

## 临床执业（助理）



JIN  
JIE

德

—  
—

—  
—

金英杰医学  
JINYINGJIE.COM

## 四、肠梗阻

### (一)临床表现

①痛、吐、胀、痹；②水电酸碱平衡紊乱。

### (二)病理临床类型及诊断

#### 1.根据病因分类

(1) 粘连性肠梗阻（最常见）：常有腹膜炎、腹部手术、外伤等病史。

(2) 肠扭转性肠梗阻

①小肠扭转：青壮年饱餐后剧烈运动时，X可见空回肠换位或“假瘤征”、“咖啡豆征”。

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

(3) 肠套叠：分为原发和继发两类。原发性多见于婴幼儿（最多见），继发性多见于成人。①小儿肠系膜长、宽松。②有三大典型表现：腹痛哭闹、果酱样血便、腊肠样腹部肿块。③首选检查和治疗：低压空气灌肠

#### 2.根据部位分类

(1) 高位肠梗阻：呕吐明显，腹胀、振水音、吐酸→低氯低钾碱中毒

(2) 低位肠梗阻：腹胀明显，呕吐物可有臭味、吐碱→代谢性酸中毒

#### 3.根据有无缺血坏死分类

(1) 单纯性肠梗阻：肠鸣音亢进、可见肠型、蠕动波、肠管无血运障

碍、无坏死、腹膜刺激征阴性，腹痛为阵发性。

(2) **绞窄性肠梗阻**：肠鸣音消失、肠管有血运障碍、有坏死、腹膜刺激征阳性，呕吐频繁可为血性、腹穿可抽出血性液体，为持续性腹痛阵发性加剧（需急症手术）。

#### 4.根据肠壁平滑肌运动状态分类

(1) **机械性肠梗阻**：肠鸣音亢进、可见肠型，蠕动波，X线可见阶梯状气液平面。

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

#### 5.根据发病缓急分类

(1) **急性肠梗阻**：发病急、进展快，肠管迅速，肠壁变薄，可引起等渗性缺水。

(2) **慢性肠梗阻**：发病缓、病程长，肠管呈代偿性肥厚并引起低渗性缺水。

#### (三)辅助检查

**首选立位X线--可见多个阶梯状气液平面。**

#### (四)治疗原则

##### 1.基本治疗

① **禁食、胃肠减压**

② **补液纠正水、电、酸、碱平衡紊乱--纠正全身生理紊乱主要措施。**

## 2.手术治疗

### ①术式--切除坏死肠管

②适应证--各种绞窄性肠梗阻、肠扭转、肿瘤、结石、先天畸形引起的肠梗阻。

## 五、肠结核

### (一)发病机制

结核杆菌为抗酸菌，受胃酸影响小，进入肠道后在回盲部引起病变。

### (二)临床表现

1.结核毒血症状：潮热、盗汗、消瘦、贫血和乏力等。

### 2.消化道症状

①腹痛、腹部肿块（多位于右下腹或脐周）；②大便习惯改变--溃疡型肠结核常伴有腹泻（无脓血、无里急后重）增生型肠结核以便秘为主。

3.并发症：肠梗阻多见，其次是合并结核性腹膜炎、瘻管、腹腔脓肿、肠出血等。

### (三)诊断：病史+临床表现+辅助检查

1.结核病史：中青年患者有肠外结核，主要是肺结核病史

2.临床表现：腹痛、腹泻、便秘等消化道症状；右下腹压痛、腹块、或原因不明的肠梗阻，伴有发热、盗汗等结核毒血症状；

### 3.辅助检查

- ①X线钡剂：**跳跃征**、溃疡、肠管变形、狭窄等征象；
- ②结肠镜：**回盲部**的炎症、溃疡、炎症息肉或肠腔狭窄
- ③结核菌素试验强阳性或结核感染T细胞斑点试验T-SPOT阳性。
- ④病理活检：**干酪性肉芽肿**，或**活检找到抗酸杆菌**均可诊断。

(四)抗结核化疗：**早期、联合、适量、规律、全程**。

## 六、结肠癌

### (一)病理

- 1.高发部位：升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠均可发生，**乙状结肠最高发**
- 2.组织类型：腺癌多见
- 3.大体形态①浸润性（左侧结肠）；②增生型（右侧结肠）；③溃疡型；④胶样型
- 4.转移途径①淋巴转移至肠周（主要）；②**血液转移至肝**、其次是肺。
- 5.病理分期：目前通用TNM分期。T表示肿瘤浸润深度、N表示区域淋巴结转移个数、M表示有无远处转移。

### (二)临床表现

1.早期症状：**排便习惯和粪便性状**的改变。

2.晚期表现

(1)腹痛、腹泻、**粘液脓血便**。

(2) 左侧结肠癌：多为浸润型，易致急性肠梗阻、便秘、腹胀、血便多见。

(3) 右侧结肠癌：多为肿块型，全身症状为主：有贫血、消瘦、腹部包块

上联：左浸润降梗阻；下联：右肿块升贫瘦；横批：结肠癌

### (三)辅助检查

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

### (四)结肠癌的治疗——根治手术

1. 切除范围包括癌肿所在肠攀和肠系膜及区域淋巴结
  - ①左半结肠切除；②右半结肠切除；③横结肠切除；④乙状结肠切除
2. **术前均需做充分的肠道准备。**

## 七、结、直肠息肉（助理不考）

### (一)病理分类

1. 腺瘤性息肉：常为**癌前病变**。包括管状、绒毛状及管状绒毛状腺瘤。
2. 炎性息肉：黏膜**炎性增生**或血吸虫卵性以及良性淋巴样息肉，也见于溃疡性结肠炎、克罗恩病等炎性刺激形成的息肉。
3. 错构瘤性：**幼年性息肉**及色素沉着息肉综合征。

4.家族性息肉：**癌变率 100%**，必须手术。

数目多于 100 颗的息肉称为息肉瘤

## (二)临床表现

1.肠道刺激症状:腹泻或排便次数增多，继发感染者可出现黏液脓血便。

2.便血

3.肠梗阻及肠套叠:以盲肠息肉多见。

4.直肠息肉:直肠指检可触及**可复性柔软光滑有蒂包块**。间歇性血便，便频，里急后重。儿童息肉大多发生于 10 岁以下，以错构瘤性幼年性息肉多见，有时可脱出肛门外。

5.色素沉着息肉综合征(Peutz-Jeghers 综合征):多伴口腔黏膜、口唇、口周、肛周及双手指掌、足底黑色素沉着。易发生出血和肠套叠。

## 肠道疾病要点回顾

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

## 第六节 急性阑尾炎

### 一、病因病机

- 1.发病原因：主要是由于阑尾口周围**淋巴滤泡增生**引起的**阑尾腔阻塞**。
- 2.容易坏死原因：阑尾动脉为无侧支的终末动脉。
- 3.致病菌：多为肠内的各种 G-杆菌（**大肠杆菌**）和厌氧菌。

**阑尾动脉为无侧支的终末动脉，当阑尾血运障碍时易导致其坏死**

### 二、临床表现

#### 1.典型表现

- ①转移性右下腹痛：始于脐周，数小时后逐渐转移并固定于右下腹。
- ②右下腹麦氏点压痛、反跳痛、腹肌紧张，结肠充气实验阳性。

#### 2.特殊表现

①**腰大肌实验阳性**→提示阑尾位置深，位于腰大肌前方靠近后腹膜（盲肠后位）。

②**闭孔内肌实验阳性**→提示阑尾位置较低（盆位）。

**①转移性右下腹痛/结肠充气实验阳性均可秒杀急性阑尾炎**

**②腰大肌试验阳性秒杀盲肠后位阑尾炎**

**③闭孔内肌试验阳性秒杀盆位阑尾炎。**

#### 3. 分型判断



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

### 三、特殊阑尾炎

#### 1. 婴幼儿急性阑尾炎

①症状、体征不典型；②穿孔率可高达 30%；③并发症及死亡率也较高

#### 2. 老年人急性阑尾炎

①症状、体征不典型；②穿孔和其他并发症的发生率都较高。

#### 3. 妊娠期急性阑尾炎

①压痛点偏向上外侧；②症状、体征不典型；③易导致流产和早产

**手术切口需偏高、围手术期加用黄体酮、术后可不放置引流。**

### 四、辅助检查

**首选 B 超**

### 五、术前并发症

1. 腹腔脓肿：阑尾周围脓肿（最常见），可行 B 超引导穿刺引流。因复发率很高，应在脓肿治愈后 3 个月左右，行二期手术切除阑尾。

2. 内外瘘形成：如阑尾周围脓肿未及时引流，少数病例脓肿可向周围组织穿破，形成各种内瘘或外瘘，脓液可经瘘管排出。X 线钡剂检查可协助了解瘘管走行，进行相应处理。

3.门静脉炎/急性肝脓肿：感染性血栓从阑尾静脉沿着肠系膜上静脉到达门静脉，导致炎症。突发寒战高热、肝大、轻度黄疸、剑突下压痛。行阑尾切除并大剂量抗生素治疗有效。

## 六、治疗原则

1.急性单纯性阑尾炎：行阑尾切除术

2.急性化脓性/坏疽性/穿孔性阑尾炎：**阑尾切除术+清除腹腔脓液+放置引流。**

①阑尾切除--右下腹直肌切口

②清理腹腔--生理盐水、甲硝唑/替硝唑冲洗

③放置引流--孕妇可不放

④注意--**关腹前腹腔内不留抗生素**

3.阑尾周围脓肿：支持治疗+抗生素+3个月后二期手术切除阑尾。

**治疗阑尾周围脓肿——首选抗生素**

## 七、术后并发症

1.**切口感染（最常见）**：切口红肿、流脓--拆除缝线、引流脓液

2.**术后腹腔内大出血（最严重）**：结扎线松脱所致

3.腹腔脓肿：①**膈下脓肿**；②**盆腔脓肿**

4.粘连性肠梗阻

5.阑尾残株炎：阑尾残端超过 1cm 时，术后残株易复发炎，表现为阑尾

炎的症状（钡剂造影可明确诊断）。

## 6. 粪瘘

### 第七节 直肠肛管疾病

#### 一、肛裂

1. 高发部位：**肛管后正中**（截石位 6 点）

2. 临床表现

① 三大症状：**肛周疼痛**（排便时与排便后疼痛有间歇期）+**便秘**+**出鲜血**。

② 三大体征（肛裂三联征）：**肛裂**+**前哨痔**+齿状线上相应的**乳头肿大**。

3. 治疗原则

① 给予 1: 5000PP 液坐浴，排便—坐浴—换药。

② 必要时行肛裂切除/肛管内括约肌切断术。

肛裂病人一般不做直肠指诊

#### 二、直肠肛管周围脓肿

1. 病因：肛窦炎、肛腺炎

2. 常见致病菌：**大肠杆菌**

3. 临床特点及诊断

	肛门周围脓肿	坐骨肛管间隙脓肿	骨盆直肠间隙脓肿
发病机制	肛腺感染向下至肛周皮下	肛腺感染经外括约肌向外扩散至坐骨直肠间隙形成	坐骨直肠间隙脓肿向上穿破肛提肌达骨盆直肠间隙
脓肿特点	位置浅表，不大	位置较深，较大	位置很深，较大
局部症状	局部症状明显：肛周持续性跳痛	局部症状明显：持续性跳痛，排尿困难，里急后重	局部症状不明显，有坠胀感便不尽感，排尿困难
全身症状	不明显	明显	明显
查体	局部红肿，压痛脓肿形成时有波动感	肛门红肿，双臀不对称肛诊有深压痛，波动感	会阴部正常直肠壁触到痛性肿块，波动感

#### 4.治疗原则

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

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

#### 三、肛瘻

1.病因：肛门周围皮下脓肿破溃形成，由内口、瘻管、外口三部分组成。

2.临床表现与诊断：①肛门周围发现有**外瘻口**，不断有少量脓性、血性或黏液性**分泌物排出**，症状反复发作。②直肠指检可触及**条索状物**，挤压条索状物时，肛旁瘻口有脓性分泌物流出。③瘻管造影发现有**窦道存在**即可确诊。

#### 3.治疗原则

①治疗原则：切开瘻管形成开放创面促使愈合

②肛瘻不能自愈，**必须手术**

③术前须明确**瘻管和肛门括约肌的解剖关系**。

**肛窦炎、肛腺炎→肛周脓肿→肛瘘**

## 四、痔

## (一)诊断

## 1.内痔

- ①齿状线以上，好发于截石位 3、7、11 点
- ②**无痛性间歇性便血**（鲜血），血与便不混。
- ③内痔临床分为**四度**：除 I 度外，II、III、IV 度均有痔核脱出。

## 2.外痔

- ①位于齿状线以下，受躯体神经支配（对痛觉敏感）。
- ②肛门不适、瘙痒，痔核脱出的**血栓性外痔呈暗紫色、剧痛**。
- ③**嵌顿性外痔易感染、坏死**。

3.混合痔：兼有内外痔特征，脱出肛门形成梅花状（梅花痔、环状痔）

## (二)治疗

1.治疗原则：**无症状的痔无需治疗**。有症状的痔重在减轻、消除症状而非根治。以非手术治疗为主。

2.治疗方法：一般疗法（调整饮食、坐浴等）。硬化剂注射、冷冻、结扎法、胶圈套扎疗法、手术（痔切除术、吻合器痔上黏膜环切术和血栓外痔剥离术等）。

①**内痔：好发于截石位 3、7、11 点，无痛性间歇性便血（鲜血），血与便不混。**

②**外痔：肛门不适、瘙痒，血栓性外痔剧痛、暗紫色，首选血栓外痔剥离术。**



金英杰医学



JINYINGJIE.COM