

危重 消化病 诊断 与治疗

WEIZHONG
XIAOHUABING
ZHENDUAN
YUZHILIAO

ZHUBIANYUANMENG BIAO
LIJUNMANWUGUANGSHENG
FUZHUBIANZHANGTIANCHENG
ZHANGLIZHONG
SUCHANGJUN

主
编

袁孟彪

李君曼

吴广胜

副
主
编

张天程

张立忠

宿长军

齐
南
出
版
社

危重消化病诊断与治疗

袁孟彪 李君曼 吴广胜 主编

一九九二年四月

危重消化病诊断与治疗

袁孟彪 李君曼 吴广胜 主编

山东电子工业印刷厂印刷

850×1168 32开 227千字 1992年4月印刷

印数 1—500 定价: 5.50元

山东省新闻出版局准印证

(1992)2—090号

危重消化病诊断与治疗

主 编：袁孟彪 李君曼 吴广胜

副 主 编：张天程 张立忠 宿长军

编 委：(以姓氏笔画为序)

王 凯 王立春 牛 军

李君曼 李延青 吴广胜

陈 建 陈 昱 张天程

张立忠 袁孟彪 郭建强

宿长军 康卫国 阎 明

曹 源

责任编辑：曾宪盛

前 言

当今医学发展日新月异，诊治消化系危重病的新技术、新疗法，高效药物不断问世及应用于临床。消化系危重病是临床急症中最常见的疾病之一，危重消化系病人的病情常变化迅速多端，因此，如何正确、有效的处理好这类疾病是临床工作中最棘手的问题。它要求临床医师有丰富的理论知识和熟练的专业技术及良好的服务态度，必须能当机立断，采取紧急有效的救治措施。若处理不及时或不恰当，常可贻误病情治疗，危及病人生命。

本书系统、扼要地介绍了消化系各危重、急症疾病的诊断与治疗。根据作者临床抢救数十年及教学、科研工作中的粗浅体会，结合国内外有关消化系专业新知识，新技术资料撰写而成。全书内容包括全部消化系统的危重病的诊疗，由消化系统的食管疾病开始至腹膜、网膜疾病为止，共分七章，五十六节，并附有危重消化病化验正常值及消化系统疾病常用药物。内容丰富，新颖，以实用为主，专为初、中、高级医师及消化系专业医师在处理消化系疾病中，予以指导与参考，可供科研人员及医学院校师生参考。

本书作者为多年从事消化病专业的临床、科研、教学工作的教授及博士、硕士医师撰写，具有较丰富的理论知识和临床实践经验，但仍有不当之处，诚望读者及同行给予批评指正。本书出版过程中，山东电子工业印刷厂曾给予大力支持，在此，特致以谢意。

编委于济南山东医科大学附院

1991.10.1

目 录

第一章 食管疾病	(1)
第一节 返流性食管炎	(1)
第二节 食管穿孔与破裂	(4)
第三节 食管-贲门粘膜撕裂综合征	(9)
第二章 胃、十二指肠疾病	(13)
第一节 急性单纯性胃炎	(13)
第二节 急性胃粘膜病变	(16)
第三节 急性腐蚀性胃炎	(22)
第四节 急性胃扩张	(26)
第五节 胃扭转	(30)
第六节 胃破裂	(34)
第七节 胃、十二指肠溃疡并出血	(36)
第八节 胃、十二指肠溃疡穿孔	(43)
第九节 幽门梗阻	(47)
第十节 胃癌	(51)
第三章 小肠与结肠疾病	(58)
第一节 急性病毒性胃肠炎	(58)
第二节 食物中毒	(61)
第三节 急性出血坏死性小肠炎	(65)
第四节 肠结核	(69)
第五节 肠梗阻	(72)
第六节 急性缺血性结肠炎	(76)
第七节 小肠肿瘤	(81)
第八节 克隆病	(83)

第九节	伪膜性肠炎	(88)
第十节	肠气囊肿病	(93)
第十一节	小肠异物	(95)
第十二节	溃疡性结肠炎	(98)
第十三节	假性肠梗阻	(105)
第十四节	急性痢疾	(108)
第十五节	痔	(114)
第十六节	大肠癌	(117)
第四章	肝脏疾病	(124)
第一节	细菌性肝脓肿	(124)
第二节	阿米巴肝脓肿	(127)
第三节	肝硬化并食管胃底静脉曲张破裂出血	(132)
第四节	肝肾综合征	(137)
第五节	门静脉血栓形成	(142)
第六节	暴发性肝衰竭	(144)
第七节	肝性脑病	(147)
第八节	原发性胆汁性肝硬化	(151)
第九节	药物性肝病	(155)
第十节	自发性细菌性腹膜炎	(159)
第十一节	原发性肝癌	(163)
第五章	胆道疾病	(169)
第一节	胆道蛔虫病	(169)
第二节	胆囊炎	(173)
第三节	急性化脓性胆管炎	(181)
第四节	胆石症	(185)
第五节	胆囊扭转	(194)
第六节	胆道出血	(195)
第七节	胆道运动功能障碍	(199)
第八节	胆囊摘除术后综合征	(202)

第六章 胰腺疾病	(207)
第一节 急性水肿型胰腺炎.....	(207)
第二节 急性出血坏死性胰腺炎.....	(211)
第三节 胰腺癌.....	(215)
第七章 肠系膜、腹膜、网膜疾病	(222)
第一节 急性化脓性腹膜炎.....	(222)
第二节 肠系膜血管闭塞症.....	(227)
第三节 急性非特异性肠系膜淋巴结炎.....	(230)
第四节 闭合性腹部损伤.....	(231)
第五节 大网膜扭转.....	(238)
附录一 人体化验正常值	(240)
附录二 消化系统疾病常用药物	(256)

第一章 食管疾病

第一节 返流性食管炎

(Reflux esophagitis)

返流性食管炎是由于胃或肠内容物返流入食管而引起的食管炎性病变。

【病因 发病机理】

防止胃内容物返流入食管的解剖因素有食管下段括约肌、膈肌、膈食管韧带、食管与胃之间的锐角等。其中以食管下段括约肌最重要,此部位虽非括约肌结构,但有括约肌之功能。它为一长约3~5 cm的食管段,静息时,其内部压力大于胃内压而成为高压带,正常情况下,其压力范围为2.0~3.3kPa(15~25mmHg),并随胃内压增加而升高,以防止返流,当其压力 <0.7 kPa(5mmHg)时,即发生胃食管返流。保持食管粘膜完好的其它防御因子包括唾液、食管的蠕动功能及食管内容物的重力作用等,唾液中的重碳酸可中和胃酸,硫化多糖酶防止消化作用损伤食管粘膜。当以上防御机制发生障碍,主要是由于多种因素使食管下段括约肌功能削弱,如呕吐、长期插胃管、食管贲门大部切除术、胃潴留、十二指肠溃疡、吸烟、饮酒、应用阿托品、迷走神经切断术、滑动性食管裂孔疝等因素存在时,即可发生胃食管返流。胃酸、胃蛋白酶、胆汁酸及胰酶等返流入食管内,引起食管粘膜充血、水肿、糜烂、溃疡、息肉增生及粘膜纤维化等改变。食管炎发生后,食管蠕动功能即减弱,不能彻底清除食管内的返流物,使之在食管内停留延长,可加重原有的食管炎,食管炎进一步降低食管下段括约肌功能,加重返流,形成恶性循环。

【临床表现】

一、症状及体征

1. 上腹部或胸骨后灼痛或烧灼感：进食时尤为明显，疼痛多发生在餐后1小时左右，且与体位等因素有关，躯干前屈，卧位或用力屏气时加重，直立位时可减轻。疼痛严重者可向颈、下颌角或上肢放射，有时酷似心绞痛。

2. 返食：当躯干前屈或卧位、屏气用力时，有酸味或苦味的液体溢入口腔，若熟睡时返流物可经咽部吸入气管而发生呛咳，严重者发生肺炎。

3. 咽下困难：多数病人觉咽下困难。开始为炎症引起，常为间歇性，后由于食管疤痕性狭窄，则咽下困难呈持续性。

4. 出血及贫血：多为慢性少量出血，偶有大出血者。长期失血可致贫血。

5. 可并发慢性咽炎、声带炎、气管炎、哮喘、吸入性肺炎，若并发 Barrett 综合征，表现为①食管溃疡，出血，穿孔，②癌变。

二、实验室及辅助检查

1. 食管镜及活组织检查：食管镜可见食管下段粘膜炎症，常有浅表性溃疡伴渗出物，可见到局部狭窄。活组织检查可见粘膜表层鳞状上皮大量脱落，基底细胞代偿性增生，血管乳突增生，血管簇和神经末稍延伸直达上皮表面，固有层有中性粒细胞浸润。

2. 食管钡餐透视：可见食管蠕动变弱，食管下段粘膜皱襞粗乱，有时可见龛影及狭窄。若检查时病人取头低足高位，可提高检出率。

3. 食管滴酸试验：病人取坐位，插入鼻胃管并固定于距门齿30~35cm处，先滴入生理盐水每分钟5~10ml，共15分钟。若病人无不适感，则以同样速度滴入0.1N盐酸，若出现胸骨后疼痛或灼热感，提示食管炎。

4. 食管内pH值监测：置pH值微电极于贲门上5cm处，先将0.1N盐酸300ml注入胃内，测定病人坐位、卧位及20度头低位之pH值，若食管下段pH值 <4 即提示胃食管返流。阳性率80%左右。

5. 食管内压力测定：使用食管腔内测压装置，正常人安静时，食管下端括约肌压力大于2kPa(15mmHg)，有胃-食管返流者低于1.3kPa(10mmHg)。

【诊断 鉴别诊断】

一、诊断

有进食时胸骨后灼热感或疼痛的病人，特别是于躯干前屈及卧位时加重，站立时缓解者，应考虑本病。有食管裂孔疝，反复呕吐、肥胖、嗜烟酒等诱因存在时，则更应考虑本病的可能性。进一步确诊可行食管滴酸试验，食管内pH值监测，食管测压及食管镜检查。

二、鉴别诊断

应与食管消化性溃疡、食管癌等食管疾病鉴别，胸痛时有必要与心绞痛、急性心肌梗塞相鉴别。

【治疗】

一、改善食管下段括约肌功能

1. 戒烟酒，避免饮食咖啡、桔子、西红柿、巧克力、大蒜、薄荷、胡椒等。

2. 胃复安10~20mg饭后口服。

3. 乌拉胆硷为一胆碱能药物，可提高食管下端括约肌功能，促进食管收缩，加快食管排空，可给本品25mg，每日3次。但本药能刺激胃酸分泌，长期应用要慎重，或与制酸剂合用。

二、减少胃内容物返流

1. 低脂肪少食多餐，饭后散步，睡前2~3小时不再进餐或晚睡，保持头高足低位睡眠。

2. 可试用藻朊酸泡沫剂，可浮着于胃内容物表面，形成卧

位时的物理屏障。

3. 忌用抗胆碱药物。

三、降低胃内酸度

1. 制酸剂：餐后及睡前各口服氢氧化铝凝胶 10~30 ml 及氧化镁 0.2g。

2. H_2 受体阻断剂：如甲氰米胍 0.2g，每日 3~4 次，或雷尼替丁 0.2g，每日 2 次。

3. 消胆胺 150ml 餐后及睡前各服一次，以减轻返流物中胆酸的刺激。

4. 可试用 H^+-K^+ ATP 酶抑制剂奥米拉唑（洛赛克）降低胃酸的作用强而持久。

四、外科治疗

对有食管疤痕性狭窄者，可用食管扩张术或手术治疗。严重病例，内科治疗无效者，可考虑手术治疗，多采用胃底折叠术。

第二节 食管穿孔与破裂

(Perforation and rupture of esophagus)

食管穿孔及破裂的发病率较高，在各年龄组中均有发生，男性多见，病因复杂，一旦发生，病情异常严重，可诱发纵隔感染、脓肿及食管气管瘘等。处理需及时诊断，早期治疗。误诊失治常可危及生命，死亡率极高。

【病因 发病机理】

一、病因

食管穿孔及破裂，发生于各年龄组，食管穿孔男女之比是 5 : 1。致病原因也相当复杂。

1. 自发性：(1) 新生儿食管穿孔，虽然少见，但食管破裂是新生儿出生 48 小时内急性呼吸困难原因之一，可能因分娩时压力影响充盈羊水，食管、声门及咽部关闭，返流及呕吐时食管肌

层不协调，痉挛引起食管高压；加之、胃酸腐蚀及分娩时缺氧等所致。(2) 成人食管穿孔；可分为3类：① 壁间血肿（不全性穿孔）极为罕见。② 食管、胃粘膜撕裂征(Mallory Weiss综合征)多因酗酒后剧烈呕吐而造成胃食管结合部的粘膜及粘膜下层撕裂。③ 食管自发性破裂 (Boerhaave氏综合征)多数病人有胃肠道疾患，因呕吐、强迫性吞咽、进食过多、排便、分娩及哮喘状态等引起腹内压力突然升高，挤压胃部使食管内压骤然升高和食管壁调节及抗压能力减弱所致。

2. 医源性：(1) 器械性 最常见原因为内镜，尤其是同时施行狭窄扩张与食管粘膜下注药，其次为插胃管、气管内插管及食管充填导气管等。(2) 手术后 多因胃底折叠术、裂孔疝修补、经脑迷走神经切断术中手术野显露不好及食管类所致。

3. 创伤性：(1) 外部穿透伤及钝性损伤 穿透伤大部分为挫伤、刺伤、刎颈，多伴周围组织合并伤。钝挫伤多因胸部挤压伤时食管内压突然升高而破裂。(2) 内部异物及烧灼伤 误吞尖锐异物刺破，光滑异物长期腐蚀穿孔或巨型异物撕裂以及误服强酸、强碱等腐蚀性物质造成。

4. 进展性疾病：裂孔疝可由消化性溃疡或食管周围裂孔疝或混合性裂孔疝狭窄发展成坏疽造成穿孔，晚期食管癌与气管形成瘘管或形成纵隔脓肿，或破入胸腔腔。

二、分类

1. 颈段损伤：约占10~20%，主要由损伤造成，死亡率低。

2. 胸段损伤：约占55~75%，大多系医源性损伤、依治疗早迟死亡率有所不同。

3. 腹段损伤：约占25~30%，多见于食管周围手术或自发性破裂，多胃及胸段。

食管损伤可分为完全性或不完全性，后者可为粘膜撕裂及血肿形成所致。

【临床表现】

一、症状与体征

1. 食管损伤的早期表现是疼痛及发热。疼痛与放射部位因损伤部位和程度而不同,有时非常剧烈,可立即确诊。但大多数穿孔的诊断可延迟6~8小时或超过24小时。有时因混合性细菌感染而出现感染性休克的表现。

2. 食管损伤病人可出现程度不一的呕血。

3. 在中上段损伤时可有颈部肿胀或皮下气肿。

4. 颈段损伤时发音呈鼻音,吞咽困难。

5. 胸段完全性损伤可有呼吸困难,患胸叩浊及呼吸音低弱。

6. 腹段损伤可有腹膜炎表现,上腹压痛、反跳痛,有时可有膈下积液。

7. 新生儿期可有呼吸困难及紫绀,唾液增多及流涎,喂食困难及窒息、呕吐,喂食时发生紫绀及咳嗽。

8. 儿童误吞异物后症状常延迟几周至几个月发生,异物慢性穿孔可进一步发展成食管食管瘘及呼吸道感染,病儿有发热及持续性咳嗽。

二、辅助检查

1. X线平片:多数病人可显示有纵膈内或颈部出现外科性气胸,纵膈阴影增宽及气管与脊柱间距离增加,或膈下游离气体,纵膈空气界面出现不规则阴影,多提示合并有纵膈炎症,但对穿孔最典型的“X”线表现为“V”字征,即空气沿主动脉左侧及横膈上面分布,形成“V”字形,后面显示胸膜及心包渗液。

2. 对比剂X线造影:对临床怀疑食管损伤者,应全部行食管对比剂造影。通常应用纯泛影葡胺或50%溶液,观察食管破损的外漏部位,但量大时可能诱发电解质不平衡或误服后造成肺水肿。硫酸钡剂外漏虽可引起肉芽肿,但多为局部反应,术中应注意吸出外溢钡剂可避免发生。因钡剂挂于粘膜并附于外漏部,阴

性率极高,且易定位。

3. 内镜检查:对临床高度怀疑穿孔,胃管引流液血性而对比剂X线检查阴性,应例入胃肠内镜检查,即可发现有无食管粘膜损伤,及其范围、程度,又可取出异物及内镜下止血等治疗。

【诊断 鉴别诊断】

一、诊断主要根据以下几点

1. 病史:病人多能提供重要的损伤诱因,或酗酒,暴饮暴食后大量呕吐干呕史,但大多数病人因症状轻微不明显而延误就诊。

2. 症状、体征:根据损伤后疼痛、放射性疼痛、发热、呃血、呼吸困难或感染性休克,应高度怀疑食管损伤之可能。

二、临床应与下列疾病相鉴别

1. 婴儿食管自发性破裂与先天性无食管闭锁。

2. 食管气管瘘相鉴别,后者多见于羊水过多的早产儿,喂食时患儿呕吐,咳嗽并发生紫绀等。

3. 纵膈气胸。后者胸痛不剧烈,不受吞咽影响。对比X线造影可予以鉴别。

其他:主动脉夹层动脉瘤胸膜炎,溃疡病穿孔等。

【治疗】

一、一般治疗

1. 一经确诊,即应用全身抗菌素治疗。一般选用第三代头孢菌素与灭滴灵。

2. 如胸部X线发现有张力性气胸或液气胸,可行肋间插管水封瓶引流。

3. 病人有休克征象时,应严密监测中心静脉压及尿量,补充血容量。

4. 纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡,应用非胃肠道维持营养。如需行胸腹部手术,应同时作空肠造瘘,加强营养。

二、保守治疗

尽管大多数食管损伤病例需即刻手术，但对某些病人可试行保守治疗。一般应严格掌握适应征：

1. 不完全性损伤，包括新生儿创伤性穿孔，壁间血肿及Mallory-Weiss综合征。

2. 完全性损伤，纵膈内或纵膈与脏层胸膜间局限性小穿孔；空腔极易引流的食管腔且症状轻微无感染现象者。

治疗需注意事项：

1. 严格禁食；
2. 鼻胃管吸引；
3. 控制需氧及厌氧菌感染；
4. 非胃肠道营养；
5. 有胸腔积液或液气胸则行肋间插管引流；
6. 应严密监测病人，如症状改善不理想或进一步恶化应改行外科治疗。

三、外科治疗

外科手术入路及处理决定于穿孔部位、损伤范围、与食管共存疾病及穿孔早晚。穿孔后早期手术者，死亡率低；穿孔超过24小时后手术者，死亡率明显上升。

颈段损伤最佳入路为经右胸锁乳突肌前缘切口，切断肩胛舌骨肌及甲状腺中静脉，将甲状腺拉向对侧，避免损伤喉返神经。胸部食管最佳入路是经右胸第六或第七肋间开胸。下胸及腹段食管多由腹部或左胸腹联合切口。

1. 早期穿孔：依据穿孔发生于健康组织，病变组织如狭窄及癌肿而处理不同。

(1) 穿孔经健康食管壁，手术治疗目的是缝合穿孔及建立良好引流。颈段损伤者用不吸收线分层间断缝合裂口及局部引流；胸部损伤须广泛引流纵膈及胸膜腔，除分层缝合食管裂孔外，在胸部高位病损处可加用胸膜或肋间肌瓣加固，胸下部病损用膈肌瓣；腹段损伤使胃底瓣加强。腹部损伤，若撕裂在食管前壁，将

胃底上提，作胃底肌瓣成型，以小吸收缝线作间断缝合。若撕裂在腹段食管后壁，可用胃折叠术加强缝合穿孔。

(2) 食管穿孔合并主动脉损伤：穿孔部位常位于食管主动脉弓水平或与胸段主动脉相通。食管主动脉瘘口常有血栓堵塞或形成假性动脉瘤。可直接缝合或用带垫片涤纶丝线修补瘘口。食管穿孔部位酌情作修补术或颈部食管外置，二期再造。

(3) 食管穿孔并有食管其它疾病：因食管狭窄或恶性肿瘤施行扩张术发生的损伤，应尽量将病变切除，以胃、结肠或空肠作一期吻合再造。条件不具备时，亦可先将食管近端颈部造瘘延期再造。

2. 误诊所致的晚期穿孔：一般可作如下处理：

(1) 闭合缺损：可就近选用各种肌瓣(如膈肌瓣，胃底或带蒂空肠移植肌片)，直接盖于穿孔四周，于健康肌层缝合。

(2) 食管分流：可行暂时性颈部食管造口，必要时日后再行二期手术。

(3) 分流及处置：先行颈部食管造口，开胸探查用涤纶带束于食管穿孔远端膈肌上方，闭合食管腔，日后行重建术。

(4) 食管置管：一般可在食管腔内放一T管，另外安放胸腔破裂口处引流。也可以内镜结合胃造口通过损伤处置管。

(5) 内镜治疗：经小开胸探查，肋间插管作纵膈及胸腔引流，并在穿孔部位的局部多次以食管镜将带有20%氢氧化钠棉球涂擦穿孔边缘，再用30%醋酸溶液中和，直至愈合。

第三节 食管-贲门粘膜撕裂综合征

(Mallory-Weiss syndrom)

食管-贲门粘膜撕裂综合征是指由于剧烈呕吐、咳嗽等原因所致腹内及胃内压力剧增而造成贲门附近粘膜及粘膜下层撕裂所引起的上消化道出血。以往认为本病少见。近年来，随着内镜技