

，，，，

### 消化系统疾病

第17节消化系统生物学81

咽喉与食管 81

胃8]小肠81胰腺 83

肝脏 83

胆襄和胆道 83

大肠 83

肛门和直肠 83

年龄的影响 83

第18节 消化系统疾病的症状和诊断84腹痛 84

消化道出血 86

胸背痛 87

便秘 87

腹泻 90

吞咽困难 91

消化不良 91

大便失禁 92

气体相关症候群 92

4 球状感93

厌食93

恶心和呕吐 93

反流 94

病史和体格检查 94

心理评估94

诊断方法 94

第19节食管疾病96

食管动力障碍 97

感染 99

损伤 99

梗阻 100

第20节消化性疾病100

胃炎 100

消化性溃疡 102

胃食管反流病 .105

第21节胃肠炎106

出血性结肠炎 109

葡萄球菌食物中毒 110

产气荚膜梭状杆菌食物中毒 110

旅行者腹泻 110

化学性食物中毒 11l

第22节 食管裂孔 、胃石和异物 113

第23节胰腺炎ll5

第24节吸收不良综合征118

乳糖不耐受症 119

乳糜泻 l20

热带口炎性腹泻 120

惠普病 121

肠道淋巴管扩张症 12l

短肠综合征 121

细菌过度生长综合征 l22

第25节炎症性肠病122

克罗恩病 122

溃疡性结肠炎 125

．

胶原性结肠炎和淋巴与细胞性结肠炎 126

转流性肠炎 127

第26节 难辨梭菌相关性结肠炎 127

第27节憩室病128-

憩室病 l28

憩室炎 129

第28节肠易激综合征131第29节肛门直肠疾病132

肛裂 132

肛门痛痒 132

肛门直肠脓肿 132

肛门直肠搂 133

直肠内异物 133

痔134

提肌综合征 135

藏毛病 135

直肠炎 135

直肠脱垂 136

第30节消化道肿瘤136

食管良性肿瘤 136

食管癌 136

胃良性肿瘤 137

胃癌 137

80

｀

，

＿

＿邑f.

第17节消化系统生物学 81

｀

小肠良性肿瘤 138

小肠癌 138

结直肠息肉 139

结直肠癌 139

肛门癌 142

胰腺癌 142

胰腺内分泌肿瘤 143

第31节胃肠道急症145

腹腔脓肿 145

腹壁茄 145

急性肠系膜缺血 l46

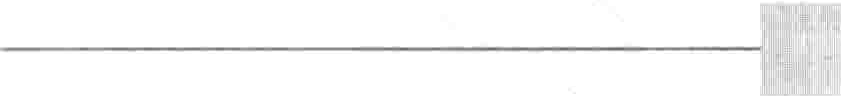
阑尾炎 146

麻痹性肠梗阻 147

肠梗阻 l48

缺血性结肠炎 148

穿孔 149

第17节

、

##### 消化系统生物学

消化系统从口腔延续到肛门，负责摄入食物、将食物分解成为营养素（这一过程称为消化），吸收营养素进入血液，以及将食物的未消化部分～排出体外。消化道包括口腔、咽、食管、胃、小肠、大肠、直肠和肛门，还包括一些位千消化道外的器官：胰腺、肝脏和胆褒。

消化系统有时被称为胃肠道系统，但无论哪个称谓都无法完全涵盖这个系统的功能和组成。消化系统器官也有一些和消化无关的因子和激素，帮助转移血液中有毒物质和化学类药物。

腹腔是消化器官所在部位。腹腔前有腹壁（由皮肤、脂肪、肌肉和结缔组织组成），后有脊柱，上有脱肌，下有盆腔脏器。腹腔内层是腹膜，覆盖于腹腔脏器表面。

专家们已发现消化系统和大脑神经有密切联系。例如，精神因素强烈地影响着肠道的收缩、消化酶的分泌以及消化系统的其他功能。精神压力增加甚至会使人对感染的抵抗力下降，从而导致多种消化系统疾病。反之，消化系统也影响大脑功能。例如，长期或反复的疾病比如肠易激综合征、溃疡性结肠炎以及其他疼痛性疾病均会影响情绪、行为和日常活动。这种双向联系称为脑－肠轴。

咽喉与食管

咽喉部位于口腔后下。当食物和液体离开口腔，即通过咽喉。吞咽随即开始并自动持续。吞咽时，一小块肌肉（会厌）关闭，以防止食物经气道（气管）进入肺脏，口腔顶的后部分（软腾）升高以防止食物进入鼻腔。

食管——为一内覆有黏膜层的薄壁肌性管道，连接咽部和胃。食物和液体在食管中的推进不只靠重力，还依赖肌肉有节律收缩和松弛，称为蠕动。食管的两头都

是环形肌肉（上和下食管括约肌），可开放和关闭。正常情况下，食管括约肌可防止胃内容物反流进入食管和咽喉。

胃是一个大的蚕豆形肌性空腔脏器，包括三部分：贲门屑体和胃窦。食物和液体通过食管下括约肌进入胃内。

胃

胃的上部是储存食物的区域团在此，贲门和胃体松弛，容纳进入胃内的食物。然后胃窦（胃下部分）有节律地收缩。将食物与酸和酶（胃液）混合，并研磨成更易消化的小块。胃表面的细胞分泌三种重要物质：黏液、盐酸和胃蛋白酶（一种能分解蛋白质的酶）前体。黏液覆盖千胃表面，保护其免受盐酸和酶的损伤。任何原因造成此黏液层的破坏，如幽门螺杆菌感染和阿司匹林都能造成损伤，导致胃溃疡发生。

盐酸提供了胃蛋白酶分解蛋白所需的高酸环境。胃内高酸还能灭杀大多数细菌而成为抵御感染的屏障。胃的神经冲动屑泌素（胃释放的一种激素）和组胺（胃释放的一种活性物质）都能刺激胃酸的分泌。胃蛋白酶是唯一能消化胶原的酶，胶原是一种蛋白，并且是肉类的重要成分。

仅有少数几种物质，如酒精和阿司匹林能从胃直接

吸收入血，且仅能少量吸收。

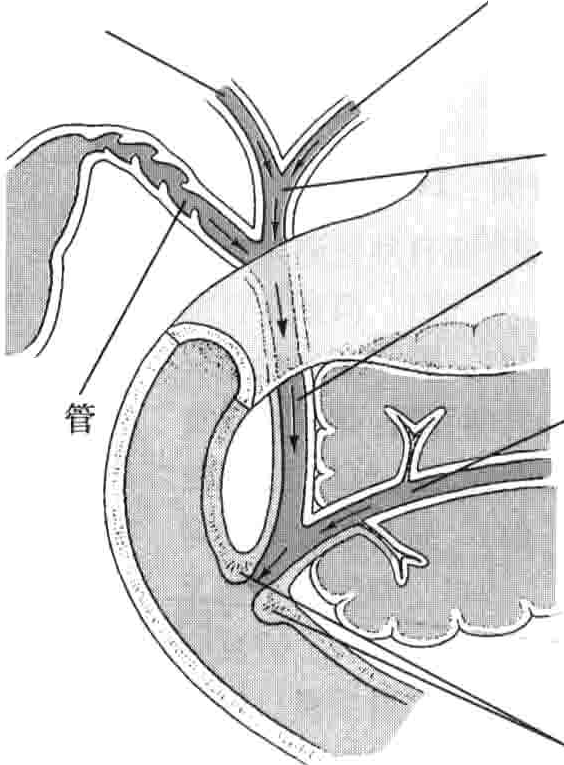
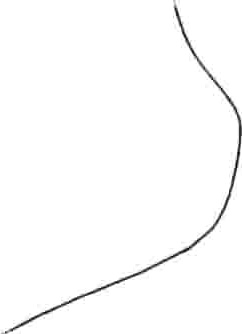
小肠

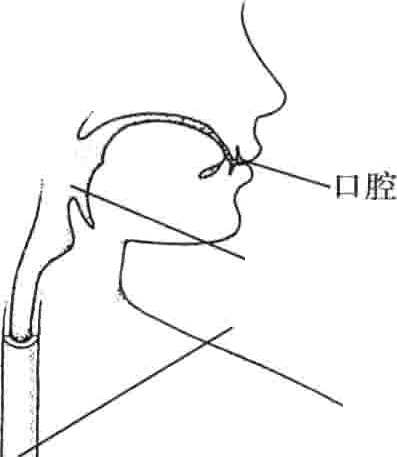
胃运送食物到小肠的第一段，即十二指肠。经幽门括约肌进人十二指肠的食物量受小肠消化能力的调节。

82 第3章 消化系统疾病

消化系统

＿

右肝管



咽部食管

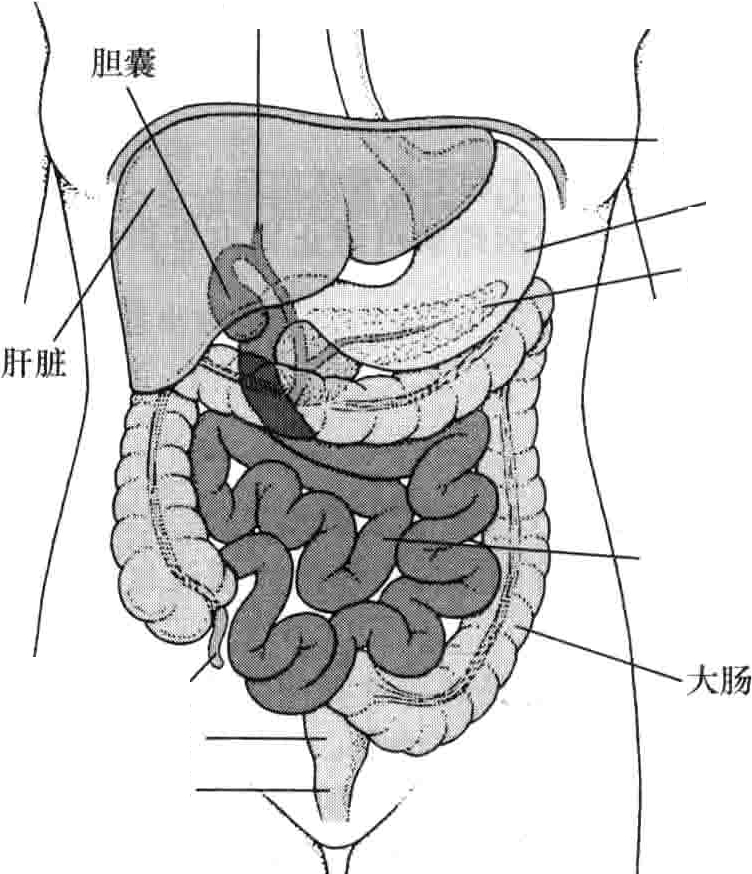
胆襄

左肝管

肝总管胆总管

胰管

胆道



脯肌

胃

胰腺

i

小肠

、寸，

\_ \_ 1

. ·

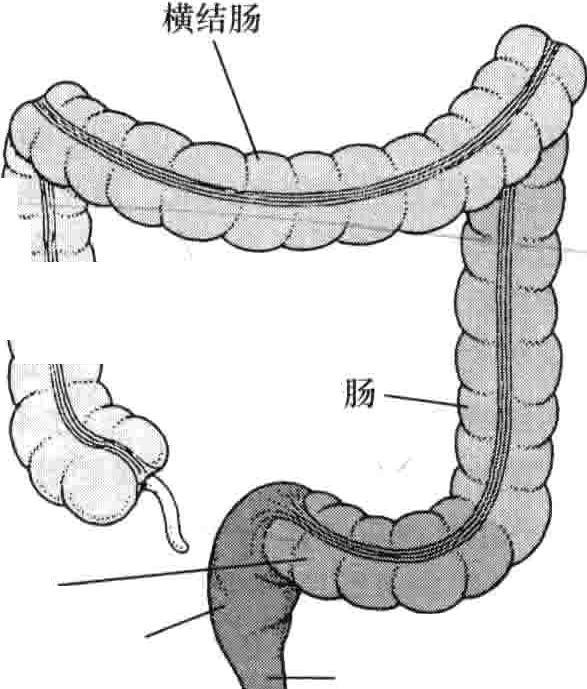
`J

奥狄括约肌

胆道



乙状结肠



结

阵

『

尾肠

阑 直

门

肛

＂

直肠

肛门

． 大肠

七

＂

.a...



若食物已充满，则十二指肠会发出信号使胃停止排空。十二指肠接受来自胰腺的胰酶和来自肝脏和胆襄的

胆汁。这些消化液通过奥狄括约肌的开口进入十二指肠，它们在促进食物的消化和吸收中起着重要作用。肠道通过蠕动搅拌食物，使其与肠分泌液混合，也有助于食物的消化和吸收。

十二指肠最开始的lOcn1左右表面光滑，其余部分则有皱褶、小突起（绒毛）和更小的突起（微绒毛）。这些绒毛和微绒毛显著增加十二指肠表面面积，更有利于营养物质吸收。

十二指肠以下的其余小肠由空肠和回肠组成，这部分小肠可吸收大部分脂肪和其他营养物质。搅拌

运动有利于吸收。同样，肠表面的褶皱、绒毛和微绒毛所形成的巨大表面积大大增强了吸收功能。小肠壁血供丰富，他们运载肠道吸收的营养物质经门静脉到达肝脏。小肠壁分泌黏液以润滑肠道内容物，分泌水分以溶解食物。小肠还释放少量酶，消化蛋白、糖和脂肪。

肠内容物的稠度随其在小肠中的运行而逐渐改变。在十二指肠，食物被胰酶和胆汁稀释，降低胃酸度。当肠内容物经过低位小肠时，由于水、黏液、胆汁和胰酶的加入而变得稀薄。最后，小肠吸收了几乎全部的营养物质和水，仅留下约lL的液性肠内容物进入大肠。

肠

上口

夕一

升 ．

勹

『

＇

叩

、

，

·

4 `

}

..

7

l

(

2

}

t

f

t

}

.

c `

.." .

一．

｀

千一山一

第1-7节消化系统生物学 83

`

胰

腺

胰腺有两种基本组织类型：分泌消化酶的胰腺腺泡和分泌激素的胰岛。消化酶进入十二指肠，而激素进入血液。

消化酶（淀粉酶、脂肪酶和胰蛋白酶）由胰腺腺泡产

生，经各种小管流入胰管。胰管在奥狄括约肌处汇入胆总管，在此处同胆汁一同流入十二指肠。这些酶以无活性形式分泌，只有到达肠腔才被激活。淀粉酶消化碳水化合物；脂肪酶消化脂肪；胰蛋白酶消化蛋白质。胰腺还分泌大量的碳酸氢盐，中和胃酸，保护十二指肠。

胰腺分泌的激素有三种：胰岛素，可将糖转入细胞内而降低血中糖（血糖）的水平；胰高血糖素，可刺激肝脏释放肝糖原而升高血糖水平；生长抑素，抑制上述两种激素释放。

肝 脏

素）被排入胆汁中，使粪便呈棕绿色。

·药物和其他废物在胆汁中排出，随后被排出体外。

·在胆汁吸收功能中起重要作用的各种蛋白质也被分泌入胆汁。

胆盐在末端小肠被重吸收，再被肝脏摄取，重新进入

胆汁，这种胆汁的循环称为肠肝循环。体内所有的胆盐一天大约循环l0~12次，每次经过肠道时，少量胆盐会进入结肠，并被细菌分解成各种成分。部分被再吸收，其余随粪便排出体外。

大 肠

大肠由盲肠、升结肠（右侧）、横结肠、降结肠（左侧）和乙状结肠组成，后者连接直肠。盲肠位于升结肠的起始部，是小肠和大肠的连接点c突出于盲肠的阑尾是一较小的，手指状小管，它的功能尚不清楚。大肠分泌黏液，主要负责吸收粪便中的水分。

肠内容物到达大肠时呈液体状，但到达直肠时常形

肝脏是有多种功能的重要器官，仅部分功能和消化 成固体状的粪便。定植在大肠的许多细菌能进一步消化有关。 ·-- 一些肠内容物，产生气体。大肠中的细菌还能产生一些

食物中的营养成分被吸收进入小肠壁，而小肠壁有 重要物质，例如在凝血过程中有重要作用的维生素K。大量微小血管（毛细血管）供血。这些毛细血管汇入小 这些细菌对正常的肠道功能是必需的，一些疾病和抗生静脉、大静脉，最后经门静脉进入肝脏。在肝脏内，门静．＿素能破坏大肠中各种细菌之间的平衡，导致黏液和水的脉分成许多细小的血管，流入的血液即在此进行处理。 分泌增加，而引起腹泻。

肝脏对血液的处理有两种形式：清除从肠道吸收来

的各种细菌和其他异物；进一步将肠道吸收来的营养物质分解成为身体可利用的形式。肝脏高效进行这种必须的处理过程，使富含营养物质的血液流入体循环。

肝脏生成的胆固醇约占全身一半，其余来自食物。约80％由肝脏产生的胆固醇用于制造胆汁。肝脏分泌的胆汁储存于胆 供消化时用。

胆囊和胆道

胆汁经肝管流出肝脏，二者合并为肝总管，肝总管和来自胆囊的胆囊管汇合成胆总管，胰管就是在胆总管通过奥狄括约肌进入十二指肠处汇合到胆总管的。

未进餐时，胆汁存储在胆囊内，仅少量流入肠道。当食物进入十二指肠时｀触发一系列激素和神经信号，引起胆囊收缩，胆汁被排入十二指肠与食物混合。

胆汁有两个重要功能：帮助脂肪吸收和消化；使体内一些废物排出体外，特别是红细胞衰老破坏所产生的血红蛋白和过多的胆固醇。特别是胆汁具有以下功能：

·胆盐增加胆固醇、脂肪和脂溶性维生素溶解性，有助于它们的吸收。

·胆盐刺激大肠分泌水、有助于肠内容物的运行。

·红细胞破坏后的代谢废物胆红素（胆汁中主要的色

肛门和直肠

直肠是紧接乙状结肠下面的管腔，止于肛门。通常 由于粪便存储于位置较高降结肠内，故直肠腔是空的。当降结肠装满后，粪便就会排入直肠，引起便意（排便）。成人和年长儿童可以忍住便意，直到他们到达厕所。婴幼儿则缺少这种肌肉的控制。

肛门是消化道远端的开口，粪便由此排出体外。肛门部分由肠道延续而成，部分由皮肤组成r肛门内衬部分表皮。肛门的环形肌（肛门括约肌）使肛门保持关闭，直至排便。

年龄的影响

由千消化系统具有强大储备功能，老龄化对功能的影响相对其他器官较小。但老龄化仍是某些消化系统疾病的诱因。一般而言，老年人更容易患憩室病，也更容易在服用某些药物后出现消化道不良反应（如便秘）。

食管：随着年龄增长，食管收缩的力量和食管上括约肌的张力下降，但食物的运动并没有受到影响。然而，许多老年人确实患有食管收缩障碍的疾病。

胃：随着年龄的增长，胃黏膜的抵抗力下降，直接导

84 第3章消化系统疾病

致消化性溃疡的危险性增加，尤其服用阿司匹林和其他非阳体类抗炎药者。同样，胃容量下降（由于弹性下降），胃排空率也下降，但这些变化一般不引起明显症状。年龄对胃分泌酸和胃蛋白酶的功能几乎没有影响，但导致胃酸分泌减少的一些疾病，如萎缩性胃炎就更常见。

小肠：年龄对小肠结构的影响很小，对肠内容物的运动和大多数营养物质的吸收都没什么影响。但乳糖酶水平下降，导致很多老人对乳制品不耐受（乳糖不耐受）。老年人比较容易出现肠道某种细菌增生过度并导致疼

．

商腹胀以及体重下降。细菌增生过度可能导致某些营养成分吸收下降（如叶酸、铁和钙）七

胰腺、肝和胆囊：随着年龄增长，胰腺总重量下降，部分组织被瘢痕替代（纤维化）。但这些变化并不降低胰腺分泌消化酶和碳酸氢钠的能力。肝脏和胆褒会随着年龄的变化出现一些大体结构和显微镜下的改变。

大肠和直肠：大肠并不因年龄发生太大变化，直肠会出现一些扩张。便秘比较常见，这一方面由于肠内容物经过大肠时有所减慢，更主要还是直肠收缩排便功能下降。

第18节

##### 消化系统疾病的症状和诊断

累及消化（胃肠）系统的疾病称为消化系疾病。有些疾病同时累及消化系统多个部位，有些疾病只侵犯一个部位或一个器官。

临床表现

有些临床症状，比如腹泻、便秘、消化道出血、反流和吞咽困难通常提示有消化系统疾病的可能。更多见的是一些非特异性症状，例如腹痛、腹胀、厌食、恶心等，既可见于消化系统疾病，也可见于其他系统疾病。

诮化不良是一个模糊的概念，对不同的人来说其表现大相径庭。它包括很多消化系统的问题，如消化不良恶心、呕吐、反流以及咽喉部的肿块感（ 球感）门

肠功能不仅在人和人之间有很大的不同，而且同一个人在不同时间也变化很大。很多人感觉他们在早上更

•

容易排便。早餐后30~60分钟这种便意最强烈。肠功能受饮食、精神压力、药物、疾病甚至社会和文化的影响。在多数西方国家，正常的排便频率可以在每周两到三次到每天两到三次这个范围内变化。排便的频率、性状、以及体积变化或者大便中出现血、黏液、脓或者多余的脂肪物质（油或脂）都提示疾病存在。

腹痛 ．

腹痛很普遍且经常较轻微。然而，迅速出现的严重腹痛，往往提示严重问题。这种疼痛可能是需外科手术的唯一表现并且是急诊手术。腹痛症状在青少年，老年人，以及感染艾滋病毒或者服用免疫抑制剂的人中需要引起特别的注意。年龄大的成年人腹痛症状较年轻人轻，并且进展更为缓慢。腹痛同样会影响儿童，包括新生儿和婴儿｀虽然他们不能把他们的痛苦用言语表达出来。

． 新生儿、婴幼儿以及幼龄儿童腹痛

疼痛原因

I II,

＿

描述



释叭

注

- - - --- -

胎粪性腹膜炎

幽门狭窄食管网

出生前肠道产生的墨绿色物质即胎粪，由于

肠穿孔和胎粪的渗漏导致腹膜的炎症和一

些感染

胃出口狭窄阻塞

上1/3食管内膜长出的横跨食管内腔的薄膜

婴儿在子宫或刚刚出生不久发生

喂食婴儿后出现剧烈呕吐

常出生后或4个月时出现＼难以吞咽固体

肠扭转

，一，



肠道发生扭转

\_...,

引起肠梗阻以及会切断肠道血供

常见的症状有呕吐、腹泻、断断续续而猛烈的绞痛

-

已，广

｀

耆 -

第l8节 消化系统疾病的症状和诊断 85

＼

一·--- -

续表

疼痛原因 描 述 注t释

,.... - ="'酝



＝

锁

闭

门

肛

肛门开口处的狭窄或阻塞

叠

套

肠

i

通常新生儿出生时即可被发现，并通常需要急诊手术治疗

匾梗阻

一段肠撑套入另一段肠濡中 1 偷 会引起肠梗阻以及肠的血供，会出现突然剧烈的腹痛，呕吐，血便

以及发热

通常发生在6个月至2岁的儿童

堵塞可完全停止或严重损伤肠内容物的 通常在新生儿及婴幼儿因出生时损伤、胎粪或肠扭转引起

蠕动 1 症状因梗阻类型不同而有所变化，可能包括腹部绞痛、腹胀、拒食、呕吐严重便秘腹泻以及发热

” i

＿＿－～－

／／ 急性胰腺炎

腹痛原因 铜'

广泛性腹痛 肠系膜缺血

糖尿病酮症酸中毒

阑尾炎早期

胃肠炎

肠梗阻

 上腹部疼痛

｀

急性胰腺炎

带状疤疹

肺炎

心肌缺血

仆 ，

脊神经根的炎症

5 . 4

`

i

腹膜炎

辙状细胞危象伤寒

．尸

右上腹痛



为一

胆囊炎肝脏肿大

g

I

肝炎

肝脏脓肿 ＇十二指肠溃疡穿孔

j

、、d..·-,.. .. ·- ·i" Ill·,,"., I ',

呱司一

， 叶

．

，

＿

一

＇，

，

『

一

＇ ．．

＂伽『

认可

．

们 付

．

业

气＇丿－

＇ ．

一

小川

丿

下

、

寸

｀

L

G ?

1

.-

7 , n

11

-

L'

ir

}

I

f \ i

p-

“}

” “ A” l ., 4

I l

' I

I

” , L

}

1

J

· i 1\_

“i

n " I

4 f

m

i

G

14

1

气.....,.. -”...心---..-l,.\_.,,,. JA

左上腹痛胃炎

寸

．

尸

，

尸

/ 1

j

11 .

J

l

,”“

I

脾脓肿脾破裂



,知`..-七~~-」- -l二－－－一-......它..,

－

，

－

－

一

＇，

＿

一

胪

一

！

『

－

『

、

｀

、伽

｀

｀

, '

, ,

i

F-

5 i

Li

II

, .

Il

I

}

-

f

J

~

”

,

4



右下腹痛

严

--

I

`

J

i j l

，

干

比

内气

尸．

，一

、

＿，

少

一

几 心广 一

．

一

匕一

－

了

、

二．、

＂**．**

j

t

F

6

-

-

4

\_

,i

}

\_0

. Iii

-u

r

\_

l

3

' t

}

-

J

.

t

t

,

f

J

ll

i

-

阑尾炎

``...“心月，．口|I I



I1/

，千，l『噜 左下腹痛

l

.

，

旧一 ．

，

．一

，

一

，

荨

斗

．

屯

一．

｀

勹

，

＿

i

i r g

.

u

, 9

- 7

.i i

g

1

nl

l r

}

j

:\_,-'11'. fi' ..

4 1 A 1 1

h

憩室炎

Meckel憩室腹部淋巴结肿大

畴'~..:－曹・ 「一．一 --

勹

憩室炎

腹腔脓肿

腹部深部挫伤膀胱感染

子宫内膜异位症嵌顿抽或绞窄拙肠道炎症性疾病

下腹部疼痛

经间痛

骨盆炎症性疾病肾结石

腹动脉瘤破裂 ＿

宫外孕

卵巢或睾丸囊肿扭转

甘,,



86 第3章消化系统疾病

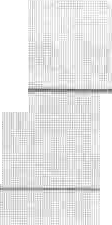
病因

腹痛可由以下任一病变引起，包括感染、炎症、溃疡形成、脏器穿孔或破裂、梗阻造成的肌肉收缩不协调或者收缩障碍，以及脏器缺血。 一

对千会迅速危及生命的病例，需马上做出诊断和外

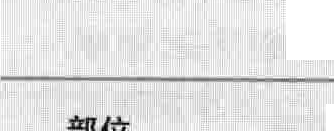
和体征（比如虚弱、乏力、苍白、胸痛和眩晕）。

li



I

u11111出血原因11



厂厂I, .—- 1 ~”: ;;·· 1



II jIII l?'4竺II1 ;I II叽III'/｝｝a,原；；］i1:：：因1 1 1. j I



I I I 吓

科手术，包括腹腔动脉瘤破裂、胃肠道穿孔、肠缺血（肠

广 I .,I II 七II '..- II II

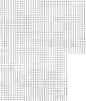
平泣

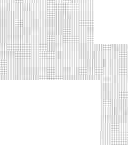
I|1 于气」 一」＋－ I



系膜缺血）以及宫外孕。还有一些严重的急症包括肠梗

III· III II III III ,,'II| II'1,

II l志心」－甲｀十二指肠



·II

11:11.

iii 111'111 " iii,.I

i \_

'

，

，

＇，＇

l.11"iii•'111.'.

. 1111

阻、阑尾炎和急性胰腺炎。腹膜炎的疼痛是由腹腔内壁

（腹膜）的感染所致，它源千各种疾病导致的腹腔脏器炎症以及感染（比如阑尾炎和憩室炎）造成的腹膜炎症，或者肠内容物渗入腹腔（如溃疡穿孔）。

有时、位于腹腔外的疾病也会导致腹痛。比如心肌梗死、肺炎、睾丸扭转。其他导致腹痛的问题包括糖尿病酮症酸中毒、叶啾病、锻状细胞病以及咬伤和中毒（比如黑寡妇蜘蛛咬伤、重金属或甲醇中毒、蝎子赘等）。

评估

有时，疼痛的性质和部位可帮助医生确定病因。阵

`...



下消化道！I'



－

丈．＾儿，“－..五`I.II IL...





｀：，或血｀不良引起的大肠炎症



Ii,Ii!I

发性疼痛往往提示脏器梗阻，可见于胆结石、肾结石或肠

梗阻。而消化性溃疡引起的多为烧灼感。憩室炎的疼痛多局限于左下腹，而腹膜炎多为全腹痛。胰腺炎时，坐位及前倾位可减轻疼痛，而在床上翻滚等剧烈活动后可加剧腹痛。

通常｀医生必须做一些检查来鉴别由患者症状以及体格检查提示的几种病因。腹腔CT有助于鉴别很多，但并非全部的腹痛病因。血、尿检查也经常使用。当怀疑妇科疾病时，超声会很有帮助。

治疗

应对引起疼痛的特定原因进行治疗。但至今医生们仍认为在明确诊断前给严重腹痛患者止痛药物不明智，因为镇痛药物可能掩盖严重的症状。而止痛药经常在检查进行中给予患者。

消化道出血

从口腔到肛门的任一消化道部位均可发生出血。出血可表现为呕吐物带血（呕血）。活动性出血且量大时，呕出血液呈鲜红色，反之，出血量少或巳停止时，由千胃酸对血液的不完全消化作用，呕血呈咖啡色。

出血也可以通过直肠，表现为柏油样便（黑便）和鲜红血便（便血），而如果出血量每天少于5~l0ml，将会是近乎正常的大便。当出血来自食管、胃或十二指肠时，多为黑便，这是因为血液停留在胃肠的数小时内，受胃酸、酶以及肠道内正常菌群作用的结果。当出血来自大肠时多为血便，上消化道出血速度较快时亦可表现为血便。

严重而急性的失血可伴随出现脉率增快、血压下降、尿量减少，患者可出现肢端冰冷，严重失血会因大脑血液灌注减少而出现意识模糊、定向力障碍、嗜睡，甚至出现严重低血压休克。慢性失血时，可出现一些贫血的症状

病因

引起出血的原因有很多，包括消化性溃疡、肠道动静脉吻合异常（动静脉畸形）、食管静脉扩张（食管静脉曲张）、某些特定药物的刺激（阿司匹林或其他非肖体类抗炎药物）、炎症性肠病，结肠憩室病和肿瘤。

无论出血原因是什么，慢性肝病患者、有遗传性凝血功能障碍疾病的患者以及正在服用某些特定药物的患者更容易出现出血症状，且症状更严重。易引起出血的药物包括抗凝剂（比如阿司匹林和华法林）和影响血小板功能的药物（比如阿司匹林＿、其他NSAIDs和氯咄格雷）。

评估

医生应尽力找到出血准确部位、出血速度以及出血原因。患者的症状和体格检查（包括直肠指检和便隐血实验）往往会提示出血原因和部位，以提示进一步检查方案。

如患者已经出现呕血或呕深色的混合物（提示可能存在部分消化后的血液），医生应将一根细塑料管从患者鼻腔插入胃中（鼻胃管）并吸出胃内容物。血性容物常提示活动性出血，而深色混合物则提示出血减慢或者已经停止。有时，尽管患者正在出血，但却没有出血的征象。如果患者大量便血但却没有呕吐的症状（排除由痔疮引起的出血），也应当使用鼻胃管，因为出血也可能来源于上消化道。鼻胃管应一直留置到管中的液体变清亮，确定所有的出血都停止为止。

如果插入鼻胃管后发现活动性出血征象，或者患者症状明显提示出血始于上消化道，医生通常进行胃镜检查。胃镜是通过一个称作内窥镜的软管在直视下对食管、胃以及小肠的第一段（十二指肠）进行检查。胃镜可使医生看到出血点并可直接进行治疗。同样，如果症状提示出血起始于下消化道，或者胃镜没有发现出血点，可

｀

千－－

第18节 消化系统疾病的症状和诊断 87

，

以行结肠镜检查。

某些罕见情况，内窥镜（胃镜和肠镜）无法发现出血的来源，对于这种患者，如果出血严重，医生有时需进行血管造影术或注人放射性核素标记的血红细胞发现出血部位。通过一种特殊的扫描相机扫描出放射性核素，这样就能显示出出血的大概部位。如果出血慢，医生可选择给患者服用液态钡后X线透视检查。还有一种胶囊内窥镜，主要应用于小肠疾病的检查，但在结肠和胃的检查中作用不太大。因为这些器官太大而无法得到其内膜的清楚图片。

医生还应进行血液检查，血细胞计数可帮助判断失血量，血小板计数降低则是出血的危险因素。其他血液测试包括凝血时间(PT)、部分凝血活酶时间(PTI），还有肝功能，可以帮助发现凝血异常的问题。

治疗

急性、严重的出血患者需静脉输液治疗，有时需要输血从而稳定生命体征。凝血功能障碍的患者可能需输人血小板或新鲜冷冻血浆或注射维生素K。

大多数胃肠道出血可自发停止，如果无法自行停止，医生通常可在内窥镜检查中通过电凝设备、激光或者注射特定药物止血。出血性息肉可使用圈套器或其他设备切 除。如果这些方法仍然无法止血，则患者需外科手术治疗。

胸背痛

胸部中段或后上背部疼痛多由食管、心脏或大动脉疾病造成。症状可能会比较相似。胃食管反流(GERO)是由于胃酸反流入食管产生，可有胸骨后烧灼感和紧缩

感，这些和心源性胸痛相似。食管痉挛或其他食管肌运动障碍造成的挤压感也和心脏病症状类似。

一些症状更倾向于食管疾病。胃灼热感是由于 GERO诱发的一种烧灼感，多位于胸部，有时升至颈部以及咽喉通常在进食后或躺下时出现。在美国、烧灼感是最普遍的消化系统症状之一。仅仅发生于吞咽时的不适也提示食管疾病3劳累时出现的胸部不适并且在休息后消失，常提示心脏疾病。然而，由于这些症状常会有重叠并且心脏病通常会非常危险，医生经常会在进行食管疾病检查前行胸部X线、心电图以及心脏负荷试验。

一般在明确病因后给予相应的治疗，然而，对有非常典型症状的胃食管反流患者可给予抑酸疗法。

便秘 身，

便秘是指患者排便次数减少，或者排便困难。

便秘有急性和慢性。急性便秘往往出现的很明显且突然。慢性便秘常缓慢出现，有时待续数月或数年。

便秘患者常常或总是有难以排出的硬结大便，直肠无法感知其是否完全排空。排便次数也很少。很多人认为如果一天不排便，就是便秘。然而，不是每个人每天都会有排便的。并且排便减少并不一定表明就是存在便秘，除非和以前的排便习惯相比，近期发生了显著的变化。如果大便的颜色和性状没有太显著的变化，人们通常不会患便秘-O便秘有很多症状（如腹部不适、恶心、疲劳和食欲缺乏），也可能实际上是源于其他疾病（如肠易激综合征和抑郁症）的一个症状。因此人们不能期望每天进行排便就可以使所有的症状得到缓解。

ill t::

ill I I II II IIIIII|：，便秘的原因『，Il:I,::lI;||II. ;[」!i +II,II|．，『i|1:叮1］lllI';I廿t』/I[ ll飞II,『1”i;1I, :[]I,:I, [I

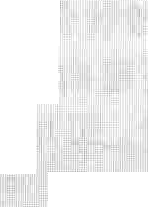
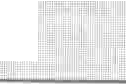
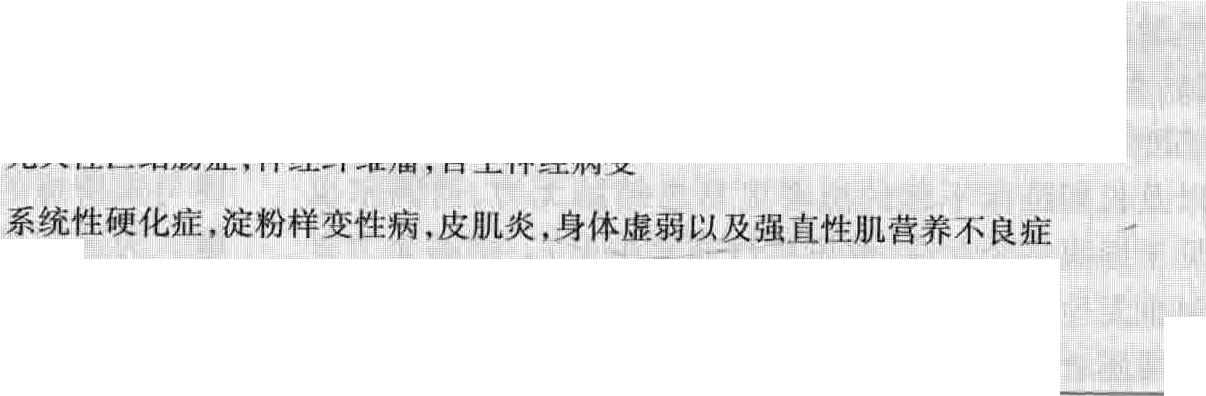
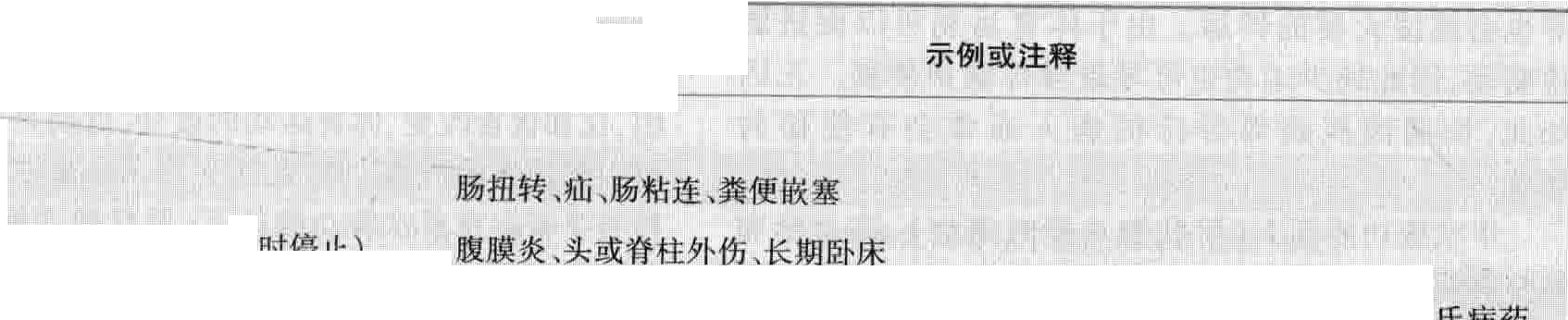
|1!1I'11，节

）

1



I,I



I,

I II I I1 原1II因I 』

,l”)I

I II

III I:II仁 1 i,I广

II'IIII ,II ,，． I| n |示例

急性便秘

II

TIlll)

|

1, II ·E

Il II

I 1 1||!,II

". I」11 ～ 1勹

急性声梗阻

1][ III I I

II| I

麻痹性曰尸熙雇陶E贯收缩覃·之；1：lIf丑］产 III II,II !II,IlI, IIIIliIII”'II 』III ;[,Il旷II I.I

II

II!III ,II.I，训1＇I: II: Ii1胃，IIII',I|,lf ii.I',Il”|II「II:IlII.,IIJ IiI!IIl.I. IIli!1: lI,J; 11』llup :I: IIlI'

药物III I' i

I, III III,ImII II口

慢性腹泻

II『III

IIII1」枷副妞顷咖咖吓，I（如岫伽房，lII勹压妇卢绪加如隘1“气m动·、

, I, lI”. I', !I:. l\·1: [, I|.『III'iiII':I:II

I: :1平**I**I','1.` l|', : I II 1 :『ll

,i

II』i II,IIII. IIIII

i

I[I;

畴商；I,,

噙性疾病·11[,[,',',IIII IlI,I

Iii

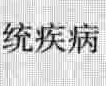
J 11常见，且随肿瘤生长便秘会加重l [I II.! \|:

i11 IIlIl i

lllI,II IIIIII,EIIII II』

Ii中枢神经系统疾病i

1

围神经系

.

门，

，

甘

·

l ; ; ;

覃房颇申俨岗，宁狙启卿畔卫叩；但l(II11种产缺，陷昆致,的,L洌．如购

I，帕金森和多发性化症，i|1，啊中产或脊卫，响'I:ll:『j『II.I.II:I.IIII.j1:.I,l『,』l; :I:: l,1圃

IIl

Il

压匡矗，嘉吵畛亟百I［五吵扭枷lli1:,I』i1] \l11'1/1IlI]I'IIIlII II”[IIIJ|:l,II,II \.IlI,l.

11 i1,l，价！111llll,II订lIII

I

萨合合

”

. i

|||,', l ;·'it叶，l，, ·,

;III,I: fFl尸，，月[ IlI'iIii.

II讥，j，II,[. ll“Il,llI;

系统性竺爽I. I:

11,

,II

II`II[l,I 4仁 . 1

功能型疾病I

吵

. . '

· '

饮食

结肠无力症，I肠激惹综合征I i|,, I I Ill、I::, :I.`I.II,l『 :!埋 i「I[ }| elI]:}7,1[JiII.lI'I!l:, I

低纤维饮食或因麟用缓泻药合1: I I.:I II1 1

「t

,I I

:j!.

i

1II|UI

1: 'II

．．

吵

: '. .r

\_

～～”一．』．，-··

88 第3章消化系统疾病

并发症：用力排便可导致肛门周围静脉压力增加并导致痔疮形成。用力也导致血压升高，尽管是暂时的，但却可引起其极端的升高。

便秘是憩室病发生的主要危险因素之一。由于要排出小而硬的粪便，大肠中的压力升高，从而导致肠壁的破坏。大肠壁的损坏可导致气球样痪袋形成或者外荷包样囊袋（憩室）形成，它们可造成阻塞或发炎。

粪便嵌塞，指粪便在末段结肠和直肠变的干硬并阻塞肠腔，阻碍其他粪便通过，常在便秘的患者中出现。这种情况在老年人群、孕妇以及结肠无力的患者中更常见，粪便嵌塞会导致腹部绞痛、直肠疼痛以及强烈却无法排出粪便的便意。有时，水样黏液或者液态粪便会从阻塞处渗出，从而产生腹泻假象。粪便嵌塞可导致或使便秘进一步加重。

对千正常排便规律的过分关注导致人们滥用缓泻药拴剂以及灌肠疗法。实际上，过度使用这些治疗会抑制肠道收缩蠕动并进一步加重便秘。

病因

某些疾病和药物使大肠蠕动减缓而诱发便秘。便秘有时也可因脱水和低纤维膳食所致。疼痛及抑郁等精神性疾病也可在某种程度引起便秘，但实际上．患者便秘的原因并不清楚。

粪便传输减缓：当粪便在大肠中传输减慢时，通常就会出现便秘。正常情况下，水分在经过大肠时被吸收，粪便移动减缓使大肠从粪便中吸收更多水分，使粪便变得干燥、硬结并且难以通过大肠而造成便秘。

氢氧化铝（在抗酸治疗中广泛使用）、水杨酸

铁盐、一些抗胆碱药物（如很多抗组胺药和一些抗抑郁药矿 某些降血压药物、阿片类药物以及很多镇静剂等也会减缓大便的转运。由于体育运动可以促进肠道蠕动，因此缺少运动也可导致慢传输型便秘。正因如此，长期因疾病而卧床的病人通常会有便秘的症状。

甲状腺功能低下（甲状腺功能减退症）、高血钙和帕金森病等也会使粪便转运减缓。糖尿病患者也常发生部分消化系统运动减缓的情况。其他情况，包括大肠血供减少以及神经、脊髓损伤，也会减缓肠蠕动导致便秘。

肠蠕动极度减缓，称为结肠无力，大肠不会对排便刺激（比如进食、充满内容物的胃和大肠及粪便进入直肠）做出反应。大肠收缩功能减退或直肠对粪便的敏感度下降会导致严重慢性便秘。老年人、及其虚弱的人以及长期卧床不起的患者更易患结肠无力，但偶尔也见于健康年轻女性（健康男性非常少见）。结肠无力有时也发生在习惯性推迟排便、长期服用缓泻药以及长期灌肠者。

脱水和低纤维饮食：脱水引起便秘是因身体为了保

持血液中的水分，常常需从粪便中吸收更多水分。饮食中纤维（食物中难以消化的部分）减少可导致便秘，是因为纤维可保待粪便中的水分不被吸收并且增加它的体积，以使粪便更易排出。

梗阻：便秘有时可因大肠的梗阻所致。恶性肿瘤，特别是大肠末段肿瘤，如肿块阻断粪便移动，很可能诱发梗阻。既往进行过腹部外科手术的患者也可能发生梗阻，尤其是小肠手术后，这是因为纤维组织会形成环带结构

（粘连），会导致粪便运动受阻。

排便困难：排便困难是指由于无法控制盆腔和肛门肌肉造成的难以排出粪便。正常排便过程需放松骨盆底肌肉（这些肌肉支撑膀胱、子宫以及直肠）以及保持肛门闭合的环状肌，不然即使非常用力，也无法排便。患有排便困难的患者会有排便的感觉但却无法排便，尽管粪便并不坚硬至难以排出。

引起排便困难的情况包括骨盆底痉挛（一种肌肉协调紊乱），肛门痉挛（排便时括约肌无法松弛），直肠前突

（直肠 突入阴道），肠症（小肠和腹壁内层突入于子宫和直肠之间或者膀胱和直肠之间），直肠溃疡和直肠脱垂（直肠黏膜经肛门脱出）。

年龄：便秘在老年人中更普遍，与年龄相关的大肠功能的改变，伴随着药物使用的增加、低纤维饮食以及减少的体育锻炼都会使粪便在大肠中的传输减缓。在某些疾病的病程中，粪便传输减慢很常见。随年龄增加，直肠容积增加，同样增加粪便在直肠中的存储量，更易形成硬结粪便在直肠中的嵌顿。

疼痛以及心理因素：慢性疼痛以及心理因素，尤其是压力，是急慢性便秘的常见原因。大脑内某些物质水平的改变，如5－轻色胺，可以影响肠道。

评估

当患者第一次患便秘时，医生应首先寻找简单的原因，比如饮食改变、体育运动的改变，近期是否服用已知可引起便秘的药物。然后，医生可采埠逋l液系统测试来检查是否存在甲状腺功能低下（甲状腺功能减退症）以及高钙血症，这些都会导致便秘。如果诱因是肿瘤问题，则要进行结肠镜检查。

预防

规律的锻炼、高纤维饮食、多饮水以及偶尔使用缓泻药是预防和治疗便秘的最好方法。当患者服用可能导致便秘的药物时，可增加摄人膳食纤维以及水分的同时使用缓泻药以预防便秘。蔬菜、水果、麦敷含有丰富的纤维。很多人发现每天食用撒有2~3汤勺未精炼的谷物麦肤的高纤维谷物或水果会很舒服。为达到更好的效果，纤维需和足量的水分一同摄入。

治疗

如相关疾病引起便秘，必须治疗。排便困难很难

.....

｀

．

第18节 消化系统疾病的症状和诊断－89

矗｀

用缓泻药治疗｀放松锻炼以及生物反馈疗法对某些骨盆肌紊乱的患者很有效。肠茄以及大的脱肛常需外科治疗。

粪便嵌顿无法通过改变饮食或简单服用缓泻药解

决通常需医生或护士戴手套后用手指移除，移除后通常要给予灌肠剂。

过度治疗，尤其是长期使用刺激性缓泻药、刺激

性栓剂及灌肠剂，都会导致腹泻、脱水、痉挛和缓泻药依赖。

缓泻药：很多人利用缓泻药改善便秘。有些缓泻药

长期使用是安全的，其他的则最好偶尔使用。有些对预防便秘有效，其他的则用千治疗。

容积性泻剂，比如麦 及车前子（存在于很多蔬菜纤维中），可增加粪便量，亦可刺激肠道自然收缩，使粪便更软而更易通过。容积性泻剂作用起效轻而缓，并且是促进正常肠蠕动最安全的方法。这种制剂一般小量起用，逐渐增加直至恢复正常。并且使用时应当饮用足够水分。这种类型的制剂可能会引发一些问题，比如肠道产气增多（胀气）。

粪便软化剂，比如多库酣钠，可帮助粪便保留更多水分。实际上，这种缓泻药类似于清洁剂，可减少粪便的表面张力，，使水分更易渗透粪便而使粪便软化。此外，由于

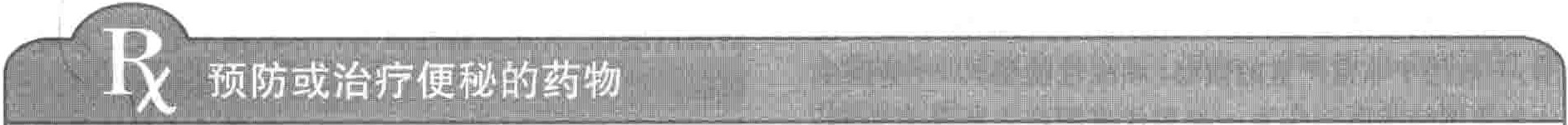
药物作用略微增加了大便的容积，也可刺激大肠自然收缩使其更易排出。然而有些人会感觉软化的粪便令人感觉不太舒服。粪便软化剂非常适用于不能用力排便的患者，如痔疮患者或近期手术患者。

渗透性泻药会使大量水分进入大肠，使粪便软化松

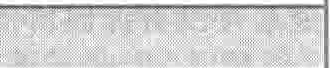
弛。多余液体可使大肠内壁伸展，刺激其收缩C',这些缓泻药含有难以吸收的盐和糖的成分，在肾病或者心脏衰竭的患者中，可引起液体游留，尤其是在大剂量或者频繁使用时。渗透性泻药中包含可被部分吸收入血的镁和磷酸盐的成分，对肾功能衰竭患者有害。口服磷酸盐泻药所致肾功能衰竭虽然极其罕见，但偶有发生。这种缓泻药往往三小时内有效。其也可用千消化系统X线检查以及结肠镜检查前的清肠。

刺激性缓泻药含有刺激性物质，例如番泻叶和鼠李

（用其树皮制成的缓泻剂），这些物质刺激大肠内壁，引起收缩并使粪便蠕动。刺激性缓泻药通过口服，通常在 6~8小时内可使半固体的粪便排出，但这种缓泻药经常引起痉挛。同栓剂一样，这种刺激性缓泻药通常在15~ 60分钟内见效。长期使用刺激性缓泻药可导致色素沉着引起大肠黏膜的异常改变（称为结肠黑变病）。同时，刺激性缓泻药有成瘾 而导致排便系统倦怠．从而进一步导致大肠逐渐依赖于这个药物。所以，刺激性缓泻药



药物 不良反应 评价

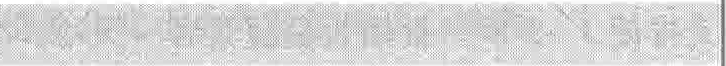
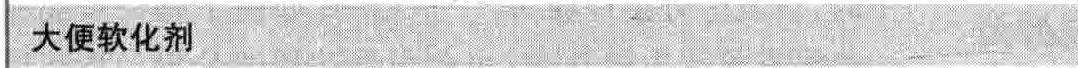
归气鹭祀霪霪蒙r、可荨詈，孕蠹量、崎 望望5芦



敷皮 胀气，腹胀 膨胀剂通常用于防止或控制慢性便秘聚卡波非

甲基纤维素

车前子

望望

多库酣 恶心（特别是用糖浆／液配方） 大便软化剂可用于治疗便秘并预防便秘

###### 虢黜霆麟霾晕想丛彗望言雪孽霓庐譬

乳果糖 痉挛腹胀（乳糖，山梨糖醇） 渗透剂是治疗便秘的效果比预防更好镁盐（镁，拧檬酸镁）

聚乙二醇磷酸钠 山梨糖醇

### 霆罚詈麟髻硐霄髦飘霞舅贮量暑麟厨矗畛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 比沙可 | 腹部疼痛（痛）；长期使用会损伤大肠 | 刺激性泻药不能用于肠梗阻。鲁比前列酮可用于慢性 |
| 鼠李 |  | 便秘 |
| 跑麻油  鲁比前列酮 |  |  |
| 塞纳 |  |  |

90 第3章消化系统疾病

通常只建议短时间使用。在需要服用某些会引起便秘的药物（比如阿片类药物）的患者中，可以给予此类缓泻药用于预防便秘。一种新的刺激性缓泻药，鲁比前列酮，可以使大肠分泌更多的液体，而使粪便更易通过肠道。不同于其他刺激性缓泻药，鲁比前列酮长期使用是安全的。

灌肠剂：灌肠剂可以在直肠和低位大肠中机械清洗

粪便。小剂量挤压瓶装灌肠剂可以在药店直接买到，同时还会有一个可重复使用的挤压球。然而，通常小剂量灌肠剂是不够的，尤其对直肠容量随年龄增加的老年人。大容量的灌肠剂是袋装的。

清水是可用作灌肠剂的最佳液体，水温最好在室温至稍暖之间，不冷也不热。大约150~300毫升可以直接灌入直肠。（注意：过分用力很危险。）水分会随即散开，冲洗粪便。

市售的灌肠剂通过含有小剂量的盐，通常是磷酸盐。磷酸盐也可以加入自做的灌肠剂中，这相对千白开水来说更先进些。

肥皂水灌肠剂可以增加刺激性缓泻药的效果，且有时在使用白开水灌肠剂失败后有效，然而它可能引起肠道痉挛。

一些其他物质，包括矿物油，也可以加入到水制灌肠剂中，然而，效果并没有太大改善。

很大剂量的灌肠，称作结肠灌洗，在临床中很少使用，一般用于非常严重的便秘（顽固性便秘）。一些医生认为使用结肠灌洗作为一种替代来清洗大肠是有益的。茶、咖啡以及一些其他物质经常加入至结肠灌肠剂中，但是这并没有保健价值，并且可能存在风险。

腹泻

腹泻是指排便量、大便水分以及排便频率增加。

仅排便频率增加并非腹泻的定义。有些人正常每天排便3~5次。食用大量蔬菜者一天可产生1磅的大便，但这种大便成形很好且没有过多水分。当肠道无法从粪便中吸收足够水分，使大便松弛而无法成形时，就会发生腹泻。腹泻经常伴随排气、痉挛及紧迫排便。如果腹泻是由于有机物或者毒物引起，会伴随恶心和呕吐。

腹泻会导致钠钾镁氯化物及碳酸氢钠从血液中丢失。如果大量水和电解质丢失，患者会感到虚弱、眩晕

（昏厥）、心跳节律不正常（心律失常）以及出现其他严重不适，在年幼、年长、虚弱以及严重腹泻患者中，这种风险更高。腹泻是发展中国家婴幼儿死亡的一个主要原因，在美国也是导致很多患者住院的原因。

病因

正常情况，粪便含有60%~90％的水分，腹泻主要在水的成分超过90％时发生。如果粪便在消化道中运

行过快，或者如果粪便的某些成分妨碍大肠吸收水分，或者水分从大肠中分泌到粪便中，粪便就会含有过多，水分。有很多诱因，包括药物和化学物质，细菌、病毒

或者寄生虫感染，一些食物，精神压力，肿瘤，还有一些慢性功能紊乱如肠激惹综合征、炎症性肠病以及吸收不良综合征。

粪便转运加速是腹泻最常见原因之一。粪便只有在大肠中保存固定量的时间才有正常的浓度。粪便太快通过肠道就会为水样。很多病症和治疗会减少粪便在大肠滞留的时间，比如甲亢、卓－艾氏综合征（继发于肿瘤所致的胃酸分泌过多）屑大部切除术、小肠或大肠部分切除术、外科肠道旁路手术以及一些药物（如含镁的抗酸剂、缓泻药、前列腺素、胫色胺以及咖啡因）。很多食物尤其是酸性食物，增加粪便的传输速度。很多人对特殊食物不耐受从而在食用后出现腹泻。精神压力和焦虑也一直是常见原因。

当一些物质无法被大肠吸收时会发生渗透性腹泻，这些物质会使过星的水分残留在粪便中，导致腹泻。一 些食物（如某些水果和豌豆）以及乙糖醇、山梨聚糖、甘 露醇（在保健食品、糖果以及口香糖中用作糖类物质）都可引起渗透性腹泻。正常情况下，乳糖分解酶在小肠 将乳糖分解为葡萄糖和半乳糖，便于吸收入血液。缺乏 这种酶的人喝牛奶或食用奶酪时，乳糖无法被消化，在 肠道内堆积，引发渗透性腹泻一称乳糖不耐受。渗透性腹泻的严重程度取决于食用渗透性物质的量一，当人们 停止食用或饮用这些物质时，腹泻就停止。消化道中的 血液也是一种渗透性物质并造成黑便以及柏油样便。渗透性腹泻的另一种是肠道正常菌群的过度增殖或者 消失，抗生素通过杀伤肠道正常菌群而引起渗透性 腹泻。

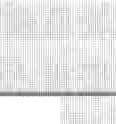
当小肠或大肠分泌盐（尤其是氯化钠）和水到粪便中时，会发生分泌性腹泻，一些毒物（如由于感染霍乱或一些病毒时产生的毒物）也会引起这样的分泌。某些细菌（如弯曲菌属）和寄生虫（如隐抱子虫）感染也会刺激分泌。霍乱时，腹泻量会很大，可达到每小时一升。其他导致水和盐分泌的物质包括一些致泻物质，如苞麻油和胆汁酸（可能在部分小肠切除术后增加）。一些肿瘤，如类癌屑泌素瘤血管活性肠肤瘤，也会导致分泌性腹泻某些息肉也可以。

当大肠内壁感染、溃疡、充血时会出现炎症性腹泻，肠壁会释放蛋白质、血液、黏液以及其他液体，而增加粪便的体积和液体的含量。这种腹泻可由多种疾病造成，包括溃疡性结肠炎、克罗恩病、肠结核以及肿瘤，如淋巴瘤和腺癌。当病变累及直肠时，患者常有里急后重感，并且排便频率增加，这是因为发炎的直肠对粪便引起的扩张更敏感。

．一

｀

第l8节 消化系统疾病的症状和诊断 91

:I「.:：；引起腹泻的食物1和药物



' 食物和药物 !i'II II.1 引起腹泻的成分II

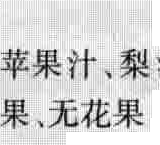
检查直肠和结肠的内壁，有时还需镜下取肠壁组织活检。有些情况粪便量经过24小时才可被确定C1患者是否自行秘密的使用缓泻药也可通过粪便标本进行识别c

-'II'II IIIl I,I

I !!, I \_'.II II,I II Il J 治疗

孽汇，梨江兑瘫月香畴，薄薄荷II; IIII，女l．1已糖醇、山俨孽

I1i1「II.I1 !Il \I 1 i甘露陪 ·1 II~



汁、葡萄鼻畿墨椰树覃江果翡「1 ]i lIII •



I.l :1笃配1尤扣胚丕吓甲丿I::'} IlflI II

腕糖 I l| |l, I'tIII』广I III:III: 1 1』 I'}:1II',l!I1晌糖1 

牛奶｀水淇淋I`、奶酪、冻奶酪、乳酪＄巧 II乳果糖

腹泻是一症状，要针对病因治疗。对于大多数人，在身体自愈前，仅去除病因，就可制止腹泻。病毒感染通常在24~48小时内自愈。对于脱水患者，需输液维持水、糖和盐的平衡。只要患者没有剧烈的呕吐，就可经口给予液体。重症或存在严重的电解质紊乱患者需静脉输液，甚至住院。

克力一厂'1 1:,, ii'." I

;·,i

:,: :口 II, l: i11 ::'''illl !,,'I l l,Iii!']II',,] I

"II

很多处方药以及非处方药都可有效治疗腹泻。非处

含镁的制｝酸剂 ，，III| IIl:H l, I ;llI ii丿 镁I|l|II|l』



咖啡荼；可乐、一些非处§药的证痛药 叨忭I罪因1111』

方药包括吸附剂，可吸附导致腹泻的化学物毒物以及感染物质。有时吸附剂也会帮助大便成形。 剂对很多腹

iI !]1l心·1 lIII：盯II,k'|1 ;1下

III

不含脂肪的薯片、不含脂肪的冰洪淋ir

|.It

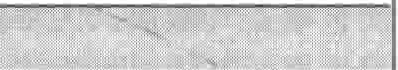
荒糖聚酶—.Jh．卜心1『i

泻患者也有效，其常见的副作用是会使大便变黑。其他可使用的药物包括洛 丁胺、可待因以及地芬诺酷等。

用于治疗腹泻的处方药包括阿片类药物以及其他可使肠肌肉松弛的药物。用于慢性便秘的容积性药物，如车前子以及甲基纤维素，有时对慢性腹泻也有效。

｀｀

药物 不良反应 评价

霓雪贮看霆鬓

碱式水杨酸 ＿ C 不易耐受 吸附剂不如肠肌松药白陶土 更有效

果胶

#### ＿尸雪譬 霎

可待因 大肠梗阻如果怀疑是感染引起地芬诺酷 的腹泻，应慎用

洛 丁胺＊

复方樟脑酐（鸦片酐）

“有些含洛 丁胺的制剂是非处方药

评估

评估强调腹泻是急性（突然发生且仅存在短时间）还是慢性（持续的）。

对于持续72小时以上的急性腹泻（或者很快出现便

厮虚弱、发烧及严重腹痛），医生应谨慎考虑。如果依据医生的判断，患者并未出现脱水或病情不是非常重，并且腹泻也不严重且持续时间短于1周，一般不需过多检查。否则可能需抽血检查电解质、白细胞计数、便隐血实验以及检查感染菌（如弯曲菌，耶尔森氏菌；或者寄生虫，如阿米巴，贾第鞭毛虫，隐抱子虫等）。有些感染的原因可在显微镜下直接看到，有些则需生物学培养或者特殊酶实验。如患者近期服用抗生素，医生应检查粪便中的梭状芽抱杆菌毒素。一般不需结肠镜检查。

对于慢性腹泻，检查方法类似。此外，可能还需检查粪便中的脂肪（提示吸收不良），需乙状结肠镜、结肠镜

售

吞咽困难

吞咽困难是指食物从咽到胃的推进过程中受阻从而引起的主观感觉。

病因

吞咽困难的原因可以来自于物理性阻塞，也可源于食管的神经或肌肉的病变。有时，吞咽困难也可因精神因素所引发。

机械性梗阻可由于食管癌、食管内形成环状或网状

组织以及慢性酸反流、吞入腐蚀性溶液所导致。有时食管会被增大的甲状腺、胸主动脉瘤或胸部肿瘤（如肺癌）压迫。

食管肌肉运动功能障碍包括贲门失弛缓（食管肌肉收缩的节律大幅减少和下括约肌无法正常松弛）和食管痉挛。系统性硬化症也会导致肌肉运动障碍。

评估及治疗

吞咽液体和固体均出现困难时常提示食管肌肉运动功能障碍。进行性吞咽困难——初始时固体食物吞咽困难接着液体食物也存在咽下困难，常提示逐渐加重的物理梗阻，比如肿瘤，医生可在患者吞下钡剂后行X线检查，也可使用胃镜检查。

需要针对病因进行治疗。为缓解症状，应建议患者摄入小块食物，并充分咀嚼。

消化不良

消化不良是中腹部的不适或疼痛感。

消化不良的感觉可能被描述为不消化、胀气、饱腹感或烧灼感。其他症状包括食欲缺乏、反胃、便秘、腹泻、嗳气以及肠鸣。对于部分患者，进食会使症状加重，也有部

92 第3章消化系统疾病

分人进食后症状有所减轻。病因

消化不良有很多病因，包括胃、十二指肠溃疡以及胃癌。胃炎有时也会导致消化不良。幽门螺杆菌感染也会通过引起胃十二指肠炎症以及溃疡而导致消化不良。如果胆囊结石由胆襄进入到胆管中，有时也会引起消化不良。药物，尤其是阿司匹林以及其他非肖体类抗炎药，也会引发症状。但有些人即使没有发现明显异常的情况，也会出现消化不良的表现（这种情况称为功能性消化不良），这可能与胃的敏感性增加或者其收缩蠕动加快有关。

焦虑可诱发或加重消化不良，可能因为焦虑可增加

人对不适感的感知力，会导致本来很微小的不适感进一步诱发极度的焦虑。有时焦虑可加重胃的敏感性以及使其过度收缩，从而使患者产生叹气、喘气和吞气的症状，而导致吞气症。

评估与治疗

长期的食欲低下、恶心、呕吐、体重下降、贫血、大便带血以及吞咽困难或吞咽疼痛常提示存在有更严重的病因。对于有这些症状且年龄大于45岁的患者，最好做胃镜检查。对于年轻且除了消化不良无其他症状的患者可给予一疗程抑酸药物治疗。如果治疗无效，应行内窥镜检查。

大便失禁

大便失禁是指失去对排便的控制。

病因

大便失禁可在阵发性腹泻以及直肠嵌塞时短暂出现，持续的大便失禁见于肛门或者脊髓损伤、直肠脱垂、痴呆糖尿病性神经损伤、肛门肿瘤以及出生时骨盆损伤的患者。

评估

医生应检查患者任何结构上或者神经系统方面的异常，包括检查肛门和直肠，检查肛门感觉的范围，通常需要行乙状结肠镜。有时还需其他检查，包括肛门括约肌超声、磁共振，还有骨盆神经、肌肉功能检查。

治疗

解除大便失禁的第一步是建立规律的排便模式并产生成形的大便。饮食改变，如摄入少量纤维，常会有所帮助。如无效，使用药物（如洛 丁胺）减缓肠道的蠕动可能有效。

通过肛门括约肌收缩与松弛锻炼来增加其协调和力量。通过一种称为生物反馈的技术，患者可重复锻炼其肛门括约肌并可增加直肠对于粪便的敏感性。约70%的患者受益于生物反馈。

如果大便失禁持续存在，可能需外科治疗，例如当肛门损伤或者肛门在解剖学上有缺陷。最后一种方法是行

｀

结肠造痰，（在大肠及腹壁之间造口），肛门被缝合，粪便直接排入可更换的连接到腹壁的塑料袋中。

气体相关症候群

气体正常存在于消化系统，且可能通过口（嗳气）和肛门排出。

气体相关并发症主要有三种：过度嗳气、胀气以及肛

门过度排气。

嗳气通常发生在刚刚进食之后或有精神压力存在时。一些人嗳气之前会感觉胸部或胃内有紧缩感，气体排出后好转。

正常情况下，人每天会经肛门排气约10次｀但有些人更频繁。气体经肛门可或不伴有气味。偶尔，当人们试图想用力排气时，同时会伴有少量的大便排出。

病因

过多气体可聚集在胃或消化道更远的地方。

吞咽空气或引用碳酸饮料后会出现嗳气，吞咽少量的空气很正常，有些人在吃饭和吸烟时无意识咽下大量空气（吞气症），尤其在他们焦虑时。当存在胃食管反流、不合适的假牙、咀嚼口香糖时会分泌过量唾液，使吞咽空气增加。大多数吞咽的空气可通过打唔排出，很少量的气体通过胃进入其他部分消化系统。进入肠道的大多数气体被肠壁吸收人血液，少量通过肛门排出。

肛门排气是由于肠道内的细菌将食物I分觞产生的氢气、甲烧以及二氧化碳，尤其是在食用豌豆、卷心菜后。几乎所有的食用大量蛋白以及水果的人都会有不同程度的胃胀气。缺乏分解某种特定糖类的酶的人群，也会在食用这种糖类后产生大量气体。其他消化不良症状，如热带口炎性腹泻或胰腺功能不全也会产生大量的气体。

有消化功能障碍，如胃排空障碍（胃轻瘫）或肠易激综合征的患者会有胀气感觉。有时，胀气可能是心脏病唯一的症状。然而，除饮用充气饮料以及吞入过多多余空气的人，多数胀气的患者的消化道中没有多余气体。一些肠易激综合征的患者，对正常量气体也会特别的敏感。

评估和治疗

医生通常不对嗳气的患者行特殊的检查，存在胀气的患者如果症状提示吸收不良，需要接受特定的检查。

胀气以及嗳气的症状很难消除，如果嗳气是主要问题，减少吞咽空气量可能有效果，但做到这一点很困难，因为患者通常很难意识到自己吞咽空气的动作。停止咀嚼口香糖，或在放松氛围中慢慢吃饭可能有效。停止饮用碳酸饮料对部分人有效。

肛门过量排气的患者需改变饮食习惯：停止食用难以消化的食物。为了发现到底是哪种食物引起的问题，

一，儿

第J8节 消化系统疾病的症状和诊断 93

｀｀

可能需停止食用一种或多种食物。可先避免食用一些含有难以消化的碳水化合物的食物（如豌豆和卷心菜），牛奶和乳酪制品｀之后是新鲜水果｀然后是蔬菜和其他食物。

存在于一些抗酸剂中的二甲基硅油，有时也会提供

一些微小帮助，有时其他药物（包括其他类型的抗酸剂、胃复安以及胆碱）也会有所帮助。芳香油（如薄荷油）会有效果贞尤其是对因胀气产生痉挛的患者。食用纤维可以缓解一部分人的症状．但另一部分患者的症状可能会加重。在很多非处方药中含有的成分叶绿素和活性炭片剂不会减轻胀气，但可减少胀气产生的恶臭。

球状感

球状感（又称癌球症）是一种咽部有球块或团块的

主观感觉。

球状感可被形象地描述为在感到悲伤、焦虑、愤怒、得意或者欣喜等激动的情绪时咽喉部出现的哑喳感。食物在咽喉部并不受阻，而且患者也可顺利的咽下液体，进食或饮水实际上可以减轻症状。

它可由食管本身的肌肉活动性及敏感性异常、胃酸及胃酶反流至食管（胃食管反流）引起。焦虑或其他情绪以及呼吸急促伴有的频繁吞咽或咽部干燥，可引起咽部球状感。

如无其他症状（如疼痛、体重减少或者大便带血），

患者可正常吞咽时，通常不需检查。

厌食

厌食（食欲减退）指缺乏饥饿感，患者无进食欲望。相比之下，患有饮食紊乱的患者，如神经性厌食症及暴食症的患者，则是由于过分关心体重，即使感觉很饥饿却限制进食；或者进食后即行呕吐。

暂时出现的厌食几乎可能伴随于所有的急性疾病。

慢性厌食则常伴随一些严重的相关疾病如癌症、A1DS慢性肺病严重的心、肾、肝衰竭。大脑调控进食的区域发生病变也可出现厌食症。厌食在濒死的患者中很普遍。一些药物如地高辛、颌非那嗦、奎尼丁及阱苯喷唳均可引起厌食。

大多数情况下，患者是在已知的相关疾病基础上出

现厌食。无法解释的厌食对医生来说，是一个健康出问题的信号。对患者全面评估以及完整的体格检查常会帮助发现病因并指导医生进一步进行哪些检查。

在可能范围内治疗相关病因。也可逐步采取一些增

加患者食欲的方法，包括提供患者最喜爱的食物、可供选

恶心和呕吐

恶心是包括头晕腹部不适、厌食及急欲呕吐的一种不舒服感觉。呕吐是因胃的强烈收缩而将胃内容物向上从食管、口腔排出的过程。呕吐时胃内容物排空后，恶心感常会明显减轻，至少暂时如此。呕吐不同于反流，反流是胃内容物在无胃强烈收缩以及恶心情况下排出，

呕吐物的性状多种多样，一般是才摄入的食物。呕

吐物有时是大块食物。呕吐物含血时，通常呈鲜红色

（呕血），含胆汁时多为绿色。

即使寻常的呕吐也是剧烈的。典型的呕吐过程中，患者会弯腰且发出明显的声响。剧烈呕吐可将食物喷射到数十厘米远的地方（称喷射样呕吐）。呕吐时食管内压力显著增高，剧烈呕吐甚至可造成食管内膜撕裂或破裂。昏迷患者可出现误吸，吸入的酸性呕吐物会对肺产生严重刺激。频繁呕吐可引起脱水以及电解质紊乱，尤其在新生儿和婴幼儿中很常见。

病因

恶心和呕吐是由大脑呕吐中枢受刺激引起的。任何消化道的功能异常都可能出现恶心和呕吐，尤其是胃肠炎以及肠梗阻。肠道梗阻时，由于食物及胃肠液不能通过梗阻处而反流入胃，出现呕吐。脑部疾病包括感染

（如脑膜炎、脑炎）、脑肿瘤以及偏头痛也会刺激呕吐中枢。

内耳的平衡器官（前庭蜗）也和呕吐中枢有关，所以

有些人在乘车、船及飞机时出现恶心。孕妇，尤其是在怀孕早期可在晨起时感到恶心。许多药物如吗啡等阿片类镇痛药及化疗药也可引起恶心。

呕吐也见于精神性疾病（称功能性或精神性呕吐）。这种呕吐可是自我诱发的，比如食欲过盛的患者通过呕吐达到减重目的；呕吐也可不是故意的诱发的，比如为了逃避上学时的呕吐就是对不良心理应激的一种条件反射。

评估

成年人和大龄儿童如仅有偶发的呕吐（伴或不伴腹泻），并且没有其他症状，不需要特殊干预。幼龄儿童、老年人以及呕吐超过1天或伴随其他症状（通常为腹痛、头痛、虚弱等）的患者则需评估。如果患者症状和体格检查未显示脱水及严重的相关疾病，则无需进一步检查。育龄期女性需进行早孕试验。其他情况则需血液检查，分析是否存在脱水以及电解质紊乱。如怀疑肠梗阻，需X线检查。

择的饮食菜单，并且如果患者愿意，可在餐前30分钟提 治疗

啊卢

供少量酒精饮料。有时，医生可能需使用药物，如赛庚

、低剂量的皮质类固醇、甲地孕酮以及屈大麻酚，可帮助刺激食欲。

具体情况具体治疗。如没有严重的相关疾病，且患者无脱水症状，可在末次呕吐后给予少量清流食，如患者可耐受，可逐渐增加液体量；若依然可以耐受、可逐渐恢

94 第3章消化系统疾病

复正常饮食。如患者脱水并可口服液体，应建议患者口服补液。严重脱水以及无法口服补液的患者则需静脉输液。

对于成年人以及青少年，医生可使用抗恶心药物

（如胃复安或丙氯拉嗦）。对由千化疗诱发的呕吐则需使用更强效的药物（如昂丹司琼和格拉）。

反流

反流指在没有恶心或腹肌强烈收缩情况下，食物自食管或胃溢出。

正常情况下，位于食管和胃之间的环形肌肉（食管

下括约肌）可防止反流。酸性或苦味的反流物多提示存在胃酸反流。无异味的含黏液或未消化食物的液体反流通常提示食管狭窄或梗阻。食管梗阻的原因可是反流物的酸性侵蚀、摄入腐蚀性的物质、食管恶性肿瘤以及支配食管及其括约肌的神经功能紊乱。

无明显器质性原因的反流称为反刍，反刍指少量食物不随意从胃反流至口腔（最常发生于餐后15~30分钟），多经重新咀嚼后再吞咽下去，无疼痛及吞咽困难。反刍多见于婴儿。亦常见千有情绪障碍的成人，尤其在紧张时。

诊断

通常，病史和体格检查是消化性疾病诊断的基础。为了明确诊断、判断疾病范围及严重程度以及制定治疗方案，医师可选择适当的检查。

病史和体格检查

病史的收集应采取交谈方式。鼓励患者自发陈述症状。医师通过有针对性的提问可获得进一步信息。例如，在询问腹痛的患者时可从“那是什么样的疼痛？”开始。接下来可问“吃东西能减轻疼痛吗？”或“弯腰时疼痛会加重吗？”。

体格检查时医师应留意患者的体重和一般情况，这些都可能成为消化道疾病的线索。虽然进行的是全面体格检查，但重点在腹部、肛门和直肠。

首先，必须从不同角度观察腹部，注意是否有因消化道特定部位的增生或肿大而出现的腹部膨隆。将听诊器置于腹壁上进行腹部听诊时，要注意辨别有无异常肠鸣以及任何异常的声音。触诊时要感受腹肌的张力以及注意有无异常包块或脏器肿大。若轻压腹部即出现腹痛，撤除压力时腹痛反而加重（反跳痛）通常提示炎症存在，有时是腹膜的炎症（腹膜炎）。

可用指套行肛门和直肠检查，取少许大便标本就可化验隐血。对女性患者，盆腔检查有助于鉴别究竟是消化道还是妇科的问题。

心理评估

由于消化系统和大脑之间关系密切，在考虑消化系统疾病时常需要心理学评估。在这种情况下，医师不能主观认定该消化系统问题是凭空捏造的。这多是受焦虑抑郁或其他精神问题影响的结果，大概50％的消化系统疾患由此引发c

诊断方法

在采集病史、体格检查及必要的心理评估的基础上可进一步选用合适的检查以协助于诊断。消化系统疾病常用的诊断方法有：内镜（医师借助一根能弯曲的管子查看消化道内部结构，同时采集活检标本）、X线、超声等检查以及微量放射性物质、胶襄内镜和化学检测。以上方法有助千医师对疾病定位、诊断，甚至治疗。其中有些检查要求排空大便，有些要求禁食8~12小时，有些则完全不需任何准备即可进行。

尽管这些诊断方法相当准确，但价格昂贵，同时极少数患者可能因此出现消化道出血或损伤等并发症。

内镜检查

内镜检查指医师借助一根易弯曲的管子（内镜）对消化道内部结构检查。内镜若通过口腔进入消化道，可分别用于检查食管（食管镜）、胃（胃镜）以及部分小肠（上消化道内镜）。若由肛门进入，则用于检查直肠（肛门镜）；末段结肠、直肠和肛门（乙状结肠镜）；全结肠、直肠和肛门（结肠镜）。以上检查方法中，除肛门镜和乙状结肠镜外，检查前均需静脉给药以减轻患者不适。

内镜的直径为0.6~l. 3cm，长度为30.5~152. 4cn1。

其选用取决于待检查的部位。它弯曲自如，并配有光源和小镜头。医帅借助它能清晰观察消化道腔内面，辨认局部激惹溃疡、炎症和新生物。

许多内镜都配有取活检的小钳子5所取的活检标本

可为明确病变性质是炎症、感染还是肿瘤提供重要依据。由于消化道壁的内膜没有痛觉神经分布（不包括下段肛管），因此内镜下取活检往往是无痛的。

内镜也可用于治疗。医师能通过其内的小孔道送入

各式各样的器械进行操作。内镜顶端的电极可用于烧灼异常组织、切除小的新生物以及封闭血管止血。而内镜顶端的针头可用于对曲张的食管静脉进行注射而起到止血作用。内镜末端的激光设备可用于烧灼异常组织。

在经口的内镜检查前，患者常须禁食几个小时。因为胃内的食物会影响观察的效果，并且在检查过程中可能出现呕吐。而直肠、结肠检查前｀患者需服用缓泻药，有时甚至需通过灌肠排空肠道内粪便，检查前数小时同样不能进食，因为摄入的食物可能会呕出来，并且会影响缓泻药和灌肠的效果。

一二

｀

第18节 消化系统疾病的症状和诊断 95

｀｀

，．五'||  

圭

..

通过内镜检查消化道

,I

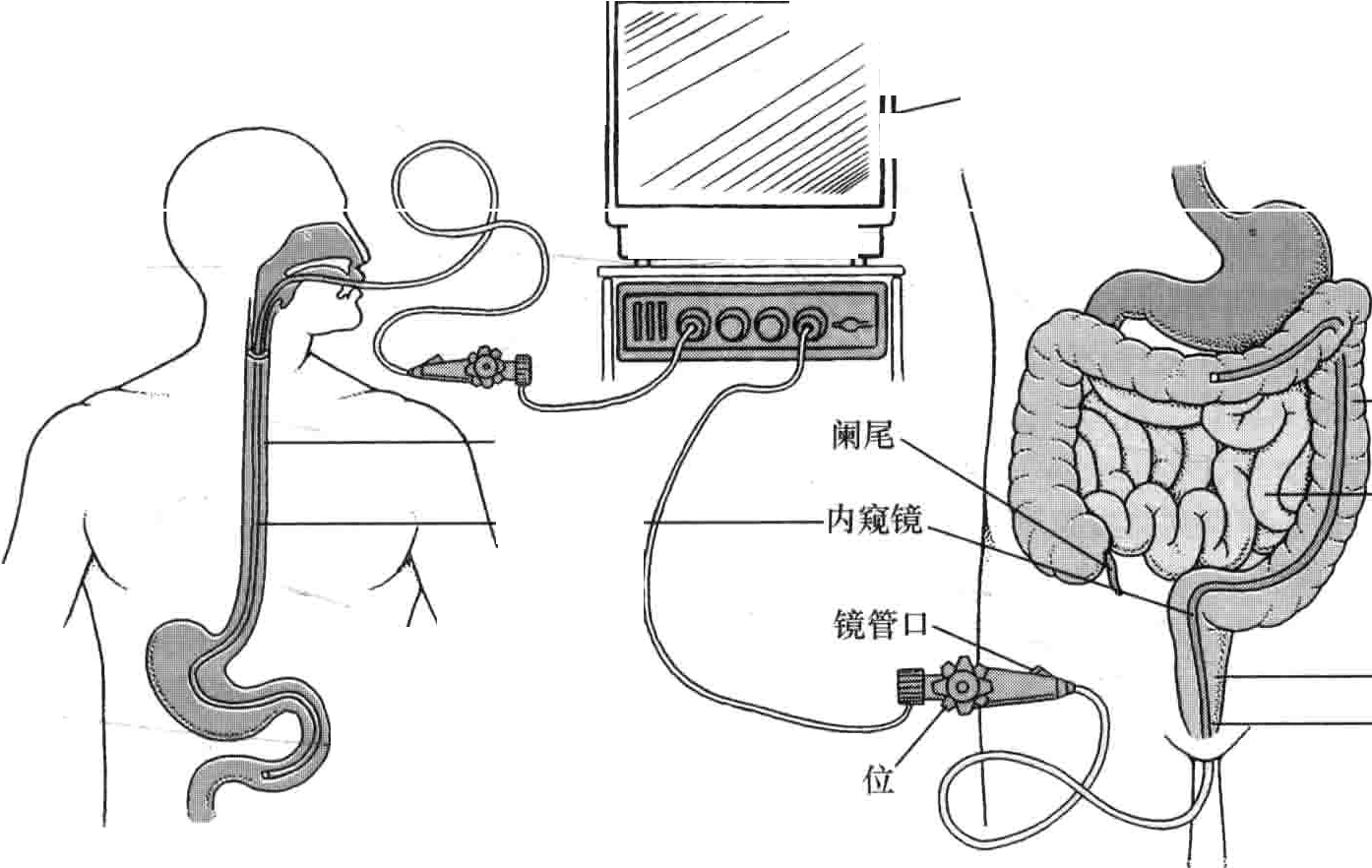
 内镜是一根弯曲自如的管子，可用于消化道各个部位的检查。它的管腔内有若干条孔道。不同的孔道有不同的用途，比如，可用于为检查部位提供光源、对检查部位进行照相（内镜的顶端安装有照相机）、通过孔道注入或吸出液体或气体、送入活检和



外科手术需要的器械。经口送入的内镜可以检查食管屑及部分小肠。经肛门送入的内镜可以检查直肠和全结肠。对不同部位进行检查时，选用的器械在插入管的长度及尺寸上也有所不同。



大肠小肠



监控

亡二二］吕佣DODOO口0

食管

小肠

．．．．一操纵部



．．勹．．

，

**．**

＇．哺

．

，

． ．

｀

尸

| ; \_ ,' .. j -

nHIi

; ` :· I i

直肠肛门



＿＿＿＿二三二＿＿＿二 臼 、 －弓＿

护

．

匕佳

廿

' =r I\_.I-dl T

1 .: i

f

＇，＇｀＇＇｀＇

内镜检查的并发症较少见。尽管内镜检查可能造成损伤穿孔，实际上常见的并发症多是消化道内膜损伤和少量出血。



一二一＿＿－ －

，

．．

l l . .

H

胶囊镜检查

胶囊镜检查是使患者吞下电池供能的胶襄进行对胃肠道检查的技术。胶囊通常含有一个或两个小照相机、光源以及一个传送装置。胶囊获得的成于上万的肠内壁的图片经传送装置发送到接收器。这种技术对发现小肠内表面问题有明显优越性，而其他的内窥镜都比较难以探及。

腹腔镜检查

腹腔镜检查指借助内镜对腹腔检查的方法，通常在全麻下进行。相关区域皮肤消毒后，在肚跻处做一小切口，内镜经此进入腹腔。借此医师可寻找腹腔内肿瘤或其他病变，检查腹腔内任何脏器、取活检，甚至行修复性手术。腹腔镜检查的并发症包括出血、感染及消化道穿孔。

X线检查

X线检查是消化道疾病的常用检查方法之一。常规腹部平片检查前不需特殊准备。这类X平片多用查看

消化道梗阻和麻痹或腹腔内气体的异常积聚。普通X线检查也能用于辨认肝、肾、脾肿大。

钡餐检查往往能提供更多信息。在患者吞入混入钡剂的食物或液体钡剂后进行X线摄片。X线片上，钡剂是白色的，并能显示食管、胃、小肠等消化道大致轮廓。钡剂的异常浓聚可见千溃疡、肿瘤、梗阻、糜烂、肿胀及食管静脉曲张。

在固定的时间间隔进行X线摄片可观察钡剂通过

情况，也可连续X线摄片，这种方法称为X线透视检查，可用于连续、动态观察钡剂在消化道的通过情况。借助此项检查，医师可了解食管和胃的功能，确定其收缩是否正常以及有无消化道梗阻。之后还可将检查过程拍成胶片。

钡剂也可通过灌肠对下端结肠进行显影，可发现息肉肿瘤或其他结构异常。检查过程中可有轻到中度不适。

钡剂无论是经口还是灌肠摄入，最终都经粪便排出，

并使含钡剂的大便呈白陶土色。钡剂可致便秘，必须确保检查后钡剂能及时排出，可使用一些温和泻药来加速钡剂排出(J

96 第3章消化系统疾病

超声扫描

超声检查是利用声波使体内脏器成像。检查者利用置于腹壁的小探头进行，通过移动探头，声波被投向腹腔内各个器官。超声检查可以显示诸如肝脏和胰腺等脏器的大小和形状，也可显示器官内异常区域，如脓包或肿瘤，还可探知腹腔内液体的存在。超声检查并不适用于消化道内膜检查e超声内镜，是将超声探头置于内镜顶端，借此对消化道管腔内检查。

超声检查无痛、无创。而超声内镜的并发症与内镜检查相同。

CT和MRI

计算机断层扫描(CT)以及磁共振成像(MRJ)可使医师从不同平面（横截面）观察腹腔。CT和MRl可很好检查腹腔脏器大小和形状。并可用于鉴别新生物的性质是恶性还是良性c血管的变化也都可检测。还能发现诸如阑尾（阑尾炎）和憩室（憩室炎）炎症。有时这些检查被用于放射和外科手术中。

腹腔穿刺

腹腔穿刺是通过针头穿刺到达腹腔后进行抽液的检查方法。正常情况下，腹腔内仅有少量积液。一些病理情况会导致腹腔内积液增多，如肝病、心力衰竭、胃肠破裂肿瘤及脾破裂。腹腔穿刺可协助医师诊断（如取得腹水标本进行检查）及治疗（如放腹水）疾病。

穿刺前必须查体，必要时可借助B超确定腹腔内是否有大量积液。接下来，对穿刺部位的皮肤（多在跻下）进行消毒和麻醉。再用连接有空针的针头依次经腹壁的皮肤肌肉进入腹腔的积液区。可抽取少量腹水送检，或放出几升的腹水以减轻腹胀。腹腔穿刺的并发症有消化道穿孔及出血。

隐血检查

轻如消化道损伤，重至消化道肿瘤都可引起消化道出血。出血量少时肉眼无法识别，大便颜色也不会发生变化，只能用化学的方法方能检测出。对这种少量出血的检测能够为溃疡、肿瘤及其他疾病的早期诊断提供线索。

直肠指检时取少许大便标本，置于浸有化学试剂

（愈创木脂）的滤纸上，添加另一种试剂，如果标本带血则会变色。或者，患者可将装有这种试纸的试剂盒带回家。分别取三次大便，用试纸对其进行检查，并将它寄给医师。如果有出血则需进一步检查。

消化道置管

消化道置管是将一根可弯曲的细管（鼻胃管）经鼻或口腔插至胃或小肠的检查方法。它可用于诊断及治疗。部分患者可能出现恶心及呕吐，因此置管前需用局麻药喷洒鼻腔或者咽后壁。置管时根据不同目的可选用不同规格的管道。

鼻胃管（经鼻置入的胃管）可用千获取胃液标本。选择经鼻而不经口置入的原因在于经鼻置入更容易将管子导入食管。同时经鼻插管的刺激性小，不易引起咳嗽。借助鼻胃管，可了解有无胃出血，进行胃酸及胃酶分析等。中毒时，胃液标本可用千辨别毒物种类。必要时可以留置胃管，以便取得数小时内的胃液标本。

鼻胃管还可用于治疗，例如可直接抽除毒物或经鼻胃管注入活性炭中和毒物，不能吞咽的患者还可经鼻胃管给予流质饮食。

鼻胃管可用于连续抽出胃内容物。其末端可连接吸引器抽出胃内液体和气体。在消化道梗阻及功能不良时有助于减压。腹部手术后也常使用鼻胃管，直至胃肠道功能恢复。

进行24小时pH测试时，鼻胃管需经鼻置入食管，并留置24小时，以探知由胃反流入食管的酸，这个测试有助于医师了解反流频率及严重程度。

置人鼻肠管时需将一根更长的管子经鼻、胃置入小肠。它可用于获取小肠内容物标本、持续抽取液体或供给食物。

测压

测压是将表面带有压力计的管子置入食管测压的方法。该装置（测压计）有助千显示食管推送食物时产生的收缩是否正常。也可将类似的测压计置于肛门，以检查肛门括约肌是否收缩正常，反映排便的功能。



#### 食管疾病

食管是从咽部至胃的中空管道。食管壁推动食物至胃不是靠重力，而是靠肌肉有节律的收缩，称作蠕动。

在咽和食管交界处有一束肌肉称为食管上括约肌。

｀

在食管和胃交界处稍上方部位有另一束肌肉称为食管下括约肌。在未进食时，这些括约肌处于收缩状态，以防食物和胃酸从胃反流至口腔。吞咽时，这些括约肌舒张，使

＿ ．一

第19节食管疾病 97

｀

｀

食物经食管进入胃内。

食管收缩和舒张括约肌的力量随年龄减弱。这种情况常被称为老年性食管病。它使老年人更易发生胃酸反流（胃食管反流病），尤其饭后平躺时。

食管疾病的两个最常见症状是吞咽困难和胸痛或背

痛。吞咽困难和胸痛或背痛可见于任何一种食管疾病，最严重的是食管癌。

本章讨论的食管疾病与动力相关、感染相关、损伤相

关或梗阻相关的疾病。另一种食管疾病被叫做食管静脉曲张，表现为食管下段的静脉曲张并易出血。

食管动力障碍

食物由口入胃的运动需要口咽正常而和谐运动、食管蠕动波和括约肌的松弛。上述任一环节出现间题均会引起吞咽困难、反流、呕吐（非恶心及腹部肌肉强力收缩导致的食物由食管及胃呕出）或食物误吸（吸气时食物被吸进气道）。

贲门失弛缓症 、

贲门失弛缓症（贲门痉挛、食管不蠕动、巨食管）是食管节律性收缩显著下降、食管下括约肌不能正常松弛以及食管下括约肌静息时压力增高的疾病。

贲门失弛缓症是由于支配食管节律性收缩的神经功能障碍所致，引起这种功能障碍的原因尚不清楚，但怀疑是病毒造成的。某些肿瘤可通过直接压迫食管下括约肌或者侵袭支配食管的神经造成贲门失弛缓症。查加斯病会导致神经细胞串状或片状损坏，也可能导致贲门失弛缓症。

临床表现

贲门失弛缓症可发生于任何年龄，但通常在20~ 60岁之间不知不觉中发病，数月或数年内逐渐加重。由于食管下括约肌过紧从而使其上方的食管腔显著扩大，可引起许多症状。固体和液体的吞咽困难是其王要症状。其他症状包括胸痛、膨大食管段的涨留物反流及夜间咳嗽。胸痛虽不常见，但可在吞咽时或无明显诱因时发生。约1/3患者睡觉时有未消化食物反流，若这些食物被吸入肺内，可引起咳嗽、肺脓肿 气道感染，支气管扩张症或吸入性肺炎。未消化的食物通常游留于食管内。有时也会出现轻到中度体重下降。当出现明显体重减轻时，尤其是老年人出现发展迅速的贲门失弛缓症状，应当怀疑食管与胃交界处肿瘤可能。

诊断

食管钡餐可显示食管蠕动缺失。食管通常只有中度增宽，但偶尔可见显著增宽，但在食管下括约肌处可见狭窄。

医生可在食管内置入一根细管从而测量食管蠕动时其内的压力（食管测压）。通常医生会使用食管镜［通过一种易弯曲的可视管道）来检查食管，还可行活检（取少量组织用于显微镜检）以明确这些症状不是由食管下段癌引起。

食管与胃交界处肿瘤引起的贲门失弛缓症可由胸腹部CT或超声内镜（在内镜顶端放置的微小的超声探头）来进行诊断。

治疗

治疗难以恢复食管的蠕动。治疗的主要目的是使降低食管下括约肌压力以减轻症状。硝酸盐类（如硝酸甘油，饭前舌下含服）或钙通道阻滞剂（如硝苯地平）可以延缓其扩张以帮助松弛括约肌。

扩张术选用机械扩张括约肌，如球襄扩张。效果满意的几率约70％，但可能需反复扩张治疗。少于2％的贲门失弛缓症患者在行扩张时出现食管破裂。食管破裂可导致其周围组织的炎症（纵隔炎），且少数患者如不及时治疗可致命。如发生食管破裂，需紧急手术缝合破裂食管。

一种替代机械扩张的方法是在食管下括约肌局部注射肉毒毒素，其疗效与球囊扩张术相当。此方法有效率 70%~80%，但效果仅持续6个月到1年。

如球囊扩张或肉毒素治疗都无效，通常可行手术切开食管下括约肌肌纤维（肌切开术）。手术可用腹腔镜或胸腔镜。约85％的患者能取得良好手术效果。手术同时应采取预防胃酸反流（胃食管反流病）的措施（胃底折叠术），但仍有15％的患者术后出现一过性胃酸反流。

食管憩室

食管憩室是食管向外的异常突起，极少引起吞咽困难以及反刍（无恶心反胃以及腹部肌肉强烈收缩导致的食物从食管或胃中呕出）。

食管憩室有几种类型，各类型病因不同，但可能

都与吞咽和食管肌肉的舒张不协调有关。大多数憩室形成与食管动力障碍有关，如食管痉挛以及贲门失弛缓症。

森克尔憩室：咽部憩室或称为森克尔憩室的病因可能是嘴吞咽食物与环咽肌舒张不协调。憩室中会充满食物，当患者弯腰或者躺下时可能反流出来，也可能在患者睡眠时被吸入肺中，导致吸入性肺炎。极少情况下，憩室可长大引起吞咽困难或者颈部肿块。

中段食管憩室：中段食管憩室或称作牵引性憩室是由于食管外胸部（纵隔）的炎症病灶牵引导致，也可能由食管动力障碍造成。牵引性憩室很少引起临床症状，但是其潜在的相关疾病会导致不适。

98 第3章消化系统疾病

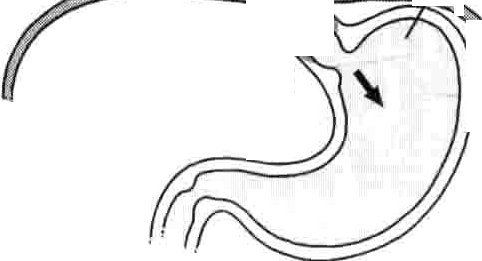
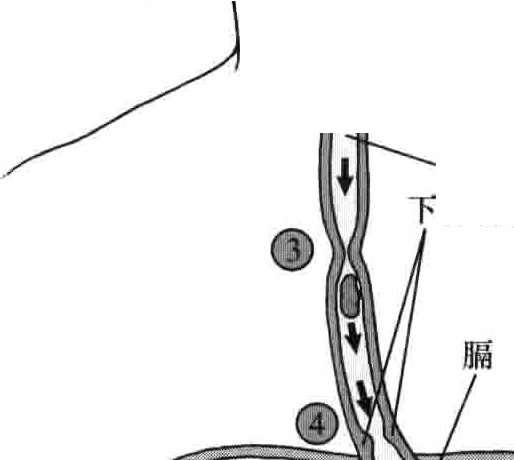
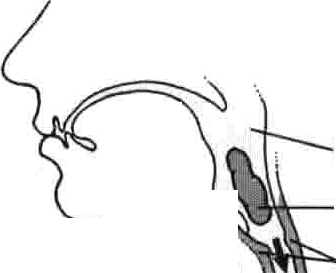
隔上憩室：隔上憩室通常出现在隔上并通常伴发食管动力障碍（如贲门失弛缓或食管痉挛），隔上憩室很少引起临床症状，但其潜在的相关疾病可能会引发不适。

Ii: ill寸

食管是如何工作的

 吞咽时，食物从口腔到达喉，又叫咽部(1)。上食管括约肌开放(2)食物进入食管，食管肌肉  的收缩称为蠕动，推动食物向下运动（3)，然后

食物通过下食管括约肌(4)并进入胃(5)。



咽部

食物

土食管括约肌

食管

下食管括约肌

I I

y 1@

e

，曹＇

晴．

、

「







,11r,:扣 浊：

`

{ `

\“

: t .. .4·j.$ ·,i 4

胃

＠

｀

．！＼＼刁．，人

嘈

诊断和治疗

所有食管憩室可由X线钡餐诊断。

通常不需治疗。如症状严重，可手术切除。与动力障碍相关的憩室需治疗相关疾病。例如，森克尔憩室是由于环咽肌功能失常所致，在切除其的同时可以行环咽肌切开术。对于食管痉挛以及贲门失弛缓症，需要治疗紧缩的括约肌。

食管痉挛

食管痉挛（又名痉挛性假性憩室，症状性弥漫性食管痉挛）是神经功能障碍引起的食管推进性运动（蟠动）紊乱的一种疾病。

这种疾病是由于食管正常推进性收缩被非推进性收缩或过多的肌肉收缩替代造成。30％患这种疾病的患者食管下括约肌开放和关闭功能异常。病因目前未明，可能与神经缺陷有关。

临床症状

典型食管肌肉痉挛表现为胸骨后疼痛，并与液体

（尤其是冷饮或热饮）或固体食物的吞咽困难同时存在。疼痛也可发生在夜间，并致使患者痛醒。食管痉挛也可产生剧痛而不伴吞咽困难。这种疼痛常被描述为胸骨后压椋性疼痛，可由活动或用力诱发，难以与心绞痛（由心脏疾病引起的胸痛）鉴别。许多年后，此病可发展为贲

|、二）失弛缓症，即食管规律性收缩显著下降引起的疾病。有些患者会出现贲门失弛缓症和广泛食管痉挛相结合的症状，这种症状称作大力贲门失弛缓症，其既有食物游留症状，可进一步引发吸入性肺炎，也有由广泛食管痉挛引起胸痛的症状。

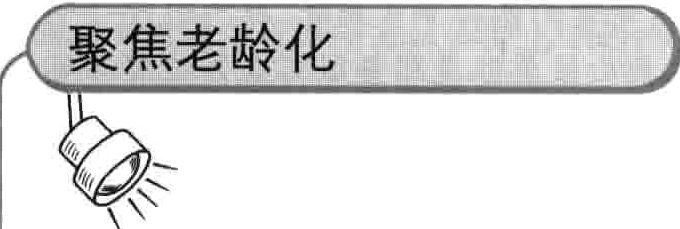
诊断

钡剂X线检查可显示食物未能正常沿食管而下，且伴有食管壁收缩不协调以致不能推动钡剂。食管测压

（置管于食管内用于测定收缩的压力）能提供食管痉挛最敏感和最详尽的分析。

治疗

能较好地软化，在吞咽时会比较干。下巴和咽喉部的肌肉会轻微削弱，使咀嚼和吞咽的效果下降。所以，老年人更容易出现咀嚼和吞咽困难的情况。例如，他们更容易掉牙或使用假牙。



随着年龄增加，几种变化会影响人吞咽的能力。唾液分泌轻微减少，使食物不

随着年龄增长，食管收缩以运送食物的能力减弱。通常这种变化很轻微，几乎不会影响到食物从食管到胃的转运。但是，如果老年人尝试在躺着时吃饭或吃饭后立即躺下时，食物可能无法顺利地运送至胃。如果发生反流，老化的食管将以较慢的速度将反流的胃酸运送回胃。一些老年人患有食管裂孔症，这可能会导致反流。



通常，该病治疗困难。硝酸甘油、长效硝酸盐、抗胆碱能药如双环胺或钙通道阻滞剂（如硝苯地平）可通过舒张食管肌缓解症状。有时，食管肌肉内注射肉毒毒素会有所帮助。其他药物，如硝酸甘油，长效硝酸酷类，或抗胆碱能药物（如双环维林）疗效欠佳。有时需用强效止痛药。许多患者可用食管内气襄扩张或探条扩张食管

（逐渐加大探条直径）治疗。少数患者如果所有其他方法都无效，需外科手术，沿整段食管纵向切开该肌肉层。

咽喉部动力障碍

咽喉部动力障碍性疾病可引起食物从咽喉部进入食管时发生问题。这些问题常见于喉部肌肉或神经疾患的患者。最常见病因见于中风。皮肌炎、硬皮病、重症肌无

＿ ＿＿，

'

第19节食管疾病 99

力、肌营养不良、脊髓灰质炎、假延髓性瘫痪、帕金森病肌萎缩后硬化症(Lou Gehrig病）都会影响喉部的肌肉和神经。吩嗟唉（抗精神病药）也会引起吞咽困难，因为其会损伤喉肌正常功能。有喉部动力障碍的患者常会有食物从鼻孔反流或将食物吸入气管引起咳嗽。

喉肌不协调运动时，食管上括约肌（环咽肌）始终保持关闭或不协调开放。括约肌功能异常会使食物反复的进入气管和肺，引起肺部重复感染并最终导致慢性肺疾病。外科医师可切断括约肌而使其永远处于松弛状态。如不治疗，通过环咽肌的收缩，食管壁向外和向后推出，会形成憩室和痪。

感染

食管感染多发生在患者的免疫系统受损时，常见病因主要是白色假丝酵母、单纯疤疹病毒以及巨细胞病毒感染。

食管有几种抵御感染的防御机制，包括唾液、食管正常的蠕动以及来自免疫系统的免疫细胞。AIDS、器官移植、酗酒、糖尿病、营养不良、癌症以及动力障碍属于感染的高危患者。白色假丝酵母感染常见千以上各种患者。单纯疤疹病毒感染以及巨细胞感染多见于患有AIDS、器

区域前有胸骨，后用脊柱，入口为胸腔上口，下界为隔）引起纵隔炎。

、你知道吗争.....

剧烈的呕吐可以撕裂食管。

糜烂性食管炎

糜烂性食管炎是食管内壁发生炎症和溃疡。

最常见的原因是慢性酸反流。腐蚀性物质如洗洁精会损伤食管，患者无意或因自杀有意服用均会致食管损伤。一些药物（如阿司匹林或其他NSAIDs、二磷酸盐、多西环素）某些高价铁或口服钾制剂，如在食管内短暂停留，均可引起疼痛性糜烂。

食管镜可诊断糜烂性食管炎。如果是药片引起的腐蚀，药片通常可被大量水冲洗掉，疼痛可在数小时内缓解。偶尔可因腐蚀性物质或药物长期存在，导致食管狭窄。

食管撕裂

食管撕裂（马－文氏综合征）是指撕裂未穿透食管壁。在剧烈呕吐、干呕、或呕逆所引发的下段食管和胃的

官移植以及服用免疫抑制剂的患者。

｀

吞咽疼痛感是典型症状，有些人也会感吞咽困难。

勹仁心你知道吗……

唾液有助于保护食管免受感染。

有时，医师可从霉菌性食管炎患者的口腔中看到感染的征象，而感染单纯疤疹病毒及巨细胞病毒的患者口中则一般无异常发现。诊断食管感染，通常医师需行内窥镜检查。

霉菌性食管炎的患者可以服用抗真菌药物，如 康嗤，可口服，如有吞咽困难，可静脉给药。

感染单纯疤疹病毒及巨细胞病毒患者需通过静脉给予抗病毒药，如阿昔洛韦和更昔洛韦。

伤

损

食管平时不易受到损伤，但下列因素会使其损伤：胃酸反流（胃食管反流）、摄入腐蚀性或酸性化学物质、一些刺激性药物、锐器或者巨大的压力。剧烈呕吐可产生巨大压力。

损伤可引起许多突发症状：疼痛，常表现为胸骨后锐痛和出血（可呕出或从大便排出。这种疼痛，尤其是当食管破裂时，会引起昏厥，且会使血和食物进入纵隔（此

旦，．

上部分的撕裂称为马汶文氏综合征。撕裂会破坏血管，引起出血。最初，这种疾病多发生在酗酒的人群中，但实际上它可以出现在有任何剧烈呕吐的患者中。

其首发症状是呕吐物带血。该综合征占上消化道出血原因的5%。

食管镜以及血管造影术可以帮助诊断。常规X线检查无法发现撕裂。

大多数出血可自行停止，但有时需要医师利用食管镜性电凝治疗术或者注入药物止血。也可在动脉造影检查时，注射血管加压索或肾上腺素以减少血流从而控制出血。出血量大的患者需要输血。很少需要外科手术治疗。

食管破裂

食管破裂是穿透食管壁的撕裂伤。

食管破裂多在内窥镜检查或其他设备由口入食管时出现。破裂也可能发生在呕吐、千呕或吞咽大量食物时。这种破裂称为布尔哈夫综合征。

食管破裂也会导致食管外胸腔内组织严重感染（纵隔炎）。而且会使液体进入覆盖在肺表面的胸膜腔内，引起胸腔积液。患者也会有胸痛、腹痛以及休克症状。

由于使用钡剂刺激性太大，医师可让患者吞入另一种不同的造影剂，通过X线或者食管镜检查确定诊断。紧接着行外科修复食管以及引流食管周围液体。外科修

100 第3章消化系统疾病

复前，需输液以及给予广谱抗生素治疗休克。即使治疗 非正常结构的血管叠会发生退变。吞钡实验可看到压迫，及时，巨大的食管破裂的死亡率依然很高。 但准确诊断需血管造影。大多数患者无需治疗，但有时

- 需外科手术修复。

梗 阻 食管蹊

食管可以形成狭窄或者完全阻塞。食管狭窄或完全阻塞很少由遗传所致（如先天性食管环江大多数患者是由于食管外伤或肿瘤生长所致。食物和异物同样可阻塞食管。反复的，长时间的胃酸反流（胃食管反流症）所致的损伤可逐渐引起食管梗阻。损伤还可由吞服药物粉剂或咽下腐蚀性物质所致。食管受外压时同样可致狭窄。引起外压的原因有很多，如左房扩大、主动脉瘤、动脉畸形（食管受压性咽下困难）、异常的甲状腺脊椎骨质增生或者癌肿（最常见的是肺癌）。另外引起狭窄的严重因素是非癌性（良性）和癌性（恶性）的食管肿瘤。

因为上述情况均会使得食管直径缩小，患者常感觉吞咽固体食物困难，尤其是肉类和面包。晚期会进展成液体吞咽困难。

钡餐常可发现病因以及定位狭窄或梗阻部位。治疗和预后与病因有关。

食管受压性咽下困难(Lusoria吞咽困难）

食管受压性咽下困难是由于食管被先天存在的非正常结构的血管压迫导致的吞咽困难。

食管受压咽下困难是先天性疾病。但这种疾病症状

也许直到儿童时期或者更晚时才被发现，因为这时，这种

食管蹊（又称普－文氏综合征，缺铁性吞咽困难）是从上l/3食管内表面（黏膜）长出的横跨食管内腔的薄膜。

尽管少见，食管蹊最常见于未经治疗的缺铁性贫血的患者。贫血是如何导致食管蹊的发生的原因现仍不明。发生于上段的食管蹊常使固体食物吞咽困难。吞服钡餐进行动态X线摄影是诊断该病最好的方法。

一旦铁缺乏得到了治疗，这些食管蹊通常会消失。如果依然存在，医生可以通过食管扩张或者运用内镜使其破裂进行治疗。

下食管环

下食管环（也称作Schatzki环或B环）使食管下段狭窄，而且通常多在出生时就存在。

通常，下段食管的直径是3.5~5cm。可因环状瘢痕组织紧缩而狭窄至1. 25cm或更小，从而引起吞咽固体食物困难。症状可始于任何年龄，但通常在25岁后。这种吞咽困难间断出现，而且会因进食肉类和干面包加重。通霉钡餐可发现问题。

咀嚼食物时多喝点水通常可避免发生上述症状。医师可通过胃镜进入食管确定狭窄部位，用一扩张器（又叫探条）来扩张食管。少数患者需外科切开收缩环。

嘈

．

r

l

肛节

1

了小



.

丿，且病

愿

疾

爪颂一 性

寓卫化

肿 世

＂

贴圆

肖

、、

-L 1

I

消化性疾病包括胃炎、消化性溃疡以及胃食管反流病，这些均有食管屑、十二指肠黏膜的损伤，通常由下列因素引起：胃酸（尤其是盐酸）、消化酶（尤其是胃蛋白酶）、幽门螺杆菌感染以及某些药物，如非肖体类抗炎药

(NSAIDs)。

胃炎

胃炎是胃黏膜的炎症。

炎症可由很多因素引起，包括感染、损伤、某些药物以及免疫系统疾病。

1r11其症状包括腹痛或腹部不适，有时也会出现恶心与

呕吐。

医师大多可由症状做出诊断，但有时也需胃镜检查。治疗是使用药物减少胃酸。

通常情况下，胃黏膜可以抵御刺激，而且能够耐受强

酸。然而，若发生胃炎时，胃黏膜会受刺激并且出现炎症。

病因

胃炎可由很多因素引起，包括感染、损伤、某些药物以及免疫系统疾病。

胃炎可由细菌、病毒或真菌感染所致曹全球胃炎最常

星－上-

｀

r- -

第20节消化性疾病 101

｀

见的原因是幽门螺杆菌感染。病毒性和真菌性胃炎见于患有长期疾病以及免疫系统受损的患者，如艾滋病、肿瘤或服用免疫抑制剂的患者。

糜烂性胃炎包括胃黏膜炎症和破损，可由下列刺激引起：药物（尤其是阿司匹林和其他非肖体类抗炎药）、克罗恩病、细菌或病毒感染以及吞下腐蚀性物质。某些人甚至每日小剂量的阿司匹林也会引起胃黏膜损伤。糜烂性胃炎会急性起病，但更多见的是慢性发作，常见于比较健康的人群。

急性应激性胃炎，事实上是一种形式的糜烂性胃炎，一般由突发疾病或损伤引起。这种损伤不一定在胃，如广泛的皮肤烧伤以及引起大出血的各种外伤都是典型原因。严重疾病引起胃炎的确切机制现在仍不清楚，但可能是因为胃血流减少或胃黏膜层防护和自我更新的机制受损所致。

如果放射部位位于左侧胸部下方或上腹部（在此部位放射线可刺激胃黏膜），可引起放射性胃炎。

残胃炎发生于部分胃切除术后的患者。炎症常发生千吻合口部位。残胃炎被认为是由于手术破坏了胃壁的血供或使胃壁暴露于过量胆汁的环境中所致（胆汁是由肝脏分泌的黄绿色消化液）。

萎缩性胃炎是胃黏膜变薄，并且失去许多泌酸和分泌酶的细胞。当机体中出现攻击胃黏膜的自身抗体时，一可以导致其发生，这种情况称为自身免疫性化生萎缩性胃炎。慢性萎缩性胃炎也见于存在幽门螺旋杆菌慢性感 染的患者。它同样容易发生在胃部分切除的病人中。

嗜酸细胞性胃炎源于对蛔虫的过敏反应。在某些患者中，其病因尚不清楚。在这类胃炎中，嗜酸性粒细胞

（白细胞的一种）会聚集于胃壁。

梅尼特里埃病(Menetrier病）病因不明，其胃壁变厚、皱襞变大、腺体肥大，伴有充满液体的小囊肿。该病可能由于免疫反应异常引起｀也与幽门螺杆菌感染相关。

在淋巴细胞性胃炎中，淋巴细胞（白细胞的一种）聚集于胃壁和其他器官，这种聚集也见于麦胶性肠病（一种吸收不良障碍）。但原因常常不明。

临床表现与并发症

胃炎通常无症状。如有症状，依据其病因不同也会有不同的症状，可能出现疼痛、不适（消化不良）、恶心或呕吐，即我们常说的不消化。胃炎可致溃疡，此时症状会加重。

恶心和间断呕吐常见于糜烂性胃炎放射性胃炎、梅尼特里埃病以及淋巴细胞性胃炎。消化不良症更多见于糜烂性胃炎、放射性胃炎、残胃炎以及萎缩性胃炎。很轻的疼痛或不适见于急性应激性胃炎。

溃疡可在许多类型胃炎的基础上发展，尤其是急性应激性胃炎、糜烂性胃炎和放射性胃炎。溃疡可引起出血，引起患者呕血或解黑便。急性应激性胃炎常由于疾

病或外伤后几天内出现的溃疡出血，而这种出血在糜烂性胃炎或放射性胄炎中进展很慢。持续出血可致贫血，包括乏力虚弱和头晕。如果溃疡穿透胃壁，胃内容物可能进入腹腔，引起腹膜炎（通常是腹膜腔内层感染）和突发剧痛。

胃炎的一些并发症进展缓慢。由于胃炎引起的胃流出道瘢痕和狭窄｀尤其是放射性胃炎和嗜酸性粒细胞胃炎，可致严重恶心和频繁呕吐。在梅尼特里埃病中，胃炎使蛋白质丢失可引起体液聚集和组织肿胀（水肿）。大约l0％的梅尼特里埃病患者数年后可发展成胃癌。残胃炎和萎缩性胃炎可出现贫血症状，如乏力和虚弱。是由于内因子（一种结合维生素Bl2并促进肛吸收和在红细胞中利用的蛋白）产生减少。小部分萎缩性胃炎可进展为肠化生，称为癌前病变C更少的一部分患者的肠化生会导致胃癌。

诊断

当患者有上腹不适、疼痛或恶心时，医师常会考虑为胃炎，通常无须做检查。然而，如果医师不能明确诊断，或经治疗症状无缓解..有必要行胃镜（一种易弯曲的可视管道），必要时还可取活检（取一小块组织用于显微镜

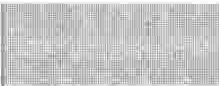
检）。

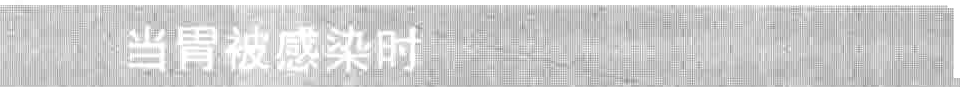
治疗

无论胃炎病因是什么，服用中和或抑制胃酸的药均可缓解症状。轻症患者，服用抗酸药（中和那些已经产生并在胃中的胃酸已足够。然而，抗酸药一天需服用几次而且还常导致腹泻或便秘。抑制胃酸分泌的药物包括比受体阻滞剂和质子泵抑制剂。凡受体阻滞剂对症状的缓解比抗酸药更有效且更方便。需强化治疗时，可使用质子泵抑制剂。有细菌感染时还需加用抗生素。医师还可使用硫酸铝保护胃壁。胃炎导致急性溃疡穿孔时通常需紧急手术。

糜烂性胃炎患者需避免服用刺激胃黏膜（如 NSAJDs)的药物。一些医师会用质子泵抑制剂或米索前列醇保护胃黏膜。与旧的NASIDs药相比，昔布类药物 (COX-2抑制剂如塞来昔布）对胃的刺激较小，但有研究表面长期使用增加心肌梗死及中风风险。使用昔布类药物时应提高警惕。

当患者的基础疾病、外伤或出血控制后，大多数急性应激性胃炎会完全恢复。但重症监护病房的患者有时会发生大出血，而且常为致命性。对重症、严重外伤或重度烧伤患者应采取措施预防急性应激性胃炎。对大手术后和多数重症监护病房的患者常规给予抑酸药物，预防急性应激性胃炎。这些药物也被用千治疗各种溃疡。对急性应激性胃炎引起大出血者，需采用各种治疗措施。但因为这种出血常常致命，很难改善预后。输血可能使出血更严重。内镜检查时可暂时电凝止血，但如原发疾病存在，出血会再发，如出血持续不止，可作全胃切除术以

102 第3章消化系统疾病



『 

幽门螺杆菌的感染是全球胃炎最常见的病因，同时也是胃溃疡最常见的病因。

幽门螺杆菌在胃壁的保护性黏膜层内生长，在那里它们很少暴露于胃的高酸环境中。事实上所有感染幽门螺杆菌的患者都有胃炎，它可累及全胃或仅胃窦。感染有时可致糜烂性胃炎。幽门螺杆菌通过破坏正常的抗胃酸机制和产生毒素而致溃疡。一小部分患者可发展成其他疾病如胃癌，这与长期的幽门螺杆菌感染相关。

大多数幽门螺杆菌感染的胃炎患者无症状，但那些有症状的患者会有典型胃炎的症状，如消化不良、疼痛、上腹不适。幽门螺杆菌感染所致溃疡 症状与其他溃疡的症状相似，包括上腹痛。

幽门螺杆菌可由呼气试验或检测大便标本测出。



IIt III 1』ll II[liIIl] l/I!l I j, l『闷'1:,t飞

『『1了了，立「记

这些试验仅针对于幽门螺杆菌感染活动期的患者。还可测血中幽门螺杆菌抗体的水平。然而，抗体水平在幽门螺杆菌感染消除后许多年仍可测出。

幽门螺杆菌感染必须抗生素治疗，最常用的治疗

方案中包括抑酸的质子泵抑制剂和两种杭生素，如阿莫西林amoxiclllin和克拉霉素clarithromycin, 2次／天，7 ～14天，秘剂bismuth subsalicylate、四环素tet racycline和甲硝陛metronidazole与质子泵抑制剂联

用是另—可供选择的临床方案，但需要每日4次口服4种药物，疗程7 ~14天。未用抗生素治疗的患者一年复发率为60%~80％，而抗生素治疗的患者复发率低千20%。另外，抗幽门螺杆菌的治疗可以使先前治疗耐药的溃疡愈合。

挽救生命。

残胃炎或萎缩性胃炎无法愈合，合并萎缩性胃炎的患者需肌肉注射维生素B12，这些患者的贫血是维生素吸收减少所致。

在嗜酸细胞性胃炎，若出现胃流出道梗阻，可使用糖皮质激素或手术治疗。对于梅尼特里埃病，可行部分或全切胃术，药物治疗无效。

消化性溃疡

消化性溃疡是胃或十二指肠的黏膜层被胃酸和消化液所侵蚀而形成的圆形或椭圆形溃烂病灶。

消化性溃疡的病因是幽门螺杆菌感染和服用某些可使胃十二指肠黏膜弱化的药物。

由溃疡产生的不适感多为间断性。 诊断基于胃痛症状及胃镜检查结果。

抗酸及其他药物可用于减少胃酸，抗生素可用于清除幽门螺杆菌。

溃疡穿透胃或十二指肠黏膜层。胃炎也可发展为

溃疡。

各种溃疡的名称来源于它们的解剖部位或发生环境。十二指肠溃疡是消化性溃疡最常见类型，发生于十二指肠的最前段，即紧连胃的小肠前几厘米的肠段。胃溃疡相对少见，通常发生在胃小弯。胃部分切除术后，在残胃与小肠连接处易发生吻合口溃疡。在严重疾病、烧伤或外伤等应激基础上发生的急性应激性胃炎可导致应激性溃疡，多发生在胃或十二指肠。

病因

当胃或十二指肠黏膜层的正常防御和修复机制受到

削弱，它们就更容易被胃酸所侵蚀从而形成溃疡9

到目前为止，消化性溃疡最常见的两个病因是幽门螺杆菌感染和服用某些药物。

应用正规治疗幽门螺杆菌的方法之前，大约90％的十二指肠溃疡患者以及70％的胃溃疡患者都存在这种细菌的感染，近来感染率有所下降，约50%~70%。

许多药物，尤其是阿司匹林及其他非肖体类抗炎药 (-NASfDs)和类固醇激素会刺激胃壁，并引起溃疡。然而，大多数服用NSAIDs或类固醇激素的患者不会发展成消化性溃疡。无论怎样，一些专家建议有溃疡高风险的患者应使用昔布类新型NSAID药物(COX-2抑制剂），不再使用老的NSAID药，因为其对胃壁刺激性较小；然而．若长期使用会增加心肌梗死及中风风险，应用时应提高警惕。由于存在这些并发症，对于有消化性溃疡高风险的患者很多医师现在多选用标准NSAID加上强效抑酸剂（如质子泵抑制剂）。

吸烟患者比不吸烟患者更易发生消化性溃疡，且愈合更慢。尽管精神压力可使胃酸分泌增多，但却与消化性溃疡的发生之间尚未发现有明确关联。

有种罕见的导致消化性溃疡的原因是一种类型的癌症一—卓艾氏综合征，它可以引起胃酸过多产生。癌性溃疡的症状同良性溃疡很相似。然而用常规治疗良性溃疡的药物治疗癌性溃疡却无效。

临床表现

典型溃疡易愈合也易复发；疼痛可持续数天或数星期，然后减轻或消失。溃疡部位和患者年龄不同，症状也会不同例如，小儿或老年人可能不会有典型症状或根本无症状。在这些患者中，只有出现并发症时才发现溃疡。

大约一半的十二指肠溃疡有典型症状：疼痛、胃灼

--

｀

＿ ＿雀于

第20节消化性疾病 103

`

热、隐痛不适、胃空虚和饥饿感。疼痛为持续性，轻度至中度，通常位千胸骨下。许多十二指肠溃疡患者，清晨起床时通常没有疼痛，但在上午十点钟以前会出现疼痛。饮牛奶、进餐或用抗酸药物（中和胃酸）可缓解疼痛，但常在2~3小时后又发生。患者常在夜间痛醒。疼痛一天可发作一次或多次，持续一周至数周，然后可不治而自行消失。但疼痛常在随后的两年内复发，偶尔也在几年后复发。患者对发作方式和时间都有经验、自已知道什么时候复发（通常在春秋季和患者情绪紧张时）。

胃溃疡、吻合口溃疡以及应激性溃疡的症状不同于

十二指肠溃疡，常无规律。进食可暂时减轻疼痛，之后又会引起疼痛加重。胃溃疡有时会引起幽门处组织水肿，而使食物难以从胃中排出。这种梗阻可能在进食后引起腹胀、恶心和呕吐。

消化道溃疡的并发症，如出血及穿孔，可伴随有低血压症状，如头晕和昏厥。

诊断

当患者出现特征性胃痛时」应考虑溃疡病可能。有时医师仅通过诊断性治疗来观察症状是否缓解来判断溃疡是否正在愈合。

经过几周治疗后患者症状仍无缓解时，有必要行检查以明确诊断；或者若大千45岁的患者首次出现不适并合并诸如体重减轻等症状时。因为胃癌可引起相似症状。当溃疡较严重，治疗无效，特别是有多个溃疡存在或溃疡发生在不常见的部位，医生应该怀疑是否有引起胃酸分泌过多的其他疾病的存在。

为帮助诊断和明确病因，医师可行胃镜（用一易弯曲的可视管道来操作的检查手段）或钡餐（吞钡后X线显示吞咽时消化道的轮廓）检查。

胃镜通常为医师的首选，胃镜对于发现十二指肠和胃后壁的溃疡比钡餐可靠；如果患者曾行胃部手术，胃镜也更可靠些。然而，即便是高水平的胃镜操作人员也可能也会遗漏小的胃溃疡和十二指肠溃疡。胃镜时可取活检（取一小部分组织用于显微镜检）以明确溃疡是否为癌性和帮助辨别幽门螺杆菌是否存在。内镜还可用于治疗活动性出血以及减少溃疡复发出血的概率。

胃和十二指肠的X线钡餐（也叫吞钡试验或连续上

腹胃肠显影）可帮助明确溃疡大小及严重程度，是因为它可以向下通过十二指肠，并可以通过皱襞隐藏的部分，而有时这些在胃镜下不能完全看清楚。



大多数溃疡可以愈合而无并发症。然而，部分消化道溃疡可能会发展成具有潜在致命性的并发症，如穿透、穿孔、出血和梗阻。

穿透性溃疡

溃疡可穿过胃或十二指肠（小肠的第—部分）的肌层，并累及邻近的器官，如肝或胰腺，引起剧烈的持续性刺痛，并使疼痛不在上述典型部位，如十二指肠穿透至胰腺常有后背痛，体位改变可加重疼痛。如果药物不能使溃疡愈合，需行手术。

溃疡穿孔

位千十二指肠前壁（偶于胃前壁）的溃疡可穿透前壁进入腹膜腔，引起突发的、剧烈的持续性腹痛，可迅速遍及全腹。患者可能会有一侧或双侧的肩痛，深呼吸时加重。改变体位也会加重疼痛，所以患者尽量躺着不动。触诊腹部，有触痛，深压后再突然放手时疼痛会加重（医师称为反跳痛）。在老年人、服用皮质类固醇或重症患者，症状可不明显。发热提示有腹腔感染。如不及时治疗，可发生休克。紧急情况需行紧急手术或静脉使用抗生素。

出血

出血是溃疡的一种常见并发症，即使在无捅时如果发现正在出血的溃疡，可用内镜进行烧灼（也就是高温破坏病灶）止血。医师还可用内镜注射某种物质引起出血性溃疡产生血栓。如果未发现出血源且出血量又不大，可采用抗溃疡药物治疗，如凡受体括抗剂或

质子泵抑制剂。病人要禁食和静脉输液，使胃肠道休息。如果上述措施都无效，可行外科手术。

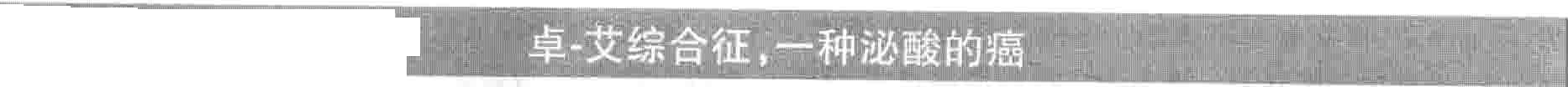
梗阻

溃疡周围炎性组织肿胀或反复发作引起的瘢痕能使胃的出口或十二指肠变狭窄。这种病人反复呕吐，常吐出大量数小时前所进的食物。梗阻常见的症状还有进食后异常饱胀、胀气和缺乏食欲。经常呕吐引起体重下降、脱水和电解质失衡。在大多数病人，溃疡治愈后梗阻即可缓解，但严重的梗阻需要内镜或外科手术治疗。

癌症

因幽门螺杆菌感染导致的溃疡患者中，其余生患胃癌的风险提高3~6倍。其他原因所致的胃溃疡则不会提高患胃癌的风险。

104 第3章消化系统疾病



`卢『::i气量I屠心必髻lu』』

卓艾综合征引起冒产生过多的酸。在这种综合征中，一种癌性（恶性）肿瘤产生胃泌素，肿瘤通常位千十二指肠、胰腺、胆管。胃泌素是一种激素，可刺激胃产生大量的胃酸。卓－艾综合征的患者几乎总是发现有许多溃疡，而且治疗后仍反复复发。

典型患者在其血中有高水平的胃泌素。检查应包括对促胰液素的检测。在卓－艾综合征的患者中，当静脉

注射促胰液素后血液中的胃泌素水平陡增。另外，检查可发现胃酸分泌增加。许多检查可被用来定位肿瘤，包括计算机X线断层扫描、超声内镜和放射性核素扫描。

质子泵抑制剂可帮助控制过多的胃酸产生。外科手术切除肿瘤可达到治愈。即便是不能治愈，可行减瘤手术，以减少胃酸的产生及预防局部并发症（如肠梗阻）。放疗和化疗无效。

治疗

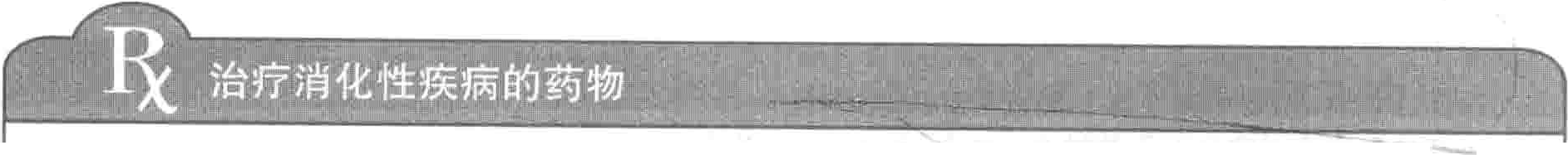
因为幽门螺杆菌感染是溃疡的主要病因，常需用抗生素，有时还需加用水杨酸 剂。无论什么病因，直接中和胃酸或减少胃酸分泌的药物均可提高溃疡愈合率。大多数患者的治疗需持续4~8周。虽然清淡饮食在溃疡病治疗上有一定作用，目前无足够证据证明它能加速溃疡愈合或阻止复发。尽管如此，患者仍应避免摄入可能加重疼痛和腹胀的食物。停用可能损伤胃的各种刺激物

（如非肖体类抗炎药、酒精饮料和尼古丁）。

制酸药：制酸药物对溃疡愈合不是非常有效，但可通过中和胃酸、增高胃内pH值减轻溃疡症状。其用量和

患者产酸量的不同均会使抗酸药效果不同。几乎所有的抗酸药不需医师处方就可买到。剂型有片剂和水剂。然而，抗酸药会和很多其他不同的处方药发生相互作用，所以药剂师应在患者服用抗酸药前考虑药物之间的相互作用Q

碳酸氢钠（小苏打）以及碳酸钙，是最强效的抗酸药，它们可偶尔服用以短期缓解症状。然而，因为可被吸收入血，长期使用会致血液碱性化（碱中毒）而引起恶心头痛和乏力。这些抗酸药通常不要大剂量的使用数天。这些药也含有很多盐，充血性心力衰竭以及高血压患者服用时应低盐饮食。

类型

凰一，

抗酸药

药物

氢氧化铝碳酸钙 氢氧化镁碳酸氢钠

选择性不良作用 注释

恶心、头痛乏力、食欲下降、便秘（氢氧化 通常用来减轻症状，不能治愈铝）或腹泻（氢氧化镁）

出受体阻滞剂 西米替丁

法莫替丁尼沙替丁雷尼替丁

质子泵抑制剂 兰索拉嗤lansoprazole

奥美拉哩omeprazole托拉嗤pantoprazole雷贝拉嗤rabeprazole 埃索拉嗤esomepr边ole

皮疹、发热肌肉痛、可引起乳房长大和男性 一天一次，晚上或睡前服用，晨服可勃起功能障碍，可影响某些药物的终末代谢 减少药效

（西米替丁），意识障碍（西米替丁、雷尼替丁）

腹泻便秘头痛 ． 通常可耐受。最有效的减少产酸的药物

抗生素

其他药物

阿莫西林克拉霉素甲硝嗤 四环素

碱性水杨酸米索前列醇硫糖铝

腹泻（阿莫西林、克拉霉素、四环索）、恶心、 治疗幽门螺旋杆菌引起的消化性溃食欲改变 疡有效

腹泻（碱性水杨酸 、硫糖铝），舌和大便变 碱性水杨酸 与抗生素合用治愈幽黑（碱性水杨酸 ）、自发性流产（米索前列 门螺旋杆菌的感染

醇）、便秘（碱性水杨酸 ）可减少其他药物的疗效（硫糖铝）

｀

＇，二

第20节消化性疾病 105

｀

氢氧化铝，是相对安全常用的抗酸剂。铝与消化道的磷酸盐结合可引起乏力和食欲缺乏。这些不良作用在饮酒和有肾脏疾患的患者（包括透析患者）中表现更明显。氢氧化铝还可引起便秘。

氢氧化镁比氢氧化铝抗酸更有效。这种抗酸药作用很快且能有效抗酸。如果每日少量服用，一般说来对大便影响不大；超过每日4次则可引起腹泻。因为小量镁会吸收人血，所以有肾脏疾患的患者应小剂量服用。许多抗酸药同时含氢氧化镁和氢氧化铝。

任何有心脏病、高血压或肾功能障碍的患者在选择抗酸药之前都应征询医生意见。

抑酸药物：质子泵抑制剂是减少胃酸生成最强的药物，与比受体拈抗剂相比其能在更短的时间内获得更高溃疡愈合率。也可用于治疗胃酸分泌过多的疾病，如卓艾氏综合征。

店受体括抗剂，如西咪替丁、法莫替丁、尼沙替丁通过减少胃酸的分泌减轻症状并提供溃疡愈合率。这种高效药物一般一天服用1 ~2次，且通常不引起严重副作用。但西米替丁较易引起副反应，尤其对老年人，服药后可引起意识障碍。另外，西咪替J可影响某些药物的代谢，如治疗哮喘的茶碱、防止血栓形成的华法林和治疗抽描的苯妥英钠。

其他药物：硫糖铝可在溃疡底部形成一层保护膜以促．进愈合，对消化性溃疡很有用且是抗酸药的合理替代药，每

日服用2~4次，不会吸收入血，因此它的不良作用很少。然而，该药可引起便秘，还可降低某些其他药物的疗效。

米索前列醇可用于预防由非肖体类抗炎药引起的胃和十二指肠的溃疡。它通过减少产酸和使胃壁对胃酸有更好的抵抗力起作用。老年人、服用类固醇激素的患者和有溃疡病史的患者需要服用NASAID类药物时，需要同时服用米索前列醇。然而，超过30％的患者服用它后引起腹泻和其他消化道症状。并且，它可引起孕妇自发

当食管下括约肌功能异常时会致胃酸、胃酶反流。最典型的症状是胃灼热（胸骨后烧灼感）。

诊断主要基于临床表现。

治疗需要避免摄入诱发食物（如酒精及脂肪类食物）以及服用抑酸药物。

胃黏膜可保护胃免受胃酸的影响。因为食管缺乏类似保护层，所以胃酸、胃酶反流至食管常引起症状，有时引起食管损伤。

食管下括约肌是一环形肌肉，通常可阻止胃内容物反流至食管。当食管下括约肌功能异常时会致胃酸、胃酶反流。当患者取站位或坐位时，重力可帮助患者阻止胃内容物反流至食管。这就是为什么当患者取平卧位时反流会加重的原因。当胃内容物体积较大且胃内容物酸水平较高时，食管下括约肌会较易发生功能异常。促使反流发生的因素有体重增加、脂肪类食物、巧克力、咖啡因以及碳酸饮料、酒精、吸烟以及某些药物。妨碍食管下括约肌功能的药物包抗副交感神经的药物（如很多抗组胺剂和一些抗抑郁药）、钙通道阻滞剂、黄体激素以及硝酸盐。酒精和咖啡也会刺激酸分泌。胃排空延迟（如由于糖尿病或服用阿片类药物）也会加重反流。

临床表现及并发症

胃灼热（位于胸骨后的疼痛）是胃食管反流最明显的症状，有时疼痛甚至延伸至颈、喉和脸。胃灼热可能合并反流（胃内容物可返至口）。

食管炎症可引起出血，通常量小，但也可大量出血，表现为呕血或从消化道排黑色柏油样大便（黑便）或鲜血便（如果出血量足够大）。 ．

食管溃疡是食管壁上的开放性溃疡，可因反复反流所致通常引起胸骨后或剑突下疼痛，部位类似胃灼热。反流所致食管狭窄可导致吞食固体食物时出现进行

性吞咽困难。气道狭窄可引起气促和喘息。胃食管反流的其他症状包括胸痛、咽喉酸痛、声嘶、过多唾液分泌

流产。作为其可供替换的药物是质子泵抑制剂，在服用

阿司匹林、非肖体类抗炎药或类固醇激素的患者中同样可以有效减少溃疡形成且不良作用较少。

手术：因为药物可有效愈合溃疡，胃镜也可有效止血，现在溃疡需手术治疗的很少。手术主要是处理消化性溃疡的并发症，如穿孔、复发或药物治疗失败的梗阻多次严重的溃疡合并出血、可疑癌变的胃溃疡或者严重且频繁复发的胃十二指肠溃疡。有多种不同术式处理上述问题。然而，溃疡术后可能复发，且每种术式都会引起自己特有的问题，如体重下降、消化不良和贫血。

胃食管反流病

在胃食管反流（胃食管反流病）中，胃酸和胃酶从胃反流至食管引起食管炎症和疼痛。

（反酸）、咽部梗阻感（ 球感）和鼻窦的炎症（鼻窦炎）。长期反复的反流对食管下段的刺激，食管黏膜层的

细胞会发生改变（导致Ba1Tetl食管）。这种改变的发生甚至可无症状。这些异常的细胞属癌前病变，一些患者可以进展为癌。

诊断

无须详细检查，只要症状支持诊断即可开始治疗。特殊检查通常只用于诊断不明或对控制症状的治疗失败的患者。食管镜（一种灵活的可视管道）、X线、食管下

括约肌测压及食管pH测定有时也可帮助明确诊断和检

查有无并发症。

如果患者有食管炎或Barrett食管，行内镜可明确诊断。内镜也有助于排除食管癌。吞钡后，取头低足高位显示钡剂由胃反流至食管，并摄X线片。医师可按压腹部以增加反流的几率。吞钡后行X线片还可显示溃疡

106 第3章消化系统疾病

或食管狭窄。

起胃排空延迟的食物。

－－ － －

食管下括约肌测压可显示括约肌张力，且可鉴别括约肌功能是否异常。检查结果可帮助医师决定行手术治疗是否合适。

一些医师认为检测胃食管反流最好的方法是食管的 pH值测定。在这个检查中，一个细而灵活且尖端附有传感电极的管道由鼻插入下段食管，另一端系于被检者身上。24小时记录食管的酸水平，除可明确反流发生程度，还可了解症状和反流的关系，且对那些有症状但又无明显反流的患者尤其有帮助。对所有胃食管反流且考虑手术治疗的患者行食管pH值测定是必需的。一种新的设备（用一个小的可以传输信号的pH电极）可用于那些不能耐受鼻胃管的患者。

预防及治疗

许多措施可减轻胃食管反流。入睡时，头高于床面 15cm（约6英寸）可防止夜间睡眠时酸反流入食管。应避免食用某些致病的食物和药物，以及吸烟。医生可使用使食管下括约肌紧闭得更好的药物（如胆碱能药物及胃复安）。也应该避免咖啡、酒精、含酸的饮料（如橘子汁、可乐、含醋的沙拉酱）和其他可强烈刺激胃产酸或引

许多治疗胃炎和消化性溃疡的药物也可预防和治疗胃食管反流。如睡前服用制酸药可常很有帮助。抗酸药通常可减轻因大量胃酸反流入食管形成的食管溃疡引起的疼痛。然而，质子泵抑制剂（最有效的抑酸药）通常对胃食管反流最有效，因为即便是很少量的酸也会引起典型症状。减少产酸达到愈合需服药4~12周。溃疡愈合慢，易复发。当溃疡变为慢性且病变严重，溃疡愈合后会形成食管狭窄。

食管狭窄可用药物治疗及反复行扩张术。扩张可用球襄或直径逐渐增大的扩张器。如扩张成功，狭窄不会严重影响患者进食C

症状减轻后，Barrett食管并不会消失。所以，患有 Ban:ett食管的患者应被告之每2~3年行胃镜一次，明确是否癌变。

手术适宜于药物治疗无效、症状减轻但食管炎持续存在的患者，也适宜于不愿多年服药的患者。也可选择微创手术—一腹腔镜。然而,20%~30%行此治疗的患者会有些副反应，最常见的是吞咽困难、腹胀、进食后腹部不适。

第 韦，：



． 胃肠炎

-一·亘

胃肠炎指胃、小肠以及大肠内膜炎症。通常有微生物感染所致，也可由于摄入化学毒物以及药物。

炎症可由感染所致，也可能由摄入化学毒物或药物引起。

通常的临床表现有腹泻、恶心、呕吐以及腹痛

诊断基于一些实验室检查；与感染患者、污染的食物和水的接触史以及抗生素应用史。

l预防感染最有效方法是便后或接触排泄物后洗手。

.il抗生素应用于特定的细菌感染。

胃肠炎通常包括轻到重度腹泻，并有食欲减退、恶心、呕吐腹部绞痛和腹部不适。尽管胃肠炎对健康成年人不是很严重，仅表现为不适和不便；但对千病重、年幼或年老患者，却可引起致命性腹泻和电解质失衡。在全世界范围，大约每年有300万～600万的儿童死于感染性胃肠炎。

引起肠胃炎的微生物

--

微生物 常见的来源 症状 抗生素的使用

，一 ·-- ---- --

,\_,

空肠弯曲菌

食用被污染的肉（尤其是未煮 常见出血，有时腹泻持续1天到一个星熟的家禽） ， ＂， 期或更长时间

饮用受污染的水

或未经高温消毒的牛奶

在疾病的早期阶段给予抗生素可缩短症状持续时间（如阿奇霉素、环丙沙星）

沙门氏菌属 吃了被污染的食品

接触爬行动物（如晰蝎、蛇、龟）

．一I II-I

高烧，疲劳，腹部绞痛，恶心，呕吐，腹泻，可能伴或不伴出血，症状通常持续3到7天

通常不用抗生素

- L`

｀

旷一雀＿

第2l节胃肠炎 107

｀｀

仁

续表

碱1

微生物

--·-

志贺氏菌属

肠出血性大肠杆菌

O157:H7

常见的来源 症状 抗生素的使用

l \_ \_ \_ \_ \_ \_, - - - \_.... I I'l l I l l - -

人与人接触，尤其在每日护理 轻～重度不等。轻型患者，水样稀便。 抗生素可缩短和减少传给其他中心 重型患者，高热｀严重的腹绞痛，排便疼人的几率（环丙沙星、三甲氧节

痛且大便含血和黏液。未经治疗症状 二氨啼 与磺胺甲基异陛）通常待续一周

吃未煮熟的牛肉或饮用未经 突然腹痛，水样腹泻通常24小时内转 不给予抗生素消毒的牛奶或果汁 为血性，溶血性尿毒综合征

在污染的游泳池里游泳人与人接触．

接触被感染的动物，然后把手

指放在嘴里

梭状芽抱杆菌 通常见于服用抗生素所致的

-- 细菌过度繁殖

溶组织内阿米巴 进食或饮用受污染的水或

食物

腹泻

札 ＇于一



血性腹泻，腹桶，体重减轻l~3周，可引起感染的肝和其他器官的感染

停用抗生素t有些患者需用甲

硝哩

A杭寄生虫的药物（如甲硝嗤、双碟喳琳或巴龙霉素）

产肠毒素大肠杆菌 进食或饮用受污染的水或 频繁的腹泻通常持续3~5天

（旅行者腹泻） 食物

抗生索（如环丙沙星或左氧氛沙星）可能有助于缩短病程。阿奇霉素是给儿童的 对

霍乱弧菌

进食或 用受污染的水或 无腹痛，水样腹泻和呕吐会导致巨大的 抗生素（如环丙沙星＄多西环食物 心令 ，｀． 流体损失和休克 ＿，一 素）

＿

其他类型的弧菌

贝壳类



叩:--,......,.,叁----

、 水泻，经常伴有轻微的恶心或呕吐

抗生素（如环丙沙星、强力霉素或磺胺）

金黄色葡萄球菌蜡状芽抱杆菌梭菌产气荚膜梭菌

轮状病毒

吃了被产生毒素细菌污染的食物

多为季节性发病

严重的恶心、呕吐，腹泻症状在吃完受 不用抗生素污染的食物12小时内开始，在36小时

内缓解

频繁的腹泻呕吐和发烧超过39屯左右， 不用抗生素和抗病毒药物症状开始千感染后1~3天 婴儿可以接种疫苗

可能会持续5~7天

诺如病毒 多为季节性发病

＿

“`

｀． ”一

90％的人有频繁的腹泻呕吐 不用抗生素和抗病毒药物约有30％的人有胃痉挛、头痛、疼痛，发

烧超过约39·'(:

成年人通常有腹泻

症状开始于感染后1~2天通常持续2~7天

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 星状病毒 | 多为季节性发病 |  | 轻度水样泻，呕吐和发烧症状，开始于感染后3~4天  通常持续2~7天类似于轮状病毒 | 不用抗生素和抗病毒药物 |
| 肠腺病毒 | 多为季节性发病 | ， | 频繁的腹泻持续1~2周 | 不用抗生素和抗病毒药物 |
|  |  |  | 腹泻后1~2天后开始轻度50％的人会 |  |
|  |  |  | 出现发烧  感染开始3~l0天之后会出现症状，症状通常会持续10天或更长时间 |  |

贾第鞭毛虫

饮用被污染的河流水，尤其是 腹泻，恶心，食欲不振，脂肪泻 腹胀、胀 用抗寄生虫药药物（如甲硝哩在日托中心的人与人接触 气，疲劳和体重减轻可能持续更长时1同 或硝哩尼特） ．

（数天到数周）

.,. nr- - -

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 隐抱子虫 饮用被污染的水人际间接触 | 水样腹泻、腹部绞痛、恶心、疲劳和呕吐 | 有时用抗寄生虫药药物（如硝 |
| 传染，艾滋病患者尤其易感 | 通常持续约2周 | 陛尼） |
|  |  |  |

10第3章8消化系统疾病

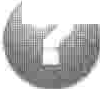
病因

-—

感染引起的胃肠炎可为人传人。尤其是当腹泻患者便后未洗手时。如果人在接触含有感染的粪便物品（如玩具和尿布）之后接触嘴，也会感染。一个人｀有时是大量人群，可因吃了被有菌粪便污染的食物和水而被感染

（在大量人群中引起疾病的爆发就叫流行）。如果食物未完全煮熟或行巴氏消毒灭菌．它们很容易被细菌污染而引起胃肠炎。被污染的水有时在不经意间被饮用，比如在游泳池中游泳时，游泳池中的水被动物或者人的粪便所污染。有时胃肠炎是通过与携带有感染性微生物的动物接触而获得。

尸竺你知道吗…．．．

全世界，每年约300万～600万儿童死于感染引起的胃肠炎。

细菌、病毒以及寄生虫都可引起感染性胃肠炎。化学性毒物及药物也会引起。

病毒：在美国，病毒是胃肠炎最常见病因。一些病毒会感染小肠内膜细胞而导致水样泻、呕吐以及发热。主要为以下四种病毒：轮状病毒、杯状病毒（主要是诺如病毒），而星状病毒及肠道腺病毒较前两者少。

轮状病毒是幼龄儿童中致严重脱水性腹泻最常见的病因。主要影响3~15月龄的儿童，且其传染性非常高。主要感染途径是粪口感染，一些成人密切接触患儿后也会感染，但病情一般较轻。在冬季，轮状病毒是引起腹泻最常见原因，婴幼儿可因病情严重需到医院治疗。在美国，每年都有一波的轮状病毒感染起至l 1月的西南部，止于东北部的此年3月。

诺如病毒主要感染大龄儿童及成人，无季节差异，大多数人在摄入污染的水或食物后感染，且由于其传染性很高，很容易造成人与人之间的传播。

星状病毒可感染各年龄段人群，但通常感染婴儿及幼龄儿童。感染多在冬天发生，途径为粪口传播。

肠道腺病毒主要感染2岁以下儿童。一年中各季节

均可发病，夏季常见。感染途径为粪口传播。

其他病毒如巨细胞病毒和肠病毒会在免疫系统受损的人群中导致胃肠炎。

细菌性胃肠炎较病毒性少。

某些细菌（如大肠杆菌、弯曲杆菌、志贺杆菌和沙门菌的某些菌株）侵入肠内壁，破坏肠壁细胞形成许多小溃疡，导致含有蛋白质、电解质和水的大量液体渗出。腹泻物含红白细胞，有时会有可见的出血。

在美国，沙门菌属和弯曲菌属是引起细菌性腹泻的主要细菌，感染通常来自于未烹任的家禽，也可来自未经高温消毒的牛奶。弯曲菌属通常由腹泻的猫、狗传染。

沙门菌属的感染通常来自未经烹任的蛋以及接触爬行动物如龟和晰赐。

志贺菌属是美国细菌性腹泻的第三大原因，通常是人与人直接传播，有时发生食源性的流行性传播。

其他几种病毒如大肠埃希菌也会引起腹泻。在美国，内出血型大肠埃希菌是最严重的亚型，并会引起出血性结肠炎，有时甚至引起溶血性尿毒症综合征。Ol57: H7型大肠埃希菌是美国最常见的亚型。未煮熟的牛肉、未经巴氏消毒的牛奶以及橘汁以及受污染的水都是可能的传染源。日间护理中心的人与人之间的传播很常见。另一种称为内毒素型大肠埃希菌的亚型会产生两种毒素而造成水样泻。这种亚型是旅行者腹泻的最常见病因。第三种亚型也会造成水样泻，其曾是院内腹泻爆发的病因，但现已很少见。第四种亚型会引起出血性或不出血性腹泻，主要在发展中国家常见镁美国罕见。

其他几种细菌（如金黄色葡萄球菌、蜡样芽胞杆菌以及产气荚膜梭菌）可在被污染的食物中产生一种毒素。这种毒素可在非细菌感染的清况下引起胃肠炎。这些毒素通常引起严重恶心呕吐以及腹泻。症状一般在感染l2小时内出现并在36小时内缓解。

还有其他几种细菌会致胃肠炎，但在美国比较少见。小肠结肠炎耶尔森氏菌会引起胃炎或者貌似阑尾炎的症状。患者可由摄入未经烹钰的猪肉、未经高温消毒的牛奶或污染的水感染。几种弧菌属（如副溶血性弧菌）可由食用未烹任的海产品后感染而导致水样泻＄＿在发展中国家，霍乱弧菌产生的毒素，引起的主要症状就是水样泻，有时会引起严重脱水性腹泻。李斯特菌属会引起食源性腹泻。游泳时或喝入污染的淡水或海水可能感染气单胞菌。食用生贝类或去发展中国家的热带地区旅行可感染邻单胞志贺菌从而引发腹泻。

寄生虫：一些肠道寄生虫，尤其是肠贾第鞭毛虫，黏附或侵袭肠壁而引起恶心、呕吐、腹泻和全身症状，称为贾第鞭毛虫病。该病在寒冷地区很常见，但也可见于美国各区乃至全世界。如果此病变为持续性（慢性），它可妨碍身体吸收营养，称为吸收不良综合征。其可经人与人直接传播，也可经饮用被污染的水。

另一种肠道寄生虫叫隐袍子虫，可导致水样泻，有时可合并有腹部痉挛，恶心及呕吐。其在健康人群中表现轻微；但免疫力低下的患者可表现很重，甚至致命。隐袍子虫最常见的感染方式是饮用被污染的水。

其他可引起类似隐抱子虫感染症状的寄生虫包括环抱子虫、贝利袍子球虫以及一些微抱子虫。阿米巴原虫会引起阿米巴病，感染大肠、肝脏以及其他器官。在发展中国家，阿米巴病是血性腹泻的常见病因，美国也偶尔出现。

化学性胃肠炎：胃肠炎可源于进食化学毒物，这些毒物通常由植物产生，如毒蘑菇或者某种外来海产品，这类

｀

巳二＿＿＿

－第2l节胃肠炎 109

｀

炎症与感染无关。在摄入被化学元素如碑、铅、采或镐污染的水或食物后，可发生由化学毒物引起的胃肠炎，进食大量酸性食物，如相桔类水果和西红柿，也可在部分人中引起化学性胃肠炎。



.,....,

对于婴儿来说，一个简单有效的预防方法就是母乳喂养。护理人员应该在换尿布后洗手，且换尿布的地方应该用加用漂白剂(l/4杯漂白粉加入1加仑水）清洗。在日间护理中心，腹泻的儿童应当隔离。感染大肠埃希

册且：



# Il\/

露霹购霹贮[,[,I`I]`1『

菌引起血性腹泻或感染志贺菌属的儿童应该有连续两次的正常大便后才能被送回护理中心。

恶心、呕吐和腹泻是许多药物的常见副反应。常见的包括以含镁为主的抗酸药、抗生素、化疗药物、秋水仙缄（治疗痛风）、地高辛（通常用千治疗心力衰竭或某些不规则心律不齐）和轻泻剂。滥用轻泻剂可致乏力、呕吐、腹泻、电解质流失和其他异常。

判断是否因药物所致胃肠炎是困难的。轻型患者，医师可嘱其停服药，等以后再服用。如果当患者停服药后症状可缓解，且再次服用后症状又继续，说明药物可能是引起胃肠炎症状的原因。严重药物性胃肠炎的患者，医师会嘱患者永远不要服用该药。

因为大多数感染性胃肠炎是通过人与人接触传播，尤其是通过直接或间接接触被感染的大便，所以便后用肥皂和水仔细洗手是最有效的预防方法。为了避免食物引起的感染，在接触食物之前，应充分洗手，肉和蛋应完全煮熟，用于切肉的刀以及菜板应在切其他食物前清洗，剩余的食物应该迅速冷藏。只有经过巴氏消毒的奶制品和苹果汁才可以饮用。旅行时应尽量避免接触污染的食物及饮料。

治疗

通常胃肠炎唯一所需治疗是饮用足够的水。即便正在呕吐的患者，在能耐受情况下，也应尽量少量多次饮

临床症状 水。如果由千长时间的呕吐或腹泻，患者出现严重脱水，症状的类型和严重程度与微生物或摄入毒素的类型 需静脉补充水和电解质。儿童更易迅速脱水，应静脉输

和量有关。人的抵抗力不同症状也不同。症状常突发 入比例适当的糖盐水。市场上能购得的任何水电解质溶

（有时呈急性）伴有食欲下降、恶心或呕吐，以及肠鸣和 液均可获较好治疗效果。碳酸饮料、茶、运动饮料、含咖腹部绞痛3腹泻是最常见症状，可合并肉眼可见的血和 啡因的饮料和果汁不太适合饮用。还在哺乳期的婴儿，黏液便。因气体聚集会引起肠管的扩张性疼痛，还可出一可继续哺乳。成年人，可给予药物治疗，可注射用药也可

现发热，全身虚弱、肌肉痛和极度疲乏。 用栓剂控制严重呕吐。但这些药通常不用于青少年。 严重呕吐和腹泻可致明显脱水，症状表现为乏力、尿 症状有所改善后，逐渐增加清淡食物，如烹调过的燕

少、口干及婴儿出现哭时无泪。过量呕吐或腹泻可致血 麦片、香蕉、米饭、苹果泥、烤面包。如果饮食调整后24~钾水平很低（低钾血症）。低血压及心率增快也常出现。 48小时腹泻仍未减少，也无提示有更严重细菌感染的便尤其是如果患者丢失很多液体，而补充的液体含有很少 中带血，可给予药物（如地芬诺酷）控制腹泻，或让患者的盐分或甚至不含盐分（如水和茶）时，可使血中钠的水 使用非处方药，如洛 丁胺或次水杨酸 剂等。再次强平降低（低钠血症）。水和电解质失衡相当危险，尤其是 调，这些药物通常不用于小儿。

对于年幼者、老年人和合并有慢性疾病的患者。重症病 抗生素本身能引起腹泻，还使细菌产生耐药性，故很例会发生休克和肾衰竭o• - C - 少应用，甚至在已知胃肠炎是由某种细菌引起时仍可不

诊断 用。但当病原菌是某些特定细菌，如：空肠弯曲菌、志贺胃肠炎通常仅凭症状就可诊断，但病因常不清楚。 菌、霍乱弧菌，或是旅行者腹泻的患者，则要应用抗生素。

有时其他家庭成员或同事近期出现过类似的症状。其他 寄生虫感染的患者可用抗寄生虫药，如甲硝嗤和尼的时候，胃肠炎可由于进食未煮熟、变质、被污染的食物 特硝挫。

（如生的海产品或蛋黄酱在冰箱内放得太久）而引起。 一些细菌正常存在于身体中且促进有益菌生长。益近期外出旅游，尤其是去某些特定国家旅游，或者近期服 生菌，如乳酸菌，它们正常存在于口腔、消化道以及阴道，用过抗生素，这些都可为病因诊断提供线索。 一般比较安全且可减轻症状，可以酸奶形式给予患者。

如果症状严重或持续时间超过48小时，大便可送实

验室查白细胞、细菌、病毒或寄生虫。

如果症状持续超过数天，可行结肠镜（一灵活的可视管道）检查大肠以明确患者是否患有类似于溃疡性结肠炎这样的疾病。

预防

现在一种口服的轮状病毒疫苗对多数轮状病毒株有效且安全。这种疫苗推荐在2、4、6月的婴儿中接种。

出血性结肠炎

出血性结肠炎是由特定的埃希大肠杆菌菌株引起的胃肠炎，细菌产生毒素而引起血性腹泻和其他严重并发症。

出血性结肠炎可见于任何年龄段，但最常见的是IJ

儿和老年人。在北美，最常见导致出血性结肠炎的大肠

110 第3章消化系统疾病

杆菌菌株是0157 :H7。这种细菌可以天然的存在于牛的肠道里。此病的爆发可由进食未煮熟牛肉或饮用未高温消毒的牛奶或果汁或被污染的水。此病可通过人与人之间接触传播，尤其是通过婴儿尿布。

大肠杆菌的毒素可损坏大肠壁，如被吸收入血，还影

响其他器官，如肾脏。临床症状

突发剧烈腹部绞痛伴水样腹泻，典型病例在24小时

内转为血性大便。腹泻通常持续1~8天，通常会有发热或轻度发热，很少超过38.9气。

约2%~7％的出血性结肠炎患者会出现严重的并

发症，即溶血性尿毒症综合征。症状包括由红细胞破坏引起的溶血性贫血（表现为疲乏、乏力和轻微头晕）、血小板减少和急性肾衰竭。一些溶血性尿毒症综合征的患者也可出现神经或大脑损害的并发症，如惊厥或者中风。

根据症状医生通常会做出胃肠炎的诊断。当进食相同食物的其他人同时发病，出现相似症状，而发病原因可追溯到某一污染食物时，需要怀疑此病的可能性。若要确定诊断，须用实验室方法鉴定可疑食物有无葡萄球菌，但通常不行此项检查。

预防与治疗

烹任时小心操作可预防葡萄球菌食物中毒。任何有皮肤感染的人不应为别人准备食物，应等其伤口愈合后才能够进行。

治疗通常仅包括饮用足量液体，注射或肛门栓剂给

药以控制严重的恶心和呕吐。有时若出现太多液体丢失需静脉补液。

产气荚膜梭状杆菌食物中毒

这种典型并发症出现在起病后第二周主，且出现在体温升 产气荚膜梭状杆菌食物中毒是由于进食被产气荚膜

高之前。溶血性尿毒症综合征常发生在年龄小于5岁的 梭状杆菌污染的食物，细菌定植在小肠，释放毒素并引起儿童和老年人。出血性结肠炎即便无溶血性尿毒症综合 腹泻。

征，其也可引起老年人死亡。 一些菌株引起的病情仅轻到中度，可自愈；某些菌株

诊断 可破坏小肠壁，引起严重的胃肠炎甚至死亡。被污染的当患者主诉有血便时，医师通常会怀疑出血性结肠 肉通常可引起产气荚膜梭状杆菌食物中毒的爆发。一些

炎。为明确诊断，可行大便检查大肠杆菌菌株。如医师 菌株在食物烹任过程中不能完全被破坏；有些菌株可以

怀疑其他疾病引起的血性腹泻，可行其他检查，如结 被杀灭。肠镜。 ｀．一、｀ ｀－临床症状

治疗 胃肠炎症状会在食入被污染食物后6~-24小时后出

治疗最重要的是饮用足够液体。有时大量液体丢失 现。最常见症状是水样腹泻以及腹部绞痛。尽管通常很需静脉补液。不予以抗生素治疗是因为它们会增加出现 轻，但它可引起腹部疼痛、腹部胀气，有时甚至出现严重溶血性尿毒症综合征的风险。有并发症的患者可能需住 的腹泻、脱水和血压急剧下降（休克）。症状一般持续24院给予重症监护，并且可能需肾脏透析。 小时。

诊断和治疗

葡萄球菌食物中毒

葡萄球菌食物中毒是因为进食被某种荷萄球菌毒素污染的食物所致，通常出现呕吐和腹泻。

葡萄球菌在食物中生长，在那里它们可产生毒素。

因此，葡萄球菌食物中毒并非因为摄入细菌，而是由于摄入已存在于食物中的毒素。典型被污染食物包括蛋糕、糕饼、牛奶、加工过的肉和鱼。室温下，当食物操作者的皮肤感染，从而污染食物，会导致此病的爆发。

临床表现与诊断

通常在进食污染食物后2~8小时突然起病，出现严重恶心和呕吐，还可出现其他症状，如腹绞痛、腹泻，有时伴头痛和发热。严重的体液和电解质丢失引起患者虚弱和非常低的血压（休克）。症状一般持续少千12小时，之后通常能完全恢复。偶尔，葡萄球菌性食物中毒可以致命，尤其是对于婴幼儿、老年人和长期患慢性病而身体虚弱者。

当地该病爆发时，医师应考虑该诊断。明确诊断还需在被污染的食物或感染者的大便中检出产气荚膜梭状杆菌。

为预防感染，剩余的肉应快速冷藏且再次食用时需

彻底加热。患者需补液且多休息。一般不使用抗生素。

旅行者腹泻

旅行者腹泻表现为腹泻、恶心和呕吐，且通常发生在水源净化差的地区。

旅行者腹泻可由细菌、寄生虫以及病毒引起。

引起这种疾病的物质多来自水或食物，尤其是水供不卫生的发展中国家。

国会有各种程度的恶心呕吐、腹部绞痛以及腹泻。

有效预防措施包括仅饮用瓶装充气饮料、避免食用未烹任的菜、不用冰块以及用瓶装饮用水刷牙。

目治疗包括饮用足够液体，有时需服用止泻药及抗

看酬．于

｀

，刊－－－

第21节胃肠炎 111

｀｀

生素。 野外鉴别毒性蘑菇以及非毒性蘑菇也很难。民间经验并旅行者腹泻患者以前很少接触这种细菌或寄生虫， 不可靠。 ＇

使他们对它无免疫力。此病大多见于发展中国家，那里 所有毒蘑菇都会引起呕吐和腹痛。其他症状根据蘑的水源治理不够得当。引起旅行者腹泻最可能的病原微 菇类型变化很大。一般来说，延迟引发症状的蘑菇（通生物是能产生某种特定毒索的埃希大肠杆菌和一些病 常大于6小时）比早期引发症状的蘑菇（通常2小时内）毒，如诺瓦克病毒，其在远洋船上已成为普遍问题。 毒性大。

不饮用当地水的旅行者也可能因刷牙时随意冲洗牙 蘑菇引起早期消化道症状包括呕吐和腹泻，腹泻经刷、饮用瓶装水时，加入当地水做成的冰块或用当地水随 常带血，一些人会有头疼或身体痛。症状一般24小时意洗过的食物而感染。 消失。

临床症状以诊断 致幻蘑菇的早期症状会影响大脑和脊髓，因其含有患者可出现恶心、呕吐、肠鸣音增强、腹部绞痛和腹 致幻裸盖菇碱。最常见的是裸盖菇覃，但是其他蘑菇也

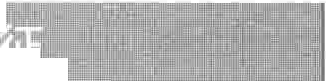
泻等症状，程度可轻可重。诺瓦克病毒感染患者常常出 会含有裸盖菇碱。症状多在进食15~30分钟后出现，包

现呕吐、头痛和肌肉疼痛。大多数患者病情轻微，无须治 括欣快、想象力增加以及幻觉。常伴随心跳加速以及血疗3~5天内可自愈，也几乎不需进一步检查。-- - -- -- 压升高，有些儿童会发热。但这些症状未经治疗都会消预防 失，严重情况很少出现，一般无需特殊治疗。如患者非常

旅行者应去卫生条件好的餐馆就餐，不要在沿街摊 激动，医师需给予镇静剂。

点进食和喝饮料。烹任过且端上来热的食物通常是卫生 中毒是由许多种类的丝盖伞属和杯伞属菌种所致，的。应避免食用生蔬菜所做的沙拉，且所有的水果应削 危险物质是簟毒碱。患者可在进食后几分钟至2小时开皮食用。旅行者应只饮用瓶装碳酸饮料或由冷开水制作 始出现症状，包括流泪、流涎、瞳孔缩小、出汗、呕吐、胃绞的饮料。饮料中所加冰块也应是冷开水制成。自助餐以 痛、腹泻、嗜睡、昏睡、昏迷，偶尔出现抽描。症状通常较及快餐会增加感染风险。 －＿一-L 轻微，且在12小时内恢复。医生会给予重症患者静脉阿

预防性抗生素仅用于极易出现旅行者腹泻者，如免 托品治疗，几乎所有患者都可在24小时内康复。未经治疫系统受损的患者。最常用抗生素是环丙沙星。 ～、～工一疗患者，可由于严重中毒在数小时内死亡。

治疗

当出现症状时，治疗应包括饮用大量液体和使用缓解胃肌肉痉挛的药物（洛 丁胺）。这种药物禁用于发热，血便以及小于2岁的儿童中。另外，通常推荐使用抗生素（对于成人，可以使用如环丙沙星，氧颌沙星，阿奇需素，利福昔明；对于儿童，可以使用阿奇霉素）。如果患者出现发热或大便中有血应立即到医院就诊。

化学性食物中毒

化学性食物中毒是由于进食了含有毒物的植物或动

物所致。

胃中毒多发生千进食毒蘑菇、有毒植物或被污染的鱼及贝类。

最常见的症状是腹泻、恶心和呕吐，有时出现癫痛和瘫痪。

诊断基于临床表现以及对摄入食物的检验。

Ill避免食用野生的，或者不熟悉的蘑菇、植物、及被污染

的鱼可以减少中毒风险。

[II洗胃是最好治疗方式，而一些物质是致命的。

蘑菇中毒

许多种蘑菇都有毒，相同蘑菇在不同季节，或经不同方法烹调，其毒性可能不同。即使是经验很丰富的人，在

巳i[]置血］：I［王焉蠹混髯露｀

人们说的中国餐馆综合征不是一种化学食物中

毒。它是个体对味精的—种高敏感性反应。味精是中国烹调中常用的调味剂。在易感人群中，味精会引起面部紧绷感、胸痛和全身烧灼感。许多患者同时会感觉焦虑。引起这些症状所需要味精的量，在不同的人相差很大。

导致延迟出现消化道症状的蘑菇包括鹅膏簟以及其同属的蘑菇（伞形毒菌、鹿花菌属以及丝膜菌属）。鹅膏覃会导致95％的中毒者死亡。6至24小时内出现呕吐以及腹泻症状。有时血糖会降至很低而危及生命。症状几天后会缓解，但是患者会发展为肝功能衰竭，有时会有肾功能衰竭。肝功能衰竭会引发黄疽，肾功能衰竭会导致少尿或无尿。有时症状会自己消失，但是大约半数的患者会在5到8天内死亡，如对肝功能衰竭的患者行肝移植，则可能存活。

鹿花菌属也会引起延迟的呕吐和腹泻以及低血糖，其他问题包括脑毒性（如癫病发作）以及几天之后的肝功能、肾功能衰竭。

大多数丝膜菌属起源于欧淤1，其消化道症状多数持续3天，感染3~20天后会出现侧腹疼痛和排尿减少的肾功能衰竭症状。肾衰竭症状多可自发缓解。

“2 第3章消化系统疾病

中度有毒植物

- 、血恤--

植，物

干

L

订 ＇，”l－l.I＇ － 卫二二』已 -

临床表现

怡疗

- ·1．月儿，＇l＇lI

-

-

-

芦苔及类似植物

杜鹃花

仙人掌及类似植物贝母及类似植物辣椒及类似 物

秋水仙碱（秋番红花草甸藏红

花）

颠茄

万年青蚕豆

绿土豆和土豆芽

冬青浆屎

胃肠炎、肾炎以及皮肤过敏

胆碱能症状t

感染及异常肿块形成（肉芽肿）叶子里的草酸钙导致口腔过敏口腔或黏膜过敏

延迟出现的胃肠炎以及其他多器官功能障碍抗胆碱能症状＃，体温升高，癫病发作与幻觉

叶子中的草酸钙对甲腔损伤

G6PD酶缺乏（其可生成红细胞），胃肠炎少发热，头痛以及溶血性贫血

胃肠炎幻觉以及澹妄胃肠炎

支持治矿如果植物被告咽，或出严脸 ，可用肥皂水或水清洗过敏的皮肤

支持治疗求以及阿托品

拔除植物刺

支持治疗拳冲洗或使用溶解剂解除过敏支持治疗＊

支持治疗亭

支持治疗咖

对千非常高的体温及癫病发作，可使用毒扁

平4 1 ||, .,'…`',\_

支持治疗伞牛奶或冰激凌可解除刺激钮治疗拿

对严重的贫血和中毒间可考虑换血疗法

支持确矿支持治疗求

曼陀罗

抗胆碱能症状＃，体温升高，癫病以及幻觉

持治红· .... \_:\_--.

d 1, Il u 1, `l; `I 4『，山

..·.. -.:":\『.l, I

铃兰

斟寄生

## 心

茄科，普通或木本类

心一 商血钾以及心律失常

胃肠炎 I'\_.,..

皮肤刺痛及烧灼感胃肠炎，幻觉及澹妄

毗，『一气i,.I""'一｀～

、

h ... 、

于非常高的体 及癫痛发作，可使用毒扁

豆碱 1,I I —-~~冲·一；＿＿＿

支待治疗们以及洋地黄抗体支持治疗事

支持治疗＊支持治疗ll!

茄科，致命类

抗胆碱能症状气体温升高，癫病以及幻觉

因持治疗擒

对于非常高的体温及癫痛发作可妇用毒扁

J ~

心 ＿＿ 一千 －

勺

碱 II” 雪喇 一·.\_

勹 i』

蔓绿绒及类似植物 叶子中的草酸钙对口腔损伤

如合疗＊'' ·: :, .''':牛奶或冰激凌可解除刺激

一品红

毒藤 ＿

商陆抗

口腔、鼻腔、阴道、＂尿道黏膜轻度刺激 不必要治疗

皮肤炎症

口腔、鼻腔阴道、尿道、胃肠道黏膜轻度刺激1 支持阔疗＊

村子

红豆杉

叶子中的草酸钙对口腔损伤

胃肠炎

癫痴发作、心律失常和昏迷少见

支持治疗承

牛奶或冰激凌可解除刺激支持i台疗伞

，＿＿

匾，I

＊支持治疗包括静脉输液，维持身体机能（如降体温），维持的血压药物以及呼吸机。

＋胆碱能症状包括心率下降，心输出量下降，呼吸困难，脸红，腹部绞痛，腹泻，眼泪、唾液及尿量增加，出汗增加以及肌痉挛。杜抗胆碱能症状包括混乱，视物模糊，便秘，口干，头晕，排尿困难、排尿不连续以及尿失禁。

G6PD＝葡萄糖6磷酸脱氢酶

．

｀

旷阜

第22节食管裂孔症、胃石和异物 113

｀

植物和灌木中毒

一部分普遍种植的植物是有毒的，高毒性和具有潜在致命风险的植物包括苠麻子、相思豆、毒铁杉、水铁杉夹竹桃以及毛地黄（含洋地黄昔）。植物中毒几乎没有特异性解毒剂。

苞麻子内含有能麻，是浓度很高的毒物。能麻被用于暗杀，鹿麻子种子的壳很硬，所以必须被咀嚼才能释放毒性。吞咽相思豆后会引起死亡。即使仅吞下一粒，也会使儿童死亡。 麻子以及相思豆的毒性常在过一段时间后引起严重的呕吐及腹泻（常为血性），然后患者会出现神忐不清以及发生癫病，有可能导致昏迷甚至死亡。医师可尽力将患者胃或肠道中的毒豆子在其被吸收之前将其从消化道中冲洗出来。

毒铁杉中毒可在l5分钟内出现症状，患者开始感觉口干，后出现心跳加速、震颤、出汗、癫病发作以及肌无力。水铁杉会引起呕吐、腹泻、癫病发作、澹妄以及昏迷。

夹竹桃、毛地黄以及与其相似但是毒性更小的铃兰，会引起呕吐和腹泻，精神混乱、心律失常以及高血钾。这些植物含有类似心脏药物地高辛的物质。医师可使用治疗洋地黄中毒的药物治疗该类植物中毒。

其他植物引起的毒性作用都较I海产品中毒

海产品中毒胃肠炎可由进食多骨鱼或贝壳类引起。．一常见多骨鱼毒素有三种：鱼肉毒、河豚毒和鳍亚目鱼毒。

鱼肉毒中毒：在佛罗里达、西印度群岛和太平洋热带珊瑚礁超过400种鱼都会引起这种中毒，其毒素由某些腰鞭毛虫产生，微生物被鱼吃后聚集在鱼肉中，体形大而老的鱼比体形小而嫩的鱼肉含有更多毒素。鱼味道并不因含有毒素而变化。一般烹调处理不能破坏这些毒素。起始症状一—腹部绞痛、恶心、呕吐和腹泻等症状在进食后2~8小时发作，可持续6~17小时。随后的症状可是痛痒、针刺样感觉、头痛、肌肉痛和时冷时热以及面部疼痛。几个月后，这些不正常感觉可发展致残。医师有时试图使用静滴甘露醇治疗，但到底有无益处尚不清楚。

河豚中毒：河豚中毒的症状与鱼肉中毒相似，这种毒素最常见来自于生活在日本周围海域的河豚。中毒引起的呼吸肌麻痹可致死亡。

鳞亚目鱼毒：食用诸如鳍鱼、金枪鱼、蓝色海豚鱼腐

烂后的鱼肉组织会引起这种中毒，这类组织含高浓度的组胺，食用后，立即引起面部潮红，几分钟后可出现恶心呕吐屑痛和荨麻疹。症状常会误诊为海鲜过敏。通常症状持续不超过24小时，且鱼肉尝起来辣或苦。

不同于其他鱼肉中毒，这种中毒可通过合理存储鱼

肉预防，可使用抗组胺剂如苯海拉明以及雷尼替丁。

贝类中毒：多发生于六月到十月的太平洋及新英格兰海岸边。贝壳类如蚝、蚌、牡舫和扇贝类会吃进有毒的腰鞭毛虫。腰鞭毛虫在此季节在大海中大量繁殖，致使海水映红，称为红潮。它们产生的毒素侵害神经（称为神经毒素）。这种会导致瘫痪的毒素甚至在充分烹调后也不能被破坏。进食后5~30分钟会出现第一个症状，为口唇周围针刺样感觉。随后出现恶心、呕吐和痉挛，随后是发生肌肉无力。这种肌无力偶尔会发展为四肢瘫痪。若出现呼吸肌无力，严重时可导致死亡。幸存者通常可完全康复。

污染中毒

污染中毒可由于食用有碑、铅和有机杀虫剂污染而未洗净的水果和蔬菜，含铅陶器盛装的酸性液体或贮存于用镐绘线的容器内的食物所致。

治疗

对于大多数化学食物中毒的治疗来说，补充液体和电解质就是很有效的。患者症状一出现，就应饮用大量液体。若患者不能耐受口服液体，应去急诊、接受静脉输液。

如若可能，应尽快除去胃内有毒物质。对大多数患者，呕吐可完成此过程。如果需要留样做检查，保留呕吐之初的一小部分呕吐物。如果患者不能完全呕出，且症状很重，医师可用一小管由口或鼻插入胃中，通过它使胃排空。清泻药有利于患者肠道中的毒素加速排出。

当毒素已知时，有时应给予针对性治疗。

第221节

##### 食管裂孔 、胃石和异物

胃是一个大的，形如蚕豆的器官，接受和容纳所摄入的食物和液体，通常位于隔以下的腹腔内，部分食物在胃中消化，然后进入小肠。而胃可上移穿过隔肌或被未消化的食物阻塞。

\_,

食管裂孔

食管裂孔症是指部分胃从屉肌的食管裂孔处突入

114 第3章 消化系统疾病

胸腔。

＝病因不明，但年龄、肥胖还有吸烟是常见致病因素。国一些患者无症状或者仅有轻微的不适，如反流、不消

化等，然而某些患者会有明显症状如胸痛、腹胀、嗳气

以及吞咽困难。．旧诊断可基于钡餐。

臼治疗目的在千减轻症状，有时通过使用药物，极少需

手术治疗。

腹腔内任何结构经隔肌（间隔腹腔和胸腔的一层肌肉）突出称作隔症。正常时，脱肌有使食管通过的裂孔，

通过这个裂孔出现的脆庙称为食管裂孔加。食管裂孔茄病因不明，但多发生于50岁以上、肥胖以及吸烟人群。其他类型脯茄可能由先天缺陷或外伤造成。

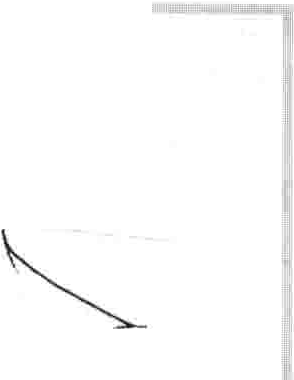
主要有两种食管裂孔拙。在滑动性食管裂孔茹，食管和胃的连接部位以及部分胃腔都可从脱肌以下穿入脱肌以上。在美国，超过40％的人有滑动性食管裂孔症，

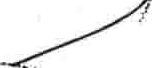
因发病率随年龄增长，所以60岁以上人群发病率升至60%。

在食管旁食管裂孔庙中，食管和胃的连接处在其正常脆肌以下部位，而部分胃却穿过隔肌位于食管旁。



了解食管裂孔扣



食管裂孔庙是部分胃底穿越脱肌所致。



．

心

、

、

、

、

旬

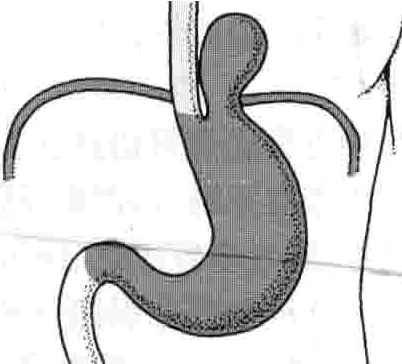
L d . j ': .'.d

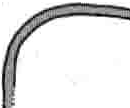
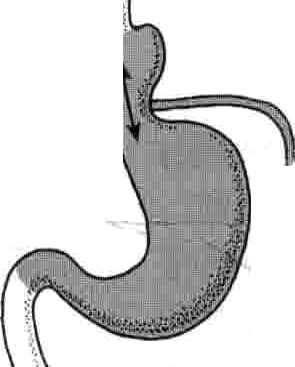
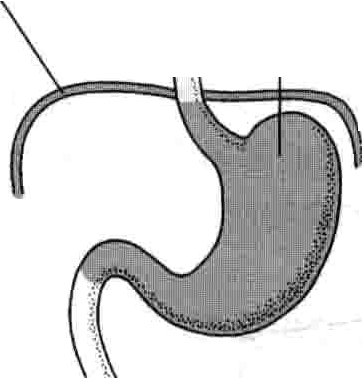
'f '` 4 `.1 ' , .ll

. i $·,11.,.ljl t i

il.i ! i '..,?i i.i!

若I,

正常食管和胃



们

－

I

1 \_

\_

-

滑动型食管裂孔

食管旁型食管裂孔





临床症状

\_4, ', 4

大多数滑动性食管裂孔症很小，而且大多没有症状。即使有症状也很轻微。症状多半与胃食管反流有关，及消化不良，尤其见于习惯于饭后即平卧的人。前倾、使劲以及提重物使症状加重，怀孕也会加重症状。食管旁食管裂孔拙可能会出现嵌顿以及血供中断。这种绞窄性食管裂孔茄很严重，也很疼痛，需急诊手术。症状包括胸痛、腹胀、嗳气及吞咽困难。

两种类型的食管裂孔庙都会出现少量或大量的消化道出血，但极少见。

诊断与治疗

X线摄影能清楚显示食管裂孔茄，检查过程中有时需配合按压上腹部。通常，患者会在X线检查前服用液体状钡剂，其会勾勒出消化道的形状，使病变更容易被看到。

大多数滑动性食管裂孔庙不需治疗，但如有反流症状，睡觉时抬高床头通常有所帮助。其他有利于改善反

｀

流的措施包括少食多餐、减肥、戒烟、饭后适最运动、饭后不要躺下以及不要穿紧身衣服。避免饮用含酸的饮料 (jl]橘Jt和可乐）、酒精、咖啡以及某些特定食物（如洋葱、巧克力、辛辣以及酸性食物）。制酸剂及抑制胃酸分泌的药物通常可以减轻症状。

食管旁食管裂孔症可行手术预防嵌顿绞窄，可经胸腔或腹腔镜完成手术，也可行开腹手术。

胃石和异物

胃石是由未消化或部分消化的食物在胃或消化道其他部位聚集而成。异物是指被吞入的可在消化递嵌顿或引起穿孔的物体。

胃大最未消化物质可卡在消化道各个部位。目大多数胃石及异物不引起症状。

诊断应基于X线，有时需应用消化内镜。

邑l多数胃石和异物一般无需治疗即可排出，但有些需手



、

纠．｀，

人！ 尸

飞

．＼

卿

管

胃

食

＇，十＼＼

｝

脏肌

＇『

.!

i fl

i .\

.j

; l ., ,`1 `t u

i 1

|

·

I

·

i

．一下一

｀

第23节 胰腺炎 115

动打碎或经外科手术取出。

胃是坚硬的部分消化的或者未消化的食块或其他物体游留的常见部位。这一方面是由于胃的曲线形状，另一方面是其狭窄的出口（幽门括约肌），胃内容物必须经这个出口才能进人第一段小肠（十二指肠）。直径大于 2cm(3/4英寸）的胃石或者异物一般不能通过幽门离开胃腔。

胃石部分由摄入的毛发、水果或蔬菜里的纤维日积

月累而成，多在胃腔，有时也在消化道其他部位形成。这些毛团或食团不能通过消化道狭窄处，因而导致阻塞。

有时儿童甚至成人会吞下异物，尤其是醉酒的成人。

如果这些无法消化的物质较小，可经消化道由粪便排出。而大的或尖锐的物体会卡在食管、胃或消化道其他部位

（儿率较小）。异物有时是故意吞入，比如走私犯为了通过海关而吞下装有违禁药物的胶囊，导致异物游留在胃内。

食物或其他物质在任何人体内均可能发生聚集，但

多半发生在特定环境下。有消化道手术史，特别是胃或小肠部分切除的患者，特别容易发生胃石和异物的嵌顿。糖尿病患者胃排空障碍，也容易出现食物聚集。

临床表现及诊断

大多数胃石和异物没有症状。吞入小而钝的物体会

感觉食管有异物感。即使物体已排入胃内，这种感觉仍＿会持续一段时间。小而尖锐的物体会卡在食管引起疼

痛，但仍能正常吞咽。当食管被完全阻塞，任何东西包括唾液都不能吞咽就会出现不停流涎和吐唾液。患者可能想呕吐，但仅是于呕。若尖锐的物体导致食管穿孔，后果

将会是非常严重的。

有时胃石或异物会导致消化道出血。如果部分或完全阻塞胃腔、小肠或大肠，可引起痉挛、胀气、食欲下降 呕吐，有时会有发热。如果尖锐的物体刺穿胃壁或小肠，粪便溢出至肠管周围腹腔，会引起严重腹痛、发热、晕厥，甚至休克。这种穿孔属于急症，因其可引起腹膜炎。如果吞入的是毒品填装的气球，其可能破裂导致药物过量。

一般嵌顿的物体在X线下可显示。胃镜可明确嵌

顿物体的性质，并排除肿瘤因素。偶尔需进行CT和B型超声明确诊断。

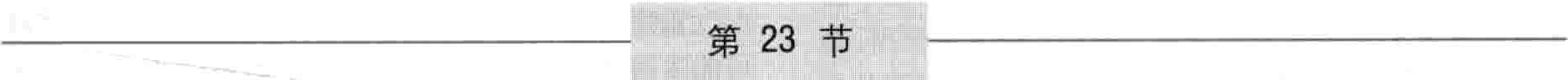
治疗

大多数胃石和异物不需治疗。甚至小的硬币也可能自行排出。医师可指导患者检查粪便以判断异物是否排出。还可建议患者进食流质，加快异物排出。为帮助溶石，有时医生会开一个疗程的纤维素酶或者蛋白质酶｀它们可以溶解于液体中，口服即可。有时医生会使用活检钳、激光或其他设备碎石而使胃石更容易被排出。

当怀疑有钝性异物卡在食管时，可静脉使用胰高血糖素松弛食管，令异物从消化道排出。其他药物如甲氧氯普胺可通过加强胃肠肌肉收缩促进异物排出消化道。医生可在内镜下使用活检钳或者网篮取出卡在食管

中的异物。

锐器可能刺穿食管，引起严重后果，必须将其移除，可采取内镜或手术的方式。电池可能引起内部灼伤，也须取出。若怀疑异物可能是装有毒品的气襄时，在取出的过程中需要注意防止其破裂而导致药物过量。



##### 胰 腺

久火

胰腺炎是胰腺的炎症。

胰腺为叶形腺体，约13cm(5英寸）长，被胃下缘和十二指肠（小肠第一段）所包绕。胰腺有三个主要功能：分泌含有消化酶的胰液进入十二指肠；分泌胰岛素和高血糖素两种激素进入血液，调节血糖水平：分泌大量碳酸氢钠（小苏打的化学成分）进入十二指肠，中和胃酸。

胆石症、酒精、药物、一些病毒感染以及消化酶都可

以导致胰腺炎症。胰腺炎通常进展很快，数日内缓解，但是可持续几个月（急性胰腺炎）。而有些胰腺炎可持续存在并逐渐破坏胰腺功能（慢性胰腺炎）。

急性胰腺炎

急性胰腺炎是胰腺的急性炎症，病情可以很轻微，也可以威胁生命，但通常能够缓解。

l胆石症以及酗酒是引起急性胰腺炎的两个主要原因。

严重的腹痛是主要症状。 ．

曰血液检查以及影像学检查（如X线和CT)可帮助医生明确诊断。

』无论轻、重度急性胰腺炎，均需住院治疗。

由胆结石（胆道疾病）和酗酒所引发的急性胰腺炎

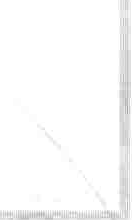
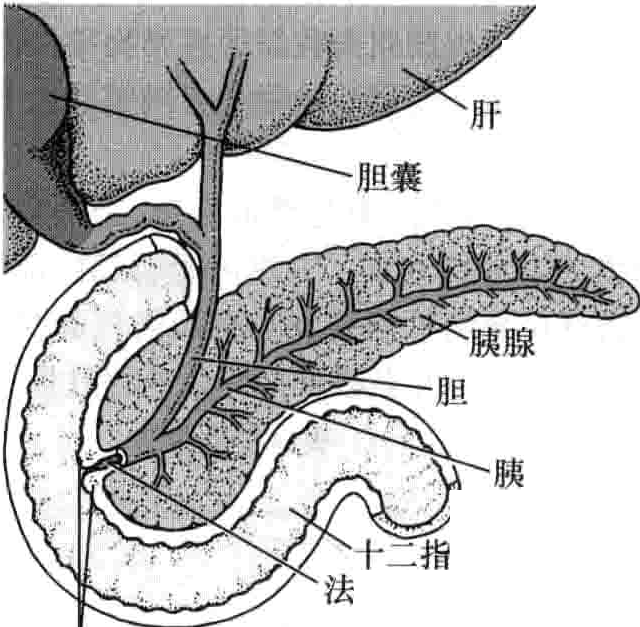
11:6 第3章 消化系统疾病

占住院中急性胰腺炎的80%。由胆石症所诱发的急性胰腺炎中，女性是男性的1.5倍。正常情况下，胰腺分泌胰液经胰管进入十二指肠。胰液中含有消化酶和抑制因子，后者使前者处于无活性状态。在胰液进入十二指肠途中，胰酶被激活。胰管若发生堵塞（如胆结石嵌顿于奥狄氏括约肌处）则使胰液排出受阻。通常，这种堵塞是暂时的，仅引起较轻损伤，很快就会恢复；但是，如果这种阻塞持续下去，可远远超过抑制因子的作用而激活胰腺内聚集的酶，此激活的酶开始消化胰腺自身的细胞，引起严重炎症。

每天摄入乙醇量超过56克（如半瓶红酒、四瓶啤酒、 3两白酒），连续数年，可以造成胰腺内小管阻塞，最终引起急性胰腺炎。饮酒或暴饮暴食可加重急性胰腺炎病情。一些其他原因也可引起急性胰腺炎U

许多药物可以对胰腺造成刺激。停药后炎症通常会缓解。病毒感染也可引起胰腺炎，但多是一过性。

胰的位置



；,·-

总管

．令管

丿

肠

特腹壶

奥迪括约肌

朊1

脏



I I



临床症状

几乎每一个急性胰腺炎患者都会出现上腹部，即胸骨下剧烈疼痛，约50％的患者会放射到背部。仅极少数情况下，腹痛可首发于下腹部。胆源性胰腺炎的疼痛常发作突然，并在数分钟内达到高峰。若胰腺炎是由于酒精所诱发的，疼痛常在数天内出现并进展，呈钻心痛，持续而剧烈，可待续数天。

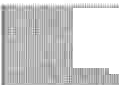
咳嗽、剧烈活动和深呼吸可能使疼痛加剧；坐位和向前屈曲可减轻疼痛。绝大多数患者会出现恶心和呕吐，有时达到干吐的程度。即使大剂量镇痛药注射，疼痛也不能完全缓解。

有些胰腺炎患者，尤其是酗酒引起者，可能除中度腹痛外无其他症状；而有些却患者感到很痛苦，呈急性病

容，大汗，脉细速（每分钟100~140次），呼吸浅而急促。呼吸加快可能由于肺部炎症、局部肺组织塌陷、肺不张及胸腔内液体积聚（胸膜腔积液）所致。以上病变可降低肺组织向血液循环运送氧的能力。

疾病早期，体温可正常，但几小时后体温升高到

37. 7~38.3摄氏度。血压可高可低，但患者在站立体位时，常有血压下降，并出现头晕。病情加重时，患者对其周围事物的注意力越来越淡漠，有的几乎意识丧失。偶尔，患者的巩膜变为黄色（黄疽）。

＼：1:l[望二

胚胆石症

开1酗酒

II“药物＇如速尿和硫挫噤呤

1高血脂时雌激素的使用

“甲状旁腺功能亢进和高钙血症流行性腮腺炎

高脂血症，尤其是血中甘油三酷增高手术或内镜检查对胰腺的损伤

胰腺癌．

胰腺供血减少，如严重低血压口遗传性胰腺炎

肾移植

r -



并发症：胰腺损伤使激 的酶及毒素，如细胞因子渗出，进入血液循环，从而引起低血压和腹腔外器官的损伤，如肺和肾脏。具有分泌胰岛素等激素功能的部分胰腺，在胰腺炎时基本不会受损。约l/5的胰腺炎患者会出现上腹部膨隆，其原因在于胃肠运动受阻，使其内容物滞留（肠梗阻）。

重症急性胰腺炎中部分胰腺组织坏死，血液及胰液可能渗透到腹腔中导致血容量减少，血压急剧下降，甚至出现休克。重症急性胰腺炎可以危及生命。

发炎的胰腺再发生感染是很危险的，特别是在发病 l周后。若医生发现患者在其他症状开始缓解后，全身情况恶化、发热和白细胞计数升高，则怀疑患者发生了感染。血培养和扫描可做出诊断。用一细针经皮穿刺可抽取胰腺感染物标本用于检查。感染需用抗生素和外科手术清除感染及坏死组织。

有时，胰腺内可形成没有包膜的富含胰酶、液体和组织碎片的积聚物（假性襄肿），它扩张得像气球。如果假性囊肿长大并引起疼痛或其他症状，则需立即行引流治疗。如假性褒肿迅速长大、感染、出血或破裂会导致死亡。根据假性囊肿部位，可采用外科手术、经皮肤针刺引流或内镜（即一根弯曲自如的管子，可自口腔送入胃肠）的方法引流减压，引流需持续几周。

－呻厂可一

．

｀

诊断

｀

特征性腹痛常使医师考虑急性胰腺炎可能，特别是当患者有胆结石病史或酗酒史。体格检查时，医师常能发现患者腹肌紧张。腹部听诊发现肠鸣音减弱。

单独一项血液检杳不能诊断急性胰腺炎，但有些特定的检查能联合证实本病。胰腺产生两种酶，即胰淀粉酶和脂肪酶，它们的血液浓度常在起病第1天开始升高，第3 ~7天恢复正常。但有时，因以前发生急性胰腺炎时已使大量胰腺组织破坏，而余下很少细胞能产生这些酶，血液中酶水平不会升高。白细胞计数通常升高。

腹部X线检查可显示扩张的肠襟，偶尔发现一个或多个胆结石。胸部X线检查可发现局部肺组织塌陷和胸腔内液体积聚。超声波检查可发现胆囊内的结石，有时可观察到位于胆总管内的结石，有时可能探查到肿大的胰腺。

计算机断层扫描对探查胰腺大小变化特别有用，重症患者以及有并发症，如血压特别低的患者应作该检查。检查显像非常清楚，能帮助医师准确诊断。

预后

在重症胰腺炎中，CT检查有助于判断其预后。如 CT检查结果显示胰腺仅有轻度肿大，则预后良好；若显示胰腺大面积坏死，预后则欠佳。

轻症急性胰腺炎死亡率大概5%或更低c但如炎症造成严重损害同时合并出血，或炎症不局限于胰腺，死亡率可高达10%~50%。急性胰腺炎患者最初儿日内的

－看

第23节胰腺炎 117

一一 u

程度。如果为轻型，胆囊切除可推迟到症状缓解后。如胆结石引起重症胰腺炎，则须做逆行性胰胆管造影内镜治疗(ERCP)。尽管超过80％的胆源性胰腺炎中，嵌顿的胆石可自行排出，但ERCP取胆石手术仍可用于人院 24小时后病情仍未缓解以及患有胆管炎的患者。

慢性胰腺炎

慢性胰腺炎是胰腺的长期持续性炎症，它可导致胰腺结构及功能不可逆破坏。

，1，腹痛可是持续性也可是间断性。

诊断基于患者临床表现，血液检查也有所帮助。治疗包括使胰腺休息以及使用药物减轻疼痛。

在美国，多数慢性胰腺炎的病因不是很明确（特发性）或者是酗酒。其他不常见的原因包括先天性结构变异、甲状旁腺功能亢进、胰管良性狭窄或由胆囊结石、胰腺癌引起的胰管梗阻。极少数情况下，重症急性胰腺炎使胰管狭窄导致慢性胰腺炎。在热带国家（如印度、印度尼西亚和尼日利亚）儿童和青年人的慢性胰腺炎多数原因不明。

临床表现

慢性胰腺炎的症状可能和急性胰腺炎症状类似，通常分两类：一类是程度不同的中腹部持续性疼痛。在这类患者中可有一些慢性胰腺炎的并发症，如炎性包块、襄肿和胰腺癌。另一类是胰腺炎间断发作，症状类似轻到

中度急性胰腺炎，有时疼痛较严重并持续数小时或几天。

死亡常由于心脏、肺、肾脏功能衰竭。一周后的死亡多因

．

不管哪一类情况，随着分泌消化酶的胰腺细胞逐渐被破

胰腺感染或胰腺假性囊肿出血或破裂。

治疗

轻型胰腺炎，通常需要短期住院治疗，需要给予镇痛药减轻疼痛以禁食，让胰腺得以休息。病情稳定后2~3天可恢复正常饮食。

中到重症胰腺炎需住院治疗。进食和饮水会刺激胰腺产生更多酶，所以中到重症胰腺炎患者都必须禁食、水。静脉应用药物可缓解腹痛和恶心等症状，也可给予静脉输液。通常，重症急性胰腺炎患者会住进重症监护病房，严密监视其生命体征（脉搏、血压和呼吸频率），还需连续记录尿量；需要反复抽血检查各种指标，包括红细胞比容、血糖、电解质、白细胞计数和淀粉酶、脂肪酶水平变化等。需要置入鼻胃管抽吸胃液和气体，尤其对持续恶心、呕吐及有肠梗阻的患者更有必要。患者可经鼻饲管摄入营养物，或通过静脉输液，或可两种同时进行。

对低血压或休克的患者须通过静脉给液以维持血容量，并且密切监测心脏功能。有些患者需要吸氧，严重者甚至需呼吸机治疗。

如果急性胰腺炎由胆石症引起，治疗取决于其严重

坏最终不再发生疼痛。

由于消化酶减少和食物消化吸收不充分（即胰腺功能不全），患者会排出量多、味酸的粪便。粪便色浅、油腻，甚至含有脂肪小滴。有时粪便中还可以见到未被消化的肌纤维。吸收不良也导致体重减轻。最后，由于分泌胰岛素的胰岛细胞逐渐破坏而发生糖尿病。

产丛劝你知道吗......

＿＿勹任何患慢性胰腺炎的患者应禁酒。

诊断

根据患者的症状或急性胰腺炎反复复发的病史以及酗酒史，可疑诊为慢性胰腺炎。血液检查对慢性胰腺炎的诊断不如对急性胰腺炎有用，但也可显示淀粉酶和脂肪酶水平升高。血液检查还可能出现血糖水平升高。

CT可用于观察慢性胰腺炎胰腺组织的异常。如情况允许，如今医师常使用一种特殊的MRI称作MRCP代替CT。MRCP比CT更能更清楚观察胆管以及胰管。

118 第3章消化系统疾病

慢性胰腺炎患者患胰腺癌的风险增加。如症状加重，特别是出现胰管狭窄时，应检查有否存在恶性癌肿。磁共振、计算机断层扫描以及内镜检查可协助医师诊断。治疗

慢性胰腺炎如果反复发作并且急性加重，治疗同急性胰腺炎。即使酒精不是病因，所有慢性胰腺炎患者均应禁酒。禁食和静脉输液可使胰腺和肠道休息，缓解疼痛。但有时仍需使用麻醉止痛剂缓解疼痛。若这些措施常常无法减轻疼痛，则需增加一定量阿片类药物，但其可增加患者药物成瘾的风险。慢性胰腺炎的药物治疗一般不令人满意。

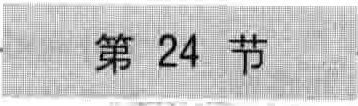
以后，每天进食4~5次低脂低蛋白高碳水化合物饮食有助于减少疼痛发作和程度。如疼痛持续存在，应寻找有无并发症，如胰头的炎性肿块或假性囊肿（即富含胰酶、胰液和组织碎片的聚集物，形似褒肿，但没有囊肿的包膜），前者可能需手术，后者如长大引起疼痛，则须行引流治疗。

如患者有持续性疼痛，又没有发现并发症，通常可注射利多卡因和皮质激素封闭胰腺神经传导，缓解疼痛。

如这种治疗无效，或胰管扩张以及胰头出现炎性肿块，建议行外科手术。例如，对胰管有扩张的患者，经手术在胰管和小肠间做一个旁路能使70%~80％的患者疼痛缓解。对胰管无扩张者，可行胰腺部分切除术。切除部分胰腺可使分泌胰岛素的细胞减少，此后可能发展为糖尿病。医师需要对停止饮用酒精以及任何可能发展为糖尿病的患者准备外科治疗。消化酶分泌不足的患者，可以通过口服胰酶片或胶囊帮助食物吸收，减少粪便内脂肪，但很少能完全解决问题。必要时，可加用制酸剂、比受体阻滞剂或质子泵抑制剂（可减少或抑制胃酸分泌的药物）。通常，这些治疗后，患者体重会增加、大便次数减变粪便中脂肪滴消失，总体感觉也会好些。若这些治疗无效，患者可尝试减少脂肪的摄入，还应注意补充脂溶性维生素（维生素A、D、E以及K)。

口服降血糖药对于由慢性胰腺炎引起的糖尿病的治疗几乎无效。可用胰岛素治疗糖尿病，但它也存在一些问题，因为患者同样缺乏胰高血糖素，它是一种可以平衡胰岛素作用的激素。血液中过多的胰岛素会导致低血糖，甚至低血糖昏迷。

##### 吸收不良综合征



- --

吸收不良综合征是因食物中的营养物质不能被小肠正常吸收入血而引起的疾病。

一些特定的疾病、感染以及外科手术会导致消化不良。

,i消化不良会引起腹泻、体重减轻、量多且恶臭的大便。诊断基于典型临床表现以及粪便标本的脂肪检查，有时需取小肠内膜组织标本检查。

打治疗方案取决于病因

正常情况下食物消化后，营养物质主要在小肠被吸收入血。如果某种疾病影响食物消化或直接影响营养物质吸收，即可发生消化不良。

使食物在胃内不能与胃酸和各种消化酶充分混合的疾病会影响食物消化。如曾做过胃部分切除术的患者会发生这种混合不充分的情况。在一些疾病，机体产生的消化酶数量不足或种类不够，而这些酶是食物分解和消化所必需。最常见原因有胰腺疾病时胰酶分泌不足，或小肠的乳糖酶缺乏。胆汁减少、胃酸过多或小肠细菌增生过度均可能影响消化。

损害小肠肠道黏膜的疾病可影响营养物质吸收。正

常肠道黏膜有大量皱褶，称为绒毛的小突起和更小的称为微绒毛的突起。这些突起形成巨大吸收面。很明显，如果外科手术切除一段肠道（短肠综合征），会减少吸收面积。感染（细菌、病毒或寄生虫）、药物（如新霉素）、酒精、乳糜泻和克罗恩病都可损害肠道黏膜。任何阻止营养物质经肠壁吸收入血的疾病，如淋巴瘤（淋巴系统的癌症）造成的淋巴管梗阻或肠道供血不足，都会减少营养物质吸收。

临床表现

未消化的食物快速排空以及由于消化吸收不良造成的营养缺乏构成消化吸收不良综合征的症状。

如果脂肪吸收不良，粪便可变成浅色、软而量多、有异味，这种粪便称为脂肪泻。这种粪便可粘附在抽水马桶壁上或浮在水面，难以被水冲掉。糖吸收不良会出现暴发性腹泻、腹胀和胃肠胀气。

消化吸收不良能引起所有营养物质缺乏或分别引起蛋白质、脂肪、糖、维生素或矿物质缺乏。患者常有体重减轻，症状随其特定的原发病损害不同而不同。如蛋白质缺乏会导致全身任何部位水肿，皮肤干

｀

第24节吸收不良综合征 119

`

燥和脱发。

营养物质缺乏的症状

＿



乳糖不耐受症

乳糖不耐受症是由于乳糖酶缺乏，不能消化乳制品

营养物质 症状

钙 骨痛和畸形；骨折危险性增加（由于骨变细或有骨质疏松）；肌肉痉挛；牙齿脱色和痛性牙齿萎缩的发生率增加

叶酸 乏力和虚弱（由于贫血）

铁 乏力和虚弱（由于贫血）

中所含乳糖而出现腹泻和痉挛性腹痛的病症。乳糖不耐受症是由于乳糖酶缺乏。

儿童的症状为进食奶制品后腹泻且体重不增加而成

人表现为腹胀、腹部绞痛、腹泻、恶心、腹鸣以及迫切排便感。

诊断基于患者承认症状出现于食用乳制品之后。

｀气了－－－

镁

肌肉痉挛

治疗包括服用乳糖酶或避免食用乳糖，特别是乳

制品。

烟酸 腹泻；皮肤病变；意识障碍（糙皮病），舌痛

蛋白质 组织肿胀（水肿），多见于大腿；皮肤干燥；脱发维生素A 夜盲症

维生素B1 针刺感，多见千双脚；心功能衰竭

维生素凡 舌痛；嘴角溃烂

维生素B,2 乏力和虚弱（由于贫血）；针刺感；意识障碍维生素C I 虚弱；牙跋出血 .. ,

维生素D 骨变细；骨痛 ..

维生素K －，容易出现出血和皮下疲斑

--

诊断

当出现慢性腹泻、营养物质缺乏及体重下降，而进食又基本正常时，就要考虑消化吸收不良综合征的可能。老年人的消化吸收不良综合征症状不明显，不易发现。

实验室检查有助于确定诊断。收集2~3天的粪便标本直接测定其中脂肪的含量是诊断脂肪吸收不良最可靠方法。而且几乎所有吸收不良的疾病均有脂肪吸收不良。每天粪便中脂肪含量超过7克就可确诊消化吸收不良综合征。也有一些其他的方法可以检测出粪便中的脂肪，而且不需要收集3天的粪便量。其他实验室检查能检测出特定物质的消化吸收不良，如乳果糖或维生素

Bl2的消化吸收不良。

分别用肉眼和显微镜观察粪便标本，粪便中有未消化食物片段提示食物通过肠道过快。如患者有黄疽，粪便中脂肪增多，提示胆汁产生或分泌减少。如果在显微镜下发现寄生虫或虫卵，提示消化吸收不良是由寄生虫

．感染所致。

有时需活检来检查小肠黏膜有无异常，经口内镜插入小肠可获取标本。

当怀疑吸收不良是由于胰腺分泌消化酶不足，需作胰腺功能试验。这类试验有些既复杂，又费时，还有创伤性。有一项试验是经口插入细管子到小肠，收集含有胰腺分泌物的小肠液供分析。另一试验是让患者吞服需要胰酶消化的食物，然后从尿液中检测其消化产物。

牛奶和其他奶制品中所含主要的一种糖就是乳糖，小肠内皮细胞可产生分解乳糖的乳糖酶。正常情况下

乳糖酶将乳糖分解成葡萄糖和半乳糖，这些单糖可以通过肠壁吸收入血。当乳糖酶缺乏时，乳糖不能被消化和

吸收。小肠中高浓度的乳糖可导致大量液体积聚到4

肠，引起腹泻。然后这些未被消化的糖被大肠内的细菌发酵产生酸性粪便和引起胃肠胀气。 嘈

婴儿体内乳糖酶水平很高，帮助他们消化奶。但在很多民族(80％的黑人及西班牙人，以及100％亚洲人）屯乳糖酶的水平在断奶后下降。乳糖酶水平下降意味着这些民族的年长儿童及成人无法消化大量乳糖。而 80%~85％的欧洲西北部白人种族一生都可产生乳糖酶，因此他们能够消化牛奶和奶制品。由于美国的民族构成的原因，大约3000万～5000万人患有乳糖不耐受症。有趣的是，这种“不耐受“对于全球75％的人口都是正常的。

其他糖类也可出现不耐受，但相对较少见。如缺乏

庶糖酶使庶糖不能吸收入血；缺乏麦芽糖酶和异麦芽糖酶使麦芽糖不能吸收入血。

临床表现

有乳糖不耐受症者通常不能耐受牛奶和其他含有乳糖的奶制品。一些人能较早发现自己的这一问题，有意或无意避免奶制品。

乳糖不耐受的儿童把牛奶作为食品的一部分时，会

出现腹泻和体重不增加。成人则表现为进食含乳糖的食品后，出现腹胀、腹痛、腹泻、胃肠胀气、恶心、肠鸣音活跃，以及进食乳糖后30分钟至2小时即便意强烈。严重腹泻使得食物过快地从肠道排出体外，使营养物质不能正常吸收。不过乳糖不耐受症的症状一般轻微。相反，乳糜泻、热带性口炎和肠道感染所导致的消化吸收不良症状就严重得多。

诊断和治疗

一个人进食奶制品后即出现症状，应怀疑乳糖不耐受可能。3~4周内限制乳制品摄入，若症状缓解即可确诊。很少需其他特殊检查。

120 第3章消化系统疾病

乳糖不耐受症可通过避免进食含有乳糖的食品，主要是限制各种奶制品。现在有乳糖酶液剂和片剂出售

（不需处方），可加入牛奶中使用。超市里可见到含乳糖少的牛奶和其他奶制品。为防止身体缺钙，禁食奶制品的人应服用补钙剂。

乳糜泻

诊断

当发现某人有上述症状，就要怀疑乳糜泻可能。患者进食谷蛋白后，检测特异性抗体水平，是有效的方法。如活检显示小肠表层变得平滑，即刷状表面层消失，而在停止进食含谷蛋白的食品后又恢复，可确定诊断。

治疗与预后

尽管多数人在停止食用谷蛋白后症状好转很快，但仍有一小部分患有长期乳糜泻的患者发展为肠道淋巴

乳糜泻（又称非热带口炎性腹泻、麦胶蛋白性肠病、 瘤。严格控制无麦胶蛋白饮食是否可以减少患并发症如

口炎性腹泻）是遗传性疾病，对小麦、大麦、燕麦中的麦 肠道恶性肿瘤以及淋巴瘤的风险并不确定。

胶（谷）蛋白过敏而不能耐受，引起小肠特征性改变，导 乳糜泻的患者必须避免进食所有含麦胶蛋白的食致消化吸收不良综合征。 品，因为即使进食少量麦胶蛋白也会引起症状。这种治当人摄取这种麦胶蛋白时，肠内壁会出现炎症。 疗通常反应很快。一旦避免谷蛋白，小肠的刷状缘以及

成人症状包括腹泻、营养不良以及体重下降。儿童症 其吸收功能可恢复正常。由于麦胶蛋白存在于多种食品状包括腹胀，量多且有恶臭的粪便。 之中，此病患者应有一张详细的应避免摄入的食品名称诊断基于典型的临床症状以及从小肠中获得的组织 清单，并接受营养师指导。例如，在商店出售的汤、酱汁、标本。 香肠、冰淇淋和热狗等都可能含有麦胶蛋白。

如进行无麦胶蛋白饮食｀大多数人症状好转。 一些患者在停用含有麦胶蛋白的食品后症状仍持

在爱尔兰西南部，乳糜泻发病率约1/150，欧洲约 续。这时就要考虑诊断是否正确或该病巳进入难治性阶 l/300,美国约1/250，而在非洲、日本以及中国，该病非 段。如果为难治性乳糜泻，使用皮质类固醇（如泼尼松）常罕见。这是一种遗传性疾病。约l0％的患者的近亲 治疗会有帮助。极少数病例对麦胶蛋白剔除和药物治疗也患有此病。此病是于患者对存在于小麦、黑麦、大麦和 均无效，应给予静脉营养。有时患儿在初次诊断时病情燕麦中的谷蛋白产生特异抗体所致。这种抗体会破坏小 严重，进食不含麦胶蛋白的食品前，需给予一段时间静脉肠黏膜，使正常小肠绒毛的刷状表面层变得平坦。而平＿营养。

坦、光滑的表面会减弱对营养的消化吸收。在避免进食

含麦胶蛋白的食物后，会逐渐恢复正常的刷状表面，肠道消化吸收功能也恢复正常。

临床表现

乳糜泻可发生在儿童期，也有直到成年才出现症状的。症状严重程度与小肠受累范围有关。

成人乳糜泻的典型症状是腹泻、消化吸收不良以及体重减轻。也有一些患者没有任何消化道症状。大约 10％的乳糜泻患者出现又痛又痒伴水疮的皮疹（称为疮疹性皮炎）。

幼儿第一次进食含有谷蛋白的食物前，不会出现任何症状。有些儿童可能仅有轻微胃部不适，而另一些人会出现腹痛、腹胀，排出浅色、非正常臭味和大量粪便

（脂肪泻）。

乳糜泻的消化吸收不良引起的营养缺乏还有更多症状，尤其多见于儿童。有些儿童出现生长发育异常，如身体矮小。缺铁时会出现贫血｀会导致疲惫和虚弱。低蛋白血症会引起水分的游留和组织肿胀（水肿）。维生素肛的吸收不良可导致神经病变，引起双上下肢针刺样感觉。钙吸收减少会导致骨生长异常以及骨和关节的疼痛，增加骨折的风险。缺钙还可引起牙齿脱色和易于罹患龋齿。患乳糜泻的女孩由于缺乏某些激素，如雌激素水平低，可能会没有月经。

热带口炎性腹泻

热带口炎性腹泻是病因未明，累及热带和亚热带居民的疾病，该病患者的小肠黏膜异常，导致消化吸收功能障碍和许多营养物质缺乏。

该病病因不明，可能是感染导致。

典型症状包括贫血，浅色大便，慢性腹泻以及体重下降。

诊断基于居住在或最近曾到过本病流行区的人出现该病典型症状。

四环系抗菌素治疗本病。

热带口炎性腹泻主要发生在加勒比海地区、南印度地区和东南亚地区。当地人和旅游者均可患病，但儿童少见。虽然确切病因尚不清楚，资料表明可能与感染有关。

临床表现及诊断

热带口炎性腹泻的典型表现是大便颜色变浅、慢性腹泻和体重下降。由千某些营养物质吸收不良会出现其他症状，维生素B2缺乏会导致舌头疼痛；铁、维生素B,2或叶酸缺乏常导致贫血而出现乏力和虚弱。

对居住在或最近曾到过本病流行区并出现贫血和消化吸收不良的患者，应考虑热带口炎性腹泻的可能。小

.., \_

｀

一1.-

第24节吸收不良综合征 121

**｀**

肠钡餐X线检查异常可有可无。小肠活检（通过内镜取标本行显微镜下检查）能显示某些特征性异常改变，但无特异性。大便检查可排除寄生虫或细菌感染。

治疗

若怀疑为热带口炎性腹泻，可使用抗生素治疗。四环素可使用数月。可补充营养成分，尤其是叶酸和维生素Bl2。治疗后患者通常可痊愈。

惠普病

惠普病（肠源性脂肪代谢障碍）是一种罕见细菌感染性疾病，该病导致小肠黏膜玻坏并可能累及其他脏器。

该病由细菌感染引起。

·典型症状包括腹泻、发炎、关节痛、发热以及皮肤色素沉着。

诊断基千不同的活检检查。

·如不治疗，疾病可能加重并可能致命。抗生素可治疗该病，但可能复发。

惠普病主要在30~60岁男性白人发病。是由类放

线菌感染所引起的疾病。这种感染通常累及小肠，还可能影响其他器官，如心脏、肺、脑｀关节和眼。

临床表现

惠普病的症状包括腹泻、关节痛、发热、皮肤变黑。－严重消化吸收不良会引起1本重下降和贫血所带来的虚弱

及乏力。其他常见症状有腹痛、咳嗽以及因胸膜炎引起的呼吸性胸痛。在胸膜之间的间隙内可有液体聚集（称为胸腔积液）。可能有淋巴结增大。可出现心脏杂音。意识模糊、记忆力丧失或不自主眼球运动，提示感染累及大脑。如不及时治疗，病情会加重，导致死亡。

诊断与治疗

经内窥镜进行小肠或肿大淋巴结活检发现该菌存在，即可诊断惠普病。

惠普病可由抗生素治愈。通常，开始时经静脉给予头袍曲松，后口服甲氧节 或新诺明至少12个月可治愈惠普病。虽治疗后症状可迅速改善，但是，此病可复发。

肠道淋巴管扩张症

肠道淋巴管扩张症（特发性低蛋白血症）指分布于小肠内壁的淋巴管扩张、阻塞所致的疾病。

病因是不正常淋巴管形成。主要症状是腹泻。

诊断基于活检病理结果。

一旦治疗该病特异性病因，需用低脂、高蛋白饮食以及服用补充剂控制症状。

消化道内淋巴管用于转运小肠吸收的消化后的脂肪。淋巴管可是先天性扩张，也可能是后天性的（较

少），如胰腺的炎症（胰腺炎）或心包变僵硬（缩窄性心包炎］所致。淋巴液从肠壁肿胀的淋巴管内渗涌，使脂肪和蛋白质不能吸收入血。

临床表现与诊断

肠道淋巴管扩张症患者会出现腹泻，还会出现恶心、呕吐、脂肪便和腹痛。如身体其他部位淋巴管受阻，会出现大量体液 留（水肿）。

患者血浆白蛋白水平降低，血中蛋白减少又会加重

组织水肿。血液中淋巴细胞数减少，胆固醇水平可正常或降低。

小肠活检发现淋巴管扩张可确定诊断。在大便中检

测al－抗胰蛋白酶的量可衡量肠道丢失蛋白的严重程度。

可·

治疗

如果肠道淋巴管扩张症由特定疾病所致，应治疗基础疾病。一些患者通过进食低脂高蛋白饮食和补充钙剂，维生素和特定的甘油三酷改善症状。甘油三酣可直接吸收入血，而不经淋巴管。

短肠综合征

短肠综合征是常发生于外科切除部分小肠后出现的以腹泻、营养物质吸收不良为临床表现的疾病。

这种疾病多发生于大部分小肠切除术后。主要症状是腹泻。

．外科术后，由静脉给予患者食物和液体。

I一些人须一生静脉营养。

洛 丁胺和考来烯胺可用于减轻腹泻。

移除大段小肠的普遍原因是克罗恩病、为大段肠壁供血的动脉栓塞（肠系膜梗死）、放射性肠炎、肿瘤、肠扭转以及先天性缺陷。

食物的大多数消化和吸收都在小肠，切除小肠的后果取决于切除的多少以及部位。如果是中段小肠（空肠）被切除，有时末端小肠（回肠）会相应的适应，吸收更多营养物质。如超过1米的回肠被切除，剩余的小肠通常无法适应。适应前，或无法适应时，小肠难以吸收很多营养物质，包括脂肪、蛋白质和维生素。小肠也无法吸收由肝脏分泌的帮助消化的胆汁酸。

吸收不良综合征会引起腹泻，典型的术后立刻出现。之后，发展为营养不良以及维生素缺乏。

治疗

外科术后，如腹泻非常严重，医师需给予静脉输液以补充丢失液体，通常还需静脉营养，这种营养称为全胃肠外营养，其含有所有必需的营养物质，包括蛋白质、脂肪碳水化合物、维生素以及矿物质。如患者开始恢复且排便量减少，应慢慢给予经口流质饮食。

小肠大约4~7米长，大段小肠切除以至千剩余小肠

122 第3章消化系统疾病

不足1米，或是过量液体待续丢失的患者一生都需要行全胃肠外营养治疗。其他患者最终均会逐渐耐受进口饮食。建议饮食中脂肪和蛋白质多于碳水化合物。少食多餐比多食少餐好。

饭后腹泻的患者需饭前1小时服用止泻药如洛 丁胺。考来烯胺可餐时服用减轻因胆汁酸吸收不良造成的腹泻。多数患者需补充维生素、钙和镁。有些患者需每月注射维生素B,20

对无法适应切除后的小肠以及无法适应全胃肠外营养的患者可采取小肠移植。

细菌过度生长综合征

细菌过度生长综合征指由于肠内容物移动过慢导致肠内正常菌群过度生长引起的腹泻以及营养吸收不良。

－一些原因或疾病会使肠内容物的移动减缓甚至停止。此一些患者无症状，其他患者可能有体重减轻、营养不

良以及腹泻。

诊断基于外科特定手术后出现的临床症状。

．一一

韭抗生素可杀灭过度增长的细菌。

正常稳定的肠内容物移动对保持小肠内细菌平衡有重要作用，某一部位肠内容物移动过缓会导致细菌过量增殖。这种情况包括胃、肠部分手术后。糖尿病、系统性硬化病、淀粉样病变也会减缓蠕动，引起细菌过度生长。过量的细菌会消耗营养物质，如维生素Bl2以及碳水

化合物，导致能量摄入减少和维生素B12缺乏。细菌也会

分解由肝脏分泌帮助消化的胆盐，而使脂肪难以被吸收，从而造成腹泻以及营养不良。

一些患者几乎没有症状或仅有体重下降。一些患者则可有严重营养缺乏，腹泻，或者两者均有。

诊断和治疗

特定的外科术后患者出现典型临床症状可使医师做出诊断。有时可使用鼻导管从小肠中取流质标本。一些医师使用碳14呼吸实验，这个实验是使患者饮入含特殊可排泄放射性标记物碳14，其可以置于木糖中。如木糖被过度细菌分解，碳14可从呼气中检出。

很多患者在门服抗生素10~14天后好转。医师可补充营养剂，纠正营养物质缺乏。

第25l

节

1•一 ｀一～一可樽L

##### 炎症性肠病

炎症性肠病是一组慢性肠道炎症，常引起患者反复发作腹痛和腹泻。

炎症性肠病有两种：克罗恩病和溃疡性结肠炎。二者有许多类似处，有时难以鉴别。但两者也有不同之处。比如克罗恩病可累及消化道的任何部位，而溃疡性结肠炎几乎仅累及结肠。炎症性肠病的原因尚不明确，但可能包括对肠道细菌过分活跃的免疫反应以及遗传易患性。近年来认识到的炎症性肠病还包括胶原性结肠炎 淋巴细胞性肠炎和转流性结肠炎。

炎症性肠病的确诊需排除肠道其他炎症性疾病。如细菌或病毒感染。应行一系列检查。乙状结肠镜检时收集大便标本供培养，可明确有无细菌或其他微生物感染（如旅行者腹泻）或者继发于抗生素使用之后的难辨梭状芽抱杆菌的感染。还需检查直肠有无性传播疾病，如淋病、庖疹病毒感染或衣原体感染。需使用乙状结肠镜取直肠组织做病理学检查，排除肠道肿瘤和其他可能导致血性腹泻的原因。还需排除缺血性肠病

（多见于50岁以上老年患者）以及妇科疾病、乳糜泻和短肠综合征。

克罗恩病

克罗恩病（又称局限性肠炎、肉芽肿性回肠结肠炎）是肠壁的慢性炎症，可发生在消化道任何部位。

尽管其准确原因不明，免疫系统功能失调可导致克罗恩病。

典型症状包括慢性腹泻（有时为血性）、痉挛性腹痛发热、食欲下降以及体重下降。

诊断基于大肠内窥镜（结肠镜）检查以及钡餐。克罗恩病无法治愈。

治疗目的在于缓解症状及减少炎症，但一些患者需手术。

克罗恩病的病因不清。有研究认为可能是免疫系统功能失调，导致肠道对环境、食物或感染抗原过度反应有关。某些人可能对这种免疫功能失调具有遗传易患性。吸烟可能导致克罗恩病恶化和周期性发作。

过去几十年中，克罗恩病在全球发生率都有所上升。男性与女性患病大致相等。从人种上看，犹太人最多见｀

｀

冒·一

`

第25节炎症性肠病 123

并有家族倾向匡多数患者在35岁以前发病，高峰发病年龄是15~25岁。

克罗恩病最常见病变部位是末段小肠（回肠）和大

肠，但它也可发生在从口腔至肛门整个消化道的任何部位，甚至发生在肛门周围的皮肤。克罗恩病仅累及小肠 (35％），仅累及大肠（20％），或同时累及下段小肠和大肠(45%)。该病可能跳跃性累及多节肠段，病变肠段之间的肠道保持正常。在活动性克罗恩病的病变部位、肠壁全层均可受累。

临床表现

克罗恩病最常见的早期症状是慢性腹泻（有时是血性）、痉挛性腹痛、发热、食欲下降和体重减轻。症状可能持续数天或数周，也可能自行缓解。首次发作后即完全缓解并再不复发的情况很罕见。多数患者常是终身患病，间以不规则的间隔间断发作。发作时病情可轻可重 可长可短。严重发作可能导致强烈腹痛、脱水和消化道出血。目前仍未弄清楚为什么克罗恩病病情会时好时坏、什么原因使其发作或哪些因素与病情严重程度有关。每次发作的病变一般仍在原来的病变部位，手术切除后病变部位后，病变可扩散到其他部位。

在儿童中，胃肠道症状如腹痛、腹泻可能不是主要症

状，甚至不出现这些症状。其主要症状可能是生长发育缓慢、关节炎、发热或因贫血导致的虚弱和乏力。

并发症：常见并发症包括导致肠梗阻的瘢痕形成、深溃疡穿透肠壁所致的脓肿以及形成肠道间或者肠道与其他器官之间的异常通道（喽管）。癌管可连接肠道的两个不同部位，也可穿通肠腔和膀胱或肠腔与皮肤表面，尤其是肛门周围皮肤。尽管小肠间的搂管很常见，但很少出现肠穿孔。

病变广泛累及大肠时，常出现便血，且多年后，患者

患大肠癌危险增加。约1/3克罗恩病患者有肛门周围病变，尤其是肛搂和肛裂。克罗恩病还可致身体其他部位的并发症｀如胆石症、营养吸收不良、尿道感染、肾结石和淀粉样变性（多脏器有淀粉样物质沉积）。

当克罗恩病的胃肠道症状发作时，可同时出现关节炎、巩膜炎、复发性口腔炎性口疮（阿佛他溃疡）、双上肢和下肢炎性皮肤结节（结节性红斑）以及含有脓液的皮肤溃烂（坏疽性脓皮病］。在克罗恩病尚未引起胃肠道症状时，患者仍可出现脊柱炎、盆腔关节炎（倾骼关节炎）、眼球内炎症（葡萄膜炎）和胆管炎（原发性硬化性胆管炎）。

诊断

当患者出现反复发作的痉挛性腹痛和腹泻，尤其是如果患者还有克罗恩病家族史或肛周病变病史，应考虑克罗恩病的可能。其他诊断该病的线索还有关节、双眼和皮肤炎症。查体可能们及下腹包块或膨隆，多见于右侧腹部。

虽然没有实验室检查能专门确诊克罗恩病，血液检查可显示患者有贫血、白细胞异常增加、白蛋白降低和其他炎症指标，如C反应蛋白(CRP)升高。

体格检查和血液检查完成后，首先应安排结肠镜检查并取活检（取组织标本行显微镜下检查）。

克罗恩病局限于小肠时，结肠镜不能发现病变，除非结肠镜穿过结肠到达末段小肠病变处。采用钡餐检查几乎可百分之百查出克罗恩病病变。X线钡灌肠检查能显示克罗恩病大肠病变特征性改变。计算机体层摄影[ CT]对鉴别克罗恩病和溃疡性结肠炎有帮助，而且是判断有无肠壁以外病变（如脓肿或搂管］的最好方法。另一种检查小肠病变的方法是无线胶囊内窥镜。

预后及治疗

克罗恩病本身并不影响患者寿命，而一些患者会因长期患克罗恩病导致消化道恶性肿瘤死亡。

现尚无治愈方法，但许多治疗手段有助减轻炎症和缓解症状。

止泻药；这类药可缓解患者腹泻和痉挛。其中包括

抗胆碱能药物（阻断部分神经系统的正常作用），如地芬诺酷(diphenoxylate)，洛 丁胺（loperamide)，脱臭鸦片酐 (deodo1ized opium tinctrn·e)或可待因（codeine)，这些药物

都可口服，进食前服用效果更好。使用甲基树脂(meth­ ylcellulose)或车前草制剂(psylliu.m)有助于使大便成形而预防肛门受刺激。

抗炎药：柳氮磺胺 (sulfasalazine)及其相关药

物，如美沙拉唉(rnesalamine)、奥沙拉秦（olsalazine)以及巴柳氮（halsal血de)可减轻炎症。这类药物可控制症状、减轻炎症，尤其对大肠炎症有效。美沙拉唉还可预防复发。但这些药物对严重发作者疗效较差。

口服皮质类固醇（如泼尼松），可有效减轻发热和腹

泻，缓解腹痛和压痛，增进食欲和改善身体一般状况。但长期使用皮质类固醇无例外会引起较严重不良作用。

通常，应用大剂量缓解急性或重度炎症和症状后应减量，尽早停用。新型皮质类固醇布地奈德比泼尼松不良作用小，但效果稍差，常在停药后6~9个月内出现病情复发。

如病情严重，患者应住院并静脉使用皮质类固醇。

刚开始，患者应禁食，通过静脉补液，纠正脱水。有严重消化道出血的患者应输血；慢性贫血患者可口服或静脉补铁。

免疫调节药：某些药物，如硫陛噤呤(azathioprine)和

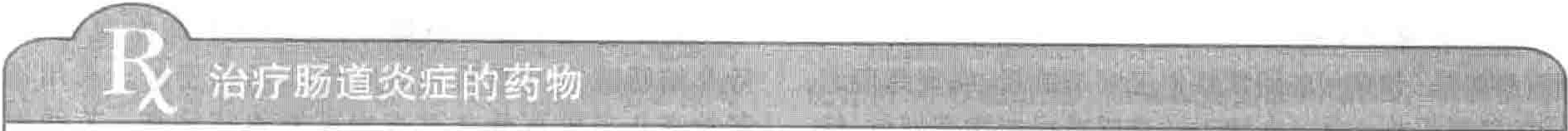
6－琉基噤呤(me1·captopurine），能调整患者免疫系统反应，用于其他药物无效患者，或作为维待缓解的长期用药。这些药物能显著改善患者全身情况，减少皮质类固醇需要量，常能治愈疫管。但这些药物常需用药1~3个月以上才产生疗效，而且有潜在严重不良作用。因此，用药期

124 第3章消化系统疾病

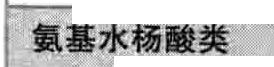
间医生须严密监视有无过敏、胰腺炎和白细胞减少等发生。基因检测，用来检测可以代谢硫陛噤呤和6－琉基嗦呤的一种酶的变异；和一种血液检查．直接检测其代谢物水平；都可以帮助医生判断药物的有效性和安全性。

甲氨蝶呤（rnethotrexate）：每周静脉或口服一次甲氨蝶呤对于激素、硫嗤嗦呤和琉嗓呤无效，或不能耐受的患者可能有效。

大剂量环抱素可帮助愈合疫管，但长期使用不安全。



药物

玄尸勹霓／臀

不良反应 评价

恋

柳氮磺胺Il比

巴柳氮

美沙拉嗦奥沙拉嗦

衮"",

严立I妞屯裳

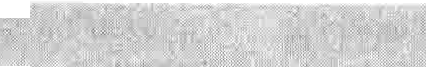
泼尼松

布地奈德

常见恶心、头痛、头晕、疲劳、发热、皮疹和可逆性男性不孕

罕见：肝炎，胰腺炎，或肺炎和溶血性贫血

常见的：发热和皮疹

不常见胰腺炎、心包炎和肺炎对千奥沙拉唉：水样泻



飞，， 立患苍，｀··广t

.．,令．

糖尿病高血压、白内障、骨质疏松、皮肤变薄精神障碍，急性精神病情绪波动感染、座疮，过多的体毛

（多毛症），月经不规则，胃炎，胃溃疡等疾病

糖尿病、高血压、白内障、骨质疏松

腹痛、眩晕和乏力与剂量有关』肝炎和胰腺炎与剂量无关

最见副作用可见柳氮磺胺咄 副作用

与其他氨基水杨酸类相似，但次数少得多

冷··;<:'  



｀y'，飞

.`, ' r

**：**＂

糖尿病和高血压更有可能发生在有其他危险因素的人

副作用与其他糖皮质激素类药物相似，但要弱

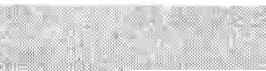
免酌阳市 饺

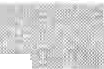
、“一应

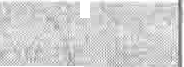
硫嗤嗦呤硫嗦呤

心·



厌食、恶心、呕吐感染、癌症、过敏反应、胰腺炎、白细胞减少、骨髓抑制｀肝功能障碍 ,r ·- -



心·沁：，＂

玄簇； ， ．．

副作用，通常是剂揽依赖性，包括骨髓抑制和肝脏功能障碍



环抱素

需要定期进行血液监测

高血压恶心、呕吐、腹泻、肾衰竭震颤、感染癫病、 副作用更可能与长期使用有关神经病变、和诱发淋巴瘤（淋巴系统癌症） -

无且＿

甲氨蝶呤 恶心、呕吐、腹部不适、头痛、皮疹｀酸痛、疲劳、肝硬 肝毒性可能是剂屈依赖阻不能用于孕妇，因为它会化，白细胞减少，和感染 引起孕妇流产和婴儿出生缺陷

英夫利昔单抗 输液反应、感染、癌症、腹部疼痛、肝功能障碍，和白血 输液反应是潜在的副作用，发生在输液时（如发烧、寒胞减少 战、荨麻疹，血压下降｀或呼吸困难）3

人们应该在治疗前接受结核病的检测

阿达木单抗 注射部位疼痛或强痒、头痛、感染、癌症和过敏反应 一 副作用类似千英夫利昔单抗除阿达木单抗不会引起输

液反应

过敏反应包括皮疹｀荨麻疹、强痒

英夫利昔单抗(i1仙xiruab)作为单克隆抗体，是另一种免疫调节剂。英夫利昔单抗可用于其他药物无效的中重度克罗恩病，及治疗合并出现喽管的患者。一般静脉使用。但由于每次注射后药物作用维持时间很短，在注射用药期间还需进行其他治疗。其他治疗包括硫嗤颐呤，6硫基噤呤或氨甲蝶呤。由于英夫利昔单抗是新药，远期疗效及可能出现的所有不良作用情况还不清楚，但其可使现有未被控制的细菌感染加重，也可能使肺结核复发，也可能增加某些肿瘤风险。一些患者在输液期会有发热或皮疹。

阿达木单抗(adalin,umab)是类似英夫利昔单抗的药物主要恢复免疫系统功能，可能对不能耐受或对英夫利昔单抗没有反应的患者有所帮助。

广谱抗生素：广谱抗生素往往对多种细菌感染都是有效的U甲硝嗤是最常用来治疗肛门周围脓肿和搂管的药物，对克罗恩病的非感染性症状（如腹泻和腹痛）也有效。但长期使用甲硝哩可能造成神经损害，引起双上下肢针刺样感。通常停药后，这种不良作用会消失，但又常使克罗恩病复发。其他抗生素如环丙沙星和左氧氮沙星，可代替甲硝哩或与甲硝挫联合使用。利福昔明，一种

｀

.., --

｀

第25节炎症性肠病 125

非吸收性抗生素，有时也被用来治疗活跃期的克罗恩病。饮食疗法：配方饮食是将每一种营养成分准确测量

后配制成要素饮食，可短期内改善肠梗阻或疫管的病情，也有助于儿童患者更好生长发育，特别是可以在夜间用鼻饲管注入。手术前或手术后可试用这种饮食，或将这种饮食作为手术治疗的辅助治疗手段。偶尔，需用全胃肠外营养，即从静脉输入高浓度营养物质，纠正克罗恩病造成的吸收不良。

手术治疗：发生肠梗阻或脓肿、喽管不愈的患者可能

需手术治疗。手术切除病变肠段可缓解症状，但不能治愈本病。炎症大多在肠段连接处复发，虽然术后使用多种药物可减少这种儿率c约一半患者需第二次手术。最后，外科手术仅限千某些特殊并发症者，或药物治疗失败者。但大多数经手术治疗的患者还是认为生存质最优于术前。

溃疡性结肠炎

随时复发。

当病变只局限在直肠和乙状结肠时；粪便可能正常或变干变硬，但在排便时，或排便间期可有来自直肠含有大量红细胞、白细胞的黏液排出。一般症状（如发热）可有可无。

如病变进一步扩展到其他大肠，大便变稀，每天排便

次数可达10~20次。患者常有严重腹部绞痛和伴有频繁便意的直肠痉挛性疼痛。症状在夜晚不减轻。粪便可为水样，含脓液、血液和黏液，甚至全部是血和脓液。可有发热、食欲下降和体重下降。

并发症：出血是最常见并发症，常引起缺铁性贫血。

大约10％的溃疡性结肠炎患者初次发病迅猛而严重，出现大量出血、肠穿孔或广泛感染。

中毒性结肠炎是非常严重的并发症。病变损害肠壁

全层。这种损害可引起麻痹性肠梗阻（肠壁停止收缩，肠内容物不随肠道向下运行的疾病状态）。此时，出现明显腹胀。中毒性结肠炎恶化时，肠道失去张力，数日甚至数小时内，肠道开始扩张。腹部X线检查显示麻痹的

溃疡性结肠炎是大肠炎症和溃疡形成的慢性疾病， 病变肠段内气体充盈。

常出现血性腹泻、腹痛和发热。』一长期患病者会增加患结 中毒性巨结肠 当大肠显著扩张时，称为中毒性巨肠癌风险。 ｀仁 结肠。患者病情危重，可伴有高热、腹部疼痛、压痛和白疾病准确病因不明。 细胞计数升高。如果发生肠破裂，死亡率显著增加。但

肛，发作时典型症状是腹部绞痛、强烈便意以及腹泻（常--是，如果在肠破裂发生前进行及时的治疗，病死率低为血性）。 于2%。

Ill诊断基于乙状结肠镜以及结肠镜。 结肠癌 溃疡性结肠炎患者晚期每年结肠癌发生率

长期患有溃疡性结肠炎的患者可能发展为结肠癌。 1/200~1/100。当全大肠受累，不管病情活跃程度如何，治疗目的在于控制炎症，减轻症状以及补充丢失的液 病程超过8年，病变累及整个大肠的患者，结肠癌危险性体和营养。 都非常高，即使是没有活动性炎症。病程超过8年的患

溃疡性结肠炎可发生于任何年龄，一般以15~30岁 者应1 ~2年作一次结肠镜检查。结肠镜检查时，对大肠起病最常见。少数患者在50~70岁间初次发病。 各段取活检以发现是否存在癌症的征兆（不典型增生）。

溃疡性结肠炎通常不会累及肠壁全层，且极少累及 若能及时发现早癌或者癌前病变，及时切除病变肠段，绝

小肠。其最初多在直肠或乙状结肠发病，最后扩散到部 大多数患者可存活。

分或全部大肠。 其他并发症 与克罗恩病相同，溃疡性结肠炎也可限于直肠的溃疡性直肠炎很常见，是溃疡性结肠炎 伴随身体其他部位疾病。当溃疡性结肠炎引起肠道症状

比较良性的一种。而也有部分患者，开始时就会有大部 时，患者也可同时出现关节炎、巩膜炎、结节性斑和坏疽

分结肠发生病变。 性脓皮病。当溃疡性结肠炎没有肠道症状时，患者仍可溃疡性结肠炎病因未明，但遗传因素和肠道的免疫 出现强直性脊柱炎、砾骼关节炎和眼球内炎症（葡萄膜

反应过强是可能的发病因素。吸烟对克罗恩病有害，但 炎），其与肠道疾病完全无关。很少患者会形成静脉它可以减低溃疡性结肠炎发病的风险。但鉴于吸烟对健 血栓。

康会造成其他很多问题，不建议将吸烟作为降低溃疡性 虽然溃疡性结肠炎患者常有轻度肝功能异常，但仅

结肠炎发病率的方法。 仅约1%~3％的患者会出现轻到重度肝脏疾病症状。

临床表现 严重的肝病包括肝脏的炎症（慢性活动性肝炎）；胆管的溃疡性结肠炎症状是发作性的。发病可能很重很突 炎症（原发性硬化性胆管炎），它使胆管变狭窄、最终闭

然，出现剧烈腹泻、高热、腹痛和腹膜炎（腹腔壁层的炎 锁，有功能的肝组织被纤维组织所替代（肝硬化）。胆管症）。如此发病，病情重笃。但更多见的起病方式是逐 炎可在溃疡性结肠炎肠道症状出现之前许多年前发生，渐发病，出现频繁便意、轻度下腹疼痛和粪便中出现肉眼 使患胆管癌的危险增高，同时促使罹患结肠癌的危险可见的血和黏液。一次发作可能持续数天或数周，并可 增高。

126 第3章消化系统疾病

诊断

患者的症状和粪便检查有助于诊断。乙状结肠镜检查可确定诊断，并使医师能直接观察病变炎症的严重程度。即使在没有症状时，结肠镜检查也常显示异常，取活检标本行显微镜检查可显示慢性炎症。血液检查虽不能确诊疾病，但显示患者贫血、白细胞增高、白蛋白缺乏以及血沉(ESR)升高，它主要提示炎症是否呈活动性。

腹部X线检查可显示疾病严重程度和范围。在疾病处于活跃期一般不行钡灌肠和结肠镜检查；有时，会采用全结肠镜检查，明确病变范围。

免疫调节药物：对那些需长期使用皮质类固醇治疗的患者，可改用硫挫噤呤和6琉基嗓呤维待缓解治疗。这类药物可抑制T细胞功能，它是免疫系统的重要组成部分C这类药物起效缓慢，1 -4个月后才可见效果。由于潜在严重副作用，需密切监测使用。

环胞霉素用于那些病情严重而对皮质类固醇无效的患者。大部分患者对环胞霉素有反应曹但仍有部分患者最终需手术治疗。

英夫利昔单抗是从单克隆抗体中分离的免疫调节剂，经静脉给药，对一些溃疡性结肠炎患者有效。这种药

预后及治疗

适用于对皮质类固醇无反应或皮质类固醇依赖的患者，

溃疡性结肠炎是慢性疾病，常呈现反复发作和缓解的特点。约10％患者在初次急性发病时出现严重并发症。另有大约IO％的溃疡性结肠炎患者在初次发作后可以获得痊愈。但其中一部分患者实际上是没有明确诊断的肠道感染，而不是真正的溃疡性结肠炎，结肠活检有助于鉴别诊断。

溃疡性直肠炎的患者预后最好。很少出现严重并发症。但大约10%~30％患者最终病变会发展到结肠而成为溃疡性结肠炎。

治疗目的是控制炎症，消除症状，补充丢失的体液和营养。

饮食控制：补充铁剂可弥补粪便中不断丢失的血液，治疗贫血。患者应避免食用生冷瓜果蔬菜，减少对发炎

或者尽管使用其他免疫调节剂，仍出现症状的患者。

手术治疗：约30％患广泛溃疡性结肠炎的患者需手术治疗。有时出现严重急性危及生命的并发症，如大量出血、穿孔、中毒性巨结肠或血栓，需急诊手术。对于病情长期持续活跃，生活不能自理或须长期依赖大剂量皮质类固醇的患者，需手术治疗。

对诊断大肠癌或确定有不典型增生者，可择期外科手术。因大肠肠腔狭窄或儿童生长发育迟缓者也可做手术。

大肠全切除可永久性治愈溃疡性结肠炎，但需付出的代价是以后终身伴有永久性回肠造疫［将小肠最下端连接在腹壁的开口上，从此处排便］和使用回肠造疫袋接粪便。而有些办法可弥补这一不足，最常见的是回肠－

｀肛门吻合术，即在大肠和大部分直肠切除后，将小肠末端

大肠黏膜的物理损伤。不含牛奶制品的饮料可能减轻症

扩大成痪，再连接于余下的直肠，正好位于肛门的上方，

状，值得一试。但若无效，无需继续。

止泻药：抗胆碱能药物或小剂量洛 丁胺和地芬诺酣用于相对较轻腹泻。对更严重腹泻，可能需大剂量地芬诺酣、脱臭阿片酐、洛 丁胺或可待因。对病情危重而又在使用这些抗腹泻药物的患者，须严密监视，以免中毒性巨结肠发生。

抗炎药：柳氮磺胺咄 、奥沙拉嗦、美沙拉嗦以及巴柳氮常用于减轻溃疡性结肠炎的炎症，预防症状复发。这些药物通常口服，但美沙拉嗦还可行灌肠和肛门栓剂给药。无论口服还是直肠给药，这类药物对轻到中度活动性炎症效果较好，可用千维持治疗，甚至可减少长期患结肠癌风险。

中重度未卧床的溃疡性结肠炎患者常口服皮质类固醇（如泼尼松）。大剂量泼尼松常可获非常好疗效。炎症控制后，常给予柳氮磺胺咙 、奥沙拉唉、美沙拉嗦以及巴柳氮巩固疗效，泼尼松逐渐减量至停用七长期使用皮质类固醇几乎都会产生副作用。新的皮质类固醇（布得奈德）副作用比泼尼松小，但效果可能差一些。轻度或中度溃疡性结肠炎病变若局限在左半结肠、降结肠和直肠时，可用灌肠或栓剂给予皮质类固醇或美沙拉唉。

如病情严重，需住院治疗，经静脉输注皮质类固醇和补液。大量便血的患者需输血。

如此可从肛门排便。但可能出现一些并发症｀如残余部位的炎症。

溃疡性直肠炎患者很少需手术，生存期也正常。但也有一些患者意外出现对药物治疗特别耐药，而需手术。

中毒性巨结肠是危重急症需手术治疗。一旦发现或怀疑将要发生中毒性巨结肠时，应立即停用一切抗腹泻药物并禁食；经鼻插管至胃或小肠，间断抽吸胃液、肠液、胃肠内容物和气体；所有液体、营养素和药物都从静脉输入。严密监视患者有无腹膜炎或肠穿孔征象。如时间和患者病情允许，有时可给予环抱素或英夫利昔单抗。如果这些措施未能改善病清，需紧急手术：切除全部或大部分大肠。

胶原性结肠炎和淋巴与细胞性结肠炎

胶原性结肠炎和淋巴细胞性结肠炎是由于某些特定白细胞浸润大肠壁而出现水样腹泻的慢性疾病。

这类慢性疾病可能影响整个大肠，包括乙状结肠和直肠，但通常呈灶性分布。肠道内层可因结缔组织（胶原）或淋巴细胞（一种白细胞）聚集而增厚。

病因不清，可能与免疫系统对一些不明刺激因素过度反应有关。许多胶原性结肠炎或淋巴细胞性结肠炎患

」」,

｀

啊己～

第26节难辨梭菌相关性结肠炎 127

｀

者经常服用非笛体类抗炎药，但并不认为这是该病的病因。与克罗恩病和溃疡性结肠炎不同，这两种病并不增加患结肠癌危险。

胶原性结肠炎多见于中老年女性。淋巴细胞性结肠

炎可见于年轻人，男女患病率相等。临床表现与诊断

胶原性结肠炎和淋巴细胞性结肠炎最常见症状是非血性的水样腹泻，同时还常伴痉挛性腹痛、恶心、腹胀及消瘦。短期禁食常可减轻腹泻次数和量。腹泻和其他症状常有波动，间歇加重或缓解，或完全治愈。

当患者出现持续水样泻，检查又不能发现其他问题，

医师应考虑胶原性结肠炎或淋巴细胞性结肠炎的可能。结肠镜下取多处组织活检行显微镜下检查可确诊。

治疗

止泻药物，如具有抗胆碱能左右的药物（如很多抗组胺剂或一些抗抑郁剂）或小剂量的洛 丁胺或地芬诺酷等止泻药对该病有效。水杨酸类（如水杨酸 ）以及柳氮磺胺咄 或美沙拉嗦等抗炎药有时也有效。布地奈德（新的很少有副作用的皮质类固醇）可能对病情会有

帮助。另外，考来烯胺，结合胆汁酸的药物，或抗生素，也会有效。皮质类固醇（如泼尼松）也有很好作用，但由于其可能引起严重不良反应，其仅用于对其他药物没有反应的患者。

转流性肠炎

转流性肠炎指在手术改道后旷置肠段发生的慢性炎症。

有些人曾做过回肠造搂术（小肠的最远端开口于腹

壁）或结肠造搂术（大肠开口于腹壁）。这两种手术方法是治疗肿瘤、溃疡性结肠炎、憩室炎或肠道外伤可能用的。当医师考虑到改道仅是暂时的，他会留下整个大肠或部分大肠在原位而将粪便分流出去。

回肠造痰或结肠造痰术后留下全部大肠或部分大肠的患者，约1/3的人会在术后1年内出现转流性结肠炎的症状，包括直肠排泄黏液、直肠出血以及疼痛。大多数人因症状轻微不需治疗。通过手术重新连接分开的两段肠段，恢复正常粪便通路，有助于炎症和症状的消失。

;.

第`-26节

难辨梭菌相关性结肠炎

难辨梭菌相关性结肠炎（又称抗生素相关性结肠炎以及伪膜性结肠炎）系由于抗生素使用后肠道内少见细菌过度生长导致腹泻的结肠炎症。

结肠炎通常因服用抗生素引起。

典型症状由稍微稀便至血性腹泻、腹痛、发热而程度不一。

J1医师对有难辨梭菌相关性结肠炎症状的患者进行粪

便以及大肠检查。

多数患有轻度难辨梭菌相关性结肠炎的患者在停用抗生素后症状好转，但一些严重感染的患者需使用其他抗生素。

很多抗生素会改变肠道内菌群种类和数量的平衡，

导致某一致病细菌过度繁殖并代替其他细菌。最常见的是难辨梭状芽胞杆菌，其分泌的两种毒素可破坏肠壁的保护层。

几乎所有抗生素均能引起难辨梭状芽胞杆菌感染

最常见的是克林霉素，青霉素（如氨卡西林，阿莫西林）以及头抱菌素（特别是头抱氨苯）。其他可引起本病的抗生素包括红霉素、磺胺类（如新诺明）、氯霉素、四环素

以及哇诺酮类（如氪 酸）。某些肿瘤的化疗药物也可能引起感染。

难辨梭状芽胞杆菌感染最常见千口服抗生素以后，但

也常发生于肌肉注射或静脉使用抗生素后。发病率随年龄 增长而上升。其他危险因素包括患有严重的基础疾病、长 期住院、住在疗养院以及进行过胃肠道手术。减少胃酸的 药物或情况（尤其是使用质子泵抑制剂）也会使患者易感。｀

有时感染细菌源来自患者自己肠道。难辨梭菌正常存在于15%~70％的新生儿以及相当大比例的成人中。这些人群，称为携带者，其携带细菌但不表现出任何病症。有时，携带者可传染给有危险因素的人群c另外，在土壤、水以及家庭宠物中也普遍发现这种细菌。细致洗手可预防人与人间的传播。

必）你知道吗···..“

，i二：很多健康的人肠道中存在难辨梭茼细茵。

如果无近期服用抗生素史，很少发生难辨梭菌感染导致的结肠炎。身体应激事件，如手术（特别是胃肠道

128 第3章消化系统疾病

手术），可能改变肠道内菌群种类和数量平衡或干扰肠内固有抵御机制而造成难辨梭菌感染，而导致结肠炎。临床表现

症状常在抗生素治疗5~10天后开始出现，也有可能在治疗第一天就出现症状。但1/3患者可在治疗结束后 l~IO天才出现症状。甚至有人2个月后才出现症状。

根据细菌所致炎症程度不同，临床表现可相差很大，从仅有轻度稀便，到出现血性腹泻、腹痛、发热。最严重病例可出现危及生命的脱水、低血压、中毒性巨结肠和结肠穿孔。

诊断

2个月以内服用过抗生素以及入院72小时以内发生腹泻的患者应怀疑难辨梭菌相关性结肠炎。一旦大便中检测出难辨梭状芽胞杆菌毒素，即可确诊难辨梭菌相关性结肠炎。轻症患者毒素检出率约20％，而重症患者毒素检出率达90％以上。有时需检测2~3份大便标本才可得阳性结果。

通过乙状结肠镜检查受累远端结肠，有助于诊断难辨梭菌相关性结肠炎。如病变部位较高，则需使用全结肠镜检查。但通常不需内镜检查。

治疗

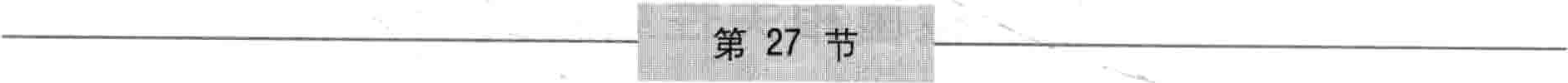
如患难辨梭菌相关性结肠炎的患者在抗生素治疗过

程中出现明显腹泻，应立即停用抗生素，除非该抗生素使用绝对必要。应避免使用减少蠕动药（如地芬诺酷），它可延毒素与结肠黏膜接触时间，延长病程。无并发症的难辨梭菌相关性结肠炎，通常在停用抗生素后10~12天内自行缓解，不需其他特殊治疗。如轻度症状持续存在，口服阴离子交换树酷考来烯胺，机制可能是与难辨梭状芽胞杆菌毒素结合。

对绝大多数症状明显的难辨梭菌相关性结肠炎病例，甲硝嗤抗难辨梭状芽胞杆菌的作用有效。万古霉素可保留用于最严重或耐药的病例。临床上多达20％患者可能复发，需再次治疗。如腹泻反复复发，需延长抗生素治疗，并合用乳酸杆菌制剂或经直肠灌注类杆菌以恢复肠道正常菌群或静滴丙种球蛋白，但这些方法并不常规使用。医生们正在研究抗生素利福昔明是否可提高治疗难辨梭菌相关性结肠炎的疗效以及接种难辨梭菌疫苗是否在治疗中或对有危险因素的人群的预防有效。

偶尔，极重症患者需住院治疗，以便静脉输液，补充电解质（包括钠，钾，钙，镁）和输血治疗。有时需做暂时的回肠造痰［直接将回肠末端开口千腹部使大便排出，避免大便进入结肠和直肠］或行结肠切除术，作为挽救生命的措施。

一一 一 、．． ｀｀国嘈一



##### 憩室病

憩室病是由一些小球状的囊（憩室）从胃肠道的肌层所突出，以此为特征的疾病。

最常见的憩室发生部位在结肠，胃和小肠的憩室较少见。Meckel憩室是最常见的小肠憩室。约2%~ 3o/o的患者出生时即发现。有憩室的存在称为憩室病一 顷向于在人中年时出现。有炎症时称为憩室炎。

憩室病

憩室病指多个憩室形成的病理状况，多见于结肠。圃肠道肌层痉挛被认为与憩室形成有关。

憩室病一般不引起症状，但有时会出血，引起血便或直肠出血。

·可经结肠镜或钡餐确诊。

｀

可给予高纤维饮食或大便膨化剂，而有时出血需结肠

－镜或外科手术。

憩室可发生在结肠任何部位，但多见于乙状结肠，该处是结肠末段，直接与直肠连接。憩室大小可从2mm到

2. 5cm.不等。40岁以前很少见，但40岁后发病率明显增加。超过90岁儿乎人人都有很多憩室。2.5~15cm (1~6英寸）的巨大憩室很少见，并可能是单发的。一个人可能仅仅会有一个巨大憩室。

病因

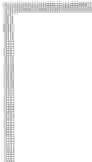
一般认为憩室发生与肠道肌层痉挛有关。肠道痉挛原因不清楚，可能与低纤维饮食有关。由此引起肠腔压力增高可能使肠壁从肠道肌层最薄弱点（通常是动脉穿过肠壁的区域）向外突出。在患憩室病的患者中，经常可发现乙状结肠肌层增厚。巨大憩室的病因不清楚。

.....,-

第27节憩室病 129

｀

「II｀七．一”



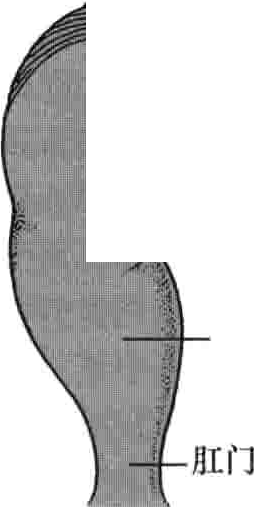
什么是憩室病



止，如无法自行止血，医师可选用结肠镜在出血部位行药物注射，使出血停止。如反复出血或出血部位不明，可能需手术切除部分肠段。但这种治疗方法不常用。

憩室病是指大肠出现许多艇状的憩室，尤 ＇，

其多见千大肠的最后一段（乙状结肠）。大多数憩室的直径从2. 5mm到超过2. 5cm不等。有些憩室会发展到巨大－—一直径超过15cm (6英寸），原因不清。



憩室..

肛．



＇，

，

＇止．．

，

叩

儿，

中

忙

． 勹

；； 气矿

岭 ，

气

仰

川

五 一

厂飞二

厂

门

尸心｀

纷

汇

心

．飞丫如飞

义

叫

、

仆＇

入 ，

室

憩大巨

．

，： 厂：

仆

寻**＿**＇．

弓－

心

且了－』

－．可

**＿**

眉

1

\_

l . , 1

”“

11

”

r

, 1

i 1 , 'l

llf

·r

J'

11\_

1

'

—

. .

l j

II

lI I

11

11

`

w

`

i ”.

11`

$

ff

111

1

0

11 :

1,h

1

111

P J

' \ '

,

1 u .

I

, 1

·, ll

, '

"\_ ”

11\

f 11

:

i lll

\_ \_ “ 11 lI

Ii . -il "If t r' . \_ l

1 \_

i1



肠

结

小 ，

于

尸

肠

直

卜，＇． ＇

－＿

＿＿**＿**＿

，＿

t ·r

`

f

}

\_

i

11

;

…

.

7

.i

JJJ. r -.

r

h \_h -h-1 - -J-

·\_ .

匕1-',I

临床表现

憩室本身并不危险。事实上大多数有憩室的人并无症状，但有时可引起无法解释的痉挛性疼痛、腹泻或其他肠道运动障碍，以及便血。憩室的狭窄开口可能出血，血液流入肠腔并排除体外，有时量很大。出血有时可能是因为粪便嵌塞入憩室内，损伤血管（通常是位于憩室附近的动脉）。嵌塞在憩室里的粪便不仅可导致出血，还可引发感染，导致憩室炎。

诊断

有无法解释的痉挛性腹痛、腹泻或其他肠道运动障碍以及直肠出血等症状时，应怀疑憩室病。可通过钡剂灌肠造影或结肠镜检查诊断。如患者腹痛严重，应选择 CT检查，避免出现肠穿孔等并发症。

如有便血，结肠镜是最好的可明确出血部位的检查

方法。有时需血管造影或核素扫描明确出血部位。治疗

憩室病的治疗原则是尽可能消除肠道痉挛。最好办

法是进食高纤维食物以及多饮水。高纤维食物包括蔬菜、水果以及谷类以及多饮水。结肠内容物增加可减少痉挛，并进一步降低肠壁压力。若单用高纤维饮食达不到理想效果，某些食物添加剂，如欧车前或甲基纤维素可能有所帮助。

没有并发症的憩室病，即没有憩室炎、感染或其他并发症的简单憩室病，不主张手术。大多数出血可自行停

巨大憩室容易感染和穿孔，常常需手术治疗。

憩室炎

憩室炎是指一个或多个憩室发炎。憩室炎多累及结肠。

疼痛、压痛（多位于左下腹部），发热是典型症状。

·通常先由CT确诊，随后可行结肠镜。

症状轻微的患者仅需休息、流质饮食以及口服抗生素，症状严重的需住院静脉输入抗生素，甚至有时需手术。

憩室炎发生于有憩室存在的患者，最常累及的部位

是乙状结肠。该病常见于40岁以上患者。憩室炎在老年人中最为严重，特别是那些服用泼尼松或其他免疫抑制剂的患者，感染危险性大大增加。在须手术治疗的憩室炎患者中，50岁以下患者男女比例为3 : 1, 70岁以上患者男女比例为l:3。

临床表现及诊断

典型憩室性疾病临床表现是疼痛、左下腹部的局限性压痛和发热。与憩室病不同，憩室炎一般不引起消化道出血。在巳知憩室病存在的情况下，几乎可根据症状诊断憩室炎。但肠道其他疾病以及腹部和盆腔脏器的病变也可出现与憩室炎相似的症状，包括急性阑尾炎，结肠癌或卵巢癌、脓肿及子宫平滑肌瘤等。

CT或B型超声可鉴别憩室炎与阑尾炎或脓肿。

感染控制后才可行肠镜（即将可弯曲的管子放入肠道进行检查）或钡灌肠X线检查。这些检查既可明确诊断也有助千判断疾病严重程度。肠镜或钡灌肠通常需在治疗后数周安排，因为这些有创伤的检查可能导致病变肠道受损，甚至穿孔。极少需剖腹探查明确诊断。

并发症：肠壁炎症可导致结肠与其他脏器之间形成疫管（即异常通道）。当结肠憩室接触到其他脏器（如膀胱）并破裂后，常形成搂管。随着肠道有菌的内容物缓慢侵蚀周围脏器，导致炎症产生，最终形成痰管。最常见的痰管是乙状结肠膀胱痰，易发千男性或曾作子宫切除术的妇女（子宫切除后结肠和膀胱之间没有了间隔）。一旦结肠和膀胱之间形成喽管、包含正常菌群的肠道内容物就会进入膀胱，引起尿路感染。偶尔结肠还可能与小肠、子宫、阴道、腹壁，甚至大腿和胸腔形成痰管。

憩室的并发症还包括邻近脏器的炎症（如子宫、膀胱或消化道其他部位）、憩室壁的破裂、脓肿形成、腹膜炎以及出血。反复发生的憩室炎可导致肠梗阻，因为瘢痕和增厚的肌层致使结肠腔狭窄，成形的大便无法通过。

130 第3章 消化系统疾病







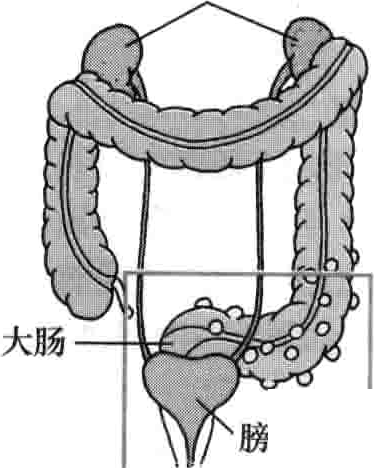
憩室病的并发症

患憩室病时，憩室可能会出现出血。如果憩室破裂，肠道内容物，包括细菌和血液会流入腹腔，常引起感

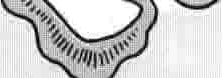
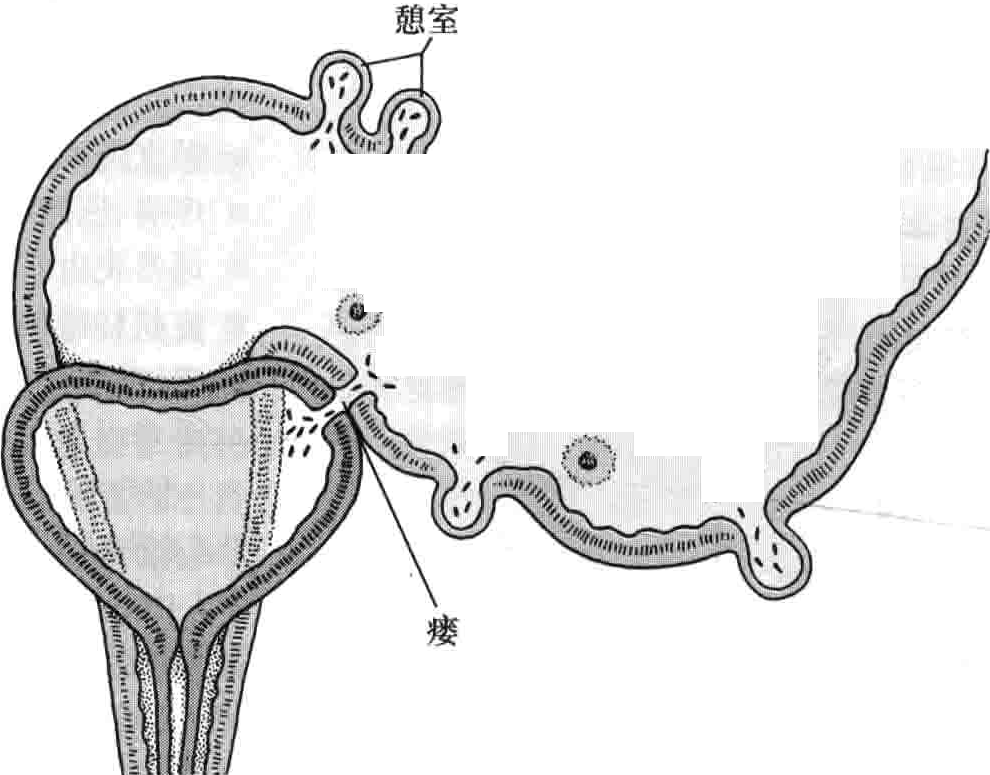
I

［

肾脏



胱



憩室破裂

。三臼孕(9}

I -:八;\、`'|

，浅

”“”

:... （广，｝

－ 9

＇垦｀｀｀七'i.Ft沁..

3;

一、

、｀｀

i

．

**．**．

**．**．

吵吵

－霄芒

憩室炎选择手术的原因

h·\_, \_.., , ,lIlII,＇，加一'“',“I'll' 1 1llIIl...“＇叩

III'II II}『病;'!I广情，I 1 j 原 因

二－匕－ lu，---- - -—

2~3次严置的憩室炎发作；：有发生严重并发症的高

（或50岁以下的患者发生一 风险次严重发作·

染。大肠和其他脏器之间会形成一条异常的管道（痰管），这通常是当接触到其他脏器的憩室破裂时出现。

纤维饮食和每日服用欧车前籽制剂。1个月后恢复高纤维饮食。

对出现严重症状，如腹痛、一体温38.3摄氏度以上、对口服抗生素效果差，以及伴有其他严重感染或并发症的患者，应住院治疗。住院期间予以静脉输液、持续卧床休息禁食等治疗，直到症状缓解。约20％憩室炎的患者

因症状不能改善而需手术。

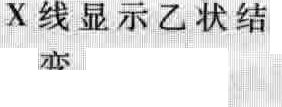
因瘢痕引起乙状结肠狭窄



瘟性和让

;1·廿111仆;111r; \_ r lli1r II

肠屯四疑



改 '1|”'I

# 归啊



. ` ·

,“”“”

吵．

I』 'I质薇素酌患者突然

牛，心加以1用I,

治疗

有发生严重并发症的高

风险

可能有癌肿

可能有癌肿

可能提示大肠与膀胱之间

有疫管形成

可能有大肠穿孔

大多数患者如果出血部位明确，可只切除受累肠段。如果出血部位不能明确，就应切除较大部分的肠段，即称作结肠次全切除术。

出现肠穿孔需急诊手术。肠穿孔通常导致腹腔感染。外科医师一般采取切除穿孔肠段并建立一个结肠与皮肤之间的开口，这个开口称为造痰口。约10~12周

（有时更长）以后，进行第二次手术将结肠断端吻合，封闭疫口。

有些憩室炎患者可不选择手术。如果脓肿己局限，可先在CT引导下通过皮肤穿刺引流，而不是手术切开。

对轻症患者，治疗包括休息、流质饮食和口服抗生

素。症状常很快缓解，几天后，患者即逐渐过渡到软的低

搂管的治疗包括切除痰管起始的肠段，吻合结肠断端，修补其他受累部位［如膀胱或小肠］。

．

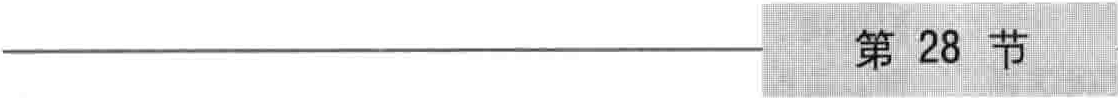
＿

｀

－暹－

`

第28节肠易激综合征 131



．

##### 肠易激综合征

肠易激综合征(ms)是全消化道的动力异常性疾病，常导致腹痛、便秘或腹泻。

症状多样，但多包括下腹痛、胀气、便秘或腹泻。区很多物质以及情绪因素触发IBS。

诊断基于症状，但应进行检查排除其他疾病。

·规律饮食是最好的治疗方法，药物通常可减轻症状。肠激惹综合征影响到10%~15％的普通人群。一

些研究表明患肠激惹综合征的女性更倾向于咨询医生。肠激惹综合征是胃肠科医生确诊的最常见疾病。

肠激惹综合征通常被认为是功能障碍性疾病，它损

害身体正常活动，如肠道蠕动、肠道神经的敏感性或大脑控制这些功能的途径。尽管正常功能受损，却在内镜、X线或血液检查中看不到结构性的异常。因此，肠激惹综合征的确诊就只能通过特异性症状，或者必要时，很有限的几项检查结果。

病因

肠易激综合征病因不明。很多患肠易激综合征的患者，肠道对刺激特别敏感。患者可能对正常人无不适感的肠内气体、肠道收缩感到不适。尽管肠激惹综合征患者粪便运动异常看上去和不正常的肠道收缩有关，而并非所有肠易激综合征患者都会有肠道收缩异常，而且尽管有些有肠道收缩异常，却并不与症状表现相一致。

情绪因素（如紧张、焦虑、失望以及恐惧）、饮食、药物、激素或小的刺激都会诱发或加重肠激惹综合征症状发作。对有些人，高能或高脂饮食可能成为诱因。对另一些人，小麦、奶制品、咖啡、茶或相橘类水果可能加剧症状。但是这些食物均含多种成分，因此难以确定其特异性诱因。有人发现进食过快或禁食过久后进餐均可引起肠易激综合征发作。而其关系却不符。并非每次诱因刺激后都有症状，而且症状出现常没有明显诱因。这些诱因如何致肠激惹综合征发生仍不清楚。

临床表现

肠激惹综合征常出现于10岁以及20岁左右的人，引起不规律出现的阵发性症状，之后的年龄段相对少见，但数量也不少。病情常在人醒来时突然出现，但肠激惹综合征不会使人因不适而醒来。

临床表现包括与排便相关的或排便后减轻的腹痛，大便频率或成分的改变（便秘或腹泻），腹胀，黏液便，或排便不尽感。疼痛可能是一阵阵的持续性钝痛或绞痛，通常位于下腹部。患者还可有腹胀、胀气、恶心、头痛、乏力、抑郁、焦虑或注意力不集中等表现。总的来说，疼痛

特点和部位诱因以及排便模式随时间变化比较一致。而症状可大幅加重或减轻，且随时间变化较大。

诊断

大多数肠易激综合征患者看上去一般健康状况尚好。通常体格检查除发现大肠处有压痛外，没有显示其他异常。一般要进行些检查，如血液检查、粪便检查和乙状结肠镜检查，以鉴别肠易激综合征和克罗恩病、溃疡性结肠炎、胶原性和淋巴细胞性结肠炎，以及其他能引起腹痛和排便习惯性改变的疾病。虽粪便可能是稀水样，但粪便检查结果通常正常。乙状结肠镜检查可引起患者腹部痉挛和腹痛，但除此之外，检查结果是正常的。有时，还需对有肠激惹综合征不常见症状（如发热、血便、体重下降以及呕吐）的患者作其他检查，如腹部超声波、肠道 X线检查或结肠镜检查。

其他消化道疾病（如阑尾炎、胆襄疾病、溃疡以及肿瘤）可诱发肠激惹综合征，尤其40岁以后的人。如此，如果患者症状有明显改变或出现肠激惹综合征的少见症状儒进一步检查。

治疗

肠易激综合征的治疗方法因人而异。有引起本病明确的食物因素，或心理紧张、情绪障碍者，如可能，应避免和清除这些因素。对大多数患者，尤其是主要表现为便秘者，规律体育运动有助于胃肠道功能恢复和保持正常。

总的来说，普通饮食即是最好的。有许多人确实感

觉少吃多餐比暴饮暴食好（比如一天进食5~6次比进食 3次要好］。有腹胀和胃肠胀气者应避免食用豆类、卷心菜以及其他难以消化的食物。应避免大量摄入加有山梨醇这类人工增甜剂的食物、药物和口香糖。只能小量进食果糖（水果、浆果和一些植物中的常见成分）。低脂饮食对改善患者症状有一定作用，尤其是对于胃排空过快或者过慢的患者。同时患有肠易激综合征和乳糖酶缺乏症者应避免进食奶制品，即使一些乳糖酶缺乏症患者可能每天能耐受小量牛奶。

有些肠易激综合征患者，尤其是主要症状是便秘者，可通过进食较多纤维素来改善症状。每天进食一茶匙未精制麦敷和大量水和其他汤或饮料，或用两杯水冲服车前草胶浆剂。但饮食中纤维素的增加可能加重某些症状，如腹胀和胃肠胀气。｝通常这种胀气可通过服用纤维合成剂缓解（如甲基纤维素）。一些泻药也会有效，且比较安全，包括含有山梨糖醇、乳果糖、聚乙二醇的泻药以及含比沙可 以及甘油的刺激性泻药。鲁比前列酮是一

132 第3章消化系统疾病

种新型泻药，也会减轻便秘。

平滑肌松弛剂如盐酸双环胺(djcyclomine)可减缓腹痛，但常引起抗胆碱症状的副作用，如口干、视物模糊以及排尿困难。

缓泻药如芬诺酷、洛 丁胺可减轻腹泻症状，阿洛司琼可降低轻色胺（体内一种化学传导因子）的作用而减

轻腹泻1)挥发性油类（如薄荷油）常用来缓解胀气和腹痛。抗抑郁药、行为矫正疗法（如认知行为疗法）、心理治疗以及催眠疗法可能对控制肠激惹综合征的症状有效。低剂量或稍微高剂量长期应用抗抑郁药理论上讲是安全的。抗抑郁药可能无法减轻疼痛或其他症状，但可改善睡眠以及沮丧或焦虑情绪。



##### 肛门直肠疾病

肛门是消化道末端开口，粪便由此排出体外。直肠是位于肛门之上的一段大肠，粪便排出前即储存于此。

肛门部分由身体表层结构包括皮肤组成，部分由肠黏膜组成。直肠内面由光滑橘红含黏液腺的组织组成，与其他肠段黏膜极相似。直肠表面对疼痛不大敏感，而肛门及其周围皮肤的神经对疼痛非常敏感。

肛门和直肠的静脉血流入门静脉到达肝脏，再汇人体循环。直肠淋巴管汇入下腹部淋巴结，而肛门淋巴管汇入腹股沟区的淋巴结。

肛门的肌肉环（肛门括约肌）使肛门能保持关闭状态。它是由自主神经系统下意识控制，但其下部分能被主观控制放松或收紧。

为诊断肛门和直肠疾病，需观察肛门周围皮肤有无异常。医师戴上指套，插人直肠进行检查。对于女性，常同时进行妇科检查。

然后通过一长约7. 6cm~25. 4cm (3~10英寸）的

硬直管镜（肛门镜或直肠镜）观察肛门和直肠。用较长但可弯曲的乙状结肠镜，可观察到距肛门多达60cm的大肠情况。肛门镜或乙状结肠镜检查时，患者通常有些不舒服，但并不感疼痛。如果肛门或其周围因病变出现疼痛，检查前可使用局部麻醉，必要时甚至全身麻醉。有时作乙状结肠镜检查前要清洁灌肠。乙状结肠镜检查时，可取活组织标本和涂片供显微镜检查，以及标本培养。也可行钡剂灌肠X线造影。

肛裂

肛裂是肛门内表面层的撕裂或溃疡。

肛裂通常由于干硬粪块损伤所致。偶尔也可能因肛交所致。肛裂引起肛门括约肌痉挛，而痉挛又影响肛裂愈合。

排便时或排便后，肛裂会引起疼痛和出血，疼痛可持

续几分钟至几小时，逐渐减轻，直到下一次排便。检查肛门即可诊断肛裂。

治疗

软便剂或车前子或多纤维饮食可减少因过硬的大便造成的再次损伤。使用氧化锌软膏或润滑性栓剂（如甘油）可提高治愈率，因其可润滑下段直肠并软化大便。每次排便后用热水坐浴10~15分钟能减轻不适，增加肛门局部供血而促进愈合。

减少括约肌痉挛并促进肛裂愈合的一些试验性方法

已用于临床，包括注射肉毒素以及肛裂局部应用硝酸甘油和钙通道阻滞剂等。

若这些治疗方法无效，通常需外科手术治疗。可通

过扩张肛门或切除肛门内括约肌，缓解括约肌痉挛。

肛门痛痒

肛门周围皮肤痊痒原因有多种。

排便之后，肛门周围应当使用被温水浸湿的脱脂棉或软的普通厕纸或面纸清洁干净。滑石粉或太白粉可减轻潮湿。可使用皮质类固醇激素药膏、抗真菌药膏如咪康嗤或者舒缓栓剂。可停止食用可能引起痉痒的食物以观察症状是否改善。服装应宽松，被褥应轻便。如症状无改善或医师怀疑肿瘤，应取皮肤标本活检。

肛门直肠脓肿

肛门直肠脓肿是由于细菌侵犯黏液分泌腺从而引起肛门和直肠周围间隙的脓液聚集。

细菌感染肛门或直肠的腺体而导致脓肿。感染产生脓液，引起疼痛与肿胀。

诊断基于检查结果，如需要，需影像学检查。

圃最好治疗方式是切除和引流脓肿。

占一上今

｀

＿．，一

第29节肛门直肠疾病 133

｀｀

，匾-

，引起肛门涨痒的原因

下切开引流。脓液引流后，尽管得到正确的治疗，仍有约

2/3患者可能形成通向皮肤的异常通道，称为肛门直

. I—t: III I

L --

类别 示·例



肛门疾病

肠搂。

肛门直肠痰

细菌感染窜真菌感染寄生虫感染

皮肤疾病

其他疾病

其他因素

酵珀菌感＂（念珠菌）

蜕虫

济疮

特应性皮炎 ．

银屑病

糖尿病

叫，u`， 肝脏疾病

肛门直肠搂（肛疼）是从肛门或直肠向肛周皮肤，偶尔向另外的器官，如阴道形成的异常搂管。

肛门直肠疫在肛门直肠脓肿、克罗恩病以及结核的患者中较普遍。

肛门直肠疫可引起疼痛并产生脓液。

诊断基于检查结果以及其他可视技术。

治疗包括外科手术，以及新近的一些非手术性的治疗

，．  方式。

大多数肛门直肠痰起源于肛门或直肠壁上较深的腺体，有些则是因为肛门直肠脓肿引流后所致。其原因常

焦虑 因瘟痒导致的焦虑（焦虑一瘢痒—燃虑循

环）

抗生素．

药

物

1

i

难以确定。克罗恩病或结核病患者易患肛痰。肛痰也发生于有憩室、癌肿或肛门直肠损伤的患者。婴儿发生的肛痰通常是出生缺陷所致，男婴多于女婴。连通直肠和

卫生相关间题

出汗过多

响

4,

心已

阴道的痰管可由放疗、癌肿、克罗恩病或妇女分挽时损伤

＿

＿-- 气

过分细致的清洗飞－ 叫

IlIT 1,I I，下

紧身内衣

畔望 － 气

所引起。

临床表现与诊断

皮肤刺激

\_节

I -

麻醉准备

药裔

肥皂

'叩,;:.., －

合并感染的肛痰可引起疼痛或分泌脓液。检查时可

广

发现一个或多个痰管的开口，或在皮肤黏膜表层下面触

到痰管。插入探针检查可确定搂管深度和方向。通过肛门镜，用探针检查可了解痰管内口位置。用乙状结肠镜

事肛周细菌感染同时因皮肤刮伤导致细菌进入身体

,u`

脓肿可深达直肠，也可接近肛门口。细菌侵犯肛门或直肠分泌黏液的腺体，并在那里繁殖，脓肿可形成。虽然肛周区域富含细菌，但因为肛门括约肌的屏障作用以及该处丰富的血流，并不常发生感染，炎症通常是由于多种细菌联合感染所致。肛周脓肿可导致周围实性组织继发损伤及大便失禁。克罗恩病患者尤其有患脓肿的风险。有时，脓肿是憩室病或骨盆炎症疾病的并发症。

临床表现与诊断

脓肿位于皮下较浅位置时，表现为局部红肿，触痛，患者常感明显疼痛。位于直肠周围较高位置的脓肿，局部症状较少，但可引起发热和下腹部疼痛。医生通过视诊即可发现在肛门周围皮肤上的脓肿。若在外面的皮肤上未能发现红肿，可用戴指套的手指插入直肠进行检查。在直肠触及有压痛的肿块，往往提示脓肿。如医师怀疑是深部脓肿，MRI、CT以及超声可确定脓肿范围及部位。治疗

除对发热、患有糖尿病或伴有身体其他部位感染的患者外，抗生素疗效有限。若脓肿位于皮下，采用局麻下切开脓肿引流治疗。深部脓肿患者需住院，在全身麻醉

检查可确定此搂管是否由癌肿、克罗恩病或其他疾病所致。

治疗

以前，唯一治疗方法是手术（痰管切开术），将肛门括约肌部分切除。如果肛门括约肌切除过多，患者可能发生难以控制排便的症状。更新的外科方法是使用先进的皮瓣（皮瓣可在喽开口处伸展）。安装生物插头或纤维蛋白胶可替代外科手术。

如患者有腹泻或克罗恩病，术后会出现伤口不易愈合，因此通常不做手术。治疗克罗恩病的药物可帮助疫管闭合。

直肠内异物

咽下的异物包括牙签鸡骨和鱼刺可停留在肛门直肠交界处。灌肠器接头，手术海绵、器械，体温表以及性交时所用的刺激物，也可通过肛门无意中嵌顿于直肠。

排便过程中突然出现剧烈疼痛，应怀疑有异物刺进

肛门或直肠壁，异物通常留在肛门直肠交界处。其他症状取决千异物的大小和形态，在该处停留的时间及有无感染或穿孔。

134 第3章 消化系统疾病

直肠指检可触摸到异物。必要时可以做腹部检查，乙状结肠镜以及X线检查，以明确肠壁有无穿孔。

治疗

如异物可被触及，可于肛周皮下和黏膜下注射局麻药，然后用直肠牵开器扩张肛门，抓住异物并取出。肠壁的正常运动（蠕动）通常能将高处的异物推下，使之能被取出。

少数情况下，异物无法触及或无法通过肛门取出，则需行剖腹探查手术。需要作局麻或全麻，以便将异物轻柔推向肛门或切开直肠取出异物。异物取出后应进行乙状结肠镜检查直肠是否穿孔或有其他的损伤。

痔

痔是位于直肠和肛门壁的曲张静脉。压力增加导致静脉曲张。

肛门内或外的肿块，可引起疼痛或出血。

m诊断基于肛门镜、乙状结肠镜或结肠镜的肛门直肠检查。

多数痔可自行消退，但是粪便软化剂以及坐浴可减轻症状。

回一些痔需使用橡皮筋结扎或外科方法治疗。

直肠或肛门的静脉曲张形成痔。直肠和肛门交界线以上的称为内痔，交界线以下的称为外痔。无论内外痔均可即位于肛门内，也可能膨出肛门外。外痔可发炎，或形成血凝块（血栓）。内痔可能出血。

病因

肛门直肠部位的静脉压力增加可导致痔疮形成。这种压力可能来自怀孕经常举重或长期用力排便。便秘使排便更加费力。在少数病人中，由于门静脉高压，有时也会导致痔的生成。

临床表现与诊断

外痔会在肛门处形成肿物。如果血栓形成（外痔血栓），肿物会非常疼痛及肿大。内痔通常不会出现明显肿物，但内痔可引起出血，典型发生于排便后，大便带血或便纸有血迹，甚至染红便桶内的水。但通常痔的出血量很少，很少引起严重出血或贫血9

痔可分泌黏液，也可产生便不尽感。肛门区域发痒不是痔的症状，但因为疼痛部位难以保持清洁，所以也可发痒。

医师通过观察肛门和直肠就可诊断肿胀和疼痛的痔疮。肛门镜和乙状结肠镜能帮助明确患者是否有肿瘤之类更严重的疾病。直肠出血的慰者往往需乙状结肠镜或结肠镜检查。

批厅＇＂丁子～丁一无Ii，仰



－－

痔疮的套扎

E.ll

ur.

II.l i i

且

盂i  le.尸平厂II』勹广I

＃

1

「

仔

一～－

”E. f

「

，阳中



有些内痔可在门诊通过橡胶圈套扎手术使之脱落，这种方法称作橡胶圈套扎法。这种装置（圈套器）由钳子以及一端绕有7. 5cm(1/4英尺）长的橡胶圈的圆筒所组成。圈套器通过肛镜（一种短而硬



“” ” “.t.i Hii I

lt

"l

l ”

· ..**.**

.u - L

，甘甘

五

且

踊

**＿**＿＿＿＿＿ －一＂ 卢＝＝ ＝＝ － 二． －＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

的管子）插入肛门，用钳子夹住痔疮。圆筒向前滑向钳子和痔疮，将橡胶圈推出圆筒并套在痔疮的根部。橡胶圈阻断了痔疮的血供，使之萎缩并在数天之内无痛脱落。



d~r l

E -

H- L \_ Ir

1

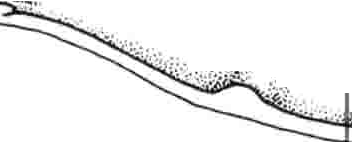
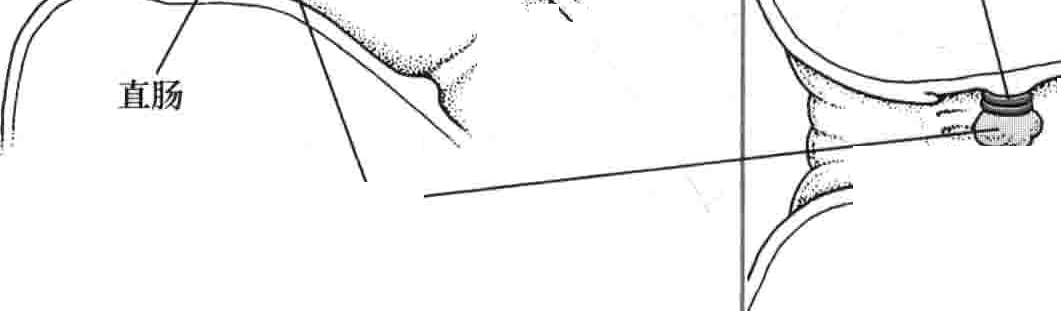
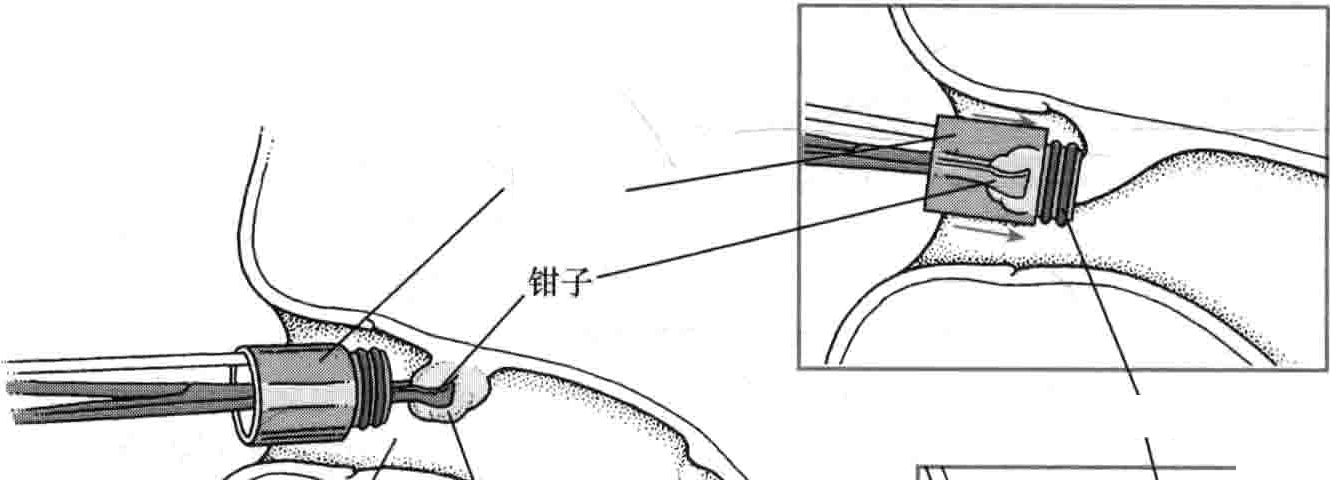
\_ p ' - --ii - i -i- l -

．出

**＿**＿＿－ － － 至－ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿－ ．

比

，



圈套器

橡胶带

;"王＇－｀．

..,.','、伽

·'

：？ 已r;'

吁；心·.、又仁·.,.

．；宅＼－

f ~．'

:,· ff'.:"·-沁已江己丘巳～－．、．

· ··.

.......

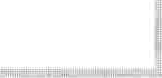
痔

；

阜

•'

·. :f§.4, ·.i.:



＇，．计心·1

叫佑1亡竺＇生1湿止王心厂乒气闺匡．二韭I

上l -

｀

『．,i俨

｀

第29节肛门直肠疾病 135

治疗

通常，没有症状的痔不需治疗。服用软便剂或容积性缓泻药（如欧车前）可减轻排便费力。用热水肛门坐浴可缓解症状。坐浴可用装满热水的容器或马桶进行。

通过注射能产生瘢痕组织而阻塞静脉的药物可治疗痔出血，这种治疗方法叫做注射硬化治疗。

大的内痔和对注射硬化治疗无效的痔疮可采用橡皮

筋结扎治疗，使痔无痛缩小脱落，可间隔2周或更长时间结扎一次。还可应用激光、红外线（红外线光凝术）或电流（电凝术）破坏痔疮，达到治疗目的。

若这些方法都失败，则可外科手术切除。手术切除可导致剧烈疼痛、尿储留以及便秘。目前新的、痛苦较少的方法有多普勒引导的痔动脉结扎，通过结扎痔动脉减少痔疮的血供。另一种技术称作痔上黏膜吻合器环切术，使用吻合器切除脱出的痔，但它的优越性及适应证并未确定。

如果痔疮出现血凝块而引起疼痛，可使用非肖体类

消炎药、坐浴、局麻软膏或局部压迫治疗。经这些方法短时间治疗后，疼痛和肿胀会逐渐减轻，但血凝块需4~6周才会消失。若疼痛剧烈，也可在局部麻醉后切开痔静脉，有时可迅速缓解疼痛。



提肌综合征

提肌综合征是由肛门附近肌肉（肛提肌）抽播导致的直肠偶发性疼痛。

提肌综合征以直肠痛及尾椎痛变化为主。肌肉痉挛引起的疼痛通常与排便无关。疼痛通常持续少于20分钟。直肠内疼痛可短而剧烈，也可是直肠上段的隐痛。疼痛可自发产生，也可在坐着时出现，并可使人从睡眠中痛醒。这种疼痛会在排气或排便后减轻。严重患者疼痛会持续几个小时且频繁发作。患者可能经历各种不成功的直肠手术，以减轻这些症状c

诊断

医师可采取体格检查排除其他导致直肠疼痛的情况

（如血栓痔、疫以及脓肿）。无论提肌松弛或紧张，体格检查结果往往正常。普遍来说，疼痛多由下背部以及前列腺疾病引起。

治疗

医师要向患者解释这种情况是良性的。其可经排气或排便、经坐浴或经服用轻度止痛药（如阿司匹林）缓解。症状更强烈时｀可采取电刺激疗法（将探测器伸入肛门的高电压洽疗），这种电刺激可帮助缓解提肌痉挛。

藏毛病

藏毛病是由于低尾部的毛发损伤皮肤引起感染

所致。

感染部位脓性分泌物聚集形成藏毛脓肿；慢性伤口引流形成藏毛窦道。

藏毛病常发生在年轻的多毛的白种男性，也可发生

于女性。窦道可引起疼痛和肿胀。感染部位或其周围发现小凹，可鉴别藏毛病与其他感染性疾病。

藏毛脓肿常需切开引流。藏毛窦道也需手术切除。

直肠炎

直肠炎是直肠内表面（直肠黏膜）的炎症。

：I炎症原因很多，从感染至放疗。

II根据病因，直肠炎可无痛，也可非常痛。匹通过检查直肠内表面（黏膜），可确诊。目由感染引起的直肠炎可用抗生素治疗。

由于多种原因存在，直肠炎越来越常见。克罗恩病

和溃疡性结肠炎可引起直肠炎。性传播疾病（如淋病梅毒、衣原体感染、单纯性疤疹病毒或巨细胞病毒感染），尤其在男同性恋者中易导致直肠炎。

免疫缺陷的患者患直肠炎的几率也很高，尤其是单

纯性疤疹和巨细胞病毒的感染。直肠炎可由特殊细菌如沙门菌引起，或因抗生素使用破坏肠道正常菌群，使其他细菌在肠道繁殖所致。通常为了治疗直肠癌或者前列腺癌，使用在直肠或其附近的放射治疗，其也是导致直肠炎的原因。

临床表现与诊断

直肠炎的典型表现是无痛性出血或直肠排泌黏液。若直肠炎由淋病、单纯性庖疹或巨细胞病毒所致，肛门和直肠可有剧烈疼痛。

通过直肠镜或乙状结肠镜检查直肠，行分泌物拭子

检查或者钳取直肠黏膜组织标本活检可做出诊断。实验室检查能确定引起直肠炎的细菌、真菌或病毒。通过结肠镜还可检查肠道的其余部分。

治疗

对特异性致病菌感染者，最好治疗方法是应用抗生素。若直肠炎是因用抗生素而破坏正常肠道菌群所致，则选用甲硝嗤或万古霉索，可消灭这些有害致病菌。

对放射治疗所致或病因不明者，可选用抗炎药，如氢

化可的松（一种皮质类固醇激素）和美沙拉嗦治疗，两者均可作为灌肠或栓剂用药。一些皮质类固醇还可被制成泡沫剂随导管插入直肠内使用。直肠用药同时口服美沙拉喷以及其他抗炎药，如柳氮磺胺 和奥沙拉唉，可增强效果。如上述治疗方法未能减轻炎症，可尝试直接局部应用福尔马林或口服皮质类固醇。激光或氪气刀电凝也可采用。

136 第3章消化系统疾病

直肠脱垂

直肠脱垂是直肠经肛门脱出。．

直肠脱垂多在用力时（如排便）发生。

诊断基于各种检查和可视技术及影像学检查。眉婴幼儿直肠脱垂多无需外科治疗，可痊愈。

成人直肠脱垂多需外科治疗。

直肠脱垂导致直肠由里往外翻出，从肛门口可看到暗红色、呈指状突出的直肠黏膜。可以出现直肠出血，而且经常发生尿失禁。偶尔直肠可突入阴道（脱肛）。

直肠黏膜暂时性小的脱垂，常发生在其他方面正常的婴儿，多半是由于排便用力所致，一般不严重。但在成年人中黏膜脱垂为持久性，且可能进一步恶化，导致更多直肠脱出。完全的直肠脱出称为直肠脱垂，患者多数是

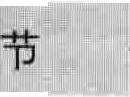
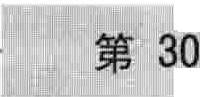
年过60岁的妇女。

应在用力排便后进行检查以明确脱垂程度。戴上手套检查肛门括约肌，常可发现肛门括约肌张力减弱。乙状结肠镜检查和X线钡剂灌肠检查可能发现导致直肠脱垂的基础病变。

治疗

对于婴儿和儿童，软化大便的药物可缓解用力排便的压力。排便间歇期内将臀部紧紧绑扎，常可促使脱垂自然消退。

成人常需手术治疗。手术切除可治愈直肠脱垂。其中一种手术方法是将整段直肠提高，后拉，并使其固定于祗骨上。另一种方法是将部分直肠切除，其余部分缝在祗骨上。对年老或全身状况差的患者，可进行直肠局部手术而避免开腹手术。其中一种方法就是插入一个钢丝圈或合成塑料圈套住括约肌环(Thie:.rsch法），切除部分直肠或多余直肠黏膜。



#### 消化道肿瘤

已－

合，一l\_ ...



从食管到肛门的整个消化道，以及肝脏、胆痪和胰腺，都可能出现各种非正常增生（肿瘤），有些是非癌性

内窥镜检查可诊断。

如非早期发现，多数食管癌致命。

（良性），有些是癌性（恶性）。

治疗依靠手术以及化疗，其他治疗可减轻症状。

食管良性肿瘤

食管的良性肿瘤很少见，通常会引发不适的症状，但是没有危险。

最常见的食管良性肿瘤是平滑肌瘤，最常见千30~ 60岁人群。大多数平滑肌瘤较小，不需治疗。小部分平滑肌瘤很大，会引起食管部分阻塞｀导致吞咽困难、疼痛及不适。止痛药可暂时缓解症状，但需手术切除才能根治。

其他良性肿瘤包括结缔组织来源的（纤维血管性息肉）和与神经相关的［神经鞘瘤］肿瘤，很罕见。

食管癌

食管癌主要来源于食管被覆上皮细胞。

最常见食管癌是鳞癌和腺癌，来源于食管被覆上皮细胞，可发生于食管任何部位。可表现为食管狭窄、肿块或异常的平坦病变（斑块）及食管和气管的异常连接（喽管）。较少见食管癌类型包括平滑肌肉瘤（食管平滑肌恶性肿瘤）以及转移癌（由身体其他部位恶性肿瘤转移来的癌症）。

美国，每年约有15 500的人患食管癌。男性鳞癌和腺癌发病率普遍高于女性。鳞癌好发于黑人，腺癌在白人较常见。1970年后，美国人，尤其是白种男性的食管下端的腺癌发病率逐渐上升。

危险因素

吸烟和饮酒是两个导致食管癌最重要因素，它们对鳞癌的影响要远胜于腺癌。下述三类人群患食管癌的几

率很高：O感染某种人类乳头瘤病毒的患者；＠患有头颈

部肿瘤的患者；＠为治疗其他邻近部位的肿瘤而对食管进行放射治疗的患者。

·吸烟、嗜酒，某些感染、疾病，以及其他癌症是导致食

长期食管功能紊乱，比如贲门失弛缓症、食管蹊，或

管癌的主要危险因素。

典型症状包括吞咽困难、体重下降和疼痛。

｀

曾吞食腐蚀性物质而导致食管狭窄的患者，患食管癌的几率较高。胃酸反复反流对食管的长期刺激（胃食管反



」

第30节消化道肿瘤 137

｀

流症）可引起叫做“Barrett食管＂的癌前病变。尽管在许多发达国家由Ban·ett食管演变为食管癌的患者相对较少，但Barrett食管发病率在逐渐升高，远超过其他食管肿瘤。

临床表现

早期食管癌易被忽视。它的首发症状就是吞咽固体食物时感到困难，随着肿瘤进一步发展，将导致食管狭窄。几周后，患者自觉吞咽软食和液体开始变得困难。即便患者仍然进食良好，体重减轻仍很常见。患者可能会有胸痛，可放射到背部。

肿瘤处千进展期时，通常侵犯不同神经及其他组织

器官。肿瘤可压迫支配声带的神经而致声嘶，压迫周围神经可产生Horner综合征、脊柱疼痛和呃逆。肿瘤常转移至肺致气促，转移至肝脏致发热和腹胀，转移至骨可引起疼痛，转移至脑可引起头痛、意识模糊和癫病发作，转移至肠道可引起呕吐、便血及缺铁性贫血，转移至肾脏常无症状。

在晚期，肿瘤可完全堵塞食管。由于不可能吞咽以致分泌物在口腔中堆积，使患者很痛苦。

诊断

如怀疑食管癌，胃镜是最好诊断工具，可经口直视食管并取少量组织（活检）及脱落细胞（细胞学刷片）供显

微镜检查。钡餐（患者吞钡后X线显影）也能显示梗阻`-·但不能取组织标本。CT、B超以及超声内镜可进一步评

价肿瘤范围。预后及治疗

食管癌通常不易诊断，除非巳出现转移，死亡率很高。5年存活率小于5%。许多人在出现首发症状后一年之内死亡。几乎所有食管癌都是致命性，医师的主要目标就是控制症状，尤其是疼痛和吞咽困难，这些症状使患者及家属很恐惧。

手术切除肿瘤可长时间缓解症状，但很少治愈，因为手术时肿瘤已转移。单用化疗或联合放疗可减轻症状及延长儿个月生存。有时术前放、化疗联合可提高手术治愈率。其他减轻症状的治疗方法有用探条扩张食管狭窄处；安置支架使食管通畅；用肠管替代并旷置食管肿瘤；激光治疗，即用具有高能光束的激光破坏堵塞食管的癌组织。

一项最新的缓解症状技术是光刀治疗。治疗前48

小时需静脉予以光敏感染料（对比剂］。肿瘤细胞摄取染料的能力远超过周围正常食管组织对其的摄取。当染料被经由内镜送入食管的激光所发出的光激活时，它可破坏肿瘤组织，可扩开食管。对身体状况差而不能耐受手术的患者，光刀治疗能比放疗或者化疗更快地破坏导致梗阻的癌组织。

充足营养可使各种治疗更可行和易耐受。如患者可吞咽，可饮用浓缩液状营养品。如不能吞咽，临时鼻饲或

静脉营养可能必县轧

因为有可能死亡，食管癌患者应做好所有必要的计划。患者应坦诚与医师讲明其对医疗服务的愿望及对临终关怀服务的要求。

胃良性肿瘤

胃良性肿瘤不大可能引起症状或成为临床问题，常未能被诊断及治疗。但偶可引起出血，通过内镜或手术可切除。

胃息肉，一种少见的向胃腔内生长的良性增生物，可

能发生癌变［它们被称作癌前病变］。息肉常通过胃镜切除。经胃镜电凝、热疗以及高能激光束直接作用于息肉（激光疗法）。

胃癌

大多数胃癌的原因可能是幽门螺杆菌感染。

隐约的腹部不适、体重下降以及乏力是胃癌的典型症状。

最好的诊断方法是内窥镜。

生存率较低，癌症很可能早期转移。手术可消除肿瘤或减轻症状。

大约95％的胃癌是腺癌，来源于胃壁的腺细胞。

美国每年大约有21 000人患胃腺癌。在最常见的肿瘤死亡病因中排第七位。它在特定人群中更常见：50岁以上老年人、穷人、黑人、西班牙人、美印第安人以及北方居民。不知何故，胃癌在美国发病越来越少，在日本｀中国智利和冰岛很常见，在这些国家，筛查计划是早期发现的重要手段。

病因及危险因素

胃腺癌常始发于胃壁炎性部位，但现在许多专家相信幽门螺杆菌感染是多数胃癌的病因。

胃息肉可能演变为癌（恶性的），应予切除。如息肉

中含腺体细胞、直径超过2cm(3/4英寸）或多发息肉，均可能癌变。

某些饮食因素曾被认为在胃癌发生中起一定作用，包括摄入高盐、高碳水化合物、大量摄入作为食品防腐而使用的硝酸盐（常用于烟薰制品）、而水果及绿叶蔬菜摄入不足。但至今未完全证明。

临床表现

胃癌早期症状不明显，易被忽视。早期症状与消化性溃疡病相似，伴烧灼感的腹痛，治疗后胃溃疡症状未缓解预示胃癌的可能性。患者可能会注意到进食少量食物即感饱胀感（早饱感）。

进食困难，维生素和矿物质吸收不良，会引起患者体

重下降和虚弱乏力。即使没有其他症状，逐渐小量失血

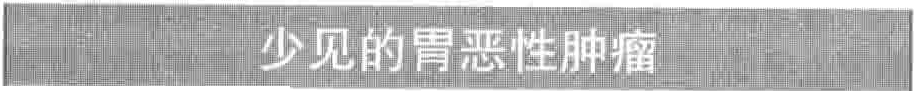
138 第3章消化系统疾病

也会引起贫血，表现为疲乏、虚弱及头晕，也可因维生素吸收障碍（红细胞形成所需的维生索）或因胃酸缺乏而铁吸收障碍（红细胞形成所需的矿物质）所致。少数情况下可出现呕吐大量鲜血（呕血）或黑色柏油样大便

（黑便）。胃癌进展至一定程度，医师能在患者腹部触到肿块。

即使早期，小的胃癌也可能扩散（转移）至远处。胃癌扩散可引起肝脏肿大、黄疽（皮肤及巩膜黄染）、腹水

（腹部膨隆，液体聚集）及皮肤癌性结节，还可扩散至骨骼，使其脆性增加而致骨折。



淋巴瘤是淋巴系统的肿瘤。淋巴瘤可累及胃，幽门螺杆菌被认为在一些胃淋巴瘤致病中起到一定的作用。手术常常是最初的治疗。放、化疗治疗淋巴瘤效果优于腺癌。长期生存甚至治愈成为可能。

平滑肌肉瘤（又名间质细胞肿瘤或梭形细胞肿瘤）是胃平滑肌的肿瘤。最好的治疗就是手术。如果发现平滑肌肉瘤时已转移至身体其他部位，化疗可稍稍延长其生存期。一种较新的药，伊马替尼(imatl nib），被认为可有效治疗已失去手术机会的平滑肌肉瘤患者。

诊断

胃镜（可弯曲可视管道直视消化道的检查手段）是最好诊断手段，医师可直视胃，检测幽门螺杆菌及取组织标本供显微镜检（活检）。因钡餐很难发现小的早期肿瘤，不能活检，现已很少采用。若发现肿瘤，常需进一步检测胸腹部CT检测肿瘤是否转移至其他器官。如CT未发现转移灶，需行超声内窥镜（因其顶端的超声探头，可更清楚显示消化道内壁）检查肿瘤深度以及是否累及周围淋巴结。

预后和治疗

少于15％的胃癌患者生存期超过5年。肿瘤在很早就可能已转移至其他部位。如肿瘤局限于胃，手术切除可尽量达到治愈。肿瘤转移前切除整个肿瘤是治愈的唯一希望。手术方式为切除大部分胃或全胃，并清扫周围淋巴结。如果肿瘤侵及胃壁不太深，手术预后较好。在美国，手术效果常不尽人意，因为许多患者在明确诊断时病变已广泛转移。在日本，胃癌很常见，大规模公共健康筛查可帮助发现早期患者，所以治愈就更有可能。某些清况下，术后行放、化疗有所帮助。

如胃癌发生转移，手术尽管不能达到治愈，有时也缓解症状。例如，如在胃远端消化道发生梗阻，改变胃和小肠间连接的分流术可解决梗阻问题，至少暂时减轻梗阻引起的疼痛和呕吐。放疗和化疗同样可减轻症状，但疗

效有限。

＿

小肠良性肿瘤

大多数小肠肿瘤为良性，包括脂肪细胞肿瘤（脂肪瘤）、神经细胞肿瘤（神经纤维瘤）、结缔组织细胞肿瘤

（纤维瘤）和肌细胞肿瘤（平滑肌瘤）。

多数小肠良性肿瘤无症状。体积稍大的肿瘤可引起便血、不全性或完全性肠梗阻或因肿瘤使某一段肠管套入邻近一段肠管发生肠绞窄（称为肠套叠）。

小的良性肿瘤可通过内镜电凝（电切术）、热疗（热消融）或直接用高能光束（激光治疗）破坏其生长。对于大一点的肿瘤，手术还是必要的。

小肠癌

l，常见症状是血便，但有时肿瘤会致肠道梗阻，引起腹

部绞痛或呕吐。

，诊断基于各种肠道可视技术，如内窥镜及钡餐。

U治疗的最好方法是手术。

小肠恶性肿瘤很少见，在美国每年发病少于6000例。腺癌是小肠癌中最常见类型。腺癌由小肠壁的腺细胞发展而来。患小肠克罗恩病的患者更易患小肠癌。

凶[`:l'侬量矗覃祸墨贮石：：匡

小肠壁腺细胞可发生良性肿瘤，常常分泌激素，

从而导致腹泻和皮肤泛红。化疗及其他类型的药物有时可控制由良性肿瘤所致的症状。

淋巴瘤（淋巴系统的肿瘤）可发生于小肠的中间肠段（空肠）或者低位肠段（回肠）。淋巴瘤可使得部分肠管变得僵硬或者延长。这种肿瘤在腹腔疾病的患者当中更常见。化疗和放疗可帮助控制症状，而且有时可延长生存时间。

平滑肌肉瘤发生于小肠壁的肌肉。户手术切除后行化疗可稍延长患者的生存时间。

临床表现与诊断

腺癌可引起肠出血，表现是便血及梗阻，若上述症状轮流出现可导致痉挛性腹痛、腹部膨隆和呕吐。

医师可使用内镜（易弯曲的可视管道）由口伸入至十二指肠和空肠（小肠近端），对肿瘤定位及行组织活检

（取一小块组织标本用于显微镜检）。医师通过肠镜（过去被用于观察低位消化道的内镜）由肛门进入、经过全结肠至回肠，有时可发现回肠肿瘤。钡剂X线检查可以显示全部小肠，可以用来显示肿瘤的大概轮廓。一种无线摄像胶襄摄像头也可用于观察小肠肿瘤。小肠出血时可选择小肠动脉造影（行X线片前于动脉内注入不透光染料）。同样，放射性铸也可被注入动脉内；当它涌人小

、 4．－二＿＿

｀

气-

第30节消化道肿瘤 139

＼

肠时，X线片上可显影，同时帮助定位肿瘤出血部位，手术可明确止血。有时外科探查术也有必要用于鉴别小肠肿瘤。

治疗

对于所有类型肿瘤的最好治疗是手术切除。术后化疗和放疗不延长生存时间。

结直肠息肉

II一些息肉由遗传因素造成。

最常见症状是直肠出血。结肠镜可用于诊断。

国手术切除息肉是最好治疗方法。

息肉是长于结肠或直肠壁上、凸向结肠或直肠肠腔的组织，可是癌性或良性。息肉大小的变化不容忽视；息肉体积越大，越有可能是癌性或是癌前病变。可带蒂也可无蒂；无蒂息肉比有蒂息肉更有可能癌变。腺瘤状息肉是由肠壁内的原始腺细胞组成，很可能癌变，换言之，它们是癌前病变。锯齿状腺瘤是一种在腺瘤中具有很强侵袭性的类型。 ＿＿

遗传因素：一些息肉是遗传因素造成，如家族性腺瘤性息肉病以及黑斑息肉综合征。

家族性多发性息肉病患者童年或青少年时在全结肠和直肠就可发现100个或更多癌前病变性息肉。在几乎所有未治疗的患者中，40岁之前患者通常都会发展成为结肠癌或直肠癌。家族性多发性息肉患者常并发其他并发症（以前称为加德那氏综合征），通常是各种类型的非恶性肿瘤。这些良性肿瘤可发生在全身任何部位（例如皮肤、头颅或下颌）。

在黑斑息肉综合征中，胃、小肠和大肠会出现许多小息肉。在患者脸上、嘴里、手上和脚上会出现众多蓝黑色斑点，除了口中，这些点通常在青春期时褪色。黑斑息肉综合征患者的其他器官恶性肿瘤如胰腺癌、小肠癌、结肠癌、乳腺癌、肺癌、卵巢癌和子宫癌的危险增加。

霓、八你知道吗·喻·噜今．

一有种遗传疾病可使患者结肠中出现数百个息肉。如不治疗，几乎所有患者都会在40岁前发展为癌症。

临床表现与诊断

大多数息肉不引起症状。最常见症状是直肠出血，大息肉还可引起痉挛、腹痛或肠梗阻。有手指状突起的大息肉［绒毛状腺瘤］可分泌水和盐，导致严重的水样腹泻，导致血钾水平偏低（低钾血症）。罕见情况下，有长蒂的息肉从肛门脱出。

直肠息肉可在医师直肠指检时发现，但通常是在乙状结肠镜检查（用千检查大肠远端的可视管道）时发现。如果乙状结肠镜检查发现息肉，应进一步做结肠镜检查，更全面更可靠检查整个结肠，因为通常不止一个息肉存在，它们有可能会癌变。结肠镜检时医师可在任何怀疑出现癌变部位取活检（取少量组织标本供显微镜检查）。治疗

因为有癌变可能，医师通常会建议切除大肠和直肠

的所有息肉。结肠镜检时可通过电切设备或通电圈套器切除息肉。如息肉无蒂或通过结肠镜不能切除，需腹部手术切除。

如被切除的息肉病检提示癌变，是否需治疗取决于

肿瘤是否巳转移。如危险性低，则不需进一步治疗。如危险性高，尤其肿瘤己侵犯息肉蒂时，需手术切除受侵肠段，然后将剩下的肠段端端吻合。

息肉切除l年后，应用结肠镜检查复查全结肠及直肠，然后由医师决定时间间隔，定期复查。如因大肠狭窄不能作结肠镜检查，应作钡灌肠X线检查。

对于家族性多发性息肉病的患者，大肠和直肠全切术消除了癌变危险。也可只作大肠切除术，而把直肠与小肠相连接，这种术式有时可以使直肠息肉逐渐消失，许多专家都推荐这种手术方法。以后每3 ~6个月用乙状结肠观察直肠残余部分，如有新息肉，随时切除。但如新息肉出现太快，仍需直肠切除术，将小肠开口于腹壁。这种将小肠开口于腹壁的外科手术称为回肠造搂术。身体内的废物最终通过造痰口排入一次性口袋中。

一些非肖体类抗炎药被研究用于逆转家族性多发性

息肉病患者息肉生长能力，但这种效果是暂时的，停药后息肉重新生长。

结直肠癌

II家族史和一些饮食因素增加结直肠癌患病风险。

旧典型症状包括便血、疲乏以及虚弱。

匹对于年龄大于50岁的人群，筛查很重要。结肠镜常用于诊断。

若能早期发现肿瘤，常能治愈。匹可手术切除肿瘤。

几乎所有的大肠、直肠癌（结直肠癌）都是腺癌，它

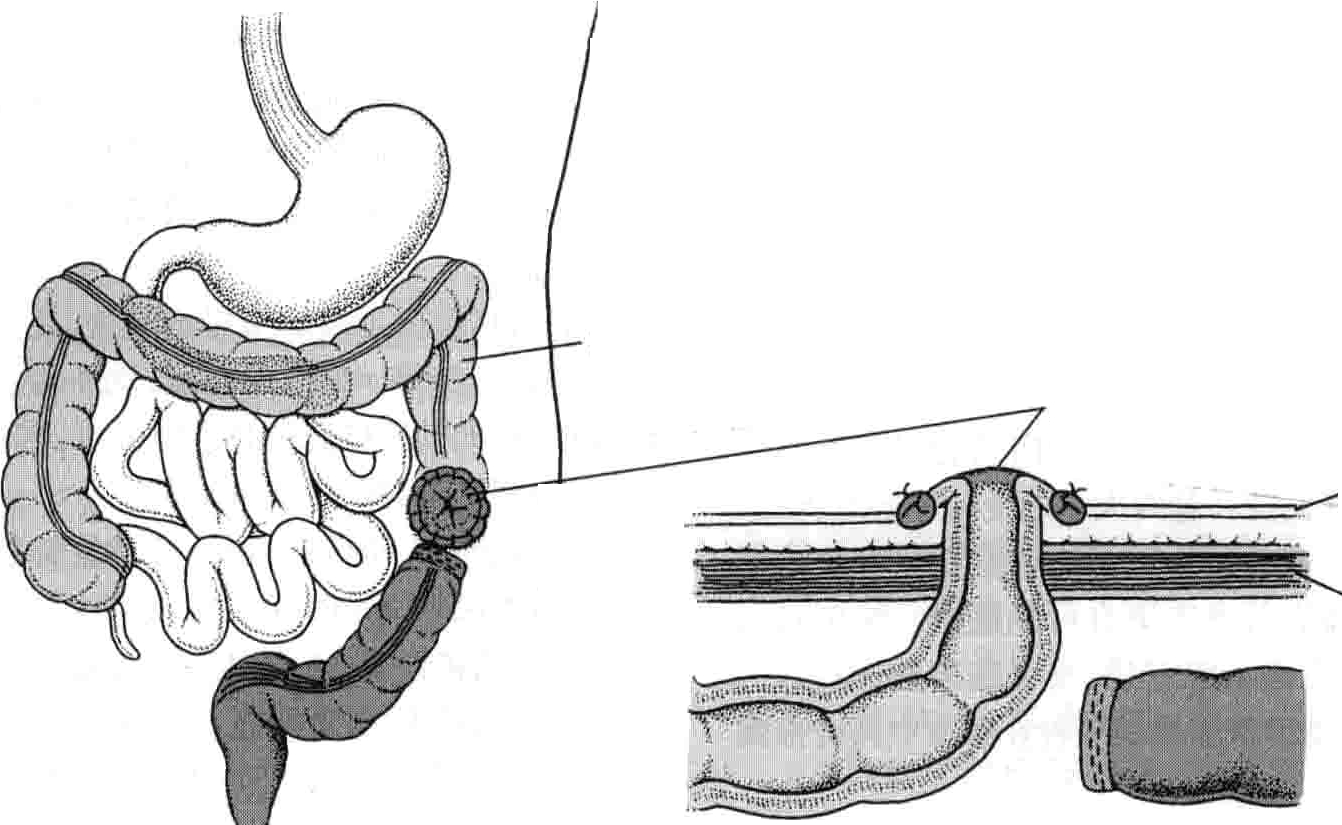
们发生于大肠（结肠）和直肠的黏膜。结直肠癌通常开始表现为大肠和直肠黏膜上或者息肉上纽扣大小的隆起。肿瘤继续生长，开始侵犯结直肠壁。附近淋巴结同时也被侵犯。来自结肠和大部分直肠壁的血液最后被运送至肝脏，结直肠癌在邻近淋巴结转移后通常很快转移至肝脏。

140 第3章 消化系统疾病





结肠造口术

在结肠造口术中，大肠（结肠）被切断。剩余的大肠将通过巳有的开口连于皮肤表面。它将被缝合

1 , 1 ·

．

大肠

1 J i L \_

,\_

Li.

·· 1

，

至皮肤上。粪便则通过开口进入装粪便的口袋。

开口千皮肤表面

皮肤表面·

L

，卜，

肌肉

J

`l 4



在西方国家，大肠和直肠癌是最常见的癌症之一，也是导致癌症死亡的第二位原因。结直肠癌发生率在40岁开始增加，60~75岁达高峰。在美国，每年约153 000人患结直肠癌，每年因结直肠癌死亡约52 000人。结肠癌在女性患者较常见；直肠癌在男性患者常见。大约 5％的结肠癌或直肠癌患者在结肠和直肠有两个或更多病灶，并非简单从一个病灶转移至另一个所致。

危险因素

有结肠癌家族史者患结肠癌的几率更高。有多发性息肉病家族史的患者同样患结直肠癌的危险性增高。

同样，患溃疡性结肠炎和克罗恩病患者发生癌变的

风险增高。这种风险与患者的患病年龄和病程有关。 喜食高脂低纤维的人患此病几率很高。长时间处于

污染的空气和水中，尤其是工业致癌物质（致癌物），也可能是一个原因。

家族型非息肉病性结直肠癌(HNPCC) : 1-INPCC来

自遗传基因突变，其中70%~80％的患者会患有癌症。通常50岁之前1-INPCC就会发展为结直肠癌。他们患其他肿瘤的风险也增加，尤其是子宫内膜癌、胃癌、小肠癌和卵巢癌。

临床表现

结直肠癌生长缓慢，在很长一段时间无症状。症状取决于癌肿类型、部位及侵及扩散程度。

由大便隐血（肉眼看不见）所致的疲乏和虚弱可是

＿患者仅有症状。左半（降）结肠的肠腔直径较小，而且粪便是半固体状，左半（降）结肠肿瘤可能在早期就可能引起肠梗阻。癌肿在此段结肠常呈环状生长，引起便秘和腹泻交替。患者可因痉挛性腹痛或严重腹痛和便秘就诊。由于右半（升）结肠肠腔直径较大，且肠内容物为液态，直到癌肿晚期才出现肠梗阻症状。癌肿被发现时，肿瘤已大到医师可经腹壁 及。

大多数结肠癌患者的出血通常缓慢。患者粪便可呈条形或血混于粪便中，但通常看不见血，需大便隐血试验检出。直肠癌最常见首发症状是排便时便血。任何时候的直肠出血，即使知道患者有痔疮或憩室，医师都要考虑癌肿的可能。直肠癌患者还可出现排便时疼痛和排便不尽的感觉。除非直肠癌扩散到直肠外组织“直肠癌本身一般不引起疼痛。

诊断

筛查：早期诊断有赖于早期筛查。大便可行隐血试验。为保证化验结果准确，患者在留取粪便标本前应进食3天高纤维不含牛羊肉的食品。换言之，医师可在直肠指检时检查大便，医师戴上手套后伸进患者直肠。如果发现有血，需进一步检查。

乙状结肠镜（用千检查大肠低位部分的可视管道）

是筛查诊断的另一步骤。有高危因素的患者需结肠镜检，需检查整个大肠。可疑癌变新生物，可通过结肠镜上的手术仪器切除，有些须常规手术切除。

嘈

｀

－－二

.. -

｀｀

第30节消化道肿瘤 141

吐．上讨岭＇，



，

结肠癌分期

－

0期：肿瘤局限于有息肉的大肠（结肠）的黏膜层内。这阶段的肿瘤患者有超过95％的人生存期至少是5年。

 1期：肿瘤扩散至大肠的黏膜层和肌肉层之间。

（黏膜层和肌肉层之间富有血管、神经和淋巴结。）这阶段的肿瘤患者有超过90％的人生存期是5年以上。

2期：肿瘤侵犯至肌肉层和浆膜层之间。这阶段

的肿瘤患者大约有55%~85％的人生存期在5年以上。

3期：肿瘤扩散巳透过浆膜层并转移至附近的

淋巴结。这一期的患者大约只有20%~50％的入生存期在5年以上。

4期（无图）：肿瘤转移至其他脏器，如肝脏、肺、

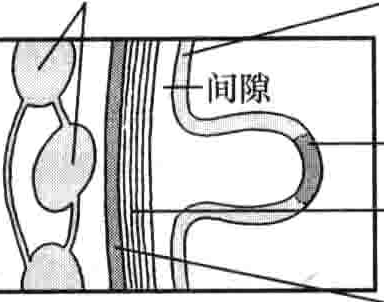
｝ 卵巢或者腹腔内。这一期只有少于1％的患者生存期大于5年。

』，广

l**-**-1

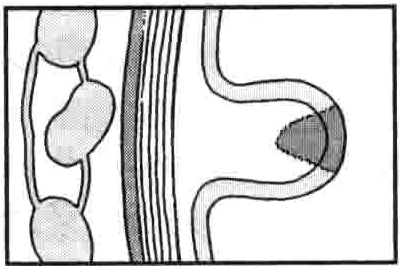
结肠黏膜层

癌  肌层

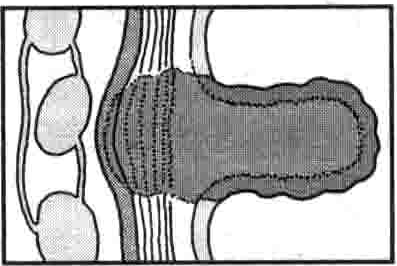


淋巴结

结肠浆膜层

0期

..

1期

t





II

胆

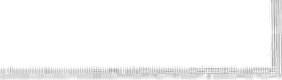
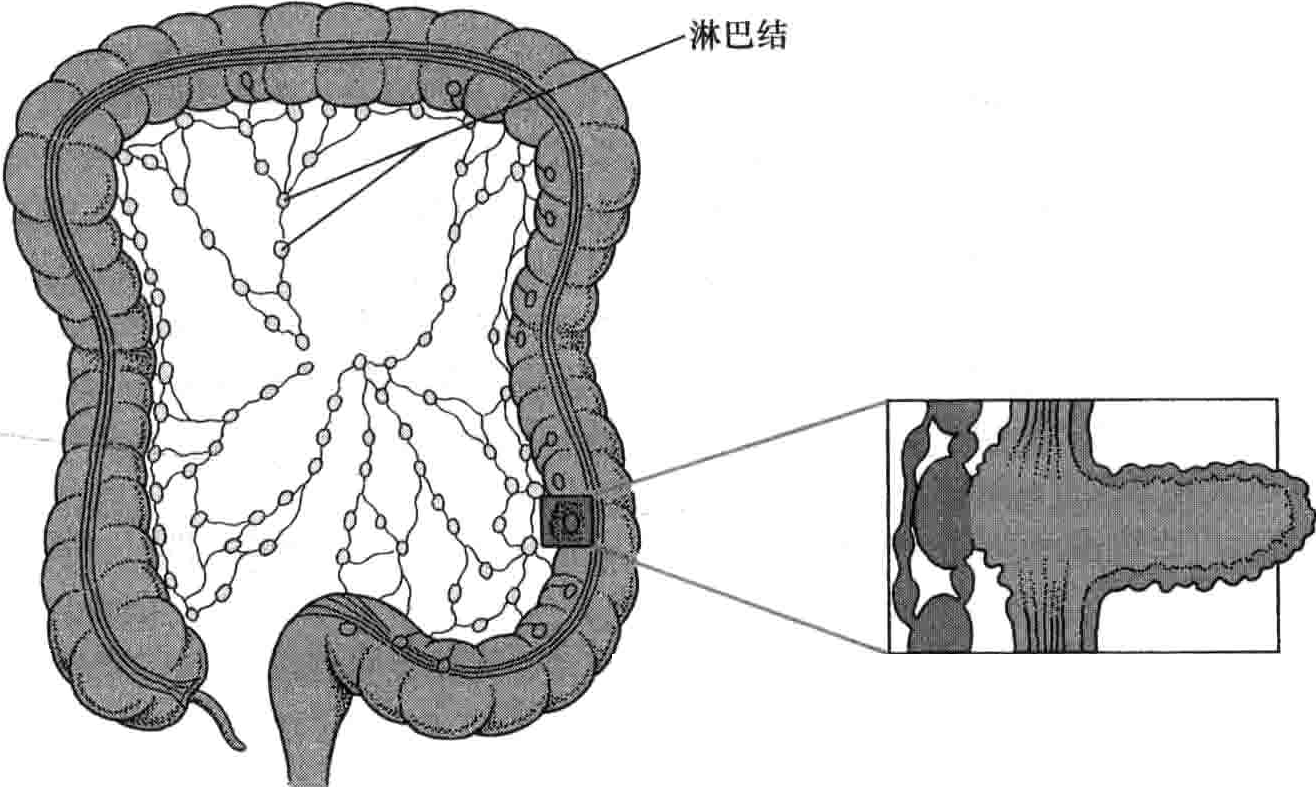
并一一．巨

． 2期





CT结肠造影可通过一个特殊CT装置形成结肠三维图像。这种技术需患者服下造影剂，通过直肠将结肠充气是通过观察模拟常规结肠镜的高清三维图像。虚拟结肠镜适用于无法或不愿忍受常规结肠镜检查的患者，但是它的敏感度较低，而且高度依赖设备。虚拟结肠镜 不需镇静剂，但仍需排空粪便，且充气可能会有不适。另 外，不同千常规结肠镜，这种技术无法进行活检。



国

3期

恤

胶囊内窥镜前景较好，但目前还有很多技术问题，限制它的使用。

诊断测试：便中带血的患者（也包括乙状结肠镜发

现异常的患者）需行结肠镜检查e发现其他病变时，需在结肠镜检查时切除。

一旦确诊肿瘤，医师需行腹部CT、胸片和常规实验

室检查，寻找是否有转移、是否有贫血和评估患者整体

142 第3章消化系统疾病

--

条件。

血液学检查不用于结肠癌诊断，但可帮助医师监测术后疗效。如患者术前癌胚抗原(CEA)水平很高而术后水平很低，以后一旦发现水平又增高提示肿瘤复发。其他两种肿瘤标志物，CA199和CA125作用同CEA，在结肠癌患者它们的水平有时会增高。

治疗与预后

结肠癌转移前，若及早切除最有可能治愈。即使没有发现转移灶，癌肿若巳侵及很深或穿透肠壁常提示肿瘤已转移。手术是结肠癌的主要治疗手段，肿瘤仅限于肠道内壁时，治愈率大约90％，肿瘤穿透肠道内壁时，治

愈率约70％，肿瘤有腹部淋巴结转移时，治愈率30%~ 50%。

在大多数结肠癌患者，手术切除癌肿肠段及邻近淋巴结，再吻合剩余肠段。当结肠癌患者的癌肿穿透大肠

壁，转移至邻近的一些淋巴结，手术切除可见的癌肿，术后化疗可延长生存期在l效果有限C

直肠癌的手术类型取决于癌肿距肛门的距离和癌肿浸入肠壁的探度。直肠与肛门全切术会给患者留下永久的结肠造喽，即经手术方法在大肠和腹壁之间造口，大肠内容物将通过腹壁开口排入盛粪便的袋子。如有可能，可仅切除部分直肠留下部分直肠和完整肛门，并将此段直肠连接于大肠断端。

当直肠癌己穿透直肠壁并转移至附近一组数目有限＿的淋巴结群，手术切除所有肉眼可见直肠癌后行化疗可

延长生存。同样手术切除可见的直肠癌后放疗有助于控制其残余肿瘤生长，延迟肿瘤复发，延长生存。

当肿瘤转移至远离结肠或直肠淋巴结、至腹腔或其他脏器，肿瘤就不可能单单通过手术治愈。一般生存时间7个月。对于结直肠癌已有远处转移的患者，术后予以5氯尿密 化疗（有时加用其他药物）作为患者治疗的一部分，但化疗对延长生存时间影响很小。医师常与患者患者家属及其他医务工作者讨论的是患者的临终关怀事宜。即使肿瘤巳广泛转移，有时手术仍可解除肠梗阻和减轻症状。

当肿瘤仅转移至肝脏，可直接将化疗药物注入供应肝脏的动脉中。手术将一小泵埋植于患者皮下，或体外携带一小泵，使患者在接受动脉注射化疗时可走动。这种治疗比普通化疗好处多，但还需进一步研究。如肿瘤已转移至肝脏以外，这种方法无效。

对于那些因为身体状况太差而不能耐受手术的患者治疗可采用“干燥疗法”，包括使肿瘤干燥和使肿瘤缩小。干燥疗法可使用带有电荷的探针伸入肿瘤表面

（烧灼设备）或用带电的氮气设备（氪等离子凝固剂）使肿瘤表面干燥；两种设备都可通过结肠镜。干燥疗法可减轻症状并通过削减肿块来延长患者生存，但很少可治愈肿瘤。

肛门癌

肛门癌的危险因素包括某些性传播疾病。

」典型症状包括便血疼痛和时而出现的肛门强痒。确诊需肛门指检和活检。

治疗包括手术或化疗加放疗或放疗加手术。

肛门癌由紧靠肛周的皮肤细胞发展而来，或由肛门与直肠（肛管）之间的移行带细胞发展而来。不同于直肠和大肠癌的是，直肠大肠肿瘤类型几乎都是腺癌，而肛门癌几乎都是鳞癌。

在美国，每年大约4000人患肛门癌。女性肛门癌发生率几乎是男性的两倍。肛门癌病因不清，但肛交使患病风险升高<.、感染特殊类型且闱来琦秤勺人类乳头瘤病毒(HPV16型）和性病性淋巴肉芽肿巳被证实可能是病因之一。

临床表现与诊断

肛门癌患者常出现大便时出血、疼痛和有时感肛周痛痒。有25％的肛门癌患者无症状，只在常规检查时被发现。

诊断肛门癌，医师首先需检查肛周皮肤有何异常。医师戴手套探察肛门和低位直肠，检查任何与周围不同的异常部分，同时可从异常区域取少量组织用于显微镜 检（活检）。

治疗 ，一- 畸多

放化疗联合可能取代其他治疗，有时也联合手术 手术是一种满意的治疗方法，虽然在术中医生需要非常小心，以免损伤肛门括约肌功能。肛门括约肌可保持肛门紧闭直到患者需排便时｀它的损伤意味着大便失禁。放化疗联合或放疗联合手术治愈了许多肛门癌的患者， 70％或更多患者生存超过5年。初治后随访期间行活检显示复发患者有必要行进一步手术。

胰腺癌

吸烟、慢性胰腺炎和长期糖尿病是胰腺癌的危险因素。

典型症状包括疼痛、体重下降、黄疽和呕吐。

CT是最准确的检查手段。胰腺癌常常致命。

回手术可能治愈未转移的患者。

大约95％胰腺癌是腺癌、通常来源于胰管内侧的腺细胞。大多数腺癌发生在靠近小肠的前端（十二指肠）的胰头。

胰腺癌在美国有逐渐增加的趋势，每年约37 000人患病。胰腺癌通常50岁以前不发病，诊断的平均年龄 55岁。男性发病率为女性的两倍。胰腺癌在吸烟者的

- -

｀

贮－

第30节消化道肿瘤 143

｀｀

发病率是非吸烟者的2~3倍。酒精以及咖啡因并不像是危险因素。慢性胰腺炎患者及长期糖尿病患者的癌变几率也很高。



正罩庐麟翻酶沪

胰腺的囊腺癌是胰腺癌的—种少见类型，由液性的、良性的囊腺瘤发展而来，常引起上腹疼痛，而且可长得很大以至于医师可透过腹壁们及。诊断常靠计算机X线断层扫描(CT)和超声扫描胰腺。仅20％的这类患者在行手术时已发生了转移。所以，袁腺癌的预后比腺癌好。如果肿瘤未发生转移旦整个胰腺己手术切除，患者有65％的机会生存在5年以上。

胰管内肿瘤是最新发现的一种类型，以主胰管扩张、产生大量黏液和偶感疼痛为临床表现。30％是恶性的，但现仍不清楚管内肿瘤是如何发生和发展的。因为一般的检查无法区别这种肿瘤到底是恶性还是良性，所以对怀疑有胰管内肿瘤 患者，手术是最佳的诊断及治疗措施。

临床表现

胰头肿瘤可影响胆汁（肝脏产生的消化液）排泄入小肠。由胆道梗阻引起的黄疽（皮肤和巩膜的黄染）是典型首发症状。黄疽引起的并发症是全身痛痒，主要由于胆盐晶体沉积于皮下所致。呕吐是由于肿瘤位于胰头阻止胃内容物进入小肠（胃流出道梗阻）或小肠本身梗阻（）

并发症

胰体或胰尾的腺癌（胰腺的中间部分和远离十二指肠部分）常无症状，直到肿瘤长至很大。90％的患者在诊断明确时已转移至胰腺以外。胰腺癌通常转移至附近淋巴结、肝脏或肺。典型首发症状是疼痛和体重减轻。诊断时，90％的患者有上腹疼痛，通常是剧烈疼痛并放射至背部，而且明显体重减轻。

胰体或胰尾的腺癌可引起脾（产生、监控、储存和破

坏血细胞的器官）静脉梗阻，导致脾脏增大［巨脾）。梗阻还可引起食管［食管静脉曲张］和胃底周围的静脉肿胀和扭曲（曲张）。可能会导致严重的大出血，尤其是食管曲张静脉破裂时。

诊断

早期诊断胰体或胰尾肿瘤很困难，症状出现晚，而且体检和血象均正常。怀疑胰腺腺癌时，最准确的诊断检查是计算机X线断层摄影术(CT)。其他常用检查有超声、内镜下逆行性胰胆管造影(ERCP)和磁共振(MRl)。为明确诊断，医师需在超声或者CT引导下用穿刺

针经皮穿刺取胰腺少量组织作显微镜检（活检）。但穿刺常常失败，而且引起肿瘤细胞经穿刺部位扩散。同样方法可用于肝穿活检，明确是否肿瘤转移至胰腺。如以

上检查均正常，但医师仍考虑胰腺癌，可手术探查。治疗与预后

胰腺癌被发现前通常已发生远处转移，预后很差。

明确诊断后只有少于2％的患者生存期超过5年。唯一可治愈的希望就是手术，仅有10% ~20％的未转移患者可以实行手术治疗。手术是仅切除胰腺或一起切除胰腺和十二指肠。术后仅15%~20％患者生存5年。化疗和放疗不可能延长生存或从根本上提高生存率。

轻度疼痛可用阿司匹林或对乙酰氨基酚来减轻。但大多数时候，需用强效止痛药，如口服可待因或吗啡。对于70%~80％的剧痛患者，注射药物至神经阻止疼痛传导可减轻患者疼痛。胰腺消化酶的缺乏可口服胰酶制剂治疗。如糖尿病发展，胰岛素治疗很有必要。

胆道流出道梗阻可在肝脏和胆襄排出胆汁的管道放

置支架来减轻。在许多患者，肿瘤最终会阻塞支架以上或者之下的所有流出道。另一种姑息疗法是通过手术在梗阻旁另建通道分流。例如，小肠梗阻后，直接将胃与梗阻段以下小肠连接另建通道分流。

大多数胰腺癌患者最终死亡，医师常与患者、患者家属及其他医务工作者讨论临终关怀事宜。

胰腺内分泌肿瘤

胰腺内分泌肿瘤由分泌激素的胰腺细胞发展而成。这些肿瘤本身可或不可分泌激素，且可能恶性，也可能良性。尽管有的肿瘤不分泌激素（无功能型肿瘤）且非恶性，但它们会阻断胆道或小肠或流血入胃肠道。功能型肿瘤会分泌大量特定激素，引起各种症状。

胰岛素瘤

胰岛素瘤是胰腺肿瘤当中一种特殊类型，它可分泌胰岛素（降低血糖的激素）。

仅10％胰岛素瘤是恶性的。

临床表现

症状由低血糖引起，常发生在未进食几小时后（常在清晨空腹整夜禁食后）。症状包括面色苍白、虚弱、发抖和感觉心跳加快（心悸）、大汗、精神紧张和明显饥饿感。其他症状包括头痛、意识模糊、视力异常、重心不稳和性格改变。低血糖甚至可导致意识丧失惊厥和昏迷。诊断与治疗

胰岛素瘤诊断很困难，医师可在患者有症状时进行血液检查。检查包括血糖水平和胰岛素水平。非常低的血糖和非常高的胰岛素水平常提示胰岛素瘤。由于很多患者只是偶尔出现症状，因此常需患者住院，在严密监视下，空腹至少24小时有时甚至空腹达72小时后，才出现低血糖症状，此时抽取血液检查血糖浓度和血胰岛素水平，检测胰岛素瘤是否存在。

1- 44-

第3章消化系统疾病

--

如血液检查提示胰岛素瘤，须准确将肿瘤定位，可用影像学检查，如超声内镜（内窥镜顶端放置超声探头，更清楚观察消化道内壁）或PET可定位肿瘤。但有时仍需手术探查才能定位肿瘤。

胰岛索瘤的初治是手术切除，治愈率大约90%。当胰岛素瘤不能被完全切除且症状持续存在时，氯甲苯嗟唉和奥曲肤可帮助控制血糖不至于降至太低。药物化疗，如链脉菌索和5－氪尿啥 可有助于控制肿瘤。

胃泌素瘤

胃泌素瘤常是一种常见于胰腺或十二指肠（小肠的开始部分）肿瘤，它产生过多的胃泌素，刺激胃分泌胃酸和酶，引起消化性溃疡。

该病大多数患者都有几个胃泌素肿瘤分散在胰腺内或胰腺旁，约一半肿瘤为恶性。有时，胃泌素瘤是遗传性疾病多发性内分泌瘤的一部分，该肿瘤起源于多种内分泌腺细胞，如胰腺分泌胰岛素的细胞。

临床表现与诊断

胃泌素瘤分泌过多胃泌素，引起的症状称为卓－艾综合征。症状为胃、十二指肠和肠道其他部位的顽固性消化性溃疡所致。而25％的卓－艾综合征患者在明确诊断时并没有发现溃疡。还可发生胃肠道穿孔、出血和梗阻，有时致命。一半以上胃泌素瘤患者的症状轻重类似其他原因引起的消化性溃疡。25%~40％患者的首发症状是腹泻。

当患者频繁发作消化性溃疡，且存在多发性溃疡，并对常规溃疡治疗无效时，应怀疑胃泌素瘤。血液学检查发现胃泌素异常增高是最可靠的诊断性指标。

一旦血液检查诊断为胃泌索瘤，医师需要几种影像学技术定位肿瘤。可用于胃泌素瘤影像学检查有CT、超声内镜、PET和动脉造影术，因为肿瘤通常都比较小，可能难以发现。

治疗

大剂量质子泵抑制剂可有效降低胃酸水平和暂时缓解症状。约20％没有多发性内分泌腺瘤的患者，能通过手术切除胃泌素瘤治愈。如这些治疗均无效，全胃切除很有必要。这种手术没有切除肿瘤｀只是在切除产生胃酸的胃后，胃泌素不再刺激胃分泌酸而产生溃疡。如胃切除后，每日口服充足铁剂、钙剂和每月注射维生素Bt2很有必要，因为促进这些营养物质吸收的胃酸已不存在。

如恶性肿瘤已扩散至身体其他部位，化疗有助千减少肿瘤细胞数量和减低胃泌素水平。但这种治疗不可能治愈肿瘤，因为这种肿瘤最终是致死性的。

血管活性肠肤瘤

血管活性肠肤瘤是产生血管活性肠多肤（可导致严

重水样泻的物质）的非常少见的胰腺肿瘤。

约50%~70％的这种肿瘤是恶性的，约6％血管活性肠多肤瘤患者出现于多发性内分泌肿瘤。

临床表现

主要症状是经久不愈的大量水样腹泻，患者一天可产生1000~3000毫升大便，会引起脱水。50o/(J的患者腹泻是持续的，且在间歇期，腹泻严重程度随时间有所变化。

腹泻会使患者丢失大量身体正常的盐，使患者出现低血钾和酸中毒。这些变化会引起昏睡、肌无力、恶心、呕吐以及痉挛性腹痛。有些人会出现脸红。

诊断与治疗

通过患者症状和血中升高的血管活性肠多肤可做出诊断。血中血管活性肠多肤升高的患者可使用超声内镜或PET确定血管活性肠多队瘤的位置。

早期需补充液体和电解质。必须补充碳酸氢钠弥补在大便中的丢失，防止酸中毒。尽管补液，因为水和电解质持续丢失而导致脱水，医师会发现难以持续性的去补充水和电解质。

药物奥曲肤通常可控制腹泻，但有时需大剂量。手术切除肿瘤病灶可使约50％患者治愈。手术可暂时缓解已转移的肿瘤患者，化疗无效。

高血糖素瘤

高血糖素瘤是胰腺的一种肿瘤，可产生高血糖素｀升高血糖，并引起特征性皮疹。

约80％的这类肿瘤是癌性的，但生长缓慢，许多患者在诊断后可存活15年或更久，发病平均年龄为50岁， 80％为女性。

临床表现与诊断

高血糖引起糖尿病症状。患者常有体重下降。90%的患者最突出的临床表现是脱落红褐色皮疹［坏死性移行性红斑）和显现平滑光亮的橘红色舌质改变。口角也有 裂。皮疹可引起剥脱，开始出现于腹股沟区，然后移至两侧臀部、双上肢前臂和双下肢。

血中很高的高血糖素水平即可诊断本病，进一步通过腹部CT与超声内镜可定位肿瘤。如果CT无法发现肿瘤，可使用MRI或PET。

治疗

理想治疗是切除肿瘤，消除所有症状。但如肿瘤不能切除或者肿瘤已扩散，化疗可降低高血糖素水平，减轻症状。但化疗不能提高生存率。

奥曲肤也能降低高血糖素水平，消除红斑，恢复食欲和增加体重，但可能升高血糖。可用含锌软膏治疗皮肤红斑，有时还需静脉输入氨基酸和脂肪酸治疗皮肤红斑。

三鼠』

｀

-

**`**

第31节胃肠道急症 145

第31节 蠼

胃肠道急症

一些胃肠道疾病是致命的，多数情况需紧急手术。这些胃肠道急症通常伴有剧烈腹痛。如患者表现为

腹痛，医师必须决定是行急诊手术明确病因，同时治疗腹痛，还是等检查结果出来后再决定是否手术。腹部急诊手术指征有肠梗阻、脏器破裂（如胆魏、阑尾、肠道）或者脓肿（积满脓液的液性包裹）C

消化道出血，通常没有典型的疼痛，但却是致命的。

肝脏的细菌可来自感染的胆囊、穿透性或钝器伤、腹腔内感染（附近的脓肿 随血流而至的其他部位感染。来自小肠感染的阿米巴原虫通过淋巴管道入肝脏。肝脓肿症状包括食欲减退、恶心和发热。患者可有腹痛或无腹痛。

脾脓肿的来源包括：随血流而至的其他部位感染、脾

脏损伤、附近脓肿播散（如隔下脓肿）。疼痛常位于左侧腹、后背或左肩。

嘈

医生常会使用消化内镜去寻找并治疗出血来源。 诊断

腹腔脓肿

脓肿是脓液形成的包裹，通常由细菌感染所致。多数患者会待续腹痛和发热。

CT以及其他影像学检查可鉴别脓肿和其他疾病。

l治疗包括引流脓液和服用抗生素。

腹腔脓肿可形成于隔下、腹腔、盆腔内或后腹膜后。脓肿还可形成于腹部器官内或器官（如肾脏、脾、胰腺、肝脏或者前列腺）周围。

病因和临床表现

通常腹腔脓肿由外伤、感染、肠穿孔或其他腹部器官感染转移所致。有时，腹部外伤或腹部手术后会形成脓肿。特异症状取决于脓肿所在部位，但多数患者会有腹部持续疼痛或不适，感到萎靡不振，并常伴有发热。其他症状包括食欲缺乏和体重下降。

雁下脓肿可由于脓液（如来自穿孔阑尾）受腹腔脏器压力向上移动形成，也可因脯随呼吸不停移动产生的抽吸而形成。症状包括咳嗽、呼吸时疼痛和一侧的肩痛一—这种疼痛发生是由于支配肩和脱的神经是同一神经，而大脑无法正确判断疼痛来源。

腹腔中的脓肿可因阑尾穿孔、肠穿孔、炎症性肠病、憩室病或腹部外伤所致。腹痛常局限于脓肿所在部位。

盆腔脓肿病因可与形成于腹腔脓肿的原因相同或来源千妇科感染。症状可包括腹痛、肠激惹后的腹泻和膀胱受刺激后的尿频、尿急。

腹膜后脓肿位于腹膜后，被膜衬于腹腔内和脏器上。病因与腹腔内脓肿相同，包括阑尾炎和胰腺炎。疼痛常位于较低的后背部，患者在活动鹘部和大腿时疼痛加重。

典型胰腺脓肿形成于急性胰腺炎后。症状有发热腹痛、恶心和呕吐，这些症状常出现在患者胰腺炎恢复后一周内或一周后。

肝脏脓肿可由细菌或阿米巴（单细胞寄生虫）引起。

医师容易误诊脓肿，因为其初始症状较轻微，多被误诊为其他不那么严重的疾病。当怀疑脓肿时，医师通常行CT或超声或MRI检查。这些检查可用于脓肿和其他疾病的鉴别（如肿瘤或囊肿）以及明确脓肿大小和部位。因为脓肿和肿瘤常引起类似症状，而且二者在影像学上也很相似，为明确诊断有时需获得脓液标本或手术切除脓肿用于显微镜检查。

治疗

几乎所有腹腔脓肿的脓液均需引流，手术或经皮穿刺均可。医师常需在超声或CT定位下穿刺。引流同时常需合并使用抗生素，防治感染扩散，而且以利于完全消灭感染灶。实验室分析出的细菌可帮助医师有效选择抗生素。未行引流仅靠抗生素治愈脓肿的情况很少见。如经皮穿刺无法安全引流，则需手术治疗。

维持良好而充足的营养供应非常重要。患者可使用胃肠管或者由静脉接受营养治疗。

腹壁捅

腹壁症是肠递通过腹壁开口或薄弱处的突出。

1腹壁茹会出现明显膨隆，但几乎无不适。

通过体格检查或超声可做出诊断。手术可修复症。

腹壁茄非常常见，尤其在男性。美国每年有约

700 000万茄手术患者。症通常因出现部位命名。

多数部位的腹壁厚且强硬，故症多出现在腹腔先前有开口后关闭的薄弱部位。提重物或用力会使茄更加明显，但不是引起茹的原因。

腹股沟症：腹股沟茄出现于腹股沟三角区或阴囊内，男性常见。有两种类型，直症及斜亦，取决于如出现的部位。

跻茹：跻症出现在肚跻附近，很多新生儿有小跻茄，因为跻带血管并未完全闭合。成人出现跻汕多由于肥

146 第3章消化系统疾病

胖、怀孕或大量腹水。

股拙：腹股沟韧带下方大腿之间可能出现茄，股动静脉由此从腹腔进入大腿。这种加更常见于女性。

切口症：有时腹壁手术切口处会形成加。这种茹可在术后多年出现。

嵌顿和绞窄：有时，茄中的一段肠道会被卡住，称为嵌顿。很少见的情况是茄口很紧，以至肠道血供中断，称为绞窄。绞窄发生时，嵌入肠段会在6小时内坏疽，坏疽会导致肠道坏死，坏死的肠道通常会发生穿孔，导致腹膜炎、休克，如不及时治疗，会危及生命。

临床表现

多数患者在加发生部位发现膨隆。有时茹仅会在提重物、咳嗽或用力时出现。通常患者没有或几乎没有不适且膨隆可被医生或患者推回入腹腔。嵌顿性仙症状无异，但其茄囊无法推回。绞窄性庙会出现持续、逐渐增强的疼痛，典型的还伴随恶心、呕吐，疼痛常无法减轻，且触痛明显。

诊断

诊断基于检查结果。腹股沟肿块有时看起来像抽，而可能是肿大淋巴结或隐睾。阴襄肿大可能是精索静脉曲张或精液囊肿所致。有时需超声做出诊断。

治疗

婴幼儿跻茹很少发生绞窄，一般不用治疗，多数在数年后自行消失。大跻症可在2岁后修复。

其他儿种茄更可能发生绞窄，诊断确立时，医生通常手术修复。如是嵌顿症或绞窄如，需急诊手术。其他情况可在患者合适情况下择期手术。

用胶带或绷带固定加对患者可能比其他方法舒适，但这种方法不降低绞窄风险，也不能使师口闭合，因此不推荐。只有跻症可不经治疗自行消失。

急性肠系膜缺血

急性肠系膜缺血时流入部分肠道的血流突然阻断，导致坏疽和穿孔。

突然发生的剧烈腹痛。可行血管造影检查。

E需急诊手术。

急性肠系膜缺血有几种原因。可能由血栓或来自心脏或主动脉的动脉粥样硬化斑块（动脉中由胆固醇或其他脂肪物质形成）形成小肠动脉栓塞引起。血栓可能在小肠动脉或静脉中自发形成，阻塞血流。有时血流并未被完全阻断，仅由于心脏低输出量（心力衰竭或休克）或某些药物（如可卡因）导致的血流量低。一般而言，年龄大于50的患者会承担非常大的风险。

血流阻断大于10~12小时会导致受累肠道坏死，使肠道细菌入侵身体系统。肠道坏死可致休克、器官衰竭

或死亡。临床表现

起初，患者会有剧烈腹痛，通常发生突然，但仅仅有轻度压痛。这种疼痛与触痛明显不成比例对医生来说是重要线索。随病情发展，肠道开始坏死，腹部出现压痛。诊断与治疗

如医生可早期做出诊断，患者通常恢复较好。如直到部分被影响肠道坏死才做出诊断，70%~90％患者死亡。如患者症状明显，且腹壁紧张，医师需立即手术。手术时，阻断的血管有时需被切除或绕过，但有时受影响的肠段必须被切除。如症状提示急性缺血但腹壁不紧张，医生可选择进行动脉造影，使用小导管通过腹股沟动脉进入肠道动脉，注入可显示血流的造影剂。如看到血流阻断，有时可通过注射某些药物使其打开。如果失败，需手术治疗。治疗后，很多患者需服用抗血栓药物。如果所有小肠出现坏死或被切除的患者很难生存。

阑尾炎 ．

阑尾炎是阑尾的炎症。

Iiu阑尾内部的阻塞诱发阑尾感染和损伤。

l腹痛、恶心和发热很常见。

贮1可行剖腹检查或影像学检查如CT、超声。

治疗包括手术切除阑尾和抗生素控制感染。

阑尾是小而呈手指状的管状突起，位于靠近连接小肠和大肠部位。阑尾有一些免疫功能，但不是一个重要器官。

在美国，除嵌顿性汕外，阑尾炎是引起急性腹痛并需手术的最常见疾病。大于5％的人会发生阑尾炎。阑尾炎最常见发病年龄10~20岁，而任何年龄均会发病。

阑尾炎病因尚未完全清楚。在多数病例，可能是阑尾腔内的阻塞诱发阑尾发炎和感染。阻塞物可能是一块小而硬的粪便，异物或蛔虫（很少见）。如未得治疗，阑尾炎继续发展下去，阑尾会穿孔，使含有大量细菌的肠内容物进入腹腔，引起腹膜炎，发生致死性的腹腔内感染。阑尾穿孔也可引起腹腔内脓肿形成。在女性患者，卵巢和输卵管可发生感染，引起输卵管阻塞，造成不孕。阑尾穿孔还可使细菌入血，发生致死性疾病，称败血症。

临床表现

不到一半的阑尾炎患者有典型症状：疼痛可先突然出现在上腹或跻周，后出现恶心和呕吐。几小时后，不再恶心，疼痛转移至右下腹。医师触诊该部位时，出现压痛，手放开后，腹痛会突然加剧［反跳痛］。患者还常出现37. 7~38.3屯的发热。

腹痛可不仅限于右下腹部，而更广泛，尤其在婴儿和儿童更常见。在老年人和妊娠妇女，腹痛往往较轻，压痛也不明显。

忐L..

｀

,

第3l节 胃肠道急症 147

＼

如果阑尾穿孔｀腹痛和发热会变得非常严重。感染加重可致患者休克。

诊断

医师结合患者症状和体征可考虑阑尾炎。症状典型且高度怀疑阑尾炎的应立即剖腹检查。如诊断无法明确，医师可行CT或超声等影像学检查。血液检查会显示白细胞计数中度升高。这是机体对感染的反应。

泣你知道吗···曹．．

在美国，超过5％的人最终会发生阑尾炎。

治疗

外科手术是主要治疗手段。大约15％的阑尾炎术中，发现阑尾并无异常。而为明确患者腹痛原因而延误手术时机相当危险，因阑尾在症状开始后24小时内就

可能发生穿孔。如发现阑尾发炎，需手术切除并静脉给．予抗生素己即使阑尾炎不是腹痛原因，通常也要切除

阑尾。

阑尾炎只要早期手术，病死率很低。通常术后1~3夭患者即可出院，病情恢复迅速而完全。但如不做手术或不用抗生素，50％以上患者会死亡。

阑尾穿孔者的预后较差。几十年前，阑尾穿孔常引

起患者死亡。手术和抗生素的联合使该病死亡率降至几．乎为零，但可能需反复多次手术和较长期恢复过程。

麻痹性肠梗阻

肠梗阻（麻痹性肠梗阻、动力性肠梗阻）是由于肠道

的正常收缩运动暂时停止而引起的肠梗阻。

日腹部手术和妨碍肠道蠕动的药物是常见病因口巴会出现腹胀、呕吐、便秘、绞痛和食欲减退。

通过X线可诊断。

患者需禁食及插鼻胃管。

与机械性肠梗阻相同的是，麻痹性肠梗阻也使肠内容物在肠道中停止运动C但与机械性肠梗阻不同的是，麻痹性肠梗阻罕有引起肠穿孔者。

麻痹性肠梗阻常发生千腹部手术后的24~72小时，尤其是在术中进行了某些肠道的操作。药物（特别是阿片类镇静药以及抗胆碱药物）也是常见的病因。其他原因有感染、腹腔血管内凝块形成，阻断肠道供血；动脉粥样硬化或动静脉损伤使肠道供血减少。肠道外疾病，如肾衰竭或甲状腺功能减低症，血电解质异常（如低钾血症或高钙血症）也可引起麻痹性肠梗阻。

临床表现与诊断

麻痹性肠梗阻的症状有腹胀、呕吐、严重便秘、食欲下降和腹部绞痛。

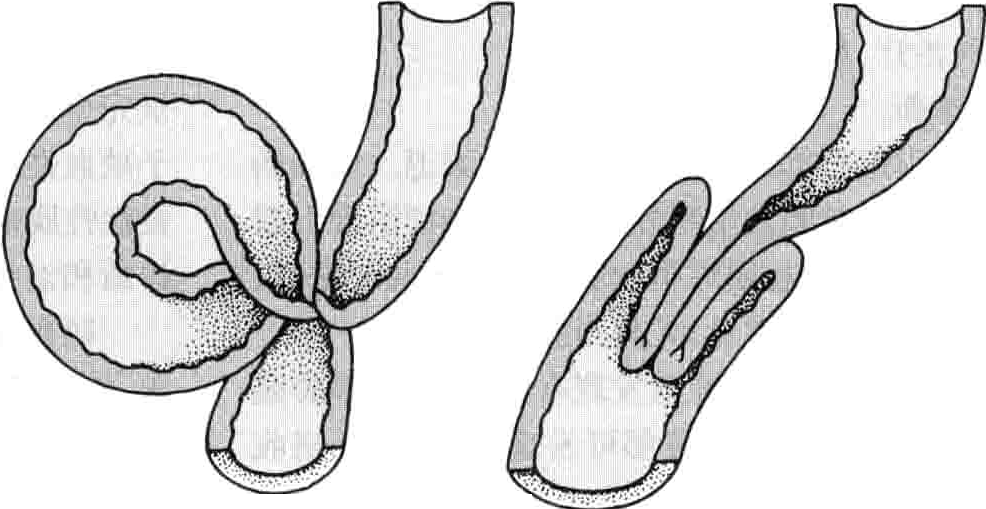
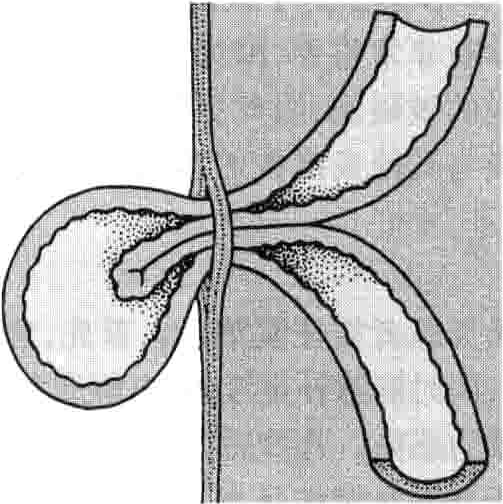
用听诊器检查腹部时，肠鸣音很少，甚至根本听不到肠鸣音。腹部X线检查显示肠拌膨大。少数情况下，可作结肠镜检查评价病情。

治疗

必须除去麻痹性肠梗阻引起的肠腔内积液和积气u经鼻插管至胃或小肠，抽吸以减低胃肠内压力和减轻腹胀。在患者肠道功能未恢复正常之前，禁饮禁食。静脉应给予补液和电解质（如钠、钾、氯）补充。有时，如病变主要在大肠，可从肛门插管至大肠进行减压。

引起肠绞窄的原因

肠绞窄（对肠道的供血阻断）通常由以下三种情况之一引起：

＿

绞窄 肠扭转 肠套叠

生 中兰1i

F

148 第3章消化系统疾病

肠梗阻

部位不会发现气体，若出现提示肠穿孔。治疗

肠梗阻是肠道完全梗阻或严重影响肠内容物通过的疾病。

成人最常见原因是先前的腹部手术、茄和肿瘤造成的瘢痕组织。

常见症状包括疼痛、胀气、发热和食欲减退。体格检查和X线检查可诊断。

常需手术解除梗阻。

梗阻可发生于肠道任何部位，小肠到大肠，可完全梗阻也可部分梗阻。当肠腔内充满食物、液体、消化液和气体时，部分肠腔会扩张，肠壁会变得肿胀和发炎。如未及时处理，肠道可穿孔，并将肠内容物漏至腹腔｀引起腹腔感染（腹膜炎）。

病因

在新生儿和婴儿，肠梗阻常见原因是出生缺陷，肠内容物中有坚硬粪块（胎粪），或肠道自身扭转（肠扭转），肠襟套入另一肠滞中（肠套叠）。

在成人，最常见病因是既往手术留下的瘢痕组织、部分肠道通过腹部的异常开口（茄）以及肿瘤。可能的特异性原因取决于受累的肠襟。

胰腺癌、十二指肠溃疡愈合后形成的瘢痕、既往的手术、克罗恩氏病、或者粘连等都可能引起十二指肠梗阻。极少情况下，胆结石、未消化食物团块或一大群蛔虫也可造成肠梗阻。

在大肠，癌肿、憩室炎以及大块粪便（粪便嵌塞）是肠梗阻的常见原因。粘连和肠扭转是大肠梗阻较少见原因。

肠绞窄：如梗阻阻断肠道供血称为肠绞窄。大约近 25％的小肠梗阻病例发生肠绞窄。通常，肠绞窄的原因有部分小肠在腹部异常开口处嵌顿（绞窄性茄 肠禄扭转、肠襟套入另一肠滞中（肠套叠）。肠绞窄发生仅6小时即可导致肠壁坏死，常引起肠穿孔，以致引起腹膜炎；如不及时治疗，患者可因此死亡。

临床表现与诊断

肠梗阻常引起腹部绞痛伴腹胀和食欲减退。大肠肠梗阻比小肠肠梗阻较晚发生呕吐。完全性肠梗阻会引起严重便秘，而部分性肠梗阻可引起腹泻。发生肠绞窄时，疼痛剧烈而持续。发热常见，尤其当肠壁穿孔时。

医师检查患者腹部时，注意发现有无压痛、腹部膨隆或腹部包块。用听诊器听诊腹部可发现，由正常肠道收缩产生的肠鸣音变得很响，声调高，或肠鸣音消失。除非肠穿孔引起腹膜炎，医师触诊腹部时，患者一般不会感到疼痛。

X线检查可显示肠拌扩张，提示梗阻部位。X线检查还可显示肠周或雁下游离气体。正常情况下，在上述

任何怀疑肠梗阻的患者都需住院治疗。通常，将一细长管子经鼻插入胃或小肠，抽出聚集在梗阻部位以上的胃内容物。经静脉输液补充因呕吐或腹泻丢失的水和电解质（钠、钾、氯）。

有时，未经治疗，肠梗阻也会自行消失而恢复正常，尤其是瘢痕或肠粘连引起的肠梗阻。经肛门插人内镜或钡剂灌肠，能使肠道扩张，用于治疗几种疾病，如大肠下段的肠扭转。但大多数情况下，对肠梗阻要尽快手术。肠梗阻病因决定是否需手术解除梗阻而不需切除部分肠段。及时并且可能再次复发，但有时切除粘连部分，可以释放被套入的肠段，尽管它可能会发生再次粘连。一些患者需行结肠造痰术。

缺血性结肠炎

缺血性结肠炎是源于大肠的血供阻断所致的损伤。常见症状是腹痛与血便。

结肠镜可诊断。

多数患者在静脉输液和禁食后好转，但一些患者需手术。

缺血性结肠炎可由供给大肠的动脉血流受阻所致。通常医生难以发现血流减少的原因，但是这种情况常见千患有心脏及血管疾病、做过大动脉手术以及血凝增加的患者。缺血性结肠炎常发病于60岁后。

血流阻断会损伤大肠壁的黏膜层。这种损伤可引起大肠内壁溃疡，导致出血。

临床表现与诊断

通常患者会有腹痛。疼痛常位于左侧，但可发生于腹部任何部位。患者常解稀便或伴有黑的血凝块。有时会解鲜血便。低热（常低于37. 7CC)很常见。

－医师根据患者疼痛与出血的症状会怀疑缺血性结肠炎，尤其是大于60岁者。对于缺血性结肠炎和急性肠系膜缺血的鉴别诊断非常重要，因为后者的部分肠道的血供完全而不可逆的被阻塞，因此更加危险。结肠镜可用于缺血性结肠炎与其他炎症性的鉴别，例如肠道感染和炎症性肠病。

诊断和治疗

缺血性结肠炎患者需住院治疗。首先，患者应禁食水，使肠道休息，同时静脉补足液体、电解质和营养物质。常给予抗生素预防感染。几日后，即可停用抗生素，并开始进食。大约所有缺血性结肠炎患者可在1~2周内好转和恢复。但当受阻肠段的血供很严重或长时间血流阻断，应手术切除受阻肠段。极少情况下，患者会明显好转，但是随后会在受累部位形成瘢痕，从而造成部位的梗阻，需要手术修复治疗。

-·一巳

｀

二~l.,

｀｀

第31节胃肠道急症 149

穿孔

任何空腔脏器都可能穿孔，使胃肠内容物释放，如不立即手术，会导致休克，甚至死亡。

症状包括突然出现剧烈胸腹痛或腹部触痛。

X线检查或CT可用于诊断。需急诊手术。

穿孔会使食物、消化液或肠内容物流入腹腔（如食

管穿孔，这些物质可能流入胸部）。这些物质很有刺激性，且含有细菌，会引起严重炎症和感染，如不治疗会致命。

峰

价

穿孔部位 '|I

儿

在消化道任何地方

＿引起消化道穿孔的原因

原 因

创伤

异物

'I' ．小

食道 1 1 剧烈呕吐

-—一屯医疗过程造成的损害

吞咽强腐蚀性物质岭

咋小肠（十二指肠） 消化性溃疡

吞咽强腐蚀性物质

肠道 111,,/,' 绞窄性肠梗阻

可能是急性阑尾炎、麦克尔憩室炎

称为布尔哈夫综合征 ..

通常是由食管镜、球夔扩张器，或探条（薄圆筒仪器）损伤的

典型的物质是电池酸或碱液

大约有三分之一的患者没有以前溃疡的症状

通常会影响胃而不是小肠

高风险：人们接受强的松或其他免疫抑制剂（可能症状不明

显）｀

陋梗恩、i．尸 ＇“lI'l1”



l,.

病因

病因取决于穿孔部位，但创伤会影响消化道任一部位。吞食的异物可能很容易被排出，但偶尔会卡住，导致穿孔。

临床表现

食管、胃和十二指肠穿孔会引起突发严重腹痛，可能放射到肩部。患者会有重症病容，心率加快，出汗，肌卫与板状腹。小肠及大肠穿孔时，可能出现在患者患有其他导致疼痛的疾病同期，有时会被隔离，症状常不够典

型，常被误诊。

任何类型的穿孔患者都会有恶心、呕吐和厌食。诊断与治疗

医师通常采用胸、腹部平片检查，显示从消化道泄漏出的气体，是穿孔的确诊方法。有时，需行CT检查确诊。

如诊断为穿孔，需急诊手术。术前，患者需静脉输液和抗生素。同样，需插入鼻胃管引流出胃液，以免胃液从穿孔处流出。

＿