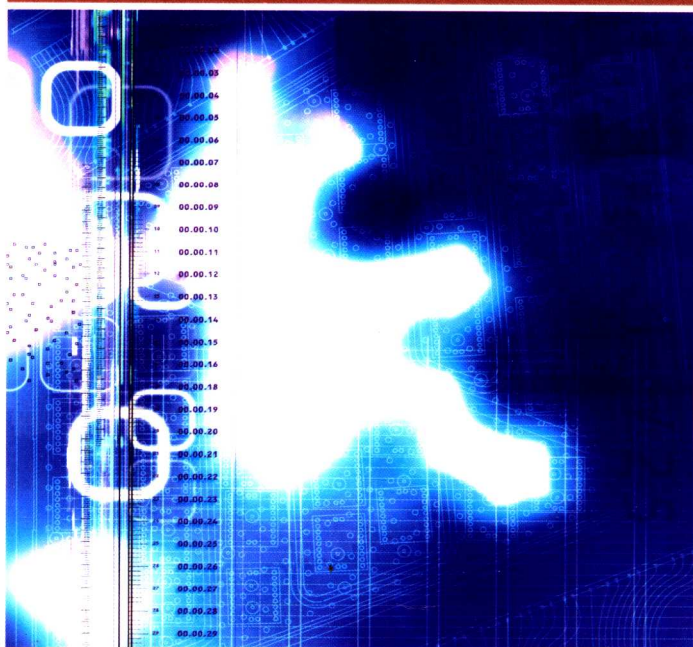


张志广 主编

ZONGZHUYUAN YISHI SHOUC

总住院医师手册

消 化



辽宁科学技术出版社

LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

总住院医师手册

消 化



主编 ● 张宪广



辽宁科学技术出版社

沈 阳

主 编 张志广

副 主 编 卢向东 闻淑军 王洪贤

编写人员(以姓氏笔画为序)

马文彬 卢向东 齐凤祥 陈 兵

张志广 闻淑军 郝永贤

图书在版编目(CIP)数据

消化/张志广主编. - 沈阳: 辽宁科学技术出版社,
2004. 10

(总住院医师手册)

ISBN 7-5381-4092-1

I. 消… II. 张… III. 消化系统疾病-诊疗 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 113576 号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编: 110003)

印 刷 者: 新民市印刷厂

经 销 者: 各地新华书店

幅面尺寸: 130mm × 184mm

印 张: 9.75

字 数: 230 千字

印 数: 1 ~ 4000

出版时间: 2004 年 10 月第 1 版

印刷时间: 2004 年 10 月第 1 次印刷

责任编辑: 马 洪

版式设计: 于 浪

封面设计: 庄庆芳

责任校对: 王春茹

定 价: 20.00 元

联系电话: 024-23284360

E-mail: lkzzb@mail.lnpgc.com.cn

邮购热线: 024-23284502 23284357

http://www.lnkj.com.cn

目 录

诊疗常规	1
肝脏穿刺术	1
肝脏穿刺活体组织检查术	2
腹腔穿刺术	4
腹水直接回输术	6
洗胃术	7
胃液采集术	9
十二指肠引流术	10
胃肠减压术	12
双气囊三腔管压迫术	12
胃分泌液的检查	14
食管镜检查术	16
胃镜检查术(附急诊胃镜检查术)	17
超声胃镜检查术	20
肛门镜检查术	22
纤维结肠镜检查术	23
腹腔镜检查术	26
经胃镜食管曲张静脉硬化剂注射	30
经胃镜食道和/或胃底曲张静脉圈套结扎术	32
逆行性胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)	35

消化系统常用药物	38
病历介绍	71
讨论及答案	137

诊疗常规

肝脏穿刺术

【适应证】

用于肝脓肿的诊断和治疗。

【禁忌证】

1. 严重出血倾向或凝血功能障碍。
2. 肝血管瘤或肝包虫病。
3. 严重贫血和全身状况极度衰弱者。

【操作前准备】

1. 必要时先行呼吸训练,以配合操作。
2. 测定出、凝血时间及血小板计数,凝血酶原时间。
3. 如疑为阿米巴性肝脓肿时,则应先用甲硝唑等药物治疗2~4天,待肝充血和肿胀稍减轻时再行肝穿刺,若疑为细菌性肝脓肿,则应在抗生素控制下穿刺。
4. 器械准备:肝穿刺包、治疗盘、局麻药等。

【操作方法】

1. 穿刺部位取右侧腋中线第8、9肋间,如有明显压痛点,可在压痛点处穿刺。如痛点不明显或病变位置较深,则应在超声检查进行脓腔定位后再行穿刺。
2. 常规消毒皮肤,铺无菌洞巾,局部麻醉要达肝包膜。

3. 先将连接肝穿针的橡皮管折起或夹住,然后将穿刺针刺入皮肤,嘱患者先吸气,并在呼气末屏住呼吸,此时将针头刺入肝内并继续徐徐前进,如有抵抗感突然消失,示已进入脓腔。

4. 将 50ml 注射器接于长针头的橡皮管上,松开钳夹的橡皮管进行抽吸。如抽不出脓液,可在注射器保持一定的负压上再前进或后退少许,如仍无脓液,则示未达脓腔。此时应将针头退至皮下改变方向,重新穿刺抽脓。抽脓过程中,不需要用血管钳固定穿刺针头,可让针随呼吸摆动,以免损伤肝组织。

5. 应注意抽出的脓液的颜色与气味,尽可能抽尽,如脓液黏稠,则用无菌生理盐水稀释后再抽,如抽出的脓液量与估计的不符,则应改变方向,以便抽尽脓腔深部或底部的脓液。

6. 拔针后以无菌纱布按压数分钟,胶布固定。加压小沙袋,并用多头腹带将下胸部扎紧,静卧 8~12 小时。

【注意事项】

1. 穿刺时要避免咳嗽与深呼吸,以免针头划伤肝组织引起出血。

2. 穿刺后局部疼痛可服止痛剂,如右肩部剧痛伴气促,则多为横膈损伤,除给镇痛剂止痛外,严密观察病情变化。

3. 术后应定时测量脉搏、血压,直至稳定。如有内出血征象,应及时处理。

肝脏穿刺活体组织检查术

【适应证】

肝活体组织穿刺术是采取肝组织标本的一种简易的手

段。由穿刺所得组织块进行组织学检查或制成涂片做细胞学检查,判断原因未明的肝肿大,如慢活肝、肝硬化、肝癌和某些血液系统疾病。不能解释的肝功能异常,不明原因的发热(尤其是碱性磷酸酶或其他肝脏生化检查异常的病人)。

【禁忌证】

1. 出血倾向不能纠正者。
2. 大量腹水。
3. 肝萎缩,肝浊音界不清者。
4. 疑肝包虫病或肝血管瘤者。
5. 重度黄疸。
6. 右胸腔积液。

【操作前准备】

1. 肝穿刺套针,注射器,沙袋,腹带,标本瓶,局麻药。
2. 测定出、凝血时间及血小板计数,凝血酶原时间。如有异常应肌注维生素 K 110mg,每日 1 次,共 3 天,如仍不正常,不应强行穿刺。

【操作方法】

1. 患者取仰卧位,身体右侧靠床沿,并将右手置于枕后。
2. 穿刺点一般取右侧腋中线第 8、9 肋间、肝实音处穿刺。疑诊肝癌者,宜选较突出的结节处穿刺。
3. 常规消毒局部皮肤,用 2%利多卡因由皮肤至肝被膜进行局部麻醉。
4. 备好快速穿刺套针,套针内装有长约 2~3cm 钢针芯活塞,空气和水可以通过,但可阻止吸进。
- 针内的肝组织进入注射器,以橡皮管将穿刺针连接 10ml 注射器,吸入无菌生理盐水 3~5ml。
5. 先用穿刺针在穿刺点皮肤上刺孔,由此将穿刺针沿肋

骨上缘与胸壁垂直方向刺入 0.5 ~ 1.0cm。然后将注射器内生理盐水推出 0.5 ~ 1.0ml, 冲出针内可能存在的皮肤与皮下组织, 以防针头堵塞。

6. 将注射器抽成负压并予保持, 同时嘱病人先吸气, 然后于深呼气末屏息呼吸(术前应让病人练习)继而术者将穿刺针迅速刺入肝内并立即拔出, 深度不超过 6cm。

7. 拔针后立即以无菌纱布按压创面 5 ~ 10min, 再以胶布固定, 并以多头腹带扎紧。

8. 并用生理盐水从针内冲出肝组织于弯盘中, 挑出, 以 95% 乙醇或 10% 甲醛固定送检。

【注意事项】

1. 穿刺前应测量血压、脉搏, 并进行胸部透视, 观察有无肺气肿、胸膜肥厚。验血型, 以备必要时输血。术前半小时服安定 10mg。

2. 术后应卧床 24 小时, 在 4 小时内每隔 15 ~ 30min 测脉搏、血压 1 次, 如有脉搏增快细弱、血压下降、烦躁不安、面色苍白、出冷汗等出血现象, 应紧急处理。

3. 穿刺后如局部疼痛, 应仔细检查原因, 若为一般组织创伤性疼痛, 可给止痛剂, 若发生气胸、胸膜性休克或胆汁性腹膜炎, 应及时处理。

腹腔穿刺术

【适应证】

1. 检查腹腔积液的性质, 协助确定病因或腹腔内给药。
2. 大量腹水致呼吸困难、疼痛或尿量过少的病人。
3. 诊断腹部钝器伤所致内脏穿孔。

【禁忌证】

肝性脑病先兆、结核性腹膜炎粘连包块、包虫病及卵巢囊肿者。

【操作方法】

1. 术前须排尽尿,以防穿刺损伤膀胱。

2. 嘱患者坐在靠背椅上,衰弱者可取其他适当体位,如半卧位、平卧位或侧卧位。

3. 选择适宜的穿刺点:①左下腹脐与髂前上棘连线的中、外 1/3 交点,此处不易损伤腹壁动脉。②脐与耻骨联合连线中点上方 1cm 偏左或偏右边 5cm 处,此处无重要的器官且易愈合。③侧卧位,在脐水平与腋前线或腋中线相交处,此处常用于诊断性穿刺。④少量积液,尤其有包裹性分隔时,须在 B 超指导下定位穿刺。

4. 常规消毒,盖消毒洞巾,自皮肤至腹膜壁层以 2% 利多卡因作局部麻醉。

5. 术者左手固定穿刺部皮肤,右手持针经麻醉处垂直刺入腹壁,待针锋抵抗感突然消失时,示针尖已穿过腹膜壁层,即可抽取腹水,并留样送检。可直接用 20ml 或 50ml 空注射器及适当针头进行诊断性穿刺。大量放液时,可用 8 号或 9 号针头,并于针座连接一橡皮管,助手用消毒血管钳固定针头,以输液夹子夹持胶管调整速度,将腹水引入容器中记量并送检。

6. 放液后拔出穿刺针,覆盖消毒纱布,以手指压迫数分钟,再用胶布固定。大量放液后,需束以多头腹带,以防止腹压骤降,内脏血管扩张引起血压下降或休克。

【注意事项】

1. 术中应密切注意患者,如有头晕、心悸、恶心、脉搏增

快及面色苍白等,应及时停止操作,并作适当的处理。

2. 放液不宜过快过多,肝硬化患者一次放液一般不超过3000ml,过多放液可诱发肝性脑病和电解质紊乱,但在维持大量输入白蛋白的基础上,也可大量放液。

3. 放腹水时若流出不畅,可将穿刺针稍作移动或稍变换体位。

4. 术后嘱患者平卧,并使穿刺孔位于上方以免腹水继续漏出,对腹水量较多者,为防止漏出,在穿刺时即应注意勿使自皮肤到腹膜壁层的针眼位于一条直线上,方法是当针尖通过皮肤到达皮下后,即在另一只手的协助下,稍向周围移动一下穿刺针头,而后再向腹腔刺入,如仍有漏出,可用蝶形胶布或火棉胶粘贴。

腹水直接回输术

【适应证】

1. 各种原因所致的门脉高压引起的腹水,特别是顽固性腹水。

2. 大量腹水为尽快手术创造条件。

3. 肾病综合征大量腹水。

4. 肝静脉阻塞综合征。

【禁忌证】

合并感染腹水,癌性腹水。

【操作前准备】

1. 术前腹水常规、生化、培养和细胞学检查。

2. 术前肝肾功能化验。

3. 鲎试验,以除外内毒素血症。

4. 必要时做心、肺功能的检查。

【操作方法】

1. 将腹水直接收集于无菌瓶中,随即可直接与输液器相连输注,速度可掌握在 500 ~ 100ml/h。

2. 每次回输约 3000ml。

3. 为避免腹水凝块形成,可以加少量肝素抗凝。但有报道用带网输液器,则无需加用抗凝剂。

4. 为避免和减少反应可加用地塞米松,预防感染加用抗生素,并加利尿剂促进腹水排出。

【注意事项】

1. 操作过程严格无菌操作,腹水不宜在室温条件下放置过长,也可暂时先放冰箱,输入时短暂升温后输注。

2. 输入过程中严密观察血压、心率、脉搏、体温等,特别是尿量,可酌情给予对症处理和应用利尿剂。

3. 每周回输 2 ~ 3 次。

洗胃术

【适应证】

1. 清除误入胃内的毒物。

2. 幽门梗阻患者内镜检查时及手术治疗前的准备工作。

【禁忌证】

1. 吞咽腐蚀性毒物(强酸、强碱等)。

2. 食管静脉曲张出血后。

3. 严重呼吸困难。

【操作前准备】

1. 器械准备:消毒胃管、弯盘、钳子、注射器、纱布等。

2. 检查胃管是否通畅,长度标记是否清晰。

3. 插管前先检查鼻腔通气情况,选择通气顺利的一侧鼻孔插管。

【操作方法】

1. 根据病情,取坐位、半卧位或侧卧位,胸前围以治疗巾,污水桶置于床旁。

2. 胃管前端涂以石蜡油,经口腔(或鼻腔)将胃管缓慢送入胃中。先抽尽胃内容物,并固定。

3. 抬高漏斗距口腔 40 ~ 50cm 高度处,徐徐倒入洗胃液约 300 ~ 500ml。漏斗内尚剩少量洗胃液时,迅速将漏斗倒转并放于胃部水平以下,利用虹吸原理将胃内液体引出体外,流入污水桶内。若液体不能顺利流出,可用胃管中皮球作加压吸引(先将皮球前端胃管反折,挤压皮球,再放开胃管),此时即可将胃液吸出。

4. 当吸出的胃内液体与进入的洗液基本相等时,可再抬高漏斗反复灌洗。

5. 对一些不是急性中毒或老年体弱病人,可自鼻腔插入普通胃管后固定,利用 50ml 注射器反复注入并抽尽洗液。

6. 此外可用洗胃机进行洗胃,将洗胃机与胃管连接,先用正压将一定量洗胃液注入胃内,再利用三通开关使胃管与负压管相连接,将洗胃液洗出,循环灌洗。

【注意事项】

1. 洗胃过程中必须正确记录入量和出量。当流出液有较多的鲜血时,应追查原因,并停止灌洗。

2. 一般成人共需洗胃液 5 ~ 10L。灌洗液要稍加温近 37℃,防止洗胃后体温过低和水中毒,否则患者可突然发生阵挛性癫痫。洗胃过程中如果发生病人突然惊厥或窒息应立即

停止操作。

胃液采集术

【适应证】

1. 了解胃的分泌功能和排空状况,以及胃内有无出血及细菌繁殖。

2. 利用胃管进行胃灌洗和胃肠减压。

【禁忌证】

1. 吞咽腐蚀性毒物(强酸、强碱等)。

2. 食管静脉曲张出血后。

【操作方法】

1. 术前禁食、禁药、禁烟 12 小时以上,一般多在晨间进行。

2. 将消毒的胃管经鼻或口插入胃内,约 50 ~ 55cm 深度,即可到达胃大弯黏液池。

3. 以 50ml 注射器接于胃管外端抽吸胃液(或以负压泵持续吸引),抽满后注入容器内,再接管继续抽吸。

4. 嘱患者变换体位(仰、侧、俯卧及坐位),尽量将胃内液体抽吸干净,然后拔管。

5. 记录抽出的胃液量,贴标签于容器上送检。将胃液中稠厚黏液用纱布滤掉,然后按要求项目进行胃液分析。

6. 如做五肽胃泌素胃液分析,需于注射药前取 1 小时胃液(插管后最初抽出的胃液弃去),注药后继续 1 小时,每 15min 胃液装一瓶,将上述 5 瓶胃液计量送检。

【注意事项】

如有胃扩张或幽门梗阻,胃内常有大量食物,此时需用较

粗胃管,接以负压吸引器抽吸。

十二指肠引流术

【适应证】

1. 协助诊断胆囊和胆管炎、胆管结石及胆系运动功能异常。

2. 协助诊断肝胆寄生虫病。

3. 测定十二指肠的胰酶,以了解胰腺的功能。

4. 有助于胆系感染的治疗。

【禁忌证】

同胃液采集术。

【操作方法】

1. 术前禁食 12 小时,一般多在晨间进行。

2. 用消毒液(Dobell 液或 3% 双氧水)漱口后,将消毒的十二指肠引流管经口插入胃内(50~55cm),把胃内容物全部抽出,注入温水 50ml。

3. 嘱病人取右侧卧位,臀部垫高。每 1~2min 将引流管咽入 1cm,约 30~60min 始可达十二指肠内,送入不可过快,以免引流管头端在胃内迂回。

4. 当第二标记(约 55~60cm)到达以后,再向下送时应常抽取少量液体,根据液体性质判断引流管头端位置,如呈淡黄色,较清澈、黏稠、酚红试验为红色时,表示管端已进入十二指肠内,若为黄色则仍在胃中。当引流管的第三标志(75cm)已到达时,即可用胶布固定于面部,管外端置于床下,液体自然流出,此液体称为 D 液(即十二指肠液),应尽量将 D 液流完,否则残存的胰酶可以破坏以后采取的胆液内容物。

5. D 液引流毕,将温热的 33% 硫酸镁 50ml,用注射器缓慢从引流管外口注入,注入完后,止血钳紧夹管端 5~10min。

6. 将管放低,放开止血钳,用注射器轻轻抽吸后,即可流出液体,以后因虹吸作用,液体可自行缓慢流出,将首先流出的硫酸液弃去,当橙黄或淡黄色的胆总管液(A 胆液)开始流出,即可用 A 标本瓶盛接,一般为 10~15ml,当流出液体的颜色变为棕褐色、棕黄色液体时,则可称为 B 胆液,用 B 标本瓶盛接,一般为 30~60ml,有病变时可增多或减少,继续引流,当变为金黄色稀薄液体时,称为 C 胆液,改用 C 标本瓶盛接,以后不再改色,引流 C 胆液足够检查时,即将引流管拔出,将 3 个标本瓶及时送检。

7. 需作细菌培养时,应准备无菌培养瓶 3 支,分别标记上 A、B、C。在胆液引流操作中,应无菌操作(需用酒精灯烧瓶口,盖无菌棉塞),留取 A、B、C 胆液各 1ml 立即送检。

【注意事项】

1. 判断引流管是否在胃内,可注入少量空气,同时用听诊器听剑突处,如有强烈的气过水声则表明在胃内,如声音远而较弱表示管端在十二指肠。

2. 引流管较难进入的病人,可以将管抽回至第一标志处,再如前所述方法缓慢送入,也可以在 X 线下观察金属头的位置,并在透视下推压金属头,使其能进入十二指肠。

3. 注入硫酸镁后仍未见胆汁流出,可再注入 50ml,若仍无胆汁流出,表示胆管有梗阻。

4. 如引流管在 1~3 小时内仍不能进入十二指肠,为减轻病人的痛苦,可以停作或延期再作。

5. 作治疗性十二指肠引流时,可充分引流全部胆汁。

胃肠减压术

【适应证】

1. 急性胃扩张、幽门梗阻、肠梗阻。
2. 急腹症患者有明显的胃肠胀气或消化道手术后。

【禁忌证】

新近有上消化道出血史、食管静脉曲张、食管梗阻者应慎用。

【操作方法】

1. 将胃管自鼻腔插入胃内(距门齿 50cm 左右),用注射器抽尽胃内容物后固定,接上胃肠减压器。

2. 肠梗阻的病人如做双腔管减压术时,可待双腔管吞至 75cm 处后,从管内抽出少量液体,若 $\text{pH} > 7$,表示该管已通过幽门,即可向气囊内注气 20 ~ 30ml,夹住管口,依靠肠蠕动将管头送至梗阻部位,接上胃肠减压器。

【注意事项】

应经常检查胃肠减压器是否密闭,皮管有否曲屈或松脱,胃管是否通畅,每 4 ~ 8 小时冲洗一次胃管。

双气囊三腔管压迫术

【适应证】

门脉高压引起的食管、胃底静脉曲张破裂出血。

【禁忌证】

高血压、冠心病及心功能不全慎用。

【操作前准备】