

Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

## 十七、肝外胆管结石

1. 夏科氏 (Charcot) 三联征: 腹痛、寒战高热、黄疸。

记忆口诀: (1) 肝外胆管结石——阵发性绞痛并加剧。

(2) 肝内胆管结石——持续性闷胀痛。

(3) 胆道蛔虫——剑突下钻顶样疼痛。

2. 实验室检查

首选B超; 进一步检查看胆管有无扩张。

(1) 如果有梗阻有扩张选PTC(经皮肝穿刺胆道造影)。

(2) 如果没有梗阻和扩张选MRCP(核磁胰胆管造影)、ERCP

(经内镜逆行胰管造影); 但用ERCP容易诱发胆管炎和胰腺炎。

3. 治疗

(1) 首选——胆总管切开放石加T管引流术(术后10~14天拔管)。

(2) 如果引流量大——下段梗阻; 如果引流量小——上段梗阻。

(3) 如果胆总管远端嵌顿——首选奥狄括约肌切开。

(4) 如果胆总管远端有狭窄——首选胆肠吻合术。

(5) 如果胆总管狭窄, 但无法吻合, 如泥沙样结石——首选R-Y吻合术。

## 十八、急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)

1. 病因——胆管结石

2. 临床表现

题眼:

夏科三联征“痛、热、黄”+休克或者中枢神经系统改变(昏迷)=雷诺五联征(Reynolds)

→ AOSC。

肝外胆管结石患者“痛、热、黄”+体温 $39^{\circ}\text{C}$ 或白细胞 $20 \times 10^9/\text{L}$  → AOSC。

3. 实验室检查

首选——B超。

4. 治疗

积极抗休克, 同时胆总管切开减压T管引流术(引流14天); 最为关键的治疗——紧急手术, 胆总管开减压, 解除梗阻。

腹痛特点总结:

(1) 肝内胆管结石——(肝下缘以上胆管结石)持续性闷胀痛(好发右后叶、右外叶)。

(2) 肝外胆管结石——夏科三联征。

(3) 胆道蛔虫——钻顶样疼痛。

(4) 急性梗阻性化脓性胆管炎——雷诺五联征。

(5) 胆囊结石——阵发性右上腹绞痛向右肩部放射。

(6) 胆囊炎——阵发性右上腹绞痛向右肩部放射+墨菲征阳性+发热。

## 十九、胆管癌 (助理不考)

### 1. 分类

(1) 上段胆管癌 (肝门部胆管癌) 最常见。

(2) 中下段胆管癌。

### 2. 典型表现

(1) 上段胆管癌 (肝门部胆管癌): 进行性加重的黄疸 + 肝脏增大 + 胆囊不肿大。

(2) 中下段胆管癌: 进行性加重的黄疸 + 肝脏增大 + 胆囊肿大 (无压痛)。

	黄疸特点	胆囊情况
肝门部胆管癌	黄疸出现早	胆囊不肿大
胆管癌	黄疸出现早	胆囊明显肿大
胰头癌	黄疸出现晚	胆囊明显肿大
壶腹周围癌	波动性黄疸	

### 3. 实验室检查

首选B超, 进一步检查和设计治疗方案用 ERCP。

### 4. 治疗——手术

## 二十、胰腺炎

### 1. 发病机制

急性胰腺炎是指胰腺及其周围组织被胰蛋白酶自身消化的化学性炎症。

酶	功能	记诀	做题技巧
脂肪酶	使胰腺脂肪坏死	脂肪对脂肪	看到脂肪坏死, 就选脂肪酶
激肽酶	使血管扩张和血管壁通透性增加、休克	休克大扩张	看到微循环扩张和休克, 就选激肽酶
磷脂酶A	使胰腺溶血、坏死	溶血死淋淋	看到溶血, 就选磷脂酶
弹力蛋白酶	使胰腺出血、血栓形成	出血弹力栓	看到血栓, 就选弹力蛋白酶

### 2. 病因

最常见病因——胆道疾病, 胆石症; 暴饮暴食, 饮酒 (国外); 高血脂、高血钙; 药物作用。

#### 总结:

(1) 引起胰腺炎的药物——留 (硫唑嘌呤) 神 (肾上腺糖皮质激素) 泰 (噻嗪类) 始 (四环素) 皇 (磺胺)。

(2) 胆道结石堵住胰管开口 → 管压力升高 → 破裂胰液外溢 → 最先激活胰蛋白酶原 → 胰腺自身消化——发病机制。

### 3. 病理改变

胰腺自身消化, 出现充血水肿, 出血坏死。

(1) 急性水肿型——只是出现充血水肿; 症状轻, 保守治疗即可。

(2) 出血坏死型——出现出血坏死, 病情重。

Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

## 4. 临床表现

(1) 水肿型: 只有腹痛, 其他症状不明显。

(2) 出血坏死型: 左上腹、中上腹痛, 向腰背部放射; 呕吐后疼痛不减轻; 弯腰、屈位腹痛可减轻(典型题眼)。

(记忆口诀: 呕吐后疼痛减轻的是肠梗阻、幽门梗阻)

## 5. 典型体征(出血坏死型)

(1) Grey-Turner 征——两侧腰部、肋腹部皮肤青紫。

(2) Cullen 征——脐周皮肤青紫, 分泌脂肪酶, 与钙结合形成钙皂斑。

## 6. 并发症

(1) 胰腺脓肿——病后 2~3 周发生, 有发热。

(2) 胰腺假性囊肿——病后 3~4 周发生, 无发热。

## 7. 实验室检查

(1) 首选检查——血清淀粉酶,  $> 500\text{U/dl}$  或者超过正常上限 3 倍可以确诊。发病 2~12 h 开始升高, 24h 达到高峰, 48h 开始下降, 持续 3~5 天。血清淀粉酶升高的幅度与疾病严重程度不成正比。

记忆口诀: 一到周末晚上就兴奋, 从 2 点开始睡, 睡到 12 点才起床, 睡蒙了能睡 24 小时, 可惜周末才 2 天, 真想睡他个 3~5 天。

半天升高、1 天高峰、2 天下降、3~5 天正常。

(2) 血清脂肪酶  $>$  正常值上限 3 倍可确诊。24 h 开始升高, 持续 7~10 天, 最晚出现, 用于就诊比较晚的患者。(3) 尿淀粉酶正常值为  $100\sim 330\text{U/L}$ , 12~14 小时开始升高。

(4) 影像学检查首选——CT, 确诊——增强 CT。

(5) 预后指标: 血钙低于  $1.87\text{ mmol/L}$  提示预后不良, 是诊断胰腺炎出血坏死最特异的指标。血糖升高  $> 11.1\text{ mmol/L}$  也提示预后不良。

## 8. 治疗

(1) 禁食, 胃肠减压, 补液, 抗休克。

(2) 抑制胰液分泌——首选生长抑素(奥曲肽)。

(3) 镇痛治疗: 病情严重患者禁用哌替啶镇痛治疗, 易掩盖病情, 对预后不利; 如果病情不重, 但疼痛明显的, 需要镇痛, 绝对禁用吗啡, 吗啡会引起奥狄括约肌痉挛反流, 加重病情。病情严重程度与淀粉酶高低不成正比。

(4) 抗感染治疗: 选择对胰腺渗透好的药物, 常用亚胺培南、喹诺酮类。

(5) 纠正电解质紊乱: 易出现高血钾, 正常  $3.5\sim 5.5\text{ mmol/L}$ , 只要  $> 6.5\text{ mmol/L}$  是绝对透析指征。

(6) 抑制胰酶活性——首选抑素肽酶。

(7) 内科无效选择手术治疗——清除胰腺坏死组织并加引流。

## 二十一、两大壶腹部(胰腺区)肿瘤

## (一) 胰头癌

## 1. 最常见病理类型

导管细胞癌。

## 2. 临床表现

- (1) 首发表现——中上腹疼痛不适。  
 (2) 最主要表现——进行性加重的黄疸。  
 (3) 出现消瘦。

## 3. 重要体征

- (1) 胰头癌和中下段胆管癌——腹部包块(无痛光滑可推动的肿大胆囊)即库瓦济埃(Courvoisier)征。  
 (2) 胰头癌由于早期症状出现特别晚,是预后差的主要原因。

## 记忆口诀:

胆囊增大 + 无压痛 → 库瓦济埃征。

题目中如出现 CA19-9 ↑ → 胰头癌。

胰岛细胞瘤——好发胰尾、胰体、胰头。

胰腺癌——好发胰头、胰体、胰尾。

## 4. 实验室检查

首选——CT; 确诊——增强 CT 或活检; CA19-9 增高。

## 5. 治疗

胰头癌病灶直接浸润转移特别快,故手术切除率低,预后差。

## (二) 壶腹周围癌

典型表现波动性黄疸。

## 总结:

只要胰腺区壶腹部占位只考虑——胰头癌和壶腹周围癌(根据题目再具体选择)。

梗阻性黄疸——尿胆原阴性(胆汁+肠道=尿胆原)、胆红素阳性。

肝细胞性黄疸——尿胆原阳性、尿胆红素阳性。

分类	部位	临床表现
胆管癌	上段胆管癌(肝门部)	黄疸出现早,进行性加重,胆囊不肿大
	下段胆管癌	黄疸出现晚,进行性加重,胆囊明显肿大
胰头癌	中上腹疼+黄疸(出现晚,进行性加重)+无痛肿大胆囊、反3征	
壶腹周围癌	壶腹癌	黄疸出现早,可呈波动性
	胆总管下段癌	黄疸出现早,进行性加重
	十二指肠腺癌	黄疸出现晚,黄疸不深、进展较慢

## 二十二、肠道疾病(克罗恩病、溃疡性结肠炎)

## 执考好发部位总结:

克罗恩病——回肠末端; 溃疡性结肠炎——直肠、乙状结肠。

肠结核——回盲部; 结肠癌——乙状结肠。

## (一) 克罗恩(Crohn)病(助理不考)

记忆口诀: “感恩节不干活(非干酪样)回(回肠末端)家过节(节段性分布)”。

## 1. 发病机制

自身免疫。



Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

2. 好发部位

回肠末端(最常见), 从口腔到直肠均可累及。

3. 分布特点

节段性全层累及、跳跃性分布, 容易发生瘘管。

4. 临床表现

(1) 最常见——右下腹痛、腹泻。

(2) 黏液糊状便, 一般无脓血便。

5. 并发症

(1) 最常见的并发症——肠梗阻。

(2) 最特异的并发症——形成瘘管。

6. 实验室检查

(1) 确诊——结肠镜: 可见非干酪性肉芽肿, 裂隙状纵行溃疡, 鹅卵石、铺路石, 匍形沟槽样; 以上出现任意一条即可诊断克罗恩病。

(2) X线——线样征。

7. 治疗(同溃疡性结肠炎)

(1) 轻中型: 首选药物——水杨酸类的柳氮磺吡啶/美沙拉嗪。

(2) 重型或出现发热、严重感染等表现——首选糖皮质激素; 激素无效可加用免疫抑制剂甲氨蝶呤或硫唑嘌呤。

(3) 如果出现梗阻、癌变——选择手术治疗。

(二) 溃疡性结肠炎

1. 发病原因

自身免疫和遗传因素。

2. 好发部位

直肠、乙状结肠。

3. 分布特点

连续性分布的浅溃疡——累及黏膜及黏膜下层, 不易形成瘘管。

分型: ①初发型。 ②慢性复发型, 最常见。

③慢性持续型。 ④急性暴发型。

4. 临床表现

(1) 左下腹痛, 腹泻, 腹痛伴里急后重, 疼痛——便意——便后缓解。

(2) 黏液脓血便。

(3) 抗生素无效。

腹泻分为3种轻型: <4次/d; 中型: 4~5次/d; 重型: ≥6次/d。

5. 实验室检查

(1) 确诊——结肠镜: 浅溃疡, 肠黏膜呈颗粒状, 常伴有隐窝脓肿。

(2) X线——呈铅管状。

## 6. 并发症

## 1) 中毒性巨结肠

最严重并发症，特别少见；好发部位——横结肠。

(1) 中毒性巨结肠临床表现：病情加重、毒血症明显，腹部出现压痛，肠鸣音消失。

(2) 3大诱因——低钾、钡剂灌肠、使用抗胆碱药物或者阿片受体（抑制肠蠕动）。

(3) X线——结肠扩大、结肠袋消失（如果出现结肠袋消失一定是中毒性巨结肠）。

2) 出血、穿孔、癌变，绝对不会有瘘管

## 7. 治疗

(1) 同克罗恩病。

(2) 如果白细胞升高，血沉升高，C反应蛋白升高——提示溃疡性结肠炎处于活动期。

(3) 最主要为药物治疗，只有出现梗阻、癌变、穿孔、脓肿等才手术。暴发性溃疡性结肠炎（重型）——糖皮质激素。

## 总结：

(1) 黏液脓血便——发生在中老年→肠道恶性肿瘤，发生在年轻人→若大便镜检白细胞 $> 10$ 个为菌痢；若大便镜检白细胞 $< 10$ 个则为溃疡性结肠炎。

(2) 克罗恩病——回肠末端X线：线样征。

(3) 溃疡性结肠炎——直肠、乙状结肠，X线：铅管征。

(4) 肠结核——回盲部，X线：跳跃征，溃疡与肠道垂直。

(5) 肠伤寒——回肠下段，溃疡与肠道平行。

(6) 结肠癌——乙状结肠、结肠。

(7) 细菌性痢疾——直肠、乙状结肠，溃疡呈地图状。

(8) 阿米巴痢疾——溃疡呈烧瓶状。

## 二十三、肠易激综合征（IBS）（助理不考）

(1) 功能性疾病，没有任何器质病变。

(2) 临床表现：腹痛腹泻，部位不定，腹痛特点：疼痛——排便——缓解。绝无黏液脓血便！检查一切正常，精神紧张可以使症状加重。

【只要看到腹痛、腹泻，检查所有都正常——肠易激综合征。】

(3) 确诊：靠结肠镜排除诊断。

(4) 治疗：对症治疗。

缓解腹痛药——匹维溴铵（解痉药）。

## 二十四、肠梗阻

## 1. 病因

(1) 最常见——肠管受压（肠粘连）。

(2) 肠道堵塞（粪块、肿瘤、异物、蛔虫）。

Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

2. 分类

(1) 按病因分类。

分类	病因	再分类	腹痛特点
机械性(最常见的类型)	与解剖结构、异物堵塞有关	分为肠腔梗阻、 <b>肠腔粘连(最常见)</b> 、 <b>肠管本身病变</b>	阵发性绞痛
动力性	肌肉、神经导致的肠道蠕动障碍	分为: 最常见— <b>麻痹性(低钾, 常见于腹膜后血肿、腹膜炎)</b> 、 <b>痉挛性(铅中毒)</b>	持续性胀痛

(2) 按有无血运障碍分类——肠梗阻最重要的诊断。

分类	腹痛	呕吐物	腹膜刺激征	肠鸣音	X线
单纯性	阵发性绞痛	消化液	无	亢进	气液平面
绞窄性	持续剧痛	血性液	腹部不对称隆起有严重腹膜刺激征	减弱	孤立肿大的肠袢, 不随时间而改变, 位置固定不变

(3) 按梗阻部位分类。

分类	部位	临床特点	X线
高位	空肠以上	呕吐明显, 腹胀不明显	鱼刺骨状改变
低位	回肠以下	腹胀明显, 呕吐不多, 呕吐有粪臭味; 腹部膨隆	阶梯状液平

(4) 按梗阻程度分类。

分类	特点
急性完全性梗阻	完全不排气、排便
慢性不完全性梗阻	有少量排气、排便

(5) 特殊类型肠梗阻。

特殊	好发人群	伴随表现	X线	治疗
小肠扭转	青壮年	饱餐或剧烈运动后发生, 腹胀、腹痛、肠鸣音减弱		扭转复位及时手术
乙状结肠扭转	老年男性	多发生于便秘老人(记忆: <b>老人骑马遛鸟</b> )	鸟嘴征 马蹄状	扭转复位及时手术
小儿肠梗阻(肠套叠)	2岁以内小儿	常表现为绞窄性; 腹痛、血便、腹部腊肠样包块(血便多为 <b>果酱样</b> )	杯口状 弹簧状	< 48h 空气钡剂灌肠 > 48h 或出现血运障碍则必须手术

**【题眼: 肠扭转多为机械性肠梗阻, 极易出现血运障碍。】**

3. 临床表现

(1) **痛、吐、胀、闭。**

(2) **酸碱失衡: 低钾低氯性碱中毒**(高位梗阻——空肠), 表现为四肢无力、ST段低平, 无皮肤发白。

代谢性酸中毒(低位梗阻——回肠)。

(3) 肠梗阻最主要的病理改变是**急性体液丢失——休克**。

4. 实验室检查

**首选检查——立位腹部平片——气液平面。**

## 5. 治疗

(1) 禁食，胃肠减压，纠正电解质平衡。

(2) 出现持续剧烈全腹痛、不对称腹胀、呕吐带血的液体，必定是绞窄性肠梗阻，必须手术治疗，其他均保守治疗。

## 二十五、结肠癌

## 1. 病因

①绒毛状腺瘤；②家族性腺瘤、息肉；③溃疡性结肠炎。

## 2. 好发部位

乙状结肠。

## 3. 分类

(1) 溃疡型——多见左半结肠，最常见的病理类型。

(2) 肿块隆起型——多见右半结肠、主要是盲肠和升结肠，以贫血消瘦腹部包块等全身表现为主。

(3) 浸润型——多见左半结肠，主要是降结肠，以腹泻便秘等局部表现为主。

记忆口诀：左边掉进一个水坑，右边爬上一个土埂。

## 4. 临床表现

(1) 早期：排便习惯和粪便性状的变化，出现腹泻，便秘相交替。

(2) 腹痛特点：持续性隐痛。

(3) 右半结肠（盲、升结肠）——以消瘦、贫血，腹部肿块等全身表现为主。

(4) 左半结肠（降结肠）——以肠梗阻、腹泻、便秘等局部表现为主。

## 5. 实验室检查

首选——结肠镜活检；CEA——协助诊断，判断预后，45%患者CEA高于正常。

判断有无转移和浸润——CT。

## 6. 病理分期

原来的Dukes分期分ABCD4期，已删除，现在改为了TNM分期。

	T (肿瘤大小)	N (淋巴结转移)	M (远处转移)
黏膜下	T <sub>1</sub>	无淋巴结转移为N <sub>0</sub>	无远处转移为M <sub>0</sub>
肌层	T <sub>2</sub>	1~3个区域淋巴结转移为N <sub>1</sub>	有远处转移为M <sub>1</sub>
浆膜层	T <sub>3</sub>	4个区域淋巴结转移为N <sub>2</sub>	
广泛转移	T <sub>4</sub>		

T<sub>0</sub>——无肿瘤      T<sub>is</sub>——原位癌

I期患者5年生存率为93%，II期为80%，III期为60%，IV期为8%。

记忆口诀：结肠癌0I2，黏膜、黏膜下、肌层(A0 A1 A2)，BC穿壁后淋转，C1肠壁C2系；A期分为0I2期，腹膜广泛转移D。

## 7. 转移

主要是淋巴转移——结肠壁。

血行转移——最常见肝、肺、骨。

Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

8. 治疗

- (1) 首选手术治疗——结肠癌根治术。
- (2) 右半结肠切除术——切除盲、升、结肠肝曲；左半结肠切除术——切除结肠脾曲、降结肠。
- (3) 如果合并有肠梗阻——必须先结肠造口，择期手术。
- (4) 术前最重要的准备——肠道准备：术前2~3天流食，术前1晚要灌肠。
- (5) 化疗——氟尿嘧啶(5-FU)；结肠癌术后5年生存率：A期80%，B期65%，C期30%。

二十六、肠结核(助理不考)

1. 好发部位

回盲部，经口感染。

2. 临床表现

结核中毒症状(低热盗汗、消瘦、乏力——好发于中青年)，右下腹痛，腹泻便秘相交替，无里急后重无脓血。

3. 分类

分类	特点和表现
溃疡型肠结核	呈带状，溃疡长轴与肠道长轴垂直，以腹泻为主
增生型肠结核	局限于盲肠，有大量肉芽组织增生，易梗阻便秘

总结：

- (1) 口小体大的烧瓶状——阿米巴痢疾。
- (2) 肠道不规则的地图样——细菌性痢疾。
- (3) 火山口状——宫颈癌。
- (4) 肠伤寒长径与肠长轴平行。
- (5) 肠结核长径与肠长轴垂直。
- (6) 腹泻便秘相交替 + 贫血 + 肿块 = 结肠癌。
- (7) 腹泻便秘相交替 + 无贫血肿块 + 年轻人 = 肠结核。
- (8) 腹泻便秘相交替 + 检查一切正常 = 肠易激综合征。

4. 实验室检查

确诊靠结肠镜——干酪样肉芽肿；X线——典型跳跃征。

记忆口诀：①病变在回肠末端——克罗恩病；②病变在回盲部——肠结核；③题目没给病变位置——首选肠结核。

5. 治疗

抗结核——HRS，疗程6~9个月。

治疗原则：早(早期)恋(联合)适(适量)规(规律)劝(全程)。

二十七、结直肠息肉(助理不考)

1. 发病部位

最常见：乙状结肠、直肠。



## 2. 病理

主要来自腺瘤性息肉，最常见——管状腺瘤 最易恶变——绒毛状腺瘤。

小儿息肉最常见——错构瘤性息肉（也是小儿便血最常见的原因）。

炎性息肉——克罗恩病、溃疡性结肠炎可见。

## 3. 结直肠息肉病

息肉 > 100 颗，其中**家族性结直肠息肉病**，婴儿期正常，青春期始出现息肉，近乎 100% 癌变，必须开腹进行直肠或结肠根治术。

## 4. 治疗

(1) 直肠高位带蒂的息肉——首选内镜下电灼术。

(2) 直肠低位息肉——扩肛，经肛门切除。

(3) 直肠息肉 > 2cm 必须开腹手术。

## 5. 确诊

**内镜检查活检。**

## 二十八、阑尾炎

## 1. 解剖

(1) 位置：最常见位置——回肠前位；最易误诊——盲肠后位（疼痛在右侧腰部）。

(2) 血供：**阑尾动脉是无侧支的终末枝（来源于回结肠动脉），一旦发生血运障碍，极易发生缺血坏死。**

(3) 神经：阑尾神经由交感神经腹腔丛和内脏小神经构成，传入脊髓节段在胸 10、11 节（支配脐周区域），所以**阑尾发病最早的疼痛在脐周（牵涉痛）。**

(4) 静脉：阑尾静脉回流到门静脉——导致门静脉炎、肝脓肿等。

## 2. 病因

阑尾腔堵塞——主要是**淋巴滤泡增生堵塞**占 60%，其次是粪石、肿瘤的堵塞。

## 3. 阑尾类癌

因为阑尾根部有嗜银细胞，易发生类癌。

## 4. 临床表现

(1) 最早的表现：**脐周痛，为牵涉痛。**

(2) 最典型表现：**转移性右下腹痛**（是炎症刺激了壁腹膜所导致），无明显诱因。

(3) 如果出现黄疸——提示并发了门静脉炎。

**注意：阑尾炎 + 黄疸 = 门静脉炎。**

## 5. 重要体征

(1) **最重要的体征——麦氏点压痛**（压痛是固定的，不转移）。

(2) 结肠充气试验（Rovsing 征）：仰卧位，手按降结肠，引起右下腹疼痛就阳性——协助诊断。

(3) 腰大肌试验（Psoas 征）：左侧卧位，右腿后伸，引起疼痛，提示阑尾靠近腰大肌前方，盲肠后位——判断位置。

(4) 闭孔内肌试验（Obturator 征）：仰卧，右髋右大腿屈曲，内旋转，右下腹痛，提示

Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

阑尾靠近闭孔内肌，位置较低，属于盆位阑尾。

### 6. 并发症

(1) 阑尾周围脓肿——最常见，必须先穿刺引流，待3个月后再择期手术；如引流不畅，易形成内外漏。

(2) 阑尾穿孔导致局限性腹膜炎——较常见。

(3) 黄疸——最严重，一定是合并了门静脉炎。

### 7. 治疗

首选——手术切除阑尾。

(1) 手术后最常见并发症——切口感染；如果未切除干净——形成阑尾残端，必须结扎包埋（因为超过1cm的残端极易感染阑尾残株炎）。

(2) 术后最严重并发症——腹腔内出血。

(3) 如果术后出现里急后重、下坠感——提示并发了盆腔脓肿，首选直肠指诊，已婚女性可后穹窿穿刺。

### 8. 术后切口愈合

#### (1) 切口

I类切口——无菌切口（甲状腺、乳腺）。

II类切口——可能污染的切口，绝无化脓（上消化道）。

III类切口——已经污染的切口（各种化脓、梗阻、穿孔、下消化道）。

#### (2) 愈合

甲级愈合——愈合好，无任何不良反应。

乙级愈合——有表现，绝无化脓。

丙级愈合——仍然化脓。

### 9. 特殊类型阑尾炎

(1) 老人、小孩患阑尾炎时，临床表现非常不明显，预后非常差。

(2) 儿童阑尾炎最易穿孔，最易形成腹膜炎。

(3) 孕妇阑尾炎，孕子宫增大把阑尾和腹前壁分开疼痛就不明显，手术时切口位置要偏高。

### 10. 慢性阑尾炎

X线钡剂灌肠出现阑尾不显影或不充盈或72小时后仍有钡剂残留；治疗——择期手术。

## 二十九、直肠肛管疾病

### 1. 解剖（助理不考）

(1) 直肠——长度12~15cm；肛管——长度1.5~2cm；直肠肛管——16cm左右；分界线：齿状线、腹膜反折处。

(2) 齿状线：直肠肛管的分界。

	构成	神经		静脉回流	淋巴回流	动脉
齿状线以上	柱状上皮黏膜（内痔）	内脏神经，对痛觉不敏感，对牵拉敏感	无痛	直肠上静脉（痔上静脉） 回流到门静脉	回流到髂内淋巴结	直肠上下动脉供血

续表

	构成	神经		静脉回流	淋巴回流	动脉
齿状 线下	鳞状上皮 肤(外痔)	躯体、阴部内神经, 对痛觉敏感	痛	直肠下静脉、肛管静脉 回流到下腔静脉	回流到髂外 淋巴结	肛管动脉 供血

## 2. 检查方法

**最常用——直肠指诊**，肛裂除外。

70%左右的直肠癌通过直肠指诊可以发现，但误诊中未行直肠指诊检查的占85%，发现早期直肠癌最有效的检查方法——镜检。

直肠癌筛查的首选方法是——大便潜血试验也是普查首选。

## 3. 检查体位

**注意：无右侧卧位！**

(1) 左侧卧位——直肠指诊和结肠镜常用体位，病重、年老体弱。

(2) 胸膝位——检查直肠肛管常用的体位。

(3) 截石位——直肠肛管手术常用体位。

(4) 蹲位——检查内痔、脱肛、息肉常用。

(5) 弯腰前俯位——检查肛裂，肛门视诊常用体位。

## (一) 肛裂

## 1. 定义

齿状线下肛管皮肤全层裂伤；好发于青年男性。

## 2. 典型表现

(1) **肛裂三联征：前(前哨痔)列(肛裂)腺肥大(乳头肥大)。**

**记忆口诀：前列腺肥大。**

(2) 排便剧烈疼痛、便后鲜血(血少而疼)，疼痛有**间歇期**。

疼痛2次：①第一次疼痛：用力排便时刺激躯体神经——引起刀割样疼痛数分钟；②第二次疼痛：肛门括约肌痉挛收缩——再次剧痛数小时。

## 3. 好发部位

后正中位：**截石位6点和12点，胸膝位12点、6点。**

截石位和胸膝位换算：**截石位+6=胸膝位。**

## 4. 检查

**首选检查——肛门视诊**；禁止直肠指诊。

## 5. 治疗

对症治疗，常用坐浴、润便、扩肛。

## (二) 直肠肛管周围脓肿

(1) 直肠肛管周围有7个间隙。

(2) 其中以**肛门周围脓肿最常见，疼痛为主。**

(3) 坐骨肛管间隙脓肿：早期肛门周围正常，其疼痛为胀痛，且全身症状重。

(4) 治疗：当肛门指诊出现——**波动感**，深压痛——立即切开排脓，否则会引起肛痿。

手术切口应该距离肛缘3~5cm以免损伤括约肌。

Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

### (三) 肛瘘

(1) 病因: 肛周脓肿没有及时引流或脓肿切开术。

(2) 临床表现: 肛门周围有口、口中有分泌物(脓、血、分泌物)排出, 由内口(常位于肛窦)、瘘管、外口三部分组成。

(3) 诊断: 瘘管造影——发现有瘘管! 最关键先要找到内口; 直肠指诊——条索样固定肿物。

(4) 治疗: 最关键——首先要明确瘘管与括约肌的关系, 首选治疗——挂线疗法。

### (四) 痔

#### 1. 内痔

(1) 病因: 直肠上静脉的曲张。

(2) 临床表现: 无痛性、便后出血(血多而红), 可有肿物突出。

(3) 好发部位: 截石位(3、7、11点)。

(4) 治疗: 硬化剂注射治疗。

记忆口诀: 由痔分四度, 大小都不痛。

#### 2. 外痔

(1) 病因: 直肠下静脉的曲张。

(2) 临床表现: 有痛性(痛1次)、便后出血(污而红)+肿物突出。

(3) 血栓性外痔: 突出为紫色肿物(表现为肛周暗紫色长条圆形肿物, 表面皮肤水肿、质硬、压痛明显)。

(4) 治疗: 手术剥离。

### (五) 直肠癌

#### 1. 病理类型

最常见的是——腺癌(管状腺癌)。病性分期: 同结肠癌。

#### 2. 转移方式

(1) 淋巴转移——最常见的转移方式。

上段直肠癌——沿直肠上A向上转移。

下段直肠癌——向上方、向侧方转移。

(2) 血行转移——经过门静脉到肝, 经过髂静脉到肺。

(3) 直接浸润——直接浸润子宫、膀胱, 出现膀胱刺激征。

#### 3. 临床表现

(1) 直肠刺激症状——肛门下坠、里急后重、排便不尽。

(2) 大便变细、变形, 常以不完全性肠梗阻就诊。

(3) 便血(90%)——最典型最常见的症状, 便血也是直肠癌的警报症状。

#### 总结:

(1) 高危人群筛查——首选大便潜血试验。

(2) 最重要首选检查——直肠指诊。

(3) 确诊——内镜+活检。

(4) 检测预后和复发——CEA/GAI9-9。

(5) 年轻人肛门下坠、里急后重——盆腔脓肿。

(6) 中老年人便血+直肠刺激症状——直肠癌。

(7) 中老年人大便变细、变形——直接诊断直肠癌。

#### 4. 实验室检查

(1) 首选检查——直肠指诊。

(2) 确诊最有效——直肠镜活检（最严重并发症—直肠穿孔）。

(3) 筛查——大便潜血实验。

(4) 判断有无盆腔浸润转移——CT。

(5) 判断预后指标——CEA。

#### 5. 治疗

手术。5年生存率60%；早期手术：80%~90%。

手术方式选择取决于肿瘤距离肛门缘的距离，与病理分型无关。

分类	手术适应证	手术方法
经腹会阴联合直肠癌根治术 (Miles 手术)	距离肛门缘 < 7cm 的腹膜返折线以下的	切除全部直肠、肠系膜下动脉及其区域淋巴结、全直肠系膜、肛提肌、坐骨肛门窝内脂肪、肛管及肛周 3~5cm 的皮肤皮下及全部肛门括约肌，于左下腹永久性乙状结肠单腔造口
经腹腔直肠癌切除术 (Dixon 手术)	距齿状线 5cm 的高位结肠癌 (完全性肠梗阻禁 Dixon 手术)	是目前应用最多的直肠癌根治术；做根治性切除，且远端切缘距肿瘤下缘 2cm 以上切除肿块及其系膜，行乙状结肠-直肠远端对端吻合
Hartmann 手术	年老体弱、全身状况差，不能耐受 Miles 手术者，完全性肠梗阻不适宜 Dixon 手术者	经腹直肠癌切除，近端造口，远端封闭

以肛门为界——肿瘤距肛门缘距离 > 7cm 用 D 手术，< 7cm 用 M 手术。

以齿状线为界——肿瘤距齿状线 > 5cm 用 D 手术，< 5cm 用 M 手术。

以腹膜返折线为界——以上用 D 手术，以下用 M 手术。

如果肿瘤与盆壁底部固定——行姑息性结肠造口术。

### 三十、消化道大出血

#### 1. 定义

消化道出血 > 1000ml 为大出血，屈氏韧带为界分为上下消化道。

#### 2. 上消化道出血三大病因

(1) 消化性溃疡占 50% (最常见)。

(2) 肝硬化食管静脉曲张占 25% (快、猛、急)。

(3) 急性胃炎 (应激性溃疡)。

#### 3. 临床表现

呕血黑便，临床表现取决于出血的速度和量。

#### 4. 体征

肠鸣音亢进。

#### 5. 实验室检查

(1) 上消化道出血确诊——急诊胃镜；下消化道出血确诊——急诊肠镜。



Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

(2) 区分上下消化道出血——血尿素氮 BUN 升高  $> 8$  为上消化道出血，不高就是下消化道出血。

(3) 禁做检查——钡餐。

### 6. 治疗

**积极补液、补充血容量，抗休克**；Hb  $< 70g/L$ ，考虑输血；如果呕血不止，必须输血。

(1) 消化性溃疡、急性胃炎引起的出血：首选最佳治疗——静脉点滴 PPI，次选急诊胃镜止血；引起大出血——胃大切。

(2) 肝硬化食管静脉曲张。

**首选——急症胃镜止血。**

**次选——三腔二囊管——最有效、最紧急或反复大出血的止血措施。**

**药物：生长抑素奥曲肽或者血管升压素（高血压、冠心病禁用）。**

## 三十一、腹膜炎

### 1. 腹膜解剖（腹膜没腺体）（助理不考）

(1) 壁腹膜——体神经支配——对痛觉敏感。

脏腹膜——交感神经、迷走神经支配——对牵拉敏感。

(2) 脏腹膜和壁腹膜之间为腹膜腔，有 75~100ml 液体，起润滑作用；是双向性的半透膜，面积与人体表面积大致相等，由间皮细胞组成。

(3) 能够分泌淋巴细胞、巨噬细胞，能吸收血液、积液、毒素，能防御外敌入侵，能自身修复，一定无免疫功能。

### 2. 急性化脓性腹膜炎分类

分类	致病菌	病因	特点	好发人群
原发性腹膜炎 (自发性)	肺炎球菌、溶血性链球菌	无明确病因（除肝硬化大肠杆菌引起的）	肝硬化腹水属于原发	儿童
继发性腹膜炎 (最常见)	大肠埃希菌最多见	阑尾、胃肠道穿孔最常见	症状中毒性强是因为混合感染	

### 3. 继发性腹膜炎临床表现

(1) **最主要表现——持续性剧烈全腹痛，严重腹膜刺激征。腹痛在原发部位最为显著。**

(2) 患者出现**腹胀——说明病情严重。**

(3) 肠鸣音**减弱或消失。**

### 4. 实验室检查

**“金标准”/确诊——诊断性腹腔穿刺；有穿孔的——首选立位腹部平片。**

### 5. 治疗

(1) 体位：半卧位（引流液体到盆腔，减少毒素吸收）。

(2) 抗生素治疗：针对致病菌选用敏感抗生素，如第 3 代头孢或喹诺酮类。

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

(4) 腹膜炎出现休克：立即手术探查。

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

冲洗。

#### 6. 并发症

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

有手术史、腹膜炎史的膈肌抬高——膈下脓肿。

##### 1) 膈下脓肿

必须有腹膜炎病史或腹部手术史。

临床表现：发热、上腹痛，呼吸活动受限或减弱。

X线——膈肌抬高，肝浊音界扩大。

治疗——经皮穿刺置管引流，必须负压吸引，防止脓液进入腹腔加重感染。

##### 2) 盆腔脓肿

中毒症状轻，里急后重，下坠感。

首选检查——直肠指诊。

治疗：脓肿较大一切开引流；已婚妇女——后穹隆穿刺引流；抗炎用三代头孢！

#### 结核性腹膜炎

##### 1. 病因

结核杆菌弥漫性感染，起病缓慢。

##### 2. 感染途径

主要是腹腔结核病灶直接蔓延，继发于肠结核。

##### 3. 好发

青年女性，男：女=1：2。

##### 4. 分型

(1) 粘连型——最常见，形成腹部肿块，常导致肠梗阻。

(2) 渗出型——可见腹水渗出。

(3) 干酪型——最严重，干酪性坏死，形成瘘管。

##### 5. 临床表现

(1) 结核中毒症状——低热、盗汗、消瘦、乏力。

(2) 腹痛、腹水、腹部肿块。

(3) 腹壁柔韧感——揉面感（特征性描述）。

##### 总结：

(1) 低热、盗汗 + 腹水 = 结核性腹膜炎。

(2) 低热、盗汗 + 腹部肿块 = 结核性腹膜炎。

#### 6. 并发症

粘连型最常见——肠梗阻；可以发生喷射性呕吐。

#### 7. 实验室检查

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

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

Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

不能确诊。

(3) **确诊 / 最有价值的——腹腔镜腹膜活检。**

### 8. 治疗

(1) 首选抗结核；如果病情严重可加用糖皮质激素。

(2) 4种抗结核药合用。

## 三十二、腹外疝

### 1. 解剖 (助理不考)

(1) **腹股沟区**：是前外下腹壁一个三角形区域，其下界为腹股沟韧带、内界为腹直肌外侧缘、上界为髂前上棘到腹直肌外侧缘的一条水平线。

(2) **腹股沟疝**——就指发生在这个区域的腹外疝。

(3) **腹股沟斜疝**：疝囊经腹股沟管深环突出，向内、下、前斜行经腹股沟管，穿出浅环，可进入阴囊；  
按住内口，肿块消失——腹股沟斜疝最特异表现。

(4) **腹股沟直疝**：疝囊经腹壁下动脉内侧的直疝三角区直接由后向前突出，不经深环，不进入阴囊。

### 2. 腹股沟管与股管的解剖区别

腹股沟管长 4~5cm		股管长 1~1.5cm	
两口	内口：深环——腹横筋膜 外口：浅环（皮下环）——腹外斜肌筋膜	两口	上口：股环 下口：卵圆窝
四壁	前壁——腹外斜肌腱膜 后壁——腹横筋膜 上壁——腹内斜肌、腹横肌筋膜 下壁——腹股沟韧带、隐窝韧带 <b>(记忆口诀：内后横，外前斜，全是膜，上壁是肌肉，下壁是韧带)</b>	四缘	前缘——腹股沟韧带 后缘——耻骨梳韧带 内缘——腔隙韧带 外缘——股静脉 大隐静脉走行于股管下口

**深环 / 内口**：位于腹股沟韧带（连于髂前上棘与耻骨结节之间）中点上方 1.5~2cm 处。

**按住内口，肿块是否消失——鉴别直疝和斜疝的最佳方法（斜疝消失、直疝不消失）。**

### 3. 海氏三角（直疝三角）

**由腹股沟韧带、腹壁下动脉、腹直肌外缘共同组成，从此突出的疝叫腹股沟直疝。**

#### (一) 斜疝

#### 记忆口诀：

**梨形斜疝青年见，下降阴囊较常见，手按内环块不见，嵌顿多多疝囊前（容易嵌顿的是斜疝，疝囊在精索前面），囊颈总在腹下外（疝囊颈在腹壁下动脉外侧的是斜疝），手术先寻找精索——斜疝；精索在前——直疝）。**

#### 1. 发病人群

小儿，年轻人好发，占全部腹外疝的 75%~90%，男性占绝大多数。

#### 2. 发病原因

**先天解剖异常**：腹内压高、先天腹部发育薄弱、腹膜鞘突闭锁不全。

**后天因素**：腹横筋膜、腹横肌、腹内斜肌发育不全。

## 3. 疝分类

分类	内容物及特点
易复性疝	疝内容物容易回纳腹腔, 内容物为小肠
难复性疝	疝内容物不能完全回纳腹腔, 内容物为大网膜
滑动性疝 (属于难复性疝)	疝的内容物成为疝囊壁的一部分, 左侧——乙状结肠、膀胱 右侧——盲肠、阑尾
嵌顿性疝	无血运障碍
绞窄性疝	有血运障碍, Richter 疝: 系膜对侧的肠壁和肠管; Littre 疝: Meckel 憩室 (小肠憩室)

## 4. 斜疝、直疝、股疝的鉴别

	腹股沟斜疝	腹股沟直疝	股疝
发病年龄	小孩最常见	老年	40 岁以上妇女
突出途径	经腹股沟管突出	由直疝三角突出	经股管突出
易下降进入阴囊	可进入	绝不进入	绝不进入
疝块外形	梨形, 有蒂	半球形、基底较宽	半球形, 位于卵圆窝
回纳疝块后压住内环	肿物消失	肿物不消失	仍可突出
疝囊与精索的关系	精索在疝囊后方	精索在疝囊前外方	—
疝囊颈与腹壁下动脉关系	疝囊颈在腹壁下动脉外侧	疝囊颈在腹壁下动脉内侧	—
嵌顿机会	较多	极少	最易嵌顿 (占 60%)

## 5. 治疗

(1) 1 岁以下不治疗, 观察即可。

(2) 1~3 岁的疝、严重感染绞窄坏死的疝——只做单纯疝囊高位结扎术。

(3) 只嵌顿, 无血运障碍, 可试行手法复位; 一旦发生绞窄, 必须手术探查, 做肠切除吻合术。

(4) 最主要的: 疝修补术。

术式	加强部位	手术方法	适用证
Ferguson 法	加强前壁	在精索前方将腹内斜肌和联合腱缝到腹股沟韧带上	腹横筋膜无显著缺损后壁健全的斜疝、一般直疝
Bassini 法	加强后壁	在精索后把腹内斜肌和联合腱缝到腹股沟韧带上	腹横筋膜松弛、腹股沟管薄弱者, 临床应用最多
Halsed 法	加强后壁	与 Bassini 法相似, 但把腹外斜肌腱膜也在精索后方缝合到腹股沟韧带	腹横筋膜松弛、腹股沟管薄弱者
Shouldice 法	加强腹横筋膜	重点修补内环及腹横筋膜	较大的成人腹股沟斜疝、直疝
McVay 法	加强后壁	在精索后把腹内斜肌和联合腱缝到耻骨梳韧带上	年老体弱、后壁严重薄弱和股疝的首选

## (二) 股疝

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

记忆口诀:

(1) 只要看到小孩有疝——腹股沟斜疝。



Date. \_\_\_\_\_ Weather. \_\_\_\_\_

(2) 只要看到中老年男人有疝——**腹股沟直疝**。

(3) 只要看到中年妇女有疝——**股疝**。

(4) 最易嵌顿的疝——**股疝**，次选斜疝。

(5) 只要看到题目女性腹股沟下方有一隆起肿块——**直接诊断股疝**。

女性卵圆窝有一隆起肿块——**直接诊断股疝**。

**股疝治疗首选——McVay法。**

### 三十三、腹部闭合性损伤

前提：外伤史

#### 1. 分类及检查

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

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

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

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

观察期间不能随便搬动伤者以免加重；不能止痛，以免掩盖病情；不能进食。

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

#### 2. 治疗——**积极抗休克并同时手术治疗**

(1) 先处理出血性，再处理穿孔性。

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

(3) 严重腹胀的患者——**严禁腹穿**；病因不明的患者——**禁忌吗啡**。

探查顺序	肝脾→膈肌、胆囊→胃→十二指肠第一段→空回肠→大肠及其系膜→盆腔脏器→胃后壁和胰腺→必要时探查十二指肠第2、3、4段
处理顺序	出血性损伤→穿孔性损伤：结肠→回肠→空肠→胃

(4) 腹部闭合性损伤患者留院观察：每15~30分钟观察呼吸、脉搏、血压；每30分钟观察腹部体征1次；每30~60分钟查血常规1次。

#### (一) 脾破裂

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

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

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

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



## (二) 肝破裂

(1) 好发部位：右上腹部，右季肋部。开放伤最常见，右肝破裂较左肝多。

(2) 右上腹痛，表现为大量内出血+严重腹膜刺激征，X线——右侧膈肌抬高。

(3) 确诊“金标准”——腹腔穿刺；“银标准”——B超。

(4) 治疗：补充血容量、抗休克，同时手术治疗。

## (三) 胰腺破裂

占腹部损伤的1%~2%

(1) 受伤部位：中腹部，中上腹部，挤压伤常见于方向盘、车把伤。

(2) 临床症状：腹膜炎出现晚，很容易漏诊，病死率高达20%。

(3) 并发症：容易并发胰腺脓肿和假性囊肿。

(4) 治疗：及时手术探查，优先探查十二指肠，术后及时引流。

## (四) 肠破裂

### 1. 小肠破裂

在肠破裂里最常见，稀、细菌少，腹膜炎出现早，症状轻。

治疗：一期手术修补。

### 2. 结肠破裂

结肠破裂比较少见，稠、细菌多，腹膜炎出现晚，症状重。

治疗：右侧：试行一期手术修补；左侧：只能先造瘘，3~4周后二期处理。

### 3. 直肠下段破裂

虽属于空腔脏器，但无腹膜炎的表现。

治疗：乙状结肠造瘘，2~3个月闭合。

### 4. 十二指肠破裂

(1) 球部（腹膜内位破裂）——典型腹膜刺激征。

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

治疗：手术。

总结：

(1) 左肩部疼痛——脾破裂。

(2) 膈肌破裂——肝破裂。

(3) 膈下游离气体——胃肠破裂。

(4) 腹膜后积气——十二指肠水平部破裂。