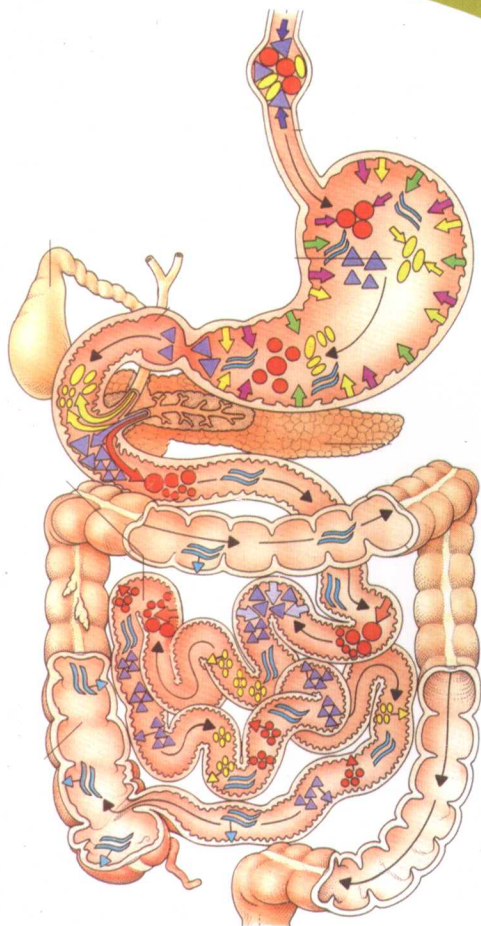


XIAOHUA XITONG CHANGJIAN JIBING DE ZHILIAO YU KANGFU

消化系统 常见疾病的治疗与康复

主编 于相梅 赵春兰 夏金英



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

消化系统常见疾病的诊疗与康复

主编 于相梅 赵春兰 夏金英

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系统常见疾病的诊疗与康复/于相梅,赵春兰,夏金英,主编. —
上海:第二军医大学出版社,2009.7

ISBN 978-7-81060-933-3

I. 消… II. ①于…②赵…③夏… III. ①消化系统疾病-诊疗②消化
系统疾病-康复 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 068043 号

出 版 人 石进英

责任编辑 钱静庄

消化系统常见疾病的诊疗与康复

主 编 于相梅 赵春兰 夏金英

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

临沂市第二印刷厂印刷

开本:850×1168 mm 1/32 印张:11.375 字数:300 千字

2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-933-3/R·744

定价:28.00 元

编写人员名单

主 编	于相梅	赵春兰	夏金英
副主编	李 彩	魏 红	亓卫东
编 者	(按姓氏笔画为序)		

上管士斌	于相梅	亓卫东
王付军	刘竞芳	李 彩
李凤荣	苏建增	岳 园
姜秀珍	赵春兰	夏金英
温照星	魏 红	

前 言

在市场经济环境下,人们的竞争意识得到强化,生活压力不断加大,各种疾病发病率随着增加,消化系统疾病的发病率也呈逐年上升的趋势。提高健康意识,学会自我减压,合理饮食,早期预防,正确治疗,已成为大众的需求。为了满足大家对消化系统疾病了解的愿望,我们组织编写了这本《消化系统常见疾病的诊疗与康复》一书,以提高人们对消化系统疾病的认识并对其预防、诊治知识有一个全面的了解。

该书分为上、下两篇,共十章。从消化系统疾病的病因、临床表现、诊断、预防和治疗等方面进行了详细的介绍。该书具有系统、全面和实用性强的特点。希望本书的出版对广大人民群众了解消化系统疾病的防治知识,有一定的指导作用。

由于我们的医疗和护理水平有限,掌握资料不全,编写时间仓促,书中若有疏漏和不妥之处,恳请各位读者予以批评指正。

编 者

2009年4月

目 录

上篇 基础理论

第一章 常见症状学	1
第一节 恶心与呕吐	1
第二节 呕血与便血	4
第三节 腹痛	11
第四节 腹泻	15
第五节 腹水	19
第六节 发热	22
第七节 水肿	27
第八节 黄疸	31
第九节 惊厥与抽搐	35
第十节 休克	39
第十一节 昏迷	44
第二章 常用诊疗、护理技术	48
第一节 胃酸分泌功能检查	48
第二节 肝穿刺活组织检查术	49
第三节 十二指肠引流术	51
第四节 鼻饲	53
第五节 灌肠术	56
第六节 导尿术	59
第七节 腹腔穿刺术	63
第八节 三腔两囊管压迫止血术	64

第九节 纤维胃镜检查术	66
第十节 纤维结肠镜检查术	68
第十一节 心电图机操作	70
第十二节 心电监护仪操作	71
第十三节 颈内静脉穿刺术	73
第十四节 锁骨下静脉穿刺术	74
第十五节 股动脉穿刺术	75

下篇 常见消化系统各种疾病

第一章 食管疾病	77
第一节 食管解剖生理概要	77
第二节 反流性食管炎	78
第三节 食管癌	83
第二章 胃十二指肠疾病	93
第一节 解剖和生理概要	93
第二节 胃炎	95
第三节 消化性溃疡	103
第四节 胃癌及其他胃肿瘤	122
第五节 先天性肥厚性幽门狭窄	139
第六节 胃和十二指肠损伤	141
第三章 肝脏疾病	144
第一节 解剖和生理概要	144
第二节 肝硬化	147
第三节 肝性脑病	159
第四节 肝脓肿	171
第五节 肝癌	177
第六节 肝破裂	191

第四章 胆道疾病	194
第一节 解剖和生理概要	194
第二节 胆道疾病的特殊检查和护理	197
第三节 胆石症	202
第四节 胆道感染	214
第五节 胆道蛔虫病	227
第六节 胆道肿瘤	230
第五章 胰腺疾病	237
第一节 解剖和生理概要	237
第二节 胰腺炎	238
第三节 胰腺肿瘤和壶腹周围癌	250
第六章 小肠疾病	261
第一节 解剖和生理概要	261
第二节 肠梗阻	262
第三节 肠痿	270
第四节 肠结核	281
第五节 结核性腹膜炎	285
第六节 腹腔脏器损伤	290
第七节 小肠破裂	301
第七章 阑尾炎	303
第八章 结肠、直肠、肛管疾病	314
第一节 解剖和生理概要	314
第二节 溃疡性结肠炎	317
第三节 直肠肛管良性疾病	324
第四节 大肠癌	336
第五节 结肠破裂	352
第六节 直肠损伤	352

上篇 基础理论

第一章 常见症状学

第一节 恶心与呕吐

恶心、呕吐是临床常见的症状。恶心为上腹部不适、紧迫欲吐的感觉,并伴有迷走神经兴奋的症状,如皮肤苍白、出汗、流涎、血压降低及心动过缓等,常为呕吐的前奏。呕吐是胃或部分小肠内容物,经食管、口腔而排出体外的现象。二者均为复杂的反射动作,可由多种原因引起。

【常见病因】

恶心与呕吐的病因按发病机制归纳为下列几类:

1. 胃、肠源性呕吐

(1)胃、十二指肠疾病:急慢性胃肠炎、消化性溃疡、急性胃扩张或幽门梗阻、十二指肠雍滞等。

(2)肠道疾病:急性阑尾炎、各型肠梗阻、急性出血性坏死性肠炎、腹型过敏性紫癜等。

2. 反射性呕吐 胃、肠源性呕吐实际上也是一种反射性动作,因其病因明确、表现典型而单独列出。

(1)咽部受到刺激:如吸烟、剧咳、鼻咽部炎症或溢脓等。

(2)肝胆胰疾病:急性肝炎、肝硬化、急慢性胆囊炎或胰腺炎等。

(3)腹膜及肠系膜疾病:如急性腹膜炎。

(4)其他疾病:如肾输尿管结石、急性肾盂肾炎、急性盆腔炎、异位妊娠破裂等。心肌梗死、心力衰竭、内耳迷路病变、青光眼、屈光不正等亦可出现恶心、呕吐。

3. 中枢性呕吐

(1)颅内感染,如各种脑炎、脑膜炎。

(2)脑血管疾病,如脑出血、脑栓塞、高血压脑病及偏头痛等。

(3)颅脑损伤,如脑挫裂伤或颅内血肿。

(4)癫痫,特别是癫痫持续状态。

(5)其他疾病,如可能因尿毒症、肝昏迷、糖尿病酮症酸中毒或低血糖引起脑水肿、颅压升高等而致呕吐。

(6)药物,如抗癌药、洋地黄、吗啡等因兴奋呕吐中枢而致呕吐。

4. 神经性呕吐 如胃肠神经症、神经性厌食等。

【临床表现】

1. 呕吐的时间 育龄期妇女晨起呕吐可见于早期妊娠,亦可见于尿毒症或功能性消化不良;鼻窦炎患者因起床后脓液经鼻后孔刺激咽部,亦可致晨起恶心、干呕。晚上或夜间呕吐见于幽门梗阻。

2. 呕吐与进食的关系 餐后近期呕吐,特别是集体发病者,多由食物中毒所致;餐后即刻呕吐,可能为精神性呕吐;餐后1小时以上呕吐称延迟性呕吐,提示胃张力下降或胃排空延迟;餐后较久或数餐后呕吐,见于幽门梗阻。

3. 呕吐的特点 精神性或颅内高压性呕吐,恶心很轻或缺如,后者以喷射状呕吐为其特点。

4. 呕吐物的性质 带发酵、腐败气味提示胃潴留;带粪臭味提示低位小肠梗阻;不含胆汁说明梗阻平面多在十二指肠乳头以上,含多量胆汁则提示在此平面以下;含有大量酸性液体者多有胃泌素瘤或十二指肠溃疡,而无酸味者可能为贲门狭窄或贲门失弛缓症所致。

【伴随症状】

(1)伴腹痛、腹泻者多见于急性胃肠炎或细菌性食物中毒、霍

乱、副霍乱和各种原因的急性中毒。

(2)伴右上腹痛及发热、寒战或有黄疸者应考虑胆囊炎或胆石症。

(3)伴头痛及喷射状呕吐者常见于颅内高压症或青光眼。

(4)伴眩晕、眼球震颤者，见于前庭器官疾病。

(5)应用某些药物，如抗菌药物与抗癌药物等，则呕吐可能与药物不良反应有关。

(6)已婚育龄妇女，且呕吐在早晨者应怀疑早期妊娠。

【临床护理】

1. 一般护理 轻度呕吐病人可适当活动，重度或频繁呕吐而致失水、酸碱失衡、营养障碍等全身衰竭的病人应卧床休息，并给予生活护理。呕吐后协助病人刷牙或漱口，保持口腔卫生。饮食视病情而定，呕吐剧烈者可暂禁食，采取消化道外高能营养供给，保证足够的热量。病室应安静、整洁，定时开窗通风，以免不良刺激引起恶心呕吐。温、湿度适宜。

2. 病情观察

(1)监测生命体征：定时测量和记录生命体征直至稳定。呕吐致血容量不足时可发生心动过速、呼吸急促、血压降低，特别是体位性低血压。持续性呕吐致大量胃液丢失而发生代谢性碱中毒时，病人呼吸可呈浅、慢状。应密切观察，发现上述异常表现，立即通知医师处理。

(2)观察失水征象：准确测量和记录每日的出入量、尿比重、体重。动态观察实验室检查结果，例如血清电解质、酸碱平衡状态。观察病人有无失水征象，依失水程度不同，病人可出现软弱无力、口渴、皮肤黏膜干燥、弹性减低，尿量减少、尿比重增高，并可有烦躁、神志不清以至昏迷等表现。

(3)观察呕吐情况：观察病人呕吐的特点，记录呕吐的次数，呕吐物的性质、量、颜色和气味。发现血性呕吐物，应立即报告医师处理。

3. 对症护理

积极补充水分和电解质,剧烈呕吐不能进食或严重水电解质失衡时,主要通过静脉输液给予纠正。口服补液时,应少量多次饮用,以免引起恶心呕吐。如口服补液未能达到所需补液量时,仍需静脉输液以恢复和保持机体的液体平衡状态。呕吐剧烈的病人嘱卧床休息。如病人全身情况衰竭,应协助其取侧卧位,或仰卧位头偏向一侧,以防呕吐物吸入气管发生呛咳、窒息或感染。呕吐后及时撤去污染的被服及容器,以减少对病人的不良刺激。

4. 治疗护理

配合治疗原发病,如颅内压升高,可遵医嘱静脉输注甘露醇和利尿剂;系幽门梗阻或肠梗阻,可行胃肠减压解除梗阻,需行手术时做好手术准备;对于失水、电解质紊乱、酸碱失衡的病人,应遵医嘱及时准确地补充液体、电解质或静脉内高能营养;应用止吐药口服或肌肉注射时,观察止吐效果和药物不良反应,若病人出现乏力、口渴、心动过缓、直立性低血压及锥体外系症状等,及时通知医师停药或改药;对精神神经因素所致的呕吐,主动了解病人致病的心理因素,帮助心理转化。通过解释、安慰、暗示使病人确信自己无器质性病变,消除紧张、疑虑的情绪,树立战胜疾病的信心。应用放松技术,常用深呼吸、转移注意力等放松技术,减少呕吐的发生。深呼吸法:用鼻吸气,然后张口慢慢呼气,反复进行。转移注意力:通过与病人交谈,或倾听轻快的音乐,或阅读喜爱的文章等方法转移病人的注意力。

(于相梅 李 彩)

第二节 呕血与便血

呕血是上消化道疾病(指十二指肠悬韧带以上的消化器官,包括食管、胃、十二指肠、肝、胆、胰疾病)或全身性疾病所致的急性上消化道出血,血液经口腔呕出。便血是指消化道出血,血液由肛门

排出。便血颜色可呈鲜红、暗红或黑色；少量出血不造成粪便颜色改变，须经隐血试验才能确定者，称为隐血阳性。

【常见病因】

1. 呕血 引起呕血的原因复杂，主要有以下几方面：

(1)食管疾病：食管静脉曲张破裂、食管炎、食管憩室炎、食管癌、食管异物、食管贲门黏膜撕裂、食管裂孔疝等。大量呕血常由门脉高压所致的食管静脉曲张破裂所致，食管异物戳穿主动脉可造成大量呕血，并常危及生命。

(2)胃及十二指肠疾病：最常见为消化性溃疡（胃及十二指肠溃疡），其次为慢性胃炎及由服用非甾体类抗炎药（如阿司匹林、吲哚美辛等）和应激所引起的急性胃十二指肠黏膜病变。胃癌、胃黏膜脱垂症，血管异常等亦可引起呕血。

(3)肝、胆道疾病：肝硬化门静脉高压可引起食管和胃底静脉曲张破裂出血；肝恶性肿瘤（如肝癌）、肝脓肿或肝动脉瘤破裂出血，胆囊、胆道结石、胆囊癌、胆管癌及壶腹癌均可引起出血。

(4)胰腺疾病：急性胰腺炎合并脓肿或囊肿、胰腺癌破裂出血。

(5)血液疾病：血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、白血病、血友病、霍奇金病、遗传性毛细血管扩张症、弥散性血管内凝血及其他凝血机制障碍（如应用抗凝药过量）等。

(6)急性传染病：流行性出血热、钩端螺旋体病、登革热、暴发型肝炎等。

(7)其他：尿毒症、呼吸功能衰竭、肝功能衰竭等。

2. 便血 引起消化道出血的原因甚多，较常见的有下列疾病：

(1)上消化道疾病：食管疾病、胃及十二指肠疾病、肝胆道疾病、胰腺疾病等。视出血的量与速度的不同，可表现为便血和黑便。

(2)小肠疾病：肠结核、肠伤寒、急性出血性坏死性肠炎、钩虫病、克罗恩（Crohn）病、小肠肿瘤、小肠血管瘤、空肠憩室炎或溃疡、Meckel 憩室炎或溃疡、肠套叠等。

(3)结肠疾病：急性细菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病、溃疡性

结肠炎、结肠憩室炎、结肠癌、结肠息肉、缺血性结肠炎等。

(4) 直肠肛管疾病：直肠肛管损伤、非特异性直肠炎、直肠息肉、直肠癌、痔、肛裂、肛瘘等。

(5) 全身性疾病：白血病，血小板减少性紫癜，血友病，遗传性毛细血管扩张症，维生素 C、维生素 K 缺乏症，肝脏疾病，流行性出血热等。

【临床表现】

1. 呕血 呕血前常有上腹不适和恶心，随后呕吐出血性胃内容物。其颜色视出血量的多少及在胃内停留时间的长短以及出血的部位而不同。出血量多、在胃内停留时间短、出血位于食管者则血色鲜红或混有凝血块，或为暗红色；当出血量较少或在胃内停留时间长，则因血红蛋白与胃酸作用形成酸化正铁血红蛋白，呕吐物可呈咖啡渣样棕褐色。

上消化道出血病人除有呕血及黑便外，其他表现视其出血量的多少而异。出血量为 10%~15% 的血容量时，除头晕、畏寒外，多无血压、脉搏等变化；出血量达血容量的 20% 以上时，则有出冷汗、四肢厥冷、心慌、脉搏增快等急性失血症状；若出血量在 30% 血容量以上，则有急性周围循环衰竭的表现，显示脉搏频数微弱、血压下降、呼吸急促及休克等。血液学改变最初可不明显，随后由于组织液的渗出及输液等情况，血液被稀释，血红蛋白及血细胞比容逐渐降低。

2. 便血 便血颜色可因出血部位不同、出血量的多少以及血液在肠腔内停留时间的长短而异。下消化道出血，如出血量多则呈鲜红；若停留时间较长，则可为暗红色；粪便可全为血液或与血液混合。血色鲜红不与血液混合，仅黏附于粪便表面或于排便后有鲜血滴出或喷射出者，提示为肛门或肛管疾病出血，如痔、肛裂或直肠肿瘤引起的出血。上消化道或小肠出血并在肠内停留时间较长，则因红细胞破坏后，血红蛋白在肠道内与硫化物结合形成硫化亚铁而使粪便呈黑色，更由于附有黏液而发亮，类似柏油，故又称柏油样便。

阿米巴痢疾的粪便多为暗红色果酱样的脓血便；急性细菌性痢疾多有黏液脓性鲜血便；急性出血性坏死性肠炎可排出洗肉水样血便，并伴有特殊的腥臭味。

【伴随症状】

1. 呕血 了解伴随的症状对估计失血量及确定病因很有帮助。

下列是常见的伴随症状：

(1)上腹痛：中青年，慢性反复发作的上腹痛，具有一定的周期性与节律性，多为消化性溃疡。中老年人，慢性上腹痛，疼痛无明显规律性并有厌食及消瘦者，应警惕胃癌。

(2)肝脾肿大：脾肿大，皮肤有蜘蛛痣、肝掌、腹壁静脉怒张或有腹水，实验室检查有肝功能障碍，提示肝硬化门脉高压。病人出现肝区疼痛、肝肿大、质地坚硬、表面凹凸不平或有结节，血液实验室检查甲胎蛋白(AFP)阳性者多为肝癌。

(3)黄疸：黄疸、寒战、发热伴右上腹绞痛而呕血者。可能由肝胆疾病引起；黄疸、发热及全身皮肤黏膜有出血倾向者，见于某些感染性疾病，败血症及钩端螺旋体病等。

(4)皮肤黏膜出血：常与血液疾病及凝血功能障碍的疾病有关。

(5)头晕、黑矇、口渴、冷汗：提示血容量不足，早期伴随体位变动而发生。腹鸣、黑便或便血伴随，提示活动性出血。

(6)其他：近期有服用非甾体类抗炎药物史、大面积烧伤、颅脑手术、脑血管疾病者和严重外伤伴呕血者，应考虑急性胃黏膜病变；在剧烈呕吐后继而呕血，应注意食管贲门黏膜撕裂伤。

2. 便血 引起便血的疾病甚多，为进一步明确诊断必须结合其他症状全面地综合考虑。

(1)腹痛：慢性反复上腹痛，且呈周期性与节律性，出血后疼痛减轻者，见于消化性溃疡。上腹绞痛或有黄疸伴便血者，应考虑肝胆道出血。腹痛时排血便或脓血便，便后腹痛减轻，见于细菌性痢疾、阿米巴痢疾或溃疡性结肠炎。腹痛伴便血还见于急性出血性坏死性肠炎、肠套叠、肠系膜血栓形成或栓塞、膈疝等。

(2)里急后重:即肛门坠胀感。常觉排便未净,排便频繁,且排便后未见轻松,提示为肛门、直肠疾病,见于痢疾、直肠炎及直肠癌。

(3)发热:便血伴发热常见于传染性疾病,如败血症、流行性出血热、钩端螺旋体病或部分恶性肿瘤,如肠道淋巴瘤、白血病等。

(4)全身出血倾向:便血伴皮肤黏膜出血者,可见于急性传染性疾病及血液疾病,如重症肝炎、流行性出血热、白血病、过敏性紫癜、血友病等。

(5)皮肤改变:皮肤有蜘蛛痣及肝掌者,便血可能与肝硬化门脉高压有关。皮肤与黏膜出现毛细血管扩张,提示便血可能由遗传性毛细血管扩张症所致。

(6)腹部肿块:便血伴腹部肿块者,应考虑肠道恶性淋巴瘤、结肠癌、肠结核、肠套叠及克罗恩(Crohn)病等。

【临床护理】

1. 一般护理 大出血时病人绝对卧床休息,以免因周围循环衰竭、心排血量明显降低,下床或去厕所发生晕厥。应取平卧位,抬高下肢,不宜取头低位,以防影响呼吸运动。保持呼吸道通畅,呕吐时头偏向一侧,防窒息或误吸,必要时吸氧。根据病情轻重、出血量多少及出血的病因进行饮食护理:大出血病人应暂禁食,如溃疡性出血则可在出血停止 24 小时给碱性温凉流质饮食,如牛奶、豆浆等,因碱性食物有中和胃酸、收敛黏膜的作用,有助于止血。门脉高压食管-胃底静脉曲张破裂出血,应在出血停止后 48~72 小时经胃管给予米汤、菜汁、稀粥等。避免摄入高蛋白饮食,以防诱发肝性脑病。出血量少的病人酌情给流质或无渣软饭。血便次数频繁且有肛门炎症时,便后用 1:5 000 高锰酸钾坐浴,改善局部血液循环,预防感染。被血液污染的被服、用品、容器应随时更换,以减少对病人的不良刺激。

2. 病情观察

(1)大出血时严密监测病人的心率、血压、呼吸和神志变化,必要时进行心电监护,并准确记录出入量。血压观察:出血初期每 15

分钟观察血压 1 次,病情稳定后减少观察次数。血压下降的幅度标志着休克的程度,如收缩压降至 10 kPa 以下或基础血压下降 4 kPa,表明外周血管阻力增加,系血管代偿功能在休克前期的表现。此时,即使血压正常或偏高,亦提示出血量大和休克的发生。脉率观察:出血量大的病人,脉率可达 120 次/分钟以上,在观察脉率的同时,还要注意脉搏跳动是否有力,如血压虽偏低,但脉搏跳动有力,说明循环灌注尚可。体温变化观察:多数病人在出血发生后或休克被控制后出现发热,体温一般在 38.5℃ 左右或更低,可持续 3~5 日,不须做特别处理。其发生机制可能是由于出血使循环血容量减少,周围循环衰竭,导致体温调节中枢功能障碍。另外,也可能与出血性贫血所致的体表循环不良、皮肤散热能力降低有关,如体温持续不退,应考虑有继续出血或感染病灶存在的可能,须及时采取治疗护理措施。尿量是衡量内脏血流灌注情况的重要指标之一,因此,应准确观察与记录。如尿量不足 30 ml/小时而肾脏功能正常,提示循环血容量灌注不足,有休克的存在。

(2)观察再出血征象:消化道出血病人,常因原发病控制不理想和某些诱发因素的存在而再度出血。一旦出血量大、抢救不及时,会导致严重的后果。故应严密观察再出血征象,以便及早发现、及时抢救。如病人出血停止后又感腹部饱胀不适,上腹疼痛或烧灼感,肠鸣音亢进;或溃疡病上腹疼痛失去规律性,口服制酸剂不能缓解;或周围循环衰竭表现再度出现等,应想到再出血的可能,须立即通知医师,备齐抢救物品,积极进行抢救。

(3)观察呕血、便血的性质和特点:分析判断出血部位,为诊断和治疗提供依据。观察原发病情况,如肝硬化并发消化道出血病人应注意观察有无并发感染,肝性脑病等。

3. 治疗护理

(1)大量呕血、便血的病人,应快速补充血容量:故需建立静脉通道 1~2 条,或行锁骨下静脉穿刺置管,供输液、输血和中心静脉压测量。输液、输血速度和量,应根据周围循环血容量灌注情况反