

· 诊断治疗学系列丛书 ·

急性消化系统疾病诊断治疗学

刘来村 史继学 冯培勤 主编

中国医药科技出版社

诊断治疗学系列丛书

急性消化系统疾病诊断治疗学

刘来村 史继学 冯培勤 主 编

中国医药科技出版社

登记证号:(京)075 号

图书在版编目(CIP)数据

急性消化系统疾病诊断治疗学/刘来村,史继学编. —北京:中国医药科技出版社,1995.9
(诊断治疗学丛书)

ISBN 7-5067-1471-X

I. 急… II. ①刘…②史… III. 消化系统疾病:急性病-诊疗 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(95)第 16641 号

中国医药科技出版社 出版

(北京西直门外北礼士路甲 38 号)

(邮政编码 100810)

天帝数据设备技术公司 排版

通县鑫欣印刷厂 印刷

全国各地新华书店 经销

*

开本 787×1092mm¹/₁₆ 印张 28

字数 700 千字 印数 1-4000

1996 年 4 月第 1 版 1996 年 4 月第 1 次印刷

定价:40.00 元

主 编	刘来村	史继学	冯培勤		
副主编	黄培臣	刘 勇	吴兴贵	黄司甫	郭晓路
	王广顺	郗新军	潘学华	王子成	宋金华
	蒋继生	张太义	张金亮	宋宝辰	贺丕瑞
编 委	(按姓氏笔划为序)				
	于庆云	王子成	王广顺	王维举	王亚力
	王祎春	史继学	冯培勤	付兴山	刘来村
	刘 勇	刘桂秋	刘瑞娟	刘继联	刘义刚
	刘 敏	刘秀琴	孙建国	许家全	纪世珍
	陆士中	陈洪来	陈修学	吴兴贵	宋金华
	宋宝辰	宋树良	李 霞	武心宽	张太义
	张金亮	张喜善	张进明	郗新军	贺丕瑞
	宫树波	郭晓路	徐承国	秦秀香	黄培臣
	黄司甫	崔 明	曹桂红	蒋继生	董贵红
	鲁守东	曾庆江	解自新	裴秀芹	潘学华

序

人体的疾病或轻或重、或缓或急,皆应分别情况予以处理。轻者、缓者或可以从长计议,而重者、急者则必须当机立断,予以紧急处理,有时甚至挽救病人之生命也就在此一举。消化系统为人体重要功能部位,食物之消化,营养之吸收几全赖之。而消化道与外界息息相通,各种疾病因子亦时时可以侵入,故尔消化系统疾病亦多。在消化系统疾病中,慢性者如慢性胃炎、慢性肝炎之类固然有之,但急性发作者亦多,或吐泻、或腹痛、或呕血,皆是急诊科日常处理最多的病症。对于这些情况,如果诊断及时、处理得当,病人常可痊愈。反之则后果严重。

急诊医学在我国发展较迟,专著尚少。对于消化系统急性病之处理,据我所知,尚未有专著论述。山东泰山医学院附属医院刘来村院长、急诊科史继学主任多年来专攻消化系疾病,颇多心得。近年史主任等又攻急救医学。以消化病学之基础,加急诊医学之经验,两位医师等撰成此书,以供同道参阅,或供基层工作同志学习,皆甚有价值。

去年秋,我赴泰安进行学术交流,有幸得见书稿,细读之下顿觉耳目一新。全书既有诊断治疗之原则,又有诊断治疗之方法的描述;既有文献内容,又有作者经验之介绍;既有沿用已久的方法,又有新技术新方法的推荐。熔知识性与实用性为一炉、集传统性与先进性为一体,诚为不可多得之佳作。

我以先睹为快,并愿将之介绍给广大读者。

上海医科大学中山医院 杨秉辉

1994年1月

前 言

急诊医学是近年来发展起来的一门新的临床学科,国内外已对这门学科给予高度重视,并相继成立急救病房、急救中心等。对危重急诊病人能否及时作出诊断、恰当治疗直接关系到病人的安危。由于我国急诊医学起步较晚,尚缺少有关着重阐述消化系统急性疾病、慢性病急性发作及急性消化系统症状的诊断与治疗等方面的专著,远不能适应当前急诊医学的迅速发展及广大医务工作者的迫切需要,为此,我们从临床实际出发,根据作者的经验,结合近年来国内外最新资料编写了《急性消化系统疾病诊断治疗学》一书。本书重点论述了诊断方法与治疗措施。

全书共分十三章,第一章介绍了常见消化系统急性症状的鉴别诊断与治疗原则。第二至十章分别介绍了急性消化系统疾病,特别注意新方法、新技术的介绍。第十一至十三章讲述了消化系统疾病诊断与治疗技术,书末附有急性消化系统症状的诊治程序图示、人体检验正常值等,便于读者查阅。本书内容丰富、专业性强、言简意赅、通俗易懂,具有较强的实用性,可供急诊科、普外科、消化科及其它各科医师参阅,对基层医疗单位医务人员及大中专毕业生尤为适用。

由于编者水平有限,书中难免存在不少错误及疏漏之处,尚祈同行不吝赐教指正。

在本书编写过程中,承蒙我国著名肝病专家、上海医科大学中山医院院长杨秉辉教授热情鼓励和指导,并惠予作序,而且还得到了作者单位领导及许多同志的热情关心和支持,在此一并致谢!

刘来村 史继学谨序

1993 年 10 月

于泰山医学院附属医院

内 容 提 要

本书为论述消化系统急性疾病诊断治疗的专著。全书共分 13 章,分别介绍了常见消化系统急性症状的鉴别诊断与治疗原则;本书在编写形式上突出“急”字,注重新方法、新技术的介绍,并对一些少见急性消化系统疾病、消化系统肿瘤急性并发症及祖国医学对消化系统急症的认识作了详细论述。书末附消化系疾病急性症状诊治图示、抗生素静脉滴注配伍禁忌及人体检验数值新旧单位换算表等可供查阅。本书是从事急诊科、普外科及消化科医师的必备参考书,也适用于广大基层医务工作者及大中专毕业生学习和参考。

目 录

第一章 常见消化系统急性症状	(1)
第一节 吞咽困难	(1)
第二节 呃逆	(2)
第三节 恶心与呕吐	(4)
第四节 呕血	(6)
第五节 腹痛	(9)
第六节 腹胀	(10)
第七节 腹泻	(11)
第八节 便血	(13)
第九节 便秘	(14)
第十节 腹水	(16)
第十一节 黄疸	(18)
第二章 急性食管疾病	(21)
第一节 贲门失弛症	(21)
第二节 食管异物	(25)
第三节 食管裂孔疝	(28)
第四节 急性腐蚀性食管炎	(30)
第五节 急性念珠菌性食管炎	(32)
第六节 食管贲门粘膜撕裂综合征	(33)
第七节 自发性食管破裂	(35)
第三章 急性胃肠疾病	(39)
第一节 急性胃炎	(39)
第二节 急性胃粘膜病变	(41)

第三节 急性胃扩张·····	(42)
第四节 急性胃扭转·····	(43)
第五节 胃破裂·····	(44)
第六节 病毒性胃肠炎·····	(45)
第七节 胃套叠·····	(47)
第八节 胃内异物·····	(48)
第九节 消化性溃疡·····	(50)
第十节 消化性溃疡的并发症·····	(52)
第十一节 胃术后并发症·····	(58)
第十二节 上消化道大出血·····	(65)
第十三节 霍乱·····	(74)
第十四节 肠伤寒·····	(75)
第十五节 溃疡性结肠炎·····	(77)
第十六节 克隆氏病·····	(83)
第十七节 缺血性肠炎·····	(86)
第十八节 急性出血性坏死性肠炎·····	(89)
第十九节 抗生素相关性腹泻·····	(91)
第二十节 肠易激综合征·····	(94)
第二十一节 急性细菌性痢疾·····	(97)
第二十二节 胃肠道寄生虫病·····	(99)
第二十三节 肠损伤·····	(106)
第二十四节 肠梗阻·····	(108)
第二十五节 急性阑尾炎·····	(118)
第二十六节 特发性胃肠道嗜酸细胞浸润综合征·····	(122)
第二十七节 肠道气囊肿病·····	(124)
第二十八节 吸收不良综合征·····	(126)
第二十九节 胃肠道内分泌肿瘤·····	(131)
第三十节 急性结肠假性梗阻·····	(140)
第三十一节 放射性肠炎·····	(142)

第三十二节 回盲瓣脱垂	(144)
第四章 急性肝胆疾病	(146)
第一节 细菌性肝脓肿	(146)
第二节 阿米巴性肝脓肿	(150)
第三节 布-加氏综合征	(152)
第四节 肝性血卟啉病	(158)
第五节 重症肝炎	(162)
第六节 妊娠急性脂肪肝	(166)
第七节 肝性脑病	(168)
第八节 肝肾综合征	(174)
第九节 顽固性腹水	(176)
第十节 多脏器功能衰竭	(181)
第十一节 肝破裂	(184)
第十二节 外伤性脾破裂	(187)
第十三节 脾脓肿	(190)
第十四节 急性胆囊炎	(191)
第十五节 胆石症	(193)
第十六节 胆道蛔虫症	(198)
第十七节 急性胆囊扭转	(200)
第十八节 胆囊切除术后综合征	(201)
第十九节 急性胆管炎和重症急性胆管炎	(206)
第二十节 胆道出血	(213)
第二十一节 原发性硬化性胆管炎	(219)
第五章 急性胰腺疾病	(222)
第一节 急性胰腺炎	(222)
第二节 胰腺脓肿	(233)
第三节 胰腺损伤	(236)
第四节 胰石病	(243)
第六章 急性腹膜、肠系膜、网膜疾病	(246)

第一节	急性腹膜炎	(246)
第二节	肠系膜脂膜炎	(256)
第三节	肠系膜淋巴结炎	(258)
第四节	网膜扭转	(261)
第五节	大网膜粘连综合征	(262)
第六节	肠系膜上动脉压迫综合征	(263)
第七节	腹卒中综合征	(264)
第七章	急性横膈与腹膜后病变	(265)
第一节	膈下脓肿	(265)
第二节	创伤性膈疝	(267)
第三节	腹膜后感染与脓肿	(269)
第四节	腹膜后出血	(271)
第五节	主动脉瘤-下腔静脉痿综合征	(274)
第六节	腹腔神经丛综合征	(274)
第八章	肛门直肠疾病	(276)
第一节	肛门瘙痒症	(276)
第二节	肛窦炎和肛乳头炎	(279)
第三节	肛门周围脓肿	(280)
第四节	肛裂	(281)
第五节	肛瘘	(282)
第六节	嵌顿痔	(285)
第九章	消化系统肿瘤急性并发症	(286)
第一节	贲门癌大出血	(286)
第二节	胃癌急性出血	(287)
第三节	胃癌穿孔	(288)
第四节	结、直肠癌梗阻	(291)
第五节	结、直肠癌出血	(294)
第六节	结、直肠癌穿孔	(295)
第七节	肝癌破裂出血	(296)

第八节 肝癌并发食管胃底静脉曲张破裂出血	(298)
第九节 肝海绵状血管瘤破裂出血	(299)
第十章 祖国医学对消化系统急症的认识	(302)
第一节 消化系统生理功能与特性	(302)
第二节 病因病机	(303)
第三节 常见消化系统急症救治法	(304)
第十一章 常用诊断技术	(315)
第一节 急症纤维胃镜检查术	(315)
第二节 小肠镜检查术	(315)
第三节 纤维结肠镜检查术	(317)
第四节 纤维胆道镜检查术	(318)
第五节 腹腔镜检查术	(319)
第六节 选择性腹腔动脉造影术及数字减影血管造影术	(320)
第七节 介入性超声检查术	(323)
第八节 十二指肠镜逆行胰胆管造影术	(332)
第九节 放射核素显影检查	(334)
第十节 X线检查	(335)
第十一节 B型超声检查	(341)
第十二节 CT检查	(349)
第十三节 磁共振成像	(351)
第十四节 胃液分析	(352)
第十五节 十二指肠液引流术	(353)
第十六节 腹腔穿刺术	(355)
第十七节 腹腔灌洗术	(356)
第十八节 人工气腹术	(357)
第十九节 直肠膀胱陷窝穿刺术	(358)
第二十节 肝脏穿刺与活组织检查术	(359)
第二十一节 门静脉循环时间测定术	(360)
第二十二节 中心静脉压测定术	(361)

第十二章 常用治疗技术	(362)
第一节 鼻饲术	(362)
第二节 胃灌洗术	(363)
第三节 胃十二指肠减压术	(365)
第四节 冰水洗胃疗法	(365)
第五节 三腔管气囊压迫止血术	(366)
第六节 自身腹水浓缩回输术	(367)
第七节 灌肠法	(369)
第八节 股动脉穿刺术	(369)
第九节 静脉切开术	(370)
第十节 股静脉穿刺术	(371)
第十一节 锁骨下静脉穿刺置管术	(371)
第十二节 颈内静脉穿刺置管术	(372)
第十三节 颈外静脉穿刺置管术	(373)
第十四节 脾脏穿刺术	(373)
第十五节 内镜下治疗术	(374)
第十三章 营养支持疗法	(394)
附录一 急性消化系疾病症状的诊疗程序	(402)
一、恶心与呕吐的诊断步骤	(402)
二、胃潴留所致呕吐的诊断程序	(403)
三、呃逆的诊断治疗	(404)
四、急性腹部疼痛的诊断程序	(405)
五、急性或亚急性腹痛的处理程序	(406)
六、腹水的鉴别诊断程序	(407)
七、癌性腹膜炎及门脉高压性腹水的处理	(408)
八、胰性腹水或胸水的处理程序	(409)
九、急性腹泻的检查和诊断步骤	(410)
十、急性腹泻的诊断	(411)
十一、黄疸诊断程序(一)	(412)

十二、黄疸的诊断程序(二).....	(413)
十三、呕血的诊断程序.....	(414)
十四、呕血的处理原则.....	(415)
十五、黑便的诊断程序.....	(416)
十六、隐性出血诊断程序.....	(417)
十七、胃、十二指肠出血内科处理程序	(418)
十八、胆管出血的诊断程序.....	(419)
十九、胆道出血的治疗方案.....	(420)
二十、下消化道出血的检查步骤.....	(421)
二十一、下消化道出血的鉴别诊断程序.....	(422)
二十二、回盲部疾病的诊断程序.....	(423)
二十三、便血的诊断程序.....	(424)
附录二 抗生素静脉滴注时的配伍禁忌	(425)
附录三 常用人体检验数值新旧单位换算表	(426)
参考文献	(427)

第一章 常见消化系统急性症状

第一节 吞咽困难

吞咽时胸内或颈部有梗阻感或疼痛，称为吞咽困难。

【病因】

- (1) 食管壁病变 常见的有食管癌、食管炎及炎性狭窄；较少见的有食管憩室、食管裂孔疝；偶见于先天性食管闭锁或先天性膈疝。
- (2) 食管内异物。
- (3) 食管外病变 颈部肿瘤、颈深部脓肿、纵隔肿瘤（胸内甲状腺肿、畸胎瘤）、主动脉弓畸形。
- (4) 精神或神经肌肉失常 癔病、卒中、延髓麻痹、食管痉挛、贲门失弛缓症、重症肌无力。
- (5) 咽喉部炎症 扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、白喉、咽喉炎、咽壁脓肿、急性会厌炎、急性喉炎、喉水肿，喉结核少见。

【诊断要点】

1. 病史

- (1) 有进行性吞咽困难、体重减轻，中年以上男性病人，应疑为食管癌，比较多见。
- (2) 有吞咽异物史者，应考虑食管内异物。
- (3) 有阵发性吞咽困难，常与情绪有关，未发病时能照常进食，发病时硬的食物与流质均难吞咽，病人年轻，应考虑为贲门失弛缓症。
- (4) 吞咽困难伴有胸骨后疼痛，食管镜检查发现咽及食管壁充血水肿者为食管炎。吞咽困难有时发出咕噜声或呕出陈旧的未消化食物，可能为颈部食管憩室。
- (5) 吞咽困难发展缓慢，经X线及食管镜检查能排除食管壁病变，但食管外有包块将食管壁推向管腔者，可能为食管外肿瘤。
- (6) 新生儿有持续性吞咽困难，喂奶时呛咳，呕吐、不能进食者应想到先天性食管闭锁。
- (7) 自觉有咽喉异物阻塞感，不能吞咽，但咽下食物时又无梗阻现象，经仔细检查未查见食管癌等器质性病变，可考虑为癔病性吞咽困难。

2. 体征

- (1) 一般情况 吞咽困难严重者多有消瘦、体重减轻、失水等表现，晚期食管癌可有恶病质。颈深部脓肿病人有发热、寒颤、脉快、呼吸困难等表现。
- (2) 局部体征

- ①扁桃体有无炎症或白膜，咽壁有无肿胀、触痛和波动感。
- ②颈部有无肿块，颈深部有炎症时除局部有水肿、疼痛和波动感外，颈部运动受限。
- ③胸部检查发现纵隔加宽，心界扩大，应疑为纵隔肿瘤或心脏疾病。

3. 辅助检查

- (1) 血常规 白细胞计数增多有助于急性炎症的诊断，癌肿所致的吞咽困难多有贫血现象。
- (2) 胸部 X 线检查和吞钡剂食管造影，可发现有无纵隔肿瘤、心脏血管异常、食管狭窄、肿瘤、憩室、异物等，主动脉造影可诊断主动脉弓畸形。
- (3) 食管拉网及显微镜检查有无脱落癌细胞。
- (4) 食管镜检查 可诊断有无异物、狭窄、肿瘤、憩室、炎性病变及先天性畸形。
- (5) 疑为甲状腺疾病所致的吞咽困难的病人，可测定基础代谢、同位素甲状腺扫描及甲状腺吸¹³¹碘功能等试验。

【治疗】

- (1) 食管未完全梗阻者给高热量流质饮食。
- (2) 纠正脱水。
- (3) 预防和控制感染，食管有创伤或感染者，可肌注青霉素及链霉素。
- (4) 贲门失弛缓症病人，应少吃多餐，避免过冷过热饮食，舌下含硝酸甘油酯 0.5mg 有时可暂时松解贲门，忌用解痉剂如阿托品、颠茄等。重症者需作食管贲门肌层切开术或贲门扩张术。
- (5) 瘳病性咽下困难者，经详细检查，排除器质性疾病后，应对病人作适当解释，增强其战胜疾病的信心，同时服用调节神经精神药物。
- (6) 外科治疗
 - ①食管异物应经食管镜摘除，若不成功则应作食管切开术。
 - ②食管癌或食管良性狭窄梗阻严重的病人，可考虑作胃造口术。
 - ③食管外压迫引起的咽下困难，应及早手术，如经颈部或胸部切除肿瘤，颈深部脓肿应作切开引流术。
 - ④先天性食管闭锁或食管气管瘘，应争取在出生 48 小时内行食管吻合术。
 - ⑤食管憩室可作憩室切除术；早期食管癌行食管癌切除及食管胃吻合术；贲门失弛缓症作食管贲门肌层切开术；食管裂孔疝作裂孔疝修补术；瘢痕性食管缩窄可根据其缩窄程度与范围，选作扩张术、切除术或捷径性手术。

第 二 节 呃 逆

呃逆是一种不自主的、膈肌的间歇性收缩运动，使空气突然吸入呼吸道内，同时声带闭合，以致产生一种特殊的声音。

【病因】

较持久而严重的呃逆一般发生于下列情况：

(1) 神经精神疾病 歇斯底里、脑炎、脑膜炎、脑出血、脑血栓形成（尤其是病灶波及延髓时）、脊髓痨的膈危象、膈神经疾患等。

(2) 胸膜疾病 各种疾病所引起的胃内积气和扩张、肠胀气、腹膜炎、急性阑尾炎和胰腺炎、胸腹部手术、膈上下炎性病变、膈胸膜炎。

(3) 中毒 尿毒症、急性或慢性酒精中毒、服使君子过量、严重感染如伤寒、痢疾等。

【诊断要点】

1. 病史

(1) 注意有无精神异常和神经系统疾病的症状，如头痛、呕吐等。

(2) 有无胸腹部疾病的症状，如胸痛、咳嗽、腹痛、呕吐等。

(3) 有无肾炎、饮酒、药物中毒等病史。

2. 体征

(1) 全身性一般检查 注意病人精神状态、表情及神经反射等。歇斯底里病人常连续吞气，引起呃逆，而体检无任何客观阳性体征，易受暗示影响。脑炎、脑膜炎病人有脑膜刺激征。脑卒中病人常有偏瘫。脊髓痨病人则有部位感觉及腱反射消失、运动失调、两侧瞳孔不对称、对光反射消失等。

(2) 胸腹部检查 注意有无胸膜炎、有无腹胀气、腹膜炎、肠梗阻等。

3. 辅助检查

(1) 化验检查 疑有尿毒症可作血非蛋白氮、肌酐、二氧化碳结合力等测定及尿常规或肾功能检查。疑有梅毒可作血清及脑脊液康氏或华氏反应检查。

(2) X线检查 注意有无胸膜炎、腹膜炎、肠梗阻等征象，膈肌位置高低及活动度，何侧痉挛收缩引起呃逆。

【治疗】

1. 物理疗法

(1) 导管法 通过鼻腔插入8~12cm长的软导管，来回刺激咽部，以阻断呃逆反射环，常可使呃逆停止。

(2) 揉压眼球法 病人闭目，用双手按压眼球直至呃逆停止，但若心率低于60次/分应停止，青光眼、高度近视及心脏病病人忌用。

(3) 喷嚏法 常用方法有三种：①用草纸搓成纸卷或用艾条等（凡能生烟而对人体无害者即可），点燃后熄灭，让病人猛吸烟雾，咽部受刺激后即可打喷嚏而终止呃逆。②刺激性药物如通关散、吴茱萸粉或辣椒粉等，用少许吹入病人鼻孔，让病人猛吸一口气，打喷嚏后呃逆可止。③用小草杆或纸绳等物刺激鼻孔，若打喷嚏呃逆可停止。

(4) 姜汁棉团咽后壁压迫法 取鲜姜绞汁浸棉团，棉团固定于竹筷上，病人张口，医生用压舌板暴露病人咽后壁，将姜汁棉团送入咽部，反复轻按咽后壁左右两侧，同时病人用力呼吸，以免恶心呕吐，约0.5~1分钟呃逆可止，静卧1~2小时，不可饮水进食。