所致的急性胃粘膜病变称

**Curling 溃疡**。

**颅内病变**所致的急性胃粘膜病变称 **Cushing 溃疡**。

(三) 辅助检查

**首选检查：急诊胃镜（出血停止后 24-48h 内）**

(四) 治疗原则

1. 首选：**静脉点滴质子泵抑制剂**，次选 H2 受体阻断剂。
2. 保护胃黏膜：多潘立酮、西沙必利、莫沙必利等。
3. 止血

## 四、慢性胃炎

(一) 慢性表浅性（肥厚性、非萎缩性）胃炎

1. 多为 HP 感染；
2. 可发展为慢性萎缩性胃炎；
3. 胃黏膜红白相间以红为主

(二) 慢性萎缩性胃炎

1. 病因病机

- (1) A 型：自身免疫因素
- (2) B 型：**幽门螺杆菌（HP）感染--主要病因**

2. 临床分型及鉴别诊断

分类	A 型 (自身免疫性胃炎/慢性胃体炎)	B 型 (慢性萎缩性胃炎/慢性胃窦炎)
病变部位	<b>胃底和胃体</b>	胃窦(幽门部)
病因	自身免疫反应	<b>幽门螺旋杆菌(HP)感染</b>
临床表现	<b>有贫血、胃酸↓</b>	<b>无贫血、无胃酸缺乏</b>
辅助检查	<b>抗壁细胞抗体 (+)</b> <b>抗内因子抗体 (+)</b>	<b>抗壁细胞抗体 (-)</b> <b>抗内因子抗体 (-)</b>

## 3. 辅助检查

(1) 首选检查--胃镜：胃粘膜红白相间以白为主，胃粘膜变白（薄），皱

壁稀疏、黏膜下血管透见。

(2) 确诊检查--胃镜+活组织检查

①活检：重度异型增生（提示癌前病变）→内镜下切除。

②活检：胃粘膜中性粒细胞增多：慢性胃炎活动的标志。

(3) 常规检查：

➢ Hp 检测：诊断感染金标准。

➢ 首选 C13、C14 尿素呼气试验（侵入法）

## 4. 治疗原则

(1) 根除 Hp 治疗（HP 阳性者首选）

一种质子泵抑制剂+两种抗生素+一种胶体铋剂。

(2) 对症处理

①抑制胃酸分泌：奥美拉唑；②促胃动力药；③保护胃黏膜

## 五、功能性消化不良

(一) 临床特点

症状重、体征轻、辅助检查无异常，易受食物和精神因素影响。

(二) 诊断标准

1. 上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀、早饱持续或反复发作病程超过半年，近3个月来症状持续。

2. 上述症状排便后不能缓解（排除肠易激综合征所致）。

3. 排除可解释症状的器质性疾病，不少患者可有饮食、精神等诱发因素。

(三) 治疗

1. 一般治疗

2. 对症处理：包括抑酸药、促胃肠动力药、根除 Hp 治疗。

3. 心理治疗：必要时给予镇静药。

## 六、消化性溃疡

## (一) 病因、病机

### 1. 病因

- ①主要病因是幽门螺杆菌 (HP) 感染 (占 90%以上),
- ②其次是非甾体抗炎药 (NSAID) 等。

2. 发病机制: 胃酸--胃蛋白酶自身消化

## (二) 病变部位

1. 胃溃疡 (GU): 胃小弯

2. 十二指肠溃疡 (Du): 球部前壁

## (三) 临床表现: 慢性、周期性、季节性、规律性腹部疼痛

1. 胃溃疡: 腹痛: 餐后 1h (进食-腹痛-缓解)

2. 十二指肠溃疡: 腹痛: 餐前和午夜 (腹痛-进食-缓解)

## (四) 并发症

上消化道大出血; 穿孔; 幽门梗阻; 癌变

## (五) 辅助检查

1. 首选检查--胃镜 (穿孔者禁忌胃镜)

2. 确诊检查--胃镜+活组织检查。

3. 常规检查--幽门螺杆菌检测: 是诊断 Hp 感染的“金标准”  
血清抗 HP 抗体检测 (现在进行时/现在完成时--阳性不能确诊)

4. X 线钡餐检查--“龛影”系直接征象 (可确诊)

## (六) 内科治疗: 同慢性胃炎

## (七) 外科手术治疗

1. 手术的目的: 减少或阻断胃酸分泌

### 2. 术式选择

(1) 胃大部切除术: 溃疡穿孔的根治手术 (最佳治疗)

a) 胃溃疡首选毕 I 式

b) 十二指肠溃疡首选毕 II 式

### 3. 术后早期并发症

(1) 术后内出血:

- (2) 十二指肠残端破裂
- (3) 胃肠吻合口破裂或瘘
- (4) 术后胃瘫
- (5) 术后梗阻：分为以下三种情形

1) 输入段梗阻：多见于 **B2 式** 术后

A. 急性完全性梗阻

① 呕吐 **频繁量少**；② 呕吐物 **不含胆汁**；③ 呕吐后症状 **不缓解**。

B. 慢性不完全性梗阻

① 呕吐 **量大**；② 呕吐物 **含大量胆汁**；③ 吐后症状 **立即消失**。

2) 输出段梗阻

① 呕吐物 = **胆汁 + 胃内容物（两种都有）**；② 吐后症状 **缓解**。

3) 吻合口梗阻

① 呕吐物含食物；② 不含胆汁；③ 呕吐后症状 **缓解**。

4. 术后晚期并发症

- (1) 碱性反流性胃炎
- (2) 倾倒综合征

✎ 早期：饭后 **20-30 分** 发生为“早倾”原因是 **低血压**；

✎ 晚期：饭后 **2-4 小时** 发生为“晚倾”原因是 **低血糖**。

- (3) 迷走 N 切断术后腹泻
- (4) 溃疡复发
- (5) 营养并发症（贫血）
- (6) 残胃癌（5 年以上）

## 七、胃癌

(一) 病理

1. 高发部位：**胃窦（58%）**

2. 组织类型：以**腺癌**最多见，印戒细胞癌恶性程度最高。

3. 病理分期

① 早期胃癌：病灶仅**限于黏膜或黏膜下层**，不论病灶大小或有无转移。

✘ **微小胃癌：**胃癌直径 $<5\text{mm}$

✘ **小胃癌：**小于  $10\text{mm}$

②进展期胃癌：浸润深度超过黏膜下层。

✘ 中期：已**侵入肌层者**

✘ **晚期：**侵及**浆膜或浆膜外者**

4. TNM 分期：首选的检查是**增强 CT**

5. 转移与扩散

①直接浸润

②淋巴转移：是**主要转移**途径，晚期经胸导管转移至**左锁骨上淋巴结**，称为**Virchow 淋巴结**。

③血行转移：最常转移：**肝脏**。

④种植转移：女性胃癌脱落种植转移至卵巢，称为**Krukenberg 瘤**。

(二) 临床表现

1. 晚期

①癌肿本身的表现：上腹部疼痛、肿块

②转移和压迫症状

③全身症状：消瘦、体重减轻

(三) 辅助检查与诊断

1. **首选检查：胃镜。**

2. **确诊检查：胃镜+活检**（应在可疑病变组织四周活检 4~6 处）

3. X 线钡餐

①溃疡型→龛影

②膨胀型→充盈缺损

③浸润型→胃壁僵硬失去蠕动

4. CT 检查：**增强 CT** 是胃癌分期的首选检查

5. 大便潜血试验：普查首选

(四) 治疗

1. 手术治疗

- (1) 早期胃癌：内镜下病灶切除
  - (2) 中晚期胃癌
    - ①根治性手术（胃癌治疗的主要手段）
    - ②姑息性手术：
2. 化疗：**进展期胃癌根治术均需化疗**，首选 FAM 方案。

## 肝脏疾病

### 一、肝硬化

#### (一) 常见病因

**乙型或丙型病毒性肝炎、酒精中毒、血吸虫病等**

#### (二) 病理特征

**假小叶形成（秒杀词）。**

#### (三) 肝硬化失代偿期临床表现

肝功 能减 退	①胆汁分泌↓	食欲不振、恶心、厌油、腹泻、黄疸
	②凝血因子合成↓	出血倾向和贫血
	③蛋白质合成↓	白蛋白↓、球蛋白↑→白球比例倒置
	④解毒功能↓	代谢产物积聚→血氨升高→肝性脑病
	⑤激素灭活障碍	雌激素及醛固酮积聚增多→ <b>肝掌、蜘蛛痣</b>
门脉 高压	①侧支循环建立开放	<b>食管与胃底V（直肠V丛/腹壁浅V）曲张</b>
	②脾肿大	脾功能亢进→全血细胞减少
	③腹水	肝功减退和门脉高压 <b>共同结果</b> ，肝硬化的 <b>突出表现</b>

#### (四) 辅助检查

##### 1. 肝细胞坏死阶段的检查

- ①谷丙转氨酶（ALT）↑、谷草转氨酶（AST）↑
- ②血清白蛋白↓/球蛋白↑，**A/G倒置**。肝功判断最有意义的检查

##### 2. 肝纤维化阶段的检查



血清Ⅲ型前胶原氨基末端肽（PIIIP）、Ⅳ型胶原、透明质酸、层粘连蛋白均升高。

穿了三（Ⅲ型前胶原氨基末端肽）四（Ⅳ型胶原）层（层粘连蛋白）还透透明质酸）

### 3. 特异性检查

- ①肝脏穿刺活检→假小叶形成（可确诊：**金标准**）
- ②胃镜→可直接确定食管及胃底有无静脉曲张（可确诊：**银标准**）
- ③X钡餐线造影→食管及胃底曲张，呈虫蚀样或蚯蚓状或串珠状充盈缺损

及纵行粘膜皱襞增宽（可确诊：**铜标准**）。

### (五) 常见并发症

1. 上消化道大出血：**最常见**并发症
2. 肝性脑病：①**最严重**并发症；②常见死因
3. 自发性细菌性腹膜炎（属于原发性腹膜炎）
4. 原发性肝癌
5. 肝肾综合征
6. 肝肺综合征

### (六) 治疗

1. 保肝治疗
2. 腹水的治疗

①限盐、限水；②利尿：首选**螺内酯**；③输注白蛋白，提高血浆渗透压；④放腹水；⑤**腹水浓缩回输（并发自发性腹膜炎时禁用）**

## 二、门脉高压症

1. 常见的病因：肝硬化、酒精中毒、血吸虫病
2. 门脉高压对机体的最大危害：**曲张静脉破裂出血**
3. 辅助检查
  - ①胃镜：食管胃底静脉曲张
  - ②X线钡餐检查：食管下段粘膜呈蚯蚓样、串珠样或虫蚀样充盈缺损

### 4. 治疗

- ①治疗的目的：防止大出血
- ②手术：首选**脾切除**+贲门周围血管断离术（冠、短、后、膈）

## 三、肝性脑病（HF）

### （一）病因、病机

1. 主要病因：重症肝炎或肝炎后肝硬化、酒精性肝硬化等。

2. **常见诱因：上消化道出血等。**

- 上消化道出血：**肠道细菌分解血浆蛋白产氨增多**
- 大量排钾利尿：**易致低血钾→碱中毒→氨生成增多**
- 高蛋白饮食：**氨生成增多**

3. 发病机制：血氨（NH<sub>3</sub>）增高→**干扰大脑的能量代谢。**

### （二）临床表现

1. 代偿期（0期）：**心理测试异常**、智力减退，如数字连接试验障碍

2. 失代偿期

一期（前驱期）：轻微**性格行为改变+扑翼样震颤**+脑电图正常。

二期（昏迷前期）：意识错乱+**睡眠障碍+扑翼样震颤**+脑电图异常。

三期（昏睡期）：意识错乱+**昏睡+扑翼样震颤**+脑电图异常。

四期（昏迷期）：意识丧失+**昏迷**+脑电图异常，扑翼样震颤无法引出。

### （三）辅助检查

1. 血氨增高（正常 6~35umol/L）

2. **脑电图 δ 波变慢**（正常 8~12 次/秒）

3. 心理测试异常：用于肝性脑病的诊断和轻微肝性脑病的筛选。

### （四）治疗及预防

1. 减少血氨来源

- ①短期**禁食蛋白质**，好转后逐渐给少量**植物蛋白**。
- ②清理肠道积血→酸性液灌肠（**禁用肥皂水灌肠**）、硫酸镁导泻。
- ③抑制肠道细菌生长→口服**利福昔明**或新霉素或甲硝唑
- ④酸化肠道→**口服乳果糖**

2. 增加氨的去路→应用降血氨药物：**L精氨酸-门冬氨酸**、支链氨基酸、**谷氨酸钾、谷氨酸钠**等。

3. 肝性脑病“四禁”

**①禁食蛋白质 ②禁用肥皂水灌肠 ③禁用维生素 B6 ④禁用镇静安眠药**

## 四、肝脓肿

(一) 病因病机

1. 病因：**胆道疾病**

2. 致病菌：**大肠杆菌**和金葡菌，多为厌氧与需氧菌**混合感染**。

3. 侵入途径：沿胆道系统**上行感染**

(二) 临床表现

1. **突发寒颤、高热**

2. **肝大、肝区疼痛**，压痛、叩击痛。

(三) 辅助检查

1. 首选→**B超**

2. 最可靠的检查→(B超引导下)**诊断性穿刺**，抽出脓液可证实本病。

3. X线检查：可见肝**脏阴影增大及右膈肌抬高**和活动受限；

4. 血象 WBC 升高，N%升高

(四) 鉴别诊断

**阿米巴肝脓肿**：可找到滋养体，脓液棕褐无臭，抗阿米巴有效。

(五) 治疗要点

1. **主要治疗：早期大量应用广谱抗生素**，疗程宜长。

2. 在 B 超引导下置管引流并冲洗：适用于**单个较大脓肿**。

3. 切开引流：适用于**较大脓肿**

4. 肝叶切除：多发细菌性肝脓肿，不适于手术者

## 五、原发性肝癌

(一) 病理

1. 高危因素：黄曲霉毒素

### 2. 病理分型

①根据起源：**肝细胞型（常见）**、胆管细胞型、混合型。

②根据大小：

微小肝癌（≤2cm）小肝癌（2~5cm）大肝癌（5~10cm）巨大肝癌（>10cm）

### 3. 转移与扩散

(1) 淋巴转移→最常转移至肝门淋巴结。

(2) 血性转移

➤ **肝内血性转移**最早最常见；肝外血性转移最常转移至肺。

(二) 临床表现：**肝功↓+进行性肝肿大+肝区疼痛+黄疸。**

(三) 辅助检查

1. **筛查首选检查：B超**，可显示直径 2cm 以上的肿瘤。

2. **特异检查：首选 AFP 测定**（最具特异性，普查首选）

①AFP>400ug/L 持续 4 周以上；②AFP > 200ug/L 持续 8 周以上；

3. **最可靠的确诊检查：是肝穿刺活检（金标准）**

4. 判断肿瘤有无腹腔和远处转移首选**增强 CT。**

(四) 诊断标准

1. 组织学标准：**肝穿刺活检**找到癌细胞是最诊断原发性的肝癌金标准。

2. 影像学标准：**两种影像学检查均显示有>2cm 的肝癌特征性占位病变**

3. 结合标准：**一种影像学检查显示有>2cm 的肝癌特征性占位性病变 +AFP≥**

**400ug/L**（排除妊娠、生殖系胚胎瘤，活动性肝炎等）。

(五) 治疗原则

1. 手术治疗：肝移植或部分肝切除；2.肝动脉栓塞化疗

## 胆道疾病

### 一、胆道解剖

Oddi 括约肌

作用是控制和调节胆汁、胰液排放，防止十二指肠内容物反流。

☞ 吗啡有致 Oddi 括约肌痉挛收缩的作用。故胆绞痛镇痛**禁用吗啡**。

**胆道疾病考点汇总**

1. 病因：**结石**，常见诱因：**暴饮暴食、饮酒/脂肪餐**

2. 主要临床表现是：**胆绞痛**

①阵发性加剧的右上腹疼痛；②向右肩背部放射

3. 首选检查：**B超**

4. 最佳治疗是**手术**

**胆囊**结石/胆囊炎→胆囊切除；**胆管**结石/胆管炎→胆管切开减压+T管引流

5. **Murphy征阳性**：表示病变在胆囊---见于**急性胆囊炎**

6. **Charcot三联症**：病变在**肝外胆管**---见于**肝外胆管结石、急性胆管炎**

7. **Reynolds五联征**：见于**急性梗阻性化脓性胆管炎**

8. **库瓦济埃征**阳性：首先：**胰头癌**，其次**胆总管下段癌、壶腹周围癌**

## 二、胆囊结石

### (一) 诊断

胆囊结石=暴饮暴食/饮酒后发作+突发右上腹阵发性疼痛、向右肩背部放射

+病人无发热、无黄疸+B超见胆囊内**强回声团后伴声影**。

### (二) 胆囊结石的治疗

1. 非手术治疗：**无症状且直径<2cm**或**儿童胆囊结石**原则上**不手术**，随诊。

2. 手术治疗：以下两种情况需手术治疗

(1) **有症状和（或）有并发症的胆囊结石，首选腹腔镜胆囊切除治疗。**

(2) **虽无症状但合并下列情况之一者，也应手术治疗：**

①结石直径 $\geq 2\sim 3\text{cm}$ 或数量多；②胆囊壁钙化或瓷性胆囊

③伴有胆囊息肉 $\geq 1\text{cm}$ 者；④胆囊壁增厚 $> 3\text{mm}$ 者，伴有慢性胆囊炎。

3. 胆囊切除+胆总管探查术

## 三、急性胆囊炎

(一) 病因：**胆囊结石**

(二) “秒杀词”：**Murphy 征阳性**

(三) 并发症：①胆囊穿孔（最严重）②胆源性肝脓肿或膈下脓肿。

## 四、肝外胆管结石

“秒杀词”：**Charcot 三联症阳性**→腹痛+寒战高热+黄疸

## 五、急性梗阻性化脓性胆管炎

(一) 常见病因：肝外胆管结石

(二) 致病菌：**大肠杆菌**等革兰阴性杆菌以及厌氧菌。

(三) 临床表现与诊断

1. **轻症“秒杀词”**：**夏科三联症阳性：腹痛、发热、黄疸**（痛性波动性）

2. **重症“秒杀词”**：**雷诺五联征阳性**：Charcot 三联症+休克+意识障碍。

(四) 治疗原则

1. 紧急手术：**胆总管切开减压+T管引流**；2.胆肠吻合术

## 六、胆管癌

1. 典型特征：进行加重的波动性梗阻性黄疸。

2. 上段胆管癌黄疸+胆囊无肿大。

3. 下段胆管癌黄疸+**库瓦济埃征 (+)**。

# 胰腺疾病

## 一、急性胰腺炎

(一) 病因诱因

1. 主要病因：胆道疾病（胆石症）

2. 常见诱因：暴饮暴食或大量饮酒

(二) 发病机制：

胰液对胰腺组织**自身消化**→胰腺炎。

(三) 临床表现

1. 急性间质水肿型胰腺炎→**上腹部疼痛**

①向腰背部呈带状放射；②弯腰屈膝侧卧位；③呕吐后腹痛不减轻。

2. 重症急性胰腺炎除上述表现外，另有以下表现：

- ① 皮肤青紫斑：腰肋部和下腹部：称 Grey-Turnet 征；脐周：称 Cullen 征
- ② 腹膜刺激征；③ 低血压或休克；④ 可有移动性浊音，腹水淀粉酶明显 ↑

(四) 辅助检查

1. B 超：筛查首选---对后期并发症检查有意义

2. 淀粉酶：特异性检查首选

(1) 血淀粉酶：病后 2-12h ↑，24h 达高峰，持续 3-5d，500u dl 可确诊  
(水平高低与病情不成比例)

(2) 尿淀粉酶：病后 12-24 升高，持续 1-2 周

(3) 腹水淀粉酶：诊断重症最可靠检查

3. 血清脂肪酶：病后病后 24h 升高，持续 7-10d，对就诊较晚者有价值

4. 血糖：空腹 > 10mmol/l

5. 血钙：< 2.0

反映胰腺坏死，提示预后不良

6. 增强 CT：判断胰腺坏死程度首选

7. 腹部平片：哨兵袢、结肠切割征是间接诊断胰腺炎指征。

(五) 诊断与鉴别诊断

1. 普通型急性胰腺炎（单纯型）=胆道病史+暴饮暴食/饮酒+骤发持续剧烈上腹痛+向腰背部放射、弯腰抱膝位、呕吐后腹痛不缓解+血淀粉酶升高。

2. 重症急性胰腺炎（出血坏死型）=普通胰腺炎表现+腹壁/脐周皮肤青紫斑  
+腹膜刺激征/休克+低 Ca、高糖/腹穿液淀粉酶可升高。

(六) 常见并发症

1. 局部并发症

- ① 胰腺脓肿：重症胰腺炎后 2~3 周，高热、腹痛、上腹肿块和中毒症状。
- ② 假性囊肿：发生于病后 3~4 周，上腹部包块，无发热。

### 2. 全身并发症

- ①多器官功能衰竭（MoF）②消化道出血（急性胃黏膜糜烂所致）
- ③胰性脑病；④继发感染；⑤暂时性高血糖；⑥慢性胰腺炎

### (七) 急性胰腺炎的治疗

#### 1. 内科治疗

- ①**禁食、胃肠减压**；
- ②减少胰液分泌：首选**生长抑素、奥曲肽**，次选：**奥美拉唑**
- ③抗生素：**喹诺酮类（轻型—不是必须）或亚胺培南（重型—必须）**。
- ④补液、防治休克；⑤镇痛解痉：常用山莨菪碱、阿托品等，**禁用吗啡**。

#### 2. 外科治疗

- ①**坏死组织清除+引流术**；②内镜下 Oddi 括约肌切开术

## 二、胰腺癌

1. 高发部位胰头部，**腺癌多见，与吸烟有关**，淋巴转移和癌浸润为主

2. 晚期三大症状--**腹痛（首发）+黄疸（主要症状）+消瘦乏力**

3. 特殊体征--**Courvoisier（库瓦济埃）征**。

#### 4. 辅助检查

- ①首选 **B 超**
- ②判断肿瘤切除可能性的首选检查是**增强 CT**
- ③**金标准：穿刺活检**
- ④糖抗原（CA19-9）增高：**可用于胰腺癌、胆管癌手术效果判断和预测复发**。

5. 手术治疗：首选**胰头十二指肠切除术**（Whipple 手术）。

## 肠道疾病

### 一、克罗恩病

(一) 病变部位：**回肠末端**

(二) 临床表现

#### 1. 肠道表现



①**腹痛（最常见）**：**进餐→腹痛→排便→缓解**，多位于右下腹或脐周。

②**腹泻**：多为糊状，**一般无脓血和黏液**。

③腹部包块：右下腹或脐周，固定腹块：有粘连，多有内瘘形成。

2. 肠外表现：**口腔溃疡**，皮肤结节性红斑，关节炎及眼病。

3. 病情分度：主要依据每日腹泻次数

①轻度<4次/日；②中度 4-6次/日；③重度>6次/日。

(三) 并发症

1. **肠梗阻**（肠腔狭窄）

2. **瘻管形成**：肛周脓肿、肛裂、肛瘘等是克罗恩病的特征性表现。

**反复发作的腹痛腹泻+肛瘘形成→克罗恩临床秒杀词**

(四) 辅助检查

1. 首选检查：结肠镜

**①纵行溃疡；②鹅卵石征(铺路石样)；③节段性分布**

2. 确诊检查：**结肠镜+活检---非干酪性肉芽肿。**

3. X线钡剂灌肠：所见同结肠镜检查。

(五) 治疗原则

1. 氨基水杨酸制剂（**柳氮磺吡啶、美沙拉嗪**）：

①轻、中度患者

②缓解期治疗（维持缓解治疗用药时间 3年以上）。

2. **糖皮质激素**：适用于各型中~重度患者和爆发性患者。

3. 激素无效或依赖，给予**免疫抑制剂**（硫唑嘌呤、甲氨蝶呤等）；

4. 生物制剂：单克隆抗体如**英夫利昔单抗**、阿达木单抗、维多珠单抗等

## 二、 溃疡性结肠炎（UC）

(一) 病因病机：高发年龄为 15-30 岁，病因病机不明。

(二) 病变部位：**直肠、乙状结肠**。始于直肠，**逆行**累及全结肠及末段回肠。

(三) 临床表现

1. 消化系统表现

①**反复发作的腹痛、腹泻+黏液脓血便，抗生素治疗无效。**

②腹痛一便意一便后缓解，**腹痛位于左下腹，可伴里急后重。**

2. 全身表现（中、重型）：**发热、消瘦、贫血、低蛋白血症**、水电紊乱。

3. 肠外表现：外周**关节炎，皮肤结节性红斑**等。

4. 病情分度

分度	腹泻次数	临床表现	辅助检查
轻度	<b>&lt;4次/日</b>	无发热, 便血(±), 贫血(±)	沉正常
中度	<b>4-6次/日</b>	介于轻度与重度之间	
重度	<b>&gt;6次/日</b>	<b>明显黏液脓血便</b> T>37.5℃、P>90次/分	Hb<100g/L 血沉>30mm/h

(四) 并发症

1. 常见并发症：**中毒性巨结肠**，多发生于横结肠

①常见诱因低钾、钡剂灌肠等；②诊断：溃结+发热、腹胀、腹部膨隆。

2. 其他并发症：肠穿孔、下消化道出血、直肠结肠癌变等。

(五) 辅助检查

1. 首选检查：结肠镜

**①多发性浅溃疡（仅累及粘膜及粘膜下层）②颗粒状；③弥漫性连续分布**

2. 确诊检查：结肠镜+活检

3. X线钡剂灌肠：**结肠扩张、结肠袋消失，肠壁变硬，缩短，呈铅管状。**

注意：重型或**暴发型不宜钡剂灌肠**--肠穿孔。

4. 实验室检查

[1]血液检查：①WBC↑Hb↓；②血沉↑、C-反应蛋白↑（表示活动期）。

[2]粪便检查：①可见红细胞、脓（白）细胞；②大便**细菌培养阴性**。

(六) 治疗

1. 氨基水杨酸制剂（5-ASA）：适用于轻、中度患者，常用**柳氮磺胺吡啶（SASP）、美沙拉嗪**等。

2. 糖皮质激素：对5-ASA疗效不佳的轻、中度患者，特别用于**重度**患者。

3. 免疫抑制剂：硫唑嘌呤或巯嘌呤，用于**激素无效**或依赖慢性患者。

4. 生物制剂：常用药物有**英夫利昔单抗**、阿达木单抗、维多珠单抗等。

### 三、肠梗阻

#### (一) 临床表现

**①痛、吐、胀、痹；②水电酸碱平衡紊乱。**

#### (二) 病理临床类型及诊断

##### 1. 病因分类

(1) **粘连性（最常见）**：常有腹膜炎、腹部手术、外伤等病史。

##### (2) **肠扭转性**

①小肠扭转：青壮年饱餐后剧烈运动，X线：“假瘤征”、“咖啡豆征”。

②乙状结肠扭转：慢性便秘的老年男性，腹部呈不对称、高度膨胀 X 见马蹄状结肠袢，立位两个液平，钡灌肠“鸟嘴形”。

(3) **肠套叠**：原发性多见于婴幼儿（**最多见**），继发性多见于成人。

①小儿肠系膜长、宽松。

②典型表现：**腹痛哭闹、果酱样血便、腊肠样腹部肿块。**

③首选检查和治疗：低压空气灌肠。

##### 2. 部位分类

(1) **高位肠**：呕吐明显，腹胀、振水音、吐酸→低氯低钾碱中毒

(2) **低位**：腹胀明显，呕吐物可有臭味、吐碱→代谢性酸中毒

##### 3. 有无坏死分类

(1) **单纯性**：肠鸣音亢进、可见肠型、蠕动波、肠管无血运障碍、无坏死、**腹膜刺激征（-）**，腹痛为阵发性。

(2) **绞窄性**：**肠鸣音消失、肠管血运障碍、坏死、腹激征（+），呕吐频繁；腹穿见血性液体，持续性腹痛阵发性加剧（需急症手术）。**

##### 4. 根据肠壁平滑肌运动状态分类

(1) **机械性**：肠鸣音亢进、可见肠型、蠕动波，X线阶梯状气液平面。

(2) **麻痹性**：全腹胀痛、肠鸣音减弱或消失、腹膜刺激征不明显，X线可见大小肠扩张。

##### 5. 发病缓急分类

(1) **急性**：发病急、进展快，肠管肠壁变薄，引起**等渗性缺水**。

(2) **慢性**：发病缓、病程长，肠管代偿性肥厚引起**低渗性缺水**。

(三) 辅助检查：**首选立位 X 线--可见多个阶梯状气液平面**。

(四) 治疗原则

1. 基本治疗

**①禁食、胃肠减压**

**②补液纠正水、电、酸、碱平衡紊乱--纠正全身生理紊乱主要措施。**

2. 手术治疗

**①术式--切除坏死肠管**

**②适应证：由绞窄性肠梗阻、肠扭转、肿瘤、结石、先天畸形引起**

## 四、结肠癌

(一) 病理

1. 组织类型：腺癌多见

2. 大体形态

**①浸润性（左侧结肠）；②增生型（右侧结肠）；③溃疡型；④胶样型**

3. 转移途径

**①淋巴转移至肠周（主要）；②血液转移至肝、其次是肺。**

4. 病理分期：目前通用 TNM 分期。

(二) 临床表现

1. 最早期症状：**排便习惯和粪便性状**的改变。

2. 腹痛、腹泻、**粘液脓血便**。

3. **左侧**结肠癌：多为浸润型，易致**急性肠梗阻**、便秘、腹胀、血便多见。

4. **右侧**结肠癌：多为肿块型，全身症状为主：有**贫血、消瘦**、腹部包块。

(三) 辅助检查

1. 首选检查：结肠镜

2. 确诊检查：**结肠镜+活检**：最有效的**确诊检查**。

3. CT 检查：是判断肿瘤大小、浸润深度以及有无转移最好的检查。

4. **血清癌胚抗原（CEA）测定**：用于对手术效果和术后复发的评价。

5. **粪便潜血实验阳性**

(四) 治疗：根治手术

①左半结肠切除；②右半结肠切除；③横结肠切除。

**术前均需做充分的肠道准备。**

## 五、肠结核

(一) 发病机制：结核杆菌入肠道后在**回盲部**引起病变。

(二) 临床表现

1. 结核毒血症状：**潮热、盗汗、消瘦、贫血和乏力**等。

2. 消化道症状：

①**腹痛、腹部肿块**（多位于右下腹或脐周）

②**大便习惯改变**：有腹泻（**无脓血及里急后重**）增生型肠 TB 以便秘为主。

3. 并发症：肠梗阻多见

(三) 诊断：病史+临床表现+辅助检查

1. 结核病史：中青年患者有肠外结核，主要是肺结核病史

2. 临床表现：**腹痛、腹泻、便秘**等消化道症状；右下腹压痛、腹块、或原因不明的肠梗阻，伴有**发热、盗汗**等结核毒血症状；

3. 辅助检查

①X 线钡剂：**跳跃征**、溃疡、肠管变形、狭窄等征象；

②结肠镜：**回盲部**的炎症、溃疡、炎症息肉或肠腔狭窄

③结核菌素试验**强阳性**或结核感染 T 细胞斑点试验**T-SPOT 阳性**。

④病理活检：**干酪性肉芽肿**，或活检找到**抗酸杆菌**均可诊断。

(四) 抗结核化疗：**早期、联合、适量、规律、全程**。

## 六、结、直肠息肉（助理不考）

(一) 病理分类

1. 腺瘤性息肉：常为**癌前病变**。

2. 炎性息肉：黏膜**炎性增生**或血吸虫卵性以及良性淋巴样息肉

3. 错构瘤性息肉：**幼年性息肉**及色素沉着息肉综合征。

4. 家族性息肉：**癌变率 100%**，必须手术。

- (二) 临床表现：腹泻、粘液脓血便或排便次数增多+肛门**可复性肿块**。
- (三) 辅助检查：**直肠指检、结肠镜**
- (四) 治疗：结肠和直肠**上段**息肉**内镜下切除**，直肠**下段**息肉经**肛门切除**。
- (五) 肠道疾病诊断与鉴别诊断

鉴别要点	克罗恩病	溃疡性结肠炎	肠易激	肠结核	结肠热	肠梗阻
病变部位	末段回肠	直肠,乙状结肠		回盲部	左浸润 右肿块	
病理特点	非干酪样变			干酪样		
溃疡特点	①纵行裂沟 ②鹅卵石征 ③节段分布	①多发浅溃 ②颗粒状 ③连续性分布				
腹泻特点	无黏液脓血	有黏液脓血		便秘/腹泻	粘液脓血便	
临床特征	形成瘘管	抗生素无效	精神紧张症状加重	低热盗汗	排便习惯改变	痛、呕吐、闭
并发症	肠梗阻	中毒巨结肠	神经衰弱	肠梗阻	肠梗阻	
确诊检查	①首选检查--肠镜②确诊检查--肠镜+活检③钡剂灌肠 X 线					立位 X 线
首选治疗	①轻、中度:氨基水杨酸类 ②糖皮质激素 (重型.爆发型) ③免疫抑制剂、生物制剂		匹维溴铵 微生制剂 心理治疗	抗结核化疗	手术	禁食胃肠减压 纠正水电紊乱 手术

## 七、肠易激综合征 (IBS)

### (一) 病因病机

**肠道感染后和精神心理障碍**是重要因素。

(二) 临床特点：**症状重、体征轻、辅助检查（结肠镜、活检、X 线钡餐）**，常因某种饮食或精神紧张时症状加重。

### (三) 诊断：依据罗马 III 诊断标准

1. 病程半年以上且近 **3 个月来持续**存在腹部不适或腹痛
2. 同时伴有下列特点中至少 2 项

**①症状在排便后改善**；②伴随排便次数改变；③伴随粪便性状改变。

### (四) 治疗

1. 一般治疗：高纤维食物改善便秘。
2. 对症处理

3. 心理和行为疗法：给予匹维溴铵，双歧杆菌、乳酸杆菌、酪酸菌等微生物生态制剂，可纠正肠道菌群失调。对失眠、焦虑者可适当给予镇静药。

## 急性阑尾炎

### (一) 病因病机

1. 发病原因：阑尾口周围**淋巴滤泡增生**引起的阑尾腔**阻塞**。
2. 容易坏死原因：阑尾动脉为**无侧支的终末动脉**。
3. 致病菌：各种**G-杆菌（大肠杆菌）**和厌氧菌。

### (二) 临床表现

#### 1. 典型表现

- ①转移性右下腹痛：始于脐周，转移并固定右下腹。
- ②右下腹麦氏点压痛、反跳痛、腹肌紧张，**结肠充气实验阳性**。

#### 2. 特殊表现

- ①**腰大肌实验阳性**→提示位置深，腰大肌前方靠近后腹膜（**盲肠后位**）。
- ②**闭孔内肌实验阳性**→提示阑尾位置较低（盆位）。

#### 3. 分型判断

病理类型	临床特征
急性单纯性阑尾炎	转移性右下腹痛+ <b>右下腹固定压痛</b>
急性化脓性阑尾炎	转移性右下腹痛+ <b>右下腹压痛、反跳痛</b>
急性穿孔性/坏疽型阑尾炎	转移性右下腹痛+ <b>全腹弥漫型压痛、反跳痛</b>
阑尾周围脓肿	转移性右下腹痛 3 天以上+ <b>右下腹触及囊性肿块</b>

### (三) 特殊阑尾炎

1. 婴幼儿急性阑尾炎：症状、体征不典型
2. 老年人急性阑尾炎：症状、体征不典型；易穿孔
3. 妊娠期急性阑尾炎：压痛点偏向上外侧；②症状、体征不典型；③易流产和早产

◆**手术切口需偏高、围手术期加用黄体酮、术后可不放置引流。**

### (四) 辅助检查：**首选 B 超**

### (五) 术前并发症

1. 腹腔脓肿：**阑尾周围脓肿（最常见）**
2. 内外瘘形成
3. 门静脉炎/急性肝脓肿

### (六) 治疗原则

应尽早（24h内）手术，应放置引流条，超过72h易穿孔并发腹膜炎。

1. 急性单纯性阑尾炎：行阑尾切除术
2. 急性化脓性/坏疽性/穿孔性阑尾炎：**阑尾切除术+清除腹腔脓液+放引流**
3. 阑尾周围脓肿：支持治疗+抗生素+**3个月后二期手术**切除阑尾。

### (七) 术后并发症

1. **切口感染**（最常见）：切口红肿、流脓--拆除缝线、引流脓液。
2. **术后腹腔内大出血（最严重）**
3. 腹腔脓肿：**①膈下脓肿，②盆腔脓肿**
4. 粘连性肠梗阻；阑尾残株炎；粪瘘

## 直肠肛管疾病

### 一、肛裂

1. 高发部位：肛管后正中（截石位6点）。
2. 临床表现
  - ①三大症状：**肛周疼痛**（排便时与排便后疼痛有间歇期）+**便秘+出鲜红血**。
  - ②三大体征（肛裂三联征）：**肛裂+前哨痔+齿状线上相应的乳头肿大**。
3. 治疗原则
  - ①给予1:5000PP液坐浴，排便—坐浴—换药。
  - ②必要时行肛裂切除/肛管内括约肌切断术。

### 二、直肠肛管周围脓肿

1. 病因：肛窦炎、肛腺炎→肛周脓肿→肛瘘（病程发展）
2. 临床特点及诊断

肛门周围脓肿

坐骨肛管间隙脓肿

骨盆直肠间隙脓肿



发病 机制	<b>肛腺感染</b> 向下至肛周皮下	肛腺感染经外括约肌向外扩 散至坐骨直肠间隙形成	坐骨直肠间隙脓肿向上穿破 肛提肌达骨盆直肠间隙
----------	---------------------	----------------------------	----------------------------

脓肿特点	位置浅表，不大	位置较深，较大	位置很深，较大
局部症状	<b>局部症状明显：肛周持续性跳痛</b>	<b>局部症状明显：持续性跳痛，排尿困难，里急后重</b>	<b>局部症状不明显，有坠胀感便不尽感，排尿困难</b>
全身症状	不明显	明显	明显
查体	局部红肿，压痛脓肿形成时有波动感	肛门红肿，双臀不对称肛诊有深压痛，波动感	会阴部正常直肠壁触到痛性肿块，波动感

### 3. 治疗原则

(1) 非手术治疗：**早期联合应用抗生素**、温水坐浴、局部理疗、口服缓泻剂或石蜡油以减轻患者排便时疼痛。

(2) 手术治疗：**晚期（有波动）切开引流**，其中**肛周脓肿的手术切口与肛门呈放射状，坐骨肛管间隙脓肿为平行于肛缘的弧形切口**。

## 三、肛瘻

1. 病因：肛门周围皮下脓肿破溃形成，由**内口、瘻管、外口**三部分组成。

2. 临床表现与诊断：肛门周围发现有**外瘻口**，**分泌物排出**，症状反复发作。

直肠指检：**条索状物**，挤压有脓性分泌物流出。瘻管造影：**窦道存在**。

### 3. 治疗

①治疗原则：切开瘻管形成开放创面促使愈合

②**必须手术**。③术前须明确**瘻管和肛门括约肌**的解剖关系。

## 四、痔

### (一) 诊断

#### 1. 内痔

①齿状线以上，好发于截石位 3、7、11 点；

②**无痛性间歇性便血（鲜血）**，血与便不混。

③临床分为四度：**除 I 度外，II、III、IV 度均有痔核脱出**。

#### 2. 外痔

①位于齿状线以下，受**躯体神经**支配（对痛觉**敏感**）。

②肛门不适、瘙痒，痔核脱出的血栓性外痔呈**暗紫色、剧痛**。

③嵌顿性外痔易感染、坏死。

3. 混合痔：兼有内外痔特征，脱出肛门形成梅花状（梅花痔、环状痔）

### (二) 治疗

1. 治疗原则：**无症状的痔无需治疗**。有症状以非手术治疗为主。

2. 治疗方法：一般疗法（调整饮食、坐浴等）。硬化剂注射、冷冻、结扎法、胶圈套扎疗法、手术：外痔首选**剥离术**

## 五、直肠癌

### (一) 直肠癌和结肠癌比较

项目	结肠癌	直肠癌
组织类型、分期	腺癌多见，TNM 分期	
主要转移途径	直接浸润肠壁、淋巴转移至肠周，血液转移至肝	
早期特征	排便习惯和粪便性状改变	
中晚期表现	腹痛、腹部肿块、粘液脓血便	
确诊检查	肠镜 + 活检	
普查	大便潜血试验	
术后判断	CEA	
直肠刺激征	<b>多无</b>	<b>有:里急后重、下坠等</b>
首选检查	<b>结肠镜</b>	<b>直肠指诊</b>
治疗方案	<b>结肠癌于术</b>	<b>直肠癌于术</b>

### (二) 直肠癌手术治疗

1. **经腹会阴联合直肠癌根治术（Miles 手术）**：适用于**腹膜返折以下**的直肠癌。于左下腹永久性乙状结肠**单腔造口**。

2. **腹腔直肠癌切除术（Dixon 手术）**：应用最多的直肠癌根治术。适用于**距齿状线 5cm 以上**的直肠癌。

3. **经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术（Hartmann 手术）**：适用于**全身情况很差**，不能行其他术式者。

## 消化道大出血

### (一) 常见病因

1. 上消化道大出血 最常见病因是**消化性溃疡**，其次是**肝硬化食道胃底静脉曲张破裂**等。
2. 中消化道出血 肠血管畸形、克罗恩病、各种恶性肿瘤、肠套叠等。
3. 下消化道出血 痔和肛裂是最常见的原因。
4. 全身性疾病导致的出血也可累及消化道。

### (二) 临床表现

1. **原发病表现**
2. **呕血、黑便**（特征性表现）
3. **失血性休克、失血性贫血**
4. **发热**：
5. **贫血和血象变化**：3-4 小时及以上出现贫血。出血 24 小时内网织红细胞计数增高，出血停止后逐渐降至正常。

### (三) 出血量的估算

1. 成人每日上消化道出血量>5ml→**粪便潜血试验阳性**
2. 每日出血量>50ml→**黑便**
3. 每日出血量>250ml→**呕血**
4. 每日出血量<400ml→**无**心悸、胸闷、头晕等生命体征改变。
5. 每日出血量≥1000ml→**失血性休克**

### (四) 辅助检查

1. **首选检查——急诊内镜（出血停止后 24~48 小时内进行）**
2. **血 BUN 测定**：上消化道大出血升高；下消化道出血不升高

### (五) 治疗

#### 1. 失血性休克患者的紧急处理

- (1) 中凹卧位、头偏向一侧、保持呼吸道通畅、必要时吸氧
- (2) 紧急输血、补液扩容抗休克

- (3) 禁食
- (4) 必要时边抗休克边手术探查。

## 2. 止血措施

- (1) 食管胃底静脉出血

**止血措施：选择顺序①胃镜→②三腔二囊管→③手术。**

注意事项

- ①胃镜止血：**首选**措施。
- ②药物止血：药物止血是配合措施，首选**生长抑素**、血管加压素。
- ③三腔二囊管：既是诊断方法也是治疗措施，内镜和药物无效时选择。
- ④手术止血：首选**脾切除+贲门周围血管断离术**

- (2) 非食管胃底静脉出血

[1] **止血措施：选择顺序①药物→②胃镜→③介入治疗→④手术** [2]

注意事项

- ①药物止血：首选 PPI（**奥美拉唑**静脉点滴），次选 H2 受体阻滞剂。
- ②胃镜止血：**24h（内）急诊首选**。
- ③介入治疗：内镜治疗不佳时，可通过血管介入栓塞胃十二指肠动脉。
- ④手术止血：保守无效者，可行手术治疗（**毕 1 式、毕 2 式**）。

# 腹膜炎

## 一、急性继发性腹膜炎

### (一) 病因

- 1. 病因：最常见原发病**坏疽性阑尾炎、腹腔脏器急性穿孔、腹部外伤**等。
- 2. 致病菌：以**大肠埃希菌**最常见，其次厌氧菌。为混合感染，毒性大毒力强。

### (二) 临床表现

- 1. 原发病史和**原发病表现（先有）**
- 2. 腹膜炎表现

**①持续性腹痛：疼痛剧烈、病变脏器所在部位最显著**

**②腹膜刺激征：腹壁压痛、反跳痛、腹肌紧张，**

## ③肝浊音界缩小、肠鸣音减弱或消失。

### (三) 辅助检查

1. 首选检查：诊断性腹腔穿刺——可抽出相应液体
2. 空腔脏器穿孔：次选立位 X 线可见膈下游离气体
3. 实质脏器病变/破裂引起者：次选腹部 B 超
4. 血常规检查：血 WBC↑、N%↑

### (四) 治疗

1. 禁食、胃肠减压：最重要的基础治疗措施。
2. 手术：处理原发病灶、清理腹腔、放置腹腔引流

### (五) 术后并发症

①切口感染最常见；②腹腔内出血最严重；③肠粘连、腹腔脓肿等。

## 二、腹腔脓肿

1. 主要表现：腹膜炎或腹部外伤数日后，突然腹痛高热，X 线、B 超、CT、穿刺抽出脓液均可确诊。
2. 膈下脓肿：有胸痛、呼吸困难，X 线膈肌抬高；盆腔脓肿者可有直肠刺激征/膀胱刺激征阳性。
3. 脓肿早期治疗抗生素为主；晚期（有波动）以穿刺抽脓/切开引流为主。

## 三、结核性腹膜炎

### (一) 病因、病理

1. 中青年多见，常由腹腔内的结核病灶直接蔓延所致。
2. 病理分：渗出型、干酪型（最严重）和粘连型（最常见易引起肠梗阻）。

### (二) 临床表现

1. 结核毒血症状
2. 腹痛、腹胀、腹泻（一般每日不超过 4 次，粪便多呈糊状）。
3. 腹壁柔韧感（秒杀结核性腹膜炎）
4. 腹水、腹部肿块

### (三) 常见并发症--肠梗阻

## (四) 辅助检查

1. **腹腔镜+腹膜活检：确诊最有意义的检查**（腹膜广泛粘连者禁忌腹腔镜）。
2. 腹水检查
  - ①腹水多为**草黄色渗出液**，比重>1.018，蛋白质定量超过 30g/L
  - ②腹水培养：**普通细菌培养为阴性，抗酸杆菌培养可阳性。**
3. ESR ↑可作为活动性病变的简易指标，PPD 试验强阳性对诊断有帮助。

(五) 治疗原则--抗结核化疗--**早期、联合、适量、规律、全程。**

## 腹外疝

### 一、 腹股沟区解剖

1. **腹股沟管：斜疝**必经，内口即深环，**位于腹股沟韧带中点上方 2cm 处。**
2. Hesselbach 三角：又称直疝三角，**直疝在此形成。**
3. **股管：是股疝的通道**，股管下口为卵圆窝，大隐静脉在此进入股静脉。

### 二、 腹外疝

#### (一) 病因病机

1. 内因：先天性腹壁肌肉薄弱
2. 外因：增加腹内压。

#### (二) 病理类型

1. 易复性疝：疝内容物易回纳入腹腔。
2. 难复性疝：疝内容物不能完全回纳入腹腔。
3. 嵌顿性疝：疝内容物强行进入疝囊形成嵌顿性疝。
4. **绞窄性疝：疝内容物被嵌顿过久，动脉性血循环障碍失去活力甚至坏死即为绞窄性疝。**

#### (三) 诊断和鉴别诊断

要点	直疝	斜疝	股疝
发病年龄	青少年、儿童	老年男性	中老年女性
突出途径	<b>经腹股沟管，进入阴囊</b>	<b>经直疝三角，不入阴囊</b>	<b>腹股沟韧带下方卵圆窝处</b>
疝块外形	椭圆或梨形		<b>半球形</b>

压迫深环（内口） 试验	增高腹内压疝块 <b>不再突出</b>	<b>仍可突出</b>	仍可突出
精索和疝囊关系	精索在疝囊后方	精索在疝囊前外方	



疝囊颈与腹壁下动脉的关系	疝囊在腹壁下动脉 <b>外侧</b>	疝囊在腹壁下动脉 <b>内侧</b>	
嵌顿机会	较多	<b>一般不嵌顿</b>	<b>最容易嵌顿</b>

## (四) 腹外疝的治疗

1. 非手术治疗：<1岁婴幼儿暂不做手术；年老体弱和伴严重疾病禁手术。

2. 手术治疗

(1) 适应症：①所有绞窄性疝；②所有股疝；③大于4小时的嵌顿疝。

(2) 手术方式

1) 疝囊高位结扎术：①一岁以上的小儿；②所有绞窄疝

2) 疝囊结扎+疝修补术

### [1]无张力修补术

①适应症：年老体弱、腹壁肌肉薄弱，首选平片无张力疝修补术（Lichtenstein 手术）。

### [2]经腹腔镜疝修补术（LIHR）

[3]传统修补术

①Ferguson 法：加强腹股沟管前壁（前壁首选）

②Bassini 法：加强腹股沟管后壁（后壁首选，临床最常用）

③McVay 法：加强腹股沟管后壁（股疝首选）。

## 腹部损伤

### 一、腹部损伤概述

腹部损伤分类：开放性（最常见肝）、闭合性（最常见脾）。

### 二、腹部闭合性损伤

(一) 临床表现

1. 实质性脏器破裂

①肝、脾、胰、肾等或大血管损伤时腹腔内出血，可出现失血性休克。

②体征最明显处可能是损伤所在部位。

2. 空腔脏器破裂

①出现弥漫性腹膜炎；②胃液、胆汁、胰液刺激最强>肠液>血液

## (二) 辅助检查

1. **诊断性腹腔穿刺术和腹腔灌洗术**：实质和空腔脏器损伤均为**首选**检查
2. **B超检查**--实质脏器损伤者的次选检查--安全、简便、无创。
3. 立位 X 线检查--空腔脏器损伤者的次选检查--可见**膈下游离气体**。

## (三) 急症手术探查

1. 探查次序：**先探查肝、脾→膈肌**、胆囊→从胃开始,逐段检查肠道等

## 三、常见腹腔内脏损伤

### (一) 脾破裂

1. **脾脏是腹部损伤中最常受损的器官。**
2. **主要表现：左上腹部外伤+失血性休克。**
3. 治疗原则：边抗休克边紧急手术。

**注意：中央型脾破裂患者，可出现迟发性休克**

### (二) 肝破裂

1. **开放性腹部损伤中占首位。**
2. **右上腹部外伤+失血性休克+腹膜刺激征**
3. 如胆汁溢入腹腔，则有明显腹痛和腹膜刺激征。
4. 如血液通过胆管进入十二指肠则出现黑粪或呕血。
5. 手术方式——单纯缝合,肝动脉结扎或肝部分切除。

**注意：中央型肝破裂者，腹膜刺激征不明显，可出现呕血、黑便**

### (三) 胰腺损伤

1. 上腹部强力挤压 (**方向盘伤、把手伤**) 所致，常合并**十二指肠损伤**。
2. **弥漫性腹膜炎**表现。
3. 诊断性**腹穿液中高淀粉酶含量**可确诊。
4. 治疗原则：紧急手术，术后放置引流 3-4w 以防胰瘘。

### (四) 肠管损伤

1. **小肠破裂：早期即明显的腹膜炎表现。**
2. 结肠破裂
3. 直肠损伤