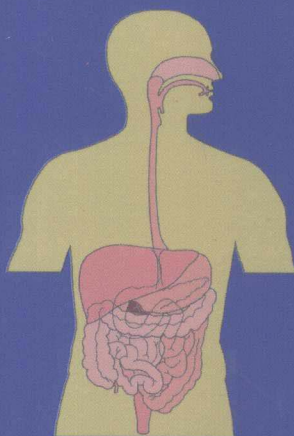


消化内科急症与 重症诊疗学

◎ 霍晓辉 名誉主编 ◎
◎ 范红云 王 竞 主编 ◎



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

消化内科急症与重症诊疗学

主编 范红云 王 竞



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科急症与重症诊疗学/范红云,王竞主编. -北京:科学技术文献出版社, 2013. 6
ISBN 978 -7 -5023 -7994 -0

I. ①消… II. ①范… ②王… III. ①消化系统疾病 - 急性病 - 诊疗 ②消化系统疾病 - 险症 - 诊疗 IV. ①R570. 597

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 125939 号

消化内科急症与重症诊疗学

策划编辑: 丁坤善

责任编辑: 李蕊

责任校对: 张叫咪

责任出版: 张志平

出版者 科学技术文献出版社

地址 北京市复兴路 15 号 邮编 100038

编务部 (010)58882938, 58882087 (传真)

发行部 (010)58882868, 58882874 (传真)

邮购部 (010)58882873

官方网址 <http://www.stdp.com.cn>

发行者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印刷者 北京厚诚则铭数码有限公司

版次 2013 年 6 月第 1 版 2014 年 4 月第 2 次印刷

开本 787 × 1092 1/16

字数 601 千

印张 25.5

书号 ISBN 978 -7 -5023 -7994 -0

定价 90.00 元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

编 委 会

名誉主编 霍晓辉

主 编 范红云 王 竞

副 主 编 李保欣 张 岁 马文波 段 卫

郑光波



前言

消化内科是临床医学中重要的组成部分，随着医学的快速发展和医学专业分工的进一步细化，消化内科专业在近年来得到了快速的进步，尤其在消化内科急症与重症的诊治方面取得了积极的进展。

为了进一步促进广大消化内科及相关专业医师对消化内科急症与重症的正确认识，提高其临床技能，从而满足广大消化内科及相关专业医务工作者的临床需要，在参阅国内外相关研究进展的基础上，结合我们的临床经验编写此书。

本书共 3 篇 47 章，基本涵盖了消化内科专业的急症与重症。第一篇为消化内科急症，包括 35 章，详细阐述了消化内科的相关急症，涵盖了 Mallory-Weiss 综合征、食管穿孔与自发性破裂、急性胃黏膜病变、腐蚀性食管炎胃炎、消化性溃疡急症、急性胃扩张、上消化道出血、上消化道异物、急性胃肠扭转、乙状结肠扭转、缺血性肠病、肠梗阻和肠穿孔、假性肠梗阻、假膜性肠炎、下消化道出血、急性出血坏死性小肠炎、中毒性巨结肠、肝硬化急症、暴发性肝衰竭、肠套叠、肝脓肿、急性药物性肝损害、胆道蛔虫病、急性胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎、急性肠系膜缺血等疾病。第二篇为消化内科重症，包括食管肿瘤、胃癌、小肠恶性肿瘤、大肠癌、原发性肝癌、胰腺癌、胆囊癌、肝外胆管癌、胃恶性淋巴瘤等疾病。第三篇为消化系统急危重症操作技术，分别阐述消化系统急危重症操作技术和消化系统急危重症患者的护理内容。本书充分吸收国内外最新的研究成果，侧重实用性，并力求详尽准确。

本书读者对象为消化内科医务人员以及相关专业医务工作者，同时包括广大基层医疗机构，包括县级医院、乡镇医院以及社区医疗服务中心的临床医生，可作为其工作和学习的工具书及辅助参考资料。

本书编写过程中，得到了多位同道的支持和关怀，他们在繁忙的医疗、教学和科研工作之余参与撰写，在此表示衷心的感谢。

由于时间仓促，专业水平有限，书中存在的不妥之处和纰漏，敬请读者和同道批评指正。

编者



目 录

第一篇 消化内科急症

第一章	Mallory-Weiss 综合征	(3)
第二章	食管穿孔与自发性破裂	(7)
第一节	食管穿孔	(7)
第二节	食管自发性破裂	(15)
第三节	食管异物	(23)
第三章	急性胃黏膜病变	(29)
第四章	腐蚀性食管炎、胃炎	(38)
第五章	消化性溃疡急症	(49)
第一节	消化性溃疡合并出血	(49)
第二节	消化性溃疡合并穿孔	(54)
第三节	胃十二指肠溃疡梗阻	(59)
第六章	急性胃扩张	(64)
第七章	上消化道出血	(71)
第八章	上消化道异物	(81)
第九章	急性胃肠扭转	(84)
第一节	胃扭转	(84)
第二节	小肠扭转	(87)
第三节	盲肠扭转	(90)
第四节	乙状结肠扭转	(92)
第十章	缺血性肠病	(95)
第十一章	肠梗阻和肠穿孔	(103)
第十二章	假性肠梗阻	(111)

第一节	假性小肠梗阻	(111)
第二节	假性结肠梗阻	(113)
第十三章	假膜性肠炎	(118)
第十四章	炎症性肠病	(124)
第一节	溃疡性结肠炎	(124)
第二节	克罗恩病	(128)
第十五章	肠气囊肿病	(134)
第十六章	下消化道出血	(138)
第十七章	急性出血坏死性小肠炎	(148)
第十八章	中毒性巨结肠	(152)
第十九章	肝硬化急症	(156)
第一节	食管胃底静脉曲张破裂出血	(156)
第二节	肝硬化合并感染	(161)
第三节	肝硬化并自发性细菌性腹膜炎	(165)
第四节	门静脉血栓形成	(169)
第五节	肝性脑病	(170)
第六节	肝肾综合征	(175)
第七节	肝肺综合征	(179)
第二十章	原发性肝癌与肝癌结节破裂出血	(183)
第二十一章	暴发性肝衰竭	(188)
第二十二章	肠套叠	(196)
第二十三章	肝脓肿	(198)
第二十四章	急性药物性肝损害	(204)
第二十五章	妊娠急性脂肪肝	(207)
第二十六章	自发性细菌性腹膜炎	(209)
第二十七章	胆道蛔虫病	(213)
第二十八章	急性胆囊炎	(216)
第二十九章	急性梗阻性化脓性胆管炎	(220)
第三十章	胆石症	(224)
第三十一章	胆囊切除术后综合征与胆囊及 Oddi 括约肌功能障碍	(228)
第一节	胆囊切除术后综合征	(228)
第二节	胆囊及 Oddi 括约肌功能障碍	(230)

第三十二章	急性胰腺炎	(232)
第三十三章	胰腺脓肿	(249)
第三十四章	急性肠系膜缺血	(251)
第三十五章	急性中毒	(257)
第一节	急性农药中毒	(257)
第二节	急性乙醇中毒	(264)
第三节	安定中毒	(265)

第二篇 消化内科重症

第三十六章	食管肿瘤	(269)
第三十七章	胃癌	(273)
第三十八章	小肠恶性肿瘤	(279)
第三十九章	大肠癌	(282)
第四十章	原发性肝癌	(291)
第四十一章	胰腺癌	(298)
第四十二章	胆囊癌	(302)
第四十三章	肝外胆管癌	(306)
第四十四章	胃恶性淋巴瘤	(308)
第四十五章	危重患者的肠内营养与肠外营养	(310)
第一节	胃肠道营养概述	(310)
第二节	肠内营养支持与临床监测	(318)
第三节	肠内营养的插管技术	(320)
第四节	肠内营养与肠外营养的比较	(326)
第五节	肠内营养与肠外营养的临床应用	(327)

第三篇 消化系统急危重症操作技术

第四十六章	消化系统急危重症操作技术	(333)
第一节	电动洗胃术	(333)
第二节	中心静脉置管术	(334)
第三节	非静脉曲张性上消化道出血内镜止血	(336)
第四节	食管静脉曲张内镜治疗	(338)
第五节	胃肠减压技术	(340)
第六节	三腔二囊管的应用与护理	(341)
第七节	急性梗阻性化脓性胆管炎、急性胆源性胰腺炎的 ERCP 治疗	(342)

第八节	肝脓肿穿刺术	(345)
第九节	腹腔穿刺术	(346)
第十节	上消化道异物内镜下治疗术	(348)
第十一节	胃造瘘术	(349)
第十二节	心肺复苏术	(350)
第四十七章	消化系统急危重症患者的护理	(355)
第一节	总论	(355)
第二节	消化系统疾病患者常见症状、体征的护理	(358)
第三节	急性胃炎	(363)
第四节	消化性溃疡	(365)
第五节	胃癌	(368)
第六节	肝硬化	(370)
第七节	肝性脑病	(373)
第八节	原发性肝癌	(376)
第九节	胰腺炎	(378)
第十节	消化道出血	(380)
第十一节	胆囊癌和胆管癌	(385)
第十二节	胰腺癌	(390)
第十三节	结直肠癌	(392)
参考文献		(396)

第一篇

消化内科急症



第一章

Mallory-Weiss 综合征

一、概述

Mallory-Weiss 综合征又称食管贲门黏膜撕裂综合征，系剧烈恶心呕吐或腹内压突然增高，导致下端食管或贲门部黏膜和黏膜下层纵行撕裂，发生上消化道出血的一组综合征，是引起消化道出血的重要原因之一，占上消化道出血原因的 0.5% ~ 17%。1929 年，由 Kenneth Mallory 和 Soma Weiss 在 1929 年首次报道，认为此组综合征是一消化道大出血的少见原因，死亡率高，达 50%，且常常直到外科手术或尸检时才能确诊。随着诊疗技术的提高及胃镜检查的普及，占上消化道出血病因的比例逐渐上升。其典型表现是先有剧烈呕吐，而后有呕血或黑便，多数为无痛性呕血。男性多于女性，发病年龄高峰在 30 ~ 50 岁之间，也可见于儿童和老年人。

二、病因与发病机制

Mallory-Weiss 综合征主要是腹内压力或胃内压力骤然升高所引起，大多数与干呕或呕吐有关，呕吐时食管内压力迅速升高至 13.3 ~ 26.7 kPa (100 ~ 200 mmHg)，而胸腔食管内压力仅为 6.7 kPa (50 mmHg)，由于贲门附近黏膜在组织结构上较薄弱，黏膜肌层伸展性较差，周围缺乏支持组织，当腹内压骤然升高，即引起食管远端贲门部黏膜撕裂；而食管黏膜下层有丰富的血管丛，撕裂后可造成急性大出血，其破裂的血管多为黏膜下横行动脉。酗酒、饱食、眩晕、晕车、妊娠、急性胃肠炎、活动性消化性溃疡、急性胰腺炎、急性胆囊炎、化疗、留置胃管、胃镜检查、糖尿病酸中毒、尿毒症等均能引起剧烈呕吐。在引起胃内压力增加的其他情况，也都能造成黏膜撕裂，包括剧烈咳嗽、用力排便、举重、分娩、麻醉期间的严重呃逆、腹外按摩、闭式胸外按摩、幽门梗阻、哮喘、癫痫发作、腹部钝性挫伤等。某些腹内疾病，如食管裂孔疝、消化性溃疡、胃炎、食管炎、肝硬化等常与食管贲门黏膜撕裂同时存在，这些疾病可能在其发病上起到促进作用。特别是在患有食管裂孔疝的情况下，呕吐时胃、食管交界处压力大大增加，易于在胃的贲门部发生撕裂。如呕吐时产生一过



性裂孔疝，撕裂部位是骑跨于食管与胃交界处。

三、临床表现

本病典型表现是先有剧烈呕吐，而后有呕血或黑便，多数为无痛性呕血，有少数患者可伴胸骨后或上腹痛，多不剧烈。食管黏膜下层有着丰富的血管丛，撕裂后可造成急性大出血，其破裂的血管多为黏膜下横行动脉。本病出血量与黏膜撕裂的范围、程度和位置有关，严重时可引起休克甚至死亡，尤其对于老年患者，由于动脉硬化，破裂血管不易收缩，应引起注意。但多数患者出血量较小，有的甚至仅伴有黑便而无呕血。

四、诊断

Mallory-Weiss 综合征的诊断首先依靠病史，对于以往无胃病史、肝病史，因各种原因先引起的剧烈呕吐而后呕血的病例，均应考虑本病的可能性。

1. 胃镜检查 早期胃镜检查是最可靠的诊断方法。宜在出血后 24 ~ 48 小时内进行急诊胃镜检查，大多数胃镜检查时可见食管-胃连接部有一线状纵行裂痕，典型病变可见裂痕一般长 3 ~ 20 mm，宽 2 ~ 3 mm，似浅表线状溃疡，多数已自然停止出血，常有血凝块覆盖，裂痕周围黏膜充血、水肿，有时也可见溃疡表现。病变轻者仅见一条出血性裂痕，周围黏膜无明显炎症反应。若超过 48 小时，裂伤已近愈合而不易发现，较小的裂伤易于疏漏，因此，胃镜检查时宜在允许情况下多次推进、退出，仔细观察食管贲门四周黏膜，尤其是小弯处。当撕裂累及血管时，可见到活动性渗血，甚至严重性出血，有时可见到局部血肿。

在不排除食管穿透性损伤时，一般不宜胃镜检查，除非紧急情况下或已做好内镜止血失败则行外科手术的准备。

2. X 线钡剂双重造影 仅少数可在食管-胃结合部发现线状损伤，主要表现为出血灶不规则充盈缺损，出血小动脉呈一小的圆形透明影，钡剂受阻。该检查方法对本病诊断价值不大，但有助于排除癌、溃疡、静脉曲张等病变。主要适用于有胃镜检查禁忌或不愿意进行胃镜检查者，检查一般要求在大出血至少停止 3 天之后进行，禁用于不能排除食管穿透性损伤者。

3. 选择性腹腔动脉造影 在出血量 $> 0.5 \text{ ml/min}$ 时，可以发现造影剂在出血部位溢出，有比较准确的定位价值。

4. 放射性核素扫描 必须在活动性出血时进行，适用于：内镜检查和 X 线钡剂双重造影不能确定出血来源的不明原因出血；因严重急性大量出血或其他原因不能进行内镜检查者。放射性核素扫描是静脉推注^{99m}Tc 标记的患者自体红细胞作腹部扫描，在出血速度 $> 0.1 \text{ ml/min}$ 时，标记红细胞在出血部位溢出形成浓染区，由此可判断出血部位，该法创伤少，但存在假阳性和定位错误。

5. 其他检查 ①血液分析；②大便常规 + 潜血；③肝肾功能；④凝血象全套。

五、鉴别诊断

Mallory-Weiss 综合征出血量较大时，应与食管胃底静脉曲张破裂出血鉴别。还应与能引



起上消化道出血的其他疾病相鉴别,如:急性胃黏膜病变、消化性溃疡等。如有剧烈胸骨后或上腹痛,应与自发性食管破裂相鉴别。

1. 食管胃底静脉曲张破裂 多有肝病史,可伴腹水、脾肿大,多突然发生大量呕血或黑粪,常引起出血性休克或诱发肝性脑病,病死率很高。胃镜或X线钡餐检查有助诊断。

2. 急性胃黏膜病变 饮酒、服用药酒及非甾体类药物、应激反应是本病的常见诱因,多突然发生呕血或黑粪,有赖急诊胃镜检查,内镜可见弥漫分布的多发性糜烂、出血灶和浅表溃疡为特征的急性胃黏膜损伤。

3. 消化性溃疡 上腹痛是消化性溃疡的主要症状,典型消化性溃疡具有如下临床特点:①慢性病程;②周期性发作,发作与自发缓解相交替,发作具有季节性,多在秋冬或冬春之交发病;③发作时上腹痛呈节律性,服用抗酸药可缓解。如溃疡侵蚀周围血管可引起出血,有赖胃镜确诊。

4. 自发性食管破裂 Mallory-Weiss 综合征与自发性食管破裂的鉴别点在于食管损伤程度,Mallory-Weiss 综合征一般不超过黏膜下层,而自发性食管破裂则累计食管壁全层。

六、治疗

Mallory-Weiss' s 综合征一般采用内科保守治疗或内镜下治疗,有作者认为内镜下止血是治疗活动性出血的首选方法。对于出血较少者,大多数病例均可治愈或自凝。对于保守治疗或内镜下治疗失败者,宜尽早手术。不宜采用三腔二囊管压迫,因这种黏膜撕裂出血属动脉性,气囊压迫可能加重出血并影响黏膜愈合。本病的出血量与黏膜撕裂的范围、程度和位置有关,严重时可引起休克。

(一) 一般治疗

1. 卧位休息,保持呼吸道通畅,必要时吸氧。活动性出血期间禁食。

2. 严密监测患者生命体征,观察呕血与黑粪情况。定期复查血常规。必要时行中心静脉压测定。对于老年患者根据情况进行心电监护。

3. 对症治疗 应用解痉、止吐药物,解除病因,防止再出血;呕吐严重者可加用镇静药物,如安定;对于化疗药物引起剧烈呕吐者可考虑使用中枢性止吐药物,如昂丹司琼。

4. 支持治疗 对于出血量较大者,应尽早建立有效静脉通道,尽快补充血容量,维持血压。严密观察生命体征变化,必要时可考虑紧急输血。下列情况为紧急输血指征:①改变体位出现晕厥、血压下降和心率加快;②失血性休克;③血红蛋白低于 70 g/L 或血细胞比容低于 25%。

(二) 止血措施

1. 血管加压素 通过对内脏血管收缩作用,减少门脉血流量,从而控制出血。推荐用法是 0.2 U/min 静脉持续滴注,视治疗反应,可逐渐增加剂量至 0.4 U/min。目前主张同时使用硝酸甘油,以减少血管加压素引起的不良反应。

2. 抑制胃酸分泌药物 抑制胃酸分泌,提高胃内 pH 具有止血作用;同时,抑酸治疗可改善出血部位的酸性环境,改善黏膜防御功能,阻断高酸对创面的刺激,从而有利于促进创面愈合。临床上常规给予 H_2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂,后者在提高及维持胃内 pH 值的作



用优于前者，急性出血期予以静脉途径给药，如法莫替丁 20 mg，每 12 小时 1 次；奥美拉唑每次 40 mg，每 12 小时 1 次。

3. 生长抑素 对内脏血管具有选择性收缩作用，可明显减少内脏血流量，另外有促进胃黏膜增生、促进血小板凝集和血块收缩的作用。该类药物止血作用肯定，且不伴全身血流动力学改变，但价格较贵。目前用于临床有 14 肽天然生长抑素，首剂 250 μg 静脉缓注，继以 250 $\mu\text{g}/\text{h}$ 持续静脉滴注。8 肽生长抑素同类物奥曲肽半衰期较长，通常首剂 100 μg 静脉缓注，继以 25 ~ 50 $\mu\text{g}/\text{h}$ 持续静脉滴注。

4. 内镜治疗 随着内镜技术的进展，近年内镜局部治疗逐渐广泛应用，内镜下止血是治疗活动性出血的首选方法。①内镜下喷洒止血：喷洒 1:10 000 肾上腺素或去甲肾上腺素（8 mg/100 ml）或凝血酶（500 ~ 2000 U 用温水 50 ~ 100 ml 溶解）或巴曲酶（1 ~ 2 U 用生理盐水 10 ml 稀释）直至出血停止，也可喷洒 10% 孟氏液；②注射疗法：可于镜下出血点周围 3 ~ 4 处小剂量递增注射肾上腺素（1:10 000）或注射无水酒精或硬化剂至黏膜变白。应注意掌握适度剂量，少见并发症为局部坏死和穿孔；③高频电凝止血：止血效率高且迅速，但应注意避免高功率电凝，以防止穿孔；④激光、微波凝固止血：利用热效应达到凝固止血目的，且有利于改善局部营养和代谢，也利于改善局部免疫防御功能，具有止血效果肯定、操作简便、不影响黏膜愈合、无远期并发症等优点，对于妊娠女性不宜用药者尤为合适，值得推广；⑤圈套治疗：于镜下出血点套上套圈，适度收缩套圈，以达到收缩压迫止血的目的。该法止血效率高且无穿孔危险性；⑥金属夹治疗：通过机械力量将病灶连同附近组织紧箍，不仅截断血流，而且封闭创口，有利于创口的愈合，但要求术者技术熟练，尽可能保证止血时金属夹与创口垂直，否则容易引起脱落。

（三）介入治疗

随着介入放射技术的普及，因其痛苦小、安全性高且止血迅速可靠，在消化道出血治疗中占有重要地位。其主要技术包括经动脉药物灌注和栓塞治疗，一般认为经动脉灌注血管加压素仅对低速率出血有一定作用且较易复发。超选择动脉栓塞术多采用明胶海绵颗粒对胃左动脉栓塞，止血较为迅速，其关键在于将导管超选择性插至胃左动脉。

（四）外科手术治疗

对于保守治疗无效或内镜下治疗失败者，或有食管穿孔可能者宜尽早行外科手术治疗，行胃切开术及缝合撕裂部位，疗效确切。术后宜做胃肠减压，以防呕吐而再次出血。有条件者也可选择在消化内镜引导下行腹腔镜手术，较开腹手术具有创伤小、恢复快等优点。

（范红云 李保欣）



第二章

食管穿孔与自发性破裂

第一节 食管穿孔

一、概述

食管损伤是一种常由于器械或异物引起的以食管破裂、穿孔为主要病变的疾病，如不及时处理，几乎毫无例外地发生急性纵隔炎、食管胸膜瘘等。由于食管特殊的解剖位置，可以被多种原因造成损伤。近年来随着胸外科的进展，采用了广谱抗生素治疗和较好的营养支持，使这类疾病的治疗效果有了许多改善。

二、病因

食管损伤的原因很多，包括器械性、外伤性、异物性、腐蚀性（化学性）、放射性等，其中常见病因为器械与异物所致。国外报道以器械损伤居首，国内报道以异物性多见，其中又以义齿所致后果最严重。腐蚀性、器械性穿孔多有明显原因，较易诊断。胸部创伤性食管穿孔多为严重复合伤，其周围脏器如气管、血管常同时受损，且常因症状复杂而误诊误治。自发性者多有食管原发疾病，加之暴饮暴食及剧烈呕吐所致。放射灼伤多为迟发性，损伤程度难以估计，可波及周围大血管与脏器，造成严重后果。

机械性损伤中又可分为腔内损伤和腔外损伤。近年来随着在食管腔内用仪器进行诊断和治疗的病例迅速增加，医源性食管损伤在这类疾病中占的比例也不断增加，另外，根据食管损伤的部位又分为颈部食管损伤、胸部食管损伤和腹部食管损伤。

1. 腔内损伤 采用腔内医疗器械诊断和治疗食管疾病在当今是相当安全的，但并不是完全没有风险。食管腔内损伤多发生在使用这些器械在食管内或通过食管进行诊断和治疗的过程中，采用硬食管镜发生的并发症要比纤维食管镜多。在有膈上强室、贲门失弛缓症、食管狭窄的患者，如果操作不小心则更易发生食管损伤。