

执业医师临床禁忌丛书

Xiao Hua Ke Lin Chuang Jin Ji Shou Ce

消化科

临床禁忌手册

主编 厉有名

中国协和医科大学出版社

执业医师临床禁忌丛书

消化科临床禁忌手册

厉有名 主编

编者名单 (按章次先后为序)

顾竹影	主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
向荣成	主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
厉有名	教授、主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
季峰	主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
许毅	副主任医师	浙江大学医学院附属第一医院精神科
裘云庆	主任医师	浙江大学医学院附属第一医院感染科
章宏	副主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
王开明	主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
陈春晓	主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
陈李华	副主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
刘玉兰	教授、主任医师	北京大学人民医院消化科
王晶桐	副主任医师	北京大学人民医院消化科
朱元民	副主任医师	北京大学人民医院消化科
许国强	副主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科
姜玲玲	副主任医师	浙江大学医学院附属第一医院消化科

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化科临床禁忌手册/厉有名主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2004.6

(执业医师临床禁忌手册)

ISBN 7-81072-532-7

I. 消… II. 厉… III. 消化系统疾病—临床医学—禁忌—手册 IV. R57-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 045833 号

执业医师临床禁忌丛书

消化科临床禁忌手册

主 编: 厉有名

责任编辑: 吴桂梅 王 炜

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京竺航印刷厂

开 本: 850 × 1168 毫米 1/32 开

印 张: 13.75

字 数: 300 千字

版 次: 2004 年 10 月第一版 2004 年 10 月第一次印刷

印 数: 1—3000

定 价: 38.00 元

ISBN 7-81072-532-7/R·527

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

随着我国医疗卫生改革的不断深入和《医疗事故处理条例》的贯彻实施,严格遵循诊疗和技术操作常规,对避免和减少医疗事故和医疗纠纷尤为重要。近年来,我国虽然有不少消化科诊疗方面的书籍出版,但尚无以消化科疾病诊疗、操作过程中的禁忌证为重点的著作。为此,在中国协和医科大学出版社的支持、鼓励下,我们组织了众多具有丰富临床经验的专业人员,着手编写这本以消化科临床禁忌证和注意点为主的参考书。

近20年来,科学技术飞速发展,消化科领域也发生了巨大的变化,新理论、新技术、新方法层出不穷。随着对各种消化科疾病的认识、研究不断深入,以及各种新的诊疗方法的应用与改进,临床诊疗及操作中禁忌证的概念得到不断修正和更新,一些过去被认为是临床绝对禁忌证的诊疗措施,已逐渐成为临床上相对的禁忌证或适应证。

本书的编写得到了浙江大学医学院附属第一医院和北京大学人民医院消化科医师的大力支持,书中力求全面阐述现代消化科诊疗方面的禁忌证和临床注意事项,在各章中亦阐述了我们的经验和认识,希望能够为广大临床消化科医师提供借鉴和参考,为提高诊疗质量、减少医疗事故提供帮助,亦希望成为年轻的消化科临床医师继续教育教材之一。

科技发展日新月异,限于我们的水平,本书难免有疏漏和不足之处,敬请各位同道指正,以便日后改进。我们热切希望广大消化科医师在临床工作中不断总结经验,补充完善,为促进我国消化科事业的发展共同努力。

编 者

2004年4月

目 录

第一章 消化道疾病常见症状的诊断思路及诊断

注意事项·····	(1)
第一节 恶心和呕吐·····	(1)
第二节 反酸和胸骨后烧灼感·····	(6)
第三节 吞咽困难·····	(7)
第四节 消瘦和畏食·····	(12)
第五节 腹痛·····	(15)
第六节 腹泻·····	(20)
第七节 腹水·····	(24)
第八节 腹部肿块·····	(35)
第九节 黄疸·····	(42)
第十节 便秘·····	(54)
第十一节 消化道出血·····	(59)
第十二节 消化道疾病其他脏器表现·····	(73)

第二章 消化道疾病常用检查技术与临床禁忌····· (79)

第一节 临床病史和体格检查·····	(79)
第二节 常用实验室检查·····	(80)
第三节 超声检查·····	(86)
第四节 X 线检查·····	(89)
第五节 内镜检查·····	(95)
第六节 CT 检查·····	(101)
第七节 MRI 检查·····	(102)

第八节 选择性腹腔动脉造影检查·····	(103)
第九节 消化道运动功能检测·····	(104)
第十节 消化管腔内酸碱度及胆盐测定·····	(119)
第三章 消化道疾病常用治疗技术与临床禁忌·····	(121)
第一节 营养支持疗法·····	(121)
第二节 消化道疾病的介入治疗·····	(126)
第三节 消化道疾病的心身治疗·····	(142)
第四节 消化道疾病的抗菌治疗注意事项·····	(148)
第四章 食管疾病诊治与临床禁忌·····	(150)
第一节 先天性食管疾病·····	(150)
第二节 食管功能性疾病·····	(155)
第三节 食管创伤·····	(163)
第四节 食管异物·····	(167)
第五节 食管炎症性疾病·····	(169)
第六节 食管静脉曲张症·····	(173)
第七节 Barrett 食管·····	(175)
第八节 食管肿瘤·····	(176)
第九节 某些全身性疾病的食管表现·····	(181)
第五章 胃部疾病的诊治与临床禁忌·····	(184)
第一节 胃炎·····	(184)
第二节 胃溃疡·····	(188)
第三节 胃结核·····	(191)
第四节 胃动力障碍性疾病·····	(192)
第五节 胃癌·····	(194)
第六节 胃其他恶性肿瘤·····	(197)
第七节 胃良性肿瘤·····	(199)
第八节 胃先天异常和遗传性疾病·····	(200)

第九节 胃其他疾病·····	(201)
第六章 十二指肠疾病诊治与临床禁忌·····	(205)
第一节 十二指肠炎·····	(205)
第二节 十二指肠溃疡·····	(205)
第三节 十二指肠肿瘤·····	(206)
第四节 十二指肠重复畸形·····	(207)
第五节 十二指肠壅滞和梗阻·····	(208)
第六节 Brunner 腺增生症 ·····	(209)
第七节 十二指肠憩室·····	(209)
第七章 小肠疾病诊治与临床禁忌·····	(211)
第一节 急性肠炎·····	(211)
第二节 慢性溃疡性空肠 - 回肠炎·····	(212)
第三节 急性出血坏死性肠炎·····	(213)
第四节 小肠结核·····	(214)
第五节 小肠肿瘤·····	(216)
第六节 小肠先天异常和遗传性疾病·····	(221)
第七节 小肠憩室·····	(225)
第八节 短肠综合征·····	(226)
第九节 原发性小肠结石·····	(227)
第十节 小肠溃疡·····	(228)
第十一节 小肠的其他疾病·····	(230)
第八章 结肠疾病诊治与临床禁忌·····	(241)
第一节 炎症性肠病·····	(241)
第二节 细菌性痢疾·····	(250)
第三节 阿米巴肠病·····	(254)
第四节 结肠血吸虫病·····	(259)
第五节 肠道真菌病·····	(261)

第六节	假膜性肠炎·····	(265)
第七节	性传播胃肠道疾病·····	(269)
第八节	结肠肿瘤·····	(272)
第九节	结肠先天异常和遗传疾病·····	(278)
第十节	结肠其他疾病·····	(285)
第十一节	阑尾疾病·····	(289)
第九章	肝脏疾病诊治与临床禁忌·····	(296)
第一节	病毒性肝炎·····	(296)
第二节	肝硬化门脉高压症·····	(305)
第三节	肝脓肿·····	(320)
第四节	肝寄生虫病·····	(324)
第五节	脂肪肝·····	(327)
第六节	酒精性肝病·····	(330)
第七节	肝脏肿瘤·····	(333)
第八节	自身免疫性肝炎·····	(340)
第九节	原发性胆汁性肝硬化·····	(342)
第十节	肝豆状核变性·····	(343)
第十一节	肝移植·····	(345)
第十章	胆道疾病诊治与临床禁忌·····	(350)
第一节	急性胆囊炎·····	(350)
第二节	慢性胆囊炎·····	(353)
第三节	急性胆管炎·····	(355)
第四节	原发性硬化性胆管炎·····	(359)
第五节	胆囊结石·····	(361)
第六节	胆管结石·····	(364)
第七节	胆管癌·····	(369)
第八节	胆囊癌·····	(371)

第九节 壶腹周围癌·····	(373)
第十节 胆囊良性肿瘤·····	(374)
第十一节 胆管良性肿瘤·····	(376)
第十二节 先天性胆道闭锁·····	(377)
第十三节 先天性胆管囊样扩张·····	(378)
第十四节 Caroli 病 ·····	(380)
第十五节 华支睾吸虫病·····	(381)
第十六节 胆道姜片虫病·····	(382)
第十七节 胆道蛔虫病·····	(383)
第十八节 胆囊扭转·····	(385)
第十九节 胆瘘·····	(386)
第二十节 胆管狭窄·····	(387)
第二十一节 胆囊切除术后综合征·····	(388)
第二十二节 Oddi 括约肌功能不良 ·····	(389)
第十一章 胰腺疾病诊治与临床禁忌·····	(391)
第一节 急性胰腺炎·····	(391)
第二节 慢性胰腺炎·····	(398)
第三节 特殊类型的胰腺炎·····	(400)
第四节 胰腺结核·····	(402)
第五节 胰腺癌·····	(403)
第六节 较少见的胰腺肿瘤·····	(404)
第七节 胰腺的先天性异常和遗传性疾病·····	(407)
第八节 胰腺的其他疾病·····	(409)
第十二章 腹膜、横膈、肠系膜和网膜疾病诊治 与临床禁忌·····	(411)
第一节 急性化脓性腹膜炎·····	(411)
第二节 自发性细菌性腹膜炎·····	(413)

第三节	结核性腹膜炎·····	(415)
第四节	胆汁性腹膜炎·····	(417)
第五节	腹膜后脓肿·····	(418)
第六节	膈下脓肿·····	(419)
第七节	急性非特异性肠系膜淋巴结炎·····	(420)
第八节	肠系膜淋巴结结核·····	(420)
第九节	肠系膜脂膜炎·····	(421)
第十节	腹膜间皮瘤·····	(422)
第十一节	腹膜继发性癌肿·····	(423)
第十二节	原发性肠系膜肿瘤·····	(424)
第十三节	肠系膜囊肿·····	(425)
第十四节	网膜囊肿·····	(425)
第十五节	原发性网膜肿瘤·····	(426)
第十六节	腹膜假性粘液瘤·····	(427)
第十七节	腹膜后原发性肿瘤·····	(428)
第十八节	原发性腹膜后纤维化·····	(428)

第一章 消化道疾病常见症状的诊断思路及诊断注意事项

第一节 恶心与呕吐

一、概述

恶心是一种想将胃内容经口吐出的不适感觉，呕吐则是通过胃的张力收缩将胃内容或部分的小肠内容物经食管、口腔而排出体外的现象。两者可相互伴随或不相伴随。

二、诊断思路

(一) 反射性呕吐

1. 消化系统疾病

(1) 胃十二指肠疾病：胃粘膜受刺激或急性胃（肠）炎，或慢性胃炎的急性发作时，均可引起恶心、呕吐，同时伴有上腹痛或不适，呕吐后腹痛可缓解，其病因可为：①感染性，如细菌性食物中毒、急性病毒性胃肠炎等；②化学性，如某些化学物品（如烈酒）或药物（如化疗药物、洋地黄类、非甾体抗炎药及磺胺类、四环素类抗生素等）；③物理性，如胃过度充盈时对胃粘膜的直接刺激。

(2) 各种原因的幽门梗阻：如①幽门括约肌痉挛，多发生于消化性溃疡、胃癌或重症胃炎的患者；②幽门管瘢痕性狭窄，一般由消化性溃疡引起，常不致引起完全性梗阻；③幽门管被肿瘤、脱垂的胃粘膜或肉芽肿所梗阻。幽门梗阻时，呕吐重，呕吐物量大，有隔夜食物及酸臭味，不混有胆汁。

(3) 其他消化道疾病

1) 肠道疾病: 急性肠炎、急性阑尾炎, 皆可引起轻度的恶心、呕吐, 急性阑尾炎最早症状为上腹痛、恶心、呕吐, 很易与急性胃炎相混。小肠梗阻可发生严重的恶心、呕吐, 若梗阻的部位在小肠上部, 呕吐发生早而且呕吐物量大并混有胆汁; 梗阻在小肠下部, 呕吐物量小, 可伴粪臭。肠扭转, 可在剧烈腹痛的基础上伴发恶心、呕吐。重症炎症性肠病也可引起恶心、呕吐。

2) 胆道疾病: 急、慢性胆囊炎, 胆石症, 皆可引起恶心、呕吐, 但不严重, 伴有明显的右上腹痛, 并可发生黄疸及畏寒、发热、白细胞数升高。

3) 肝脏疾病: 恶心、呕吐往往为急性病毒性肝炎的前驱症状。

4) 胰腺疾病: 急性胰腺炎时, 可在上腹痛的基础上伴发严重的恶心、呕吐, 且吐后腹痛不能缓解, 重型者可有黄疸、休克等。

5) 腹膜疾病: 如急性腹膜炎, 有较重的恶心、呕吐, 同时有相应的腹部体征如腹肌紧张、压痛、反跳痛等。

2. 呼吸系统疾病 小儿急性肺炎在发病初期可有呕吐。百日咳, 在痉挛性咳嗽发作之后, 常有反射性呕吐, 将胃内容物吐出。肺栓塞也可引起恶心、呕吐, 但并不常见, 而且多不严重。

3. 泌尿系统疾病 急性肾盂肾炎以恶心呕吐而起病者约占1/3。肾结石绞痛发作时, 呕吐与绞痛同时出现。

4. 循环系统疾病

(1) 急性下壁心肌梗死的早期, 常发生恶心、呕吐, 同时伴有胸痛、胸闷心悸、呼吸困难、出冷汗等。偶尔疼痛定位于上腹部而呕吐剧烈者, 可被误诊为急性胃炎或其他急腹症, 需仔细鉴别。

(2) 充血性心力衰竭有时发生呕吐, 可能与肝淤血有关, 但在洋地黄治疗过程中还须警惕洋地黄的毒性作用所致。洋地黄疗程中最早的中毒症状常是食欲不振、恶心、呕吐, 如兼有心律失

常，更可肯定洋地黄中毒的诊断。

(3) 在低血压伴昏厥或休克的初期，也常有恶心、呕吐，伴面色苍白、心悸、出冷汗等自主神经失调症状。

5. 妇科疾病 急性附件炎，宫外孕破裂，卵巢囊肿蒂扭转，可发生恶心、呕吐，但主要为腹痛。

6. 青光眼 闭角型青光眼病人头痛常剧烈，可因眼压增高，经三叉神经的反射作用而引起呕吐。同时伴视力障碍，偶尔可因忽略眼科检查而被误诊为内科疾病。

(二) 中枢性呕吐

1. 中枢神经系统疾病

(1) 脑血管病变：高血压脑病时，会出现剧烈头痛、眩晕、恶心、呕吐，甚至惊厥、昏迷等症状，患者血压显著升高。脑出血，特别是小脑出血，常出现剧烈头痛、呕吐。蛛网膜下腔出血，以暴发性后脑部疼痛、呕吐为前驱症状，继而出现脑膜刺激征，脑脊液呈血性。椎基底动脉供血不足，最常见者为眩晕，或伴恶心、呕吐，提示前庭功能障碍。

(2) 中枢神经系统感染：颅内感染可因炎症性渗出导致颅内压增高，而有头痛、呕吐等症状。乙型脑炎大多累及小儿，常有恶心呕吐，多发生于病程第1~2天，呕吐次数不多，仅少数呈喷射性，如不注意可诊断为急性消化不良。诊断参照流行病学史、临床表现与有关的病毒学检查。脊髓灰质炎的前驱期与麻痹前期、流行性脑膜炎均可有恶心呕吐。脑脓肿有颅内压增高及(或)脓肿直接刺激呕吐中枢时，则除感染症状之外，还有头痛、呕吐等症状。

(3) 偏头痛：本病以阵发性半侧头痛为临床特征，女性较多，发生于青春期中至中年或闭经后自行停止。精神刺激、妊娠、饮酒、吸烟等均可为发病诱因。发作前常乏力、嗜睡，头痛剧烈时出现恶心、呕吐，吐后头痛减轻。麦角制剂治疗可使症状迅速缓解。

(4) 其他：如脑肿瘤、脑积水、头颅外伤、脑水肿等均可发生呕吐，往往伴有头痛及不同程度的意识障碍。呕吐与饮食无关。

2. 药物 恶心、呕吐是许多药物的不良反应，如化疗药物（氮芥、环磷酰胺、溶肉瘤素、丙卡巴肼、氟尿嘧啶、丝裂霉素 C 等）、洋地黄、吐根碱、硫酸铜、甲基睾丸素、多巴胺受体激动剂（阿扑吗啡、左旋多巴、溴隐亭）、阿片类麻醉剂等，为刺激呕吐中枢所致。

3. 代谢和内分泌疾病 内分泌疾病如 Addison 病（特别在肾上腺危象时）、甲状腺功能亢进（特别在甲状腺危象时），甲状旁腺功能亢进有高血钙者，常伴恶心、呕吐。代谢紊乱如糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、高血钙、低血钠、水中毒等也均可有恶心、呕吐。

妊娠呕吐约见于半数的孕妇，多发生于妊娠期 5~6 周左右，呕吐常发生于清晨起床后，呕吐前往往有恶心。少数孕妇有妊娠剧吐，可引起失水、电解质紊乱、酸碱平衡失调。先兆子痫亦可有恶心、呕吐，多为妊娠期第 24 周以后发生。

4. 放射性损害 在深部 X 线治疗、镭照射治疗、钴照射治疗等之后，均可发生食欲减退、恶心、呕吐。急性放射病的初期表现为神经系统的过度反应，可出现头晕、头痛、乏力、恶心、呕吐、腹泻等症状。

（三）前庭功能障碍性呕吐

迷路炎和梅尼埃病多有发作性眩晕、恶心、呕吐等，晕动病引发呕吐往往发生在乘车、船、飞机时。

（四）神经性呕吐

胃神经症或癔症患者，呕吐发作和精神刺激有密切的关系，以女性多见。呕吐可于刚进食或进食后立即发生，呕吐全不费力，每口吐出量不多，吐毕又可再食，一般不伴恶心。

周期性呕吐是一种反复突然发生不能解释的呕吐，发作时可

伴腹痛、头痛和发热，持续数天后自动消失。多见于儿童，青春
期自行痊愈。

三、诊断注意事项

(一) 病史

做出诊断前应全面详细询问患者病史，切忌局限于某一系统
而忽略其他系统疾病，从而延误诊断良机。

询问起病系急性或慢性，有无诱因，有无食物、药物、精神
因素刺激等，呕吐前是否伴恶心，持续时间，间隔时间，严重程
度，与进食时间的关系。呕吐方式是否喷射性，呕吐物内容，是
否有食物、胆汁、血液，呕吐物量、呕吐物气味，是否有酸臭或
粪臭味。询问伴随症状，有无头痛、胸痛、腹痛、腹胀、腹泻、
便秘、畏寒、发热、眩晕、耳鸣、心悸、出汗、呼吸困难等。询
问既往史，有无腹部疾病或腹部手术史，颅脑疾病与外伤史，有
无肝炎、肾炎、高血压、心脏病、糖尿病内分泌疾病史，用药
史，生育期妇女应询问月经史。

(二) 体格检查

观察患者精神状态及神志、体位，皮肤外观、色泽，有无黄
疸，有无腹水或水肿，颈静脉充盈与否，有无颈强直，瞳孔大小
对称与否，有无失眠。观察呼吸深度，频率，呼出气体的气味，
听诊心肺。观察腹部体征，是否膨隆，有无压痛、反跳痛、肌紧
张，肝脾是否肿大，有无肿块，观察有无胃型、肠型。有无移动
性浊音、振水音，肠鸣音是否正常，必要时应做神经系统，前庭
神经功能与眼科检查。

(三) 辅助检查

一般应做血、尿、粪常规，肝功能，肾功能，血糖，尿酮，
电解质等。再应根据病因，做针对性检查如腹部平片，心电图，
头颅 CT 或磁共振，胸片，胃肠道造影或内镜检查，腹部 B 超，
脑脊液，血气分析，血培养，呕吐物毒理学分析等等。

第二节 反酸和胸骨后烧灼感

一、概述

反酸指胃内酸性内容物经食管反流入口腔。胸骨后烧灼感又称“烧心”或“胃灼热”，是指在剑突或胸骨下的一种烧灼或发热的感觉，有时呈烧灼样疼痛。

二、诊断思路

其病因分类如下（表 1-1）：

表 1-1 反酸和胸骨后烧灼感病因分类

食管源性	食物和药物
胃食管反流病（GERD）	食物（脂肪、糖、浓茶、巧克力、咖啡等）
食管动力性疾病	药物（阿司匹林、孕酮、茶碱、抗胆碱能药
弥漫性食管痉挛	物、氯化钾片剂、铁盐等）
下食管括约肌高压症	乙醇
贲门失弛缓症	烟草
进行性食管机械性梗阻	腹内压增加
硬皮病	大量腹水
非特异性食管运动功能障碍	妊娠晚期
食管外胃肠道系统疾病	巨大卵巢囊肿
消化性溃疡	用力排便
功能性消化不良	体位
幽门不全梗阻	向前弯腰
胃轻瘫	举物
	仰卧
	剧烈运动

三、诊断注意事项

（一）病史

应询问病程长短，严重程度，与饮食的关系。是否长期饮酒，是否喜吃过热食物；是否有使症状加重或缓解的因素；是否作过胃部手术，有无溃疡病史和呕血、便血史；是否伴有反酸、呃逆、吞咽困难、吞咽痛、腹胀、消瘦等。严重的胃灼热可感到胸骨下疼痛，即非心源性胸痛，需与心绞痛鉴别，两者皆可在饭后发生，但前者心电图无异常发现，且可用制酸剂缓解。

（二）体格检查

注意患者营养状态，皮肤、粘膜是否苍白。左胸有无与心脏搏动一致的振水音，此见于食管旁型裂孔疝。腹部是否膨隆，有无腹水征、妊娠、巨大肿物，肝脾是否明显肿大；有无胃、肠型及胃肠蠕动波；有无腹肌紧张、压痛、反跳痛、振水音等。

（三）辅助检查

内镜检查、食管 X 线钡剂造影检查，食管测压和 pH 监测，24 小时碱反流监测，酸灌注试验。

第三节 吞 咽 困 难

一、概述

吞咽困难指正常的吞咽功能发生障碍，在咽下食物或液体时感到费力，哽噎感或“发噎”。吞咽困难可起源于食团从口到食管的传送异常（口咽性吞咽困难）或者来自食管本身（食管性吞咽困难）。吞咽困难发生的原因可能是功能性的，也可能是器质性的；可能因局部病变所致，也可能由全身病变引起。对发生吞咽困难的病人，即使病情不重，也应尽可能找到其发病的原因，尤其是老年人。

二、诊断思路

吞咽困难由于其病因及发生梗阻的部位不同，临床表现亦异。病人多可明确地指出发生咽下困难及感到不适或疼痛的部位，而且与病变的部位相吻合，这对吞咽困难发生部位的定位诊