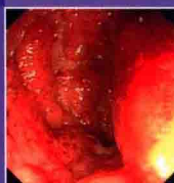
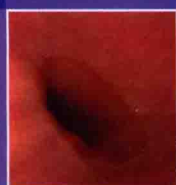


消化内科

以问题为中心的教学手册

Problem Based Learning Cases of Digestive Diseases

- ▶ 王晶桐 主编
- ▶ 赵景涛 顾问
- ▶ 刘玉兰 名誉主编



北京大学医学出版社

Problem Based Learning Cases of Digestive Diseases

消化内科以问题为中心的教学手册

编 委 会

顾 问 赵景涛

名誉主编 刘玉兰

主 编 王晶桐

主编助理 付 瑶

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 岩	王智峰	冯桂建	任 倩
刘传芳	刘孟宇	李 洁	杨 婧
陈 宁	陈国栋	周艳华	张国艳
张媛媛	黄文凤	曹 珊	崔亚齐
彭 涛			

北京大学医学出版社

XIAOHUA NEIKE YI WENTI WEI ZHONGXIN DE JIAOXUE SHOUCHE

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科以问题为中心的教学手册/王晶桐主编.

—北京: 北京大学医学出版社, 2011. 8

ISBN 978-7-5659-0165-2

I. ①消… II. ①王… III. ①消化系统疾病—诊疗

IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 068302 号

消化内科以问题为中心的教学手册

主 编: 王晶桐

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: 北京画中画印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 高 瑾 责任校对: 金彤文 责任印制: 苗 旺

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 9.25 字数: 209 千字

版 次: 2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0165-2

定 价: 69.00 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)

本书由

北京大学医学科学出版基金

资助出版

前言

授人以鱼，不如授人以渔。教育的目标是在传授知识的同时，激发学习兴趣，让学生学会正确的学习方法，培养开放性的思维模式。

基于问题的学习方法（problem based learning，简称 PBL）起源于 20 世纪 50 年代的医学教育，是基于现实世界的问题、以学生为中心的教育方式。它强调把学习设置到复杂的、有意义的问题情景中，通过学习者的讨论、合作来解决真正的问题，从而学习隐含在问题背后的科学知识，培养解决问题的技能和自主学习的能力。PBL 鼓励自主探究，鼓励对学习内容和过程的反思，激发学习者的主动思维，该教学方法先后在多所医学院校中推广、修正。在 PBL 教学过程中，所设案例、所提问题必须对学习者具有一定的挑战性，能够使学习者有效解决问题的技能和高级思维能力得到发展，以确保在将来的工作中，学习者的能力能够有效地运用到实际问题的解决中，这就意味着 PBL 教材建设是推广 PBL 教学的关键。

教材是学生获取专业知识的重要工具，又是教师进行教学的准绳和讲授的蓝本，教材的质量直接影响教学质量。由于 PBL 目前在我国医学教育中仍处于改革、推广阶段，还没有一部适合其教学使用的通用教材，更没有教学参考书，如何重新构建 PBL 教材成为推广 PBL 教学的关键问题。为此，笔者通过国外学习并参考国外成熟的 PBL 病例，成立教材编写小组，在 2006 年起开始编写 PBL 教材，用于消化科见习学生的 PBL 教学。教材全部采用真实病例，按 PBL 教学的要求和学生的特点，以“问题”为核心编写，问题的提出遵循以下基本原则，以保证教学质量：

1. 问题必须能引出所学知识的基本概念、原理，由此出发设计要解决的问题。
2. 问题应该是临床工作中必须回答的，并且具有复杂性、连贯性，包含许多相互联系的部分。
3. 随着问题的解决，给学生提供反馈，让他们能够评价推理和学习策略的有效性，以提高其解决实际问题的能力。

教材在 2008 年完成初稿，随后用于 PBL 试验教学，在应用过程中不断听取学生及教师的反馈，经过多次修改后于 2011 年完成。之后，内心仍然惴惴不安，因为 PBL 教材是否取得良好的教学效果，是否能够被学生、教师接受还是未知数，但是为了提高教学质量，这种尝试与付出是值得的。

王晶桐

2011 年 4 月

目 录

病例 1 ——腹痛、呕血、黑便	1
病例 2 ——腹痛	6
病例 3 ——腹胀、呕血	11
病例 4 ——胸痛	16
病例 5 ——腹泻、血便	21
病例 6 ——腹泻、腹痛	27
病例 7 ——黏液血便	36
病例 8 ——腹痛、发热	43
病例 9 ——胸骨后疼痛	58
综述：炎症性肠病的治疗进展	68
病例 10 ——腹痛	73
综述：胃淋巴瘤	80
病例 11 ——发热、腹痛、腹泻	84
综述：抗生素相关性腹泻	88
病例 12 ——腹胀	91
综述：布加综合征	95
病例 13 ——腹胀、少尿	98
综述：肝小静脉闭塞病	105
病例 14 ——纳差、腹胀、尿黄	110
综述：原发性肝淋巴瘤	118
病例 15 ——腹痛、黑便、呕血	121
病例 16 ——呕血、黑便	125
综述：Dieulafoy 病变	132
附录 缩略词表	137

病例 1——腹痛、呕血、黑便

病例摘要

患者，男性，40岁，主因“反复上腹痛20余年，加重7天，黑便2天，呕血1天”于2005年9月17日收入院。

现病史：患者20年来每于春秋季节出现上腹痛，为持续性钝痛，不向周围放射，多于饥饿时出现，与体位无关，进食后或自服“胃得乐片”（具体剂量不详）症状可缓解，未予特殊诊治。7天前，患者受凉后再次出现上腹痛，口服“胃得乐片”腹痛无明显缓解。4天前，患者于夜间自觉腹痛加重难以入睡，自服“芬必得”（具体剂量不详）疼痛略缓解。2天前患者出现黑便，2次/天，量不详，未予重视。1天前患者晨起出现恶心，呕吐咖啡色液体400ml左右，混有食物，伴头晕、心悸、大汗、乏力，无晕厥。遂于我院急诊就诊，考虑“上消化道出血”，为进一步诊治收入院。患者自发病以来，无反酸、嗝气，无胸痛、胸闷，无咳嗽、咳痰，无腹泻。精神弱，食欲欠佳，睡眠差，大便如前所述，小便正常。体重无明显变化。

既往史、个人史及家族史：否认肝炎、结核等传染病史，“心绞痛”病史2年，目前服用拜阿司匹林肠溶片100mg 1日1次，否认高血压、糖尿病、慢性肾病病史。否认食物、药物过敏史。吸烟20余年，10支/天，不饮酒。喜进食辛辣食物，无饮咖啡、浓茶嗜好。其父10年前因肺癌逝世，母亲有冠心病史。否认家族遗传病病史。

入院查体：体温36.8℃，脉搏110次/分，呼吸17次/分，血压110/60mmHg。神清，面色苍白，浅表淋巴结未及肿大，未见肝掌、蜘蛛痣。睑结膜略苍白，巩膜无黄染。双肺听诊呼吸音清，未闻及干、湿啰音。心界不大，心率110次/分，心律齐，各个瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软，剑突下有轻压痛，无反跳痛及肌紧张。腹部未触及包块，肝脾肋下未触及。Murphy征阴性。肝区及双肾区无叩痛，移动性浊音阴性。肠鸣音6次/分。双下肢无水肿。

 问题 1：该病例主要临床特点是什么？

 问题 2：请列出常见的导致呕血的原因？如何鉴别上消化道出血和下消化道出血？

 问题 3：请分析该患者消化道出血的可能原因。该患者应进行何种检查？

 问题 4：该病例的主要诊断及鉴别诊断是什么？

辅助检查：

血常规（2005-09-17）：WBC $12.2 \times 10^9/L \uparrow$ ，NE% 76% $\uparrow$ ，Hb 100 g/L $\downarrow$ ，MCV 72 fl，PLT $380 \times 10^9/L \uparrow$ 。

生化（2005-09-18）：ALT、AST、T-Bil、D-Bil、Cr 结果均在正常范围内。BUN：10.9 mmol/L $\uparrow$ 。

胃镜（2005-09-18）：十二指肠球部变形，可见溃疡形成，中心可见黑色血痂（见图 1-1）。

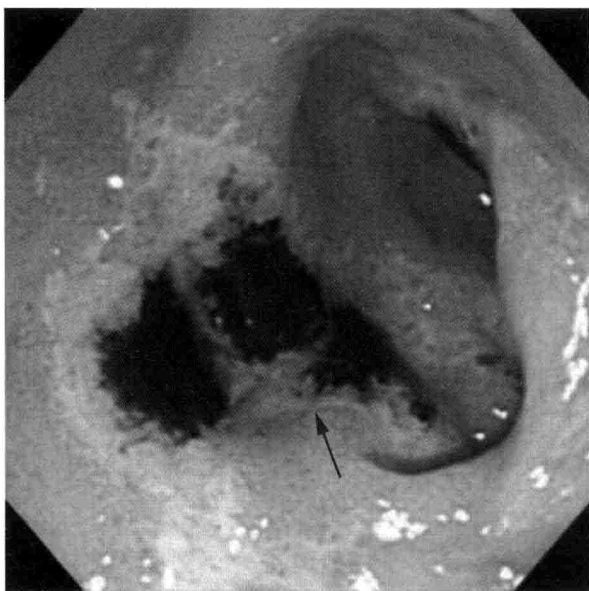


图 1-1 胃镜 箭头示球部溃疡，上覆血痂

 问题 5：导致消化性溃疡的主要原因是什么？导致该患者消化性溃疡的原因有哪些？

 问题 6：你认为目前对于该患者的病情，最重要的治疗是什么？

 问题 7：每日应注意监测该患者哪些指标？

患者入院后予以禁食、补液，并给予静脉应用法莫替丁抑酸治疗后，患者仍间断排黑便，并伴有体温升高，每日体温峰值可达 38.4°C ，发热前无畏寒，伴有咽部不适，无咳嗽、咳痰。查体：体温 38.1°C ，脉搏 100 次/分，呼吸 14 次/分，血压

120/80 mmHg, 心肺查体同前。

进一步辅助检查:

血常规 (2005-09-19): WBC $11.2 \times 10^9/L \uparrow$, NE%72% $\uparrow$, Hb 100 g/L $\downarrow$, MCV 76 fl, PLT $380 \times 10^9/L \uparrow$ 。

生化 (2005-09-19): 急诊八项: BUN: 12 mmol/L $\uparrow$, 余结果均在正常范围内。

 问题 8: 该患者目前治疗中有何不足? 如何更改? 临床使用质子泵抑制剂有无直接止血作用? 质子泵抑制剂用于消化道出血的治疗机制是什么? 其与 H_2 受体阻滞剂相比较有何优点?

 问题 9: 如果该患者经治疗后仍有间断黑便排出, 该如何考虑? 如何处理?

 问题 10: 该患者体温升高应该如何考虑?

 问题 11: 如何分析该患者 BUN 升高?

调整该患者治疗方案, 停用法莫替丁, 改用奥美拉唑 40 mg 静脉点滴 1 日 1 次, 一周后恢复饮食, 未再出现呕血、黑便, 排黄色软便, 体温恢复正常。多次复查便常规隐血阴性。血常规 (2005-09-22): WBC $6.0 \times 10^9/L$, Hb 96 g/L $\downarrow$, MCV 74 fl, PLT $386 \times 10^9/L \uparrow$ 。血常规 (2005-09-26): WBC $5.6 \times 10^9/L$, Hb 94 g/L $\downarrow$, MCV 72 fl, PLT $372 \times 10^9/L \uparrow$ 。

 问题 12: 该患者停止呕血及便血数日, 但血红蛋白较前日略有下降, 生命体征平稳, 该如何分析?

 问题 13: 该患者失血为急性失血还是慢性失血? 是否需要输血?

 问题 14: 该患者是否需要补充铁剂? 如果需要, 如何补充?

患者经静脉补充铁剂后血红蛋白平稳上升, 自觉乏力症状缓解。准备出院。

 问题 15: 该患者能否继续服用阿司匹林? 为什么? 如果该患者继续服用阿司匹林, 该如何预防消化性溃疡的再次发生? 换用氯吡格雷后消化道出血概率能否下降?

 问题 16: 该患者胃镜病理未行活检, 尿素酶实验阴性, 能否确认

该患者没有幽门螺杆菌（Hp）感染？如果不能，该如何检查方能明确患者有无 Hp 感染？

问题 17：消化性溃疡的手术指征是什么？

患者出院一个月后复查胃镜：球部变形，可见瘢痕。病理提示 Hp（+）。

问题 18：Hp 根治的指征是什么？请列出详细治疗方案。

随访：

患者根治 Hp 后未再出现上腹痛，定期监测便隐血均为阴性，Hb 稳定于 120～130 g/L。

病例小结

中年男性，慢性病程，急性加重。初始为上腹痛，饥饿痛，进餐或服用“胃药”可缓解；1 周末（秋季）加重，伴夜间疼痛，有服用非甾体抗炎药（NSAID）病史。近期出现呕血、黑便，1 天前晨起出现恶心，呕吐咖啡样物质，伴心悸、头晕、大汗、乏力。查体面色苍白，睑结膜略苍白，剑突下轻压痛。根据患者临床表现，消化道出血诊断明确，考虑为上消化道出血。化验结果示轻度贫血，WBC 及 PLT 增高，BUN 升高，行胃镜检查示十二指肠球部溃疡形成，中心有血痂，考虑“十二指肠球溃疡伴出血”诊断明确。

消化道出血分为上消化道出血及下消化道出血（以 Treitz 韧带为界），上消化道出血多以黑便或呕血为主要表现。上消化道出血有多种分类方法，临床上常用的分类方法将其分为①上消化道疾病；②门脉高压相关出血；③上消化道邻近组织或器官疾病；④全身性疾病。常见原因有消化性溃疡、急性胃黏膜病变、食管胃底静脉曲张出血、胃癌。消化道大出血是指出血量大，短时间内出血量达 800～1000ml，对患者生命造成巨大威胁的出血。2004 年在美国加州大学统计的导致上消化道大出血的原因中，消化性溃疡占 38%，食管胃底静脉曲张占 16%，食管炎占 13%，不明原因造成者占 8%，上消化道肿瘤占 7%，血管瘤及毛细血管扩张占 6%，Mallory-Weiss 综合征占 4%，化学烧伤占 4%，Dieulafoy 病变占 2%。

本病例结合患者症状，考虑消化性溃疡可能性大，后行胃镜证实患者为十二指肠球溃疡伴出血。消化道出血的诊断思路如下：①消化道出血诊断的确立；②出血严重程度的估计和周围循环状态的判断；③出血是否停止的判断；④鉴别上消化道出血和下消化道出血；⑤消化道出血的病因诊断；⑥预后评估。上消化道出血多表现为呕血、黑便，如失血量大，则出现周围循环衰竭的表现，检查呕吐物或便隐血试验阳性，Hb、RBC、血细胞比容下降，BUN 可升高。对于消化道出血的患者应每日监测

血压及心率（心率变快有时是最早反映再出血的指标），注意有无呕血及黑便再次发生，定期复查血、便常规。首选内镜检查以明确诊断，一般给予禁食、补液、抑酸治疗。使用质子泵抑制剂（PPI）抑酸治疗对于止血非常重要，因为在 pH 值小于 5 的胃液中血凝块会被迅速消化，而应用 PPI 后可以提高胃内 pH 值，PPI 的应用为血小板聚集以及血浆凝血功能所诱导的止血作用提供了必要的条件。

对于食管胃底静脉曲张破裂出血的患者可行内镜下硬化或套扎治疗。如内科积极治疗出血仍不停止，需进行外科手术治疗。

导致消化性溃疡反复发作的重要病因之一是幽门螺杆菌（Hp）感染，消化性溃疡患者的 Hp 检出率显著高于对照组的普通人群，而且大量临床证据表明成功根治 Hp 后溃疡复发率明显下降，用常规抑酸药治疗后溃疡的年复发率为 50%~70%，而根治 Hp 后的消化性溃疡复发率小于 5%。所以消化性溃疡的治疗中重要环节就是检测和根治 Hp。

此外 Hp 感染与胃炎、胃癌、胃 MALT 淋巴瘤等疾病密切相关。目前 Hp 合并下列情况建议根治治疗：①必须治疗的疾病：消化性溃疡、早期胃癌术后、胃 MALT 淋巴瘤、慢性胃炎伴胃黏膜萎缩糜烂。②Hp 伴有下列情况时支持进行根治 Hp 治疗：慢性胃炎伴消化不良症状、计划长期使用 NSAID 药物、胃癌家族史、不明原因缺铁性贫血、特发性血小板减少性紫癜、淋巴细胞性胃炎、胃增生性息肉、肥大性胃炎。此外，需长期使用 PPI 类药物（如反流性食管炎）的患者，伴有 Hp 感染发生萎缩性胃炎的概率增加，所以准备长期使用 PPI 的患者建议首先检查 Hp 感染情况并根治。

目前临床常用检测 Hp 的方法包括 C^{13} 呼气实验、胃镜活检组织进行快速尿素酶检测、胃镜取组织做特殊染色等。 C^{13} 呼气实验为无创、无痛苦检查，价格较胃镜检查低，没有胃镜的风险和并发症。但是，本检查前短期内如果使用抗生素、抑酸药物，则 Hp 的尿素酶活性会受到抑制，从而出现假阴性。同样的道理，胃镜取组织行快速尿素酶检测时在上述情况下也会出现假阴性。所以准备进行胃镜和 C^{13} 呼气实验前 1 个月内应避免使用抑酸药和抗生素。使用抑酸药和抗生素治疗的患者，Hp 的定植部位会向胃体移位，在胃窦取病理检测会出现假阴性。此时需要同时在胃体取病理，检测 Hp。

病例 2——腹痛

病例摘要

患者，女性，43岁，主因“间断腹痛7天，加重16小时”于2006年4月20日收入院。

现病史：患者7天前无明显诱因出现上腹部疼痛，疼痛向腰背部放射，伴有恶心、呕吐，上述症状可自行缓解，未予特殊诊治。16小时前，患者突发上腹部疼痛，疼痛向右侧腰背部放射，伴有恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物，10小时前出现畏寒、发热，体温高达 38°C ，伴心慌，无乏力、头晕。遂就诊于我院急诊，行血常规检查示：Hb 149 g/L，WBC $12 \times 10^9/\text{L}$ 。为进一步诊治收入院。患者自发病以来无腹泻、血便，无反酸、嗝气，无胸痛、胸闷，无咳嗽、咳痰。精神弱，食欲尚可，睡眠差，大便1~2次/天，为成形软便，自觉大便颜色较前变浅，小便色黄。体重近期无明显变化。

既往史、个人史及家族史：既往体健，否认肝炎、结核等传染病史，否认高血压、冠心病、糖尿病、慢性肾病病史。否认食物、药物过敏史。无吸烟、饮酒嗜好。其父体健，其母患有胆囊结石。否认家族肿瘤和遗传病病史。

入院查体：体温 37.9°C ，脉搏95次/分，呼吸22次/分，血压130/60 mmHg。体型肥胖。神清，浅表淋巴结未及肿大，未见肝掌、蜘蛛痣。睑结膜无苍白，巩膜轻度黄染。双肺听诊呼吸音清，未闻及干、湿啰音。心界不大，心率95次/分，心律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平坦，腹软，中上腹及下腹部有广泛压痛，无反跳痛。腹部未触及包块，肝脾肋下未触及。Murphy征阴性，肝区叩痛阳性。移动性浊音阴性。肠鸣音2~5次/分。双下肢无水肿。

 **问题 1：**该病例主要临床特点是什么？

 **问题 2：**目前为止，你认为最可能的诊断是什么？请列出诊断依据及鉴别诊断。

 **问题 3：**该患者应进行何种检查？

辅助检查：

血常规（2006-04-20）：RBC $5.6 \times 10^{12}/\text{L}$ ，Hb 149 g/L，WBC $20 \times 10^9/\text{L} \uparrow$ ，NE%92% $\uparrow$ ，PLT $347 \times 10^9/\text{L} \uparrow$ 。

生化 (2006-04-20): AST 567 U/L ↑, ALT 483 U/L ↑, T-Bil 38 μ mol/L ↑, D-Bil 28 μ mol/L ↑, LDH 1448 U/L ↑, ALB 40 g/L, Urea 6.6 mmol/L, Glu (空腹) 6.4 mmol/L ↑。

血淀粉酶 (2006-04-20): 2966 U/L ↑。

腹部超声 (2006-04-21): 胆囊壁增厚, 可见胆囊结石, 胆总管中段可见结石影; 胰腺弥漫性增大, 以胰头为著, 网膜囊及盆腔内可见积液。

增强 CT 扫描 (2006-04-22): 胆总管末段可见一类圆形高密度影, 边缘光滑, 直径约 0.5 cm, 胆总管未见扩张, 胆总管直径约 0.8 cm。胆囊内可见多枚直径在 0.3~0.8 cm 的类圆形高密度影, 胰腺弥漫性增大, 胰体及胰尾可见局部病灶密度减低, 考虑胰腺坏死, 胰腺周围可见积液 (见图 2-1)。

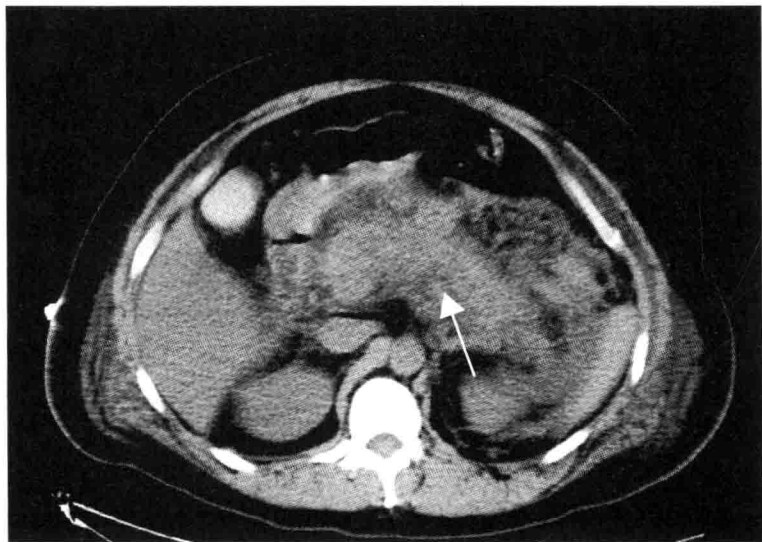


图 2-1 腹部增强 CT 箭头示胰腺弥漫性增大

问题 4: 解释造成患者症状及上述检查结果的机制。

问题 5: 请列出可以导致血淀粉酶水平升高的疾病。

问题 6: 血淀粉酶及脂肪酶升高到何种水平可以辅助诊断胰腺炎? 比较淀粉酶及脂肪酶在诊断急性胰腺炎中的不同价值。

问题 7: 单纯尿淀粉酶升高可否诊断急性胰腺炎? 为什么?

问题 8: 淀粉酶升高的程度是否能够反映胰腺炎的严重程度?

问题 9: 请判断该患者急性胰腺炎的严重程度 (轻型或者重型胰

腺炎)? 请列出 Ranson 诊断标准以及 CT 对于胰腺炎的分级。

 问题 10: 你认为目前对于该患者, 最重要的治疗是什么? 是否需要应用抗生素? 如需要使用, 选择抗生素的主要原则是什么?

根据患者症状、体征及检查结果, 考虑患者为“急性胆源性胰腺炎, 胆总管结石, 胆系感染?”, 给予患者禁食、胃肠减压、补充晶体液、抑酸、镇痛、止吐等治疗。同时给予患者头孢西啶 1 g 每 8 小时一次静脉点滴抗感染治疗。入院后患者体温曾降至 36.5℃, 入院 48 小时患者出现畏寒、寒战, 体温升高至 40.5℃, 伴有轻度嗜睡。复查血常规: WBC $19 \times 10^9/L \uparrow$, NE% 95% $\uparrow$, Hb 120 g/L (下降水平 $> 10\%$), ALB 32 g/L $\downarrow$, T-Bil $98 \mu\text{mol/L} \uparrow$, D-Bil $76 \mu\text{mol/L} \uparrow$ 。血氧饱和度正常, 无酸中毒。胸片提示: 双肺少量胸腔积液。期间排灰白色大便一次。复查 B 超见胆总管末段结石, 直径约 0.5 cm, 胆管扩张, 胆总管直径 1.2 cm。

 问题 11: 请解释该患者 Hb 和 ALB 下降的原因。

 问题 12: 该患者是否需要加用生长抑素? 如何使用?

 问题 13: 本患者此时最可能继发何种疾病? 应该如何治疗?

 问题 14: 如何评价治疗效果? 每日应注意监测该患者哪些指标?

急诊行 ERCP 检查提示: 壶腹部正常, 胰管正常, 胆总管扩张, 胆囊管未闭, 胆囊内可见多发结石。胆总管末段可见一直径 0.5 cm 充盈缺损, 行括约肌切开术, 立即引流出黑色胆汁及直径 0.5 cm 球形结石。胆汁培养出极少混合微生物菌落。术后患者腹痛好转, 术后第二天患者体温下降。

 问题 15: 何为 ERCP 及 EST? 请列举急性胰腺炎治疗中 ERCP 及 EST 的作用及指征。

 问题 16: 请列出急性胰腺炎需外科干预的指征。

ERCP 术后继续给予患者禁食、补液、抗感染治疗一周, 此后患者腹痛症状明显减轻, 体温恢复正常, 无排气, 近一周未排便。查体: 神志清楚, 腹软, 剑突下压痛阳性, 无反跳痛及肌紧张。肠鸣音弱, 1 次/分。

进一步辅助检查:

血常规 (2006-04-30): Hb 136 g/L, WBC $9 \times 10^9/L$, NE% 72% $\uparrow$, PLT $236 \times 10^9/L$ 。

生化 (2006-04-30): AST 40 U/L, ALT 36 U/L, T-Bil $18\mu\text{mol/L}\uparrow$, LDH 418 U/L $\uparrow$, ALB 46 g/L, Urea 6.0 mmol/L, Glu 5.8 mmol/L。

血淀粉酶 (2006-04-30): 615 U/L $\uparrow$ 。

 问题 17: 此时能否给予患者肠内营养? 如果可以, 应该如何进行肠内营养? 肠内营养有什么优越之处?

 问题 18: 该患者恢复饮食时摄入的不同种类食物应按照什么顺序逐渐恢复?

 问题 19: 肠鸣音恢复是否是决定能否进行肠内营养的决定因素?

 问题 20: 请列举急性胰腺炎的并发症。

经肠内营养支持治疗一周后, 该患者康复出院, 患者择期行胆囊摘除术。术后定期监测腹部 B 超。此后患者腹痛未复发。

病例小结

中年女性, 急性病程。入院前 16 小时突发上腹痛, 伴右腰背部放射痛及恶心、呕吐, 查体巩膜轻度黄染, 中上腹及下腹部广泛压痛, 化验检查示 WBC 及 NE% 增高, AST、ALT、T-Bil 及 LDH 增高, 血淀粉酶增高 $>$ 正常 3 倍以上, 腹部超声及腹部 CT 均提示胆囊结石, 胆总管结石, 胰腺出血坏死。考虑“急性胆源性胰腺炎, 胆总管结石”。给予患者禁食、补液、止痛、抗感染等治疗, 症状无缓解; 48 小时后患者 Hb 及 ALB 下降, 体温升高, 考虑“重型急性胰腺炎”, 即行 ERCP, 行括约肌切开取石术, 术后患者症状缓解, 体温降至正常, 临床痊愈, 择期摘除胆囊。

急性胰腺炎是由于胰腺分泌的胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺及胰周围组织自我消化的急性化学性炎症, 分为急性轻型胰腺炎和重型胰腺炎。我国多由胆石症引起, 部分为饮酒所致, 临床以急性上腹痛、恶心、呕吐、发热、血和尿淀粉酶增高为特点。实验室检查可发现: 1. 白细胞增多及中性粒细胞核左移。2. 血淀粉酶在起病后 6~12 小时开始升高, 48 小时开始下降, 持续 3~5 天。血清淀粉酶升高常超过正常值 3 倍。淀粉酶的高低不一定反映病情轻重, 尿淀粉酶升高较晚, 在发病后 12~14 小时开始升高, 下降缓慢, 持续 1~2 周。3. 血清脂肪酶常在起病后 24~72 小时开始上升, 持续 7~10 天, 对病后就诊较晚的急性胰腺炎患者有诊断价值, 且特异性也较高。影像学检查方面, 腹部 B 超及 CT 对急性胰腺炎的诊断和鉴别诊断、评估严重程度, 特别是对鉴别轻型和重型胰腺炎, 以及附近器官是否受累方面具有重要价值。Ranson 于 1974 年提出预测急性胰腺炎严重程度的指标 11 项: 1. 入院时: ①年龄 $>$ 55 岁; ②白细胞数 $>$ $16\times 10^9/\text{L}$; ③血糖 $>$ 11.2 mmol/L; ④LDH $>$ 350 U/L; ⑤AST $>$ 250 U/L; 2. 入院 48 小时: ①血细胞比容下降 $>$ 10%; ②肌酐升高 $>$ 1.79 mmol/L; ③血清

钙 $<2\text{ mmol/L}$ ；④动脉血 $\text{PO}_2<8\text{ kPa}$ ；⑤碱缺乏 $>4\text{ mmol/L}$ ；⑥估计体液丢失 $>6000\text{ ml}$ 。Ranson 标准中有 ≥ 3 项考虑重型急性胰腺炎，预后较差。大多数急性胰腺炎属于轻型急性胰腺炎，经禁食、补液、抑酸、止痛等治疗后3~5天即可好转。重型胰腺炎必须采取综合措施，维持水、电解质平衡，给予营养支持，常规使用抗生素，并应用生长抑素抑制胰液分泌。ERCP适用于胆源性胰腺炎合并胆道梗阻或胆道感染者，行Oddi括约肌切开术或放置鼻胆管引流可大大缓解病情。

轻型胰腺炎3~5天即可缓解，并不需要营养支持，但重型胰腺炎病情重、消耗大、禁食时间长，建议进行营养支持，目前营养支持主要包括肠内营养支持和肠外营养支持。前者在维持免疫应答和肠道完整性、减少细菌和内毒素移位方面效果更佳。胰腺炎患者进行肠内营养的途径公认为空肠为佳，因为空肠给予营养可以有效避免头相、胃相和十二指肠相的胰腺外分泌刺激，减少胰腺的外分泌，有利于控制病情、早期修复。经空肠进行营养支持主要有三种方法：鼻空肠置管、经鼻内镜空肠造瘘、手术空肠造瘘，由于内镜操作即可完成，创伤小，故临床常选择经鼻空肠置管完成重型胰腺炎的肠内营养治疗。

病例 3——腹胀、呕血

病例摘要

患者，男性，50岁，主因“腹胀一个月余，呕血4天”于2007年12月17日收入院。

现病史：患者一个月余前无明显诱因出现腹胀，餐后明显，伴有乏力、食欲减退，无其他不适，未予特殊诊治。4天前患者饮酒后出现腹胀、恶心，呕暗红色血液20ml，就诊于我院急诊，再次呕鲜血约1L，并排暗红色便3次，量不详。予以补液、醋酸奥曲肽注射液（善宁）及质子泵抑制剂抑酸治疗，此后患者未再出现呕血及便血症状。今为进一步诊治收入院。患者自发病以来，偶有刷牙出血，无发热、反酸、嗝气，无腹痛、腹泻，无晕厥，无胸痛、胸闷，无咳嗽、咳痰。精神弱，食欲、睡眠尚可，二便如上所述。近一个月体重增加约5kg。

既往史、个人史及家族史：患者5年前体检诊断为“脂肪肝”，自述肝功能异常（具体不详），未诊治。1年前患者曾出现恶心、大汗、焦躁，伴肌震颤，诊断为“酒精戒断综合征”。9天前患者因饮酒后摔伤膝盖，自服“布洛芬”。否认肝炎、结核等传染病史，否认高血压、冠心病、糖尿病、慢性肾病病史。否认食物、药物过敏史。无化学物质、毒物等接触史。饮酒10余年，约每天4瓶啤酒；吸烟20余年，每天20支。其父因车祸去世，其母体健。否认家族肿瘤和遗传病病史。

入院查体：体温37.6℃，脉搏90次/分，呼吸28次/分，血压90/60mmHg。神清，精神差，淡漠，对答切题，时间、空间、地点定向力正常，查体合作。面色苍白，贫血貌，皮肤轻度黄染。浅表淋巴结未及肿大。无肝掌，面部及颈部可见蜘蛛痣。睑结膜苍白，巩膜黄染。双肺听诊呼吸音清，未闻及干、湿啰音。心界不大，心率95次/分，心律齐，心尖部可闻及轻微收缩期杂音，余各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹部膨隆，未见明显腹壁静脉曲张，腹部张力高，无压痛、反跳痛及肌紧张。肝肋下可及2~3cm，肝缘不规则，有触痛，质硬，脾于左侧肋缘下可及6cm，质软，无触痛。移动性浊音阳性，肠鸣音弱。双下肢有轻度可凹性水肿。

 **问题 1：**该病例主要临床特点是什么？

 **问题 2：**你认为该患者最可能的诊断是什么？请进行诊断及鉴别诊断。

 **问题 3：**该患者应该进行何种检查？