

## 巅峰计划-高端教辅笔记-消化系统

**食管、胃、十二指肠疾病****(一) 胃食管反流病**

1. 胃食管反流病主要发病机制是食管下括约肌松弛张力降低。
2. 典型表现是反酸、烧心、胸骨后疼痛。
3. 胃食管反流病首选检查是胃镜。
4. 首选治疗药物是奥美拉唑。
5. 胃食管反流病记忆歌诀: 反酸烧心反流病, 奥美拉唑和内镜。

**(二) 食管癌**

1. 食管癌以鳞癌多见, 高发部位是中段, 主要转移方式是淋巴转移, 最常转移的部位是左锁骨上淋巴结。
2. 食管癌主要临床表现是**进食哽噎、进行性吞咽困难**。
3. 食管癌主要治疗是根治性手术。
4. 食管癌记忆歌诀: 食管鳞癌吞咽难, 确诊内镜加活检; **钡餐狭窄壁僵硬**, 中下手术左锁转。

**急性胃炎**

1. 应激/服用**非甾体抗炎药史+呕血、黑便=急性胃黏膜病变**
2. 严重烧伤所致的急性胃黏膜病变称Curling (柯林) 溃疡。
3. 颅内病变(脑血管意外等)所致的急性胃黏膜病变称Cushing (库欣) 溃疡。
4. 首选检: 胃镜。
5. 首选药物: 奥美拉唑。

**慢性胃炎**

1. 慢性胃炎以慢性萎缩性胃炎常考, 主要病因是**幽门螺杆菌感染**。
2. 慢性萎缩性胃炎A型病变部位在胃底胃体部, 抗壁细胞抗体和抗内因子抗体阳性; B型病变在幽门部。
3. 首选检查胃镜, 最可靠的检查: **胃镜+活检**; 镜下特点是胃黏膜变薄, 腺体减少, 黏膜下血管透见。
4. 治疗以**促胃动力(多潘立酮)**、**保胃黏膜(枸橼酸铋钾)**、抗酸(奥美拉唑)和根除Hp(三联疗法)为主。
5. 慢性胃炎活动期黏膜中大量中性粒细胞浸润, 黏膜中度以上不典型增生是癌前病变。

**功能性消化不良**

1. 腹痛饱胀腹部不适等症状明显, 体征轻微或缺乏, 辅助检查无异常。
2. 精神紧张症状加重。
3. 可伴有神经衰弱表现。

**消化性溃疡**

1. 消化性溃疡的主要病因: Hp感染。
2. 好发部位: **胃溃疡——胃窦小弯侧; 十二指肠溃疡——球部前壁**。
3. 腹痛的特点: DU——疼痛——进食——缓解; GU——进食——疼痛——缓解。
4. 消化性溃疡首选检查—胃镜, 确诊检查: 胃镜+活检。
5. 胃大部切除术: 包括B1式(胃溃疡首选)和B2式(十二指肠溃疡首选)。
6. 常见并发症的临床表现及诊断

**肝硬化**

1. 肝硬化最常见并发症是上消化道大出血, 最严重并发症是肝性脑病(主要死亡原因), 常考细节是自发性细菌性腹膜炎(肝硬化+发热、腹痛、腹胀、腹水增多、利尿剂无效)。
2. 以下三项检查依次为确诊肝硬化的依据:
  - ①肝穿刺活检见到假小叶形成。
  - ②胃镜检查见**食道胃底V曲张**。
  - ③钡餐透视见**食道胃底V曲张**(蚯蚓样充盈缺损)。

3. 腹水是失代偿期最常见的表现及最突出的表现。

### 肝脓肿

1. 最常见致病菌是大肠杆菌, 多为厌氧与需氧菌混合感染。

2. 细菌主要侵入途径是胆道系统感染。

3. 细菌性肝脓肿突发寒颤, **高热+肝大**, 肝区疼痛, 压痛, 叩击痛。

4. B超引导下穿刺抽出脓液可确诊。

5. 主要治疗是早期应用大量广谱抗生素。

6. 细菌性肝脓肿主要与阿米巴肝脓肿鉴别: 后者常有腹泻, 粪便或脓液检查可找到滋养体, 脓液棕褐无臭, **抗阿米巴治疗有效**。

### 腹膜炎

#### 治疗

(1) 体位: **半卧位** (引流液体到盆腔, 减少毒素吸收)。

(2) 抗生素治疗: 针对致病菌选用敏感抗生素, 如**第3代头孢**或喹诺酮类。

(3) 绝大多数继发性腹膜炎: **症状重、发展快**: 经发现立即手术治疗, 右旁正中切口。

(4) 腹膜炎出现休克: **立即手术探查**。

(5) 腹膜炎患者手术在关闭腹腔前: **不要在腹腔内使用抗生素**, 以免粘连, 应选择生理盐水反复冲洗。

#### 6. 并发症

腹膜炎病史或腹部手术史 + 发热腹痛 + 呼吸活动受限或减弱: 无手术史、腹膜炎史的膈肌抬高: **细菌性肝脓肿**。有手术史、腹膜炎史的膈肌抬高: 膈下脓肿。

##### 1) 膈下脓肿

必须有腹膜炎病史或腹部手术史。

临床表现: 发热、上腹痛, 呼吸活动**受限或减弱**。

X 线: 膈肌抬高, 肝浊音界扩大。

治疗: 经皮穿刺置管引流, 必须负压吸引, 防止脓液进入腹腔**加重感染**。

##### 2) 盆腔脓肿

中毒症状轻, **里急后重**, 下坠感。

首选检查: 直肠指诊。

治疗: 脓肿较大: **切开引流**; 已婚妇女: 后穹窿穿刺引流; **抗炎用三代头孢!**

### 结核性腹膜炎

#### 1. 病因

结核杆菌弥漫性感染, 起病缓慢。

#### 2. 感染途径

主要是腹腔结核病灶直接蔓延, 继发于肠结核。

#### 3. 好发

青年女性, 男: 女 = 1: 2。

#### 4. 分型

(1) 粘连型: 最常见, 形成腹部肿块, 常导致**肠梗阻**。

(2) 渗出型: 可见腹水**渗出**。

(3) 干酪型: 最严重, 干酪性坏死, 形成**瘘管**。

#### 5. 临床表现

(1) 结核中毒症状——低热、盗汗、消瘦、乏力。

(2) 腹痛、腹水、腹部肿块。

(3) 腹壁柔韧感——揉面感（特征性描述）。

记忆总结：

(1) 低热、盗汗 + 腹水 = 结核性腹膜炎。

(2) 低热、盗汗 + 腹部肿块 = 结核性腹膜炎。

6. 并发症

粘连型最常见——肠梗阻；可以发生喷射性呕吐。

7. 实验室检查

(1) 腹水常规检查（首选）：渗出液，草黄色；ADA > 5，提示结核性。腹水常规检查目的可确定腹水性质。

(2) 腹水培养检查：阳性率极低。即使最敏感的腹水，动物接种检查也只能确定结核性腹膜炎，不能确诊。

(3) 确诊 / 最有价值的——腹腔镜腹膜活检。

8. 治疗

(1) 首选抗结核；如果病情严重可加用糖皮质激素。

(2) 4 种抗结核药合用。

**胆道疾病**

1. 胆道疾病的基本病因是结石，常见诱因是饮酒/脂肪餐。

2. 主要临床表现是阵发性加剧的右上腹疼痛，向右肩背部放射。

3. 所有胆道疾病的首选检查都是B超（包括胆道蛔虫病）。

4. 胆道疾病的最好治疗是手术：胆囊切除或胆总管切开减压+T管引流。术后T型管引流的拔管时间：最短2周，最长6周，拔管前需T型管造影。

5. Murphy征阳性：见于胆囊结石、急性胆囊炎。

6. Charcot三联症（腹痛+寒战高热+黄疸）：见于肝外胆管结石，急性胆管炎。

7. Reynolds五联征（Charcot三联症+休克+意识障碍）：见于急性梗阻性化脓性胆管炎（重者）。

**胰腺疾病**

(一) 急性胰腺炎

1. 主要病因是胆道疾病，诱因是暴饮暴食或大量饮酒。

2. 主要表现是腹痛；出血坏死性胰腺炎特征表现是：腰肋部和下腹部皮肤青紫斑（Grey-Turmet征）和脐周围皮肤青紫斑（Cullen征）。

3. 血淀粉酶病后6h开始升高，是急性胰腺炎最有诊断价值的检查，也是最早出现异常的指标。血淀粉酶高于正常3倍可确诊为急性胰腺炎，但血清淀粉酶的高低与病情轻重不平行。

**急性阑尾炎**

1. 阑尾动脉为无侧支的终末动脉，所以当阑尾血运障碍时，易导致其坏死。

2. 急性阑尾炎的主要病机是阑尾腔阻塞（最常见）；致病菌多为肠内的各种G杆菌和厌氧菌。

3. 典型症状是转移性右下腹痛。

4. 典型体征是右下腹麦氏点压痛（反跳痛、腹肌紧张）。

5. 腰大肌实验阳性提示阑尾位置较深。位于腰大肌前方靠近后腹膜（盲肠后位）。

6. 闭孔内肌实验阳性提示阑尾位置较低（盆位）。

7. 病程较长的急性阑尾炎触及右下腹包块：提示阑尾脓肿。

8. 急性阑尾炎主要治疗方法是手术，形成阑尾周围脓肿者支持治疗+抗生素，待3个月后二期切除阑尾。

9. 术后最常见并发症是切口感染，最严重并发症是术后腹腔内大出血（结扎线松脱所致）。

**直肠肛管疾病**

1. 直肠：齿状线上，长12~15cm，肛管：齿状线下，长1.5~2cm。

2. 肛裂：肛周剧疼痛（排便时与排便后疼痛有间歇期）+便秘+出鲜血，常见于肛管后正中部位（截石位6点）。

3. 肛裂“三联征”即：肛裂+前哨痔+齿状线上相应的乳头肥大。
4. 肛瘘：肛门周围有外瘻口。
5. 内痔：好发于截石位3、7、11点，无痛性间歇性便血（鲜血），血与便不混。

## 腹外疝

### 治疗

- (1) 1岁以下不治疗，观察即可。
- (2) 1~3岁的疝、严重感染绞窄坏死的疝：只做**单纯疝囊高位结扎术**。
- (3) 只嵌顿，无血运障碍，可试行手法复位；一旦发生绞窄，必须**手术探查**，做肠切除吻合术。
- (4) 最主要的：**疝修补术**。

### (二) 股疝

股疝多见于——**中年女人**（直疝——多见于老年人）；最容易发生嵌顿的是**股疝**。

### 做题技巧：

- (1) 只要看到小孩有疝——**腹股沟斜疝**。
- (2) 只要看到中老年男人有疝——**腹股沟直疝**。
- (3) 只要看到中年妇女有疝——**股疝**。
- (4) 最易嵌顿的疝——**股疝**，次选**斜疝**。
- (5) 只要看到题目女性腹股沟下方有一隆起肿块——直接诊断**股疝**。  
女性卵圆窝有一隆起肿块——直接诊断**股疝**。  
股疝治疗首选——McVay 法。

## 消化道大出血

### 治疗

- 积极补液、补充血容量，抗休克；Hb <70g/L，**考虑输血**；如果呕血不止，**必须输血**。
- (1) 消化性溃疡、急性胃炎引起的出血：首选最佳治疗：**静脉点滴 PPI**，次选急诊胃镜止血；引起大出血：**胃大切**。
  - (2) 肝硬化食管静脉曲张  
首选：急症胃镜止血。  
次选：三腔二囊管（**最有效、最紧急**）或反复大出血的止血措施。

## 腹膜炎

1. 急性继发性化脓性腹膜炎常并发于阑尾炎，消化性溃疡穿孔，腹部外伤等，致病菌多为大肠杆菌和厌氧菌混合性感染（**毒性最强**）。
2. 腹膜炎的诊断：**原发病表现+腹痛+腹膜刺激征+肝浊音界缩小**，肠鸣音减弱或消失。  
腹腔穿刺可抽出相应液体。
3. 腹膜炎的治疗以手术处理原发病灶为主，关腹前不在腹腔内应用抗生素。
4. 腹腔脓肿的主要表现是腹膜炎和腹部外伤数日后突然腹痛高热。X线、B超、CT，穿刺抽出脓液均可**确诊**，盆腔脓肿者可有直肠刺激征阳性治疗以应用抗生素和穿刺抽脓为主。
5. 结核性腹膜炎：常由腹腔内的结核病灶直接蔓延所致，粘连型易引起肠梗阻，特征是**腹壁揉面感**，腹腔镜+腹膜活检可**确诊**。

## 腹外疝

1. 疝内容物被嵌顿过久，动脉性血循环障碍失去活力甚至坏死，即为**绞窄性疝**，需急诊手术。
2. 斜疝：经内环，腹股沟管，外环至阴囊，疝囊颈在腹壁下动脉外侧。

3. 直疝:经直疝三角由后向前, **不进阴囊**, 老年男性多见。
4. 股疝:最容易发生嵌顿和绞窄的疝, 中老年女性多见。一旦确诊**需及时手术**。
5. 嵌顿疝在4h以内, 估计肠袢尚未绞窄坏死者, 可先行**手法复位**。
6. 疝囊高位结扎是各类疝手术的基本步骤, 除婴幼儿腹外疝和绞窄性疝肠管坏死、感染的, 只高位结扎不修补外, 其余均应行**疝囊高位结扎+修补**。

## 腹部损伤

### 前提: 外伤史

#### 1. 分类及检查

(1) 实质脏器: 肝、脾、胰腺, 主要表现——内出血为主(神志淡漠、四肢厥冷、血压下降), 腹膜有去纤维化作用; 脾损伤 最常见(50%)。

检查: “金标准”: 腹腔穿刺(抽出不凝血); “银标准”: **肝胆 B 超**, 胰肾 CT。

(2) 空腔脏器: 胃、肠, 主要表现为严重的腹膜刺激征; 小肠损伤最常见。对腹膜刺激由重到轻: 胃液 > 胆汁 > 胰液 > 肠液 > 血液。

检查: “金标准”——腹腔穿刺, 阳性率达 90%, “银标准”: 立位腹平片。

观察期间不能随便搬动伤者以免加重; 不能止痛, 以免掩盖病情; 不能进食。

如果出现肠鸣音减弱或者消失(不会出现亢进)或出现腹胀: 提示出现严重腹膜炎。

#### 2. 治疗——积极抗休克并同时手术治疗

(1) 先处理出血性, 再处理穿孔性。

(2) 当出现出血性休克时, 要及时进行探查: 先探查实质脏器; 先肝脾, 再探查空腔脏器胃肠, 先探查污染轻的。

(3) 严重腹胀的患者: 严禁腹穿; 病因不明的患者: 禁忌吗啡。

##### (一) 脾破裂

(1) 在腹部创伤中最常见, 40%~50%, 闭合伤最常见, 受伤部位: 左季肋部。

(2) 左上腹痛, 表现内出血(不凝血), 左肩放射痛, 腹膜刺激征轻微, 脾破裂 85% 是真性破裂。

(3) 检查“金标准”——腹腔穿刺; “银标准”——B 超。

(4) 治疗: 积极补充血容量抗休克, 同时手术切脾; 如果脾脏轻微裂伤——做脾修补术; OPSI(脾切除凶险感染)——婴幼儿切除脾脏后, 出现肺炎球菌凶险感染。故行脾切除年龄至少 >4 岁。

##### (二) 肝破裂

(1) 好发部位: 右上腹部, 右季肋部。开放伤最常见, 右肝破裂较左肝多。

(2) 右上腹痛, 表现为大量内出血+严重腹膜刺激征, X线——右侧膈肌抬高。

(3) 确诊“金标准”——**腹腔穿刺**; “银标准”——**B 超**。

(4) 治疗: 补充血容量、抗休克, 同时手术治疗。

##### (三) 胰腺破裂

占腹部损伤的 **1%~2%**

(1) 受伤部位: 中腹部, 中上腹部, 挤压伤常见于**方向盘**、车把伤。

(2) 临床症状: 腹膜炎出现晚, 很容易漏诊, 病死率高达 20%。

(3) 并发症: 容易并发胰腺脓肿和假性囊肿。

(4) 治疗: 及时手术探查, 优先探查十二指肠, 术后及时引流。

##### (四) 肠破裂

#### 1. 小肠破裂

在肠破裂里最常见, 稀、细菌少, 腹膜炎出现早, 症状轻。

治疗: 一期手术修补。

#### 2. 结肠破裂

结肠破裂比较少见, 稠、细菌多, 腹膜炎出现晚, 症状重。

治疗: 右侧: 试行一期手术修补; 左侧: 只能先造瘘, 3~4 周后二期处理。

3. 直肠下段破裂虽属于空腔脏器, 但无腹膜炎的表现。

治疗：乙状结肠造瘘，2~3 个月闭合。

#### 4. 十二指肠破裂

(1) 球部（腹膜内位破裂）——典型腹膜刺激征。

(2) 水平部（腹膜后位破裂）——腰背部持续疼痛，无明显腹膜刺激征，出现典型腹膜后积气。

治疗：手术。

总结：

(1) 左肩部疼痛——脾破裂。

(2) 膈肌破裂——肝破裂。

(3) 膈下游离气体——胃肠破裂。

(4) 腹膜后积气——十二指肠水平部破裂。