



临床 消化疾病诊疗学

LINCHUANG XIAOHUA JIBING
ZHENLIAOXUE

主 编 蔡永国 田 峰 张国虎 等

河北出版传媒集团
河北科学技术出版社



临床 消化疾病诊疗学

LINCHUANG XIAOHUA JIBING
ZHENLIAOXUE

主 编 蔡永国 田 峰 张国虎 等

河北出版传媒集团
河北科学技术出版社

主 编 蔡永国 田 峰 张国虎 姚金锋 褚衍六 张文奎
副 主 编 梁和业 陈洪颖 宫照燕 王 焯
司立洲 崔佳宾 赵明翀

图书在版编目 (C I P) 数据

临床消化疾病诊疗学 / 蔡永国等主编. -- 石家庄 :
河北科学技术出版社, 2012.12
ISBN 978-7-5375-5598-2

I. ①临… II. ①蔡… III. ①消化系统疾病—诊疗
IV. ①R57

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第299742号

临床消化疾病诊疗学

出版发行	河北出版传媒集团 河北科学技术出版社
地 址	石家庄市友谊北大街330号
邮 编	050061
印 刷	济南华林彩印有限公司
经 销	新华书店
开 本	787 × 1092 1/16
印 张	33
字 数	800千字
版 次	2012年12月第1版
印 次	2012年12月第1次印刷

定 价 88.00元

前 言

近年来消化学科发展迅速，对许多疾病病因和发病机制的认识、治疗日臻完善，关于消化系统疾病的各种检查治疗新技术逐步开展，消化疾病的诊疗观念和技术也在不断更新。如超声内镜、胶囊内镜、小肠镜、消化系统疾病的介入治疗等。在这种形势下，医务人员必须跟上医学发展的步伐，具备全面的医学理论知识、熟练的医疗技术操作能力、丰富的临床实践经验和良好的医德；要不断更新知识和技术，提高临床诊断治疗水平才能胜任临床医疗工作。为帮助新医师尽快适应和胜任临床工作，我们编写了这本《临床消化疾病诊疗学》。

《临床消化疾病诊疗学》以临床实用为宗旨，以简便、规范化、实用性为目标，紧密结合临床实际，内容全面详实，重点突出，力求深入浅出，方便阅读，是一本实用性很强的医学用书。全书共十四章，重点介绍了消化系统内镜、微创治疗技术，及食管、胃、十二指肠、小肠、大肠、肝脏、胆道、胰腺、营养保健等常见疾病的诊断与治疗措施。在编写的过程中参阅了最新公布的国内外消化系统疾病诊疗指南和最新进展，并紧密结合目前国内消化系统疾病临床诊疗实际情况。

由于医学科技发展迅速，一些新的诊治和护理手段不断涌现，加之我们的知识水平有限，时间仓促，难免存在缺点和不足之处，且各位编者的写作风格不完全相同，每章节的内容难易程度不尽相同，恳请广大读者给予批评指正，共同提高。

编 者
2012年11月

目 录

第一章 消化系统主要临床表现的诊断及处理	1
第一节 上消化道出血	1
第二节 下消化道出血	3
第三节 急性腹痛	5
第四节 呕 吐	7
第五节 腹 水	9
第六节 黄 疸	10
第七节 吞咽困难	13
第八节 便 秘	16
第九节 腹部包块	21
第十节 腹泻	24
第二章 消化系统重要诊疗技术	32
第一节 肝功能检查	32
第二节 幽门螺杆菌检测	36
第三节 肝炎病毒学检测	37
第四节 腹部 X 线检查	44
第五节 腹部超声	45
第六节 腹部 CT 及 MRI	48
第七节 胃肠镜	49
第八节 ERCP、EST、胆管镜	55
第三章 治疗内镜的临床应用	60
第一节 内镜下黏膜下注射术	60
第二节 内镜下金属止血夹应用术	61
第三节 内镜下硬化治疗术	61
第四节 内镜下栓塞治疗术	63
第五节 内镜下套扎治疗术	64
第六节 内镜下高频电切除术	66
第七节 内镜下消化道黏膜切除术	68
第八节 内镜下高频电凝固术	69
第九节 内镜下氩等离子体凝固术	70

第十节	内镜下微波凝固术	71
第十一节	内镜下激光治疗术	72
第十二节	内镜下气囊扩张术	72
第十三节	内镜下硅胶探条扩张术	74
第十四节	内镜下食管内支架治疗术	74
第十五节	内镜下胆总管取石术	76
第十六节	内镜下胆管结石碎石术	77
第十七节	内镜下胆管塑料支架引流术	78
第十八节	内镜下胆管金属支架引流术	79
第四章	介入技术的临床应用	81
第一节	肝动脉栓塞术	81
第二节	经皮经肝胆管引流及支架置入术	84
第三节	经皮经肝食管胃曲张静脉栓塞术	86
第四节	部分性脾栓塞术	89
第五节	经颈静脉肝内门体静脉分流术	91
第六节	下腔静脉开通及支架置入术	95
第七节	B超介导下局部消融术	98
第八节	B超介导下经皮穿刺引流术	100
第五章	食管疾病	103
第一节	贲门失弛缓症	103
第二节	胃食管反流	106
第三节	食管贲门黏膜撕裂综合征	113
第四节	食管裂孔疝	116
第五节	食管癌	118
第六章	胃、十二指肠部疾病	130
第一节	急性胃炎	130
第二节	慢性胃炎	136
第三节	消化性溃疡	143
第四节	胃癌	150
第五节	十二指肠壅积症	157
第六节	功能性消化不良	159
第七节	胃下垂	161
第八节	MALT淋巴瘤	162
第九节	胃肠间质瘤	166
第七章	小肠疾病	172
第一节	克罗恩病	172
第二节	肠结核	178
第三节	肠梗阻和肠套叠	182
第四节	急性出血性坏死性肠炎	189

第五节 肠 痿	192
第六节 小肠肿瘤	194
第七节 缺血性肠病	195
第八节 短肠综合征	201
第八章 大肠疾病	203
第一节 溃疡性结肠炎	203
第二节 急性阑尾炎	209
第三节 结肠息肉	215
第四节 结直肠肿瘤	220
第五节 痔、肛裂、肛管直肠周围脓肿、肛痿	230
第六节 肠易激综合征	239
第九章 肝脏疾病	244
第一节 病毒性肝炎	244
第二节 脂肪肝	257
第三节 酒精性肝病	269
第四节 自身免疫性肝炎	274
第五节 一般类型肝硬化	281
第六节 原发性胆汁性肝硬化	299
第七节 淤血性肝硬化	309
第八节 药物性及中毒性肝病	310
第九节 血管性肝病	315
第十节 代谢性肝病	317
第十一节 肝硬化并发症的诊治	323
第十二节 妊娠特有肝病	333
第十三节 重症肝炎	335
第十四节 门脉高压综合征	339
第十五节 肝脓肿	346
第十六节 寄生虫病	353
第十七节 肝脏良性肿瘤	357
第十八节 肝脏恶性肿瘤	363
第十九节 急性肝功能衰竭	374
第十章 胆管疾病	381
第一节 胆石症	381
第二节 胆囊炎	385
第三节 急性梗阻性化脓性胆管炎	390
第四节 胆管蛔虫病	392
第五节 Oddi 括约肌功能障碍	393
第六节 胆管肿瘤	396
第七节 原发性硬化性胆管炎	400

第十一章	胰腺疾病 ·····	409
第一节	急性胰腺炎·····	409
第二节	慢性胰腺炎·····	417
第三节	胰腺癌·····	421
第四节	胰腺内分泌肿瘤·····	428
第十二章	腹膜疾病 ·····	436
第一节	急性腹膜炎·····	436
第二节	结核性腹膜炎·····	440
第三节	原发性腹膜肿瘤·····	443
第四节	腹腔脓肿·····	445
第五节	大网膜疾病·····	449
第六节	肠系膜疾病·····	451
第十三章	营养问题 ·····	454
第一节	能量、营养基质及其代谢·····	454
第二节	全胃肠外营养·····	462
第三节	胃肠内营养·····	464
第四节	肝功能减退患者的营养支持·····	467
第五节	重症胰腺炎患者的营养支持·····	469
第六节	老年患者的营养支持·····	471
第七节	恶性肿瘤患者的营养支持·····	473
第八节	胃肠外营养的全身并发症·····	478
第十四章	保健问题 ·····	481
第一节	保健概论·····	481
第二节	健康、疾病与保健·····	483
第三节	慢性肾脏病饮食保健·····	489
第四节	糖尿病的预防与管理·····	502
第五节	肿瘤患者的饮食与营养护理·····	507
第六节	肿瘤病人的康复锻炼及健康指导·····	511
参考文献 ·····		513

第一章 消化系统主要临床表现的诊断及处理

第一节 上消化道出血

上消化道出血是指食管、胃、十二指肠以及胰腺、胆管的出血，为常见临床急症，以呕血、黑便为主要症状，常伴有血容量不足的临床表现。

一、病因

上消化道各种疾病和某些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、急性胃黏膜病变和胃癌。反流性食管炎、剧烈呕吐引起的贲门黏膜撕裂综合征也是常见病因。其他原因见表 1-1。

表 1-1 上消化道出血的常见病因

食管疾病	食管静脉曲张、食管贲门黏膜撕裂、食管糜烂、溃疡、食管癌
胃部疾病	胃溃疡、急性胃黏膜损害、胃底静脉曲张、门脉高压性胃黏膜变、胃癌、胃息肉、糜烂性胃炎
十二指肠疾病	溃疡、十二指肠炎、憩室
邻近器官疾病	胆管出血（胆石症、肝胆管肿瘤）、胰腺疾病（假性囊肿、胰腺癌等）、主动脉瘤破裂入上消化道
全身性疾病	血液病（白血病、血小板减少性紫癜等）、尿毒症、血管性疾病（遗传性出血性血管扩张等）

二、诊断步骤

1. 上消化道出血的确立 出血的直接证据：呕吐咖啡样物或鲜血、解柏油样黑便；血容量不足的临床表现：头晕、眼花、出冷汗、心悸气促昏厥等；实验室证据：呕吐物或粪便潜血强阳性，红细胞计数和血红蛋白浓度下降。

2. 出血严重程度的估计 粪便潜血阳性表示每日出血量超过 5ml。当出血量每日超过 60ml 时可表现为黑便。呕血则提示出血量大或出血速度快。若出血在 500ml 以内，通常症状轻微或不出现症状；若出血超过 500ml，则可出现血容量不足的表现，如头晕、心悸、出冷汗等。当短时间内出血量大于 1000ml，或达全身血量的 20% 时，可出现循环衰竭的表现，如四肢厥冷、少尿、晕厥、休克等。

3. 出血的病因诊断 病史、症状与体征可为病因诊断提供重要线索。出血后 24 ~ 48d 内行紧急内镜检查对出血原因的诊断具有十分重要的意义。选择性肠系膜上动脉造影对明确出血部位也有帮助。

(1) 消化性溃疡。慢性、周期性、节律性、上腹痛史，出血前疼痛加剧，出血后减轻或缓解有助于消化性溃疡的诊断。

(2) 急性胃黏膜损害。出血前有服非甾体类抗炎药史，或患者处于严重创伤、感染性休克、心肌梗死、脑出血等应激状态。一般出血量大，多同时出现呕血与黑便。确诊需靠紧急内镜检查。

(3) 食管胃底静脉曲张破裂。多有慢性病毒性肝炎、血吸虫感染或长期酗酒史。体检时发现巩膜皮肤黄疸、肝掌、蜘蛛痣、脾大、腹水征阳性有助于肝硬化门脉高压的诊断。

(4) 胃癌。中老年患者，近期内出现上腹痛或原有上腹痛节律性改变，伴有胃纳降低、体重下降者，应注意胃癌的可能性。晚期患者可出现明显消瘦、上腹部包块、左锁骨上淋巴结肿大等体征。

(5) 其他。各种原因引起的剧烈呕吐，先呕出胃内容物，再呕出血液者，应注意食管贲门黏膜撕裂综合征（mallory - weiss 综合征）。其他病因可根据各自的临床特点进行鉴别诊断。

三、治疗方案

上消化道出血病情急、变化快，严重者危及生命，应采取积极措施进行抢救。抗休克、迅速补充血容量应放在一切医疗措施的首位。

1. 一般急救措施 患者应卧床休息，保持安静。严密监测出血情况与血压、脉搏、呼吸、尿量及神态变化，必要时行中心静脉压测定，对老年患者根据情况进行心电监护。一般出血量不大者不需禁食，可予流质饮食。频繁呕血或疑食管胃底静脉出血者则需禁食。必需时可留置鼻胃管监测出血情况。

2. 积极补充血容量 是治疗上消化道出血的最重要措施。可选用生理盐水、林格氏液、右旋糖酐或其他血浆代用品。出现下列情况应紧急输血：改变体位时出现晕厥或血压下降；血红蛋白浓度低于 70g/L；收缩压低于 90mmHg（12kPa）。

3. 止血措施

(1) 抑制胃酸分泌，提高胃内 pH 值。研究表明，与其他部位的出血相比，胃肠道黏膜出血时间较长，失血量相对较多，出血停止后可能发生再出血，这与胃肠道黏膜血液供应丰富有关外，也与胃、十二指肠处于酸性环境而不利于凝血有关。基于上述理由，应用抑制胃酸分泌药物抑制胃酸分泌，提高胃内 pH 值，有利于止血与防止再出血。常用抑制胃酸分泌药物有质子泵抑制剂如奥美拉唑（omeprazole）每次 40mg，每日 2 次静脉推注或滴注。国外有报道奥美拉唑首剂 80mg 静脉注射，然后以每小时 8mg 的速度静脉滴注，可以稳定提高胃内 pH 值，提高止血率，预防再出血。

(2) 生长抑素的应用。该类药可降低门静脉压力，用于治疗食管胃底静脉曲张出血，以及其他原因引起的严重上消化道出血。

(3) 三腔二囊管压迫止血。适用于明确是门脉高压食管胃底静脉曲张破裂而由暂时无条件行内镜治疗者。其止血效果确切，但应注意长时间压迫可引起食管、胃底黏膜糜烂，拔管后容易再出血。

(4) 内镜下止血。对于食管静脉曲张破裂出血者，可在内镜直视下注射硬化剂止血或行橡皮圈套扎术，对胃底静脉曲张破裂出血者，可行组织胶注射止血。对消化性溃疡出血

者,则可行热凝固法止血(高频电灼、热探头凝固或微波直接止血)。也可在出血部位附近直接注射高渗盐水或1/10 000肾上腺素溶液,以达到止血的目的。

(5) 外科手术治疗指征。经积极内科治疗24小时后仍有活动性出血者;严重出血经内科积极治疗后仍不止血,血压难以维持正常,或血压虽已正常,但又再次大出血;既往曾有多次大出血,间隔时间较短后又再次出血者;合并幽门梗阻、穿孔或疑有癌变者。门脉高压引起的食管胃底静脉曲张破裂出血者,一般认为无黄疸、腹水,人血白蛋白浓度30g/L以上,转氨酶正常或接近正常,经内科积极治疗无效者,可考虑手术治疗。

(赵明肿)

第二节 下消化道出血

下消化道出血系指肛门、直肠、盲肠、回肠及空肠的出血。便血是下消化道出血的主要症状,其颜色随消化道出血的部位、出血量与血液在肠道停留的时间而有不同。出血部位愈低、出血量愈大,排出愈快,则粪便颜色愈鲜红。上消化道出血量大,有肠蠕动增快时,排出的粪便颜色可呈暗红色,而不呈柏油样。小肠出血时,如血液在肠内停滞过久,粪便的颜色可转变为黑色。高位结肠出血时,血常与粪便混杂;而乙状结肠和直肠出血时,常有鲜血附着于成形粪便的表面。

一、病因

引起下消化道出血的病因较多,少数经反复检查仍不能明确诊断。

(一) 下消化道疾病

1. 肛门疾病 痔、肛裂、瘻管。
2. 结肠直肠疾病 感染性疾病(细菌性痢疾、阿米巴痢疾、肠结核)、炎症性肠病(溃疡性结肠炎、克罗恩病)、肿瘤(息肉、癌)、结肠憩室炎、缺血性结肠炎。
3. 小肠疾病 急性出血坏死性肠炎、肠结核、肠伤寒、克罗恩病、憩室炎、肠系膜血管栓塞和血栓形成、肠套叠、小肠肿瘤、小肠血管畸形。

(二) 其他系统疾病

各种血液病(如各类紫癜、白血病、血友病)、急性传染病(流行性出血热、伤寒、副伤寒、钩端螺旋体病、重症病毒性肝炎)、维生素缺乏病(维生素C或维生素K缺乏病)、尿毒症、遗传性毛细血管扩张症等。

二、诊断步骤

须参考问诊、体格检查、实验室检查、特殊器械检查等资料。

(一) 问诊

1. 发病年龄 儿童、少年便血以直肠、结肠息肉、过敏性紫癜、肠套叠、急性出血坏死性肠炎、Meckel憩室为多见;中年以上患者应注意结、直肠癌,但年轻患者也不能忽视;老年人尚应注意缺血性结肠炎。

2. **便血量** 少量便血常来自肛管、直肠、乙状结肠或降结肠疾病，少量鲜血在排便后滴下，与粪便不相混杂者多见于痔或肛裂，也见于直肠息肉或直肠癌；中等量便血多见于肠结核、结肠息肉病、溃疡性结肠炎、克罗恩病、急性出血坏死性肠炎；大量出血可见于缺血性结肠炎、憩室炎或溃疡、伤寒，以及来自上消化道的食管胃底静脉曲张破裂出血等。

3. **病史** 遗传性毛细血管扩张症、血友病、黑色素斑—胃肠息肉病可有家族病史；急性传染病所致病史有相应的流行病学史。

4. **伴随症状** 伴有发热者可见于急性传染病、肠结核、败血症、小肠淋巴瘤、急性出血坏死性肠炎、结肠癌等，可根据不同的热型加以鉴别。便血伴急性腹痛须注意急性胆管出血、急性出血坏死性肠炎、肠套叠、急性门静脉栓形成、缺血性结肠炎；儿童少年便血患者有类似消化性溃疡的节律性腹痛，而进食之后并不减轻，应考虑 Meckel 憩室溃疡的可能。

（二）体格检查

便血伴皮肤紫癜者见于血液病、急性传染病、败血症、过敏性紫癜等；伴皮肤、口腔黏膜色素沉着斑者须注意黑色素斑—胃肠息肉病。皮肤与黏膜有成簇的、细小的毛细血管，呈紫红色或鲜红色的点，多位于手背部，或伴出血现象，常提示便血由于遗传出血性毛细管扩张症。伴腹部包块者应考虑小肠恶性淋巴瘤、结肠癌、肠结核、肠套叠等。伴瘘管形成者常为克罗恩病。对下消化道出血患者应常规行直肠指检。

（三）实验室检查

1. **粪便常规镜检** 可发现红细胞、白细胞、溶组织阿米巴滋养体、钩虫卵等。
2. **粪便致病菌培养** 可发现痢疾杆菌、伤寒杆菌等致病菌。
3. **凝血机制检查** 可发现由凝血机制障碍而引起的便血。

（四）器械检查

（1）结肠镜检查，可发现由直肠至回盲部、甚至回肠末端的病变，是诊断结肠出血最有价值的检查。

（2）X 线钡餐全胃肠道透视或钡剂灌肠造影，有助于部分病变的诊断，但在明显活动性出血期间不宜进行，一般要求在大出血停止至少 3 天之后进行。

（3）腹腔动脉造影或肠系膜上（下）动脉造影术，对经上述方法检查仍无法明确病变部位者可考虑行此检查。

（4）放射性同位素示踪扫描，也有助于出血灶的定位诊断。

近年用于临床的胶囊内镜及全小肠镜对原因不明的消化道出血，特别是小肠疾病所引起的出血具有重要的诊断价值，前者属无创检查，较易为患者所接受，后者可行黏膜活检，对病因诊断有帮助。有条件的单位在常规内镜检查未发现出血病灶时应尽早行胶囊内镜或全小肠镜检查，以明确出血病因，为治疗提供依据。

三、治疗方案

（一）病因治疗

尽快查清病因以便进行针对性治疗是治疗的要点。首先应肯定是否为需外科手术的疾病的疾病，如肠套叠、肠血管病等。对慢性便血者应力求排除恶性肿瘤。单纯结直肠小腺瘤或息肉可在内镜下予以电灼或圈套摘除。

（二）对症治疗

- （1）出血量大者应注意生命体征的监测。
- （2）活动性出血者应以流质或半流质饮食为宜，必要时禁食。
- （3）补充血容量、输血及止血药的使用参阅上消化道出血有关内容。

（崔佳宾）

第三节 急性腹痛

急性腹痛具有起病急、变化快的特点，内、外、妇、儿临床各科均可引起。

一、病因

引起急性腹痛的疾病分为腹腔内脏器病变与腹腔外（全身疾病）两大类。

1. **腹膜急性炎症** 腹膜有炎症时，可引起相应部位的疼痛，具有以下特点：①疼痛定位明确，一般位于炎症所在部位。②疼痛呈持续性锐痛。③因体位改变、加压、咳嗽或喷嚏而加剧，患者被迫静卧。④局部压痛、反跳痛与肌紧张。⑤肠鸣音消失。

2. **腹腔内脏器急性炎症** 如急性胃炎、急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性肝炎等。

3. **空腔脏器梗阻或扩张** 腹内空腔脏器阻塞引起的典型疼痛为阵发性或绞痛性。在病情加重时空腔脏器扩张也可引起持续性疼痛。

4. **脏器扭转或破裂** 腹内有蒂器官（卵巢、胆、脾、妊娠子宫、肠系膜、大网膜等）扭转时，可引起剧烈的绞痛或持续性疼痛，有时并发休克。脏器急性破裂，如肝破裂、脾破裂、异位妊娠破裂等，疼痛急剧并呈持续性，常有内出血征象，严重时发生休克。

5. **腹腔血管阻塞** 如肠系膜血管血栓形成或夹层动脉瘤和腹主动脉瘤将要破裂时。

6. **中毒与代谢障碍** 中毒与代谢障碍所致的腹痛特点是腹痛剧烈而无明确定位，症状虽剧烈而腹部体征轻微，有原发病的临床表现与实验室证据。可引起急性腹痛的中毒及代谢障碍性疾病有铅中毒、血卟啉病、尿毒症与糖尿病酮症酸中毒等。

7. **变态反应性疾病** 如过敏性紫癜、腹型风湿热等。

8. **胸腔疾病牵涉痛** 胸腔疾病如下叶肺炎、肺梗死、急性心肌梗死与食管疾病均可引起腹部牵涉痛。症状可类似急腹症，但腹部一般无压痛。胸部体征、X线胸片与心电图的阳性结果有助明确诊断。

二、诊断步骤

结合问诊、体格检查、实验室与器械检查，必要时还须进行剖腹探查，方能明确诊断。

（一）问诊

重点注意如下几方面：

1. **起病诱因与既往史** 急性胃肠炎、急性胰腺炎、消化性溃疡急性穿孔多因暴食而诱发。胆绞痛往往发于高脂肪餐后。育龄妇女停经后的急性腹痛须注意异位妊娠破裂。既往有腹腔手术史或腹腔结核史者应注意急性机械性肠梗阻。患有高血压动脉硬化者应注意急性

心肌梗死与夹层动脉瘤，以及肠血管栓塞。

2. **起病方式** 突起疼痛者，常见于胆管蛔虫、胃穿孔及心肌梗死。其他如结石嵌顿、急性梗阻、肠血管栓塞、急性炎症等也呈急性起病，但疼痛开始较轻，在 10 余分钟到半小时内增剧到高峰，与前者略有不同。

3. **腹痛性质** 小肠病变如炎症或梗阻和胆管蛔虫引起的急性腹痛多呈阵发性绞痛；而持续性剧痛伴阵发性加剧者，多为炎症伴有管道痉挛或结石嵌顿，如胰腺炎、胆结石、肾结石等；仅有持续性剧痛者，多为炎症而无管道痉挛，如腹膜炎、肝脓肿、内出血等。

4. **腹痛部位与疾病的关系** 一般腹痛部位即为病变部位（表 1-2），但也有不符合者：①痛在腹中线部，而病变在侧腹或胸腔（如阑尾炎的早期或心肌梗死等）；②痛在侧腹部，而病变在胸腔或脊柱（如肺炎、脊神经受压或炎症所致的刺激性疼痛）。

表 1-2 急性腹痛部位与疾病的关系

急性腹痛的部位	腹内病变	腹外病变
右上腹	肝：肝脓肿穿破、肝癌破裂、肝内海绵状血管瘤破裂 胆囊与胆管：胆管蛔虫病、急性胆囊炎与胆管炎、胆石绞痛、胆囊扭转、胆囊穿破、结肠肝曲：结肠癌梗阻	右膈胸膜炎、右肋间神经痛、急性心肌梗死、急性右心功能衰竭
上中腹及脐部	胃十二指肠：急性胃炎、胃黏膜脱垂症、胃十二指肠急性穿孔、胃癌急性穿孔、急性胃扩张、急性胃扭转	急性心肌梗死、急性心包炎、脊髓痨胃肠危象
左上腹	脾：脾梗死、脾破裂、急性脾扭转、结肠脾曲：结肠癌梗阻	左膈胸膜炎、左肋间神经痛
腰部	肾：肾结石、肾梗死、急性肾盂肾炎、肾破裂 输尿管：输尿管结石绞痛	
右下腹	阑尾：急性阑尾炎 回肠：急性局限性肠炎、回肠远端憩室炎、右侧嵌顿性腹股沟疝或股疝 卵巢、输卵管：右侧卵巢囊肿扭转、右侧卵巢破裂、右侧输卵管炎	
下腹部	急性盆腔炎、异位妊娠破裂、妊娠子宫扭转、痛经	
左下腹	结肠：急性乙状结肠憩室炎、左侧嵌顿性腹股沟疝或股疝 卵巢输卵管：左侧卵巢囊肿扭转、左侧卵巢囊肿破裂、左侧输卵管炎	
弥漫性或部位不定	腹膜：急性原发性或继发性腹膜炎 肠：急性肠穿孔、急性机械性肠梗阻、缺血性结肠炎 大网膜：大网膜扭转	慢性铅中毒、急性铊中毒、尿毒症、急性血卟啉病、糖尿病酮症酸中毒、低血糖状态、原发性高脂血症、腹型过敏性紫癜、腹型风湿热、结缔组织疾病、低钙血症、低钠血症、腹型癫痫、神经官能性腹痛

5. **腹痛与其他症状的关系** ①发热与腹痛：发热在先，腹痛在后者，多为不需手术的内科疾病所致。反之，先腹痛后发热，多属需手术的外科疾病。②腹泻与腹痛：腹泻伴腹痛

者，须注意急性胃肠炎、细菌性食物中毒、急性出血坏死性肠炎等。③腹痛与血尿：多见于泌尿系统疾病。④腹痛伴呕吐：急性腹痛伴呕吐、腹胀、肛门停止排气排便，应注意肠梗阻。

6. **急性腹痛的放射痛** 急性胰腺炎的疼痛可向左腰背部放射，胆囊炎、胆石症的疼痛可向右肩背部放射，输尿管结石绞痛常向会阴部或大腿内侧放射。

（二）体格检查

有所侧重而又系统的体格检查有助于急性腹痛的病因诊断。特别注意患者腹痛时的体位，有否黄疸、发热，心肺有否阳性体征。腹部检查是重点，注意腹式呼吸是否存在、有无胃肠型或蠕动波。腹部压痛、肌紧张与反跳痛是腹膜炎的指征。腹部压痛最明显处往往是病变所在，如麦氏点压痛往往提示急性阑尾炎，墨菲征阳性提示胆囊疾患。叩诊发现肝浊音界缩小或消失，是急性胃肠穿孔或高度肠胀气的指征。腹移动性浊音阳性则提示腹腔内积液或积血。听诊发现肠鸣音亢进、气过水声、金属音，是肠梗阻的表现；若肠鸣音明显减弱或消失，则提示肠麻痹。对疑有腹腔内出血者，应及早行腹腔穿刺予以确诊。

（三）辅助检查

血、尿常规及淀粉酶、血生化、X线胸腹部透视或摄片、心电图检查是病因未明的急性腹痛患者的必检项目，可以筛选大部分的腹痛常见病因。根据具体病情再选择其他检查，如B超、CT等。

三、治疗原则

准确、全面询问病史与体格检查，抓住主要矛盾，进行诊断与治疗。特别注意以下几点：对伴有休克等危重征象者，应先进行抗休克等抢救措施，而不要忙于作有关检查；对有腹腔内出血、肠梗阻或腹膜刺激征等征象者，应紧急处理，并请外科医生进行诊治；先考虑常见病，后考虑少见病。诊断未明确前，特别是未排除外科急腹症时，禁用吗啡、哌替啶等麻醉药；部分患者早期症状、体征不典型，应严密观察，及时做有关检查，以求尽早明确诊断。

（崔佳宾）

第四节 呕 吐

呕吐是胃内容物反流入食管，经口吐出的一种反射动作。引起呕吐的原因很多，频繁而剧烈的呕吐可引起脱水、电解质紊乱、酸碱平衡失调、营养障碍，甚至出现食管贲门黏膜撕裂综合征（mallory - weiss 综合征）。

一、病因

（一）反射性呕吐

由消化道及其他器官病变引起，以呕吐为主要症状者多见于上消化道病变。

1. **消化道病变** 贲门失弛缓症、反流性食管炎、急、慢性胃炎、消化性溃疡、胃肿瘤、

各种原因引起的幽门梗阻、十二指肠壅积症、急性胃肠炎等。此类病变多与进食有关，胃与十二指肠炎症性及痉挛性病变者常于餐后不久即呕吐；幽门或幽门以下的梗阻性病变则常于餐后数小时才呕吐大量隔宿发酵食物，若呕吐物内不含胆汁，则梗阻部位可能在幽门，若含有胆汁，则梗阻部位在幽门以下。低位肠梗阻者呕吐物常有粪臭味。毕氏Ⅱ式胃空肠吻合术后出现周期性呕吐胆汁，应考虑输出袢综合征的可能。腹部其他器官的急性炎症（如急性胆囊炎、急性胰腺炎等）均可引起呕吐。

2. **其他脏器病变引起的反射性呕吐** 各种原因引起的急性腹痛（如肾绞痛、急性腹膜炎、急性盆腔炎）等均可引起呕吐；急性心肌梗死、充血性心力衰竭、急、慢性肝炎等疾病也可引起呕吐，但均伴有其他相应症状。

（二）中枢性呕吐

1. **中枢神经系统疾病** 任何中枢神经系统病变引起颅内压升高均可出现呕吐，患者多伴有明显头痛，呕吐呈喷射状，与进食无关。脑血管病变、中枢神经感染、偏头痛、脑肿瘤、脑积水、脑外伤等均可引起呕吐。结核性脑膜炎及脑肿瘤可以呕吐为首发症状而其他症状不明显，应予以注意。

2. **药物毒性作用** 吗啡、阿扑吗啡、洋地黄、雌激素、吐根碱（依米丁），各种抗癌药物等均可兴奋化学感受器触发带，引起呕吐。

3. **其他** 代谢障碍、体内毒素的刺激、放射性损害、低钠血症、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、甲状腺危象、甲状旁腺危象、肾上腺危象、妊娠呕吐、败血症、放射性照射治疗等均可引起呕吐。

（三）前庭功能障碍性呕吐

化脓性中耳炎引起的迷路炎、梅尼埃病、乘坐飞机、汽车或火车、轮船等引起的晕动病，均可引起前庭功能障碍而引起呕吐。

（四）神经官能性呕吐

多见于女性及神经不稳定的人。其特点是呕吐发作和精神刺激有关，嗅到不愉快的气味、听到不悦噪音或见厌恶的食物则可出现呕吐。呕吐可于食后立即发生，呕吐全不费力，每口吐出量不多，吐毕又可进食，虽长期反复发作而对营养状态影响不大。

二、诊断步骤

详细询问呕吐有无恶心的先兆，和食物、药物、精神等的关系，有无酗酒史，既往发作史等。呕吐时间和进食时间的关系。呕吐物的质和量。腹部疾病或腹部手术史，颅脑外伤及疾病史，以及高血压、心脏病、肾脏病、糖尿病与内分泌疾病史。生育期妇女要注意月经史。

体格检查应注意腹部压痛与反跳痛、胃肠蠕动波与肠型、腹块、肠鸣音、振水音等。必要时行神经系统、前庭神经功能与眼科检查。

根据具体情况行有关的实验室与器械检查，如血生化、尿糖、尿酮体、脑脊液常规检查，有指征时行 X 线腹部透视或平片、胃肠钡餐检查、胃肠内镜检查、超声、CT 等检查。

三、治疗方案

(1) 针对病因进行治疗。

(2) 对症治疗。氧氯普胺 (metoclopramide, 灭吐灵) 10mg 肌注, 或 10mg 口服, 每日 3 次。多潘立酮 (domperidone) 每次 10mg, 每日 3 次口服。对放射治疗或化疗引起的呕吐, 可用格雷司琼、雷莫司琼、托烷司琼等止吐。

(蔡永国)

第五节 腹 水

积聚于腹腔内的游离液体称为腹水。腹水达 500ml 时可用叩诊法证实, 少量腹水可用超声检查确定。腹腔穿刺液检查可把腹水的性质区分为漏出液、渗出液。其外观可分为浆液性、脓性、血性、乳糜性等。

一、病因

产生腹水的原因可分为全身性因素与局部因素。

1. 全身性因素 ①低蛋白血症: 血浆白蛋白低于 25g/L 时则易产生腹水。②水钠潴留: 常见于心、肾功能不全, 肝硬化伴继发性醛固酮增多症等。③内分泌异常: 如肝硬化时抗利尿激素与醛固酮的灭活功能减低, 致引起钠水潴留。

2. 局部因素 ①门脉高压症: 是肝硬化腹水形成的一个重要原因。②肝静脉或下腔静脉阻塞: 如肝静脉血栓形成、下腔静脉受肿瘤压迫。③肝淋巴漏出增加: 多参与肝硬化、重症肝炎的腹水形成。④腹膜炎症: 如结核性腹膜炎、系统性红斑狼疮等引起的腹水。⑤腹膜肿瘤或腹腔内脏器肿瘤: 各种腹腔内脏器肿瘤或转移瘤累及腹膜、腹膜间皮瘤等, 此类腹水多为血性渗出液; ⑥胸导管或乳糜池阻塞: 腹水为乳糜, 病因多为丝虫病, 其次为肿瘤和结核。

引起腹水的原因见表 1-3。

表 1-3 腹水的原因

漏出性	门脉高压症: 肝硬化、门静脉血栓形成、肝内浸润性变 (癌、淋巴瘤); 低蛋白血症: 肾病综合征、蛋白丢失性胃肠病、重度营养不良; 体循环静脉淤血: 右心功能不全、缩窄性心包炎等; 肝静脉或下腔静脉阻塞: Budd-Chiari 综合征; 下腔静脉阻塞综合征; Meigs 综合征
渗出性	腹膜炎 结核性、化脓性、红斑狼疮性、嗜酸粒细胞性、急性胰腺炎性、恶性肿瘤、 腹膜转移癌、腹膜间皮瘤、恶性淋巴瘤等

二、诊断步骤

综合病史、体格检查及实验室检查诊断腹水的病因。一般来讲, 肝硬化腹水、结核性腹膜炎与癌性腹水占腹水病因的 95% 左右。临床上可先根据腹水的性质 (漏出性、渗出性),