第一章 食管疾病

△解剖与生理

一、食管（无屏障）

二、胃 （有屏障）

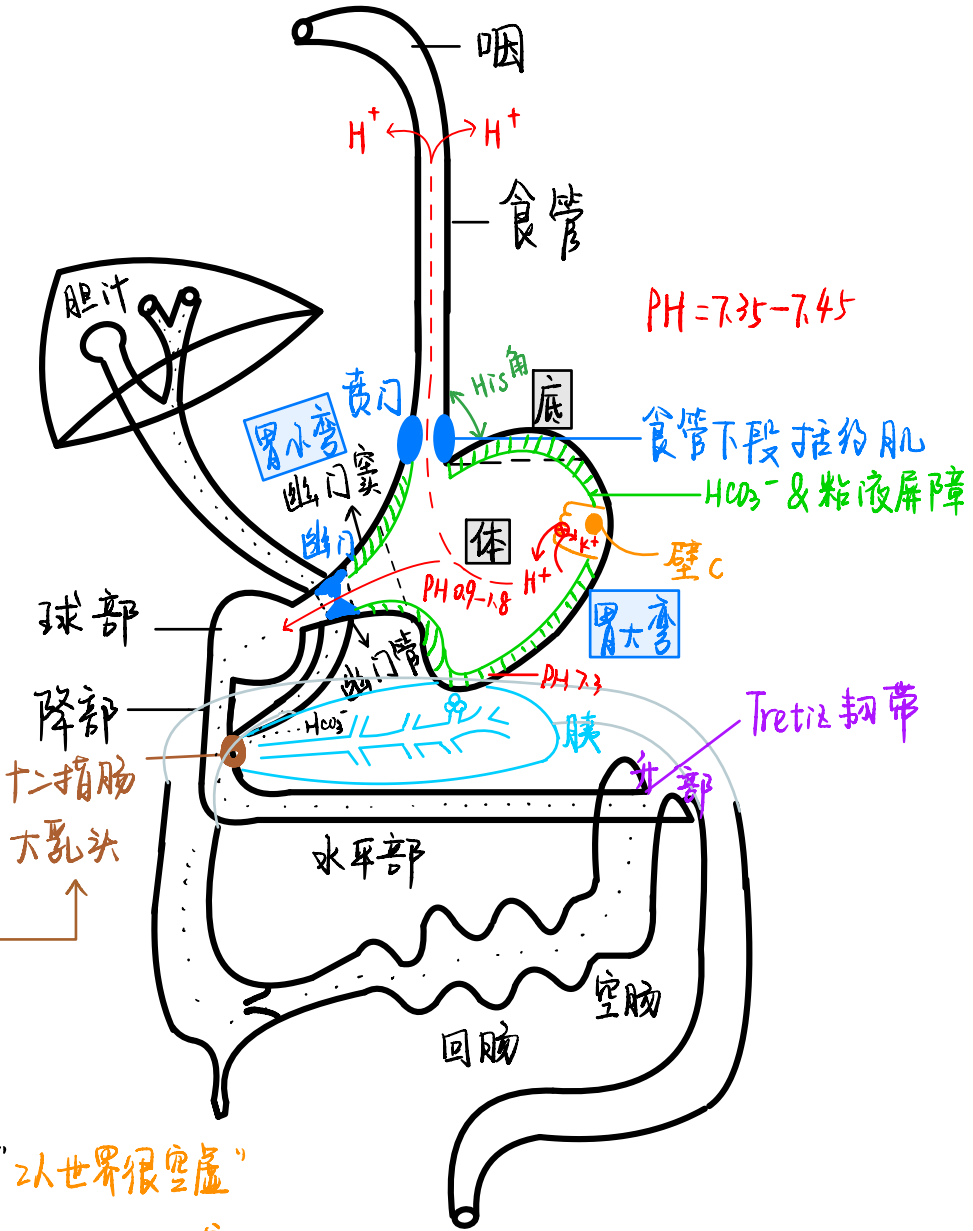
- 胃底/胃体（壁细胞、H^+-K^+-ATP酶/质子泵抑制剂）
- 幽门窦（胃窦）/幽门管
- 贲门/幽门
- 胃小弯 & 胃大弯
- 胃角（角切迹）/His角

三、十二指肠（无屏障）

- 球部
- 降部
- 水平部 （Treitz韧带）
- 升部 — 十二指肠悬韧带

四、降部

- 肝 — HCO_3^-
- 胆囊 〉共同开口
- 胰腺 — HCO_3^-



五、小肠

- 空肠：Fe^{2+} — "2人世界很空虚"
- 回肠：VB_{12} — "12个月回一次家"
- 重吸收 & 分泌肠液

六、大肠

- 结肠：重吸收水分
- 直肠：排泄

第1节 胃食管返流病

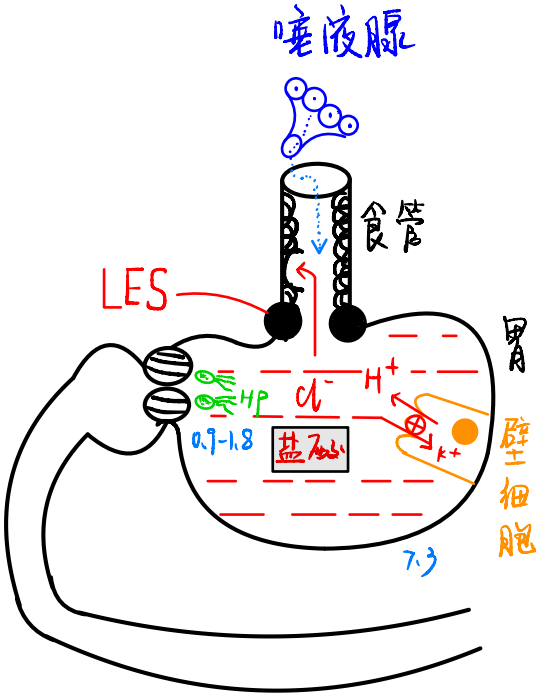
一、解剖学

- 壁细胞
  - H^+-K^+-ATP酶
  - (H^+-K^+泵) → H^+
  - (质子泵)
  - 内因子
- 肌肉
  - 食管下段括约肌(LES)
  - 幽门括约肌

二、胃功能

HCl —杀菌

括约肌—关门 > 搅拌功能



三、病因

1、主要病因：LES食管下段括约肌松弛

2、LES功能松弛也

❶LES结构障碍
- 贲门失弛缓症 术后？
- 食管裂孔疝
- 腹内压高
- 胃内压高

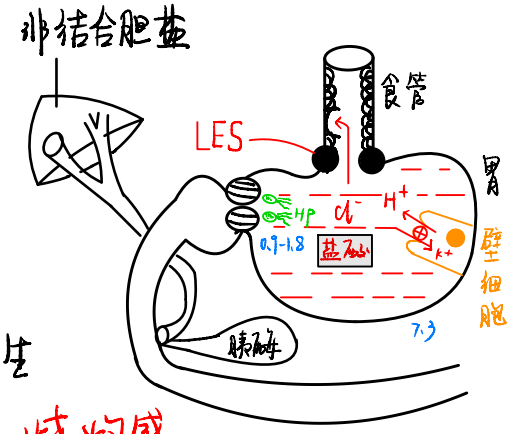
❷LES功能障碍
- 食物：高脂肪、巧克力
- 药物：钙离子拮抗剂、地西泮
- 激素：血管活性肽、胆囊收缩素、胰高血糖素

"老太太胆子大、血糖高、爱吃脂肪巧克力、睡着吃安定、身体不好补点钙"

3、食管清除能力下降、干燥综合症(腺体炎)

4、食管本身屏障功能下降

四、机制
- a HCl（酸）—最主要
- b 非结合胆盐（无结合胆盐）
- c 胰酶
- d 胃蛋白酶



五、表现

1、食管内症状
- 典型表现
  - 餐后1小时发生
  - 反酸、烧心、烧灼感
- 非典型表现
  - 胸痛：刺痛、绞痛
  - 吞咽困难

2、食管外症状（癌球症）
- 咽喉炎
- 慢性咳嗽
- 肺炎/哮喘
- 间质性肺炎—肺纤维化

六、检查

1、首选、最有意义、确诊—胃镜
- 食管有条形缺损部分—反流食管炎
- 食管正常—非糜烂性反流病

2、非糜烂性反流病（酸反流）—食管24小时PH下降

3、食管测压—术前评估

七、治疗

1、药物
- 使酸↓
  - 抑酸药
    - PPI 质子泵抑制剂（按）—XX拉唑 4-8w
    - H_2受体阻滞剂（general）—XX替丁 8-12w
  - 抗酸药—氢氧化铝等，中和胃酸
- 促胃动力药—多潘立酮、XX必利

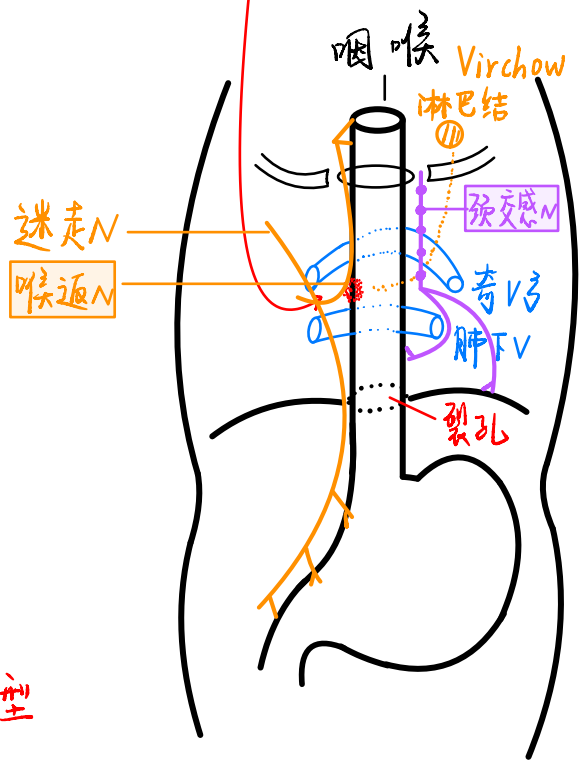
2、手术—胃折叠术

八、并发症
- 最常见—上消化道出血
- 最严重—鳞状上皮→柱状上皮（Barrett食管）
  （化生）—癌前病变—定期胃镜随访（易腺Ca）

第2节 食管癌 (A-动脉、V-静脉、癌-Ca、神经-N)

一、解剖

1. 分段
   - 颈段：咽喉 — 胸廓入口
   - 胸段：胸廓入口 — 食管裂孔
     - 胸上段
     - 胸中段
     - 胸下段
   - 腹段：食管裂孔 — 贲门
2. 毗邻
   - 食管前方：左心房 (2020)
   - 穿过食管裂孔：食管 (2020)



二、病理

1. 胸中段：食管癌最好发部位
2. 鳞癌：最常见类型 (与外界相通大多数器官)
3. 胃食管返流病 — Barrett食管 — 腺癌
4. 类型：

髓质型	缩窄型	蕈伞型	溃疡型
一厚	一窄	一突出	一凹陷

口诀：一厚一窄一突出一凹陷

5. 转移
   - 直接浸润
   - 淋巴转移：左锁骨上淋巴结

压迫颈交感N
↓
眼裂变小
瞳孔缩小
眼球内陷
汗腺(前部无汗)

三、病因

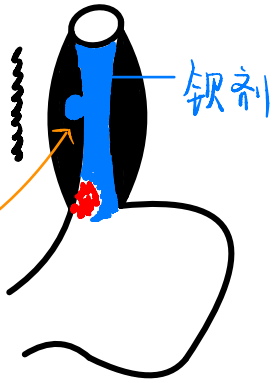
1. 地域 — 太行山一带 (河北、河南、山西…)
2. 缺乏微量元素：硒、VA、VC…
3. 长期吃腌制食物：亚硝酸盐 / 黄曲霉等

四、表现

- 早期：不典型、胸骨后烧灼感、刺痛、哽噎感
- 晚期
  - 典型 — 进行性吞咽困难
  - 压迫 — 喉返神经：声音嘶哑

五、检查

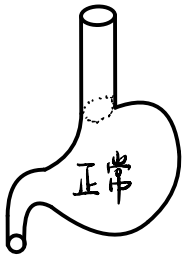
1. 最有意义：胃镜+活检
2. 有胃镜禁忌症&不想做胃镜者：X线钡餐造影

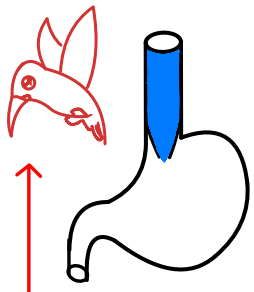


早期
- 小/局限充盈缺损/龛影
- 局限管壁僵硬

晚期
- 食管管壁僵硬
- 不规则
- 蠕动消失

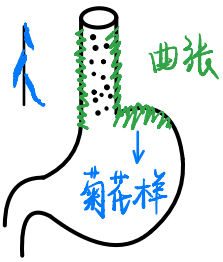
3. 食管拉网试验—大规模筛查
4. 超声内镜 — 病变深浅、指导分期/治疗





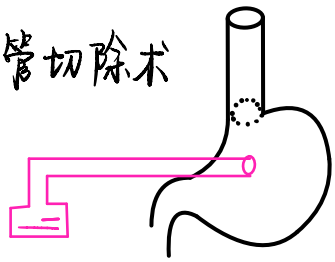
六、诊断&鉴别诊断

1. 贲门失弛缓症 — 吞咽困难+X线钡餐：鸟嘴征
2. 胃底食管静脉曲张 — 吞咽困难+肝硬化病史+X线钡餐
   （虫蚀样、蚯蚓样、串珠样、菊花样）



七、治疗

1. 早期食管癌（局限于粘膜及粘膜下层）—胃镜下粘膜剥离术
2. 食管癌首选治疗 —手术治疗：食管Ca根治术
3. 全身情况差，无法耐受大手术 — 姑息食管切除术
4. 改善生活质量 —胃造瘘术
5. 晚期/无法手术 —放射治疗



八、治疗后并发症 (2015)

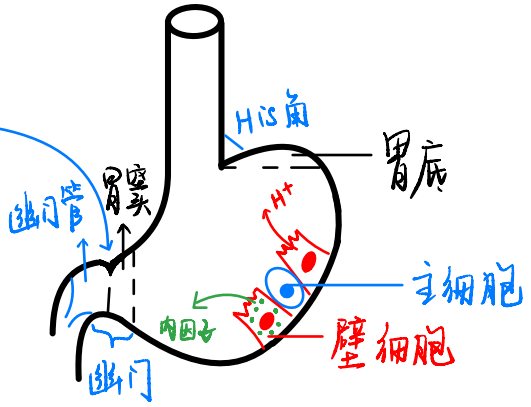
1. 吻合口瘘：胸腔积液+发热
2. 乳糜胸
3. 喉返N损伤，声音嘶哑

第二章 胃、十二指肠疾病

△解剖与生理

一、结构

- 胃小弯 — 胃角/胃角切迹
- 胃大弯 — His角
- 幽门 — 幽门窦/胃窦
- 幽门管



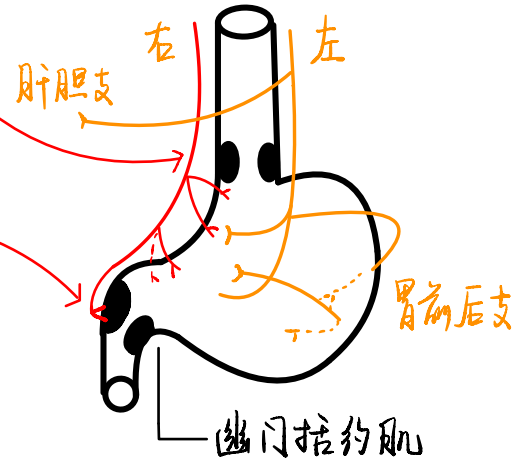
二、胃体/胃底

- 壁细胞
  - 盐酸 HCl
  - 内因子
- 主细胞 — 胃蛋白酶原

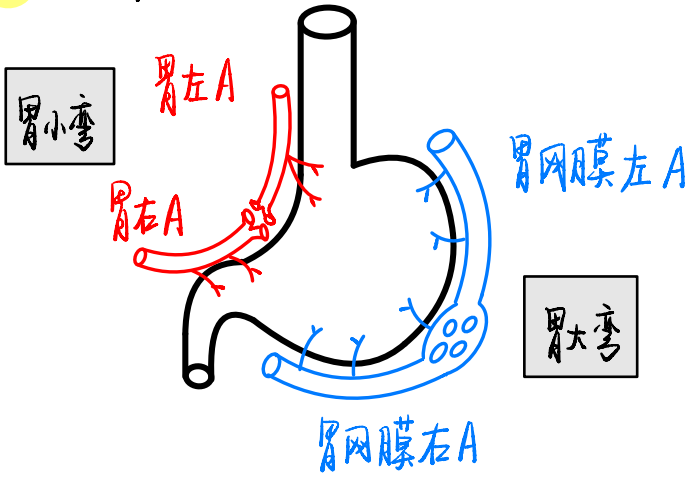
盐酸能使无活性的胃蛋白酶原变成胃蛋白酶(有活性分解蛋白质)

三、神经

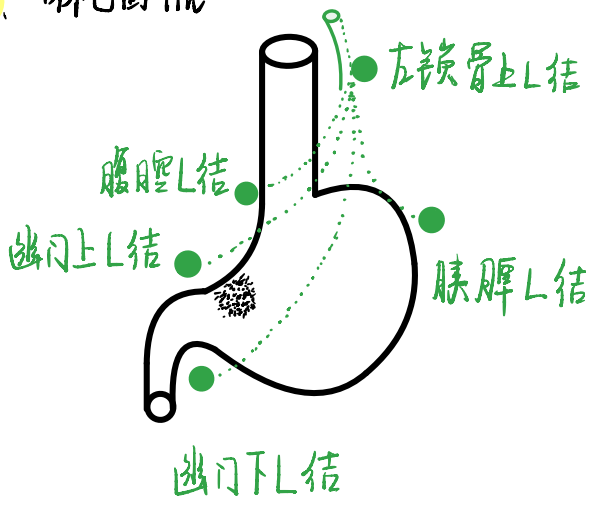
- 右迷走N
  - 腹腔支
  - 胃前、后支
  - 鸦爪支
- 左迷走N
  - 肝胆支
  - 胃前、后支



四、血管



五、淋巴回流



第1节 急性胃炎

一、病因

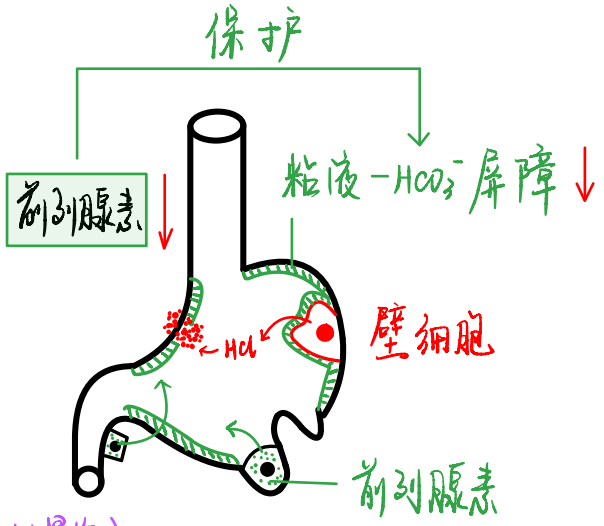
1. 应激：重大外伤、多发骨折、大手术、烧伤、脑出血 —产生应激（胃表面物质：前列腺素）↓
2. NSAIDs（非甾体消炎药）：阿司匹林、吲哚美辛、布洛芬、双氯酚酸
   - ↓
   - 抑制环氧化酶（COX-1）
   - COX-1 产生 —前列腺素
   - COX-2 产生 —炎症（红、肿、热、痛）
3. 酒精
4. 辛辣食物
5. 胆汁/胰液返流

二、表现

1. 一般表现：腹痛、腹胀、嗳气
2. 特征表现：呕血 & 黑便

三、检查

1. 胃镜+活检 —最有意义的检查
2. 浓硫酸 H_2SO_4 —禁忌胃镜



四、诊断

1. 急性胃炎
   - 急性出血性糜烂性胃炎（急性胃炎）
   - 急性 Hp 感染性胃炎 ×
   - 急性非 Hp 感染性胃炎 ×
2. 应激性溃疡
   - 中枢神经病变（脑出血）—Cushing 综合征　Harry williams
   - 烧伤　Curling 溃疡　"烧了树林"

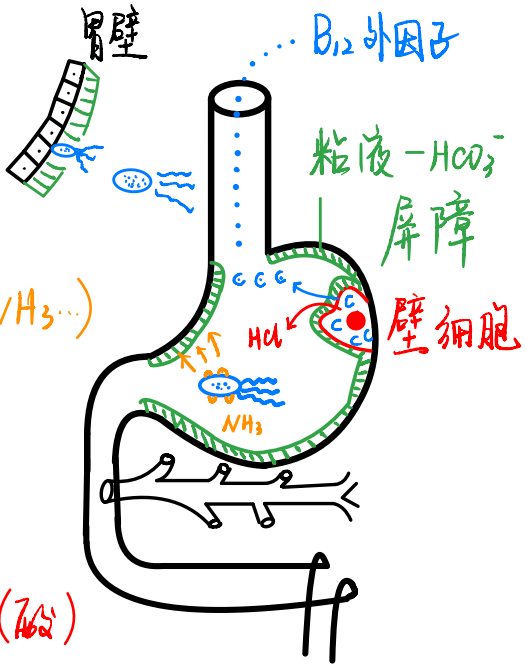
五、治疗

1. 首选：PPI —奥美拉唑/雷贝拉唑
2. 次用：米索前列醇
3. 骨关节炎 —NSAIDs— 抑制 COX-2 → 塞来昔布（西乐葆）

第2节 慢性胃炎

一、病因

1. 最主要：Hp（感染）



- （鞭毛）— 运动
- 粘附素 — 固定胃壁上
- ★尿素酶（使尿素 $\xrightarrow{分解}$ $CO_2+H_2O+NH_3$…）
- 位置定位：胃壁细胞 & 粘液层之间
- 空泡毒素 / LEWIS X/Y抗原

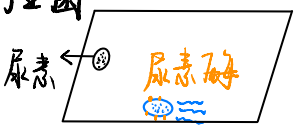
2. 十二指肠液反流
3. ★自身免疫因素 — 壁细胞（抗体）
   - HCl（酸）
   - 内因子（抗体）→ 导外因子 B_{12} 送至回肠吸收
4. 年龄 & 胃粘膜营养因素↓

二、表现

- 无特异性
- 不典型：饱胀感、腹痛、腹胀、嗳气…

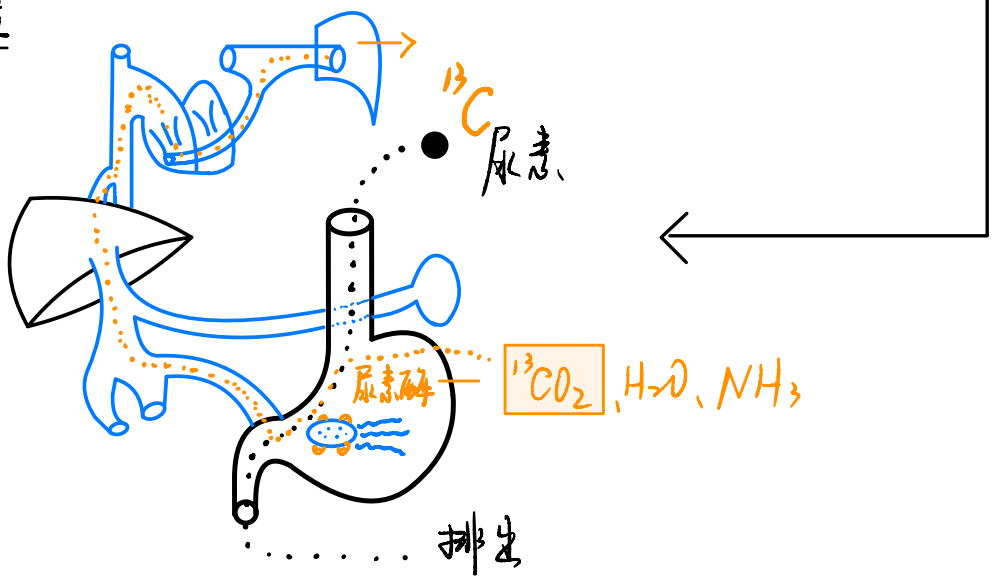
三、检查

1. Hp感染
   - 侵入法：胃镜
     - Hp培养：金标准（科研）
     - Hp染色：革兰染色阴性菌
     - 快速尿素酶试验



   - 非侵入法
     - ^{13}C尿素酶呼吸试验 — 最常用
     - Hp抗体：既往感染过Hp

2. 胃镜+活检 → 金标准



四、胃镜下—分型

1. 慢性非萎缩性胃炎(浅表性) — 皱壁存在 ：以红为主
2. 慢性萎缩性胃炎 — 皱壁平坦 ：以白为主—血管透见

① 胃体胃炎(A型) —壁细胞抗体 — 壁细胞↓ < HCl↓↓↓(明显减少) ; 内因子↓↓↓ —B_{12}↓ —巨幼贫：恶性贫血

② 胃窦胃炎(B型) — Hp感染 — 壁细胞ok < HCl正常或减少 ; 内因子正常/不贫血

五、胃镜下—病理

1. 稳定期 ：淋巴细胞、浆细胞
2. 急性发作期：中性粒细胞
3. 萎缩 ：细胞数量↓&器官体积变小
4. 化生 ：肠上皮化生
5. 异型增生 —不典型增生 < 低级别上皮内瘤变、轻&中度不典型增生 ; 高级别上皮内瘤变、高度不典型增生&原位癌

胃镜随访

↓

胃镜下手术

六、治疗

1. 慢性浅表性胃炎 —对症治疗
2. 轻度&中度不典型增生 —胃镜定期随访
3. 中重度不典型增生&原位癌—胃镜下粘膜剥离术
4. Hp感染 —抗Hp治疗

① PPI + 铋剂 + 两种抗生素(阿莫西林、甲硝唑、克拉霉素)

② 7-14天 饭前吃 饭后吃

↓

在酸性环境中不能杀死Hp

5. 壁细胞抗体 —糖皮质激素

第3节 功能性消化不良

一、病因：不明

二、表现+诊断：饭后饱胀感、嗳气、腹痛等≥6个月+所有检查(-)

三、治疗：对症

第4节 消化性溃疡

△、胃十二指肠 — HCl & 胃蛋白酶、Hp感染
(壁细胞 主细胞)

一、病因 — 胃溃疡

1、最主要：Hp感染 

2、辅助因素：HCl & 胃蛋白酶 — 十二指肠溃疡

3、十二指肠胆汁&胰液反流

4、其他：吸烟、饮酒…

5、药物：NSAIDs(前列腺素↓)、糖皮质激素、化疗药…

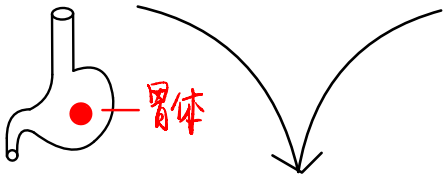
二、表现&病理

	胃溃疡 GU	十二指肠溃疡 DU
病因	Hp感染	HCl↑↑↑ & Hp感染
部位	胃窦小弯侧	球部
表现	进食痛	空腹痛、夜间痛
疼痛特点	进食-疼痛-缓解	疼痛-进食-缓解
年龄	年龄大(40-50岁)	年龄小(20-30岁)
癌变	可癌变	绝对不癌变

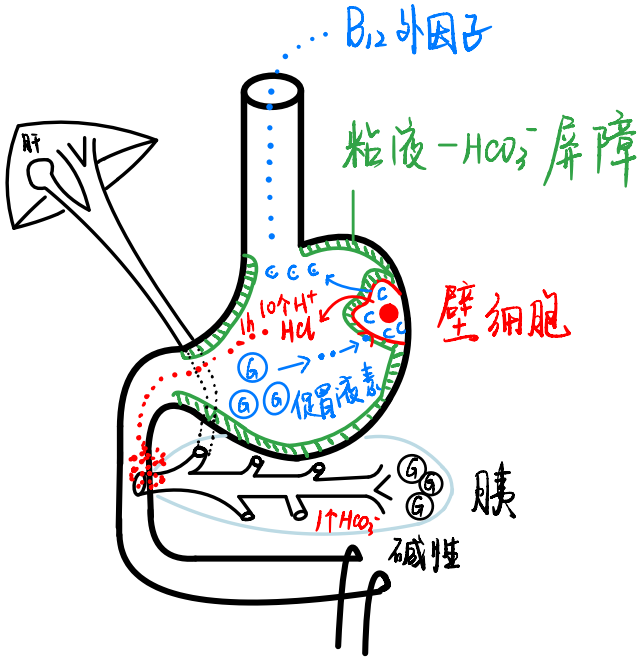
迷走N末梢释放乙酰胆碱 — 促进胃酸分泌↑ — 疼痛

二、特殊溃疡

1. 复合性溃疡：胃、十二指肠溃疡同时有溃疡
2. 巨大溃疡（溃疡直径 >2cm）：球部后壁、易穿透、可放射后背
3. 幽门管溃疡：早期出现幽门梗阻、易穿孔&出血
4. 球后溃疡（不是球部后壁，是下方）
   - 降部、水平部、升部、甚至小肠溃疡
   - HCl ↑↑↑ —卓-艾综合征
   - G细胞 —促胃液素瘤
5. 老年人溃疡
6. 儿童溃疡



症状不典型、发现晚，并发症发生率高



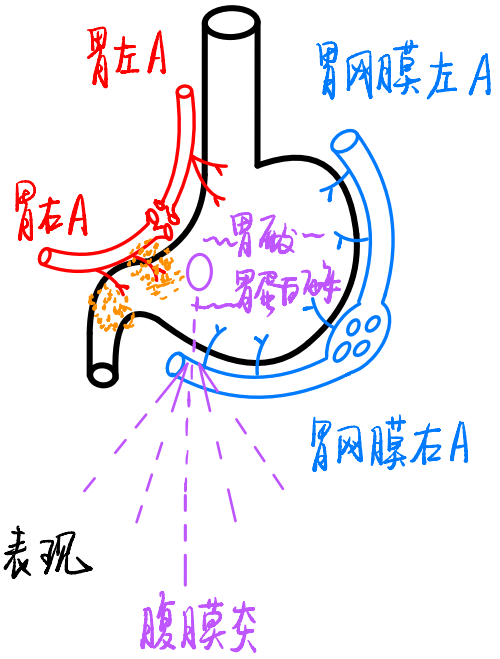
四、并发症

1、出血

① 部位
- 胃溃疡：胃窦小弯侧 —— 胃右A
- 十二指肠溃疡：球部 —— 后壁

② 特点：最常见

③ 出血&表现
- 5-10 ml —— 大便潜血(+)
- 50-100 ml —— 黑粪
- ≥50 ml —— 呕血
- > 600ml 400? —— 头晕黑矇等表现
- > 800~1000 ml —— 休克(-休)



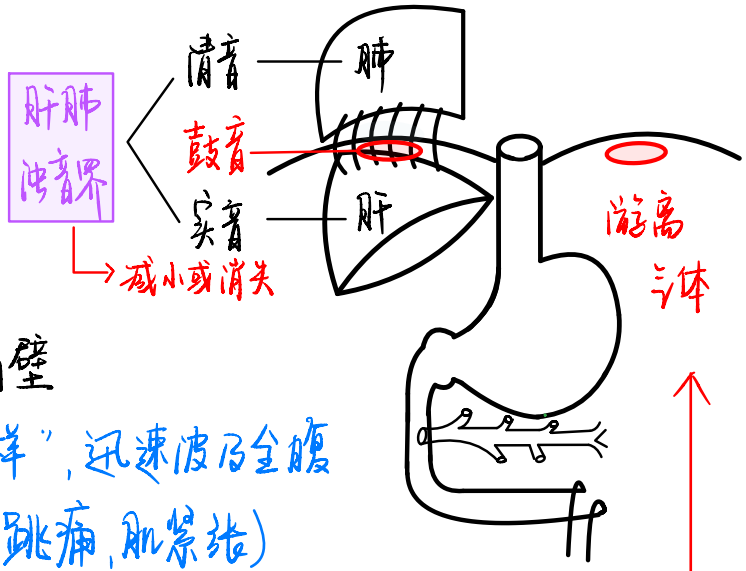
④ 手术指征
- 内科治疗无效
- 偏远地区
- 动脉性出血

2、穿孔

① 部位
- 胃溃疡：胃窦小弯侧
- 十二指肠溃疡：球部前壁

② 表现：突发上腹剧烈腹痛，呈"刀割样"，迅速波及全腹

③ 体征
- 腹膜刺激征(压痛、反跳痛、肌紧张) —— 板状腹
- 肠鸣音减弱或消失
- 肝肺浊音界减小或消失



④ 检查
- 禁忌：胃镜、钡餐造影
- 首选：立位X线平片 —— 膈下游离气体
- 次选：诊断性腹穿

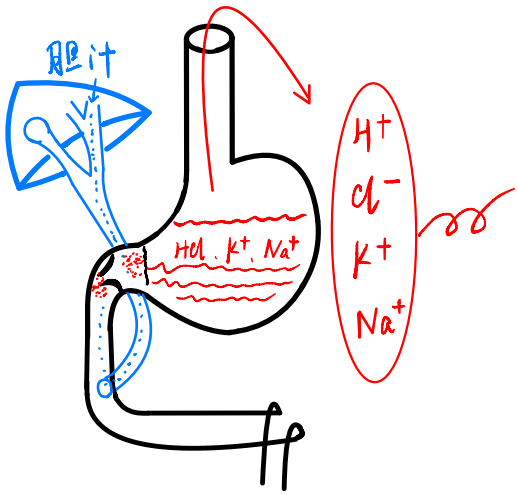
⑤ 治疗
- 污染不重 —— 胃大部分切除术(考得多)
- 污染重：严重水肿 大量食物残渣 —→ 穿孔修补术

3、梗阻(幽门梗阻)

①表现：反复呕吐大量发酸发酵宿食，无胆汁

②体征：振水音阳性

③检查
- 电解质：低K^+、低Cl^-、碱中毒
- 确诊：胃镜+活检
- 钡餐造影 >24h 钡剂残留



④治疗
- 瘢痕性幽门梗阻
  - 非手术：温盐水(高渗)洗胃
  - 手术绝对适应症
- 痉挛性/水肿性 —非手术

4、癌变(最少见)：胃溃疡癌变GU、十二指肠溃疡不癌变DU

五、检查

1、最有意义—胃镜+活检
- 直径 >2cm
- 凹凸不平
- 碰之易出血

=> 注意与胃癌鉴别

2、Hp检查方法
- 侵入性
- 非侵入性

> 同前

- Hp抗体：不能说明正在感染中

3、胃液分析&胃泌素瘤：肿瘤释放大量胃泌素 → 分泌大量HCl

↓

卓-艾综合征 ←(降、水平、升部+小肠)溃疡不典型部位发生溃疡

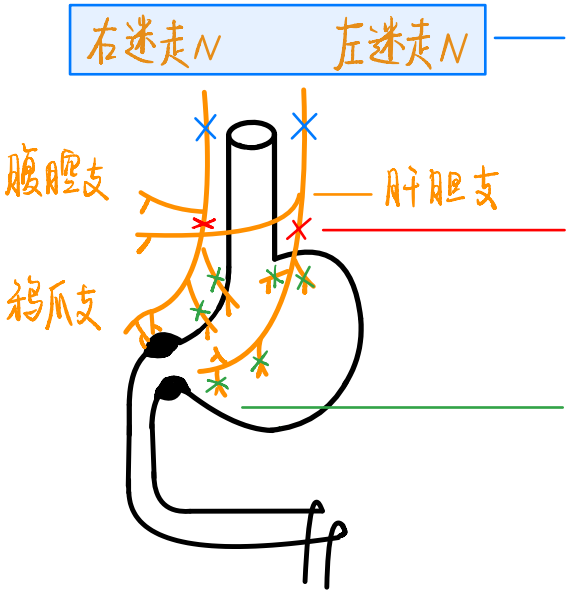
六、治疗

1、药物
- 抑酸剂
  - 奥美拉唑
  - H_2受体阻滞剂：XX替丁
- Hp感染—4联(7-14天)
- 保护胃黏膜
  - 铋剂
  - 碱性药物—中和胃酸(氢氧化铝)

2、手术

迷走N
- 右迷走N — 腹腔支、胃前、后支、鸦爪支
- 左迷走N — 肝胆支、胃前、后支

① 国外

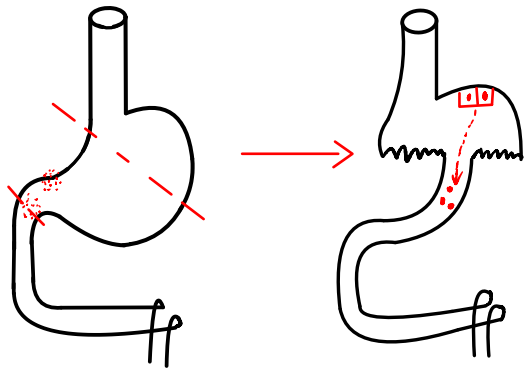


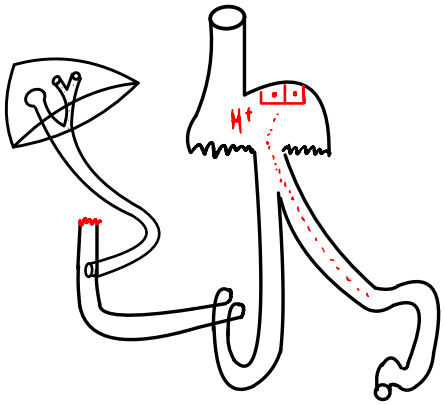
a、迷走N切断术（弃）

b、选择性迷走N切断术（保留3腹腔支和肝胆支）
+幽门成形术（解决胃潴留）

c、高选择性迷走N切断术
（保留腹腔、肝胆、鸦爪支）

② 国内 — 首选：胃大切（⅔-¾）、毕（Billroth）





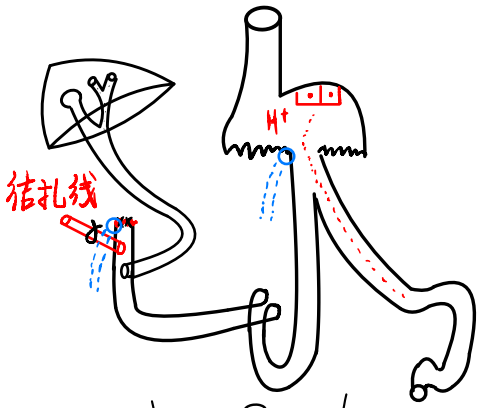
毕I式
- 胃溃疡"一味"
- 符合解剖生理
- 吻合口张力大

毕II式
- 胃溃疡 & 十二指肠溃疡
- 不符合生理状态
- 并发症多
- 吻合口张力小

七、毕Ⅱ式手术并发症

(一) 早期并发症

1、术后出血
- 2-4小时：结扎线脱落
- 4-6天后：吻合口粘膜坏死脱落
- 10-20天后：缝合处感染

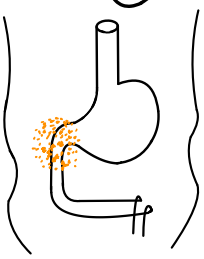


2、胃瘫 — 术后第2天：腹胀+呕吐墨绿色物…

3、吻合口破裂/瘘

4、十二指肠残端破裂

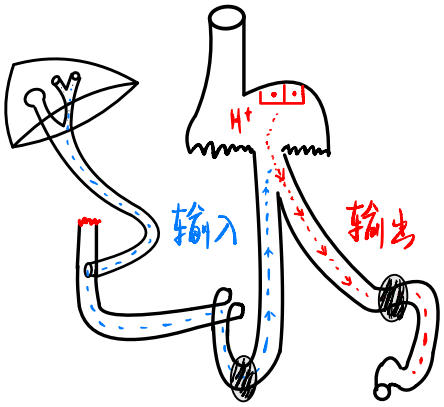
> 腹膜炎+发热 → +右上腹固定压痛



5、术后梗阻

① 输入段梗阻
- 急性：少量食物+无胆汁
- 慢性：无食物+大量胆汁

急找少慢找大



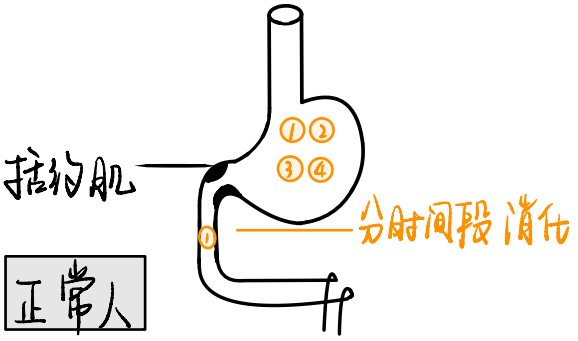
② 输出段梗阻：食物+胆汁

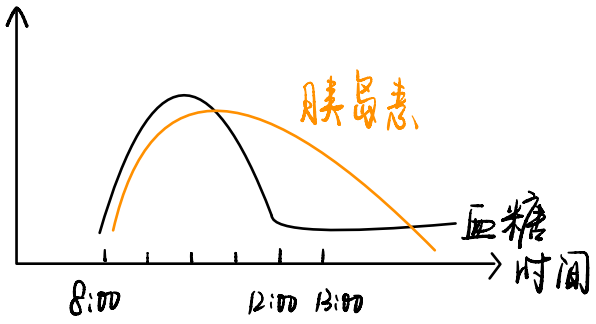
(二) 远期并发症

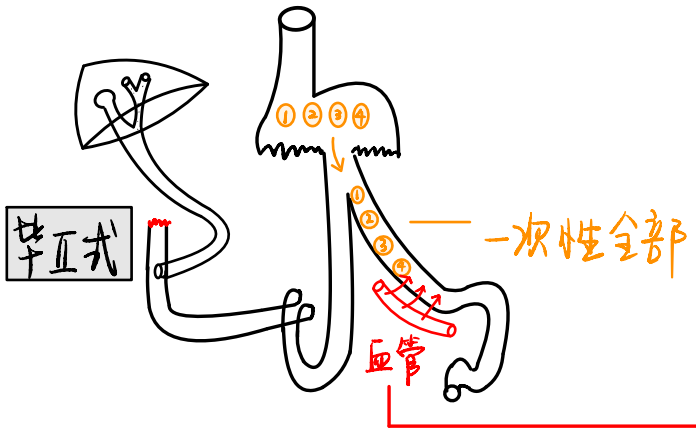
1、倾倒综合征

早期 — 进食后30min — 低血容量表现：头晕、心慌、心悸

晚期 — 进食后2-4h — 胰岛素分泌↑ — 低血糖表现





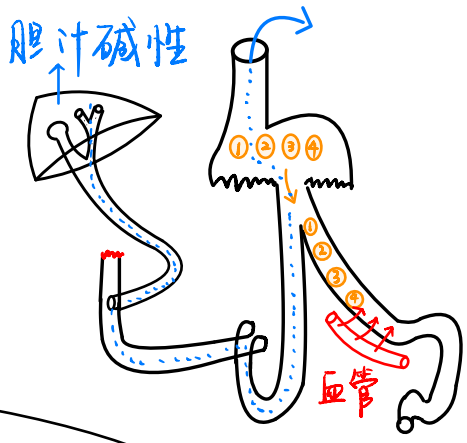


血餐必液体去消化吸收食物
血管内血容↓

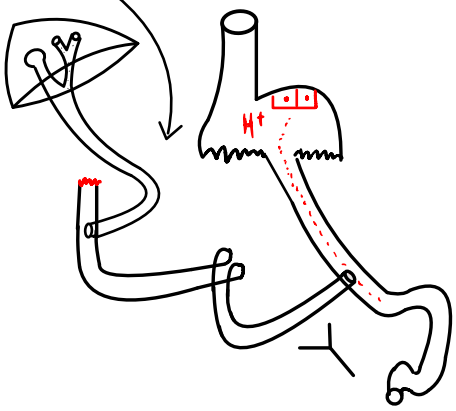
2、碱性返流病（抗酸无效）

① 一般发生在毕Ⅱ术术后

② 三联征
- 胸骨后烧灼感
- 胆汁性呕吐
- 体重下降



③ Roux-en-Y吻合术



3、营养并发症

↓

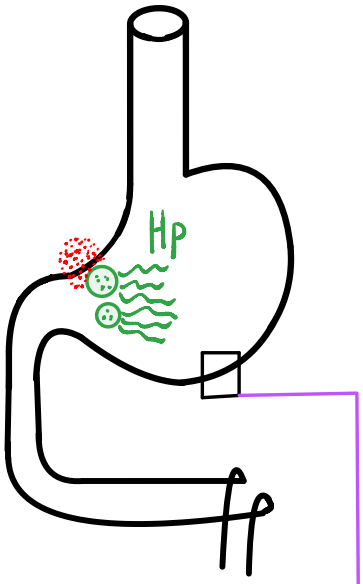
壁细胞减少
- HCl↓ —Fe^{2+}↓—缺铁贫
- 内因子↓—B_{12}↓—巨幼贫

4、残胃癌
- 最短时间：术后5年
- 最常见时间：术后10年以后
- 表现：剑突下包块，边界不清

第5节 胃癌

一、病因

1、最主要：Hp（慢性胃炎、胃溃疡、胃癌）



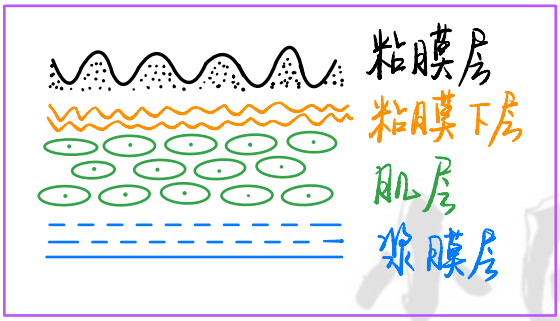
2、EB病毒

3、地域关系：日本、智利、中国

4、基因突变

二、病理

1、最好发部位：胃窦小弯侧 > 贲门 > 胃体



逢考必过
更多医考资料请咨询微信xiaoyijingcheng777

小医精诚 Xiao Yi Jing Cheng
笔记作者：小医精诚777

2、分型

① 早期胃癌 —— 仅侵犯粘膜层或粘膜下层，无论有无转移

② < 5 mm —— 微小胃癌

③ 5mm ≤ < 10 mm —— 小胃癌

"威武小时"

④ 一点癌 —— 通过胃镜取活检有癌组织，随后胃切除标本中无癌组织

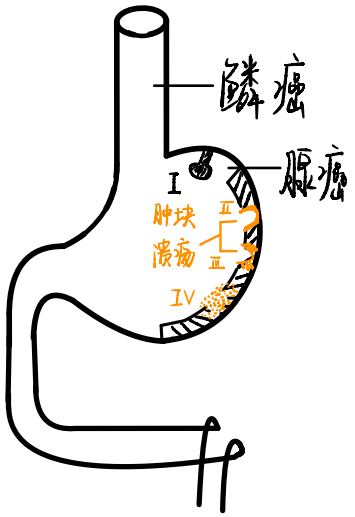
⑤ 进展期胃癌
- 侵犯肌层
- 皮革胃

3、大体分型

① 早期胃癌
- Ⅰ型：隆起型 —— 少见
- Ⅱ型：表浅型
- Ⅲ型：凹陷型 —— 多见

② 进展型胃癌：Borrmann分型
- Ⅰ肿块型
- Ⅱ局限型
- Ⅲ浸润型
- Ⅳ弥漫型

（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型 > 溃疡）



4、病理类型：腺癌

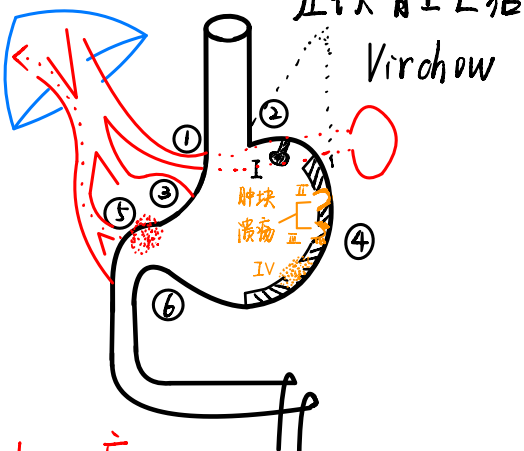
5、转移

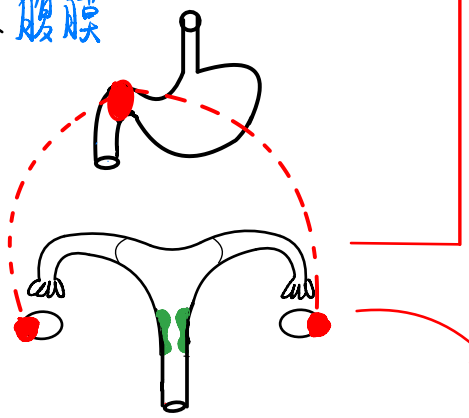
① 直接蔓延（横结肠、胰腺等）

② 淋巴转移
- 3站16组
- 局部淋巴结 —— 转移至左锁骨上淋巴结

③ 血行转移 —— 门V —— 肝

④ 种植转移
- 卵巢 —— 库肯勃格瘤
- 腹膜





Krukenburg瘤
印戒细胞

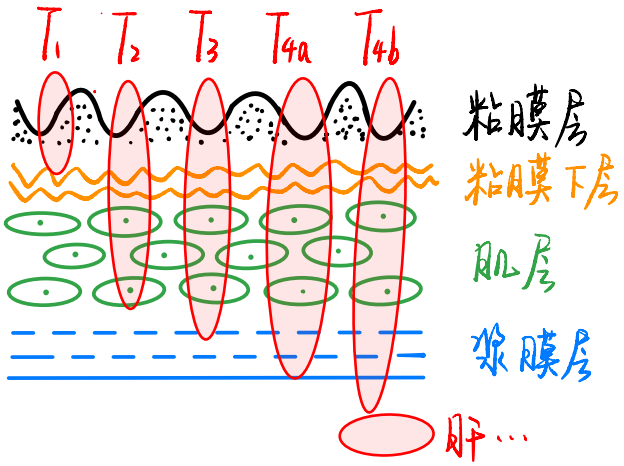
三、表现
- 早期 — 无特征表现
- 进展期 — 最常见：腹痛+消瘦、贫血貌

四、体征
- 剑突下压痛/肿块
- 上肢压痛

五、检查
- 最主要、最有价值：胃镜+活检
- X线钡餐造影：充盈缺损/龛影
- CT/MRI — 分期
- PET-CT — 全身/骨骼转移

六、分期(TNM)

1、T肿瘤
- T_1 — 粘膜/粘膜下层
- T_2 — 肌层
- T_3 — 浆膜下层
- T_{4a} — 浆膜
- T_{4b} — 周围组织



2、N淋巴结
- N_0 — 无
- N_1 — 1-2区域
- N_2 — 3-6区域
- N_3 — ≥7区域

3、M远处转移
- M_0 — 无
- M_1 — 有

七、治疗
- 早期胃癌 — 胃镜下粘膜剥离术
- 进展期胃癌 — 胃癌根治术
  - 距离肿瘤边缘5cm
  - 上食管、下十二指肠3-4cm
- 合并并发症：穿孔、梗阻等 — 姑息性胃切除术
- 转移(种植性转移腹膜→大量腹水)—禁忌手术
- 化疗：氟尿嘧啶+顺铂

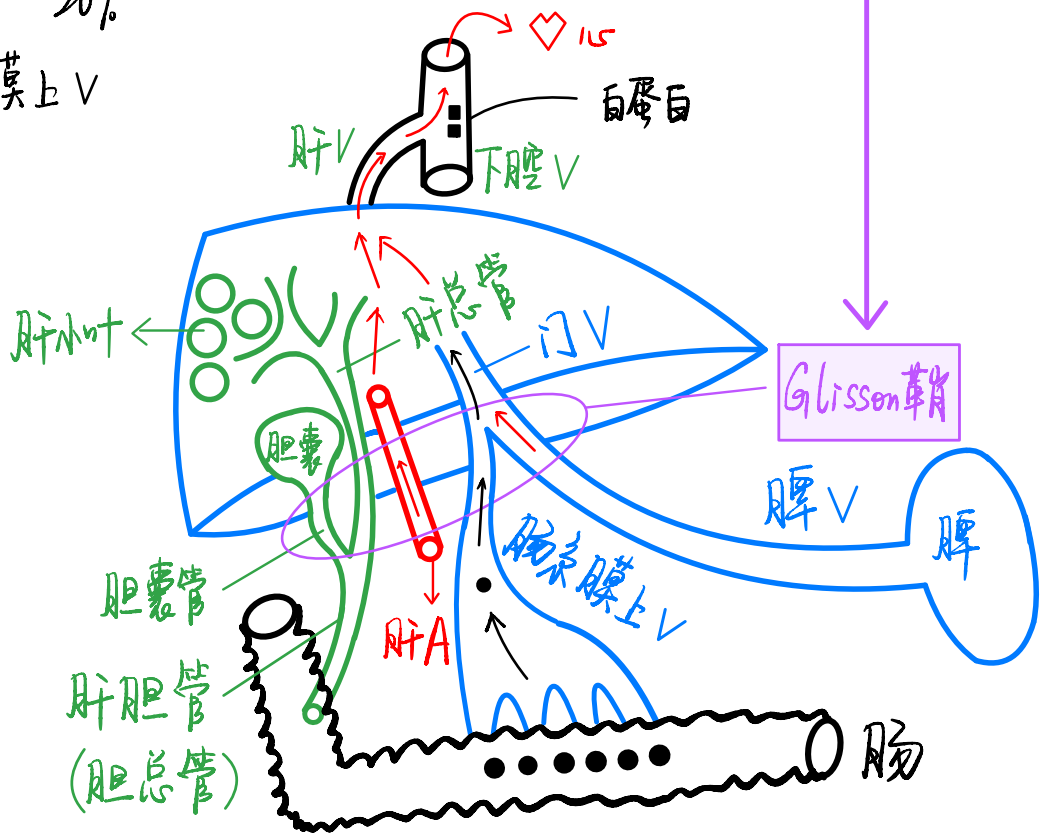
第三章 肝胆疾病

一、解剖

1、第一肝门
- 门V — 75%
- 肝A — 25%
- 肝胆管

2、门V
- 脾V — 20%
- 肠系膜上V

3、第二肝门 — 肝V



二、生理(化工厂)

- 分解
  - 毒素
  - 激素
- 合成
  - 白蛋白
  - 凝血因子
- 肝小叶

炎	①肝硬化	癌
↓	↓	↓
④肝脓肿	②门脉高压	⑤肝癌
	↓	
	③肝性脑病	

第1节 肝硬化

一、病因

1. 我国：病毒性肝炎(2肝) HBV
   国外：酒精性肝硬化、丙肝 HCV
2. 淤积：心衰竭 — 淤血性肝硬化
   胆石症 — 淤胆性肝硬化
3. 寄生虫：日本血吸虫
   华氏睾吸虫
4. 代谢：铜↑ — 肝豆状核变性 → K-F环
   铁↑ — 血色病
5. 其他：免疫、药物、毒物

二、病理

1. 大体观 ---------> 早期：肿大
   晚期：缩小(大多数)&肿大
2. 镜下观
   ↓
   肝小叶 —HBV感染→ 肝星状细胞↑↑↑
   纤维↑↑↑

肝硬化 ← 假小叶 ← 肝小叶 + HBV

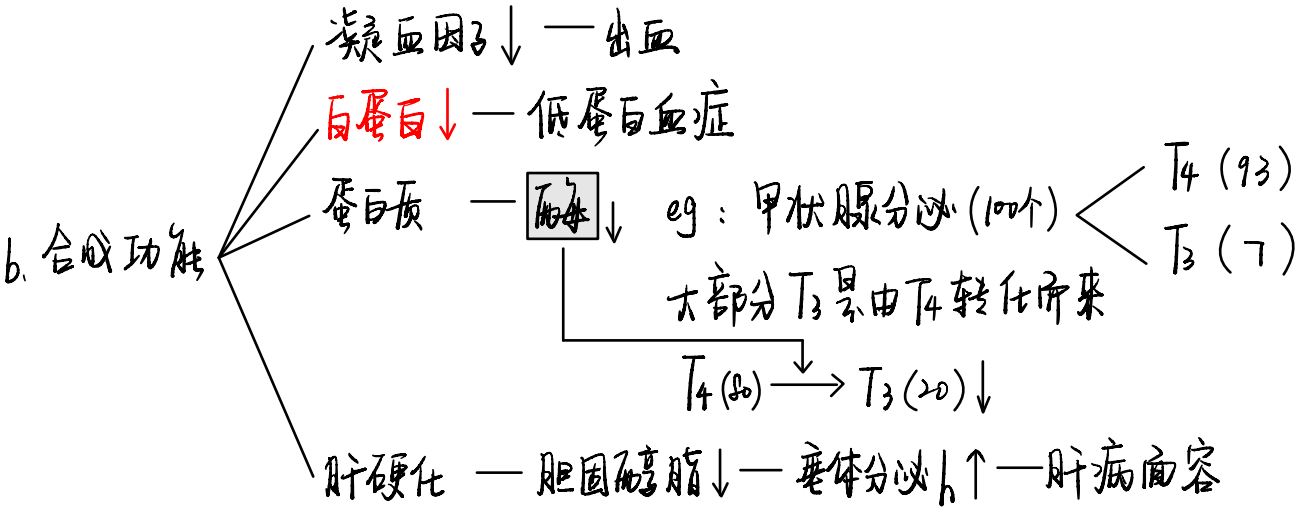
三、表现

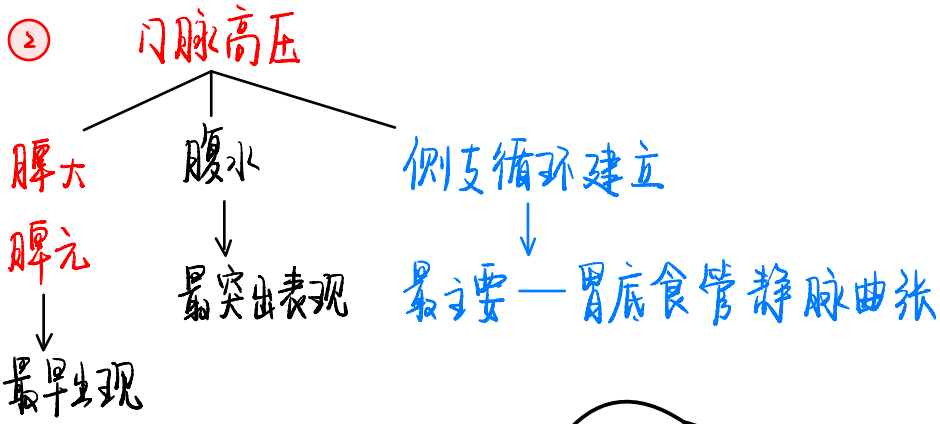
1. 代偿期 — 无特异性
2. 失代偿期
   ①肝功能减退
   a. 分解功能：胆红素↑ — 黄疸
      蛋白质↑ — 末梢血管扩张：肝掌、蜘蛛痣
      肝性脑病？

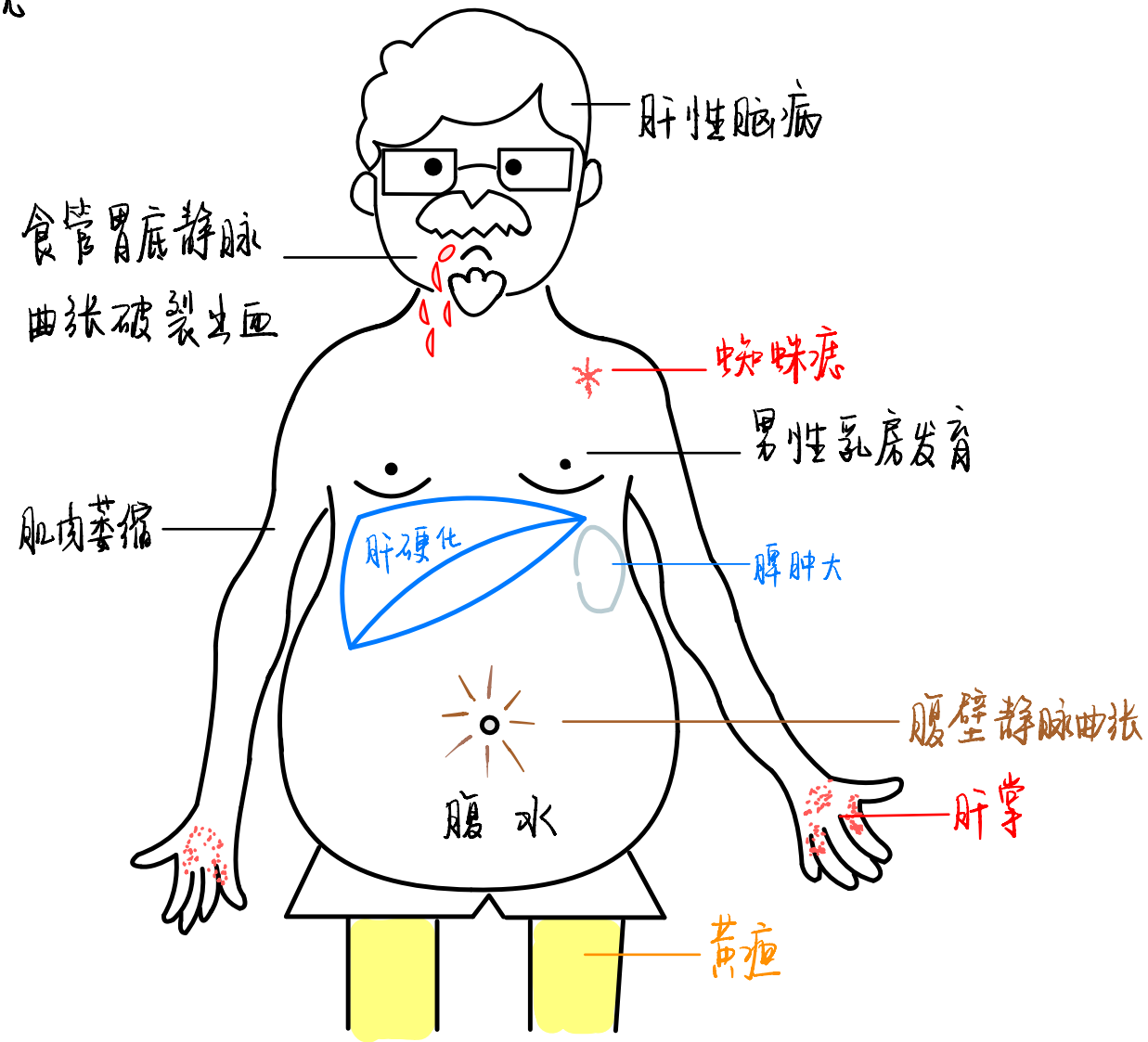




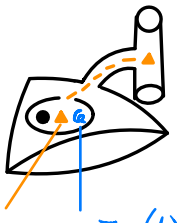
(上半身)
上腔静脉回流区域
血压↑导致的


b. 合成功能
凝血因子↓ — 出血
白蛋白↓ — 低蛋白血症
蛋白质 — 酶↓
eg：甲状腺分泌(100个)
T4 (93)
T3 (7)
大部分T3是由T4转化而来
T4(80) → T3(20)↓
肝硬化 — 胆固醇脂↓ — 垂体分泌↑ — 肝病面容


②
门脉高压
脾大
腹水
侧支循环建立
脾亢
最突出表现
最主要 — 胃底食管静脉曲张
最早出现


肝性脑病
食管胃底静脉
曲张破裂出血
蜘蛛痣
男性乳房发育
肌肉萎缩
肝硬化
脾肿大
腹壁静脉曲张
腹 水
肝掌
黄疸

四、检查



1、肝功——(谷丙) ALT AST (谷草)
- 平时：ALT更准确 >40u/L
- 肝细胞大量坏死时，AST升高更明显

2、纤维化
- 3 → 血清Ⅲ型前胶原肽
- 4 → Ⅳ型胶原
- 层 → 板层素、层粘连蛋白
- 透明 → 透明质酸

3、反映合成功能：白蛋白↓

4、最有意义：穿刺活检——假小叶!!!

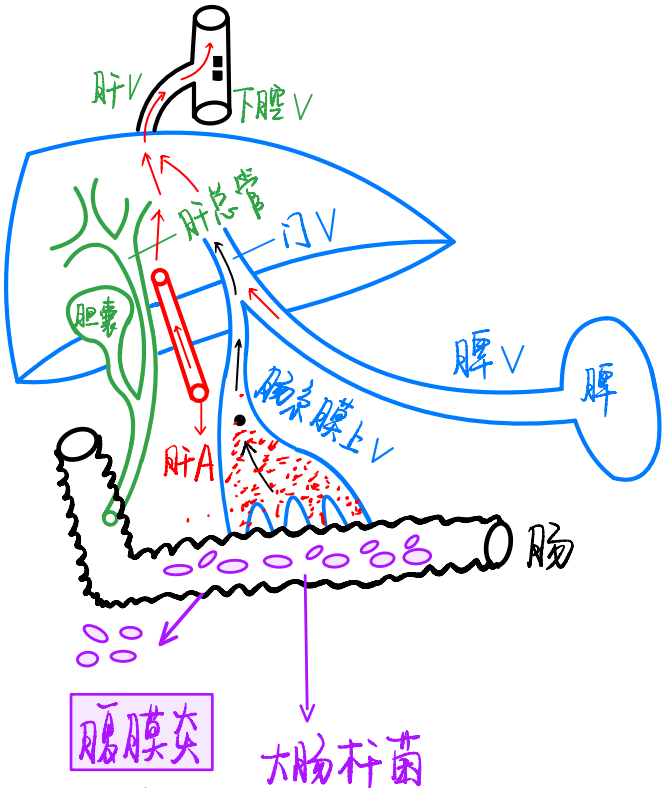
五、治疗

1、一般治疗：限水、限盐——减轻腹水

2、腹水严重：首选螺内酯(保K^+)

3、抗病毒治疗、慎用保肝药、药物<2种

4、最有效：肝移植术



六、并发症 ☆

1、最常见——上消化道大出血

2、最严重(昏迷)——肝性脑病

3、自发性腹膜炎——肠壁水肿→屏障功能下降→大肠杆菌→逆壁感染
→发热+腹痛+腹膜刺激征(压痛、反跳痛、肌紧张)

4、肝癌——肝脏进行性肿大+AFP↑(甲胎蛋白)

5、肝肾综合征——肝硬化+尿少+肌酐↑——功能性肾衰

6、肝肺综合征——肝硬化+低O_2血症+呼吸困难+杵状指

7、电解质紊乱(低Na^+)——低K^+、低Cl^-、碱中毒

8、腹水多+无发热、腹痛——门V血栓形成

9、胆石症

第2节　门脉高压

一、解剖&概念

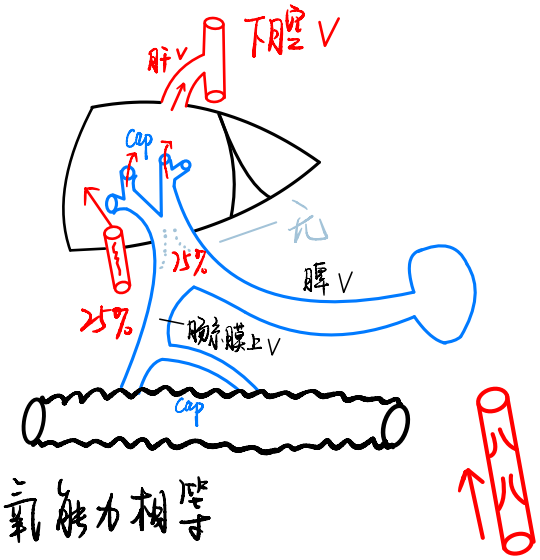
1. 门V → 肠系膜上V 80%& 脾V 20%（2个主路）

① 门V：13-24 cmH_2O

>25 cmH_2O — 门脉高压

② 无静脉瓣，位于两个毛细血管之间

③ Glisson鞘：门V 75% — 氧含量低；肝A 25% — 氧含量高；肝胆管 → 供氧能力相等



2. 门V与周围器官（5条辅路）

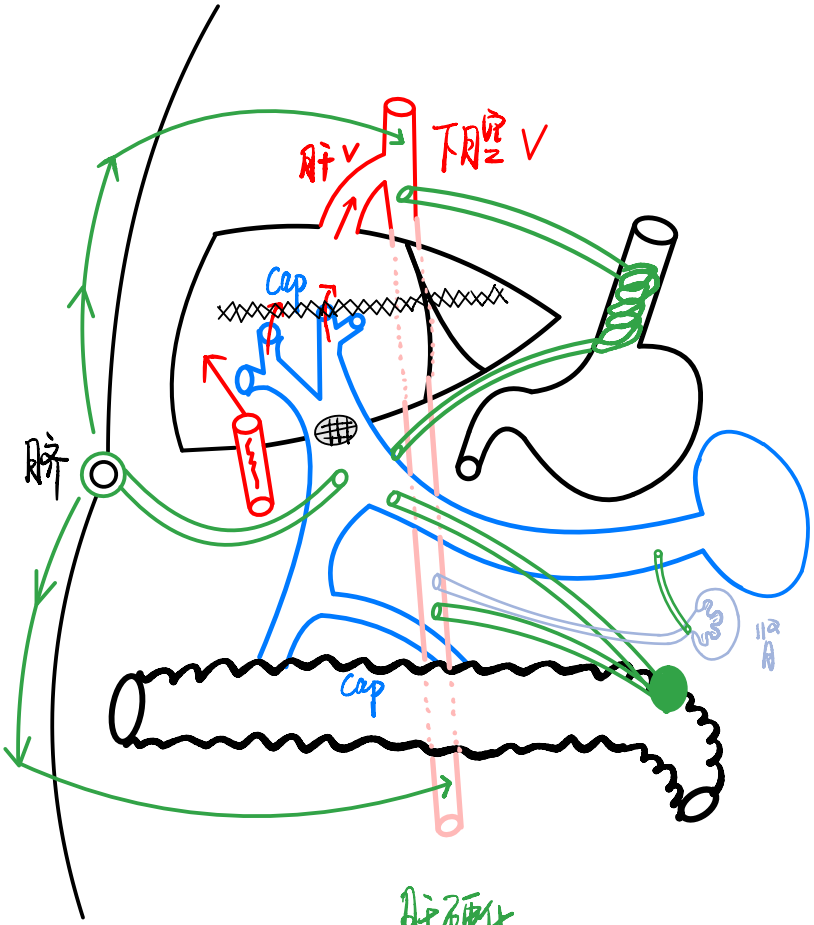
上 — 胃底食管静脉

下 — 痔静脉

前 — 脐周/脐旁：脐上：自下而上；脐下：自上而下

后 — 腹膜后交通支（Retzius静脉）

旁 — 脾V&左肾V交通支



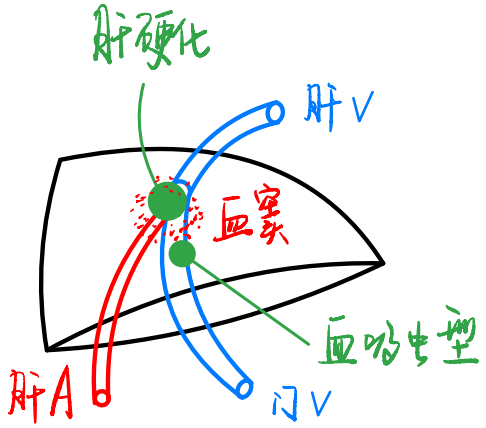
二、病因

1. 肝前型：门静脉血栓形成
2. 肝内型（95%）：肝硬化
3. 肝后型：布加综合征、心衰

血吸虫性肝硬化

窦前型：血吸虫肝硬化

窦性&窦后性：肝类后肝硬化



三、表现

1、脾V → 淤血性脾大（最早）→（三系细胞↓ WBC、RBC、PLT↓）→ 脾亢

2、肠系膜上V → 腹水（最突出表现）

腹水机制

Cap

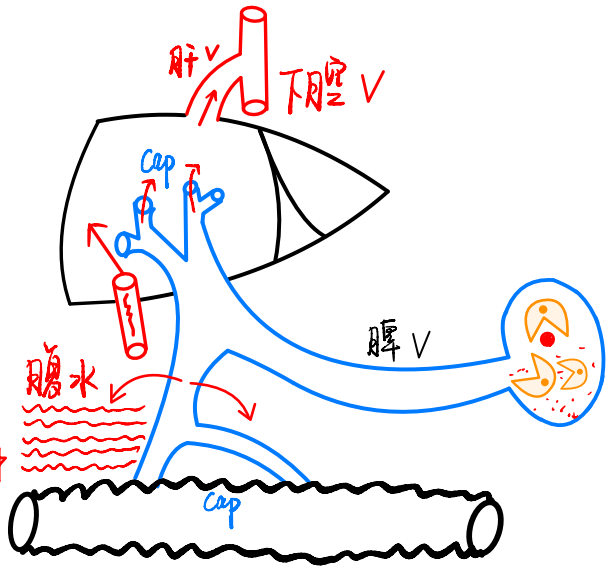
① 毛细血管静水压升高（最主要）☆

② 白蛋白↓ — 胶体渗透压↓

③ 醛固酮 — 保 Na^+、保水↑ ☆
抗利尿激素 — 保水↑ ☆
} 继发性增多 ☆

④ 淋巴液生成过多

⑤ 有效循环血量不足



3、侧支循环

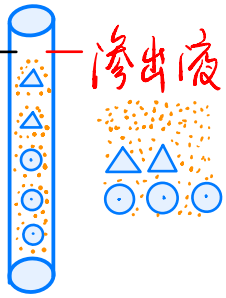
上 → 上消化道出血
下 → 便血
前 → 海蛇头
后 → 腹膜后交通支
旁 → 左肾V变宽

四、检查

1、肝功能下降 2、血常规 — 三系细胞减少 — 脾亢

3、腹水

漏出液 — 渗出液



	肝硬化腹水	肝硬化&自发性腹膜炎
机制	Cap静水压↑ — 漏出液	炎症 — 渗出液
颜色	清亮	浑浊
蛋白质	<30g/L (-)	>30g/L 李凡他(+)
白细胞	$<500\times10^6$/L	$>500\times10^6$/L
比重	<1.018	>1.018

4、胃底食管静脉曲张
首选：X线钡餐
最有意义：胃镜

五、治疗

1、主要目的——预防&治疗上消化道出血

2、Child分级（2021——一试）

① 主项目

3指标：胆红素（黄）、白蛋白（白）、凝血（红）

2表现：腹水（最突出）、肝性脑病（最严重）

良	5-6分	A级
中	7-9分	B级
差	>10分	C级

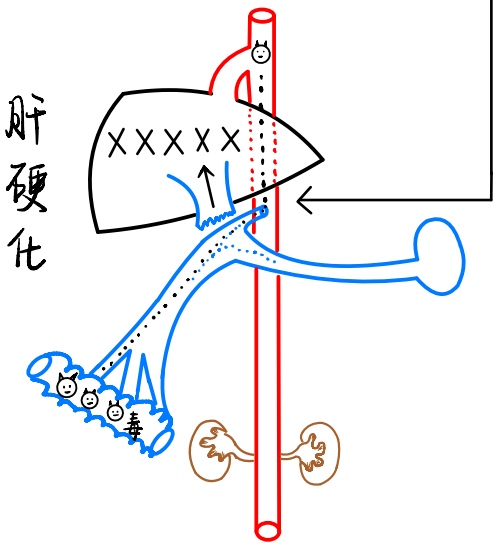
3、具体治疗方案

① A、B级——好情况（无明显黄疸、腹水）

分流术

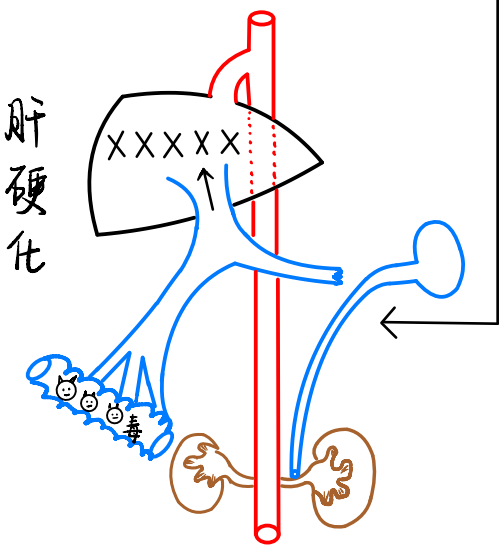
a、门-腔V分流术——非选择性

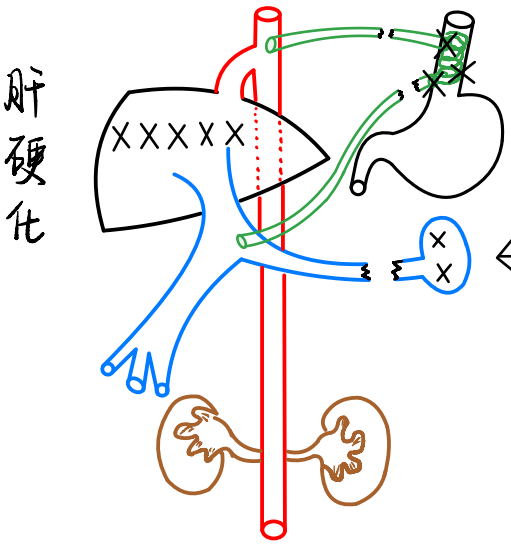
肝性脑病发生率高



b、脾-肾分流术——选择性

血栓发生率高





断流术——脾切除+贲门周围血管离断术（优先选）

- 胃后V
- 冠状V
- 胃短V
- 左膈下V

② C级 — 情况不好

a、禁忌手术

b、对症治疗（止血）
- 首选
  - 血管加压素（高血压、冠心病等禁用）
  - 生长抑素
- 胃镜下止血 ← 被取代
- 三腔二囊管压迫
- 药物、内镜失效 — 经颈V肝内门-腔分流术（TIPS）

第3节 肝性脑病

一、机制

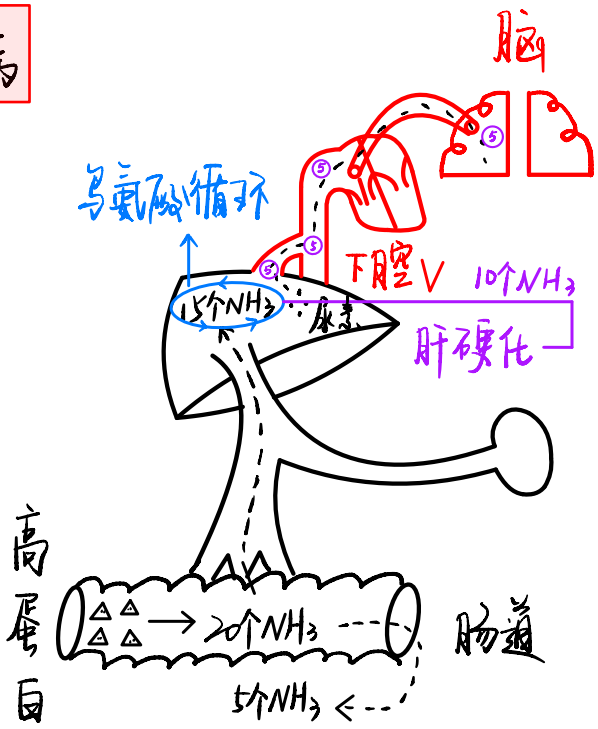
1、氨中毒学说

① 干扰脑三羧酸循环

② NH_3 增加脑对苯丙氨酸↑、色氨酸↑的摄取 → 抑制脑功能

③ 谷氨酰胺↑

④ NH_3 干扰—脑电活动



2、脑细胞 — γ-氨基丁酸 & 苯二氮䓬受体（GABA/BZ受体）— Cl^- 内流

3、假性神经递质 — 与脑内正常去甲肾上腺素相似

4、色氨酸的代谢产物

二、病因 — 肝硬化最常见

三、诱因
- 产生 NH_3↑
  - 高蛋白饮食
  - 便秘、感染
  - 上消化道大出血
- 吸收 NH_3↑ — 低 K^+、低 Cl^- 碱中毒（呋塞米）
- 镇静催眠药 — 地西泮

四、表现（潜伏—前驱—昏迷）

	0期	1期	2期	3期	4期
	潜伏期	前驱期	昏迷前期	昏睡期	昏迷期
1、	无症状	轻微改变	性格行为明显改变	可唤醒	唤不醒
2、	脑电图OK	脑电图OK	脑电图异常	脑电图异常	脑电图异常
3、	智力检测(+)	扑翼样震颤(+)	扑翼样震颤(+)	扑翼样震颤(+)	扑翼样震颤(-)

五、检查

1、最有意义：血氨（血NH_3）↑

2、脑电图：2期后异常&反映预后

3、智力测试：筛查潜伏期病人有意义

六、治疗（2021考点）

1、诱因
- 低蛋白饮食
- 感染&便秘
- 及时清除上消化道出血

2、降血氨
- ①减少氨气来源（肠道）
  - 稀醋酸灌肠
  - 乳果糖（乳酸）
  - 禁忌：肥皂水灌肠
  - 口服：抗生素、益生菌
- ②增加氨气排泄（肝）
  - L-鸟氨酸-L-天冬氨酸 2021
  - 鸟氨酸-α-酮戊二酸 2021
  - 谷氨酸钾/钠
  - 精氨酸
- ③调节神经递质
  - GABA-BZ受体拮抗剂 → 氟马西尼
  - 支链AA → 减少&拮抗假性递质

3、人工肝/肝移植 — 根治/最有效

第4节 脂肪性肝病（脂肪肝）

一、不喝酒
- 营养过剩等
- 非酒精性脂肪肝病
- BMI ≥ 28，ALT > 40u/L

二、大量饮酒 — 酒精性脂肪肝 — ALT > 40u/L

第5节 细菌性肝脓肿

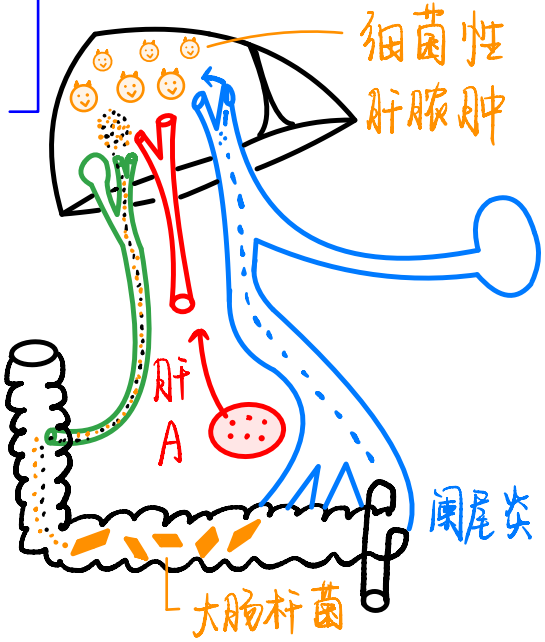
一、病因

1. 最常见 — 上行(逆行)感染 — 大肠杆菌
2. 其次
   - 肝A — 血源性感染 — 金葡菌
   - 门V — 门V炎 — 阑尾炎并发症
3. 最少见：周围脓肿器官直接蔓延

二、表现
- 肝区疼痛(右上腹)+发热
- 消化不良表现：恶心…

三、体征
- 肝区叩击痛
- 肝肿大

四、诊断&鉴别诊断

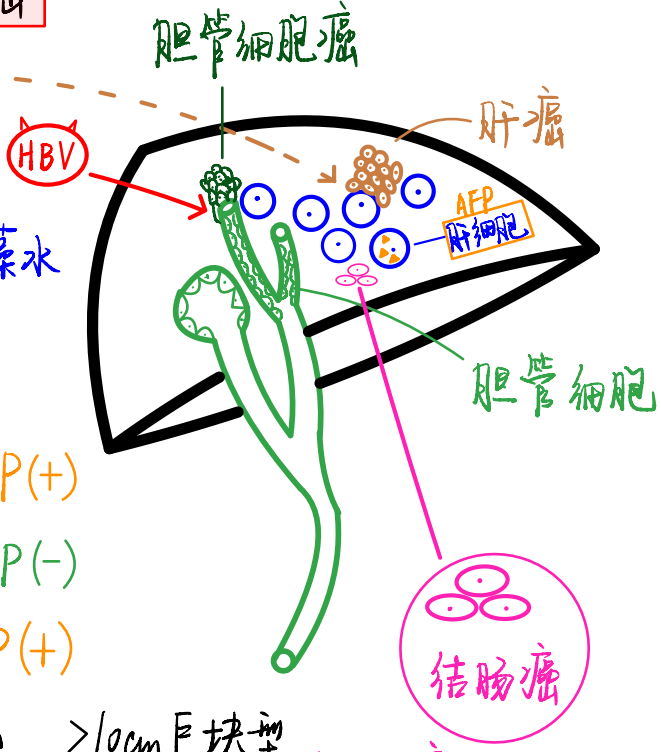


细菌性肝脓肿	阿米巴肝脓肿 单身巴巴大杯咖啡
1. 大肠杆菌为主	滋养体
2. 多发、小脓肿	单发、大脓肿
3. 黄白色脓液	咖啡色脓液(棕褐色)
4. 高热+起病急	不规则热+起病慢
5. 抗生素有效	抗阿米巴有效

五、检查
- B超 — 首选：液性暗区
- X线
  - 右侧膈肌升高
  - 右侧胸腔积液

六、治疗
- 首选 — 抗生素抗感染
- 对于单个、较大肝脓肿（≥2cm）— 穿刺引流

第6节 肝癌



一、病因
- 我国 — HBV（乙肝）
- 国外 — HCV（丙肝）
- 毒性物质 — 黄曲霉素、亚硝胺、海藻水
- 寄生虫 — 日本血吸虫、华氏睾吸虫

二、病理

1、分型
- 部位
  - 肝细胞癌 — AFP(+)
  - 胆管细胞癌 — AFP(-)
  - 混合细胞癌 — AFP(+)
- 大体分型
  - 块状型 — 5-10cm　>10cm巨块型
  - 结节型 — <3cm — 小肝癌
  - 弥漫型 — 最少见
- 中华医学会分型
  - ≤2cm — 微小肝癌
  - 2< ≤5cm — 小肝癌
  - 5< ≤10cm — 大肝癌
  - >10cm — 巨大肝癌

2、转移
- 肝内 — 最常见肝内转移 — 门V转移
- 肝外
  - 最常见：肺
  - 淋巴转移：肝门部淋巴结
  - 种植性转移：种植于腹膜等

三、表现

1、最早 —肝区疼痛

2、最典型 —肝进行性肿大、凹凸不平、颗粒感

3、其他 —黄疸—梗阻性黄疸—尿胆红素(+)

4、特殊 —内分泌功能—伴癌综合征
- 最常见 —低血糖、RBC↑
- 最少见 —高血脂、高血钙

四、检查

1、影像学
- 首选：B超
- 更好：CT/MRI，发现直径≥1cm阳性率高 80%
- 肝A造影术：直径≥1cm阳性率 90%（特别是小肝癌）

2、肿瘤标记物（AFP）<25ng/L
- 特异性标记物
- 用于诊断&复查

3、金标准 —穿刺活检

五、诊断 —影像学表现（占位）+AFP>400ng/L

六、治疗

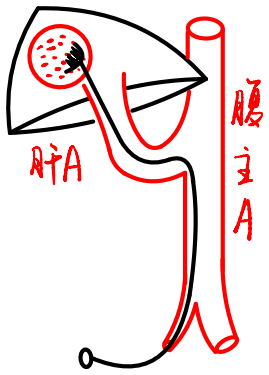
1、最有效（早期）

手术治疗
-  —肝内直径<5cm
-  —肝外直径≥5cm
-  —多发病灶≤3个、局限于肝局部、直径≤5cm

转移
- 肝门部淋巴结转移 — 可手术
- 肝周围此邻器官转移（升结肠、横结肠）—可手术

大量腹水 — 禁忌手术

2、肝内肿瘤直径>5cm（晚期）
- 经肝A局部栓塞化疗术
- 经皮穿刺注射酒精、射频消融



七、并发症
- 肝性脑病—严重
- 上消化道出血
- 癌肿破裂
- 继发感染

第四章 胆道疾病

第1节 解剖

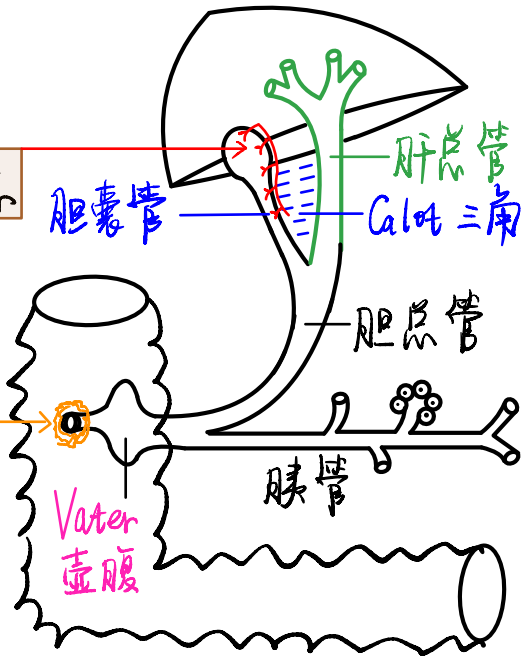
一、解剖

1. 左肝管、右肝管 → 肝总管；肝总管、胆囊管 → 胆总管

2. Calot三角：肝脏下缘、肝总管、胆囊管 → 胆囊A的标志

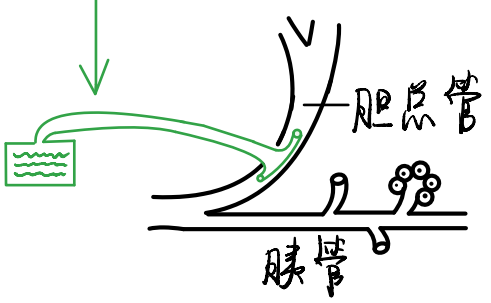
3. 胆总管
   - 长度：7-9cm
   - 直径：0.4-0.8 cm
   - 意义：直径>1cm（胆总管增粗）— 做胆总管探查术

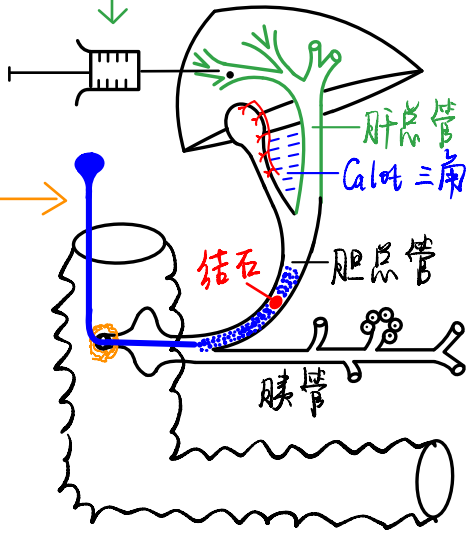
4. 十二指肠降部：十二指肠大乳头；Oddi括约肌（吗啡可致其痉挛）



二、检查

1. 首选：B超（彩色多普勒）
2. 经皮穿刺胆管造影术（PTC）：肝内胆管结石—并发症：胆汁性腹膜炎
3. 内镜逆行胰胆管造影术（ERCP）：胆总管结石—并发症：急性胰腺炎
4. 磁共振胆道造影（MRCP）取代ERCP
5. T管造影、胆道镜 …



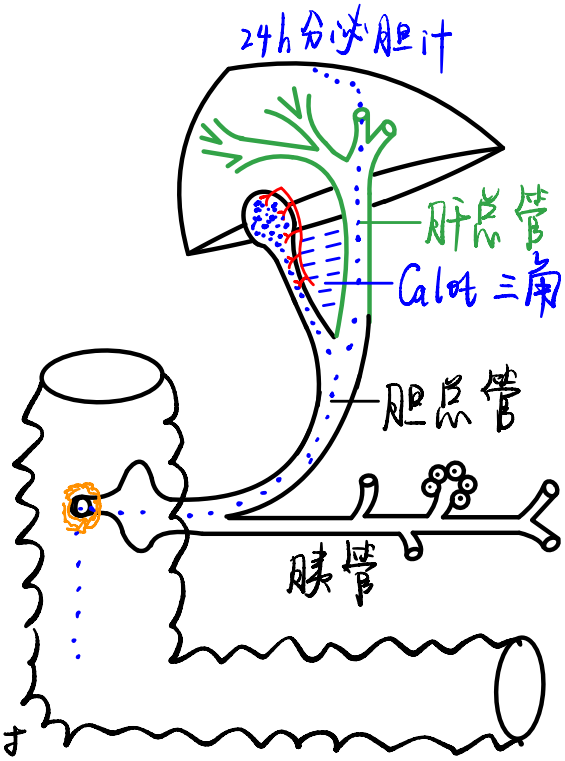


第2节 胆囊结石
第3节 急性胆囊炎 (同胆囊结石) (90%有胆囊结石)

一、解剖&功能 — 储存胆汁
浓缩胆汁

二、病因 — 有感染时，进食油腻食物

三、表现 — 无症状结石(静止性结石)
有症状结石 — 胆绞痛
右上腹绞痛
阵发性加重
向右肩部放射
Mirrizi综合征 — 反复胆绞痛+黄疸



四、特点 — 极少有黄疸

五、体征 — Murphy征(+)

六、检查 — B超

七、治疗

1. 无症状结石 — 观察、随访
2. 有症状结石 — 腹腔镜胆囊切除术 ☆
3. 儿童 — 原则上不手术
4. 胆总管直径>1cm — 探查术

胆囊息肉>1cm
胆囊结石>2-3cm
胆囊壁增厚≥3mm
钙化胆囊
瓷化胆囊
硬 — 胆囊癌
合并糖尿病
反复诱发胰腺炎

八、并发症 — 胆囊坏疽穿孔

九、鉴别 — B超
强回声团 — 胆囊结石
壁厚 — 胆囊炎

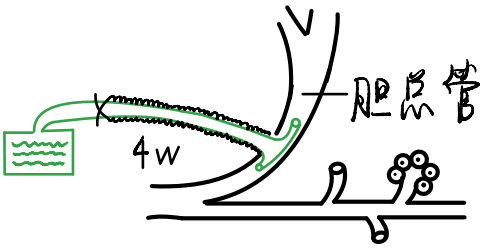
第4节　肝外胆管结石

一、病理 < 胆色素结石多见
胆固醇结石/黑色素结石

二、表现 < 胆绞痛、阵发性
寒战、高热
黄疸（梗阻性）
> Charcot三联征（黄、痛、热）

三、检查 — B超　尿胆红素(+)、尿胆原(-)

四、治疗 — 切开、取石、T管引流术 — 4w拔管



病因　本质=夏科氏三联征

第5节　急性梗阻性化脓性胆管炎（AOSC）

梗阻、狭窄

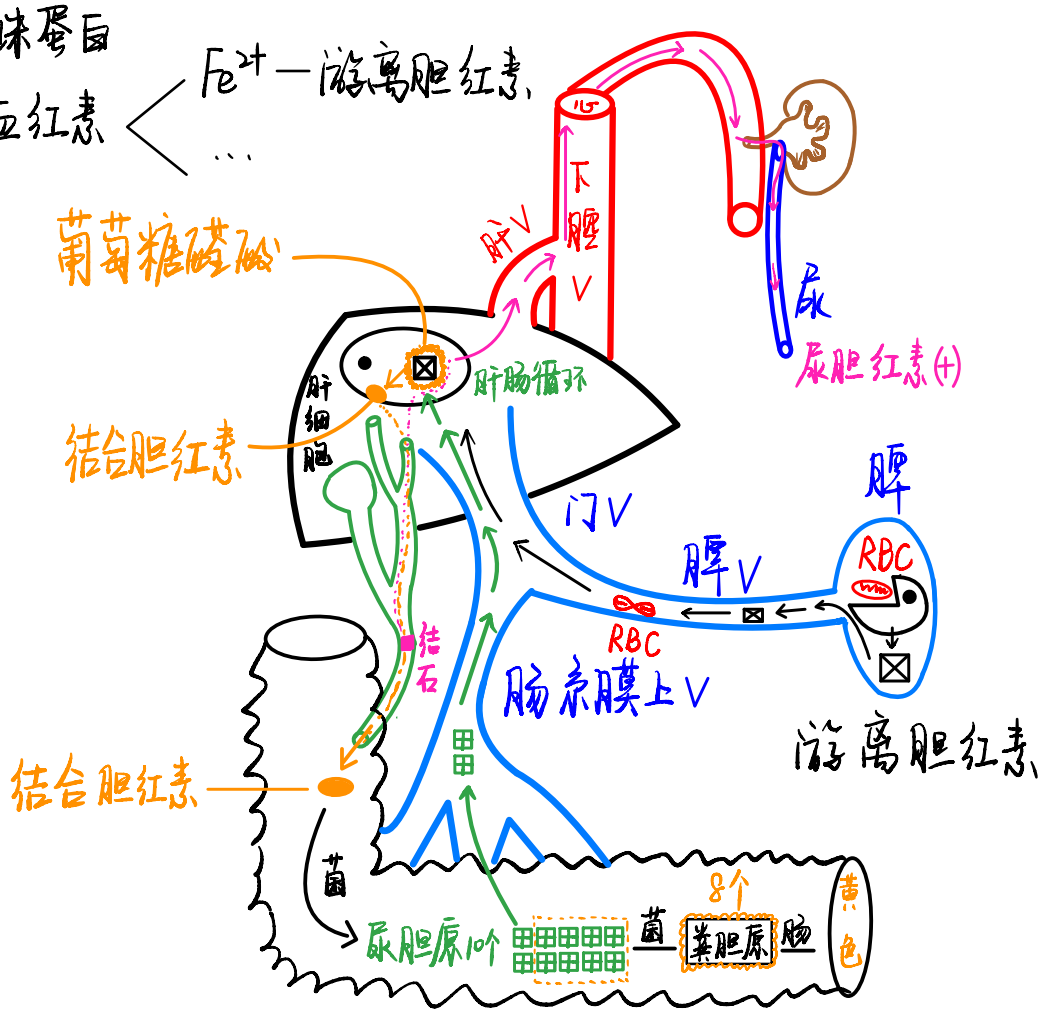
一、AOSC = 夏科氏三联征 + 休克 + 中枢神经症状（神志不清、昏迷）
（Reynolds五联征）— 典型

二、WBC > $20\times10^9/L$

三种黄疸的前世今生

一、黄疸
- 游离胆红素 ☒（间接胆红素）
- 结合胆红素 ●（直接～）

二、HB / RBC
- 珠蛋白
- 血红素 → Fe^{3+} → 游离胆红素
- …



三、三大黄疸

1、梗阻性～
↓
胆管结石
↓
- 尿胆红素(+)
- 尿胆原 (−)
- 结合胆红素 ↑↑↑
- 游离胆红素 ↑

2、溶血性
↓ PNH
血管内溶血
↓
- 尿胆红素(−)
- 尿胆原 (+)
- 结合胆红素 ↑
- 游离胆红素 ↑↑

3、肝细胞性 "肝阿阳"
↓
肝衰竭
↓
- 尿胆红素(+)
- 尿胆原 (+)
- 结合胆红素 ↑
- 游离胆红素 ↑

第十章 胰腺疾病

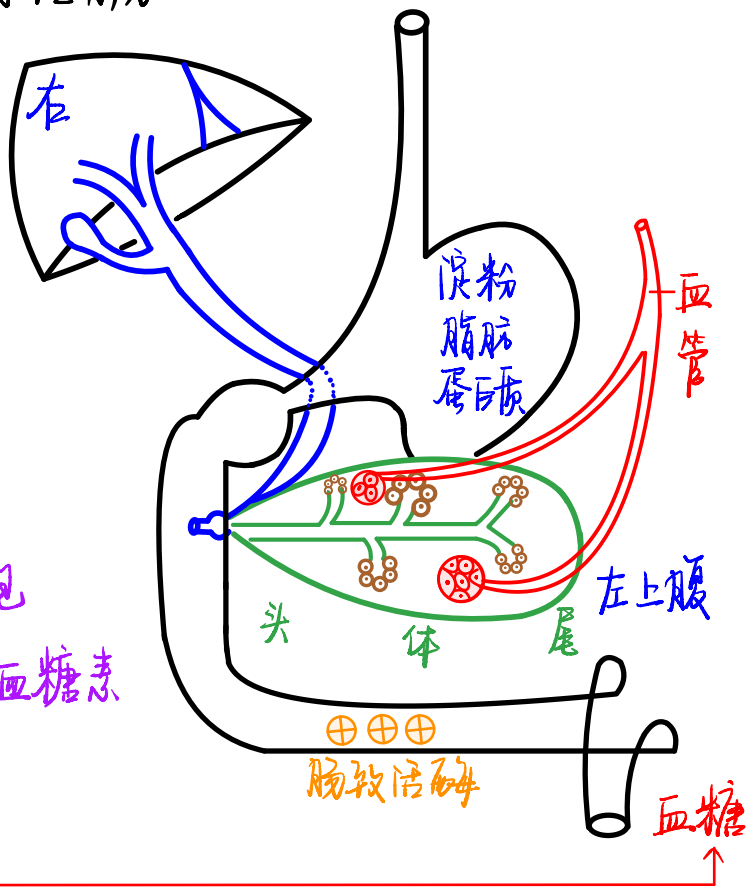
△ 解剖与生理

一、解剖 — 左上腹/中上腹，横跨于脊柱前方

二、生理功能

1. 胰腺 — 分泌

- 外分泌
  - 腺泡
  - 酶
    - 淀粉酶
    - 脂肪酶
    - 蛋白酶
  - (分解食物)
- 内分泌
  - 胰岛
    - β细胞 → 胰岛素
    - α细胞 → 胰高血糖素
  - 血液



第1节 急性胰腺炎 假日病

一、病因

- 中国 — 胆道疾病
- 外国 — 大量饮酒
- 诱因 — 暴饮暴食、进食油性食物
- 其他
  - 医源性 — ERCP检查
  - 药物性 — 硫唑嘌呤、激素、噻嗪、磺胺药等
  - 外伤性 — 胰腺外伤
  - 十二指肠液反流

二、病理

1、机制
- 血淀粉酶 —分解→ 淀粉/糖
- 血脂肪酶 —分解→ 脂肪
- 蛋白酶
  - 胰蛋白酶原（常"原"—未被活化的）
  - 糜蛋白酶原 → 糜蛋白酶

2、正常：胰蛋白酶原 —肠致活酶/肠→ 胰蛋白酶 → 糜蛋白酶

3、发病机制—腺泡中胰酶被异常激活（细胞液激活）

4、酶
- 磷脂酶—细胞坏死
- 弹力蛋白酶—血管坏死
- 胰蛋白酶（最主要）
- 脂肪酶—分解脂肪—产生脂肪酸



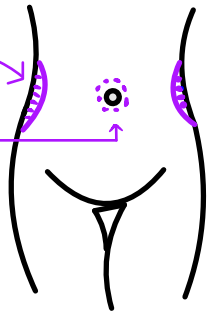
三、表现（重症类症—全身类症）

1、最主要—腹痛
- 左上腹/中上腹
- 持续性剧烈腹痛
- 向左肩/腰背放射
- 呕吐后腹痛不缓解

2、恶心呕吐
3、黄疸
4、发热
5、其他

四、体征

1、腹膜炎—压痛、反跳痛、肌紧张、肠鸣音减弱或消失—麻痹性肠梗阻（无腹鸣）
2、两侧胁腹部青紫—Grey-Turner征
3、脐周青紫—Cullen征



五、分型

1、病理
- 急性水肿型—轻—体、尾部—保守治疗
- 出血坏死型—重—弥漫—休克、Cullen、Grey-Turner征—手术治疗

2、外科分型
- 轻症—60%—1-2周内自行恢复
- 中症—30%—居中
- 重症—10%—休克/死亡

六、检查

1、酶学（淀粉酶升高程度与病情严重程度不成正比!!!）

	开始升高	达高峰	持续时间
血淀粉酶(最早)	数小时(3-12h)	24h	4-5天
尿淀粉酶	24h	48h	7-14天(最长)
血脂肪酶	48-72h	...	7-10天

2、血钙（降低）
- 脂肪酶 —分解胰腺内脂肪→ 脂肪酸 + 钙
- 血钙 < 1.75 mmol/L → 预后不良

3、血清正铁血白蛋白
- 机制：出血坏死 → RBC → HB → Fe^{2+} → 白蛋白
- 反映病情严重程度&预后

4、胰岛破坏 — 胰岛素↓ — 高血糖

5、影像学
- B超 — 初筛，胰腺+胆道结石
- 腹部增强CT — 胰腺坏死程度&范围
  - 反映预后
  - 为手术提供信息

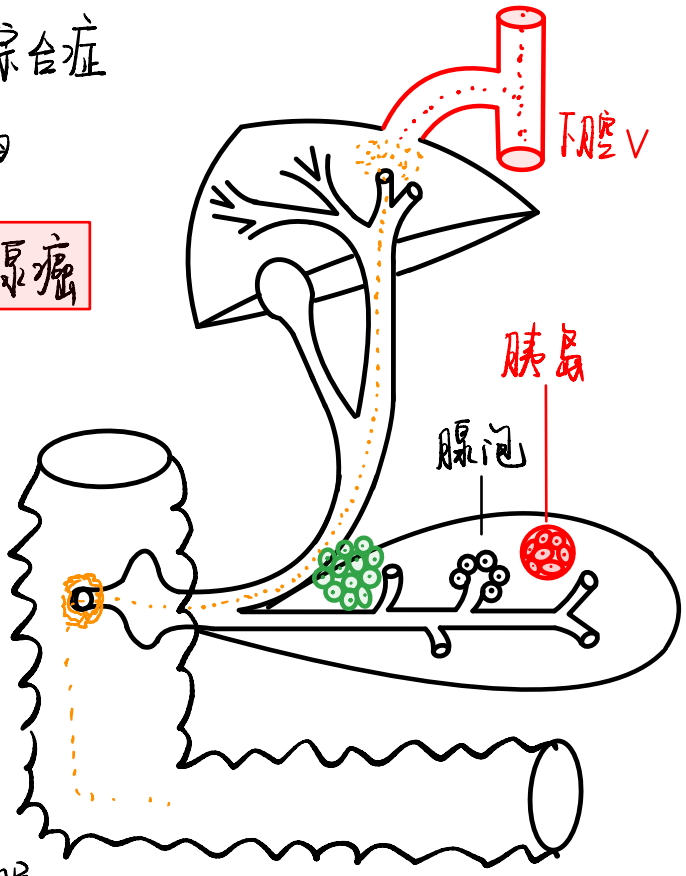
七、治疗

1、非手术治疗
- 最主要 — 禁食水，胃肠减压
- 补充肠外营养，维持水电解质平衡
- 药物
  - 胰酶
    - 使胰酶量减少 — 生长抑素、PPI、H_2受体阻滞剂
    - 使胰酶活性下降 — 抑肽酶
  - 止痛
    - 首选 — 阿托品、杜冷丁
    - 禁用 — 吗啡（加强 oddis 括约肌张力，加重病情）
  - 抗生素 — 三代头孢、喹诺酮（大肠杆菌感染）

2、手术治疗 — 坏死组织清理术+引流

八、并发症
- 局部
  - 胰腺假性囊肿—包块+囊性+无压痛
  - 胰腺脓肿—寒战高热+压痛
  - 出血
  - 胰瘘
  - 腹膜炎/盆腔脓肿
- 全身
  - 急性呼吸窘迫综合症
  - 多器官功能衰竭

第2节 胰腺癌



一、胰腺病理
1. 胰腺—胰头、颈、体、尾
2. 好发部位—胰头癌 >胰体、尾癌（70%—80%）
3. 病理类型—导管细胞癌（导管腺癌）

二、表现
- 最早—腹部隐痛：左上腹
- 后期—疼痛剧烈、影响睡眠
- 中晚期—进行性黄疸（最主要）

三、体征
- 左上腹压痛
- 胆囊肿大（右上腹包块、无压痛）—Courvoisier征（库瓦许征）
- 其他—左上腹包块、腹水…

四、鉴别诊断

进行性黄疸
- 胆管癌
  - 上段胆管癌（肝门部胆管癌）—Courvoisier(-)，无肿大胆囊
  - 中下段胆管癌（有）
- 胰头癌：有肿大胆囊

中下段胆管癌（有）、胰头癌 —鉴别：CT，Courvoisier(+)

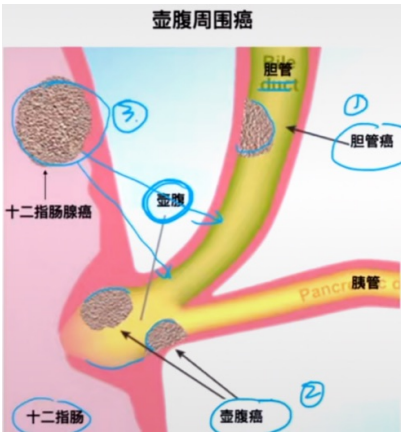
五、检查

1、检验科
- 梗阻性黄疸
  - 尿胆红素(+)
  - 尿胆原 (−)
- 肿瘤标志物 — CA199

2、影像科
- 首选 — CT
- 大血管侵犯、胰腺手术提供方案 — 腹部增强CT
- X线钡餐 — 反"3"征

六、治疗 — Whipple手术(胰十二指肠切除术)

第3节 壶腹周围癌 — 肿瘤不考



一、病理：最常见病理类型 — 腺癌

二、表现

1、壶腹癌 — "波动性黄疸" — 便潜血(+)

2、胆管癌 — 进行性黄疸

3、十二指肠腺癌 — 出现黄疸晚、黄疸色不深 — 便潜血(−)

三、鉴别诊断

黄疸
- 无发热 — 癌症
  - 波动性黄疸 — 壶腹癌
  - 进行性黄疸
    - 胰头癌
    - 中下段胆管癌 — 胆囊大、CT鉴别
    - 上段胆管癌 — 无胆囊肿大
    - 十二指肠腺癌 — 晚、黄疸不深
- 有发热 — 胆管结石(波动性)

四、检查 — 同胰头癌

五、治疗 — Whipple手术(胰十二指肠切除术)

第六章 肠道疾病

一、分类

- 炎
  - 感染 — 肠结核
  - 自免病
    - 溃疡性结肠炎
    - 克罗恩病(肠理不连)
- 肠易激综合征
- 肠梗阻
- 癌 — 结肠癌

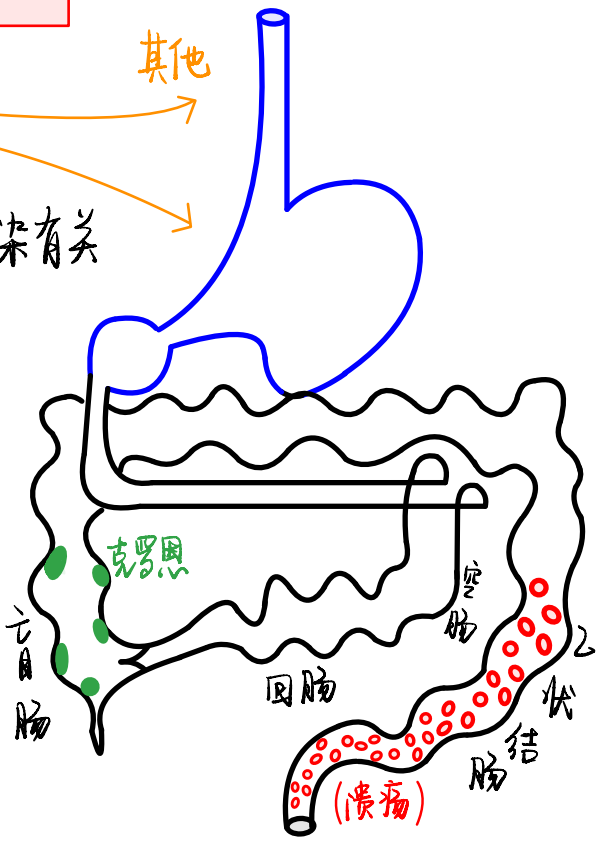
第1节 溃疡性结肠炎

一、病因

- 自免病 — 抗生素无效
- 其他 — 神经因素、胃肠道感染有关

二、病理

- 浅表小溃疡
  - "隐窝脓肿"
  - 黏膜&黏膜下层
  - 很少发生瘘管
  - 连续性
- 部位 — 乙状结肠&直肠

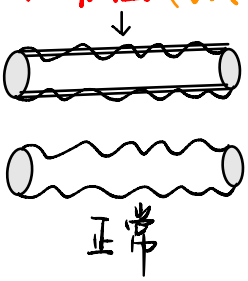


三、表现

- 腹痛(最常见):左下腹
- 特点:里急后重
- 大便:粘液脓血便 — 最主要表现
  - 轻:大便2-3次/天 (无)
  - 重:大便 > 10次/天 (有)
- 全身:发热、营养不良
- 肠外表现:关节炎、结膜炎、红斑…

四、体征 — 左下腹压痛

五、检查
- 最有意义 — 结肠镜 — 病理改变（隐窝脓肿）
- 有结肠镜禁忌症 or 做X线钡餐造影 — 铅管征（5次）



- 活动期
  - CRP、ESR、WBC↑
  - 粪钙卫蒙白↑

六、分型
- 临床
  - 初发型
  - 慢性复发型（最常见）
- 严重程度
  - 轻型 — 大便＜4次/天、无发热
  - 中型 — 居中
  - 重型 — 大便＞6次/天、发热≥37.8℃
- 部位
  - 直肠
  - 左半结肠
  - 弥漫结肠

七、治疗

1、非手术治疗
- 对因治疗：控制炎症
  - 柳氮磺吡啶
    - 副作用多
    - 轻型溃疡
    - ↓
  - 5-氨基水杨酸制剂 — 美沙拉嗪
  - 糖皮质激素 — 中、重型溃结
    - ↓无效
  - 加用免疫抑制剂 — 硫唑嘌呤
  - 生物制剂 — 英夫利昔单抗
- 对症治疗 — 止血、补营养

2、手术治疗
- 保守治疗失败
- 有并发症 — 出血、穿孔、梗阻、癌变

八、并发症

1、低K^+、钡剂、阿托品
- → 肠蠕动↓ → 结肠带结肠袋消失 → 肠腔扩张（中毒性巨结肠）
- 巨大结肠 ← 腹部X线

2、其他 — 肠出血、穿孔等、癌变少见

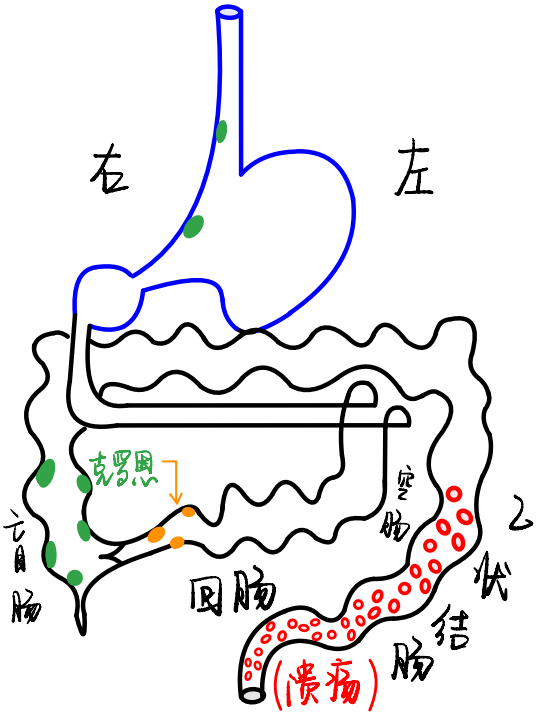
3、结肠癌

第2节 克罗恩病 —助理不考

一、病因—同溃结

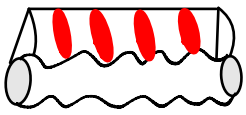
二、病理

1. 侵犯—全部消化道
2. 本质—增生性炎症—非干酪样坏死
3. 最好发部位—回肠末端(淋巴组织丰富)
4. 增生炎症—鹅卵石、铺路石
5. 特点—节段性、裂隙样—瘘管多见



三、表现
- 痛—右下腹腹痛
- 泻—糊状便、无黏液脓血便
- 块—局部腹部包块
- 瘘—裂隙样破坏—肠内、外瘘

四、体征—右下腹压痛(无里急后重)

五、检查
- 最有意义—结肠镜+活检
  - 非干酪样坏死
  - 鹅卵石征等
- 有结肠镜禁忌的可做X线钡餐—木梳征—
- CT或像(3解)

六、治疗

1. 非手术治疗—对因治疗
   - 轻中型
     - 柳氮磺吡啶
     - ↓
     - 5-氨基水杨酸制剂
   - 中重型
     - 糖皮质激素—泼尼松
     - ↓无效
     - 加用免疫抑制剂—硫唑嘌呤
   - 生物制剂—英夫利昔单抗
   - 选择性使用抗生素
2. 手术治疗—同溃结

七、并发症—肠梗阻

(克罗恩 走到了 穷途末路(铺路石)遇到梗阻 但还 非走不可)

第3节 肠易激综合征

一、本质 — 功能性胃肠病

二、病因 — 不明、精神紧张有关

三、表现
- 消化道 — 腹痛(最常见) — 左下腹或脐周
  - 腹泻
  - 便秘
- 加重 — 精神症状 — 抑郁症、恶劣心境等

四、体征 — 左下腹压痛

五、检查 — 正常
- 最有意义 — 结肠镜
- 便潜血/CT/MRI

六、诊断 — 持续≥6个月

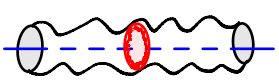
七、治疗
- 对症
  - 止泻药 — 洛派丁胺&地芬诺酯("落地")
  - 便秘 — 乳果糖/硫…
  - 抑郁 — 三环类抗抑郁药(丙咪嗪、氯丙咪嗪)
- 腹痛 — 匹维溴铵(抑Ca^{2+})"一匹马"

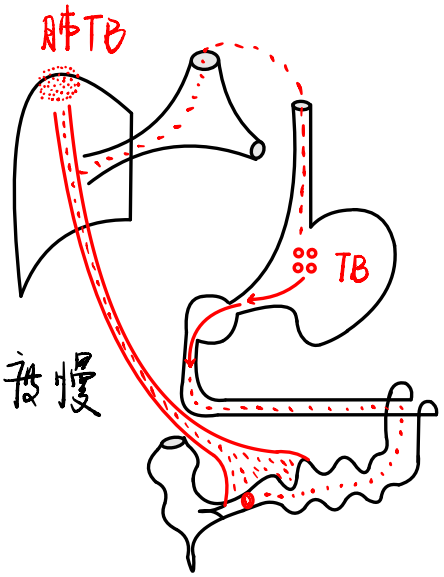
第4节 肠结核

一、病因机制
- 肺结核(继发型) — 吞咽了含TB的痰液
- 少见 — 血行播散
- 增生型&溃疡型

二、病理

1. 好发部位:回盲结合部
   - 回盲瓣 → 食物通过速度慢
   - 淋巴组织多
2. 干酪样坏死
3. 溃疡与肠长轴 — 垂直





三、表现

1、消化道——右下腹腹痛



溃疡型肠结核——腹泻+很少发生出血

↳机制——溃疡A发生闭塞性A炎



增生型肠结核——便秘+包块

2、全身中毒表现——低热、盗汗、乏力、纳差等

3、体征——右下腹压痛

四、检查
- 结肠镜+活检——干酪样坏死(最有价值)
- X线钡餐——跳跃征(克罗恩也有)
- 结核——筛查——PPD(+)、结核抗体…
- 便找TB菌、抗酸染色(+)

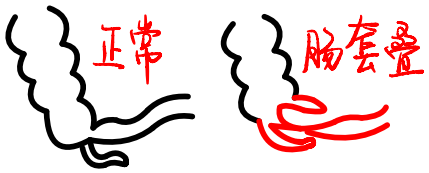
五、治疗
- 药物——抗结核治疗(同肺结核)
- 手术——并发症、保守治疗失败

六、并发症——最常见:肠梗阻(Crohn病)

第5节　肠梗阻

一、病因

- 成人——最常见：肠粘连（阑尾炎、胃十二指肠手术）
- <2岁儿童——肠套叠
- 老年人——肠道肿瘤



二、分型

1、梗阻病因

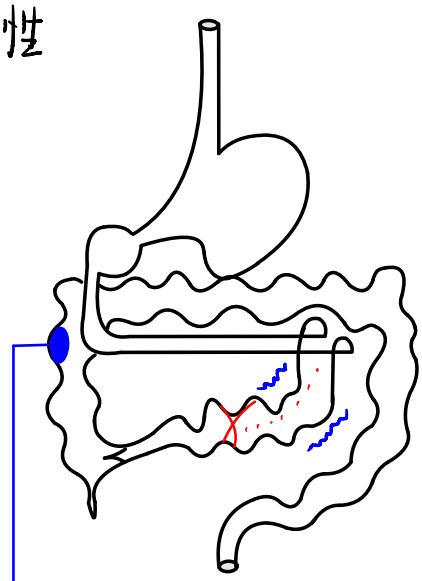
- 机械性肠梗阻——肠鸣音亢进
- 动力性肠梗阻
  - 慢——消化道穿孔——麻痹性
  - 快——急性胃肠炎——痉挛性
- 血运性肠梗阻——单纯性、绞窄性

2、血运

- 有血运障碍——绞窄性…
- 无血运障碍——单纯性…

3、部位

- 高位~——空肠——呕吐早、胃内容物
- 低位~——回肠——呕吐晚、粪臭味
- 闭袢性肠梗阻——肠扭转、结肠梗阻



4、程度

- 完全性——完全停止排气排便
- 不完全——部分排气排便

5、快慢——急性、慢性

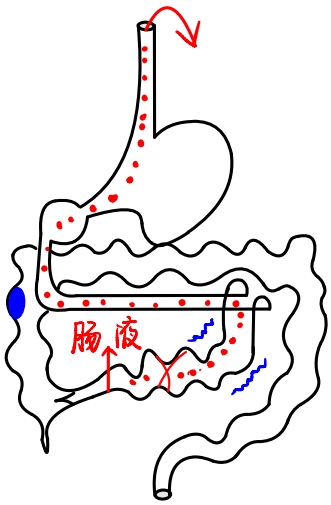
三、病理

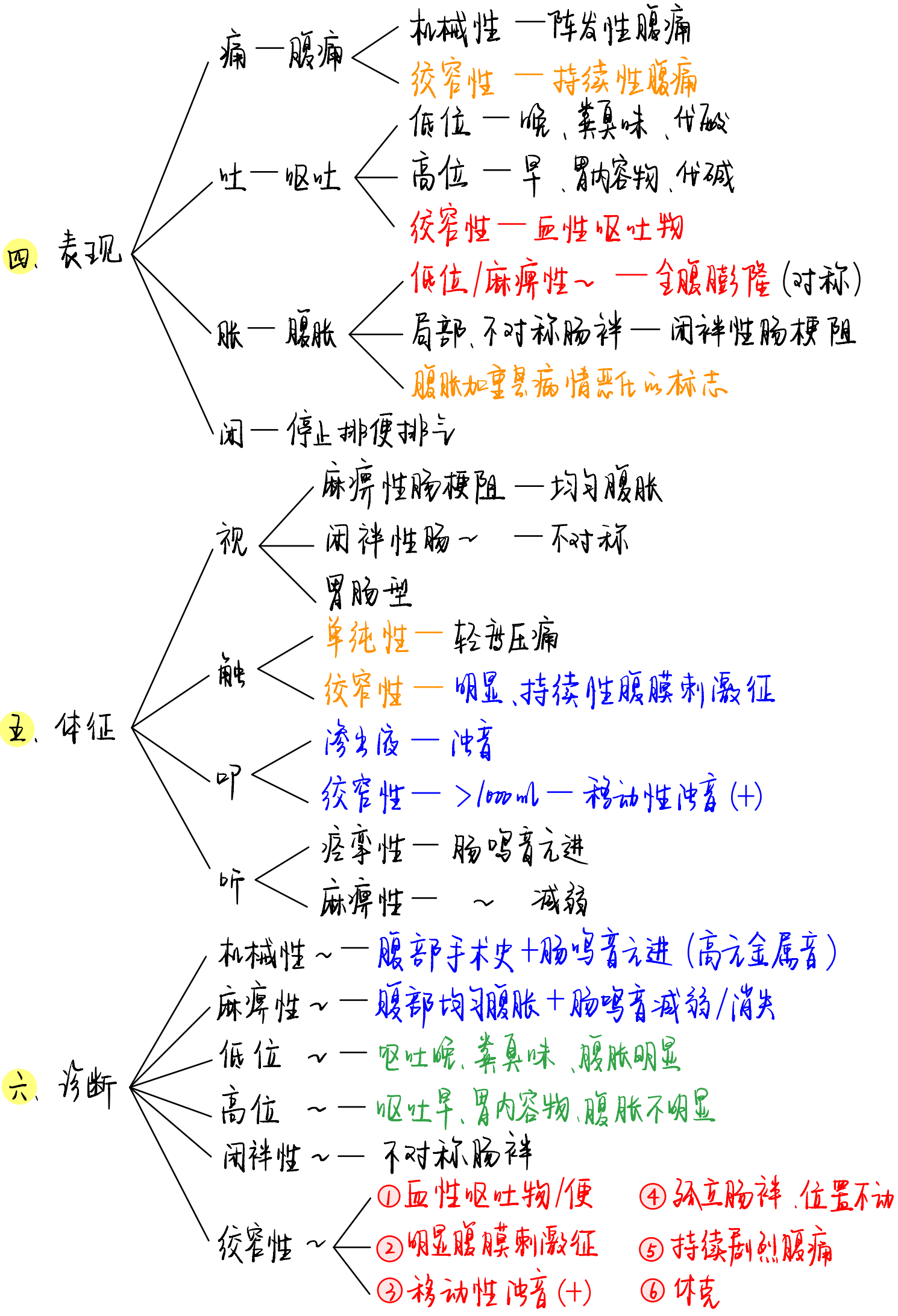
局部

- 肠道鼓胀&瘪交界处
- 肠梗阻发生部位——位置越低、时间越长——腹胀越明显

全身

- 高位~——碱中毒
- 低位~——酸中毒
- 绞窄性~——缺O_2——乳酸




四、表现
痛—腹痛
机械性—阵发性腹痛
绞窄性—持续性腹痛
吐—呕吐
低位—喷、粪臭味、代酸
高位—早、胃内容物、代碱
绞窄性—血性呕吐物
胀—腹胀
低位/麻痹性~—全腹膨隆(对称)
局部、不对称肠袢—闭袢性肠梗阻
腹胀加重是病情恶化的标志
闭—停止排便排气
五、体征
视
麻痹性肠梗阻—均匀腹胀
闭袢性肠~—不对称
胃肠型
触
单纯性—轻度压痛
绞窄性—明显、持续性腹膜刺激征
叩
渗出液—浊音
绞窄性—>1000ml—移动性浊音(+)
听
痉挛性—肠鸣音亢进
麻痹性—~减弱
六、诊断
机械性~—腹部手术史+肠鸣音亢进(高元金属音)
麻痹性~—腹部均匀腹胀+肠鸣音减弱/消失
低位~—呕吐喷、粪臭味、腹胀明显
高位~—呕吐早、胃内容物、腹胀不明显
闭袢性~—不对称肠袢
绞窄性~
①血性呕吐物/便
②明显腹膜刺激征
③移动性浊音(+)
④绝对肠袢、位置不动
⑤持续剧烈腹痛
⑥休克

七、检查
- 血Rt
- 便潜血—阳性—绞窄性肠梗阻
- 腹部X线平片—低位肠梗阻：多发液气平面
- 肠梗阻禁忌—X线钡餐
- 特殊—空肠梗阻—X线平片：鱼肠征

八、治疗
- 非手术治疗
  - 禁食水、胃肠减压
  - 补充营养、维持水电解质平衡
  - 药物—生长抑素
- 手术治疗
  - 绞窄性肠梗阻—立即手术剖腹探查
  - 肠造瘘术/肠切除术

九、特殊类型肠梗阻

1. 儿童<2岁(婴幼儿)
   - 肠套叠 
   - 三联征：腹痛+包块+血便(果酱样)
   - X线钡餐—杯口征&弹簧征
   - 治疗—低压空气/钡剂灌肠
2. 青年人
   - 饱餐后剧烈运动
   - 突发腹痛、向腰背放射
   - 小肠扭转
   - 治疗—立即手术
3. 老年人
   - 便秘病史
   - 改变体位+乙状结肠扭转
   - 腹痛+胀…
   - X线钡餐—鸟嘴征
   - X线平片—充气肠袢
   - 治疗—手术探查

第6节 结肠癌

一、解剖与生理
- 长度 — 150 cm
- 直径 — 升结肠直径大、降结肠直径小
- 功能
  - 吸收水份
  - 分泌&合成 — V_K、激素…

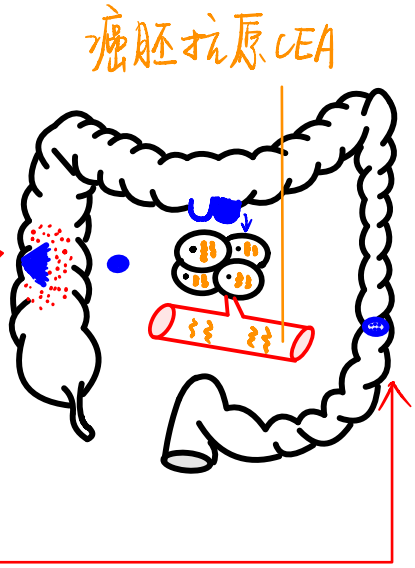
二、病因和机制
- 进食高蛋白/精细食物
- 腺瘤病 — 发展 — 癌症（RAS基因、APC基因）

三、病理
1. 大体分型
- 溃疡型（最高发病率）— 左侧结肠（分化、转移早）
- 浸润型 — 降结肠、乙状结肠
- 肿块型（隆起型）— 升结肠癌

2. 病理 — 最常见 — 腺癌

3. 转移
- 局部肠系膜淋巴结
- 肝

四、表现
- 最早 — 排便习惯&排便性状改变
- 中晚期 — 肿块
- 特征性表现
  - 升结肠癌 — 大便血
  - 降结肠癌 — 肠梗阻



五、检查
- 最有意义 — 结肠镜
- 次选 — X线钡餐
- 肿瘤标志物 — CEA↑
- 腹胀 CT/MRI — 分期+肿块具体情况

六、分期
- T（肿瘤大小）
  - T_1 黏膜、黏膜下
  - T_2 肌层（固有肌层）≠固有层
  - T_3 浆膜层
  - T_4
    - T_{4a}：脏腹膜
    - T_{4b}：局部周围器官转移
- N（淋巴结）
  - N_0：无
  - N_1：1-3
  - N_2：≥4
- M（远处转移）
  - M_0：无转移
  - M_1：有～

七、治疗—手术首选
- 右侧结肠癌 — 右半结肠切除术
- 横结肠癌 — 横结肠切除术
- 左侧结肠癌 — 左半结肠切除术

第7节 结、直肠息肉

一、概念

1、家族性腺瘤息肉病 — 特别容易并发癌变 —癌前病变

2、色素沉着息肉病（P-J综合征）— 肠道中有息肉+色素沉着

3、肠息肉&多发性骨瘤（Gardon综合征）

二、检查 — 最有意义：结肠镜+活检

三、治疗
- 首选：开腹手术切除
- 对于直肠内高位带蒂息肉最适合 — 内镜下高位电切除

第七章 阑尾炎

第1节 解剖和生理

一、位置
- 麦氏点——脐与右侧髂前上棘连线的中外1/3（McBurney点）
- 具体位置——盲肠下位、前位、后位、盆位

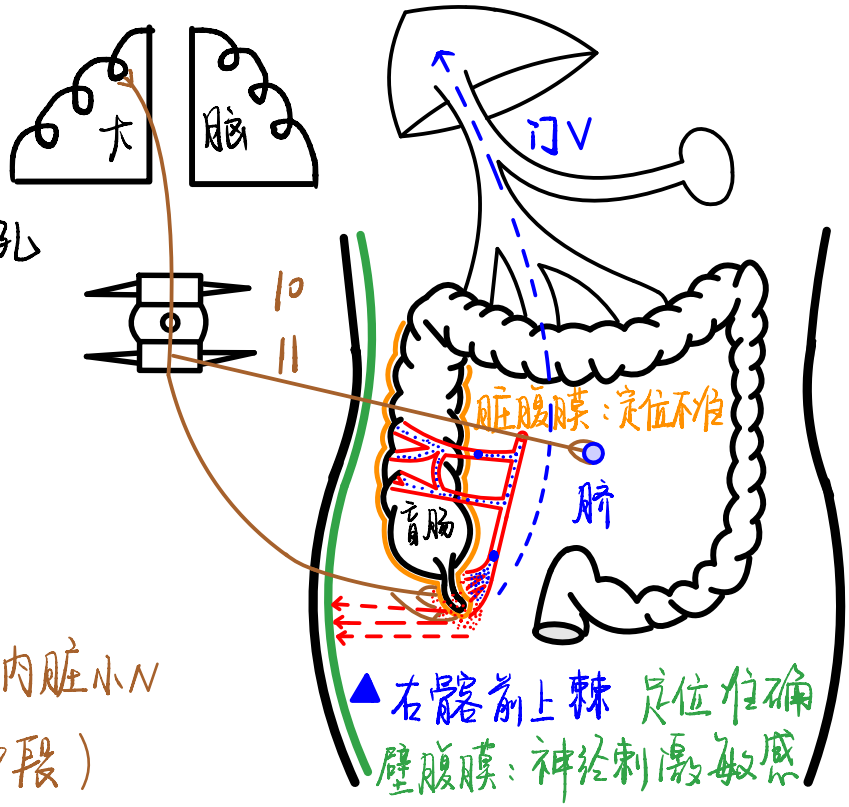
二、与腹膜关系
- 属于腹膜内位器官
- 穿孔——继发性腹膜炎

三、动脉
1. 来自回结肠A
2. 特点——终末A
3. 压迫A——阑尾缺血——坏疽穿孔

四、静脉
1. 回流：门V
2. 阑尾炎症——门V炎——黄疸

五、神经
1. 传入N——交感N腹腔丛&内脏小N（第10、11胸髓节段）
2. 大脑——脐周痛

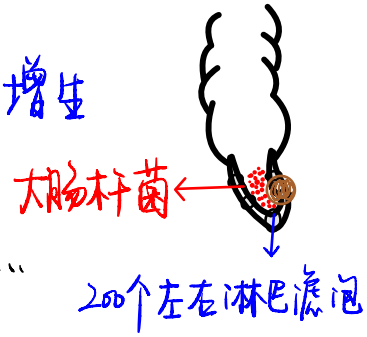
六、功能&淋巴
- 儿童期——有免疫功能——淋巴滤泡（B细胞）
- 成人期——无功能



第2节 急性阑尾炎

一、病因（阑尾腔堵塞）

- 最常见 — 淋巴滤泡增生
- 其次 — 粪石堵塞
- 其他 — 肠石、残渣…



二、病理



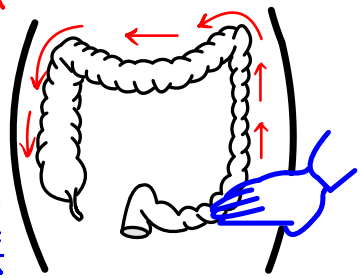
1. 粘膜&粘膜下层 — 单纯性阑尾炎
2. 脓液 — 化脓性阑尾炎
3. 终末A血运受阻 — 坏疽穿孔阑尾炎
4. 肿块 — 阑尾周围脓肿

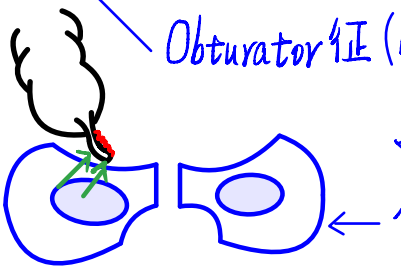
三、表现

- 最主要
  - 转移性右下腹痛
  - 机制 — 脐周&阑尾传入N在同一个脊髓节段
    当炎症波散在壁腹膜，疼痛固定于右下腹
  - 阑尾坏疽穿孔 — 腹痛可缓解
- 胃肠道症状 — 恶N、呕吐、腹胀…
- 全身表现 — 发热、黄疸（门V炎）

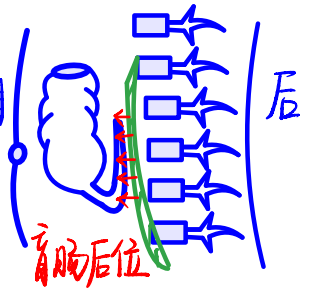
四、体征

1. 早期 — 麦氏点压痛
2. 疼痛固定于右下腹 — 阑尾炎已经发生了一段时间 → 最有意义
3. 阑尾穿孔 — 腹膜刺激征（老人、儿童不明显）
4. 痛性包块 — 阑尾周围脓肿
5. 特殊体征
   - Rovsing征（结肠充气试验）— 诊断阑尾炎
   - Psoas征（腰大肌试验）
   - Obturator征（闭孔肉肌试验）





髋关节旋转
← 低位阑尾、位于盆腔



五、检查
- 检验科——血Rt：WBC↑、N↑
- 影像科
  - B超：阑尾充血、水肿、增大
  - CT
- 腹腔镜+活检

六、治疗

1. 非手术治疗——抗生素抗感染（G⁻——喹诺酮/三代头孢）
2. 手术治疗
   - 首选——腹腔镜阑尾切除术
   - 阑尾周围脓肿——B超引导下穿孔抽脓 —3个月后→ 择期阑尾切除术

七、并发症
- 阑尾炎并发症
  - 腹腔脓肿=寒战高热+超声液性暗区
  - 门静脉炎——黄疸、发热…
  - 肠内、外瘘形成
- 术后并发症
  - （最常见）切口感染
  - 休克——24h内——阑尾A止血不彻底
  - 阑尾残株炎（右下腹痛）←特殊
  - 肠梗阻
  - 粪瘘

八、特殊阑尾炎

1. 新生儿——少见、并发症/死亡率高
2. AIDS（艾滋病）+阑尾炎
   - WBC不高——易漏诊
   - B超/CT
   - 阑尾切除术
3. 共同特点
   - 症状不典型
   - 体征
   - 发现晚
   - 穿孔并发症发生率高

老年人、儿童（→病情重、变化快）、孕妇（→切口偏高）→ 一经确诊，尽早手术

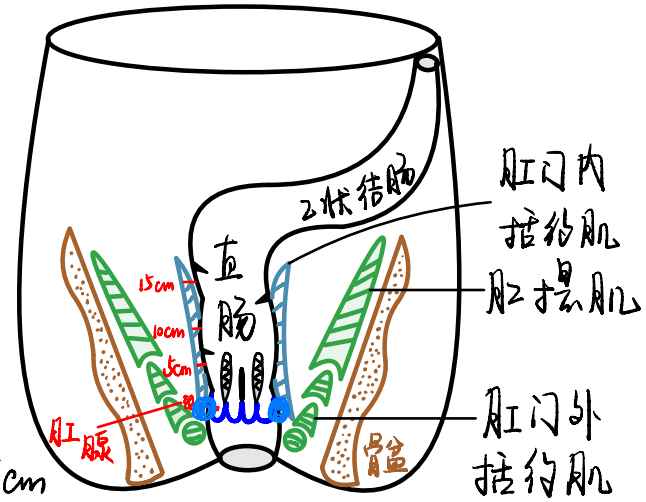
第八章 直肠肛管疾病

第1节 概述

一、解剖

1. 长度
   - 直肠 — 12-15cm
   - 肛管 — 1.5-2.0cm
   - 结肠150cm

2. 分段
   - 腹膜有无覆盖
     - 上段
     - 下段
   - 长度 距齿状线距离
     - 下段 <5cm
     - 中段 5-10cm
     - 上段 10-15cm



3. 肌肉 — 肛管直肠环（损伤后大便失禁）
   - 直肠肌下部&肛门内括约肌
   - 肛提肌下部&肛门外括约肌深部

4. 特殊结构
   - 肛柱
   - 肛瓣
   - 肛窦
   - 肛腺开口于 — 肛周脓肿 — 肛瘘
   - 肛垫（易形成痔）— 齿状线周围直肠V丛被细织&肌肉支撑

   肛瓣、肛窦 — 齿状线：直肠&肛管交界处

5. 齿状线 — 直肠&肛管交界处

	齿状线以上	齿状线以下
①表面	粘膜	皮肤
②神经	内脏N（自主N）— 定位不准 — 不疼	躯体N（阴部内N）— 定位准确 — 疼
③静脉	直肠上V — 内痔	直肠下V — 外痔
④动脉	直肠上、下A	肛门A
⑤淋巴结	髂内淋巴结	腹股沟淋巴结 → 髂外淋巴结

二、生理
- 直肠
  - 储存大便
  - 吸收功能
  - 分泌粘液+排便
- 肛管 — 排便反射

三、检查

左侧卧位	截石位	蹲位	胸膝位	弯腰前屈位
↓	↓	↓	↓	↓
最常用/结肠镜检查/直肠指诊	手术	内痔/直肠脱出	常用	肛门视诊

四、肛门直肠指诊
- 75%左右的直肠癌被发现
- 85%的直肠癌延误病例是由于未指诊

第2节 肛裂

一、概念
- 齿状线以下 — 皮肤&神经支配(躯体N)
- 皮肤裂开

二、病因 — 长期便秘+粗糙大便

三、表现
- 青壮年、男性多见
- 最主要三大表现 — 疼痛、便秘、便血
- 疼痛规律
  - 第一次:粗糙大便通过直肠刺激神经
  - 间歇期/中间缓解期
  - 第二次:疼挛痛 — 肛门括约肌痉挛

四、检查

1、肛门视诊 — 首选
- 肛裂发生位置 — 截石位6点(胸膝位12点)
- 三联征 — 肛裂、前哨痔、乳头肥大

2、禁忌(相对) — 直肠指诊

五、治疗
- 非手术治疗(为主) — 温盐水清洗液+对症
- 手术治疗 — 肛裂切除术/肛门内括约肌切除术

第3节 肛周脓肿

一、病因&机制
- 肛腺 —开口→ 肛窦
- 肛窦开口朝上，易发生粪渣残留—感染
- 最常见—大肠杆菌

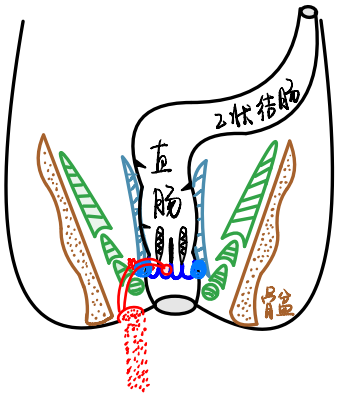
二、病理—肛腺感染
- 向上 —骨盆直肠间隙脓肿—肛提肌上方
- 向下 —肛周脓肿
- 向侧方 —坐骨肛管间隙脓肿
- 向后 —直肠后/肛管后脓肿

肛提肌下方

三、表现
1. 直肠肛管周围脓肿(最常见)—局部皮肤红肿热痛包块，波动感—切开引流术
2. 坐骨肛管间隙脓肿 —里急后重明显
3. 骨盆&直肠间隙脓肿—持续性胀痛

全身寒战高热为主—切开引流术

第4节 肛瘘



一、病因
- 多数继发于—直肠肛周脓肿
- 少数—克罗恩病

二、病理&分型
- 组成：内口—瘘管—外口
- 分型
  - 瘘管多少
    - 1个—单纯型
    - 多个—复杂型
  - 肛门外括约肌深部
    - 上— 高位肛瘘
    - 下— 低位肛瘘
  - 瘘管与括约肌
    - 括约肌间型(最常见)≥70%
    - 经括约肌型 25%
    - 上型 ：4%
    - 括约肌外型

三、表现（反复发生）
- 局部
  - 肛门周围发现排粪性、血性分泌物盲管
  - 骚痒、潮湿
- 全身 —寒战、高热、疼痛等

四、检查
- 肛门镜检查 — 内口
- 瘘管造影术 — 打"亚甲蓝"
- MRI等

五、治疗
- 低位肛瘘 —肛瘘切除术
- 高位肛瘘 —挂线疗法
- 复杂高位肛瘘 —瘘管切开引流？

> 最主要 — 明确内口位置

第5节 痔

一、病因&机制

1、肛垫 —齿状线周围宽约1.5cm（直肠V丛）被组织包裹、下移

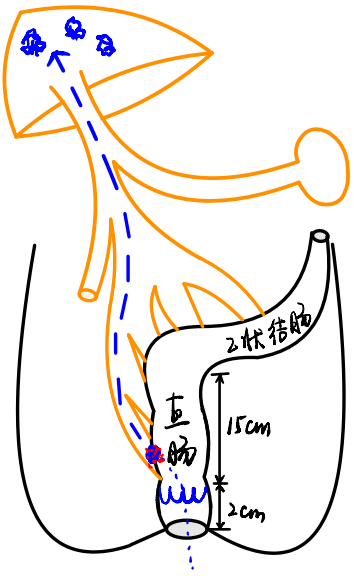
2、静脉曲张 —无V瓣膜、容易淤血 → 曲张

二、表现&分型
- 内痔
  - 无痛性、便后出血
  - 截石位 — 3、7、11点
  - 分型
    - 1型 — 有血无痔
    - 2型 — 有血有痔
    - 3型 — 用手还纳
    - 4型 — 不能还纳
- 外痔 — 疼痛+便血（潮湿、痒…）
- 血栓性外痔 → 暗紫色肿物 + 剧痛
- 环形痔 —梅花瓣状

三、检查
- 肛门视诊
  - 内痔 —截石位3、7、11点
  - 血栓性外痔 —暗紫色肿块
  - 环形痔 —梅花瓣状
- 肛门镜检
- 直肠指诊 —意义不大

四、治疗
- Ⅰ度 —注射硬化剂
- Ⅱ、Ⅲ度 —胶圈套扎
- Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ度 —单纯切除术
- 血栓性外痔 —剥离术

第6节 直肠癌

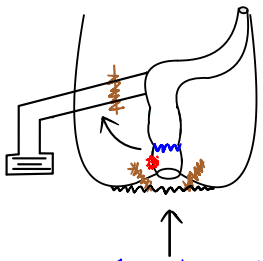


一、病因—基因/高蛋白饮食、食物精细等

二、病理
- 大体分型
  - 溃疡型—最多见
  - 隆起型—预后好
  - 浸润型—预后差
- 病理分型—腺癌
- 最常见转移器官—肝

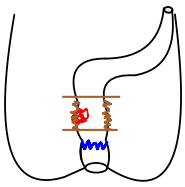
三、表现
- 早期—无明显表现、便血(最常见)、便频>便细…
- 中、晚期
  - 局部—排便习惯&排便性状改变
  - 转移—肝、脑、肺…

四、检查
- 检验科
  - 血RA—RBC↓
  - 便潜血试验(+)—筛查
  - 癌标—CEA↑↑↑
- 影像科
  - 腹部增强CT/MRI—分期&转移
  - 全身核素骨扫描—全身转移
- 特殊检查
  - 直肠指诊—首选
  - 结肠镜+活检—最有价值、意义

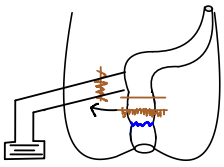


(Miles术)

五、治疗



1、早期(手术)
- 距肛门距离<7cm(距齿状线<5cm)
  - 不能保肛门
  - 经腹骶会阴直肠癌根治术
- 距肛门距离>7cm(距齿状线>5cm)
  - 可保肛门
  - 经腹直肠癌根治术(Dixon术)
- Miles术+辛普森器
- Dixon术+急性肠梗阻
  - 经腹直肠癌切除
  - 人工肛门造瘘术、远端封闭(Hartmann术)



2、中、晚期—放化疗—奥沙利铂+亚叶酸钙+氟尿嘧啶

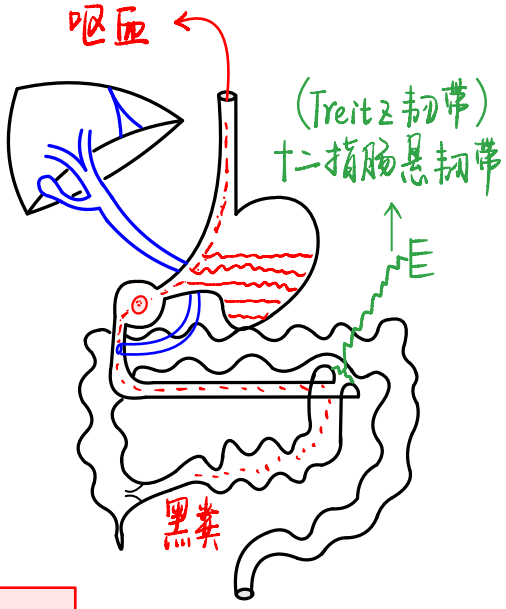
第九章 消化道大出血

一、解剖的概念

1、消化道
- 上 ☆ Treitz 韧带以上
- 中 — Treitz 韧带 → 回盲部
- 下 — 回盲部以下

2、大出血 — 失血量：800-1200 ml (1000左右)
休克 ← 失血量达到20%

3、表现 — 呕血+黑粪



第1节 上消化道大出血

一、解剖
Treitz韧带以上部位出血
食管、胃、十二指肠、肝、胆疾病等

二、病因
最常见 — 消化性溃疡
其次 — 胃底食管静脉曲张
急性胃炎、胃食管返流病、胃癌等
肝胆疾病
剧烈呕吐 — 贲门粘膜撕裂综合征 (Mallory-Weiss)

三、表现
1、最主要 — 呕血&黑粪

① 呕血还是黑粪主要取决于 — 出血速度&出血量，出血部位居其次

② 呕血
- 量少、速度慢 — 咖啡色/暗红色 机制：RBC → HB → 正铁HB
- 量大、速度快 — 鲜红色

③ 黑粪 —肠→ RBC —肠液→ 硫化铁 — 柏油便/黑便

④ 祠部位
- 食管、胃底静脉出血 — 500-1000ml
- 胃 — 胃溃疡、胃炎 — <500ml
- 胆道 — 胆绞痛 — 200-300ml

2、出血性贫血

3、发热 — <24h，3-5天　　4、周围循环衰竭

四、实验室检查

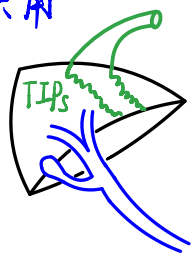
1、检验科
- 血Rt — RBC、HB↓
- 上消化道出血 — RBC、蛋白… — 肠道氨（氮质血症）
  - 鉴别上、下消化道出血 ← 肠源性氮质血症 ← 入血

2、影像科
- 最有意义 — 胃镜
- X线钡餐造影
- 动脉造影术&检查（出血量 > 0.5ml/min）
- ^{99m}Tc 标记红细胞腹部γ-闪烁成像 — 间歇性出血

五、治疗 — 止血治疗

1、胃十二指肠溃疡 — 首选：PPI — 胃镜 — 手术

2、胃底、食管静脉曲张
- Child A、B级 + 无腹水、黄疸 — 手术
- Child C级 + 明显黄疸、腹水
  - 首选：生长抑素 / 垂体后叶素（特立加压素）
    - ↳ 冠心病、高血压禁用
  - 胃镜 / 三腔二囊管
  - 经颈静脉肝内门腔静脉分流术（TIPs）



六、出血&表现
- 5-10 ml — 大便潜血（+）
- 50-100 ml — 黑粪
- >30 ml — 呕血
- <400ml — 无表现　　>400ml — 有表现
- 800-1200ml — 休克

七、下消化道出血 — 最常见：结肠（黑粪/便血）、结肠镜+活检、治原发病

医精诚 逢考必过
更多医考资料请咨询微信xiaoyijingcheng777

小医精诚 Xiao Yi Jing Cheng
笔记作者：小医精诚777

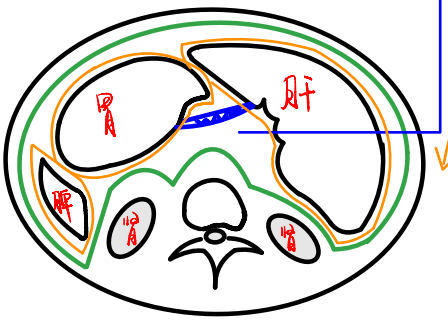
第十章 腹膜类

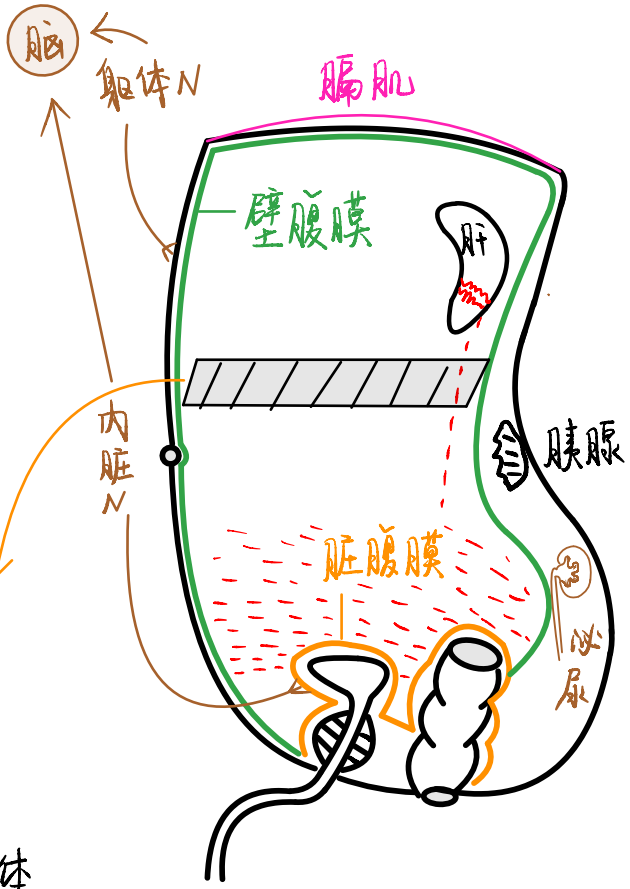
第1节 解剖与生理

一、解剖

1. 分类
   - 壁腹膜 → 躯体神经支配 → 定位准确 → 针刺敏感
   - 脏腹膜 → 内脏神经支配 → 定位不准 → 针刺不敏感（牵拉敏感）
   - 大小 — 1.5 m^2
   - 阑尾炎 ← 脐周/上腹部 ←

2. 腹膜腔
   - 壁腹膜与脏腹膜潜在间隙
   - 腹腔：膈肌下方 → 骨盆上方
   - 腹膜腔：腹腔 & 网膜囊
     - 网膜孔（Winslow孔）
   - 男 — 闭　女 — 开放





3. 内容物
   - 水 — 75-100 ml 润滑液
   - 气 — （病变时有）膈下游离气体

二、生理功能

- 分泌功能
  - 平时 — 少量液体
  - 急性炎症 — 大量液体
    - 巨噬细胞 — 保护
    - 纤维蛋白 — 粘连 — 局限化炎症
- 吸收功能 — 毒素 — 感染性休克

第2节 急性化脓性腹膜炎

一、分类&特点

1、原发性腹膜炎(自发性腹膜炎)

少见；无原发病

菌—链球菌；金葡菌

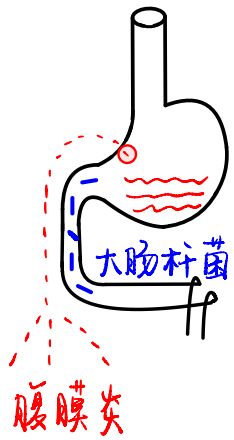
机制
- 血行感染：链球菌等
- 透壁感染：大肠杆菌(肝硬化)
- 上行感染、直接扩散

2、继发性腹膜炎

最常见；原发病明确

菌—大肠杆菌

例—胃、十二指肠溃疡穿孔
阑尾穿孔、外伤覆延



二、病理

- 一般变化—渗出—大肠杆菌—黄绿色
- 腹腔脓肿—网膜包裹性炎症
- 肠梗阻—腹膜渗出纤维蛋白—造成肠粘连
- 感染重—吸收毒素—感染性休克

三、表现&体征

- 腹痛—最主要、原发部位疼痛最剧烈
- 恶心、呕吐—麻痹性肠梗阻
- 寒战+高热
- 感染性休克 缺O_2 代谢性酸中毒
- 体征
  - 腹膜刺激征—压痛、反跳痛、肌紧张
  - 腹胀加重提示病情加重

四、检查

- 检验科
  - 血Rt—WBC↑、N↑
  - 腹部诊断穿刺—最有意义
- 影像科
  - 立位腹部X线平片
  - 腹部B超
  - CT/MRI
  - 盆腔脓肿：直肠指诊

五、治疗

1、非手术治疗
- 非药物 —半卧位 → 局限化炎症；减少毒素吸收
- 药物 —首选：三代头孢 — G^-杆菌 / G^+球菌

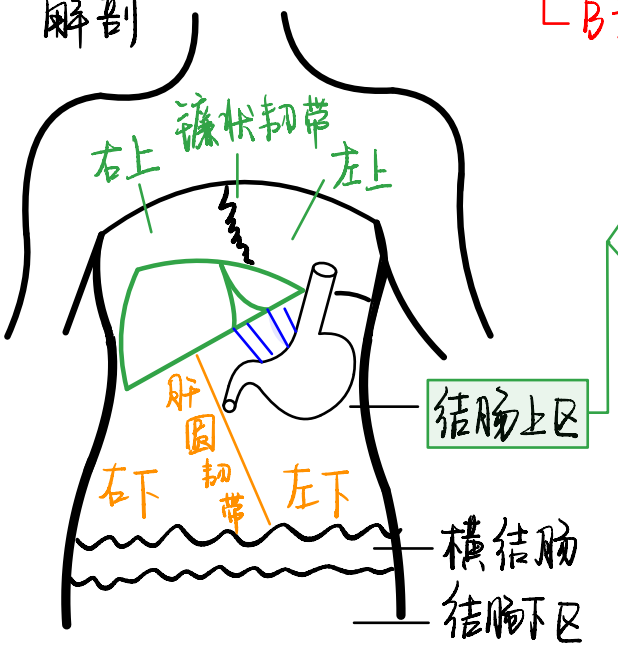
2、手术治疗
- 适应症
  - 保守治疗 6-8h后病情继续加重
  - 病因不明 …
- 切口 — 首选：右髂正中切口
- 注意
  - 术中生理盐水/甲硝唑冲洗腹腔
  - 术后关腹前 —不能用抗生素冲洗(会导致肠粘连)
  - 放置引流管

第3节 腹腔脓肿

一、平卧时 —膈下脓肿　　肠间脓肿　　直立时 —盆腔脓肿

肠间脓肿
- B超 —肠间液性暗区

1、解剖



- 肝上间隙
  - 镰状韧带
    - 肝右上间隙
    - 肝左上间隙
- 肝下间隙
  - 肝圆韧带
    - 肝右下间隙
    - 肝左下间隙
  - 肝胃韧带
    - 左下前间隙
    - 左下后间隙 → 网膜囊

2、病因 — 继发性腹膜炎最常见

3、表现
- 全身 — 寒战、高热
- 局部 — 恶心、呕吐、影响呼吸

4、检查 — 首选B超

5、治疗
- 抗生素 — 三代头孢/喹诺酮
- B超引导下穿刺引流术

二、盆腔脓肿
- 病因 — 继发于继发性腹膜炎(阑尾炎&溃疡穿孔)
- 表现
  - 全身 — 寒战、高热
  - 局部 — 里急后重
- 检查 — 首选直肠指诊
- 治疗
  - G⁻菌 — 抗生素：三代头孢/喹诺酮
  - 穿刺引流
    - 男 — 经直肠壁
    - 女 — 经阴道后穹隆

第4节 结核性腹膜炎

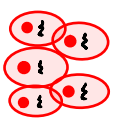
一、病因&机制
- 肺TB —(疾)→ 肠TB(回盲结合部)
- 肠TB — 穿孔 — 直接蔓延 — TB腹膜炎

二、病理
- 渗出型 — 腹水
- 粘连型 — 肠梗阻
- 干酪型 — 干酪样坏死

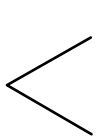
三、表现
- 全身中毒症状 — 低热<38℃、盗汗、乏力、纳差
  - 渗出型多见
  - 粘连型少见
- 局部 — 腹痛 — 脐周/下腹部

四、体征
- 全腹 — 压痛、反跳痛、肌紧张
- 特异 — 揉韧感/揉面感

五、检查
- 检验科
  - 血RA — WBC↑、淋巴↑ ESR/CRP、炎症↑
  - PPD试验(+) — 提示可能是TB
- 特殊检查
  - 腹水抗酸染色/腹水找TB杆菌
  - 腹水TB杆菌培养(阳性率低)
  - 最有意义：腹腔镜+活检 — 干酪样坏死
  - 腹水
    - 渗出液 — 浑浊、草绿色
    - 比重>1.018、细胞数>500×10⁶/L、蛋白>30g/L
    - 淋巴细胞↑↑↑、单个核细胞↑↑↑、ADA↑>45u/L



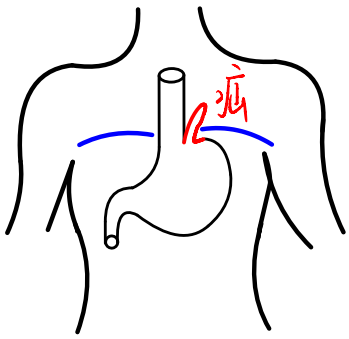
ADA
腺苷脱氨酶

六、治疗  非手术 —最主要：抗TB
手术治疗—诊断不明的、保守失败的、有并发症的

七、并发症 — 肠梗阻

第十一章 腹外疝

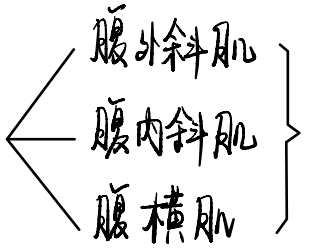
△解剖与生理



一、概念 — 疝：离开自己正常解剖位置去了别的地方

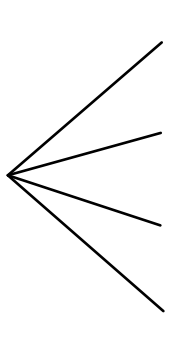
二、解剖

1、腹部层次

皮肤—脂肪—深筋膜—肌层  —腹横筋膜

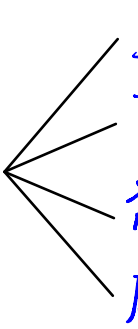
腹外斜肌
腹内斜肌
腹横肌

"最外面"——(腱膜)　　"最里面"

2、局部结构 

腹股沟韧带：髂前上棘—耻骨结节
陷窝韧带
耻骨梳韧带
腹壁下A

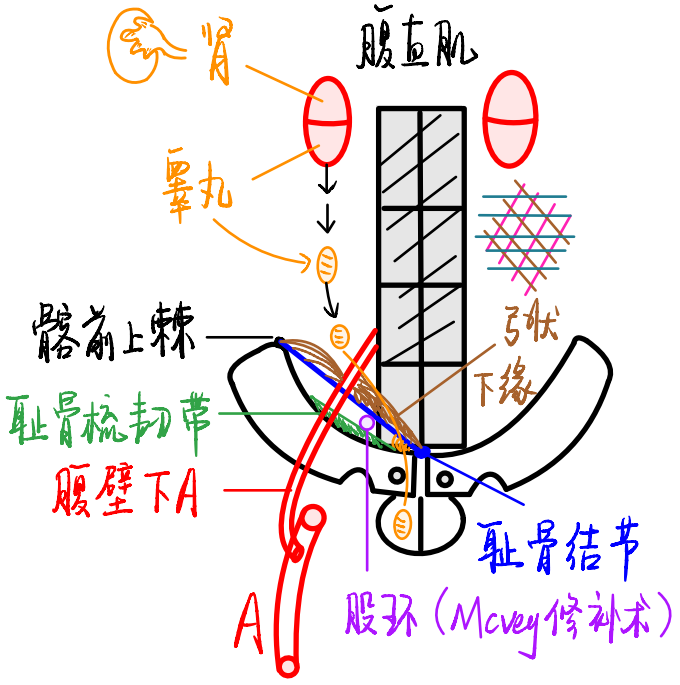
3、腹股沟韧带中点上方 1.5-2.0 cm —穿透腹横筋膜→ 深环/内口（三角形）

4、腹股沟管 

上 — 弓状下缘
下 — 腹股沟韧带
前 — 皮肤
后 — 腹横筋膜

5、腹外斜肌腱膜 — 浅环/外口（卵圆形）

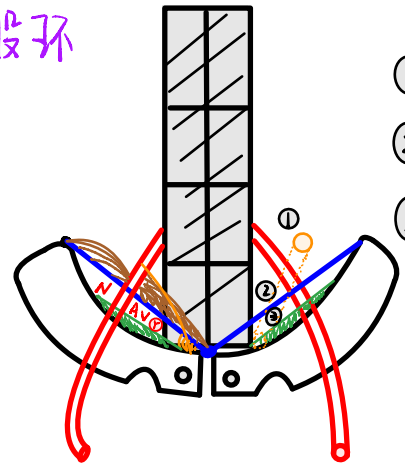
6、精索



三、总结
- 深环/内口 —腹股沟韧带中点上方 1.5cm-2.0cm处
- 浅环/外口 —耻骨联合上方 —腹外斜肌腱膜
- 斜疝 — 深环→浅环

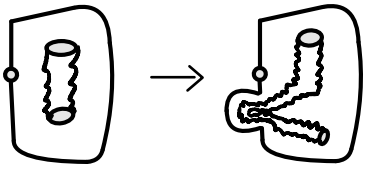
斜疝

- 腹壁下动脉、腹股沟韧带、腹直肌外缘 —直疝三角(Hesselbach三角)
- 股疝 —股环



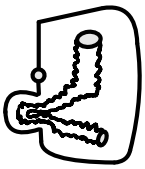
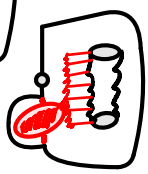
①斜疝 —梨形
②直疝 —半球形
③股疝

斜疝与直疝

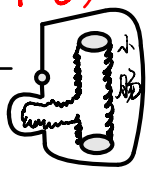
一、疝 

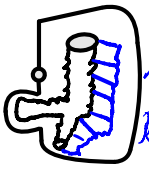
二、机制
- 先天性 —右侧睾丸下降晚,右侧疝多见
- 后天性 —腹横肌/腹横筋膜等薄弱

三、病因
- 腹内压增高 —咳嗽、便秘、腹水等
- 腹壁薄弱低 —内脏穿过腹壁地方、手术切口等

四、病理
- 易复性疝 —容易复位、最常见—小肠 
- 难复性疝 —不容易复位、最常见—大网膜 
- 滑动性疝 —疝内容物做为疝囊壁的一部分(属于难复性)
  - 右侧:阑尾、盲肠、膀胱
  - 左侧:乙状结肠、膀胱



- 嵌顿性疝 3-4h→绞窄疝(血运障碍、肠壁缺血坏死)
- Littre疝:嵌顿的是小肠憩室(Meckel憩室) 

- Richter疝(肠管壁疝)—系膜对侧部分肠管疝出 

五、表现

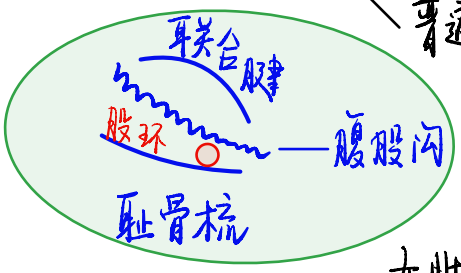
斜疝（儿童、青少年）	直疝（老年人）
内口（深环）→浅环	直疝三角
可进阴囊	不进入阴囊
位于腹壁下动脉外侧	位于腹壁下动脉内侧
疝口小、易嵌顿	疝口大、不易嵌顿
梨形	半球形
精索位于疝囊后方	精索位于疝囊前方
压住深环不突出	压住深环再突出

六、鉴别

- 睾丸鞘膜积液 — 透光试验（+）
- 睾丸疝 — 透光试验（-）+ B超/CT

七、治疗

- <1岁 — 保守 — 疝气带 — 随发育腹壁变强
- 1-3岁 — 绞窄疝&肠管坏死
  - 不做修补术，容易感染导致修补失败
  - 单纯疝囊高位结扎术
- 修补术
  - 无张力修补术 — 人工材料：补片 — 异物：容易感染
  - 普通修补术
    - 前方 — Ferguson法（联合腱→腹股沟韧带）
    - 后方
      - Bassini法（联合腱→腹股沟韧带）
      - McVay — 股疝（耻骨梳韧带）
      - Shouldice法、Halsted法



股疝

- 解剖
  - 女性 — 中年女性、股管松弛
  - 股管
    - 上方：腹股沟韧带　内：腔隙韧带
    - 下方：耻骨梳韧带　外：股静脉
- 表现
  - 诱因 — 腹内压↑、腹壁松弛
  - 表现 — 股前方半球形肿物
  - 最容易嵌顿疝、咳嗽冲击不明显
- 治疗 — 首选修补术：联合腱→耻骨梳韧带

第十二章 腹部闭合性损伤

第1节 概述

一、分类
- 开放性损伤
  - 皮肤粘膜有破损 — 最常见：肝（锐器伤）
  - 贯通伤：腹膜有破损（穿透伤）
  - 非穿透伤：腹膜完整
  - 液体对腹膜刺激性：胃液/胰液 > 肠液 > 血液
- 闭合性损伤 — 皮肤粘膜完整 — 最常见：脾（钝器伤）

二、表现
- 实质性脏器 — 肝、脾等
  - 失血性休克为主
  - 肝 — 休克+腹膜刺激征
- 空腔性脏器 — 胃、小肠、结肠等 — 腹膜炎为主

三、检查
- 实质性脏器
  - 首选 — B超
  - CT/MRI
- 空腔性脏器
  - X线腹平片：膈下游离气体
  - 十二指肠降部、水平部
    - 腹膜后积气
    - 腰大肌模糊
  - 禁 — 钡餐造影
- 腹腔诊断性穿刺 — 阳性率≥90%（灌洗术）

四、治疗

1、非手术治疗
- 禁食水、胃肠减压、维持水、电解质平衡、静脉给予营养
- 禁用：吗啡 — 掩盖病情
- 严格观察病情
  - 15-30min — 生命体征
  - 30min — 查体
  - 30-60min — 血Rt

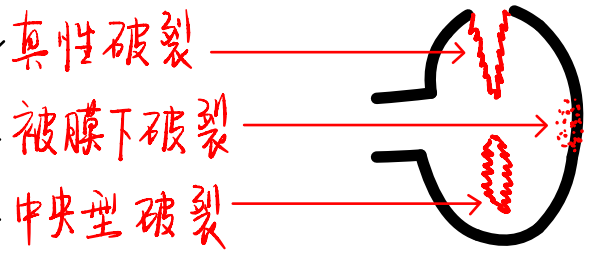
2、手术治疗
- 休克 — 抗休克同时剖腹探查
- 适应症
  - 保守治疗失败
  - 病因不明
  - 病情持续恶化
- 切口首选 — 正中切口
- 首先探查 — 肝、脾 → 胃 …

第2节 常见脏器损伤

一、脾破裂

1、特点 — 发病率最高

2、病理分型



特殊分型 — 延迟性破裂 — 多发生于外伤2w左右 — 立即手术

3、表现 — 失血性休克 + 左季肋区

4、体征 — 移动性浊音 >1000 ml

5、检查
- 最有意义/首选 — 诊断性腹穿（机制 — 腹膜支纤维蛋白作用）
- 次选 — B超

6、治疗 — 抗休克&剖腹探查 / 脾切除术

二、肝破裂

1、病因 — 右上腹/右季肋区外伤

2、表现 — 出血（失血性休克）+胆漏（胆汁性腹膜炎）

3、体征 — 休克体征 + 腹膜刺激征

4、检查 — 首选B超/诊断性腹穿（胆汁）

5、治疗 — 肝修补术 — 纱布压迫止血 — 肝A阻断（最有效） — 时间 < 20 min（肝硬化 < 15 min）

三、胰腺破裂（肋理不齐）

1、病因 — 中上腹/左上腹 — 方向盘/自行车车把

2、特点 — 发病率低 1%-2% — 易漏诊

3、表现 — 腹痛

4、检查 — B超、CT — 胰腺边界不清
　　最有意义 — 诊断性腹穿 — 穿刺液中淀粉酶升高

5、治疗 — 对症

6、并发症 — 胰腺假性囊肿

四、十二指肠破裂（肋理不齐） — 腹膜外位器官

1、解剖 — 球部、降部、水平部、升部

2、病因 — 创伤

3、表现&体征 — 腹痛 + 腹膜刺激征不明显

4、检查 — 立位X线腹平片 — 腹膜后积气/腰大肌影模糊/骶骨前捻发音？

5、手术治疗

五、小肠（最常见）

1、特点：肠内容物 稀+菌少

2、表现：腹膜炎速度 快、早
　　腹膜炎程度 轻

3、检查：立位腹平片

4、治疗：一期缝合术/吻合术

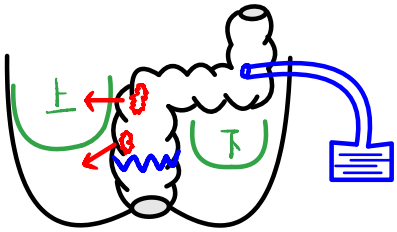
六、结肠（最少见）

稠+菌多

慢、晚

重

立位腹平片



升结肠 — 一期手术

降结肠 — 横结肠造瘘 3-4w 二期手术

七、直肠

1、解剖表现：
　　直肠上段 — 腹膜反折以上 — 同结肠破裂表现（腹膜刺激征）
　　直肠下段 — 腹膜反折以下 — 局部表现（无腹膜刺激征）

2、治疗：
　　直肠上段 — 乙状结肠造瘘 + 2-3月后二期手术
　　直肠下段 — 乙状结肠造瘘 + 直至伤口愈合