

消化系统急症的诊断和处理

李洪运 汲书生 董 向 主 编

天津科学技术出版社

消化系统急症的诊断和处理

主 编 李洪运 汲书生 董 向

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系统急症的诊断和处理/李洪运,汲书生,董向主编. —天津:天津科学技术出版社,2011.9
ISBN 978-7-5308-6664-1

I. ①消… II. ①李…②汲…③董… III. ①消化系统疾病:急性病—诊疗 IV. ①R570.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 198901 号

责任编辑:郑东红

责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332695(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjbs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 12 字数 310 000

2011 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

定价:28.00 元

主 编	李洪运	山东省济宁市第一人民医院
	汲书生	山东省济宁市第一人民医院
	董 向	山东省济宁市第一人民医院
副主编	解瑞金	山东省济宁市第一人民医院
	徐由锁	山东省单县中心医院
	鲁守东	山东省莒南县人民医院
	焦士臣	山东省鄄城县人民医院
	姜 涛	山东省惠民县人民医院
	吴凤婷	山东省东营市人民医院
	张 健	山东省济宁市第一人民医院

前 言

临床医学中消化系统急症病种广、发病率高,作为临床医师应对消化系统急症能够做出正确诊断,并及时予以处理,从而有效提高临床治愈率,减少死亡率。为了提高消化系统常见急症的救治水平,我们广泛参阅了国内外同类文献资料并结合自己的临床工作经验编就此书。

本书共分七章,内容包括消化系统常见急症的诊断和处理。其内容规范,简明扼要,深入浅出,实用性强。全书不仅融汇了作者多年的临床丰富经验和体会,还汲取了当今国内外消化系统临床急诊医学前沿的新理论、新知识、新方法,以及诊疗的新技术和新手段。因此,是一部实用性很强的临床参考书。

由于编者学识与专业水平有限,尽管竭尽全力,多次修正,仍难免存在错误和疏漏,诚请广大读者批评指正。

编者

2011年6月

目 录

第一章 急危症状	1
第一节 恶心与呕吐	1
第二节 急性上消化道出血	5
第三节 急性下消化道出血	18
第四节 腹泻	25
第五节 腹痛	33
第六节 急腹症	39
第七节 黄疸	47
第八节 肝肿大	57
第九节 脾肿大	59
第十节 腹水	60
第十一节 腹胀	67
第二章 食管急症	70
第一节 食管穿孔	70
第二节 食管化学性损伤	73
第三节 食管异物	74
第四节 食管贲门黏膜撕裂综合征	78
第三章 胃十二指肠急症	81
第一节 急性胃炎	81
第二节 胃十二指肠溃疡病并发症	84
第三节 急性胃扩张	93
第四节 胃内异物	95

第五节	胃损伤	97
第六节	十二指肠损伤	98
第四章	肠道急症.....	101
第一节	溃疡性结肠炎.....	101
第二节	克罗恩病.....	118
第三节	肠结核.....	126
第四节	肠梗阻.....	131
第五节	急性出血坏死性肠炎.....	142
第六节	小肠、结肠损伤	147
第七节	肠痿.....	151
第八节	伪膜性肠炎.....	154
第九节	肠易激综合征.....	158
第十节	细菌性食物中毒.....	169
第十一节	缺血性肠病.....	182
第十二节	细菌性痢疾.....	186
第十三节	阿米巴痢疾.....	196
第十四节	急性阑尾炎.....	205
第五章	肝胆急症.....	213
第一节	病毒性肝炎.....	213
第二节	门脉高压症.....	261
第三节	肝肾综合征.....	269
第四节	急性肝功能衰竭.....	275
第五节	肝性脑病.....	286
第六节	肝脓肿.....	294
第七节	肝脏损伤.....	302
第八节	脾脏损伤.....	304
第九节	胆道蛔虫病.....	307
第十节	胆管感染.....	311

第十一节	胆石症·····	321
第十二节	胆道出血·····	329
第十三节	先天性胆道闭锁·····	330
第十四节	先天性胆总管囊性扩张症·····	332
第六章	胰腺急症·····	336
第一节	急性胰腺炎·····	336
第二节	胰腺损伤·····	353
第七章	腹膜急症·····	355
第一节	急性腹膜炎·····	355
第二节	结核性腹膜炎·····	367

第一章 急危症状

第一节 恶心与呕吐

恶心是欲呕吐的一种主观感觉,常是呕吐的前奏。呕吐(emesis)是胃贲门张开与腹部肌肉猛然用力收缩引起的胃内容物经食管及口腔向外排出。呕吐要动员膈神经支配的膈肌、脊髓神经支配的肋间肌、迷走神经传出纤维支配的咽喉肌和迷走与交感内脏神经支配的胃肠平滑肌。有这么多神经及肌肉进行如此复杂的协调动作,是由于延髓呕吐中枢的统一调度。

呕吐中枢的发动呕吐可直接由于各种传入神经的刺激,也可以间接由于其邻近位于第四脑室尾缘的化学感受器触发区,把各种外来化学物质或内生代谢产物的刺激,传达给呕吐中枢而引起。呕吐中枢的敏感性因人而异,有的人受轻微的刺激即可触发呕吐,特别在青年女性;有的人可耐受较强的刺激而不发生呕吐。

一、病因

恶心与呕吐的病因大致常见以下几种:①胃肠及腹腔脏器疾病:如急、慢性胃炎,胃黏膜脱垂症,急性胰腺炎,反流性食管炎,贲门痉挛,幽门痉挛或梗阻,胃、十二指肠溃疡,食管癌,胃癌,肠梗阻,小肠缺血坏死性肠炎,肠系膜上动脉综合征等。②急性感染:如病毒性或细菌性急性胃肠炎、食物中毒、急性病毒性肝炎等。③中枢神经系统疾病:如中枢神经系统感染、脑瘤、脑出血等。④内分泌代谢疾病:如糖尿病酮症酸中毒、甲亢、尿毒症等。⑤妊娠呕

吐:青年妇女出现原因不明的呕吐时,首先要想到妊娠呕吐(特别是发生于晨间),询问停经史,并采用尿妊娠试验,即可明确诊断。

⑥药物引起:如氯化铵、奎宁类、水杨酸类、磺胺类、异烟肼、氨茶碱、吗啡类、呋喃类、驱虫药、洋地黄类、铋剂、抗癌药物或药物过量等,对部分敏感病人均可引起呕吐。如疑及药物有关,可停用可疑药物,予以观察,如系该药引起,大多即能好转。⑦中毒性疾病:如DDT中毒,有机磷中毒,杀鼠药中毒,夹竹桃、乌头碱、毒蕈中毒,亚硝酸盐中毒及毒蛇咬伤,蟾蜍中毒,均可引起呕吐及其他系统的症状。⑧其他:如晕动病、美尼尔氏病、精神性呕吐等。

二、诊断

(一)病史 详细询问病史可初步判断呕吐原因。

1. 询问呕吐与饮食、用药关系 如有进食生冷或不洁饮食病史者多为急性胃炎或食物中毒;如服药后发生呕吐可能为药物反应或药物中毒。

2. 注意呕吐发生的时间和特点 ①晨间呕吐多见于尿毒症、酒精中毒。②已婚妇女有停经史者为早期妊娠。③餐后立即呕吐常见于神经性呕吐。④餐后少顷呕吐提示贲门失弛缓症。⑤餐后60~90分钟呕吐多见于胃、十二指肠溃疡。⑥餐后6小时以上呕吐,胃内容物为大量宿食者常见于胃潴留。⑦喷射性呕吐多见于颅内疾病。顽固性呕吐,吐后无舒适感,甚而胃内容物排空后仍有干呕者,多见于腹膜炎、急性阑尾炎、胰腺炎、胆囊炎等。

3. 呕吐物的性状 呕吐物为大量食物残渣多为幽门梗阻所致;呕吐物为酸性食物残渣者,多为消化性溃疡;食物残渣不酸者,多为胃癌或食道癌;呕吐物为黄绿色者,多为十二指肠梗阻;呕吐物含有血液者,见于消化性溃疡,肝硬化或胃癌;呕吐物为粪臭味者,多见于小肠梗阻。

4. 呕吐伴随的症状和体征 ①伴有发热和相应部位腹痛见于急性炎症。②伴发热、头痛、昏迷者,多为脑炎或脑膜炎。③伴

发热、腹痛、腹泻者,多见于急性胃肠炎。④伴有吞咽困难者见于食管癌、贲门失弛缓症。⑤伴眩晕、眼球震颤者多见于内耳眩晕症、急性迷路炎。⑥剧烈呕吐伴腹部绞痛、排便排气停止者,多为肠梗阻。⑦呕吐伴皮肤苍白、冷汗、少尿者,多见于休克。⑧伴有其他神经官能症表现,发病与精神因素有关者,多见于女性的神经性呕吐。

(二)体格检查 应注意神志、脱水 and 循环衰竭、营养不良和消瘦、贫血、发热等。有腹肌紧张、压痛、反跳痛等提示急腹症;有胃型、胃蠕动波、振水声等应考虑幽门梗阻;肠鸣音亢进、肠型等提示肠梗阻;有眼球震颤常见于前庭疾病;中枢神经系统疾病常有局灶性体征、脑膜刺激征、病理征等;视神经乳头水肿提示颅内压增高。

(三)实验室及其他检查 应有选择性地进一步检查,如胃肠X线钡餐、内窥镜、B超等有助于胃肠及腹腔脏器疾病的诊断;脑脊液、CT有助于中枢神经系统疾病的诊断;其他如三大常规及血生化检查;肝、肾功能检查,尿妊娠试验均有助于病因的诊断。

三、鉴别诊断

应注意精神性呕吐与器质性呕吐的鉴别,器质性中枢性呕吐与末梢性呕吐的鉴别。

四、处理

(一)紧急处理及病因治疗 治疗原发疾病的同时,首先应注意:①呼吸和意识状态:意识障碍者应确保气道通畅,避免呕吐物吸入,昏迷病人可插入鼻胃管,以避免误吸入呼吸道。②血压:脑血管意外时的高血压,出血等休克时的低血压,均应紧急处理。③脱水与代谢性碱中毒:系由持续性呕吐丧失胃液等而脱水的低氯性碱中毒,应予纠正。④其他:中枢性呕吐:其呕吐剧烈且呈喷射状,这是颅内压增高的表现,应立即给予脱水治疗,用20%甘露醇250ml快速静脉滴注,速尿20~40mg加入50%葡萄糖液40ml,静

脉注射。须进一步查清导致颅内压增高的原因,明确诊断,对因治疗。

(二)一般治疗 严密观察,注意体位,防吸入呼吸道(对昏迷病人),必要时可用1%碳酸氢钠洗胃等。

(三)对症治疗

1. 镇吐剂 持续性恶心呕吐时,病人处于不安状态,更助长恶心呕吐,应予以镇静镇吐药。

(1)维生素 B₆:10~20mg,每日3次口服。

(2)灭吐灵:对中枢及末梢性呕吐均有制吐作用。10mg,肌肉注射,或8mg,每日3次,口服。

(3)氯丙嗪:为多巴胺受体阻滞剂,除有安定、催眠、扩血管等作用外,小剂量可抑制延脑催吐化学敏感区,大剂量抑制呕吐中枢,有强大的制吐作用。12.5~25mg,每日3次,口服,或25mg肌肉注射。

(4)丙氯拉嗪:与氯丙嗪相似,作用于脑干有制吐及精神安定作用,每片5mg,为止吐每次用15~25mg。

(5)潘多立酮:为较强的多巴胺受体拮抗药,使胃排空速率增快。肌注10mg,每日1次;口服10~20mg,每日3次;直肠用药60mg,每日2次。

2. 解痉止痛 阿托品0.3~0.6mg,每日3次,口服,或0.5~1.0mg,皮下注射。本品不应与灭吐灵同用,肠麻痹或胃扩张者禁用。

3. 镇静剂 可选用鲁米那、安定。

4. 其他 对于呕吐剧烈或外科疾患者应及时纠正水、电解质及酸碱失衡,有明显腹胀者应胃肠减压。

第二节 急性上消化道出血

上消化道出血(massive upper alimentary tract bleeding)系指呕血和便血而言,成人一次血量在 1000ml 以上或足以造成循环血量波动引起休克体征者称之为大出血。

一、病因和发病机制

上消化道疾病及全身性疾病均可引起上消化道出血。临床上最常见的病因是消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、急性胃黏膜损害和胃癌。食管贲门黏膜撕裂综合征引起的出血亦不少见。血管异常引起的出血虽少见,但诊断有时比较困难,值得注意。兹将上消化道出血的病因归纳列述如下。

(一)上消化道本身疾病

1. 食管疾病

(1)食管炎症:反流性食管炎、食管憩室炎等食管炎症时,患者常有胸骨后疼痛、反酸,出血量较少。

(2)食管癌:主要表现为吞咽困难等食管梗阻症状,可有少量出血。

(3)食管、贲门黏膜撕裂综合征(Mallory-Weiss 综合征):由于剧烈恶心、呕吐,腹内压急骤增加,胃内压力过大,强力冲击食管贲门交界部,使局部黏膜撕裂。其主要表现为剧烈呕吐,初为胃内容物,继则呕血、黑粪。

2. 门静脉高压致食管、胃底静脉曲张破裂

(1)肝硬化:结节性肝硬化、血吸虫性肝纤维化、胆汁性肝硬化等较为常见。肝硬化门静脉高压致食管、胃底静脉曲张破裂出血在我国较为常见,约占上消化道出血的 10% ~ 20%,居整个上消化道出血的第二位。由于食管静脉曲张增粗,门静脉压力高,周围支持组织少,故出血量常较大,不易止血,严重者可迅速休克,出

血停止后也易再出血,预后差。

(2)门静脉阻塞:门静脉血栓形成,门静脉炎,腹腔内肿块压迫门静脉等。

(3)肝静脉阻塞:肝静脉阻塞综合征(Budd-Chiari 综合征)。

3. 胃与十二指肠疾病

(1)消化性溃疡:消化性溃疡最常见的一个并发症就是出血。早在十几年前北京市多家大医院联合统计分析回顾性资料,上消化道出血病例 5000 余例,胃溃疡为 438 例,占 8.44%;十二指肠溃疡 1597 例,占 30.76%,两者共占 41.2%。本病一般诊断不难,多数有典型的周期性和节律性痛,出血前症状加重,出血后症状迅速消失或减轻。许多病人就医时,就可提示明确的既往史。但有时需注意,临床存在少数无症状的消化性溃疡病人首发症状就是出血,无病史可循,对这种病人只能依赖特殊检查来确定诊断。这类病人多见于老年人,也可见于年轻病人。再者若伴幽门梗阻或幽门管等特殊部位溃疡者,病人也不呈典型的节律性。

(2)急性胃黏膜损伤:急性胃黏膜损伤比较常见,包括急性出血性胃炎和应激性溃疡,由于急诊内镜的应用,发现其发生率越来越高。国内报告高达 15%~30%,Menguy 等报道,这种病约占上消化道出血的 22%~30%。一般认为本病在上消化道出血的诸多病因中仅次于消化性溃疡和肝硬化的地位。急性出血性胃炎多见于服阿司匹林、保泰松、吲哚美辛(消炎痛)等药物引起。应激性溃疡常因严重急性感染、烧伤、脑血管意外、休克、中毒、肺性脑病等引起。

(3)肿瘤:常见胃癌出血。胃癌一般出血量小,患者常无溃疡病史,短期内出现上腹痛、食欲不佳、消瘦及查不到其他原因的上消化道出血等表现;其他肿瘤如淋巴瘤、平滑肌瘤、残胃癌、壶腹周围癌等均可致出血。

(4)炎症:包括急性单纯性胃炎、急性糜烂性胃炎、慢性胃炎、

残胃炎、十二指肠炎、十二指肠憩室炎。

(5) 上消化道其他疾病:胃黏膜脱垂,胃血吸虫病,胃、十二指肠结核,胃、十二指肠克隆病,膈裂孔疝,血管瘤,息肉,胃扭转等。

4. 空肠上段疾病 慢性溃疡性(非肉芽肿性)空肠回肠炎、胃肠吻合术后空肠溃疡、急性出血性坏死性肠炎等。

(二) 上消化道邻近器官组织疾病

1. 胆道系统疾病引起的胆道出血 急、慢性胰腺炎,胰腺癌,乏特氏壶腹癌,异位胰腺,胰源性区域性门脉高压症,肝癌,胆管或胆囊结石,胆道蛔虫病,阿米巴肝脓肿,肝脏损伤,肝外胆管良性肿瘤,肝外胆管癌,急性化脓性胆管炎,肝动脉瘤破入胆道等。

2. 动脉瘤破入食管、胃或十二指肠 主动脉瘤,主动脉夹层动脉瘤,腹腔动脉瘤如腹主动脉瘤、肝动脉瘤、脾动脉瘤破入上消化道。以及纵隔肿瘤或脓肿破入食管。

(三) 全身性疾病 急性感染(如败血症、流行性出血热等)、血液病(白血病、血友病、DIC等)、尿毒症、血管性疾病(过敏性紫癜、遗传性出血性毛细血管扩张症等)、脑溢血及其他颅内疾病、外伤与大手术后、休克、烧伤等引起的应激性溃疡等。

引起急性上消化道出血之病理,根据其病因不同而不同,但有些疾病如胃、十二指肠溃疡,胃、十二指肠炎等都与胃酸过多有关。此外导致各疾病之病因不同,其出血病理也不同。或为胃、十二指肠糜烂性溃疡,如严重烧伤和中枢神经系统损害引起的应激性溃疡;药物和消炎痛、阿司匹林等损害胃黏膜屏障引起的黏膜糜烂出血和糜烂性溃疡;或由于肿瘤坏死侵及大血管破裂,如胃癌等的出血;或为动脉硬化破裂出血,如胃动脉硬化;或为门脉高压,导致食管、胃底静脉破裂出血;或因凝血机制改变如血液病引起之胃出血等。

二、临床表现

(一) 呕血和黑便 呕血和黑便是上消化道大出血的特征性

表现。一般情况下幽门以上出血者以呕血为主,幽门以下出血者可只表现为黑便,但如幽门以上出血量小或出血速度慢,血液全部流入肠内,则亦仅见黑便,幽门以下出血量大,速度快,血液反流入胃,还可兼有呕血。呕血的颜色取决于出血量和血液在胃内停留时间的长短。若小量出血,血液在胃内停留时间久,由于血液充分与胃酸化合后成正铁血红素,则呕血呈咖啡色。相反则呕血呈鲜红色,尤其贲门以上病变出血常呕鲜红色血。粪便的颜色亦取决于出血量和血液在肠道内停留的时间,如出血量小,血液在肠内停留久,血液中的铁和肠内的硫化物化合后则粪便呈黑色,典型黑便呈光泽柏油糊状、恶臭,常表明十二指肠部位的出血,但空回肠及右半结肠病变引起小量渗血时,也可为黑便。如出血量大而速度快,刺激肠道使肠蠕动增加,因血液在肠道内停留时间短则排出粪便可呈紫红色甚至鲜红色,易和下消化道出血相混淆。

(二)失血性周围循环衰竭 一般成人失血 500ml 以下时,由于损失血容量可被脾脏贮血和组织间液迅速补充,可以无症状。当失血量在 500~1000ml 时可出现乏力、心悸、口渴等症状,血压多无改变。失血量大于 1000ml 且失血速度快时可出现急性周围循环衰竭,其临床表现为头晕、视物模糊、心悸、口渴、尿少、四肢厥冷、精神萎靡、躁动不安、出冷汗、晕厥、血压下降甚至休克、昏迷。但在出血性休克早期血压可以正常,甚至一时偏高,不能只依据血压情况判断病情。体检时可发现脉压小,心动过速,心音低钝,老年人有时可出现心律不齐,应密切观察,积极抢救。

(三)发热 多数病人在休克被控制后出现低热,一般不超过 38.5℃,可持续 3~5 天。体检可见呼吸急促、心动过速、低血压、周围血管收缩、皮肤发冷苍白及少尿,此时约丧失血容量的 1/3。胸部检查要注意心脏杂音及有无早搏现象。如有腹壁静脉曲张、肝脾肿大、蜘蛛痣、肝掌,提示食管静脉曲张出血。右上腹压痛,胆囊肿大伴有黄疸应考虑肝胆系统出血。出血伴有皮肤黏膜毛细血

管扩张,可能为遗传性毛细血管扩张症。

三、实验室及其他检查

(一)实验室检查 上消化道大出血后均有急性失血性贫血,出血6~12小时后红细胞数、血红蛋白量及红细胞压积下降,白细胞数增高,可达 $10 \times 10^9 \sim 20 \times 10^9/L$,出血后2~3天白细胞降至正常。肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血,由于常伴脾功能亢进,可无白细胞增高,甚至减少。此外,上消化道大出血后数小时,血尿素氮增高,1~2天可达高峰,3~4天内降至正常,若再次出血,尿素氮可再次升高。如果肌酐在 $132.6 \mu\text{mol/L}$ 以下,尿素氮升高,提示上消化道出血在1000ml以上。

(二)急诊内镜检查 是首选的诊断方法,应在出血后12~24小时内进行检查,可在急诊室或病床旁操作。应顺序地窥视食管、胃和十二指肠,应注意病灶有无活动性出血或近期出血。并于病灶取活检或细胞刷检,对病变性质可作出正确的诊断。内镜检查国内外报告的阳性率可达80%~90%。有时还能发现用钡餐,甚至手术也难以发现的病变,如Mallory-Weiss综合征、急性胃黏膜病变等,同时还可经内镜进行紧急止血措施。

(三)胃管吸引 可用软细导管插入病人食管,徐徐下送,边注入清水边以低压抽吸消化液,观察有无血迹,以确定出血的部位。有时也可将三腔管放入胃腔后将胃气囊与食管气囊充气,压迫食管下端与胃底,用生理盐水将胃内积血冲洗干净,如无再出血,则考虑食管、胃底静脉曲张破裂出血。如吸出的胃液仍有血液则以胃、十二指肠溃疡出血或胃癌出血的可能性较大。

(四)吞线试验 让病人吞入长约130cm,带有金属球的棉线,使之通过十二指肠,6~8小时后取出,直接观察胆汁或血迹距门齿的距离,籍此估计出血部位。亦可在吞入棉线后静脉注射5%荧光素20ml,待4分钟后取线在紫外线下观察荧光染色,以助诊断。