

# 消化系统-2

## 急性阑尾炎



### (一) 病因病机

1. 发病原因：阑尾口周围**淋巴滤泡增生**引起的阑尾腔**阻塞**。
2. 容易坏死原因：阑尾动脉为**无侧支的终末动脉**。
3. 致病菌：各种**G-杆菌（大肠杆菌）**和厌氧菌。

### (二) 临床表现

#### 1. 典型表现

- ①转移性右下腹痛：始于脐周，转移并固定右下腹。
- ②右下腹麦氏点压痛、反跳痛、腹肌紧张，**结肠充气实验阳性**。

#### 2. 特殊表现

- ①**腰大肌实验阳性**→提示位置深，腰大肌前方靠近后腹膜（**盲肠后位**）。
- ②**闭孔内肌实验阳性**→提示阑尾位置较低（盆位）。

#### 3. 分型判断

| 病理类型         | 临床特征                            |
|--------------|---------------------------------|
| 急性单纯性阑尾炎     | 转移性右下腹痛+ <b>右下腹固定压痛</b>         |
| 急性化脓性阑尾炎     | 转移性右下腹痛+ <b>右下腹压痛、反跳痛</b>       |
| 急性穿孔性/坏疽型阑尾炎 | 转移性右下腹痛+ <b>全腹弥漫型压痛、反跳痛</b>     |
| 阑尾周围脓肿       | 转移性右下腹痛 3 天以上+ <b>右下腹触及囊性肿块</b> |

### (三) 特殊阑尾炎

1. 婴幼儿急性阑尾炎：症状、体征不典型
  2. 老年人急性阑尾炎：症状、体征不典型；易穿孔
  3. 妊娠期急性阑尾炎：压痛点偏向上外侧；②症状、体征不典型；③易流产和早产
- ◆**手术切口需偏高、围手术期加用黄体酮、术后可不放置引流。**

### (四) 辅助检查：**首选 B 超**

### (五) 术前并发症

1. 腹腔脓肿：**阑尾周围脓肿（最常见）**

2. 内外瘻形成
3. 门静脉炎/急性肝脓肿

(六) 治疗原则

应尽早 (24h 内) 手术, 应放置引流条, 超过 72h 易穿孔并发腹膜炎。

1. 急性单纯性阑尾炎: 行阑尾切除术
2. 急性化脓性/坏疽性/穿孔性阑尾炎: **阑尾切除术+清除腹腔脓液+放引流**
3. 阑尾周围脓肿: 支持治疗+抗生素+**3 个月后二期手术**切除阑尾。

(七) 术后并发症

1. **切口感染** (最常见): 切口红肿、流脓--拆除缝线、引流脓液。
2. **术后腹腔内大出血 (最严重)**
3. 腹腔脓肿: **①膈下脓肿, ②盆腔脓肿**
4. 粘连性肠梗阻; 阑尾残株炎; 粪瘻

## 直肠肛管疾病

### 一、肛裂

1. 高发部位: 肛管后正中 (截石位 6 点)。
2. 临床表现
  - ①三大症状: **肛周疼痛** (排便时与排便后疼痛有间歇期) + **便秘+出鲜红血**。
  - ②三大体征 (肛裂三联征): **肛裂+前哨痔**+齿状线上相应的**乳头肿大**。
3. 治疗原则
  - ①给予 1: 5000PP 液坐浴, 排便—坐浴—换药。
  - ②必要时行肛裂切除/肛管内括约肌切断术。

### 二、直肠肛管周围脓肿

1. 病因: 肛窦炎、肛腺炎→肛周脓肿→肛瘻 (病程发展)
2. 临床特点及诊断

|      | 肛门周围脓肿              | 坐骨肛管间隙脓肿               | 骨盆直肠间隙脓肿               |
|------|---------------------|------------------------|------------------------|
| 发病机制 | <b>肛腺感染</b> 向下至肛周皮下 | 肛腺感染经外括约肌向外扩散至坐骨直肠间隙形成 | 坐骨直肠间隙脓肿向上穿破肛提肌达骨盆直肠间隙 |

|      |                       |                               |                              |
|------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 脓肿特点 | 位置浅表，不大               | 位置较深，较大                       | 位置很深，较大                      |
| 局部症状 | <b>局部症状明显：肛周持续性跳痛</b> | <b>局部症状明显：持续性跳痛，排尿困难，里急后重</b> | <b>局部症状不明显，有坠胀感便不尽感，排尿困难</b> |
| 全身症状 | 不明显                   | 明显                            | 明显                           |
| 查体   | 局部红肿，压痛脓肿形成时有波动感      | 肛门红肿，双臀不对称肛诊有深压痛，波动感          | 会阴部正常直肠壁触到痛性肿块，波动感           |

### 3. 治疗原则

(1) 非手术治疗：**早期联合应用抗生素**、温水坐浴、局部理疗、口服缓泻剂或石蜡油以减轻患者排便时疼痛。

(2) 手术治疗：**晚期（有波动）切开引流**，其中**肛周脓肿的手术切口与肛门呈放射状，坐骨肛管间隙脓肿为平行于肛缘的弧形切口**。

## 三、肛瘻

1. 病因：肛门周围皮下脓肿破溃形成，由**内口、瘻管、外口**三部分组成。

2. 临床表现与诊断：肛门周围发现有**外瘻口**，**分泌物排出**，症状反复发作。直肠指检：**条索状物**，挤压有脓性分泌物流出。瘻管造影：**窦道存在**。

### 3. 治疗

①治疗原则：切开瘻管形成开放创面促使愈合

②**必须手术**。③术前须明确**瘻管和肛门括约肌**的解剖关系。

## 四、痔

### (一) 诊断

#### 1. 内痔

①齿状线以上，好发于截石位 3、7、11 点；

②**无痛性间歇性便血（鲜血）**，血与便不混。

③临床分为四度：**除 I 度外，II、III、IV 度均有痔核脱出**。

#### 2. 外痔

①位于齿状线以下，受**躯体神经**支配（对痛觉**敏感**）。

②肛门不适、瘙痒，痔核脱出的血栓性外痔呈**暗紫色、剧痛**。

③嵌顿性外痔易感染、坏死。

3. 混合痔：兼有内外痔特征，脱出肛门形成梅花状（梅花痔、环状痔）

### (二) 治疗

1. 治疗原则：**无症状的痔无需治疗**。有症状以非手术治疗为主。

2. 治疗方法：一般疗法（调整饮食、坐浴等）。硬化剂注射、冷冻、结扎法、胶圈套扎疗法、手术：外痔首选**剥离术**

## 五、直肠癌

### (一) 直肠癌和结肠癌比较

| 项目      | 结肠癌                   | 直肠癌        |
|---------|-----------------------|------------|
| 组织类型、分期 | 腺癌多见，TNM 分期           |            |
| 主要转移途径  | 直接浸润肠壁、淋巴转移至肠周，血液转移至肝 |            |
| 早期特征    | 排便习惯和粪便性状改变           |            |
| 中晚期表现   | 腹痛、腹部肿块、粘液脓血便         |            |
| 确诊检查    | 肠镜 + 活检               |            |
| 普查      | 大便潜血试验                |            |
| 术后判断    | CEA                   |            |
| 直肠刺激征   | 多无                    | 有:里急后重、下坠等 |
| 首选检查    | 结肠镜                   | 直肠指诊       |
| 治疗方案    | 结肠癌于术                 | 直肠癌于术      |

### (二) 直肠癌手术治疗

1. **经腹会阴联合直肠癌根治术（Miles 手术）**：适用于**腹膜返折以下**的直肠癌。于左下腹永久性乙状结肠**单腔造口**。

2. **腹腔直肠癌切除术（Dixon 手术）**：应用最多的直肠癌根治术。适用于**距齿状线 5cm 以上**的直肠癌。

3. **经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术（Hartmann 手术）**：适用于**全身情况很差**，不能行其他术式者。

# 消化道大出血

## (一) 常见病因

1. 上消化道大出血 最常见病因是消化性溃疡，其次是肝硬化食道胃底静脉曲张破裂等。

2. 中消化道出血 肠血管畸形、克罗恩病、各种恶性肿瘤、肠套叠等。

3. 下消化道出血 痔和肛裂是最常见的原因。

4. 全身性疾病导致的出血也可累及消化道。

## (二) 临床表现

1. 原发病表现

2. 呕血、黑便（特征性表现）

3. 失血性休克、失血性贫血

4. 发热：

5. 贫血和血象变化：3-4 小时及以上出现贫血。出血 24 小时内网织红细胞计数增高，出血停止后逐渐降至正常。

## (三) 出血量的估算

1. 成人每日上消化道出血量>5ml→粪便潜血试验阳性

2. 每日出血量>50ml→黑便

3. 每日出血量>250ml→呕血

4. 每日出血量<400ml→无心悸、胸闷、头晕等生命体征改变。

5. 每日出血量≥1000ml→失血性休克

## (四) 辅助检查

1. 首选检查——急诊内镜（出血停止后 24~48 小时内进行）

2. 血 BUN 测定：上消化道大出血升高；下消化道出血不升高

## (五) 治疗

1. 失血性休克患者的紧急处理

(1) 中凹卧位、头偏向一侧、保持呼吸道通畅、必要时吸氧

(2) 紧急输血、补液扩容抗休克

(3) 禁食

(4) 必要时边抗休克边手术探查。

## 2. 止血措施

(1) 食管胃底静脉出血

**止血措施：选择顺序①胃镜→②三腔二囊管→③手术。**

注意事项

①胃镜止血：**首选**措施。

②药物止血：药物止血是配合措施，首选**生长抑素**、血管加压素。

③三腔二囊管：既是诊断方法也是治疗措施，内镜和药物无效时选择。

④手术止血：首选**脾切除+贲门周围血管断离术**

(2) 非食管胃底静脉出血

[1]**止血措施：选择顺序①药物→②胃镜→③介入治疗→④手术**

[2]注意事项

①药物止血：首选 PPI（**奥美拉唑**静脉点滴），次选 H<sub>2</sub> 受体阻滞剂。

②胃镜止血：**24h（内）急诊首选**。

③介入治疗：内镜治疗不佳时，可通过血管介入栓塞胃十二指肠动脉。

④手术止血：保守无效者，可行手术治疗（**毕 1 式、毕 2 式**）。

# 腹膜炎

## 一、急性继发性腹膜炎

(一) 病因

1. 病因：最常见原发病**坏疽性阑尾炎、腹腔脏器急性穿孔、腹部外伤**等。

2. 致病菌：以**大肠埃希菌**最常见，其次厌氧菌。为混合感染，毒性大毒力强。

(二) 临床表现

1. 原发病史和**原发病表现（先有）**

2. 腹膜炎表现

**①持续性腹痛：疼痛剧烈、病变脏器所在部位最显著**

**②腹膜刺激征：腹壁压痛、反跳痛、腹肌紧张，**

**③肝浊音界缩小、肠鸣音减弱或消失。**

(三) 辅助检查

1. 首选检查：诊断性腹腔穿刺——可抽出相应液体
2. 空腔脏器穿孔：次选立位 X 线可见膈下游离气体
3. 实质脏器病变/破裂引起者：次选腹部 B 超
4. 血常规检查：血 WBC ↑、N% ↑

#### (四) 治疗

1. 禁食、胃肠减压：最重要的基础治疗措施。
2. 手术：处理原发病灶、清理腹腔、放置腹腔引流

#### (五) 术后并发症

①切口感染最常见；②腹腔内出血最严重；③肠粘连、腹腔脓肿等。

## 二、腹腔脓肿

1. 主要表现：腹膜炎或腹部外伤数日后，突然腹痛高热，X 线、B 超、CT、穿刺抽出脓液均可确诊。
2. 膈下脓肿：有胸痛、呼吸困难，X 线膈肌抬高；盆腔脓肿者可有直肠刺激征/膀胱刺激征阳性。
3. 脓肿早期治疗抗生素为主；晚期（有波动）以穿刺抽脓/切开引流为主。

## 三、结核性腹膜炎

#### (一) 病因、病理

1. 中青年多见，常由腹腔内的结核病灶直接蔓延所致。
2. 病理分：渗出型、干酪型（最严重）和粘连型（最常见易引起肠梗阻）。

#### (二) 临床表现

1. 结核毒血症状
2. 腹痛、腹胀、腹泻（一般每日不超过 4 次，粪便多呈糊状）。
3. 腹壁柔韧感（秒杀结核性腹膜炎）
4. 腹水、腹部肿块

#### (三) 常见并发症--肠梗阻

#### (四) 辅助检查

1. 腹腔镜+腹膜活检：确诊最有意义的检查（腹膜广泛粘连者禁忌腹腔镜）。
2. 腹水检查

- ①腹水多为草黄色渗出液，比重>1.018，蛋白质定量超过 30g/L
- ②腹水培养：普通细菌培养为阴性，抗酸杆菌培养可阳性。
- 3. ESR ↑可作为活动性病变的简易指标，PPD 试验强阳性对诊断有帮助。
- (五) 治疗原则--抗结核化疗--早期、联合、适量、规律、全程。

## 腹外疝

### 一、腹股沟区解剖

- 1. 腹股沟管：斜疝必经，内口即深环，位于腹股沟韧带中点上方 2cm 处。
- 2. Hesselbach 三角：又称直疝三角，直疝在此形成。
- 3. 股管：是股疝的通道，股管下口为卵圆窝，大隐静脉在此进入股静脉。

### 二、腹外疝

#### (一) 病因病机

- 1. 内因：先天性腹壁肌肉薄弱
- 2. 外因：增加腹内压。

#### (二) 病理类型

- 1. 易复性疝：疝内容物易回纳入腹腔。
- 2. 难复性疝：疝内容物不能完全回纳入腹腔。
- 3. 嵌顿性疝：疝内容物强行进入疝囊形成嵌顿性疝。
- 4. 绞窄性疝：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。

#### (三) 诊断和鉴别诊断

| 要点         | 斜疝          | 直疝         | 股疝          |
|------------|-------------|------------|-------------|
| 发病年龄       | 青少年、儿童      | 老年男性       | 中老年女性       |
| 突出途径       | 经腹股沟管，进入阴囊  | 经直疝三角，不入阴囊 | 腹股沟韧带下方卵圆窝处 |
| 疝块外形       | 椭圆或梨形       |            | 半球形         |
| 压迫深环（内口）试验 | 增高腹内压疝块不再突出 | 仍可突出       | 仍可突出        |
| 精索和疝囊关系    | 精索在疝囊后方     | 精索在疝囊前外方   |             |

|              |                    |                    |              |
|--------------|--------------------|--------------------|--------------|
| 疝囊颈与腹壁下动脉的关系 | 疝囊在腹壁下动脉 <b>外侧</b> | 疝囊在腹壁下动脉 <b>内侧</b> |              |
| 嵌顿机会         | 较多                 | <b>一般不嵌顿</b>       | <b>最容易嵌顿</b> |

#### (四) 腹外疝的治疗

1. 非手术治疗： $<1$  岁婴幼儿暂不做手术；年老体弱和伴严重疾病禁手术。
2. 手术治疗

(1) 适应症：**①所有绞窄性疝；②所有股疝；③大于 4 小时的嵌顿疝。**

(2) 手术方式

- 1) 疝囊高位结扎术：**①一岁以上的小儿；②所有绞窄疝**
- 2) 疝囊结扎+疝修补术

##### [1]无张力修补术

①适应症：年老体弱、腹壁肌肉薄弱，首选平片无张力疝修补术（Lichtenstein 手术）。

##### [2]经腹腔镜疝修补术（LIHR）

##### [3]传统修补术

- ①**Ferguson 法**：加强腹股沟管前壁（**前壁首选**）
- ②**Bassini 法**：加强腹股沟管后壁（**后壁首选**，临床最常用）
- ③**McVay 法**：加强腹股沟管后壁（**股疝首选**）。

## 腹部损伤

### 一、腹部损伤概述

腹部损伤分类：**开放性（最常见肝）、闭合性（最常见脾）。**

### 二、腹部闭合性损伤

#### (一) 临床表现

##### 1. 实质性脏器破裂

- ①肝、脾、胰、肾等大血管损伤时腹腔内出血，可出现**失血性休克**。
- ②体征最明显处可能是损伤所在部位。

##### 2. 空腔脏器破裂

- ①出现弥**漫性腹膜炎**；②**胃液、胆汁、胰液刺激最强** $>$ 肠液 $>$ 血液

## (二) 辅助检查

1. **诊断性腹腔穿刺术和腹腔灌洗术**：实质和空腔脏器损伤均为**首选**检查
2. **B超检查**--实质脏器损伤者的次选检查--安全、简便、无创。
3. 立位 X 线检查--空腔脏器损伤者的次选检查--可见**膈下游离气体**。

## (三) 急症手术探查

1. 探查次序：**先探查肝、脾→膈肌**、胆囊→从胃开始,逐段检查肠道等

# 三、常见腹腔内脏损伤

## (一) 脾破裂

1. **脾脏是腹部损伤中最常受损的器官。**
2. **主要表现：左上腹部外伤+失血性休克。**
3. 治疗原则：边抗休克边紧急手术。

**注意：中央型脾破裂患者，可出现迟发性休克**

## (二) 肝破裂

1. **开放性腹部损伤中占首位。**
2. **右上腹部外伤+失血性休克+腹膜刺激征**
3. 如胆汁溢入腹腔，则有明显腹痛和腹膜刺激征。
4. 如血液通过胆管进入十二指肠则出现黑粪或呕血。
5. 手术方式——单纯缝合,肝动脉结扎或肝部分切除。

**注意：中央型肝破裂者，腹膜刺激征不明显，可出现呕血、黑便**

## (三) 胰腺损伤

1. 上腹部强力挤压**（方向盘伤、把手伤）**所致，常合并**十二指肠损伤**。
2. **弥漫性腹膜炎**表现。
3. 诊断性**腹穿液中高淀粉酶含量**可确诊。
4. 治疗原则：紧急手术，术后放置引流 3-4w 以防胰瘘。

## (四) 肠管损伤

1. **小肠破裂：早期即明显的腹膜炎表现。**
2. 结肠破裂
3. 直肠损伤

