

胃肠外科疾病诊疗指南

一、胃、十二指肠溃疡

【 病史采集 】

1. 反复上腹部疼痛，疼痛性质多为钝痛或烧灼痛，伴饱胀、嗝气、食欲减退；
2. 胃溃疡疼痛节律性不明显，多在进餐后 1/2~1 小时开始疼痛，持续约 1~2 小时或更长时间，进食疼痛不缓解；
3. 十二指肠溃疡疼痛具有明显节律性，表现为餐后延迟痛（餐后 3~4 小时发作），饥饿痛和夜间痛，常伴有反酸，进食疼痛缓解；
4. 并发出血、穿孔、梗阻及癌变时可有相应的症状。

【 体格检查 】

1. 全身营养状况，左锁骨上淋巴结是否肿大；
2. 注意有无胃蠕动波和胃震水音；
3. 胃溃疡压痛点在剑突下略偏左，范围较广；十二指肠溃疡压痛点在剑突下略偏右，范围局限；
4. 上腹部是否可触及肿块。

【 辅助检查 】

1. 实验室检查：
 - (1) 血常规、出凝血时间、血型、尿常规，大便常规及潜血；
 - (2) 肝肾功能、电解质、血糖；
 - (3) 必要时作胃液分析或血清胃泌素测定。
2. 影像学检查：
 - (1) 胃镜加取活组织病理检查，幽门螺杆菌检查；
 - (2) X 线钡餐检查；
 - (3) 手术前常规作肝胆 B 超、胸部平片和心电图检查。

【 诊 断 】

1. 根据病史和体征；
2. 胃镜检查发现粘膜溃疡；
3. 钡餐检查发现龛影。

【 鉴别诊断 】

1. 慢性胃炎、慢性十二指肠炎；
2. 胃肿瘤；
3. 胃或十二指肠憩室；
4. 胃下垂；
5. 胃泌素瘤；
6. 慢性胆囊炎胆石症。

【 治疗原则 】

1. 非手术治疗：
 - (1) 抑酸药物；
 - (2) 胃粘膜保护剂；
 - (3) 抗幽门螺杆菌。
2. 手术治疗：
 - (1) 手术适应证：
 - 1) 多年病史、发作频繁、疼痛难忍、影响工作和生活；经过正规疗程治疗，症状无减轻，或短期

内又复发；

- 2) 并发上消化道出血；
- 3) 并发穿孔；
- 4) 胃溃疡不能排除恶变；
- 5) 十二指肠溃疡球部严重变形合并幽门梗阻；
- 6) 巨大溃疡或穿透性溃疡。

(2) 术式选择：

- 1) 胃溃疡：一般采用胃大部切除术，消化道重建首选 Billroth I 式；
- 2) 十二指肠溃疡：可选择胃大部切除，选择性迷走神经切断加胃窦切除（SV+A），高选择性迷走神经切断术（HSV）。保留交感神经的高选择性迷走神经切断术（HSV AP）。
- 3) 溃疡并发穿孔：胃穿孔多选择胃大部切除术或修补术；十二指肠穿孔可选择单纯修补、修补加高选择性迷走神经切断术、胃大部切除术，修补术可选用开腹修补或腹腔镜修补方法。

【 疗效标准 】

1. 治愈：术后症状消失、切口愈合、无并发症；
2. 好转：非手术治疗症状减轻、或单纯溃疡穿孔修补手术；
3. 未愈：未治疗、或发生严重手术并发症经治无效。

【 出院标准 】

达到治愈或好转疗效者。

二、胃 癌

【 病史采集 】

1. 胃癌早期的临床症状多不明显，也不典型，类似胃炎等非特异的症状，如上腹不适、隐痛、嗝气、返酸、食欲减退、轻度贫血等。
2. 随着病情的发展，日渐出现明显的上腹部疼痛、食欲不振、消瘦、进行性贫血、甚至呕吐、上腹部包块，此时诊断为胃癌并不困难，但治愈的可能性已经太小，因此为获得较好的治疗效果，应重视胃癌早期所出现的非特异性症状。
3. 遇到下列情况之一者均应警惕胃癌的可能性，作进一步检查：
 - (1) 以往无胃病史而出现上述早期症状，或已有长期溃疡病史而近来症状明显或疼痛规律性改变者，特别是 40 岁以上患者；
 - (2) 有胃酸减少或胃酸缺乏，萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉等病史者须定期系统检查；
 - (3) 原因不明的消瘦、贫血、黑便或大便潜血试验阳性者。

【 体格检查 】

1. 全身检查、有无营养不良、贫血及锁骨上淋巴结肿大；
2. 腹部有无压痛、饱满、紧张感、能否触及包块；
3. 直肠指检。

【 辅助检查 】

1. 实验室检查：
 - (1) 普外科手术前常规检查，大便常规检查及潜血试验；
 - (2) 胃液分析。
2. 器械检查：
 - (1) 胃镜检查加活检，X 线双重对比造影；
 - (2) 腹部 B 超、CT 检查，了解有无肝脏转移，腹腔淋巴结转移；
 - (3) 必要时 ECT 全身骨扫描检查有无骨转移。

【 诊 断 】

1. 早期无症状或仅上腹不适，隐痛、嗝气、返酸、食欲减退、轻度贫血等；病情进展后可出现明显的上腹部疼痛、食欲不振、消瘦、进行性贫血、甚至呕吐或上腹部包块；晚期可有肝肿大、黄疸、腹水、可并发穿孔、出血；
2. 体检早期常无发现，上腹部深压痛或轻度肌张力增强是唯一值得重视的体征，晚期部分病人上腹部可触到肿块，直肠前陷窝或脐部肿块、锁骨上淋巴结肿大等转移癌体征；
3. 实验室检查：部分病人有贫血、血浆白蛋白减低及大便潜血阳性；
4. X线钡餐检查：是诊断胃癌的主要方法之一，近年来采用气、钡双重对比造影，粘膜显像清晰，不显示粘膜细微变化；
5. 纤维胃镜检查：可直接观察病变和取活检作病理检查，对早期发现胃癌有很大帮助，如合并脱落细胞学检查可提高诊断准确性。但对粘膜表面改变不明显的粘膜下浸润癌不如X线诊断准确；
6. 腹部CT和B超检查可发现肝内肿块和腹腔淋巴结肿大情况，有助于诊断和临床分期；
7. 个别病例可加行腹腔镜检查，如：原因不明的腹水、伴有卵巢肿瘤等。

【 鉴别诊断 】

1. 胃溃疡；
2. 胃良性肿瘤、胃肉瘤、胃淋巴瘤。

【 临床病理分期 】

根据术后对肿瘤（T）侵犯深度将胃癌分为四期：

- T1 浸润至粘膜或粘膜下层；
- T2 浸润至肌层或浆膜下；
- T3 穿透浆膜层；
- T4 侵及邻近组织和器官。

根据淋巴结（N）转移可分为：

- N1 指距原发肿瘤 3cm 以内的淋巴结转移；
- N2 指距原发肿瘤 3cm 以外的淋巴结转移；包括胃左动脉、肝总动脉、脾动脉和腹腔动脉周围的淋巴结；
- M0 无远处转移；
- M1 有远处转移，包括肝、十二指肠韧带内，胰头十二指肠后、肠系膜血管根部，结肠中动脉旁及腹主动脉旁的淋巴结转移。

病变局限于粘膜下层的胃癌，不论是否有淋巴结转移，通常称之为“早期胃癌”，其余称“进展期胃癌”。

【 治疗原则 】

1. 基本原则：

- (1) 胃癌诊断一经确立、除确已有远处转移或恶病质外，应力争早期行剖腹探查；
- (2) 胃癌因全身或局部原因不能做根治性切除时，应争取做原发灶姑息性切除，以利开展综合性治疗；
- (3) 进展期胃癌即使施以根治性切除，也必须积极辅以化学治疗及免疫治疗以提高疗效；
- (4) 各种综合治疗方案应根据病期、肿瘤的生物特性及患者全身情况综合考虑；
- (5) 对不能手术切除的晚期胃癌应开展以中西药为主的综合治疗，以改善症状，延长生命。

2. 胃癌手术方案选择：

(1) 根治性手术：凡无腹膜广泛转移，无远处淋巴结转移及肝脏血行转移者均是根治性手术的适应证；未出现淋巴结转移的各种类型早期胃癌和未侵及浆膜面的中期胃癌，可行 D1 手术；已出现第 1 站淋巴结转移的各种类型早期胃癌和尚未浸出浆膜面的中期胃癌，可行 D2 手术；浸出浆膜面而又出现第 2 站淋巴结转移的进展期胃癌及个别出现第 2、3 站淋巴结转移的早期和中期胃癌，行扩大 D3+ 或 D3 手术。已浸润周围脏器（胰体、尾部、横结肠、部分肝脏及腹膜），同时有第 3 站淋巴结转移的 IV 期胃癌仍可考虑行 D3 手术加被侵脏器的联合切除术。根治性手术除考虑淋巴结的清除范围外，还应注意胃壁切断的安全距离；限局型癌距癌边缘应 >3cm；浸润型癌应 >6cm；贲门癌食管切断线应距肿瘤边缘 3~6cm；胃幽门窦癌应切除十二指肠 3~4cm；

(2) 姑息性胃癌切除术：没有条件行根治性胃癌切除术的病例，考虑作姑息式；

(3) 胃空肠吻合术：伴有明显梗阻的胃幽门窦部癌，由于全身状况或局部解剖条件，不能行切除手术时，可以做胃空肠吻合术以缓解梗阻；

(4) 胃或空肠食管吻合术：伴有明显梗阻的胃贲门癌，由于原发灶侵犯周围组织，局部解剖条件不能行姑息性切除或病人全身情况不能耐受手术切除时，可经胸作胃或空肠食管吻合术；如病人全身情况不佳，不能承受改道手术时，也可以作空肠造瘘术，以维持营养。

【 疗效标准 】

1. 治愈：根治切除手术，术后原有临床症状消失，无严重手术并发症者；
2. 好转：姑息性手术后原有临床症状消失或缓解；
3. 未愈：治疗无效或未治疗者。

【 出院标准 】

达到临床治愈或好转疗效者。

三、肠 梗 阻

【 病史采集 】

1. 腹痛：机械性肠梗阻为阵发性绞痛，腹中部较多见；绞窄性肠梗阻为剧烈的持续性腹腔痛；麻痹性肠梗阻腹痛不明显或持续性胀痛。

2. 呕吐：高位肠梗阻呕吐频繁，吐出物为胃、十二指肠内容物；低位膜梗阻呕吐出现迟，吐出物可呈粪样。绞窄性梗阻呕吐物可为棕褐色或血性。

3. 腹胀：高位肠梗阻腹胀不明显，低位及麻痹性肠梗阻腹胀遍及全腹，结肠梗阻腹周膨胀显著，肠扭转等闭袢性梗阻腹隆起不对称。

4. 停止排气排便：完全性肠梗阻多不再排气排便；肠套叠、肠系膜血管栓塞可排出果酱样或血性粪便。

【 体格检查 】

1. 全身检查：早期变化不明显，晚期可有脱水、酸中毒、感染和休克等表现，呼吸心脏功能障碍。

2. 腹部检查：腹胀，可见肠形、肠蠕动波。不同程度的压痛，绞窄性梗阻有明显腹膜刺激征，可触及有压痛的肿块。肠鸣音亢进，可听到气过水音或高调金属音，绞窄性肠梗阻晚期或麻痹性肠梗阻，肠鸣音减弱或消失。

3. 肛门指诊及腹股沟检查：肛诊注意有无包块、狭窄等，腹股沟有无腹外疝。

【 辅助检查 】

1. 实验室检查：血常规、尿常规、全血二氧化碳结合力和血清 Na^+ 、 K^+ 、 Cl^- 检验，呕吐物和粪便隐血试验。

2. X线检查：直立位或侧卧位透视或拍片。怀疑肠套叠作空气灌肠，乙状结肠扭转或结肠肿瘤时可作钡剂灌肠。

【 诊 断 】

根据腹痛、呕吐、腹胀、肛门停止排气、排便和腹部可见肠型或蠕动波、肠鸣音亢进等，一般可作出诊断，在诊断过程中需明确：是机械性还是动力性梗阻，是单纯性还是绞窄性梗阻，是什么原因引起的梗阻：粘连性肠梗阻、肠扭转、肠堵塞（肿瘤、肠蛔虫、粪便、异物、结石等）、肠套叠、腹内疝、嵌顿或绞窄性腹外疝、肠系膜血管栓塞。

【 鉴别诊断 】

急性胃肠炎、急性胰腺炎、急性腹膜炎。

【 治疗原则 】

解除梗阻，矫正全身生理紊乱。

1. 非手术治疗：

(1) 适应证：

- 1) 单纯性机械性不完全性肠梗阻；
- 2) 单纯性机械性完全肠梗阻早期，如肠扭转、肠套叠等；
- 3) 麻痹性或痉挛性肠梗阻。

2. 治疗方法：

(1) 肠减压。

(2) 矫正水、电解质紊乱和酸碱失衡。

(3) 防治感染。

(4) 其它：镇静剂、解痉剂、氧气驱虫、石蜡油灌注、中药灌注、针刺疗法，各种复位法（腹部按摩、颠簸疗法等）在非手术治疗下严密观察病情变化，单纯性梗阻可观察 24～48 小时，对绞窄性梗阻经非手术治疗未能缓解应早期手术，观察一般不超过 4～6 小时。

3. 手术治疗：

(1) 适应证：

- 1) 各种类型的绞窄性肠梗阻；
- 2) 肿瘤及先天肠道畸形引起的肠梗阻；
- 3) 非手术治疗无效的肠梗阻。

(2) 手术方式：

- 1) 解除引起梗阻的病因：粘连松解术，肠切开取异物等。
- 2) 肠切除肠吻合术。
- 3) 短路手术。
- 4) 肠造瘘术或肠外置术。
- 5) 小肠折叠术。

【 疗效标准 】

1. 治愈：梗阻症状及体征消失，梗阻原发病因去除。
2. 好转：梗阻症状缓解，体征好转，梗阻原因未解除。
3. 未愈：手术后出现肠痿，粘连性肠梗阻，肠狭窄等严重并发症。

【 出院标准 】

已确定治愈或好转者。

四、急性阑尾炎

【 病史采集 】

1. 腹痛：转移性右下腹痛或右下腹痛，逐渐加重；持续性钝痛或阵发性加剧。
2. 消化道症状：恶心、呕吐、食欲减退、便秘、腹泻等，小儿症状出现较早且程度重。
3. 全身症状：乏力、头痛、畏寒、发热、脉率加快，并发门静脉炎者可出现高热、黄疸。
4. 可有类似腹痛史。
5. 女性病人疑有妇科情况者应请妇产科医师会诊。

【 体格检查 】

1. 全身情况；
2. 局部检查：

(1) 麦氏点或右下腹固定性压痛，可有反跳痛，不同程度的腹肌紧张，肠鸣音可减弱或消失。结肠充气试验、腰大肌试验、闭孔试验可能阳性。病变早期呼吸疼痛征、提跟震动试验、皮肤敏感试验对诊断有帮助。

(2) 直肠指诊：直肠右前方触痛，可触及痛性肿块。

(3) 必要时腹腔穿刺有助于鉴别诊断。

【 辅助检查 】

1. 实验室检查：血常规、出凝血时间、尿常规。
2. 必要时 B 超检查了解右下腹包块的性质，胆囊、肾、输尿管有无结石等有助于鉴别诊断。

【 诊 断 】

根据转移性右下腹痛和右下腹定位压痛的特点，一般即可确诊。

【 鉴别诊断 】

1. 胃十二指肠溃疡穿孔。
2. 右侧输尿管结石。
3. 妇产科疾病：宫外孕破裂，卵巢滤泡、黄体滤泡破裂，卵巢囊肿蒂扭转或破裂，急性输卵管炎等。
4. 急性肠系膜淋巴结炎。
5. 其它：右侧肺炎、急性胃肠炎、胆道系统炎症，回盲部肿瘤、结核、美克耳憩室炎、肠套叠等。

【 治疗原则 】

1. 非手术治疗：
 - (1) 适应证：
 - 1) 急性阑尾炎病程超过 72 小时，已形成阑尾炎性包块；
 - 2) 少数由于心血管疾病不宜手术的急性单纯性阑尾炎；
 - 3) 非手术治疗主要内容是休息和抗感染，观察 12~24 小时病情有发展趋势者考虑手术。
2. 手术治疗：
 - (1) 适应证：
 - 1) 化脓性或坏疽性阑尾炎；
 - 2) 阑尾炎穿孔伴弥漫性腹膜炎；
 - 3) 复发性阑尾炎；
 - 4) 多数急性单纯性阑尾炎及经非手术治疗无效者；
 - 5) 部分阑尾周围脓肿经保守治疗无效者以及特殊类型的阑尾炎（小儿、老年人和妊娠期急性阑尾炎）。
 - (2) 手术方式：阑尾切除术。

【 疗效标准 】

1. 治愈：
 - (1) 手术切除阑尾，症状体征消失，切口愈合，无并发症。
 - (2) 非手术治疗后，症状体征消失。
2. 好转：
 - (1) 阑尾未能切除，症状减轻，有待再手术治疗。
 - (2) 非手术治疗后，症状体征减轻。
 - (3) 阑尾周围脓肿经非手术治疗后体温正常，包块明显缩小或经手术引流后症状、体征改善。
3. 未愈：腹痛、发热、包块、血白细胞无好转，出现严重并发症，如肠痿，肠梗阻，脓肿破溃导致腹膜炎等。

【 出院标准 】

治愈好转或并发症基本治愈者。

五、急性出血坏死性肠炎

【 病史采集 】

1. 常发病于夏秋季，可有不洁饮食史，以儿童及青少年居多。
2. 发病急骤，腹痛多由脐周或上中腹开始，阵发绞痛或持续性疼痛阵发性加剧。

3. 发热、恶心、呕吐、腹泻和腥臭血便。

【 体格检查 】

1. 中等度发热、体温少数达 41℃，出现严重毒血症和休克表现。
2. 腹部压痛，早期不固定，稍晚出现反跳痛，腹肌紧张，肠鸣音减弱，偶有亢进表现，有时触到伴有压痛的包块。

【 辅助检查 】

1. 实验室检查：血常规、白细胞中度升高。粪常规：大便肉眼带血或潜血阳性。大便培养部分有大肠杆菌、产气荚膜杆菌。
2. X 线腹部平片：局限性小肠胀气，大小不等气液面或小肠增厚、粘膜不规则等改变。肠穿孔后出现气腹征。

【 诊 断 】

主要依靠临床症状和体征。小儿突然腹痛、呕吐、腹泻、便血并伴有发热等毒血症症状或早期中毒性休克者，均应考虑本病的可能。根据临床特点可归纳为四型：腹泻便血型、腹膜炎型、毒血症型、肠梗阻型。

【 鉴别诊断 】

肠套叠、中毒性菌痢、急性肠梗阻、节段性肠炎、肠型过敏性紫癜。

【 治疗原则 】

1. 非手术治疗：

(1) 治疗原则：抢救休克、纠正水和电解质紊乱、控制感染、减轻消化道负担、改善中毒症状和增强身体抵抗力。

(2) 治疗方法：

- 1) 禁食，胃肠减压；
- 2) 输液、维持水和电解质平衡，少量重复输血，长时间禁食者适当予全静脉营养(PTN)；
- 3) 抢救中毒性休克；
- 4) 广谱抗生素加甲硝唑以抑制肠道细菌生长；
- 5) 其它：中医疗法、对症处理等。

2. 手术治疗：

(1) 适应证：

- 1) 有明显的腹膜刺激征或疑有肠坏死、肠穿孔；
- 2) 不能控制的肠道大出血；
- 3) 有肠梗阻表现经胃肠减压不能缓解反而加重；
- 4) 经积极非手术治疗，全身中毒症状进一步加重，局部体征无好转。

(2) 手术方式：

- 1) 0.25%普鲁卡因或 0.5%利多卡因肠系膜根部封闭；
- 2) 一期肠切除吻合术；
- 3) 肠切除、双腔造瘘、二期肠吻合术。

【 疗效标准 】

1. 治愈：

- (1) 切除病变肠管后症状消失，无并发症。
- (2) 非手术治疗，症状、体征消失。血象正常，大便潜血阴性。

2. 好转：

- (1) 行探查或姑息性手术后，病情好转。
- (2) 非手术治疗症状、体征显著改善，大便次数、性状及常规检查接近正常。

3. 未愈：症状、体征未得到控制，出现严重并发症。

【 出院标准 】

治愈、好转或并发症基本治愈。

六、胰 腺 癌

【 病史采集 】

1. 不明原因的体重下降。
2. 腰背疼痛进行性加重，影响睡眠。
3. 消化吸收不良、脂痢。
4. 黄疸，多呈进行性。

【 体格检查 】

1. 腹部肿块，注意是否伴血管杂音。
2. 腹胀、腹水。
3. 胆囊肿大。
4. 黄疸。

【 辅助检查 】

1. 肝肾功能、血糖、淀粉酶检测。
2. 癌胚抗原（CEA）测定。
3. 大便常规注意脂滴及隐血试验。
4. B超检查。
5. 低张十二指肠钡剂造影。
6. 纤维十二指肠镜逆行胰胆管造影（ERCP）。
7. 黄疸病人可行经皮肝穿刺胆道造影（PTC）。
8. 有条件可作CT、ECT、MRI及超声内镜检查。
9. 必要时作细针穿刺抽吸胰腺细胞学检查。
10. 电视腹腔镜或剖腹探查病理活检。

【 诊 断 】

根据病史、体检及辅助检查结果，多数可获明确诊断。应注意肿瘤位于胰腺头部、体部、尾部或全胰，癌肿有无腹腔淋巴结及肝脏的转移，癌肿块与肠系膜上血管、脾血管及腹主动脉关系。

【 鉴别诊断 】

需要与之鉴别诊断的疾病为：

1. 慢性胰腺炎。
2. 胰岛肿瘤。
3. 胆管下段癌或嵌顿性结石。
4. 十二指肠降部及乳头肿瘤。

【 治疗原则 】

1. 非手术治疗：无确切疗效，可作手术前准备、术后处理及综合治疗的措施。
 - （1）纠正水电解质紊乱、贫血和低蛋白血症；
 - （2）应用维生素K，改善凝血机制；
 - （3）支持、对症治疗；
 - （4）预防性抗生素应用；
 - （5）化疗药物敏感性差；
 - （6）放疗：可在术中进行。
2. 手术治疗：
 - （1）手术适应证：全身情况尚好、无远处转移、诊断明确的病例。诊断不能确定者，术中可行肿

瘤活检，冰冻病理切片检查；

（2）手术方式：

1) 胰体尾切除术，适用左半胰肿瘤，多需同时切除脾脏。对肿瘤小、病期早、无淋巴转移、不合并慢性胰腺炎的病例，可考虑施行保留脾脏的胰体尾切除术；

2) 胰头十二指肠切除术，适用于胰头癌，原则上不保留幽门，以利清除胰头上方淋巴结；

3) 全胰切除术，适用于多中心胰腺癌和有胰内转移的胰腺癌；

4) 胆—肠、胃—肠吻合术，适用于不能切除的胰头癌。以缓解胆道和胃十二指肠梗阻；

5) 胰周围腹腔交感神经丛切断术，适用于顽固性腰背痛的晚期胰腺癌。也可在 B 超、CT 引导下注射无水酒精破坏腹腔交感神经丛及胸交感神经丛。

【 疗效标准 】

1. 治愈：根治性切除肿瘤，症状、体征消失，无手术并发症。

2. 好转：姑息性切除肿瘤、症状、体征减轻或仅行胆肠吻合、胃肠吻合、交感神经丛切除等姑息治疗，症状、体征消失。

3. 治疗无效、或未治疗者。

【 出院标准 】

达到治愈、好转临床疗效者。

七、急性胰腺炎

【 病史采集 】

1. 腹痛：注意部位、性质、发展速度及伴随症状（恶心、呕吐、发热、黄疸等）；

2. 诱因：注意酗酒、暴饮暴食、高脂餐、药物及急性传染病；

3. 有无胆道病史及腹部手术、外伤史。

【 体格检查 】

1. 腹部压痛及范围，有无肌紧张、反跳痛。

2. 腹胀、肠鸣音减弱及移动性浊音。

3. 有无 Gray~Turner 征（腰肋部皮下紫兰色瘀斑）及 Cullen 征（脐周紫兰着色）。

4. 血压、脉搏、体温及神志变化，注意有无休克及意识障碍。

【 辅助检查 】

1. 血（尿、腹水）淀粉酶、血脂肪酶检查。

2. B 超或/和 CT 检查。

3. 腹部 X 线平片检查。

4. 血常规，红细胞压积、血糖、血清电解质及血气分析。

5. 肝肾功能检查，注意 SGOT、LDH 升高。

【 诊断与鉴别诊断 】

依据病史、体征及辅助检查，急性胰腺炎诊断多无困难，但需注意其类型。轻型（水肿型）预后良好，重型（出血坏死型）治疗难度大。Ransons 11 项指标可帮助分型及判断预后，其中前 5 项为入院时查，后 6 项为住院 48 小时内查，阳性结果 3 项以内为轻型， ≥ 3 项为重型。

附：Ranson 指标：

1. 年龄在 55 岁以上。

2. 血糖（BS） $11 \mu\text{mol/L}$ 以上。

3. 白细胞（WBC） $16 \times 10^9/\text{L}$ 以上。

4. 乳酸脱氢酶（LDH） 700U/dl 以上。

5. 谷草转氨酶（SGOT） 250U （FranKel 法）以上。

6. 红细胞压积（Ht）下降 10%。

7. 血清钙 (Ca⁺⁺) 小于 2mmo1/L。
8. 碱储备 (BE) 小于 -4mmo1/L。
9. 尿素氮 (BUN) 上升 1.8mmo1/L 以上。
10. 氧分压 (PaO₂) 小于 8kPa。
11. 体液丢失大于 6L。

鉴别诊断的疾病主要有急性胆管炎、急性上消化道穿孔，绞窄性肠梗阻等。

【 治疗原则 】

1. 非手术治疗：

- (1) 禁食、持续胃肠减压。
- (2) 解痉镇痛，使用杜冷丁应与阿托品同时用。
- (3) 抑制胰腺分泌，应用 5 - FU、H₂ 受体拮抗剂、善得定或施他宁。
- (4) 抗感染、抗休克、纠正水电解质失衡及酸碱代谢紊乱。
- (5) 营养支持。

2. 手术治疗：

(1) 手术适应证：

- 1) 重症胰腺炎，非手术治疗无效，腹膜刺激征加重；
- 2) 合并胰周感染或胰外器官病变；
- 3) 并发胰腺脓肿；
- 4) 不能排除其它外科急腹症者。

(2) 手术方式：

- 1) 胰腺包膜切开，清创性或常规性胰腺部分切除；
- 2) 胆道探查、引流，必要时切除胆囊；
- 3) 减压性胃造瘘；
- 4) 营养性空肠造瘘；
- 5) 腹腔灌洗、引流管放置。

(3) 术后处理：

- 1) 同非手术疗法；
- 2) 保持各灌洗、引流管通畅；
- 3) 密切监测病情，注意并发症防治；
- 4) 手术后 2 周内 TPN，2 周后经空肠造瘘管注入营养液，由 PPN+PEN 逐渐过度到 TEN。

【 疗效标准 】

1. 治愈：症状、体征消失，手术病人切口愈合，无并发症或并发症消失。
2. 好转：症状、体征减轻，或手术并发症稳定，需延期作进一步治疗。
3. 未愈：症状、体征加重或未治疗者。

【 出院标准 】

达到临床治愈、好转疗效者。

八、食管、胃底静脉曲张

【 病史采集 】

1. 肝外型门脉高压如门静脉血栓形成、腹部外伤、腹内肿瘤、胰腺炎、脾囊肿、先天异常、妊娠、口服避孕药等。

2. 肝内性门脉高压。包括：

- (1) 肝内窦前型门脉高压，如血吸虫性肝纤维化等。
- (2) 肝内混合型门脉高压，主要见于肝硬化。
- (3) 肝内窦后型门脉高压，如 Budd-Chiari 综合征等。

3. 特发性门脉高压。

4. 上消化道出血病史。

【 体格检查 】

有无肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、黄疸、腹水、脾肿大、痔疮等。

【 辅助检查 】

1. B 型超声：可显示门静脉、脾静脉、肠系膜上静脉有无扩大、梗阻及血栓形成等，但不能直接观察食管、胃底静脉有无曲张。

2. 食道钡餐检查：能用于诊断食管静脉曲张，可了解其程度和范围，但现已较少应用。如不具备内镜检查条件，仍是诊断本病的主要检查方法。

3. 内镜检查：诊断食管及胃底静脉曲张准确性高。可了解其范围和程度。在条件许可时应争取做此检查，以确定诊断。

4. CT 扫描、门脉造影、门脉测压等检查亦对诊断有帮助，但属非常规检查。在有需要及条件许可时进行此类检查。

【 诊断与鉴别诊断 】

1. 食管、胃底静脉曲张本身并无特殊临床表现。如果病人存在可导致门脉高压的病因，尤其是有上消化道出血病史者即应考虑到食管、胃底静脉曲张存在的可能性。

2. 辅助检查提示有食管、胃底静脉曲张存在。

3. 内镜检查不仅可确诊食管、胃底静脉曲张，还可以了解其范围和程度。

4. 存在门脉高压的病因或上消化道出血的病人亦非都存在食管、胃底静脉曲张。对于存在门脉高压症病因者应根据情况选择钡餐照片或内镜检查以了解有无食管、胃底静脉曲张。对于上消化道出血者在条件许可时应尽量行急诊内镜检查以明确诊断。

【 治疗原则 】

1. 食管、胃底静脉曲张破裂出血的治疗。

(1) 急救治疗：

- 1) 保持呼吸道通畅，循环监测；
- 2) 恢复血容量，保持红细胞压积在 30% 以上；
- 3) 放置鼻胃管和尿管；
- 4) 病情许可时可采用侵入性血流动力学监测方法；
- 5) 应考虑输注新鲜冰冻血浆、冷凝血蛋白、血小板等矫治凝血功能；
- 6) 输注葡萄糖、维生素 B、K、C 等；
- 7) 对躁动病人可酌量应用镇静剂；
- 8) 对肝硬化病人，应注意防治肝性脑病；
- 9) 矫正电解质代谢紊乱；
- 10) 酌情预防性使用抗生素。

(2) 内科治疗：

- 1) 胃灌洗；
- 2) 选用垂体后叶素，可用硝酸甘油对抗垂体后叶素的副作用，有条件时可选用生长抑素（或善得定）；
- 3) 气囊压迫：可选用双腔单囊、三腔双囊及四腔双囊管压迫止血。其第一次止血率约 80%，再出血者止血率为 60%；此外，其可能导致气道填塞等并发症，应高度重视；
- 4) 经内窥镜注射硬化剂疗法：该疗法止血率 80%~90%，止血后可重复进行；
- 5) 经皮经肝门静脉穿刺曲张静脉栓塞及经股动脉插管脾动脉栓塞术对于少数病例，在有条件和一定经验的情况下可以考虑采用。

(3) 急诊手术：

一般认为食管、胃底静脉曲张破裂出血急诊手术死亡率较高，应争取止血后改善全身情况和肝功能以后再择期手术。非手术治疗不能止血或已经充分术前准备拟施行择期手术时发生的食管、胃底静脉曲张破裂出血应采取手术止血。手术方法有断流术和分流术两类。选择何类手术较好，目前尚有争议。

多数人认为在急诊情况下以选择断流术相对较安全，且以胃底贲门门-体循环阻断术为首选术式。

2. 食管、胃底静脉曲张的预防性治疗。

(1) 药物治疗：可选 β 受体阻滞剂，硝酸甘油类，钙通道阻滞剂，H₂ 受体拮抗剂，中药等。但疗效尚不肯定。

(2) 经内镜注射硬化剂疗法与药物治疗相比，其复发出血率减少一半左右，生存率提高。但复发出血率仍可达 40% 左右。必须反复进行方可达到较好效果。对于拟做食管横断或分流术者术前不宜用此疗法治疗。

(3) 手术治疗：

预防食管、胃底静脉曲张破裂出血的手术方式仍包括断流术和分流术两类；对于肝内性门脉高压，同时伴有晚期肝硬化者，尚可考虑选择肝移植术。

在断流术与分流术的选择方面目前国内尚有争议。近年来选择断流术者有增多，此类术式尤适合一些基层医院采用。原则上应根据病人情况、医院条件和术者经验综合考虑。

【 疗效标准 】

1. 治愈：出血停止，症状缓解，曲张静脉消失，无并发症。
2. 好转：出血停止或仍有少量黑便，症状缓解，静脉曲张程度减轻，无治疗并发症。
3. 未愈：未治疗或治疗无效。

【 出院标准 】

达到治愈或好转标准。

九、脾肿大及脾功能亢进症

【 病史采集 】

1. 注意原发病有无先天性溶血性贫血及后天性自身免疫性贫血，这些疾病可引起原发性脾功能亢进症。继发性脾功能亢进症的常见原因是肝硬化门脉高压症，其他原因还有感染、淀粉样变性、淋巴瘤、骨髓增殖症等。

2. 本病的主要症状是由于血液红细胞、白细胞和血小板三系中一系、二系或全血细胞减少所产生的相应症状，如乏力、心慌、头昏、易患上呼吸道感染、牙龈及鼻出血、皮肤紫癜等。

【 体格检查 】

脾肿大、脾功能亢进症的临床表现取决于脾肿大和由脾功能亢进所导致的血液有形成分减少的程度。主要可有脉搏偏快、有力，脉压增大、皮肤粘膜苍白、皮下出血斑、咽喉部充血、扁桃体肿大、心界增大、心脏杂音和病理性心音、脾浊音区扩大或左上腹扪及肿块等。同时可能伴有原发疾病的体征，如浅淋巴结肿大、下肢浮肿、黄疸、肝掌、蜘蛛痣、腹胀、腹壁静脉曲张及腹水征阳性等。

【 辅助检查 】

1. B 超检查有助于确定诊断。在条件许可的情况下可做 CT 或 ECT 检查。
2. 对于原因不清楚的脾肿大，可针对其可能的病因做进一步检查。如溶血象检查、肝功能检查、食道吞钡照片、纤维内窥镜检查。必要时还可行胰腺的 B 超、CT 或 MRI 检查及脾静脉造影，以了解有无脾静脉梗阻因素存在。
3. 对于血液细胞减少而脾肿大不明显、引起脾肿大的原因不明确者尚需行骨髓穿刺检查。必要时尚需做其他的病因相关检查。

【 诊 断 】

1. 有引起脾肿大、脾功能亢进症的原发疾病病史。
2. 脾肿大、脾功能亢进的临床表现。
3. 辅助检查支持脾肿大、脾功能亢进。

【 鉴别诊断 】

在诊断脾肿大、脾功能亢进症时尚需与以下疾病鉴别：脾脏肿瘤、脾脏囊肿、某些感染性疾病、血液系统疾病引起的脾肿大等。

【 治疗原则 】

脾肿大、脾功能亢进症的主要治疗方法是脾切除术。但 15 岁以下的患者、存在溶血危象者则是手术的禁忌证。

【 疗效标准 】

1. 治愈：症状消失，外周血象恢复正常；脾脏切除，无手术并发症。
2. 好转：症状减轻，外周血象回升。
3. 未愈：未治疗或治疗后症状、外周血象无明显改善。

【 出院标准 】

达到治愈或好转标准。

十、血液病脾肿大

【 病史采集 】

是否患有引起脾肿大的血液病，包括良性血液病和恶性血液病。前者有遗传性球形红细胞增多症、症状性椭圆形红细胞增多症、结构性血红蛋白病、地中海贫血、获得性溶血性贫血等。后者包括白血病、慢性骨髓纤维化等。是否存在由这些疾病引起的临床症状。

【 体格检查 】

原发血液疾病的临床体征，脾浊音区扩大或左上腹扪及肿块等。

【 辅助检查 】

1. 原发血液疾病的检查，如血常规、骨髓穿刺检查等。
2. B 超检查有助于确定脾肿大的诊断。在条件许可和有必要时可做 CT、ECT 或 MRI 等检查。

【 诊断与鉴别诊断 】

血液病脾肿大的病因清楚，通常在血液病的诊治过程中已明确诊断。但尚需与门脉高压症、脾囊肿等脾脏占位性病变以及某些感染性疾病所引起的脾肿大相鉴别。

【 治疗原则 】

血液系统疾病种类繁多，不同的血液病所导致的脾肿大是否都适合手术治疗目前尚无定论。选择脾切除术治疗血液病脾肿大有以下几方面的意见：

1. 血液病并发脾脓肿、脾梗塞、脾静脉血栓形成引起区域性门脉高压或发生脾破裂者是脾切除的适应证。

2. 对于某些血液病，脾切除可能起到改善或“治愈”的效果，被视为脾切除术的相对适应证。这些血液病包括：遗传性球形红细胞增多症，Evans 综合征，血栓形成性血小板减少性紫癜，慢性特发性血小板减少性紫癜，温抗体自身免疫性溶血性贫血，某些遗传性红细胞代谢失常性疾病如丙酮酸激酶缺乏症等。

3. 脾切除术疗效尚不明确的血液病主要包括：遗传性血红蛋白合成障碍性疾病，如地中海贫血、高雪氏病、慢性粒细胞性白血病、毛细胞性白血病、慢性再生障碍性贫血、骨髓纤维化无明显髓外造血现象者。对以上疾病所致脾肿大，如未发生其他并发症，需根据具体病情权衡利弊以决定是否施行脾切除术。

【 疗效标准 】

1. 治愈：脾脏切除，无手术并发症。
2. 好转：治疗后脾脏缩小，症状减轻。

3. 未愈：未治疗或治疗后症状和体征无明显改善。

【 出院标准 】

达到治愈或好转标准。

十一、腹部损伤

【 病史采集 】

1. 详细了解受伤原因、程度、部位、时间及伤后病情变化。
2. 注意神志、腹痛部位、性质及有无胃肠道症状或休克等表现。

【 体格检查 】

1. 全面仔细全身检查，了解有无多发伤存在。
2. 有无面色苍白、四肢末梢变凉、脉率加快、血压不稳或下降甚至测不到；腹部外形变化、腹式呼吸是否存在，腹部压痛、肌紧张、反跳痛的程度与范围，有无移动性浊音，肝浊音界和肠鸣音变化。

【 辅助检查 】

1. 实验室检查血常规、血型、出凝血时间及红细胞压积、电解质、肾功、尿常规、血、尿淀粉酶等。
2. 器械检查：胸、腹部平片，必要时可行腹部 B 超或 CT 检查。
3. 诊断性腹腔穿刺或腹腔灌洗术。

【 诊断与鉴别诊断 】

根据病史、体征及辅助检查结果诊断腹部损伤一般不难，但要判断有无腹腔内脏损伤、具体哪个或哪些脏器损伤则不易，有时需要剖腹探查才能明确诊断。

1. 闭合伤关键在于判断有无内脏伤，有下列情况之一者应考虑有腹腔内脏损伤：

- (1) 早期出现休克征象。
- (2) 持续性腹部剧痛伴恶心、呕吐。
- (3) 有明显腹膜刺激征。
- (4) 有气腹表现。
- (5) 腹部有移动性浊音。
- (6) 便血、呕血或血尿。
- (7) 直肠指检前壁有压痛或波动感，或指套染血。
- (8) 腹腔穿刺或灌洗有阳性发现。
- (9) 观察期间病情加重，体征更明显者。

2. 开放伤关键在于判断是否穿入腹腔和有无内脏损伤：

- (1) 上述提示有腹腔内脏损伤的情况同样适用于穿透伤；
- (2) 判断刺伤是否进入腹腔的方法有：
 - 1) 探子或探针探查。
 - 2) 伤道置管碘剂造影。

【 治疗原则 】

1. 非手术治疗：

- (1) 首先处理危及生命的损伤，维持有效的呼吸循环。
- (2) 建立通畅的静脉通道，尽快输液、输血，维持有效血容量和酸碱平衡。
- (3) 严密观察神志、呼吸、尿量及腹部情况变化，加强心电、血压、脉搏的监护，必要时置中心静脉压管。
- (4) 未确诊前禁用镇痛药物。
- (5) 未排除腹腔内脏器损伤者应禁食。
- (6) 早期给予广谱抗生素，开放伤应及早注射 TAT。

(7) 已明确诊断或高度怀疑腹内脏器损伤者应积极做好紧急术前准备，力争早期手术。

2. 手术治疗：

(1) 手术适应证：出现以下情况时应及时剖腹探查：

- 1) 腹痛和腹膜刺激征有进行性加重或范围扩大。
- 2) 肠鸣音减弱、消失或腹胀明显。
- 3) 全身情况恶化，口渴、烦躁、脉率增快或体温及白细胞数上升。
- 4) 膈下有游离气体表现。
- 5) 红细胞计数进行性下降。
- 6) 血压不稳甚至下降。
- 7) 腹腔穿刺吸出气体、不凝血液、胆汁或胃肠内容物。
- 8) 胃肠出血。
- 9) 积极抢救休克而情况不见好转或继续恶化。

(2) 术式选择：

1) 脾破裂：脾切除术为基本手术方法；保脾手术：包括脾修补、部分切除和脾移植，尤其适合于儿童患者；

2) 肝破裂：肝修补术适于轻度肝破裂；肝动脉结扎术适于局部无法缝扎止血者；肝切除术适于重度肝破裂；

3) 胰腺损伤：缝合引流术适用于胰腺撕裂伤；胰尾切除术适用于体尾部断裂者；远侧断端胰腺空肠 Y 式吻合及近端缝合术适用于胰腺头部断裂伤；胰头十二指肠切除术只适用于胰头合并十二指肠严重损伤时，不得不作此术；

4) 十二指肠损伤：单纯修补术适用于裂口不大，边缘整齐，血运良好，无张力者；带蒂肠片修补术适用于裂口较大不能直接缝合者；损伤肠段切除吻合术适用于十二指肠第三、四段严重损伤时；十二指肠憩室化适用于十二指肠第一、二段严重损伤或同时伴有胰腺损伤者；胰头十二指肠切除术只宜用于十二指肠第二段严重碎裂殃及胰头，无法修复者；

5) 胃穿孔：胃修补术适用于损伤不重的裂口止血后直接或修整后缝合；胃部分切除术适用于广泛损伤者；

6) 小肠穿孔：单纯修补术适用于一般用间断横向缝合；肠切除吻合术适用于裂口较大或边缘部肠壁组织挫伤严重，小段肠管多处破裂，肠管部分或完全断裂，肠系膜损伤影响肠壁血运；

7) 结肠穿孔：一期修补或切除吻合术适用于裂口小、腹腔污染轻、全身情况良好的右半结肠破裂；肠造口术适用于污染严重的左半结肠损伤；

8) 直肠损伤：直肠缝合修补和乙状结肠双筒造口及直肠周围间隙引流术；

9) 腹膜后血肿探查、清除血肿，结扎或修补破损血管，处理受伤脏器，但小血肿、无扩展的血肿，可不必处理。

【 疗效标准 】

1. 治愈：症状消失，伤口愈合，功能恢复正常。
2. 好转：症状改善，部分功能恢复正常。
3. 未愈：未治疗或治疗无效。

【 出院标准 】

达到治愈或好转疗效者。

十二、腹部肿块

【 病史采集 】

1. 询问肿块出现的时间及生长速度。
2. 有无伴腹痛、发热、黄疸、便血或血尿等。
3. 全身情况变化，有无消瘦、贫血等。

【 体格检查 】

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/198050101100006106>