

“十二五”国家重点图书

住院医师查房医嘱手册丛书

丛书主编 王宇 张淑文

实用消化科 查房医嘱手册

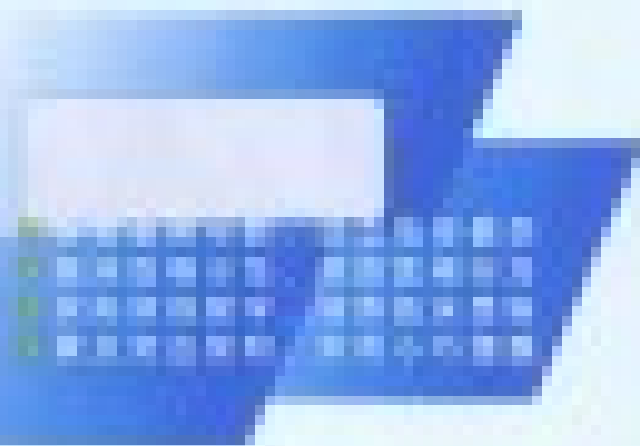
主编 张澍田

- 全程查房示教，动态情景教学
- 临床医嘱示范，规范医嘱行为
- 实际病例教学，培养临床思维
- 重点突出简明，实用小巧便携



北京大学医学出版社

Figure 1



100

“十二五”国家重点图书
住院医师查房医嘱手册丛书

实用消化科查房医嘱手册

主 编 张澍田

副主编 吴咏冬

编 者	孟凡冬	赵海英	吕富靖
	王青缸	胡海一	李 巍
	周艳华	周巧直	李 鹏
	焦 月	李红梅	刘 莹
	李文燕		

北京大学医学出版社

SHIYONG XIAOHUAKE CHAFANG YIZHU SHOUCHE

图书在版编目 (CIP) 数据

实用消化科查房医嘱手册/张澍田主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2012. 01

(住院医师查房医嘱手册丛书)

ISBN 978-7-81116-898-3

I. ①实… II. ①张… III. ①消化系统疾病—医嘱—手册
IV. ①R570.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 038472 号

实用消化科查房医嘱手册

主 编: 张澍田

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 吕晓凤 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 889mm×1194mm 1/32 印张: 7.5 字数: 215 千字

版 次: 2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-81116-898-3

定 价: 29.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《住院医师查房医嘱手册丛书》编委会

丛书主编 王 宇 首都医科大学附属北京友谊医院
外科主任医师、教授，首都医科大学普通外科学系副主任，北京市
消化疾病中心首席外科专家，首都医科大学附属北京友谊医院
专家委员会委员

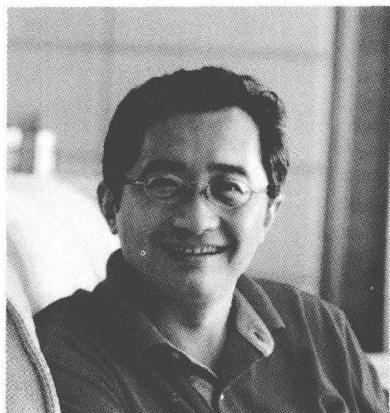
张淑文 首都医科大学附属北京友谊医院
感染暨急救医学内科主任医师、
教授、博士生导师，首都医科大学
中西医结合系秘书长，中国中
西医结合急救委员会副主任委员

编 委 (按姓氏汉语拼音排序):

段 婷	段美丽	龚 民	洪 旭
靳家玉	李 昂	李虹伟	蔺 莉
刘 藏	刘文虎	屈 翔	田 野
童笑梅	王 红	王 薇	王 昭
王炳强	王浩彦	王宁宇	杨传瑞
张澍田	张忠涛		

编写秘书: 王海曼 刘 庚

主编简介



张澍田教授，医学博士，现任首都医科大学附属北京友谊医院副院长，消化科主任。中华医学会消化病学分会副主任委员、中国医师协会消化病分会副主任委员、中华医学会消化内镜分会副主任委员。北京市消化疾病中心主任，北京市消化内镜质量控制和改进中心主任，获得科技部 863 计划、国家自然科学基金、卫生部公益项目、北京市教委基

金、北京市科委专项基金、北京市自然科学基金等多项资助。

序

临床医学是实践性、技能性很强的学科，临床医师的成长不仅要有广博的知识，而且要有扎实熟练的临床能力。住院医师培训是临床医师提高诊断和治疗能力的必需阶段，也是临床医学人才成长的特有阶段。我国不同层次医疗机构的临床医生的实际工作能力差距较大，其原因与我国缺乏完善的住院医师培养体系制度及相关教材有重要的关系。故建立和完善符合我国国情的住院医师培养制度，编纂适用于住院医师的教材是提高临床医师素质、保障医疗质量的根本措施，也是实现医疗卫生事业可持续发展的根本保证。本手册即以此为主要目的，希望对住院医师的培训、基础知识及技能的掌握起到抛砖引玉的作用。

本套丛书包括消化科、心内科、肾内科、血液科、呼吸科、内分泌科、风湿科、感染科、重症医学科、骨科、普通外科、泌尿外科、神经外科、胸外科、心脏外科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科等各临床学科；各科内容均介绍常见病及多发病。对每种疾病的介绍，均有两大部分：其一为疾病的临床分析、诊断及相关医嘱的处理，其二为具体病例分析及相关问题解答。本书的特色有二：首先阅读对象比较特殊，主要针对刚刚涉入临床的住院医师；其次能够做到充分立足临床，不仅介绍疾病本身，而且涉及疾病的临床分析与实际的医嘱处理。本套丛书可作为住院医师在全方位学习基础知识与理论，以及在轮转过程中具有实用价值信息的独立资料来源。

丛书中医嘱部分采用了临床常用的缩写，说明如下：

im，肌内注射；iv，静脉注射；ih，皮下注射；iv gtt，静脉滴注；po，口服；prn，必要时；sos，需要时（限用1次）；st，立即执行1次；qd，每日1次；bid，每日2次；qid，每日4次；q6h，每6小时1次；qn，每晚；tid，每日3次；qod，隔日1次。

本书在编写的过程中，各科均参考大量文献资料，又结合本单位的临床经验，尽量做到简明扼要又紧扣临床。但由于水平有限，难免会出现漏洞及不尽如人意之处，敬请读者批评与指正。

王 宇 张淑文

前 言

消化科一直是首都医科大学附属北京友谊医院的特色学科，这本书由长期工作在第一线的临床医生编写，他们根据自己多年的工作体会，在多位专家的指导下，写成了这本书。该书凝结了我科在消化疾病诊治方面的特色，具有很强的实用性，特别适合住院医师、实习医师、基层医师及医学生阅读。本书既包括了常见的消化科疾病，又做到了重点突出，不失为一本好的消化病学专著。相信该书一定会受到读者的喜爱。

张澍田

目 录

第 1 章 症 状	1
第一节 腹 痛	1
第二节 黄 疸	7
第三节 腹 泻	19
第四节 上消化道出血	27
第五节 下消化道出血	33
第 2 章 食管疾病	37
第一节 胃食管反流病	37
第二节 食管贲门黏膜撕裂症	40
第三节 食管癌	44
第 3 章 胃部疾病	50
第一节 急性胃炎	50
第二节 慢性胃炎	55
第三节 消化性溃疡	60
第四节 胃 癌	71
第五节 功能性消化不良	77
第 4 章 胰腺及腹膜疾病	81
第一节 急性胰腺炎	81
第二节 慢性胰腺炎	87
第三节 胰腺癌	104
第四节 急性腹膜炎	114
第五节 结核性腹膜炎	121
第 5 章 结肠疾病及肠系膜血管病变	128
第一节 溃疡性结肠炎	128
第二节 克罗恩病	133

第三节	伪膜性肠炎	138
第四节	结肠癌	144
第五节	急性肠系膜上动脉栓塞	150
第六节	肠易激综合征	156
第6章	肝胆疾病	160
第一节	急性胆囊炎	160
第二节	慢性胆囊炎	164
第三节	胆石症	167
第四节	急性梗阻性化脓性胆管炎	171
第五节	脂肪肝	176
第六节	酒精性肝病	179
第七节	药物性肝损害	186
第八节	乙型肝炎	191
第九节	丙型肝炎	199
第十节	肝硬化	205
第十一节	肝性脑病	214
第十二节	肝肾综合征	219
第十三节	肝肺综合征	220
第十四节	原发性肝癌	221

症 状

第一节 腹 痛

腹痛 (abdominal pain) 可以分为急性和慢性两类。病因极为复杂, 包括炎症、肿瘤、出血、梗阻、穿孔、创伤及功能障碍等。

一、发生机制

1. 内脏性疼痛 腹腔内空腔脏器的黏膜因炎症、溃疡、充血、缺血等刺激, 引起肌层痉挛性收缩或因腔内压力增高而被伸展、扩张而产生的疼痛。也可因实质性器官的肿胀使包膜受到牵张或病变涉及包膜等引起疼痛。痛觉自内脏感觉神经末梢由交感神经通路经脊神经传入中枢。特点为: ①痛阈较高; ②疼痛范围广泛而弥散, 定位模糊; ③疼痛部位与脏器胚胎起源有关, 如胃肠起源于腹中线, 其疼痛大多位于中上腹部、脐周或下腹; ④疼痛的感觉多为痉挛、不适、钝痛和灼痛; ⑤疼痛通常受体位变动的影响, 解痉药可缓解症状。

2. 躯体性疼痛 指腹部皮肤、肌肉、腹膜壁层及肠系膜根部受到病变刺激时分布于这些部位的痛觉感受器将痛感经体神经或脊神经末梢将痛觉传入中枢所感知的疼痛。疼痛定位较为清楚。特点为: ①疼痛剧烈而持续; ②定位较准确, 与病变所在部位相符合, 可伴局部腹肌紧张、压痛和反跳痛; ③体位改变可加剧疼痛、解痉剂无效; ④一般缺乏自主神经功能失调的症状。

实际上内脏性疼痛与躯体性疼痛常常合并存在或先后出现, 如急性阑尾炎可先出现内脏性疼痛, 当炎症涉及阑尾全层或合并阑尾周围炎时, 炎性渗出物刺激了阑尾周围的腹膜而出现躯体性疼痛, 这一过程称为转移性疼痛。

3. 牵涉性疼痛 是因内脏感觉神经与进入同一脊髓段的体神经在丘脑束内汇合, 故当内脏感觉神经传入腹痛时会在由该体神

经支配的部位发生牵涉痛。如果疼痛表现在远离病变脏器的某个位置上称放射痛。其特点为：①疼痛较尖锐而剧烈；②定位明确；③可同时有局部皮肤感觉和肌肉痛觉过敏。如胆囊炎时会感到右肩与肩胛区痛，输尿管病变时疼痛向会阴和大腿内侧放射。

二、病因

（一）腹腔与盆腔脏器的病变

1. 炎症 胃炎、肠炎、胆囊炎、胰腺炎、腹膜炎、肝脓肿、膈下脓肿、盆腔炎、盆腔脓肿、肠结核、憩室炎等。
2. 溃疡 胃十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎等。
3. 肿瘤 胃癌、肝癌、肠癌等。
4. 阻塞和扭转 肠梗阻、胆道结石、胆道蛔虫症、输尿管结石、肠粘连、嵌顿疝、急性胃扭转、肠扭转、大网膜扭转及卵巢囊肿扭转等。
5. 破裂 异位妊娠破裂、黄体破裂、卵巢囊肿破裂、脾破裂、肝癌结节破裂、腹主动脉瘤破裂等。
6. 穿孔 胃穿孔、肠穿孔、胆囊穿孔等。
7. 血管病变 肠系膜动脉血栓形成、脾梗死、肾梗死等。
8. 其他 肠痉挛、急性胃扩张等。

（二）腹外脏器与全身性疾病

1. 胸部疾病 心肌梗死、心包炎、大叶性肺炎、胸膜炎、带状疱疹、肺梗死等。
2. 变态反应性疾病 腹型紫癜、腹型风湿热等。
3. 中毒及代谢性疾病 铅中毒等。
4. 神经/精神系统疾病 腹型癫痫、神经症、经前紧张症等。

三、诊断思路

腹痛需要鉴别的疾病涉及内科、外科、泌尿科、妇产科，甚至涉及神经、精神各科。在进行诊断时应充分注意病史、症状、体征及实验室检查结果等各方面的资料，进行综合分析。急性腹痛应先区别起源于腹腔内还是腹腔外病变，然后进一步作出定位及定性、与病因诊断，如为腹腔脏器病变，需考虑有无外科和妇科情况。此外，还需注意区别外科急腹症和内科急腹症。慢性腹痛可根据脏器部位考虑诊断，重点了解腹痛的特点，结合详细的腹

部检查及必要的实验室检查进行诊断。

四、诊断流程

(一) 病史采集要点

1. 发病情况

(1) 性别与年龄 儿童腹痛常见的病因是蛔虫症、肠系膜淋巴结炎与肠套叠等。青壮年则多见溃疡病、肠胃炎、胰腺炎。中老年则多为胆囊炎、胆结石，此外还需要注意胃肠道肿瘤、肝癌与心肌梗死的可能性。肾绞痛多见于男性，而卵巢囊肿扭转、黄体破裂则是妇女急性腹痛的常见病因，如为育龄期妇女则应考虑宫外孕。

(2) 起病情况 起病隐袭的多见于溃疡病、慢性胆囊炎、肠系膜淋巴结炎等。起病急剧多见于胃肠道穿孔、胆道结石、输尿管结石、肠系膜动脉栓塞、卵巢囊肿扭转、肝癌结节破裂、异位妊娠破裂等。发病前饱餐或进过量脂肪餐的应考虑胆囊炎和胰腺炎的可能。若近期有过外伤的则有脾或其他脏器破裂的可能。

(3) 既往史 胆绞痛与肾绞痛者既往多有类似发作史。有腹腔手术史者有肠粘连的可能，有房颤史的则要考虑肠系膜血管栓塞等。

2. 临床表现

(1) 腹痛本身的特点 腹痛的部位常提示病变的所在，不过许多内脏性疼痛常定位含糊，所以压痛的部位要较患者感觉疼痛的部位更为重要。疼痛的放射部位对诊断亦有一定的提示作用，如胆道疾病常有右肩或肩背部的放射痛，胰腺炎的疼痛常向左腰部放射。肾绞痛则多向会阴部放射等。

腹痛的程度在一定的意义上反映了病情的轻重。一般而言，胃肠道穿孔、肝脾破裂、急性胰腺炎、胆绞痛、肾绞痛等疼痛多较剧烈；而溃疡病、肠系膜淋巴结炎等疼痛相对轻缓。不过疼痛的感觉因人而异，特别在老人，有时感觉迟钝，如急性阑尾炎，甚至直到穿孔时才感到腹痛。疼痛的性质大致与程度有关，剧烈的痛多被患者描述为刀割样痛、绞痛，而较缓和的痛则可能被描述为酸痛、胀痛。胆道蛔虫症患者的疼痛常被描述为钻顶样痛，较有特征。

腹痛节律对诊断的提示作用较强，实质性脏器的病变多表现为持续性痛，中空脏器的病变则多表现为阵发性。而持续性疼痛伴阵发性加剧则多见于炎症与梗阻同时存在的情况，如胆囊炎伴胆道梗阻、肠梗阻伴腹膜炎等。

(2) 伴随症状 伴发热的提示为炎症性病变。伴吐泻的常为食物中毒或胃肠炎。仅伴腹泻的可能为肠道感染；伴呕吐可能为胃肠梗阻、胰腺炎。伴黄疸的提示胆道疾病。伴便血的可能是肠套叠、肠系膜血栓形成。伴血尿的多为输尿管结石。伴腹胀的可能为肠梗阻。伴休克的多为内脏破裂出血、胃肠道穿孔并发腹膜炎。上腹痛伴发热、咳嗽等则需考虑有肺炎的可能，上腹痛伴心律失常、血压下降的则心肌梗死亦需考虑。

(二) 体格检查重点

体格检查应全面深入。应先检查体温、脉搏、呼吸、血压，这些可以反映患者的生命状况。面容、体位、皮肤色泽可提示某些诊断。不应忽视浅表淋巴结、心肺、直肠指诊。腹部检查是重点。按视、触、叩、听的顺序进行。观察腹式呼吸运动、腹部有无膨隆、胃形、肠形及蠕动波；触诊时注意腹部压痛部位、有无包块、反跳痛、肌紧张，听诊肠鸣音有无亢进、减弱或消失。肝浊音界改变及有无移动性浊音等。必要时可做神经系统及女性盆腔检查。

(三) 实验室及器械检查

1. 血、尿、便常规检查 血白细胞总数及中性粒细胞增高提示炎症性病变。尿中出现大量红细胞提示泌尿系统结石、肿瘤或外伤。有蛋白尿和白细胞提示泌尿系统感染。脓血便提示肠道感染，血便提示绞窄性肠梗阻、肠系膜血管栓塞、出血性肠炎等。

2. 血液生化检查 血清淀粉酶增高提示为胰腺炎，是腹痛鉴别诊断中最常用的血生化检查。血糖与血酮的测定可用于排除糖尿病酮症引起的腹痛。血清胆红素增高提示胆道疾病。肝、肾功能及电解质的检查偶可提示诊断的方向，此外对判断病情亦有帮助。

3. 腹腔穿刺液的常规及生化检查 腹痛诊断未明而发现腹腔积液时，必须做腹腔穿刺检查。穿刺所得液体应送常规及生化检

查，必要时还需做细菌培养。通常取得穿刺液后肉眼观察也有助于腹腔内出血、感染的诊断。

4. X线检查 腹部X线平片检查在腹痛的诊断中应用最广。膈下发现游离气体多可确定胃肠道穿孔。肠腔积气扩张、肠中多数液平则可诊断肠梗阻。输尿管部位的钙化影提示输尿管结石。腰大肌影模糊或消失提示后腹膜炎症或出血。X线钡餐造影或钡灌肠检查可以发现胃肠溃疡、肿瘤等。注意疑有肠梗阻时应禁忌钡餐造影。内镜下的逆行胰胆管造影及经皮穿刺胆管造影对胆道系统及胰腺疾病的鉴别诊断有帮助。

5. 超声与CT检查 对肝、胆、胰疾病的鉴别诊断有重要作用，必要时依据超声检查定位做肝穿刺，肝脓肿、肝癌等可确诊。

6. 内镜检查 可用于胃肠道疾病的鉴别，经内镜做胰胆管造影有助于胰腺及胆道系统疾病的诊断。

五、鉴别诊断

引起腹痛的疾病很多，此处列举了最常见和较有代表性者，分述如下：

1. 急性胃肠炎 腹痛以上腹部与脐周部为主，常呈阵发性，多伴恶心、呕吐、腹泻，亦可有发热。体格检查可发现上腹部或脐周有压痛，多无肌紧张，无反跳痛，肠鸣音可亢进。结合发病前有不洁饮食史不难诊断。

2. 胃、十二指肠溃疡 好发于中青年。腹痛以中上腹部为主，大多为持续性隐痛，多在空腹时发作，进食或服抑酸剂可以缓解。体格检查可有中上腹压痛，但无肌紧张，亦无反跳痛。频繁发作时可伴粪隐血试验阳性。胃肠钡餐检查或内镜检查可以确诊。若原有胃、十二指肠溃疡病史或有类似症状，突然发生中上腹部剧痛、如刀割样，并迅速扩展至全腹，检查时全腹压痛，腹肌紧张，呈“板样强直”，有反跳痛，肠鸣音消失，肝浊音区缩小或消失，出现气腹和移动性浊音，则提示为胃、十二指肠穿孔。腹部X线平片证实膈下有游离气体、腹腔穿刺得炎性渗液可以确诊。

3. 急性阑尾炎 中上腹隐痛经数小时后转右下腹痛为急性阑

尾炎疼痛的特点。可伴发热与恶心。体格检查可在麦氏点有压痛,并可有肌紧张、反跳痛,此为阑尾炎的典型体征。结合白细胞总数及中性粒细胞增高,诊断可以明确。

4. 胆囊炎、胆结石 好发于中老年妇女。慢性胆囊炎者常感右上腹部隐痛、进食脂肪餐后加剧,并向右肩及肩背部放射。急性胆囊炎常在脂肪餐后发作,呈右上腹持续性剧痛,向右肩及肩背部放射,多伴有发热、恶心、呕吐。患胆石症者多同时伴有慢性胆囊炎。胆石进入胆总管或在胆管中移动时,可引起右上腹阵发性绞痛,向右肩及肩背部放射。亦常伴恶心、呕吐。体格检查时在右上腹有明显压痛和肌紧张, Murphy 征阳性是胆囊炎的特征。若有黄疸出现说明胆道已有梗阻,如能触及胆囊肿大,说明梗阻已较完全。急性胆囊炎发作时白细胞总数及中性粒细胞明显增高。超声检查可以确诊。

5. 急性胰腺炎 多在饱餐后突然发作,中上腹持续性剧痛,常伴恶心呕吐及发热。上腹部深压痛,肌紧张及反跳痛不甚明显。血清淀粉酶明显增高可以确诊本病。如腹痛扩展至全腹,并迅速出现休克症状,检查发现全腹压痛,并有肌紧张及反跳痛,甚至发现腹水及脐周、腹侧皮肤青紫斑,则提示为坏死性胰腺炎。此时血清淀粉酶或明显增高或反不增高。CT 检查可见胰腺肿大、周围脂肪层消失。

6. 肠梗阻 可见于各种年龄的患者,儿童以蛔虫症、肠套叠等引起的为多。成人以肠粘连引起的居多,老人则可由结肠癌等引起。肠梗阻的疼痛多在脐周,呈阵发性绞痛,伴呕吐与停止排便排气。体格检查时可见肠型,腹部压痛明显,肠鸣音亢进,甚至可闻“气过水声”。X线平片检查,若发现肠腔充气,并有多数液平,肠梗阻的诊断即可确立。

7. 腹腔脏器破裂 常见的有因外力导致的脾破裂,肝癌结节因外力作用或自发破裂,宫外孕的自发破裂等。发病突然,持续性剧痛涉及全腹,常伴休克。检查时多发现为全腹压痛,可有肌紧张,多有反跳痛。常可发现腹腔积血的体征。腹腔穿刺到积血即可证实为腹腔脏器破裂。若怀疑为宫外孕破裂出血在腹腔未能穿刺到积血,可穿刺后穹隆部位,常有阳性结果。超声检查、甲