

现代消化内科 规范治疗

XIANDAI XIAOHUA NEIKE GUIFAN ZHILIAO

孙爱涛 © 著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

现代消化内科规范治疗

孙爱涛 ◎著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代消化内科规范治疗 / 孙爱涛著. --天津: 天津科学技术出版社, 2018.4
ISBN 978-7-5576-5025-4

I. ①现… II. ①孙… III. ①消化系统疾病-治疗
IV. ①R570.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第079989号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332372

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 24.5 字数 580 000

2018年4月第1版第1次印刷 2018年9月第2次印刷

定价: 125.00元

前 言

消化系统疾病与全身性疾病关系密切。消化系统疾病不仅仅是消化道内的疾病,还会引起一些全身表现,甚至在某个时期内会掩盖本系统的基本症状;另一方面全身疾病常以消化系统症状为其主要表现。因此,消化专业医师必须具备坚实的一般临床基础,着眼于病人的整体,进行整体与局部相结合的诊治。

本书是一本理论与治疗实践紧密结合的治疗学专著,对消化病的临床表现、治疗诊断均做了全面论述。全书共分七章,主要讲述了各种消化系统疾病的临床诊断与治疗技术,既有丰富的临床经验的总结,又有许多新知识。

本书适合各级内科或消化内科专科医师参考。由于作者水平所限,书中难免存在缺点和不足,恳请同行专家及广大读者予以批评指正,以便再版修改

编 者

目 录

第一章 胃肠道症状学与体征	(1)
第一节 急腹症	(1)
第二节 慢性腹痛	(9)
第三节 消化不良	(13)
第四节 恶心和呕吐	(18)
第五节 腹泻	(24)
第六节 腹胀	(31)
第七节 便秘	(40)
第八节 消化道出血	(45)
第二章 食管疾病	(61)
第一节 反流性食管炎	(61)
第二节 Barrett 食管	(64)
第三节 食管炎	(65)
第四节 贲门失弛缓症	(69)
第五节 食管异物	(77)
第六节 食管憩室	(78)
第七节 食管穿孔	(84)
第八节 食管良性疾病与肿瘤	(85)
第九节 食管癌	(94)
第三章 胃及十二指肠疾病	(105)
第一节 胃肿瘤	(105)
第二节 急性胃扩张	(114)
第三节 胃和十二指肠溃疡	(116)
第四节 急性胃扭转	(127)
第五节 胃和十二指肠结核	(129)
第六节 胃和十二指肠异物	(131)
第四章 小肠疾病	(135)
第一节 肠梗阻	(135)
第二节 肠系膜血管缺血性疾病	(137)

第三节 小肠痿 (143)
 第四节 小肠肿瘤 (150)
 第五章 结肠疾病 (160)
 第一节 结肠息肉 (160)
 第二节 结肠穿孔 (166)
 第三节 结肠梗阻 (167)
 第四节 结肠痿 (171)
 第五节 结肠肿瘤 (173)
 第六节 便秘 (185)
 第七节 溃疡性结肠炎 (193)
 第六章 直肠、肛管疾病 (215)
 第一节 直肠和肛管损伤 (215)
 第二节 肛门失禁 (218)
 第三节 肛裂 (222)
 第四节 痔 (224)
 第五节 肛痿 (237)
 第六节 直肠良性肿瘤 (241)
 第七节 直肠内脱垂 (247)
 第八节 直肠癌 (261)
 第七章 肝脏疾病 (266)
 第一节 肝损伤 (266)
 第二节 转移性肝肿瘤 (273)
 第三节 原发性肝癌 (289)
 第四节 肝衰竭 (342)
 第五节 肝恶性肿瘤 (354)
 参考文献 (383)

第一章 胃肠道症状学与体征

第一节 急腹症

一、腹痛的类型

腹痛按发生机制可以分为 3 种类型：内脏性疼痛，躯体性疼痛和牵涉性疼痛。

(一) 内脏性疼痛

当有害刺激激活内脏疼痛感受器时产生内脏性疼痛。具有以下特点。

1. 痛域较高

因为内脏组织的末梢神经感受器分布稀疏，传导痛觉的神经纤维数目较少、较细，只有达到一定强度的刺激才会引起疼痛。挤压、切割或烧灼内脏时，不能引起内脏的痛觉，但当组织有炎症、充血、缺血、平滑肌痉挛或强烈收缩及强烈的化学刺激时，内脏组织的痛域降低，容易接受刺激产生痛觉。

2. 疼痛范围广泛，弥散、深在和定位模糊

一个内脏器官的传入纤维多通过几个节段的脊神经进入中枢，而同一脊神经又可同时接受几个脏器的传入纤维，因此患者一般无法准确指出疼痛部位。

3. 疼痛部位与脏器的胚胎起源的位置有关

如胃、十二指肠、肝、胆、胰等在胚胎时起源于前肠，这些器官发生疾病时，腹痛多出现在上腹部；小肠和直到脾曲部位的结肠，起源于中肠，腹痛多出现于中腹部和脐周；降结肠、乙状结肠及直肠上部起源于后肠，疼痛位于下腹部。

4. 疼痛的性质与个人耐受力 and 脏器结构有关

老年人反应迟钝，空腔脏器肌层对张力敏感，在梗阻或痉挛时可产生阵发性绞痛，实质性脏器由于包膜扩张而引起持续性胀痛、钝痛等。包膜扩张越迅速，疼痛就越明显。肾包膜较紧，不易扩张，因此肾有病变肿大时，疼痛可很剧烈；脾包膜较松，富有弹性，因此脾大时，疼痛不明显。

5. 常伴有明显的恶心、呕吐、面色苍白、出汗、脉缓等迷走神经兴奋的反应

总之，这种疼痛常为钝性，很难定位，常位于腹部中线（上腹部、脐周或下腹正中）因为腹部脏器向脊索两侧传递感觉冲动。感觉疼痛的部位大概与病变脏器对应皮肤的神经分布相一致。疼痛无法准确定位是由于多数内脏的神经支配是多节段的，而且分布于内脏的神经末梢数量远远低于高度敏感的器官如皮肤。疼痛经常被描述为痉挛、烧灼、虫咬感。内脏性疼痛常

常伴随继发的自主神经反应如出汗、烦躁、恶心、呕吐、面色苍白。患者常常改变体位以试图减轻不适感。

(二) 躯体性疼痛

主要由 $T_6 \sim L_1$ 的脊神经支配。各对脊神经末梢感受器主要分布于腹部皮肤、腹壁肌层和腹膜壁层, 肠系膜根部也有少量的脊神经分布。当内脏病变累及腹膜壁层或肠系膜根部时, 可产生躯体性腹痛。小网膜和膈肌也存在脊髓感觉神经, 也可受理化刺激产生躯体性疼痛。主要有以下特点。

1. 痛觉敏锐

由于脊神经的末梢感受器在腹壁分布十分丰富和致密。

2. 定位准确

疼痛多与病变部位相符, 脊神经按节段分布, 疼痛发生在其传入纤维所支配的相应部位。

3. 疼痛剧烈

尤其对炎症、肿胀、化学刺激更为敏感。

4. 疼痛可因体位改变、咳嗽或深呼吸而加重

躯体性疼痛若起源于壁膜膜受到刺激, 常常感觉更为剧烈, 比内脏性疼痛定位更加准确。显示这种差异的典型例子就是急性阑尾炎, 开始表现为模糊的脐周内脏性疼痛, 随之由于炎症累及壁膜膜, 表现为躯体性疼痛, 定位于麦氏点。累及壁膜膜的疼痛常常由于活动或咳嗽而加重。介导壁膜膜疼痛的神经冲动在体感觉神经内传递。神经纤维在对应于皮肤 $T_6 \sim L_1$ 外周神经内到达脊索。壁膜膜疼痛的偏侧性可能是由于神经系统仅有一侧支配壁膜膜的给定区域。

(三) 牵涉痛

牵涉痛则远离病变器官, 是由于来自不同器官的内脏传入神经元和躯体传入神经元集中于脊髓同一节段脊索上的二级神经元。牵涉痛可能在皮肤或更深的组织被感知, 但一般定位准确。一般情况下, 牵涉痛使得内脏刺激看起来更为剧烈。胸膜炎、下叶肺炎、心包炎、心肌梗死等, 是刺激了分布在胸膜的 $T_7 \sim T_{12}$ 肋间神经, 膈肌周围或下纵隔的神经末梢而引起的腹痛。特点是:

(1) 距离原发部位较远。

(2) 多为酸痛、钝痛和牵拉痛, 有时痛觉比较尖锐。

(3) 定位明确, 其部位有一定的规律性, 与病变器官的神经节段分布相一致。

以上 3 种腹痛随病情发展, 可单一、先后或同时出现。一般来说, 内脏病变的早期常先为单纯的内脏性腹痛, 随着病变的进一步发展, 继而出现躯体性和牵涉性疼痛。

二、腹痛的临床评估

(一) 病史

评价急性腹痛患者最重要的部分是患者的病史。从以下方面具体描述。

1. 发病诱因

外伤后突然发生剧烈腹痛,应考虑腹腔脏器破裂;剧烈运动后,突然出现腹痛,应考虑肠扭转或尿路结石;既往有溃疡病史,突发腹部剧烈疼痛时,应考虑溃疡病急性穿孔;暴饮暴食后出现中上腹部疼痛,应考虑急性胰腺炎、胆囊炎和胆石症;有蛔虫病史,尤其服用驱虫药后,突发腹痛,应考虑胆道蛔虫病。

2. 起病方式

腹痛的起病方式反映疾病的病理过程。

3. 腹痛的时间

评价患者急性腹痛的时间应包括起病、症状持续的时间和进展情况。

疼痛发生的快慢常常是评价疾病严重程度的一个指标。突然发生的、严重的、定位准确的腹痛常常是腹腔内严重疾病的结果,如内脏穿孔、肠系膜梗死或动脉瘤破裂。患者常常能描述腹痛发生的确切时间。进展情况是评价腹痛持续时间的重要因素。在某些疾病中,如胃肠炎疼痛是自限性的,但另一些疾病如急性阑尾炎,疼痛则呈进行性发展。绞痛表现为渐增渐弱的形式,这在某些疾病中具有诊断意义,如肾绞痛。腹痛的持续时间也非常重要。已经持续一段时间(如数周)腹痛的患者与持续几小时或几天腹痛的患者相比,前者罹患危及生命的疾病可能性要更小一些。

4. 腹痛的部位

(1)腹痛的部位为寻找病因提供了线索,并对病变具有定位意义。如前所述,一种刺激可能导致内脏性疼痛、躯体性疼痛和牵涉痛,因此需考虑到神经解剖通路,否则为诊断造成假象。例如左侧膈下脓肿使得膈肌受到刺激,疼痛有可能位于肩部,可能误诊为缺血性心脏病。疼痛部位的改变可能代表了从内脏性疼痛向躯体疼痛进展的过程,如阑尾炎,或代表了向腹膜弥漫的过程,如溃疡穿孔。腹腔内脏神经进入脊髓的节段决定腹痛的部位。

(2)转移性腹痛和牵涉痛:腹痛的放射部位对某些疾病的诊断具有特定的参考价值。如先有上腹痛或脐周痛,以后转移并局限于右下腹部,是急性阑尾炎的典型症状;先有上腹剧痛以后扩散至下腹或全腹,见于溃疡病穿孔,约 1/3 溃疡急性穿孔,因膈肌受刺激而向肩部放射。肝胆疾病多向右肩部放射,脾疾病向左肩部放射,泌尿系疾病向下腹、会阴和大腿内侧放射。但应注意到异位内脏病变引起的腹痛,如盆腔阑尾、全内脏转位等。表 2-3 列举了常见腹痛部位的鉴别诊断。

5. 腹痛强度

疼痛强度很难界定。疼痛强度的程度取决于患者描述疼痛的分界点。而这种分界点个体差异很大,而且与疼痛发生时的环境、过去经历的各种疼痛、个人素质和文化差异有关。因此,疼痛严重程度的评价并不一定是诊断线索所必需的。然而,疼痛的严重程度与刺激的程度关系不大。但临床医生仍应小心谨慎,不应过分强调疼痛描述的重要性,因为经常会有很多例外,而且一种特定的疼痛可能见于多种临床情况。

6. 腹痛性质

腹痛的性质在一定程度上可以反映病变的性质。胆道蛔虫为钻顶样疼痛,机械性小肠梗阻为间歇性伴有阵发性加重的疼痛等。不同性质的腹痛往往可以为同一疾病的不同阶段,如阑尾腔内梗阻时表现为右下腹阵发性疼痛,继发细菌感染转化为持续性疼痛。

7. 加重和缓解因素

疼痛发生的环境或者加重因素可能为诊断提供重要信息。疼痛与体位改变、进食、排便、精神状态的关系非常重要。例如腹膜炎的患者根本无法活动,双腿蜷曲固定不动可使腹膜炎疼痛减轻,活动、咳嗽常使疼痛加剧。而肾绞痛的患者则不停变换体位来寻找可能减轻疼痛的舒适体位。有时特定食物加重疼痛,一个经典例子就是脂肪食物和胆道疼痛之间的关系,而十二指肠溃疡的疼痛则常因进食而缓解。对比之下,胃溃疡或慢性肠系膜缺血的患者则可能进食后疼痛加重。患者常常自己寻找方法来减轻疼痛。例如有慢性抗酸药物应用的病史可能提示消化性溃疡病。胰腺炎的疼痛以卧位为甚,前倾或坐位可减轻,胆道蛔虫者则以膝胸位使疼痛有所缓解。

(二) 疼痛相关症状和系统回顾

1. 伴随症状

(1) 呕吐:仔细了解呕吐出现的时间和呕吐物的性质、多少,对鉴别诊断也有帮助。如呕吐物为隔夜宿食,多见于幽门梗阻或狭窄;粪性呕吐是低位肠梗阻的特征。

(2) 排便排气情况:若腹胀明显,无气体或粪便排出提示肠梗阻。但在发病初期可排出 1~2 次大便或少量气体,可能是积存在梗阻部位以下的粪便或气体,不能因此忽略肠梗阻的诊断。盆腔脏器病变可使直肠受到刺激,使大便次数增多,如急性阑尾炎时可有大量大便次数增多,部分患者以腹泻为主诉来诊。出血坏死性肠炎往往排出有特殊臭味的果酱样大便,过敏性紫癜常排出暗红色或鲜红色大便,并伴有皮肤紫癜和关节痛。老年人或有房颤病史的患者,腹痛后排出稀的、暗红色便,应考虑肠系膜动脉栓塞或血栓形成的可能。

(3) 发热:腹痛初期有发热并逐渐加重,表示腹腔内脏器有炎性病变,晚期发热多为中毒症状,提示脏器坏死可能,伴有黄疸和低血压则提示化脓性胆管炎等。

(4) 其他:腹痛伴休克。可见于急性腹腔内出血、急性胃肠穿孔、急性胰腺炎和心肌梗死等。腹痛伴尿频、尿急、尿痛,并出现血尿等,应考虑泌尿系感染或结石所致。

详细采集与腹痛并存症状的相关病史需引起重视。应该采集相应的全身症状(如发热、寒战、盗汗、体重减轻、肌肉疼痛、关节痛)、消化系统症状(如厌食、恶心、呕吐、腹胀、腹泻和便秘)、黄疸、排尿困难、月经改变及妊娠情况等。仔细回顾这些症状可能提示重要的诊断信息。例如,呕吐物为胃内容物提示胃出口梗阻,而带有粪质的呕吐物则提示远端小肠梗阻或结肠梗阻。一系列的结果可能显示一种特殊疾病的本质。卵巢卵泡破裂出血约在两次月经期间,即在前次月经开始后 12~14 天,而黄体破裂则在月经中期以后即约下次月经前 14 日以内。卵巢囊肿蒂扭转的患者则可能有月经不正常的病史,如闭经、少量不规则阴道出血等。

2. 既往史

患者既往史的详细回顾可能揭示了急性腹痛的存在。既往发生过相同的症状则提示是反复发作的问题。既往曾有小肠不全梗阻、肾结石或盆腔炎症的患者更容易复发。全身疾病如硬皮病、系统性红斑狼疮、肾病综合征、紫癜、镰状细胞病,腹痛常常为以上疾病的临床表现之一。腹痛也可能是药物的不良反应,这时易误诊为其他疾病。

3. 家族史和个人史

对患者家族史的详细回顾可能会为诊断提供信息,尤其是儿童。典型例子是黑人中的镰状细胞病,亚美尼亚或西班牙系犹太人中的家族性地中海热具有家族遗传性。患者个人史包括吸烟、饮酒、药物滥用、职业、有无去过外地、与其他患者或患病动物有无接触,可能提供有用的诊断信息。

(三) 查体

当病史采集之后必须进行系统全面的查体从而找出异常所在。临床医生在检查患者时必须结合患者病史来考虑问题。例如,即使存在穿孔的情况下,老年人、免疫功能低下的人或长期糖尿病的患者可能不会显示腹膜刺激征。当疼痛来源于腹腔内时,很多重要的线索来源于完整的查体。因此需进行仔细的全身查体以及彻底的腹部查体。

1. 全身查体

(1) 一般情况检查:全身查体首先看患者的一般情况、表达能力、呼吸形式、体位、姿势、不适的程度、面部表情。一位躺在床上不动、蜷曲体位、不愿意移动或说话、面部表情沮丧的患者有可能存在腹膜炎;反复改变体位的患者可能就是单纯的内脏疼痛,如肠梗阻或胃肠炎。需了解患者的生命体征以除外低血容量、代谢性酸中毒相关的呼吸急促,或引起肠系膜动脉栓塞的房颤。仔细检查肺部可能发现肺炎。四肢的检查可能提供灌注不足的证据,例如休克或慢性血管疾病。

(2) 生命体征:仔细检查体温、脉搏、呼吸是否呈正比例,检查患者意识、神志、表情和体位,皮肤、巩膜有无黄染,结膜、口唇是否苍白等。对全身情况的观察在急腹症中是十分重要的,可初步判断病情的轻重缓急,是否需做紧急处置。

2. 腹部查体

每个病人都应按望、触、叩、听 4 个步骤进行检查,首先明确腹部压痛的部位。严重的弥漫性压痛并伴有腹肌强直提示弥漫性腹膜炎;不伴有腹膜刺激征的轻压痛提示不需要进行外科治疗(如输卵管炎和胃肠炎)。需要检查腹部有无胀气、瘢痕、疝、肌紧张、呼吸是否加重、瘀斑、肠蠕动过强。肠蠕动过强在肠梗阻和胃肠炎的患者可通过听诊得知。弥漫性腹膜炎常导致肠蠕动消失。杂音可能提示血管狭窄。腹部胀气时叩诊为鼓音,无论是空腔脏器内(如肠梗阻)或空腔脏器外(如胃肠道穿孔)的胀气。在确认有无腹膜刺激征时浅的温柔的触诊要优于深触诊。腹膜炎也可通过其他无创方法获知,如轻微晃动病床或嘱患者深呼吸或咳嗽,或在病变部位进行轻微叩诊等。为避免引起的疼痛影响进一步的检查,浅触诊应从疼痛不明显的地方开始,再逐渐到疼痛最明显地方。应评价触痛的程度,有无反跳痛和肌紧张。脏器肿大、肿瘤或

炎症可能产生一个可触及的包块。应检查有无潜在的疝孔。

3. 外生殖器、直肠和盆腔检查

每一位腹痛的患者都应进行盆腔和外生殖器的检查。直肠和阴道检查为盆腔脏器的浅触诊提供了另外的通路。所有腹痛的妇女均应除外妇科疾病。

三、腹痛诊断的辅助检查

(一) 诊断性腹腔穿刺

对急腹症的诊断有很大的实用价值,尤其是实质性脏器破裂出血,空腔脏器穿孔,阳性率为 84.4%~100%。适应证有腹部挫伤疑有内脏出血者;病情加重,伴有休克疑有肠管绞窄坏死;有腹膜炎体征而不能确定病变,如坏死性胰腺炎时等。

(二) 实验室检查

进行的实验室检查需要反映出在采集病史和查体中所提示的临床疑虑。不必要的实验室检查不仅浪费而且可能会掩盖诊断。所有腹痛的患者都应进行血常规分类检查和尿常规检查。白细胞增多、中性粒细胞比例增加为感染反应,若有核左移为炎症进展的表现,若白细胞内出现中毒颗粒为严重感染反应。尿比重增高常提示失水,是补液的指征。蛋白尿、尿酮体阳性、尿糖阳性、脓尿均可作为诊断提供重要线索。电解质、血尿素氮、肌酐和血糖水平往往会反应患者的血容量状态,酸碱平衡、肾功能和代谢状态,但并不是每一位患者都要进行此类检查。所有下腹痛的育龄期妇女都应进行血或尿妊娠实验。上腹痛患者应进行肝功能和血淀粉酶检查。其他化验检查取决于临床情况(如可疑肝病的患者应进行凝血酶原时间和血清白蛋白的检测)。

(三) 放射学检查

诊断性影像学检查必须要解决基于病史、查体和实验室检查所带来的鉴别诊断问题。例如一位临床怀疑肠梗阻的患者,最好进行腹部 X 线平片的检查,而怀疑急性胆囊炎的患者则应进行腹部超声的检查。

1. 腹部平片

急性腹痛患者最常进行的影像学检查是腹部 X 线平片。需进行卧位和立位检查,如果患者无法直立,则左侧卧位进行 X 线平片检查可能提示异常的气体形式。而且,应拍直立位胸 X 线片除外胸腔内病变引起的腹痛(如下叶肺炎)和气腹。仅有 10% 的腹痛患者进行腹 X 线检查后可确诊,但腹 X 线检查简单易操作、便宜,在可疑肠梗阻、肠穿孔或吞食异物的患者需进行此项检查,也可能见到胆道结石,肾和输尿管结石的影像。

2. 超声检查

超声可以快速、准确、廉价的提供腹部器官的情况包括肝、胆、脾、胰腺、肾、盆腔脏器。在一些病例中超声是首选检查(如胆管疼痛、胆囊炎、异位妊娠、卵巢囊肿或输卵管脓肿的患者)。而且腹部聚焦超声是诊断外伤后可疑腹腔出血患者的有力工具。阴道内超声或经直肠超声用于诊断其他检查方法无法诊断的盆腔异常。多普勒超声可以评价动脉或内脏血管瘤、静脉血栓和血管异常。

3.心电图

心电图的检查有助于与急性心肌梗死的鉴别诊断。

4.CT 检查

对急腹症最有用的影像学检查技术是 CT,腹部和盆腔 CT 扫描可以检测气腹、异常肠管气体和钙化。而且,CT 可以发现炎症性病变(如阑尾炎、憩室炎、胰腺炎和脓肿),新生物(如结肠癌、胰腺肿瘤),以及创伤(如肝、脾、肾的损伤)。CT 也可提供血管病变的信息(如门静脉栓塞、门静脉炎和血管瘤),腹腔内或腹膜后出血(如创伤、肾上腺出血、肝癌破裂)。

CT 技术的发展增加了分辨率,扩大了应用范围。螺旋 CT 的高分辨率已经快速取代了老式技术。其他先进的 CT 技术包括聚焦或器官特异的 CT 检查和 CT 血管成像。其他器官特定的检查需注射造影剂后延迟扫描从而获得特定器官的清晰图像。口服造影剂后食管或上腹部 CT 可以检测有无穿孔,而静脉注射造影剂后则进行动脉期和静脉期扫描,从而发现由于缺血、创伤或肿瘤所致的病变。CT 血管造影在评价动脉或内脏血管疾病时非常有用。CT 也是与急腹症患者病史和查体结果最接近的检查。

5.其他放射学检查

偶尔也应用其他影像学检查。包括磁共振(磁共振血管成像和胰胆管磁共振成像),前者是一种有效评价内脏血管畸形的无创措施,而后者则对评价胆囊和胆道结石更为敏感。内镜可以有效评价胃、十二指肠、结肠黏膜溃疡、肿瘤、缺血和炎症。

(四)其他诊断方法

其他不常用的有效方法包括腹腔灌洗,腹腔镜和剖腹探查。腹腔灌洗可以发现钝性或穿透性创伤后的腹腔内出血,空腔脏器损伤、缺血或穿孔后可能出现脓性或粪质灌洗液。

当一直无法确诊而病人情况允许时,进行诊断性腹腔镜是有用的。微创技术的发展使得腹腔镜在诊断和治疗急性腹痛方面的作用更加明显。仪器的改进和缩小,腹腔镜超声的应用,先进腹腔镜技术的成熟使得微创外科几乎可以诊断和治疗所有腹腔内疾病,包括引起急腹症的大部分原因。例如,育龄期妇女伴有明显右下腹部局限性腹膜炎,诊断性腹腔镜可以鉴别子宫附件疾病和急性阑尾炎,而且这些疾病也可以应用腹腔镜进行治疗。腹腔镜超声的应用使得对实质性脏器和腹膜后器官的诊断有所改观。急性非创伤性腹痛患者腹腔镜诊断的准确性为 93%~98%。在不同系列研究中,有 57%~77% 的急腹症患者进行了诊断性腹腔镜检查,并且成功应用腹腔镜或腹腔镜辅助方法治疗。

剖腹探查仅用于根据病史和查体已经确诊的腹腔内严重疾病(如钝性创伤后脾破裂、腹主动脉瘤破裂),或用于不治疗即会致命的极少数病人。

四、急性腹痛的病因

(一)常见急腹症的鉴别

急腹症是指不超过 24h 的腹痛。急腹症的临床表现错综复杂,要做到正确诊断常有一定困难,误诊漏诊时有发生。急腹症有很多原因,只有经过仔细采集病史、查体、合适的实验室和影像学检查后临床医生才能准确区分哪些情况需要手术,哪些不需要手术。因此急腹症这个

术语不等同于需要手术。如果经过初步评价后诊断仍不清楚,隔一段时间进行重复查体和实验室检查将有助于明确诊断或采取进一步措施。引起急腹症的腹腔内病变很多,

(二)可引起急性腹痛的腹部外原因

腹部外器官和全身疾病也可导致急性腹痛。除了气胸、脓胸、食管穿孔外一般不需手术。食管穿孔有可能是医源性的,源自钝性或穿透性损伤,或自发穿孔(Boerhaave 综合征)。

五、急腹症中的特殊情况

(一)年龄过大或过小

在极端年龄的人群评价急腹症是一个挑战。病史和查体很难获得或者不可靠。与此类似,实验室检查有可能正常,从而漏诊严重的腹部疾病。由于这些原因,极端年龄的人常常在疾病的后期方可确诊,因此导致高死亡率。例如,急性阑尾炎在普通人群中的穿孔率为 10%,但在婴儿可达到 50%。仔细获得病史,彻底的体格检查,高度可疑的线索是诊断的有力工具。这些人群中急性腹痛发生的情况千变万化,需要高度警惕。

在儿童中,急性腹痛的原因各年龄段有所不同。在婴儿时期,肠套叠、肾盂肾炎、胃肠道反流、Meckel 憩室炎、细菌性或病毒性肠炎是常见原因;在儿童时期,Meckel 憩室炎、膀胱炎、肺炎、肠炎、肠系膜淋巴结炎、炎症性肠病是常见原因;在青春期,盆腔炎症性疾病、炎症性肠病以及成人急腹症的常见原因是主要原因。在各年龄段的儿童,腹痛最常见的两种原因是急性阑尾炎和儿童戏耍导致的腹部损伤。

在老年人中,胆道疾病占急腹症的 25%,常表现为频繁的非特异性疼痛,恶性疾病、肠梗阻、有并发症的消化性溃疡、嵌顿疝。阑尾炎尽管在老年人中少见,但临床表现迟发,伴有高发病率和死亡率。

(二)妊娠

妊娠是评价急腹症时的一种特殊情况。妊娠期,膨大的子宫占据了下腹部器官原来的位置,影响腹部查体,改变了疾病的临床表现,干扰了感染的正常机制。妊娠妇女与非妊娠妇女相比腹痛发生的频率相同。妊娠期最常见的急腹症是急性阑尾炎、胆囊炎、肾盂肾炎,附件疾病包括卵巢扭转、卵巢囊肿破裂。腹部疾病导致流产率与疾病的严重程度有关,而不是与治疗有关,包括手术。因此,早期诊断和治疗至关重要。例如急性阑尾炎,每 10000 个妊娠妇女中有 7 例发生。无并发症的阑尾炎切除导致 3% 的流产率,但当阑尾穿孔时可导致 20% 的流产率。胆囊切除后,先兆流产率为 7%,流产率为 8%。

(三)免疫功能低下的人群

免疫功能低下的人群包括器官移植者、肿瘤化疗者、自身免疫疾病行免疫抑制治疗者、先天性或获得性免疫缺陷综合征的患者。在老年人中,免疫功能低下的患者很少有腹部症状和体征,腹膜炎的表现轻微,实验室检查改变轻微,因此须行全面检查来进行诊断。

在免疫功能低下的人群中有两类疾病导致急腹症:

- (1)与免疫功能无关的发生于普通人群的疾病(如阑尾炎、胆囊炎)。
- (2)免疫功能低下人群特有的疾病(如中性粒细胞减少性肠炎、药物诱发的胰腺炎、巨细胞

病毒和真菌感染)。肠梗阻和穿孔是手术的指征,这种情况也可发生在继发于化疗的肠道 Kaposi 肉瘤、淋巴瘤或白血病、不典型分枝杆菌感染、巨细胞病毒感染、医源性穿孔、中性粒细胞减少性肠炎。

(四)重症监护室的患者

消化科大夫或外科大夫偶尔会被要求去评价重症监护室里的急腹症患者或腹腔内脓毒症的原因。重要的是由于药物、损伤或代谢因素,患者的感觉中枢有所改变。在这些患者中常常不能获得完整的病史和查体,而更多地依赖于螺旋 CT 或诊断性腹腔镜。其急性腹痛的原因可能与此次住院的原因完全无关。而且,由于他们的特殊情况罹患不常见疾病的危险增加,如创伤手术后的患者可能患吻合口漏和肠梗阻,也可能并发其他疾病包括无结石性胆囊炎和应激性胃病。

六、慢性腹痛

在呈现急性腹痛的患者中,须考虑慢性腹痛急性加重的可能。

第二节 慢性腹痛

腹痛为患者就诊最常见的症状之一。临床上根据腹痛的起病缓急、病程长短等分为急性腹痛和慢性腹痛。慢性腹痛是指起病缓慢、病程长,或急性发病后时发时愈的腹痛。

临床上对于慢性腹痛病例的诊断与鉴别诊断,首先可参考下列几方面的临床表现。

(一)既往史

病人的急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性胰腺炎、腹部手术等病史,对提供慢性腹痛的病因诊断有帮助,但仍须注意有无慢性腹痛的其他原因并存。

(二)腹痛的部位

慢性腹痛病人就诊时通常能明确指出腹痛的部位,这对病变的定位有一定的意义。

(三)腹痛的性质

溃疡病多呈节律性周期性中上腹痛;肝癌的疼痛常呈进行性加剧;肠寄生虫病多为发作性隐痛或绞痛,常可自行缓解;结肠、直肠疾病常为阵发性痉挛性腹痛,排便后疼痛常可缓解。直肠炎也常伴有里急后重。

(四)腹痛与体位的关系

胃黏膜脱垂症病人左侧卧位常可使疼痛减轻或缓解,而右侧卧位可使疼痛加剧;胃下垂、肾下垂与游走肾病人,站立过久及运动后疼痛出现或加剧,仰卧或垫高髋部仰卧时减轻或消失;胰体部疾病患者仰卧时疼痛加剧,在前倾坐位或俯卧位时减轻;膈疝病人的上腹痛在餐后卧位时出现,而在站立位时缓解;良性十二指肠梗阻或胰体癌时上腹胀痛可于俯卧位时缓解。

(五) 腹痛与其他症状的关系

1. 慢性腹痛伴有发热

提示有炎症、脓肿或恶性肿瘤的可能性。

2. 慢性腹痛伴有呕吐

呕吐胃内容物,伴有宿食,伴或不伴有胆汁,常见于胃十二指肠的梗阻性病变,如消化性溃疡病合并梗阻、胃黏膜脱垂症、胃癌、十二指肠壅积症、胰腺肿瘤等。反射性呕吐可见于慢性胆道疾病、慢性盆腔疾病等。

3. 慢性腹痛伴有腹泻

多见于肠道慢性炎症,也可见于慢性肝与胰腺疾病。

4. 慢性腹痛伴有血便

脓血便者应多考虑慢性感染性肠炎(如慢性痢疾等)与慢性非特异性肠炎(如溃疡性结肠炎等);便血者应注意肠肿瘤、肠结核、炎症性肠病等。

5. 慢性腹痛伴有包块

应注意炎症性包块、肿瘤、胃黏膜脱垂症、痉挛性结肠、慢性脏器扭转等疾病。

根据慢性腹痛的部位与特点,结合有关的病史、体征、实验室检查与器械检查,如大便常规+隐血、胃液分析、十二指肠引流液、血清生化学检查和超声检查、各种方式的X线检查、电子胃镜与结肠镜、胶囊内镜、双气囊小肠镜、电子计算机X线体层扫描(CT)、磁共振(MRI)、正电子发射体层扫描(PET)检查等,必要时实行腹腔镜或剖腹探查,进行全面分析,对疑难慢性腹痛病人可做出正确的诊断。

从临床实际出发,根据疾病最常出现疼痛的位置,将慢性腹痛进行分类。这种分类有缺点存在,不少疾病的疼痛可不只在一个部位出现,甚至可变换部位。

现就慢性广泛性与不定位性腹痛进行简介。

(一) 结核性腹膜炎

结核性腹膜炎是临床常见病之一,可发生于任何年龄,以21~30岁为多见。本病是继发性,原发病灶最多为肠系膜淋巴结结核、肠结核、输卵管结核、肺结核、胸膜结核等。

本病在病理学上可区分为渗出型、粘连型与干酪型3种类型,干酪型病情较重。本病起病可急可缓,缓起者占大多数。主要症状是发热、腹部包块、腹痛、腹泻,有时腹泻与便秘相交替。腹痛多呈持续性隐痛或钝痛,粘连型有时可出现剧烈的阵发性绞痛。约1/3病例有腹水征。

(二) 腹型恶性淋巴瘤

腹部恶性淋巴瘤以发生于小肠者最多,也常引起慢性腹痛,多为钝痛或隐痛。如发生不完全性肠梗阻,则引起阵发性肠绞痛。本病主要须与癌性腹膜炎及结核性腹膜炎相鉴别,往往须经探查方能明确鉴别。

(三) 消化道多发性息肉综合征

Peutz-Jeghers综合征即色素沉着息肉综合征,约40%有家族史。癌变率2%~3.8%,可引起肠套叠、肠梗阻等并发症。

Canada-Cronkhite 综合征即卡纳达-克朗凯特综合征,常以慢性隐性腹痛为临床特点。本病特征为:①胃肠道错构瘤息肉病;②有外胚层病变(如脱发、指甲萎缩);③无家族史;④成年发病。

Gardner 综合征(即加德纳综合征)三联征为:①大肠多发性息肉病;②骨瘤;③皮肤及皮下组织病变。本病为罕见的常染色体显性遗传疾病,肠外病变以皮肤及软组织肿瘤最多见,骨瘤次之。

(四)腹型肺吸虫病

腹型肺吸虫病症状以腹痛为主,有时腹部可触及肿块,可伴有腹泻、便血。当肺吸虫病病人有腹痛、压痛或肿块等症状时,应警惕腹型肺吸虫病的可能。如经肺吸虫病药物治疗无效,可考虑剖腹探查。

(五)胃肠血吸虫病

患者常有腹部隐痛,一旦出现剧痛,应考虑并发症存在。大肠血吸虫病癌变并发率高,癌破溃时有脓血便。

(六)腹膜粘连

手术后引起的肠粘连很常见,外伤后或腹膜炎后也常发生肠粘连。粘连程度可轻可重,轻者可无症状或仅有轻微的腹部不适,重者可发生机械性肠梗阻。腹膜粘连的腹痛,严重时为绞痛性,多在餐后发作,发作时腹部听诊可发现肠鸣音亢进。X线或腹腔镜检查有助于诊断。

(七)腹膜癌病

腹膜癌病是继发性,也可引起腹痛,但一般程度较轻。

(八)慢性假性肠梗阻

假性肠梗阻是一种无机械性肠腔阻塞而具有肠梗阻症状和体征的无效性肠推进运动造成的临床综合征,可呈急性或慢性起病。发病机制尚未明了。

慢性病例可为原发性或继发性。原发性者又称为慢性特发性假性肠梗阻(CIIP),继发性者则继发于进行性系统性硬皮病(PSS)、淀粉样变、Chagas 病、使用某些药物如氯丙嗪后等。CIIP 病程长,亦未发现有基础病,主要临床表现为中、上腹痛,腹胀,体重减轻,便秘或腹泻、呕吐等。腹部 X 线平片显示小肠和(或)结肠扩张,严重者可见液平面。

(九)血卟啉病

血卟啉病也可反复出现腹部疼痛,持续时间由几小时至数天甚至数周不等。间隔期可长可短。

(十)肠寄生虫病

钩虫、蛔虫、绦虫、姜片虫、粪类圆线虫、长膜壳绦虫等肠道寄生虫均可引起慢性不定位腹痛,腹痛性质可为隐痛或绞痛;后者由蛔虫性肠梗阻引起。

(十一)腹型过敏性紫癜

腹型过敏性紫癜可反复出现不定位的腹部疼痛。