

# 消化系统-I

## 食管、胃、十二指肠疾病

### 一、胃食管反流病（GERD）

(一) 主要病因病机

1. 食管下括约肌松弛、张力降低（激素类、食物类、药物类）
2. 与胃酸高低无关

(二) 临床表现

1. 典型表现：反酸、烧心，胸骨后疼痛（秒杀 CERD）
2. 非典型：吞咽困难或咽部异物感。

(三) 并发症

1. 上消化道出血；2. 食管狭窄；Barrett 食管：食管腺癌发病基础。

(四) 辅助检查

1. 食管镜、胃镜检查→首选检查，最准确
2. 24 小时食管 pH 值监测→pH 值<4 为酸反流指标。

(五) 诊断：表现+辅助检查

(六) 治疗

1. 药物治疗：抑酸药（首选 PPI--奥美拉唑）、促胃动力药
2. 手术治疗：胃折叠术。

### 二、食管癌

(一) 病因、病理

1. 主要高危因素：亚硝胺类化合物或真菌毒素。
2. 高发部位：中段居多
3. 组织类型：鳞癌多见；
4. 病理分期

(1) 早期食管癌：粘膜层/下浅层+无转移

①充血型/隐伏型（原位癌）②糜烂型③斑块型（最多见）④乳头型



(2) 中晚期食管癌：**肌层或者有远处转移**

①**髓质型（恶性程度最高）** ②**覃伞型** ③**溃疡型**； ④**缩窄型（引起梗阻）**

5. 扩散和转移

①**淋巴转移：主要方式，首先：黏膜下；晚期：左锁骨上淋巴结**

②**血行转移：晚期常血行转移至肝、其次肺、骨、肾等处。**

(二) 临床表现

1. 早期表现：**进食哽噎**

2. 晚期表现：**进行性吞咽困难（典型）**

(三) 辅助检查

1. **首选：消化内镜。**

2. **确诊：消化内镜+活检。**

3. X线稀钡双重造影：影像学检查的首选。

4. 食管黏膜脱落细胞检查（拉网）食管癌**普查首选**。

(四) 诊断与鉴别诊断

1. 诊断

①**早期：进食哽噎+内镜+活检/X线食管粘膜增粗、迂曲、中断。**

②**晚期：进行性吞咽困难+内镜+活检/X线食管管腔狭窄、管壁僵硬。**

2. 鉴别诊断

a) **食管贲门失弛缓症**：女性+X线：**鸟嘴征**

(五) 治疗

1. 早期食管癌：**首选内镜下切除，达到根治效果。**

2. 中晚期食管癌

①**上段：首选放疗（最佳：根治手术）**

②**中下段首选根治手术。**

3. 有远处转移的或者重要器官衰竭和一般情况差的首选**放疗**。

## 三、急性胃炎

(一) 病因、病机

1. 病因：**烧烫伤、颅脑病变**、手术、外伤、感染、药物、饮酒、中毒等

## (二) 临床表现

典型表现：呕血、黑便，严重者可失血性休克

严重烧伤所致的急性胃粘膜病变称 Curling 溃疡。

颅内病变所致的急性胃粘膜病变称 Cushing 溃疡。

## (三) 辅助检查

首选检查：急诊胃镜（出血停止后 24-48h 内）

## (四) 治疗原则

1. 首选：静脉点滴质子泵抑制剂，次选 H2 受体阻断剂。
2. 保护胃黏膜：多潘立酮、西沙必利、莫沙必利等。
3. 止血

## 四、慢性胃炎

### (一) 慢性表浅性（肥厚性、非萎缩性）胃炎

1. 多为 HP 感染；
2. 可发展为慢性萎缩性胃炎；
3. 胃黏膜红白相间以红为主

### (二) 慢性萎缩性胃炎

#### 1. 病因病机

- (1) A 型：自身免疫因素
- (2) B 型：幽门螺杆菌（HP）感染--主要病因

#### 2. 临床分型及鉴别诊断

分类	A 型 (自身免疫性胃炎/慢性胃体炎)	B 型 (慢性萎缩性胃炎/慢性胃窦炎)
病变部位	<u>胃底和胃体</u>	胃窦(幽门部)
病因	自身免疫反应	<u>幽门螺旋杆菌(HP)感染</u>
临床表现	<u>有贫血、胃酸↓</u>	<u>无贫血、无胃酸缺乏</u>
辅助检查	<u>抗壁细胞抗体 (+)</u> <u>抗内因子抗体 (+)</u>	<u>抗壁细胞抗体 (-)</u> <u>抗内因子抗体 (-)</u>

#### 3. 辅助检查

- (1) 首选检查--胃镜：胃粘膜红白相间以白为主，胃粘膜变白（薄），皱

襞稀疏，黏膜下血管透见。

- (2) 确诊检查--胃镜+活组织检查

- ①活检：**重度异型增生**（提示**癌前病变**）→**内镜下切除**。
- ②活检：胃粘膜**中性粒细胞增多**：**慢性胃炎**活动的标志。
- (3) 常规检查：

- Hp 检测：诊断感染**金标准**。
- 首选 C13、C14 尿素呼气试验（侵入法）

#### 4. 治疗原则

- (1) 根除 Hp 治疗（HP 阳性者首选）

**一种质子泵抑制剂+两种抗生素+一种胶体铋剂。**

- (2) 对症处理

**①抑制胃酸分泌：奥美拉唑；**②促胃动力药；③保护胃黏膜

## 五、功能性消化不良

### (一) 临床特点

**症状重、体征轻、辅助检查无异常，易受食物和精神因素影响。**

### (二) 诊断标准

1. 上腹痛、上腹**灼热感**、餐后**饱胀**、早饱持续或反复发作病程**超过半年**，**近 3 个月来症状持续**。

2. 上述症状排便后不能缓解（**排除肠易激综合征**所致）。

3. 排除可解释症状的器质性疾病，不少患者可有**饮食、精神**等诱发因素。

### (三) 治疗

#### 1. 一般治疗

2. 对症处理：包括抑酸药、促胃肠动力药、根除 Hp 治疗。
3. 心理治疗：必要时给予镇静药。

## 六、消化性溃疡

### (一) 病因、病机

#### 1. 病因

- ①主要病因是**幽门螺杆菌（HP）**感染（占 90%以上），
- ②其次是非甾体抗炎药（NSAID）等。

2. 发病机制：胃酸--胃蛋白酶自身消化

## (二) 病变部位

1. 胃溃疡 (GU) : 胃小弯
2. 十二指肠溃疡 (Du) : 球部前壁

## (三) 临床表现: 慢性、周期性、季节性、规律性腹部疼痛

1. 胃溃疡: 腹痛: 餐后 1h (进食—腹痛—缓解)
2. 十二指肠溃疡: 腹痛: 餐前和午夜 (腹痛—进食—缓解)

## (四) 并发症

上消化道大出血; 穿孔; 幽门梗阻; 癌变

## (五) 辅助检查

1. 首选检查--胃镜 (穿孔者禁忌胃镜)
2. 确诊检查--胃镜+活组织检查。
3. 常规检查--幽门螺杆菌检测: 是诊断 Hp 感染的"金标准"  
血清抗 HP 抗体检测 (现在进行时/现在完成时—阳性不能确诊)
4. X 线钡餐检查--"龛影"系直接征象 (可确诊)

## (六) 内科治疗: 同慢性胃炎

## (七) 外科手术治疗

1. 手术的目的: 减少或阻断胃酸分泌
2. 术式选择
  - (1) 胃大部切除术: 溃疡穿孔的根治手术 (最佳治疗)

### a) 胃溃疡首选毕 I 式

### b) 十二指肠溃疡首选毕 II 式

## 3. 术后早期并发症

- (1) 术后内出血:
- (2) 十二指肠残端破裂
- (3) 胃肠吻合口破裂或瘘
- (4) 术后胃瘫
- (5) 术后梗阻: 分为以下三种情形

### 1) 输入段梗阻: 多见于 B2 式 术后

#### A. 急性完全性梗阻

①呕吐**频繁量少**；②呕吐物**不含胆汁**；③呕吐后症状**不缓解**。

#### B.慢性不完全性梗阻

①呕吐**量大**；②呕吐物**含大量胆汁**；③吐后症状**立即消失**。

#### 2) 输出段梗阻

①呕吐物=**胆汁+胃内容物（两种都有）**；②吐后症状**缓解**。

#### 3) 吻合口梗阻

①呕吐物**含食物**；②**不含胆汁**；③呕吐后症状**缓解**。

#### 4. 术后晚期并发症

(1) 碱性反流性胃炎

(2) 倾倒综合征

✕ 早期：饭后 **20-30 分** 发生为“早倾”原因是**低血压**；

✕ 晚期：饭后 **2-4 小时** 发生为“晚倾”原因是**低血糖**。

(3) 迷走 N 切断术后腹泻

(4) 溃疡复发

(5) 营养并发症（贫血）

(6) 残胃癌（5 年以上）

## 七、胃癌

### (一) 病理

1. 高发部位：**胃窦（58%）**

2. 组织类型：以**腺癌**最多见，印戒细胞癌恶性程度最高。

#### 3. 病理分期

①早期胃癌：病灶仅**限于黏膜或黏膜下层**，不论病灶大小或有无转移。

✕ **微小胃癌**：胃癌直径 < 5mm

✕ **小胃癌**：小于 10mm

②进展期胃癌：浸润深度超过黏膜下层。

✕ 中期：已**侵入肌层者**

✕ **晚期**：侵及**浆膜或浆膜外者**

4. TNM 分期：首选的检查是**增强 CT**

## 5. 转移与扩散

### ①直接浸润

②淋巴转移：是主要转移途径，晚期经胸导管转移至左锁骨上淋巴结，称为Virchow 淋巴结。

③血行转移：最常转移：肝脏。

④种植转移：女性胃癌脱落种植转移至卵巢，称为Krukenberg 瘤。

## (二) 临床表现

### 1. 晚期

①癌肿本身的表现：上腹部疼痛、肿块

②转移和压迫症状

③全身症状：消瘦、体重减轻

## (三) 辅助检查与诊断

1. 首选检查：胃镜。

2. 确诊检查：胃镜+活检（应在可疑病变组织四周活检 4~6 处）

### 3. X 线钡餐

①溃疡型→龛影

②膨胀型→充盈缺损

③浸润型→胃壁僵硬失去蠕动

4. CT 检查：增强 CT 是胃癌分期的首选检查

5. 大便潜血试验：普查首选

## (四) 治疗

### 1. 手术治疗

(1) 早期胃癌：内镜下病灶切除

(2) 中晚期胃癌

①根治性手术（胃癌治疗的主要手段）

②姑息性手术：

2. 化疗：进展期胃癌根治术均需化疗，首选 FAM 方案。

# 肝脏疾病

## 一、肝硬化

### (一) 常见病因

乙型或丙型病毒性肝炎、酒精中毒、血吸虫病等

### (二) 病理特征

假小叶形成（秒杀词）。

### (三) 肝硬化失代偿期临床表现

肝功 能减 退	①胆汁分泌↓	食欲不振、恶心、厌油、腹泻、黄疸
	②凝血因子合成↓	出血倾向和贫血
	③蛋白质合成↓	白蛋白↓、球蛋白↑→白球比例倒置
	④解毒功能↓	代谢产物积聚→血氨升高→肝性脑病
	⑤激素灭活障碍	雌激素及醛固酮积聚增多→ <u>肝掌、蜘蛛痣</u>
门脉 高压	①侧支循环建立开放	<u>食管与胃底V</u> （直肠V丛/腹壁浅V） <u>曲张</u>
	②脾肿大	脾功能亢进→全血细胞减少
	③腹水	肝功减退和门脉高压 <u>共同结果</u> ，肝硬化的 <u>突出表现</u>

### (四) 辅助检查

#### 1. 肝细胞坏死阶段的检查

①谷丙转氨酶（ALT）↑、谷草转氨酶（AST）↑

②血清白蛋白↓/球蛋白↑，A/G倒置。肝功判断最有意义的检查

#### 2. 肝纤维化阶段的检查

血清Ⅲ型前胶原氨基末端肽（PⅢP）、Ⅳ型胶原、透明质酸、层粘连蛋白均升高。

穿了三（Ⅲ型前胶原氨基末端肽）四（Ⅳ型胶原）层（层粘连蛋白）还透明（透明质酸）

#### 3. 特异性检查

①肝脏穿刺活检→假小叶形成（可确诊：金标准）

②胃镜→可直接确定食管及胃底有无静脉曲张（可确诊：银标准）



③X钡餐线造影→食管及胃底曲张，呈虫蚀样或蚯蚓状或串珠状充盈缺损及纵行粘膜皱襞增宽（可确诊：**铜标准**）。

### (五) 常见并发症

1. 上消化道大出血：**最常见**并发症
2. 肝性脑病：①**最严重**并发症；②常见死因
3. 自发性细菌性腹膜炎（属于原发性腹膜炎）
4. 原发性肝癌
5. 肝肾综合征
6. 肝肺综合征

### (六) 治疗

1. 保肝治疗
2. 腹水的治疗

①限盐、限水；②利尿：首选**螺内酯**；③输注白蛋白，提高血浆渗透压；④放腹水；⑤**腹水浓缩回输（并发自发性腹膜炎时禁用）**

## 二、门脉高压症

1. 常见的病因：肝硬化、酒精中毒、血吸虫病
2. 门脉高压对机体的最大危害：**曲张静脉破裂出血**
3. 辅助检查
  - ①胃镜：食管胃底静脉曲张
  - ②X线钡餐检查：食管下段粘膜呈蚯蚓样、串珠样或虫蚀样充盈缺损
4. 治疗
  - ①治疗的目的：防止大出血
  - ②手术：首选**脾切除**+贲门周围血管断离术（冠、短、后、膈）

## 三、肝性脑病（HF）

### (一) 病因、病机

1. 主要病因：重症肝炎或肝炎后肝硬化、酒精性肝硬化等。
2. **常见诱因：上消化道出血等。**
  - 上消化道出血：**肠道细菌分解血浆蛋白产氨增多**

➤ 大量排钾利尿：易致低血钾→碱中毒→氨生成增多

➤ 高蛋白饮食：氨生成增多

3. 发病机制：血氨（NH<sub>3</sub>）增高→干扰大脑的能量代谢。

## (二) 临床表现

1. 代偿期（0期）：心理测试异常、智力减退，如数字连接试验障碍

2. 失代偿期

一期（前驱期）：轻微性格行为改变+扑翼样震颤+脑电图正常。

二期（昏迷前期）：意识错乱+睡眠障碍+扑翼样震颤+脑电图异常。

三期（昏睡期）：意识错乱+昏睡+扑翼样震颤+脑电图异常。

四期（昏迷期）：意识丧失+昏迷+脑电图异常，扑翼样震颤无法引出。

## (三) 辅助检查

1. 血氨增高（正常 6~35umol/L）

2. 脑电图 δ 波变慢（正常 8~12 次/秒）

3. 心理测试异常：用于肝性脑病的诊断和轻微肝性脑病的筛选。

## (四) 治疗及预防

1. 减少血氨来源

①短期禁食蛋白质，好转后逐渐给少量植物蛋白。

②清理肠道积血→酸性液灌肠（禁用肥皂水灌肠）、硫酸镁导泻。

③抑制肠道细菌生长→口服利福昔明或新霉素或甲硝唑

④酸化肠道→口服乳果糖

2. 增加氨的去路→应用降血氨药物：L 精氨酸-门冬氨酸、支链氨基酸、谷氨酸钾、谷氨酸钠等。

3. 肝性脑病“四禁”

①禁食蛋白质 ②禁用肥皂水灌肠 ③禁用维生素 B6 ④禁用镇静安眠药

## 四、肝脓肿

### (一) 病因病机

1. 病因：胆道疾病

2. 致病菌：大肠杆菌和金葡菌，多为厌氧与需氧菌混合感染。

3. 侵入途径：沿胆道系统上行感染

(二) 临床表现

1. 突发寒颤、高热

2. 肝大、肝区疼痛，压痛、叩击痛。

(三) 辅助检查

1. 首选→B超

2. 最可靠的检查→（B超引导下）诊断性穿刺，抽出脓液可证实本病。

3. X线检查：可见肝脏阴影增大及右膈肌抬高和活动受限；

4. 血象 WBC 升高，N%升高

(四) 鉴别诊断

阿米巴肝脓肿：可找到滋养体，脓液棕褐无臭，抗阿米巴有效。

(五) 治疗要点

1. 主要治疗：早期大量应用广谱抗生素，疗程宜长。

2. 在 B 超引导下置管引流并冲洗：适用于单个较大脓肿。

3. 切开引流：适用于较大脓肿

4. 肝叶切除：多发细菌性肝脓肿，不适于手术者

## 五、原发性肝癌

(一) 病理

1. 高危因素：黄曲霉毒素

2. 病理分型

①根据起源：肝细胞型（常见）、胆管细胞型、混合型。

②根据大小：

微小肝癌（≤2cm）小肝癌（2~5cm）大肝癌（5~10cm）巨大肝癌（>10cm）

3. 转移与扩散

(1) 淋巴转移→最常转移至肝门淋巴结。

(2) 血性转移

➤肝内血性转移最早最常见；肝外血性转移最常转移至肺。

(二) 临床表现：肝功↓+进行性肝肿大+肝区疼痛+黄疸。

### (三) 辅助检查

1. **筛查首选检查：B超**，可显示直径 2cm 以上的肿瘤。
2. **特异检查：首选 AFP 测定**（最具特异性，普查首选）  
①AFP > 400ug/L 持续 4 周以上；②AFP > 200ug/L 持续 8 周以上；
3. **最可靠的确诊检查：是肝穿刺活检（金标准）**
4. 判断肿瘤有无腹腔和远处转移首选**增强 CT**。

### (四) 诊断标准

1. 组织学标准：**肝穿刺活检**找到癌细胞是最诊断原发性的肝癌金标准。
2. 影像学标准：**两种影像学检查均显示有>2cm 的肝癌特征性占位病变**
3. 结合标准：**一种影像学检查显示有>2cm 的肝癌特征性占位性病变+AFP ≥ 400ug/L**（排除妊娠、生殖系胚胎瘤，活动性肝炎等）。

### (五) 治疗原则

1. 手术治疗：肝移植或部分肝切除；
2. 肝动脉栓塞化疗

## 胆道疾病

### 一、胆道解剖

#### Oddi 括约肌

- ✎ 作用是控制和调节胆汁、胰液排放，防止十二指肠内容物反流。
- ✎ 吗啡有致 Oddi 括约肌痉挛收缩的作用。故**胆绞痛镇痛禁用吗啡**。

#### 胆道疾病考点汇总

1. 病因：**结石**，常见诱因：**暴饮暴食、饮酒/脂肪餐**
2. 主要临床表现是：**胆绞痛**  
①阵发性加剧的右上腹疼痛；②向右肩背部放射
3. 首选检查：**B超**
4. 最佳治疗是**手术**  
**胆囊**结石/胆囊炎→胆囊切除；**胆管**结石/胆管炎→胆管切开减压+T管引流
5. **Murphy 征阳性**：表示病变在胆囊---见于**急性胆囊炎**
6. **Charcot 三联症**：病变在**肝外胆管**---见于**肝外胆管结石、急性胆管炎**

7. **Reynolds 五联征**：见于**急性梗阻性化脓性胆管炎**
8. **库瓦济埃征**阳性：首先：**胰头癌**，其次**胆总管下段癌、壶腹周围癌**

## 二、胆囊结石

### (一) 诊断

胆囊结石=暴饮暴食/饮酒后发作+突发右上腹阵发性疼痛、向右肩背部放射+病人无发热、无黄疸+B超见胆囊内**强回声团后伴声影**。

### (二) 胆囊结石的治疗

1. 非手术治疗：**无症状且直径<2cm**或**儿童胆囊结石**原则上**不手术**，随诊。
2. 手术治疗：以下两种情况需手术治疗
  - (1) **有症状和（或）有并发症的胆囊结石，首选腹腔镜胆囊切除治疗。**
  - (2) **虽无症状但合并下列情况之一者，也应手术治疗：**
    - ①结石直径 $\geq 2\sim 3\text{cm}$ 或数量多；
    - ②胆囊壁钙化或瓷性胆囊
    - ③伴有胆囊息肉 $\geq 1\text{cm}$ 者；
    - ④胆囊壁增厚 $>3\text{mm}$ 者，伴有慢性胆囊炎。
3. 胆囊切除+胆总管探查术

## 三、急性胆囊炎

(一) 病因：胆囊结石

(二) “秒杀词”：**Murphy 征阳性**

(三) 并发症：①胆囊穿孔（最严重）②胆源性肝脓肿或膈下脓肿。

## 四、肝外胆管结石

“秒杀词”：**Charcot 三联症阳性**→腹痛+寒战高热+黄疸

## 五、急性梗阻性化脓性胆管炎

(一) 常见病因：肝外胆管结石

(二) 致病菌：**大肠杆菌**等革兰阴性杆菌以及厌氧菌。

(三) 临床表现与诊断

1. **轻症“秒杀词”**：**夏科三联症阳性：腹痛、发热、黄疸**（痛性波动性）
2. **重症“秒杀词”**：**雷诺五联征阳性**：Charcot 三联症+休克+意识障碍。

(四) 治疗原则

1. 紧急手术：胆总管切开减压+T管引流；2.胆肠吻合术

## 六、胆管癌

1. 典型特征：进行加重的波动性梗阻性黄疸。
2. 上段胆管癌黄疸+胆囊无肿大。
3. 下段胆管癌黄疸+库瓦济埃征 (+)。

# 胰腺疾病

## 一、急性胰腺炎

### (一) 病因诱因

1. 主要病因：胆道疾病（胆石症）
2. 常见诱因：暴饮暴食或大量饮酒

### (二) 发病机制：

胰液对胰腺组织自身消化→胰腺炎。

### (三) 临床表现

1. 急性间质水肿型胰腺炎→上腹部疼痛

①向腰背部呈带状放射；②弯腰屈膝侧卧位；③呕吐后腹痛不减轻。

2. 重症急性胰腺炎除上述表现外，另有以下表现：

①皮肤青紫斑：腰肋部和下腹部：称 Grey-Turnet 征；脐周：称 Cullen 征

②腹膜刺激征；③低血压或休克；④可有移动性浊音，腹水淀粉酶明显↑

### (四) 辅助检查

1. B超：筛查首选---对后期并发症检查有意义

2. 淀粉酶：特异性检查首选

(1) 血淀粉酶：病后 2-12h↑，24h 达高峰，持续 3-5d，500u dl 可确诊

(水平高低与病情不成比例)

(2) 尿淀粉酶：病后 12-24 升高，持续 1-2 周

(3) 腹水淀粉酶：诊断重症最可靠检查

3. 血清脂肪酶：病后病后 24h 升高，持续 7-10d，对就诊较晚者有价值

4. **血糖：空腹** > 10mmol/l

5. **血钙**： < 2.0

反映胰腺坏死，提示预后不良

6. **增强 CT**：判断胰腺坏死程度首选

7. **腹部平片**：**哨兵袢、结肠切割征**是间接诊断胰腺炎指征。

#### (五) 诊断与鉴别诊断

1. **普通型急性胰腺炎（单纯型）**=胆道病史+暴饮暴食/饮酒+骤发持续剧烈上腹痛+向腰背部放射、弯腰抱膝位、呕吐后腹痛不缓解+血淀粉酶升高。

2. **重症急性胰腺炎（出血坏死型）**=普通胰腺炎表现+腹壁/脐周皮肤青紫斑+腹膜刺激征/休克+低 Ca、高糖/腹穿液淀粉酶可升高。

#### (六) 常见并发症

##### 1. 局部并发症

①**胰腺脓肿**：重症胰腺炎**后 2~3 周**，高热、腹痛、上腹肿块和中毒症状。

②**假性囊肿**：发生于**病后 3~4 周**，上腹部包块，无发热。

##### 2. 全身并发症

①多器官功能衰竭（MoF）②消化道出血（急性胃黏膜糜烂所致）

③胰性脑病；④继发感染；⑤暂时性高血糖；⑥慢性胰腺炎

#### (七) 急性胰腺炎的治疗

##### 1. 内科治疗

①**禁食、胃肠减压**；

②减少胰液分泌：首选**生长抑素、奥曲肽**，次选：**奥美拉唑**

③**抗生素**：**喹诺酮类（轻型—不是必须）或亚胺培南（重型—必须）**。

④补液、防治休克；⑤**镇痛解痉**：常用山莨菪碱、阿托品等，**禁用吗啡**。

##### 2. 外科治疗

①**坏死组织清除+引流术**；②内镜下 Oddi 括约肌切开术

## 二、胰腺癌

1. 高发部位胰头部，**腺癌多见，与吸烟有关**，淋巴转移和癌浸润为主

2. 晚期三大症状--**腹痛（首发）+黄疸（主要症状）+消瘦乏力**

3. 特殊体征--**Courvoisier（库瓦济埃）征**。

4. 辅助检查
  - ① 首选 **B 超**
  - ② 判断肿瘤切除可能性的首选检查是 **增强 CT**
  - ③ **金标准：穿刺活检**
  - ④ 糖抗原 **(CA19-9) 增高：可用于胰腺癌、胆管癌手术效果判断和预测复发。**
5. 手术治疗：首选 **胰头十二指肠切除术**（Whipple 手术）。

## 肠道疾病

### 一、克罗恩病

- (一) 病变部位：**回肠末端**
- (二) 临床表现
  1. 肠道表现
    - ① **腹痛（最常见）：进餐→腹痛→排便→缓解**，多位于右下腹或脐周。
    - ② **腹泻**：多为糊状，**一般无脓血和黏液**。
    - ③ 腹部包块：右下腹或脐周，固定腹块：有粘连，多有内瘘形成。
  2. 肠外表现：**口腔溃疡**，皮肤结节性红斑，关节炎及眼病。
  3. 病情分度：主要依据每日腹泻次数
    - ① 轻度 < 4 次/日；
    - ② 中度 4-6 次/日；
    - ③ 重度 > 6 次/日。
- (三) 并发症
  1. **肠梗阻**（肠腔狭窄）
  2. **瘘管形成**：肛周脓肿、肛裂、肛瘘等是克罗恩病的特征性表现。  
**反复发作的腹痛腹泻+肛瘘形成→克罗恩临床秒杀词**
- (四) 辅助检查
  1. 首选检查：结肠镜
    - ① **纵行溃疡**；
    - ② **鹅卵石征(铺路石样)**；
    - ③ **节段性分布**
  2. 确诊检查：**结肠镜+活检---非干酪性肉芽肿。**
  3. X 线钡剂灌肠：所见同结肠镜检查。
- (五) 治疗原则
  1. 氨基水杨酸制剂 **(柳氮磺吡啶、美沙拉嗪)**：



- ①轻、中度患者
- ②缓解期治疗（维持缓解治疗用药时间 3 年以上）。
- 2. **糖皮质激素**：适用于各型中～重度患者和爆发性患者。
- 3. 激素无效或依赖，给予**免疫抑制剂**（硫唑嘌呤、甲氨蝶呤等）；
- 4. 生物制剂：单克隆抗体如**英夫利昔单抗**、阿达木单抗、维多珠单抗等

## 二、溃疡性结肠炎（UC）

- (一) 病因病机：高发年龄为 15-30 岁，病因病机不明。
- (二) 病变部位：**直肠、乙状结肠**。始于直肠，**逆行**累及全结肠及末段回肠。
- (三) 临床表现
  - 1. 消化系统表现
    - ①**反复发作的腹痛、腹泻+黏液脓血便，抗生素治疗无效。**
    - ②腹痛一便意一便后缓解，**腹痛位于左下腹，可伴里急后重。**
  - 2. 全身表现（中、重型）：**发热、消瘦、贫血、低蛋白血症**、水电紊乱。
  - 3. 肠外表现：外周**关节炎，皮肤结节性红斑**等。
  - 4. 病情分度

分度	腹泻次数	临床表现	辅助检查
轻度	<b>&lt;4 次/日</b>	无发热, 便血(±), 贫血(±)	沉正常
中度	<b>4-6 次/日</b>	介于轻度与重度之间	
重度	<b>&gt;6 次/日</b>	<b>明显黏液脓血便</b> T>37.5℃、P>90 次/分	Hb<100g/L 血沉> 30mm/h

- (四) 并发症
  - 1. 常见并发症：**中毒性巨结肠**，多发生于横结肠
    - ①常见诱因低钾、钡剂灌肠等；②诊断：溃结+发热、腹胀、腹部膨隆。
  - 2. 其他并发症：肠穿孔、下消化道出血、直肠结肠癌变等。
- (五) 辅助检查
  - 1. 首选检查：结肠镜
    - ①**多发性浅溃疡（仅累及粘膜及粘膜下层）** ②**颗粒状**；③**弥漫性连续分布**
  - 2. 确诊检查：结肠镜+活检

3. X线钡剂灌肠：结肠扩张、结肠袋消失，肠壁变硬，缩短，呈铅管状。

注意：重型或暴发型不宜钡剂灌肠--肠穿孔。

#### 4. 实验室检查

[1]血液检查：①WBC↑Hb↓；②血沉↑、C-反应蛋白↑（表示活动期）。

[2]粪便检查：①可见红细胞、脓（白）细胞；②大便细菌培养阴性。

#### (六) 治疗

1. 氨基水杨酸制剂（5-ASA）：适用于轻、中度患者，常用柳氮磺胺吡啶（SASP）、美沙拉嗪等。

2. 糖皮质激素：对5-ASA疗效不佳的轻、中度患者，特别用于重度患者。

3. 免疫抑制剂：硫唑嘌呤或巯嘌呤，用于激素无效或依赖慢性患者。

4. 生物制剂：常用药物有英夫利昔单抗、阿达木单抗、维多珠单抗等。

### 三、肠梗阻

#### (一) 临床表现

①痛、吐、胀、痹；②水电酸碱平衡紊乱。

#### (二) 病理临床类型及诊断

##### 1. 病因分类

(1) 粘连性（最常见）：常有腹膜炎、腹部手术、外伤等病史。

(2) 肠扭转性

①小肠扭转：青壮年饱餐后剧烈运动，X线：“假瘤征”、“咖啡豆征”。

②乙状结肠扭转：慢性便秘的老年男性，腹部呈不对称、高度膨胀X见马蹄状结肠袢，立位两个液平，钡灌肠“鸟嘴形”。

(3) 肠套叠：原发性多见于婴幼儿（最多见），继发性多见于成人。

①小儿肠系膜长、宽松。

②典型表现：腹痛哭闹、果酱样血便、腊肠样腹部肿块。

③首选检查和治疗：低压空气灌肠。

##### 2. 部位分类

(1) 高位肠：呕吐明显，腹胀、振水音、吐酸→低氯低钾碱中毒

(2) 低位：腹胀明显，呕吐物可有臭味、吐碱→代谢性酸中毒

### 3. 有无坏死分类

(1) **单纯性**：肠鸣音亢进、可见肠型、蠕动波、肠管无血运障碍、无坏死、**腹膜刺激征（一）**，腹痛为阵发性。

(2) **绞窄性**：**肠鸣音消失、肠管血运障碍、坏死、腹激征（+），呕吐频繁；血性；腹穿见血性液体，持续性腹痛阵发性加剧（需急症手术）。**

### 4. 根据肠壁平滑肌运动状态分类

(1) **机械性**：肠鸣音亢进、可见肠型、蠕动波，X线阶梯状气液平面。

(2) **麻痹性**：全腹胀痛、肠鸣音减弱或消失、腹膜刺激征不明显，X线可见大小肠扩张。

### 5. 发病缓急分类

(1) **急性**：发病急、进展快，肠管肠壁变薄，引起**等渗性缺水**。

(2) **慢性**：发病缓、病程长，肠管代偿性肥厚引起**低渗性缺水**。

(三) 辅助检查：**首选立位X线--可见多个阶梯状气液平面。**

### (四) 治疗原则

#### 1. 基本治疗

**①禁食、胃肠减压**

**②补液纠正水、电、酸、碱平衡紊乱--纠正全身生理紊乱主要措施。**

#### 2. 手术治疗

**①术式--切除坏死肠管**

**②适应证：由绞窄性肠梗阻、肠扭转、肿瘤、结石、先天畸形引起**

## 四、结肠癌

### (一) 病理

1. 组织类型：腺癌多见

2. 大体形态

**①浸润性（左侧结肠）；②增生型（右侧结肠）；③溃疡型；④胶样型**

3. 转移途径

**①淋巴转移至肠周（主要）；②血液转移至肝、其次是肺。**

4. 病理分期：目前通用 TNM 分期。

## (二) 临床表现

1. 最早期症状：排便习惯和粪便性状的改变。
2. 腹痛、腹泻、粘液脓血便。
3. 左侧结肠癌：多为浸润型，易致急性肠梗阻、便秘、腹胀、血便多见。
4. 右侧结肠癌：多为肿块型，全身症状为主：有贫血、消瘦、腹部包块。

## (三) 辅助检查

1. 首选检查：结肠镜
2. 确诊检查：结肠镜+活检：最有效的确诊检查。
3. CT 检查：是判断肿瘤大小、浸润深度以及有无转移最好的检查。
4. 血清癌胚抗原（CEA）测定：用于对手术效果和术后复发的评价。
5. 粪便潜血实验阳性

## (四) 治疗：根治手术

- ①左半结肠切除；②右半结肠切除；③横结肠切除。

术前均需做充分的肠道准备。

## 五、肠结核

(一) 发病机制：结核杆菌入肠道后在回盲部引起病变。

## (二) 临床表现

1. 结核毒血症状：潮热、盗汗、消瘦、贫血和乏力等。
2. 消化道症状：
  - ①腹痛、腹部肿块（多位于右下腹或脐周）
  - ②大便习惯改变：有腹泻（无脓血及里急后重）增生型肠 TB 以便秘为主。
3. 并发症：肠梗阻多见

## (三) 诊断：病史+临床表现+辅助检查

1. 结核病史：中青年患者有肠外结核，主要是肺结核病史
2. 临床表现：腹痛、腹泻、便秘等消化道症状；右下腹压痛、腹块、或原因不明的肠梗阻，伴有发热、盗汗等结核毒血症状；
3. 辅助检查
  - ①X 线钡剂：跳跃征、溃疡、肠管变形、狭窄等征象；

- ②结肠镜：**回盲部**的炎症、溃疡、炎症息肉或肠腔狭窄
- ③结核菌素试验**强阳性**或结核感染 T 细胞斑点试验 **T-SPOT 阳性**。
- ④病理活检：**干酪性肉芽肿**，或活检找到**抗酸杆菌**均可诊断。
- (四) 抗结核化疗：**早期、联合、适量、规律、全程**。

## 六、结、直肠息肉（助理不考）

### (一) 病理分类

- 腺瘤性息肉：常为**癌前病变**。
- 炎性息肉：黏膜**炎性增生**或血吸虫卵性以及良性淋巴样息肉
- 错构瘤性息肉：**幼年性息肉**及色素沉着息肉综合征。
- 家族性息肉：**癌变率 100%**，必须手术。

(二) 临床表现：腹泻、粘液脓血便或排便次数增多+肛门**可复性肿块**。

(三) 辅助检查：**直肠指检、结肠镜**

(四) 治疗：结肠和直肠**上段**息肉**内镜下切除**，直肠**下段**息肉经**肛门切除**。

### (五) 肠道疾病诊断与鉴别诊断

鉴别要点	克罗恩病	溃疡性结肠炎	肠易激	肠结核	结肠热	肠梗阻
病变部位	<b>末段回肠</b>	<b>直肠,乙状结肠</b>		<b>回盲部</b>	左浸润 右肿块	
病理特点	非干酪样变			干酪样		
溃疡特点	①纵行裂沟 ②鹅卵石征 ③节段分布	①多发浅溃 ②颗粒状 ③连续性分布				
腹泻特点	无黏液脓血	<b>有黏液脓血</b>		便秘/腹泻	<b>粘液脓血便</b>	
临床特征	<b>形成瘘管</b>	<b>抗生素无效</b>	精神紧张症状加重	<b>低热盗汗</b>	<b>排便习惯改变</b>	痛、腹胀、闭
并发症	肠梗阻	<b>中毒巨结肠</b>	神经衰弱	肠梗阻	肠梗阻	
确诊检查	①首选检查--肠镜②确诊检查--肠镜+活检③钡剂灌肠 X 线					立位 X 线
首选治疗	①轻、中度:氨基水杨酸类 ②糖皮质激素 (重型,爆发型) ③免疫抑制剂、生物制剂		匹维溴铵 微生制剂 心理治疗	<b>抗结核化疗</b>	<b>手术</b>	禁食胃肠减压 纠正水电紊乱 手术

## 七、肠易激综合征（IBS）

### （一）病因病机

**肠道感染后和精神心理障碍**是重要因素。

（二）临床特点：**症状重、体征轻、辅助检查（结肠镜、活检、X线钡餐）无异常，常因某种饮食或精神紧张时症状加重。**

### （三）诊断：依据罗马III诊断标准

1. 病程半年以上且近**3个月来持续**存在腹部不适或腹痛
2. 同时伴有下列特点中至少2项

**①症状在排便后改善**；②伴随排便次数改变；③伴随粪便性状改变。

### （四）治疗

1. 一般治疗：高纤维食物改善便秘。
2. 对症处理
3. 心理和行为疗法：给予匹维溴铵，双歧杆菌、乳酸杆菌、酪酸菌等微生态制剂，可纠正肠道菌群失调。对失眠、焦虑者可适当给予镇静药。

