

知识点：食管癌的相关知识点总结

1. 食管癌的病理分型

①髓质型；②蕈伞型；③溃疡型；④缩窄型（即硬化型）；⑤腔内型。

2. 临床表现

典型症状：进行性吞咽困难。

早期——吞咽固体食物哽噎感。早期症状常不典型，易被忽略。

中晚期：

（1）典型的症状：进行性咽下困难。

（2）其他症状：

1) 声音嘶哑——侵犯喉返神经引起；

2) Horner 综合征——压迫颈交感神经节引起。

3. 食管癌的诊断

（1）临床已有症状或怀疑有早期病变又未能明确诊断的患者首选——内镜检查

（2）确定治疗方案和治疗后随访——CT 扫描；

（3）影像学首选——食管 X 线稀钡双重对比造影。

4. 食管癌的治疗——综合治疗的原则。

（1）手术治疗：经胸食管癌切除是目前常规的手术方法。胃是最常替代食管的器官。

（2）放射治疗：配合手术，增加手术切除率，提高远期生存率。

（3）化疗：使食管癌患者症状缓解，存活期延长。

习题：

下列哪项不是早期食管癌的临床表现

- A. 食管内异物感
- B. 食物停滞感
- C. 进行性吞咽困难
- D. 进食时胸骨后不适或疼痛
- E. 进食时胸骨后烧灼感

【正确答案】 C

【答案解析】 C 选项为中晚期食管癌的临床表现。

知识点：急性胃炎

1. 发病机制

主要是由于各种因素直接或间接地削弱、损伤了胃黏膜屏障，或攻击因子增强，从而引起胃黏膜不同程度的炎症反应。例如：①非甾体抗炎药、某些抗肿瘤药、口服氯化钾或铁剂等，可直接损伤胃黏膜上皮层或通过抑制环氧合酶而抑制在维护黏膜屏障完整方面起重要作用的生理性前列腺素的产生；②严重创伤、大手术、大面积烧伤、颅内病变或多器官功能衰竭等引起胃黏膜缺血、缺氧，胃黏膜屏障功能减弱；③乙醇等直接引起黏膜屏障破坏；④十二指肠液反流至胃腔，胆汁和胰液中的胆盐、磷脂酶 A 和其他胰酶参与胃黏膜屏障的破坏；⑤急性感染引起急性感染性胃炎。

2. 临床表现

上腹痛、恶心、呕吐和食欲缺乏是急性胃炎的常见症状，用解痉药物可缓解腹痛。

3. 诊断

确诊有赖于急诊胃镜检查，一般应在出血后 24~48 小时内进行。胃镜表现为以弥漫分布的充血、水肿、多发性糜烂、出血灶和浅表溃疡为特征的急性胃黏膜病

变。黏膜活检组织学改变为急性炎症。腐蚀性胃炎急性期，禁忌行胃镜检查，静止期可见瘢痕形成和胃变形。

4. 治疗

- (1) 对症治疗、去除病因。
- (2) 应常规给予抑制胃酸分泌的 H_2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂，降低胃内酸度。
- (3) 可用具有黏膜保护作用的药物，加强胃黏膜的防御机制。
- (4) 合理饮食，避免进食对胃黏膜有刺激性食物，减轻胃的负担。
- (5) 对出血明显者应补充血容量、纠正休克，可采用冰生理盐水 100~200ml 加去甲肾上腺素 8~16mg 口服或经胃管、胃镜喷洒等措施止血治疗。

习题：

急性糜烂出血性胃炎的临床表现主要为

- A. 上腹痛
- B. 呕吐
- C. 呕血、黑便
- D. 可以无表现
- E. 恶心

【正确答案】C

【答案解析】由药物和应激引起的急性胃炎，多数可出现内镜下急性糜烂出血性的表现。严重者发生急性溃疡并大量出血。烧伤所致者称 Curling 溃疡，中枢神经系统病变所致者称 Cushing 溃疡，主要表现为呕血或黑便。

知识点：慢性胃炎

1. 慢性胃炎病因、发病机制

- (1) 慢性萎缩性胃炎

自身免疫性胃炎（A 型胃炎）——胃体——舌炎和贫血；

慢性多灶萎缩性胃炎(B型胃炎)——胃窦。

(2) 慢性浅表性胃炎

慢性非萎缩性胃炎: 可见红斑(点、片状或条状)、黏膜粗糙不平、出血点/斑;

慢性萎缩性胃炎: 可见黏膜呈颗粒状、黏膜血管显露、色泽灰暗、皱襞变小。

2. 临床表现 多数症状轻微, 可表现为上腹痛或不适、上腹胀、早饱、嗝气、恶心等消化不良症状, 有些患者无症状。自身免疫性胃炎患者可伴有舌炎和贫血。

3. 诊断

最可靠的诊断方法——胃镜及活组织检查;

病因诊断——幽门螺杆菌检测。

4. 对症治疗

1) 抗酸或抑酸制剂——上腹痛、反酸、胃黏膜有糜烂时;

2) 促动力剂, 如多潘立酮——上腹胀满、胃排空差或有反流时;

3) 补充铁剂——缺铁性贫血者;

4) 有终生维生素 B₁₂ 注射治疗——恶性贫血者。

5) 目前由于幽门螺杆菌耐药问题普遍存在, 原本推荐的三联标准方案治疗幽门螺旋杆菌根除率下降, 失败后的再治疗比较困难, 建议首先采用 PPI、铋剂联合两种抗生素的四联疗法。尽量不应用耐药率高的抗生素。四联疗法即质子泵抑制剂+枸橼酸铋钾+两种抗生素(克拉霉素+阿莫西林+甲硝唑)。

习题:

诊断慢性胃炎最可靠的依据是

A. 慢性上腹部疼痛

B. 胃酸降低

C. X 线钡餐检查

D. 胃脱落细胞检查

E. 胃镜检查及胃黏膜活检

【正确答案】E

【答案解析】慢性胃炎症状无特异性，体征很少，X线检查一般只有助于排除其他胃部疾病，故确诊要靠胃镜检查及胃黏膜活组织检查。在我国约有50~80%患者在胃黏膜中可找到幽门螺旋杆菌。

知识点：消化性溃疡的诊断、辅助检查、非手术治疗

1. 诊断

诊断消化性溃疡的重要线索——临床表现；

确诊——胃镜检查；

确诊价值——X线钡餐。

2. 实验室检查

(1) 确诊的首选检查方法——胃镜检查及胃黏膜活组织检查；

(2) 对胃镜检查有禁忌或不愿接受胃镜检查者——X线钡餐检查——龛影是确诊溃疡的直接征象；

(3) 幽门螺杆菌检查

侵入性检查首选——快速尿素酶试验；

根治治疗复查的首选—— ^{13}C 或 ^{14}C 尿素呼气试验。

(4) 疑有胃泌素瘤时作鉴别——胃液分析和血清胃泌素测定。

3. 非手术治疗

(1) 胃黏膜保护剂

硫糖铝——目前少用；

枸橼酸铋钾——可根除幽门螺杆菌，但不能长期使用；

米索前列醇——主要用于NSAIDs 溃疡的预防。

(2) 抑酸药物

质子泵抑制剂——效果最强；

H_2 受体拮抗剂。

(3) 目前由于幽门螺杆菌耐药问题普遍存在，原本推荐的三联标准方案治疗幽门螺杆菌根除率下降，失败后的再治疗比较困难，建议首先采用PPI、铋剂联合两种抗生素的四联疗法。

习题

消化性溃疡并发出血时，首选的治疗药物是

A. 止血芳酸

B. 法莫替丁

C. 奥美拉唑

D. 垂体后叶素

E. 维生素K

【正确答案】C

【答案解析】治疗消化性溃疡首选的药物是：质子泵抑制剂。

知识点：消化性溃疡的手术治疗及适应证

1. 手术方式

(1) 胃大部切除术——传统术式。

毕I式胃大部切除术：在胃大部切除后，将残留胃直接和十二指肠吻合；

毕II式胃大部切除术：在胃大部切除后，将残留胃和上端空肠吻合，十二指肠残端缝合。

(2) 穿孔缝合术：主要适用于胃、十二指肠溃疡穿孔，注意事项有：①沿胃纵轴进针，贯穿全层，从穿孔处另一侧出针；②防止缝到对面胃壁；③穿孔处胃壁水肿明显，打结时要松紧适度，以免缝线切割组织；④缝合结扎后可将大网膜游离部分覆盖于修补部位，再次结扎缝线，可以防止切割组织；⑤对怀疑恶性变者，应在穿孔处取组织做病理检查。

2. 手术适应证

(1) 胃溃疡外科治疗的适应证

1) 胃溃疡经过短期(4~6周)内科治疗无效或愈合后复发者,应在第二次复发前手术。

2) 经X线或胃镜证实为较大溃疡(直径2.5cm以上)或高位溃疡。

3) 不能排除或已证实有恶变者。

4) 以往有一次急性穿孔或大出血病史者。

(2) 十二指肠溃疡外科治疗的适应证

1) 多年病史、发作频繁、病情进行性加重,至少经一次严格的内科治疗未能使症状减轻,也不能制止复发,以致影响身体营养状况、不能维持工作与正常生活者。

2) 经X线钡餐检查证实,溃疡有较大龛影、球部严重变形、有迹象表明穿透十二指肠壁外或溃疡位于球后部者。

3) 过去有过穿孔史或反复多次大出血史,而溃疡仍呈活动性者。

胃大部切除术治疗的理论基础是:①手术切除了含有大量壁细胞和主细胞的远端胃体,因壁细胞和主细胞数量减少使胃酸和胃蛋白酶分泌大量减少;②切除了胃窦部就减少了G细胞分泌的促胃液素,从而降低了胃酸分泌;③切除了胃溃疡病灶和胃溃疡好发的部位。

习题:

男性,40岁。因十二指肠溃疡出血住院抢救,6小时内已输血600ml。测血压10/6kPa。脉率120次/分,肠鸣音活跃。此时宜作哪项治疗

A. 输血加甲氧咪胍静点

B. 输血加去甲肾上腺素冰盐水口服

C. 输血加垂体后叶素静点

D. 输血加胃大部切除术

E. 输血加迷走神经切除术

【正确答案】D

【答案解析】对于内科保守治疗无效的消化道出血，需考虑手术治疗。此题中患者仍有活动性出血，危及生命，考虑行胃大部切除术，以切除病灶达到止血目的。

知识点：胃癌的病理及临床表现、诊断和治疗

1. 胃癌的肉眼病理分型：

(1) 早期胃癌：胃癌仅限于黏膜或黏膜下层者，不论病灶大小或有无淋巴结转移。

微小胃癌：癌灶直径 $<5\text{mm}$ 。

小胃癌：癌灶直径 $<10\text{mm}$ 。

一点癌：胃镜黏膜活检组织中查见癌，但切除后的胃标本虽经全黏膜取材未见癌组织。

(2) 进展期：侵入肌层为中期；达浆膜下层或超出浆膜向外浸润至邻近脏器或有转移为晚期。

2. 胃癌的扩散与转移途径：

(1) 直接浸润。

(2) 血行转移——发生在晚期，常见转移的器官有肝、肺、胰、骨骼等处，以肝脏转移为多。

(3) 腹膜种植转移。女性患者胃癌可形成卵巢转移性肿瘤，称 Krukenberg 瘤。

(4) 淋巴结转移——胃癌的主要转移途径。

3. 胃癌的临床表现：

(1) 早期：无特异性。

(2) 进展期胃癌

最常见：疼痛与体重减轻。

上腹不适、进食后饱胀，上腹疼痛加重，食欲下降、乏力、消瘦，恶心、呕吐。

特殊表现：

胸骨后疼痛和进行性吞咽困难——贲门胃底癌；

有幽门梗阻——幽门附近的胃癌；

消化道出血症状（呕血、黑便等）——肿瘤破坏血管；
腹部持续疼痛——肿瘤扩展超出胃壁。

4. 胃癌的诊断

- (1) 常用方法——X线钡餐。
- (2) 最有效的方法——胃镜。
- (3) 观察胃临近脏器受浸润及转移情况——腹部B超。
- (4) 胃癌诊断和术前临床分期——螺旋CT、正电子发射成像（PET）。

5. 胃癌的治疗

- (1) 手术治疗——主导地位。

早期胃癌：D₂以下的胃切除术。

进展期胃癌：D₂淋巴结廓清的胃切除术。

姑息性手术：包括姑息性胃切除术、胃空肠吻合术、空肠造口术。

- (2) 其他治疗

化疗、放疗、热疗、免疫治疗、中医中药。

习题：

男性，42岁，胃溃疡史10年。近2个月上腹疼痛。失去原规律性伴反酸、嗝气，内科药物治疗疗效不满意，急需下列哪项检查

- A. 钡餐检查
- B. B超检查
- C. 胃酸测定
- D. 便隐血试验
- E. 胃镜+活检检查

【正确答案】E

【答案解析】胃癌的确诊需胃镜+活检病理检查。该患者有溃疡病史，疼痛规律改变，内科治疗效果差，提示恶变可能大，直接胃镜检查。

知识点：肝硬化的临床表现

1. 代偿期：病状较轻，缺乏特异性。以乏力、食欲减退出现较早，可伴有腹胀不适、恶心、上腹隐痛、轻微腹泻等。上述症状多呈间歇性。患者营养状态一般，肝轻度肿大，质地结实或偏硬，无或有轻度压痛，脾轻、中度肿大。肝功能检查结果正常或轻度异常。

2. 失代偿期

(1) 肝功能减退的临床表现

①全身症状：一般情况与营养状况较差，消瘦乏力，精神不振，严重者衰弱而卧床不起。皮肤干枯，面色黧暗无光泽（肝病面容），可有不规则低热，舌质绛红、光剥，夜盲及浮肿等。

②消化道症状：食欲不振甚至畏食，进食后常感上腹饱胀不适、恶心或呕吐，对脂肪和蛋白质耐受性差，患者因腹水和胃肠积气终日腹胀难受。半数以上患者有轻度黄疸，少数有中、重度黄疸。

③出血倾向和贫血：常有鼻出血、牙龈出血、皮肤紫癜和胃肠出血等倾向，常有不同程度的贫血。

④内分泌紊乱：主要有雌激素增多，雄激素减少，有时肾上腺皮质激素亦减少，在男性患者常有性欲减退、睾丸萎缩、毛发脱落及乳房发育等；女性有月经失调、闭经、不孕等。患者面部、颈、上胸、肩背和上肢等上腔静脉引流区域，出现蜘蛛痣和（或）毛细血管扩张；在手掌大鱼际、小鱼际和指端腹侧部位有红斑，称为肝掌。

(2) 门脉高压症临床表现：

脾肿大：晚期常伴有脾功能亢进，呕血、全血减少。

侧支循环的建立和开放：最重要的三支是：食管与胃底静脉曲张、腹壁静脉曲张以及痔静脉曲张。

腹水：部分患者可伴有胸水，肝门静脉压力增高；低蛋白血症；肝淋巴液生成过多；继发性醛固酮增多；抗利尿激素分泌增多；有效循环血容量不足。

习题

肝硬化失代偿期诊断主要依据是

- A. 乏力，食欲不振
- B. 消瘦
- C. 腹胀、腹泻
- D. 少量腹腔积液
- E. 肝掌

【正确答案】D

【答案解析】失代偿期肝硬化

1. 症状

(1) 食欲减退：为最常见症状，在进展性肝病病人中十分明显，有时伴恶心、呕吐。

(2) 乏力：为早期症状之一，其程度自轻度疲倦感到严重乏力，常与肝病活动程度一致。

(3) 腹胀：为常见症状，可能由于低钾血症、胃肠胀气、腹腔积液和肝脾肿大所致。

(4) 腹痛：常常为肝区隐痛，与肝肿大累及包膜有关，有脾周围炎时可有左上腹疼痛，也可因伴发溃疡病、胆道及肠道感染引起。

(5) 腹泻：较普遍，常与肠壁水肿，吸收不良和肠腔菌群失调有关。

(6) 体重减轻：为多见症状，晚期病人伴腹腔积液及浮肿时会使体重减轻不明显。

(7) 出血倾向：凝血功能障碍可出现牙龈、鼻腔出血、皮肤黏膜紫斑或出血点，女性常有月经过多。

(8) 内分泌系统失调：男性有性功能减退，男性乳房发育，女性常有闭经及不孕。肝硬化病人的糖尿病发病率增加，表现为高血糖、糖耐量试验异常、高胰岛素血症和外周性胰岛素抵抗。进展性肝硬化伴严重肝细胞功能衰竭病人常发生低血糖。

知识点：肝癌的临床表现、诊断及治疗

一、肝癌的临床表现

(1) 肝区疼痛：肝癌的首发症状，多呈持续性胀痛或钝痛，如果出现剧痛，那就是肝表面的癌结节破裂。

(2) 肝肿大：进行性肝肿大、质硬，是中、晚期肝癌最常见的主要体征。

肿大的肝质地坚硬，凹凸不平，有大小不等的结节，边缘钝而不整齐，常有不同程度的压痛。但是如果癌肿位于膈面，则主要表现为膈面被抬高而肝下缘可不肿大。

(3) 黄疸和全身及消化道症状。肝硬化征象，恶性肿瘤的一些全身症状，转移灶的症状等。

二、肝癌的诊断

(1) 血清甲胎蛋白(AFP)——对诊断肝细胞癌有相对专一性。放射性免疫法测定持续血清 AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$ ，或逐渐升高、持续不降，或 $> 200 \mu\text{g/L}$ 持续 8 周并能排除妊娠、活动性肝病、生殖腺胚胎源性肿瘤等，即可考虑肝癌的诊断。

(2) 血液酶学及其他肿瘤标记物——缺乏特异性，作为辅助诊断。

(3) B 超：首选。普查工具。能发现直径 1.0cm 左右的微小癌灶。

(4) CT：可检出微小癌灶。

三、治疗：早期手术切除是首选。

(1) 根治性肝切除，适应证包括：

①单发的微小肝癌。

②单发的小肝癌。

③单发的向肝外生长的大肝癌或巨大肝癌，表面光滑，边界较清，被破坏的肝组织少于 30%。

④多发性的肿瘤，肿瘤结节少于 3 个，局限在肝的一段或一叶内。

(2) 姑息性的肝切除：根治性的手术不能做的，就用姑息性的肝切除。

(3) 化疗：肝癌原则上不用全身化疗。

(4) 放疗：对于一般情况好，肝功能尚好者可以放疗，禁忌证（肝硬化、黄疸、腹水、脾亢和食管静脉曲张），肿瘤较局限的可以做放疗。

习题

原发性肝癌中最常见的首发临床表现是

- A. 肝脏肿大
- B. 食欲减退
- C. 恶心、呕吐
- D. 肝区疼痛
- E. 体重下降

【正确答案】D

【答案解析】肝区疼痛：肝癌的首发症状，多呈持续性胀痛或钝痛，如果出现剧痛，那就是肝表面的癌结节破裂。

知识点：急性胰腺炎病理、临床表现及局部并发症

1. 病理改变

(1) 水肿型：胰腺肿大，间质水肿、充血和炎性细胞浸润。用药就可以，不必手术。

(2) 出血坏死型：胰腺肿大变硬、腺泡及脂肪组织坏死、血管出血坏死。主要特点就是血管出血坏死。胰腺坏死的组织与钙结合，成为钙皂斑，对于病程比较长的可并发脓肿，假性囊肿和瘘管形成。

2. 临床表现

(1) 症状：腹痛是本病的首发和主要表现，大量饮酒或暴饮暴食后发病。腹痛常位于中上腹部，可向腰背部呈带状放射，取弯腰体位可减轻。

(2) 体征：少数患者可见肋腹部皮肤呈灰紫色斑（Grey-Turner 征）或脐周皮肤青紫（Cullen 征），就可以诊断为出血坏死型胰腺炎，它们也是出血坏死型胰腺炎和水肿型胰腺炎的一个鉴别点，具有特异性。

3. 局部并发症

(1) 胰腺脓肿：起病 2~3 周后，由于胰腺及胰周坏死继发感染而形成脓肿

(2) 胰瘘：炎症导致胰管破裂，胰液从胰管漏出 >7 天，即为胰瘘

(3) 假性囊肿：往往在病后 3~4 周形成，由于胰液和液化的坏死组织在胰腺内或周围包裹所致。肉芽和纤维组织，无上皮，故称为假性胰腺囊肿。囊肿穿破可致胰源性腹水。

(4) 左侧门静脉高压：胰腺假性囊肿压迫和炎症波及后导致脾动脉血栓形成，激发左侧门静脉高压。

习题

出血坏死性胰腺炎，肋腹皮肤呈灰紫色斑称之为

- A. Cullen 征
- B. Grey-Turner 征
- C. Courvoisier 征
- D. Murphy 征
- E. Horner 征

【正确答案】B

【答案解析】少数患者可见肋腹部皮肤呈灰紫色斑（Grey-Turner 征）或脐周皮肤青紫（Cullen 征），就可以诊断为出血坏死型胰腺炎。

知识点：胰腺癌

主要是胰头癌

1. 临床表现

(1) 腹痛和不适：是常见的首发症状。向腰背部放射，表明中晚期。

(2) 黄疸：进行性加重的黄疸，是胰头癌最主要的临床表现。因胆汁淤积——肝大，质硬、表面光滑。

(3) Courvoisier 征：胰头癌患者查体时可扪及囊性、无压痛、光滑并可推移的胀大胆囊。

2. 影像学检查：

(1) CT：胰腺区动态薄层增强扫描效果较好，对判定肿瘤是否侵犯大血管，特别是用以明确胰头钩突下肠系膜上动静脉能否与胰头解剖分离开，从而判断是否可切除胰头十二指肠有重要意义。还可发现腹膜后淋巴结转移和肝内转移。

(2) B 型超声（首选）：可显示肝内、外胆管扩张，胆囊肿大，胰管扩张（正常直径 $\leq 3\text{mm}$ ），并可发现胰头部占位性病变等。

(3) 内镜超声：不受胃肠道气体的影响，并可穿刺取组织活检，优于普通 B 型超声波。

(4) 胃肠钡餐透视：可见十二指肠曲扩大或十二指肠降段内侧呈反“3”形等征象。低张力造影可提高阳性发现率，可以提示有无胰头占位病变。

(5) ERCP：能直接观察十二指肠壁和壶腹有无癌肿浸润，必要时可同时完成胆管内置支架，达到减黄的目的。

(6) PTC（经皮经肝胆道造影）：用于 ERCP 插管失败或胆总管下端梗阻不能插管者。可显示胆管系统，也可用于术前插管引流减黄。

(7) MRCP（磁共振胆胰管造影）：显示胰、胆管梗阻部位、扩张程度。

3. 治疗——手术切除是胰头癌有效的治疗方法。

(1) 胰头十二指肠切除术（Whipple 手术）

切除范围包括胰头（含钩突）、远端胃、十二指肠、上段空肠、胆囊和胆总管。尚需同时清除相关的淋巴结。

(2) 保留幽门的胰头十二指肠切除术（PPPD）

适用于幽门上下淋巴结无转移，十二指肠切缘无癌细胞残留者。

(3) 姑息性手术

适用于高龄、已有肝转移、肿瘤无法切除或合并明显心肺功能障碍不能耐受较大手术的患者。

(4) 胰体尾切除术

适用于胰体尾部癌。

习题

胰腺癌最常见的首发症状是

- A. 上腹痛和上腹饱胀不适
- B. 黄疸
- C. 消化道症状
- D. 消瘦和乏力
- E. 发热

【正确答案】A

【答案解析】腹痛和不适：是胰头癌常见的首发症状。向腰背部放射，表明中晚期。

知识点：肠梗阻的病因、分类、病理、临表

1. 病因与分类

(1) 按梗阻的原因

- ①机械性肠梗阻：在临床上最常见。
- ②动力性肠梗阻：麻痹性肠梗阻；痉挛性肠梗阻。
- ③血运性肠梗阻：肠管无机械性阻塞由于血液循环障碍失去蠕动力。

(2) 按肠壁血供情况

①单纯性肠梗阻：仅有肠腔阻塞而无肠壁血供障碍。

②绞窄性肠梗阻：在肠腔阻塞时，肠壁因血管被绞窄而引起缺血坏死。

(3) 按梗阻发生的部位

①高位：空肠上段以上。

②低位：回肠末端和结肠。

(4) 按梗阻的程度可分为完全性梗阻与不完全性（或部分性）梗阻。

(5) 按起病的缓急可分为急性肠梗阻与慢性肠梗阻。

2. 病理机制

(1) 局部变化。

(2) 全身变化：①水、电解质和酸碱失衡；②血容量下降；③休克；④呼吸和循环功能障碍。

3. 临床表现

(1) 症状——痛、吐、胀、闭。

1) 腹痛：

机械性肠梗阻：阵发性绞痛，伴肠鸣、腹部“气块”在腹中窜动。

剧烈的持续性腹痛——绞窄性肠梗阻。

胀痛——麻痹性肠梗阻。

2) 呕吐：

早期——反射性，吐出物为食物或胃液，进食即吐。

后期——反流性。

高位——早、频繁、吐出物少、多为胃十二指肠内容。

低位——迟、次数少、吐出物多、可为粪性。

麻痹性——溢出性呕吐。

3) 腹胀：

高位——不明显。

低位及麻痹性——全腹显著腹胀。

肠扭转：为闭袢性肠梗阻，腹胀不均匀。

4) 排便排气停止：

完全性：不再排便排气。

高位梗阻与肠套叠、肠系膜血管栓塞：可有少量排便。

(2) 体征：

机械性肠梗阻：可见肠型、逆蠕动波、有压痛。肠鸣音亢进、气过水音或金属音。

绞窄性——腹膜刺激征，可触及肿块。

麻痹性——主要是腹膨隆，而无上述体征。

全身情况：梗阻晚期或绞窄性肠梗阻——唇干舌燥、眼窝内陷、皮肤弹性消失，尿少或无尿等明显缺水征；脉搏细速、血压下降、面色苍白、四肢发凉等中毒休克征象。

习题

绞窄性肠梗阻是指肠梗阻并伴有

A. 肠襻两端均完全阻塞

B. 肠壁血供障碍

C. 肠壁穿孔、坏死

D. 肠系膜扭转

E. 肠腔高度扩张

【正确答案】B

【答案解析】绞窄性肠梗阻：在肠腔阻塞时，肠壁因血管被绞窄而引起缺血坏死，称为绞窄性肠梗阻。

知识点：肠结核的病理、临床表现、辅助检查

1. 病理改变

(1) 溃疡型肠结核：当感染菌量多、毒力大，可发生干酪样坏死。溃疡边缘不规则，深浅不一，可深达肌层或浆膜层，并累及周围腹膜或邻近肠系膜淋巴结。较少发生出血、穿孔，但可以发生慢性穿孔而形成腹腔内包裹性脓肿或肠瘘。最后可致肠管变形和狭窄。

(2) 增生型肠结核：多局限在盲肠。大量结核肉芽肿和纤维组织增生，肠壁局限性增厚变硬；肠腔狭窄。

(3) 混合型。

2. 临床表现

腹痛（多见于右下腹）、腹泻（部分伴有黏液和脓血，不伴有里急后重）、腹部包块（右下腹，固定，有压痛）。青壮年多见，回盲部好发（含结核分枝杆菌的肠内容物停留时间久；回盲部淋巴组织丰富）。

3. 辅助检查

(1) X线检查：X线小肠钡剂造影对肠结核的诊断具有重要价值。

增生性肠结核——可见充盈缺损。

溃疡型肠结核——钡剂于病变肠段呈现激惹征象，“跳跃征”（典型的X线表现）。

也可见肠腔变窄、肠段缩短变形、回肠盲肠正常角度消失。

(2) 结肠镜+活检检查（确诊检查）：注意单纯的结肠镜检查没有用，一定要加活检，活检看到干酪样坏死性肉芽肿或结核杆菌才具有确诊价值。

(3) 实验室检查——阳性结果多见于溃疡型。

血——中度贫血；血沉多明显增快，可作为评价结核病活动程度的指标之一。

粪便——糊样，一般无肉眼黏液和脓血，但镜下可见少量脓细胞与红细胞。

结核菌素试验：强阳性。

习题

最有助于诊断肠结核的病理改变是

A. 黏膜弥漫性炎症

B. 节段性炎症

C. 匍行沟槽样溃疡

D. 干酪性肉芽肿

E. 非干酪性肉芽肿

【正确答案】D

【答案解析】结核最典型和最有诊断意义的病理改变是干酪性坏死或肉芽肿，因此肠结核最有助于诊断的病理改变是干酪性肉芽肿。

知识点：急性阑尾炎的治疗、特殊类型阑尾炎

1. 急性阑尾炎的治疗

(1) 手术治疗：

1) 急性单纯性阑尾炎：阑尾切除术，切口一期缝合。

2) 急性化脓、坏疽性或穿孔性阑尾炎：阑尾切除术。

3) 阑尾周围脓肿：

①尚未破溃穿孔——切除阑尾。

②已局限在右下腹，病情平稳——不必强求做阑尾切除术。可给予抗生素，加强全身支持治疗，以促进脓液吸收、脓肿消退。

③无局限趋势——切开引流术。

(2) 手术并发症

1) 切口感染：最常见。

2) 出血。

3) 粘连性肠梗阻。

4) 阑尾残株炎：阑尾残端超过 1cm 时易发。

5) 粪瘘：断端结扎线脱落、盲肠壁损伤等造成。

2. 特殊类型阑尾炎的诊治

(1) 婴幼儿阑尾炎

- ①病情发展快且重，早期出现高热、呕吐等症状。
- ②右下腹体征不典型，但有局部压痛和肌紧张，是小儿阑尾炎的重要体征。
- ③穿孔发生早，穿孔率高。
- ④并发症和病死率较高。
- ⑤感染易扩散。

治疗——早期手术。

(2) 老年阑尾炎：临床症状和体征不典型，体温和白细胞升高不明显，易延误诊断和治疗；病理改变重，穿孔、并发症、病死率较高，感染易扩散；应及时手术治疗。

(3) 妊娠阑尾炎：临床症状和体征不典型，穿孔后不易包裹局限，并发症较多，感染易扩散，妊娠后期感染难以控制，可造成母子危险；早期手术。

习题

老年急性阑尾炎的临床特点是

- A. 阑尾容易缺血、坏死
- B. 腹痛、恶心明显
- C. 常有寒战、高热
- D. 右下腹压痛明显
- E. 显著腹肌紧张

【正确答案】A

【答案解析】老年人对疼痛感觉迟钝，腹肌薄弱，防御功能减退，所以主诉不强烈、体征不明显，而病理改变却较重，体温和白细胞升高均不明显，容易延误诊断和治疗。又由于老年人动脉硬化，阑尾动脉也会发生改变，易导致阑尾缺血、坏死。一旦诊断应积极手术。

知识点：直肠癌

1. 临床表现

- (1) 直肠刺激症状：便意频繁，排便不尽感，肛门下坠感。
- (2) 癌肿破溃感染症状：大便表面带血，严重时出现脓血便。
- (3) 肠壁狭窄症状：大便变形、变细，严重时出现低位肠梗阻的症状。
- (4) 直肠癌晚期：侵犯前列腺可发生尿频、尿痛；侵犯骶前神经则发生持续性剧烈疼痛；有肝转移者出现肝大、腹水、黄疸、贫血、消瘦、水肿等恶病质表现。

2. 诊断

首选——直肠指诊；

确诊——直肠镜活检；

大便隐血试验——发现早期直肠癌的有效措施。

3. 手术方法及适应证

根治性手术是治疗直肠癌的主要方法。凡能切除的直肠癌如无手术禁忌证，都应尽早实施直肠癌根治手术。

直肠癌的经典手术方式：

- (1) 经腹会阴联合直肠癌根治术（Miles 麦氏手术）：原则上适用于腹膜反折以下的直肠癌。
- (2) 经腹腔直肠癌切除术（Dixon 手术）：应用最多，又叫直肠前切术。适用于癌肿下缘距齿状线 5cm 以上，远端切缘距癌肿下缘 2cm 以上者。
- (3) 经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术（Hartmann 手术）适用于全身情况差，不能耐受 Miles 手术或急性梗阻不宜行 Dixon 手术的直肠癌患者。经典术式中仍然是 Miles 手术和 Dixon 手术。施行直肠癌根治术的同时，要充分考虑病人的生活质量，术中尽量保护排尿功能和性功能。

4. 综合治疗：

放疗：术前提高手术切除率。术后放疗适用于晚期或者手术未达到根治效果的病人。

化疗：术前提提高手术切除率，方案均以 5-FU 为基础药。

习题

男，68 岁。排便习惯改变 3 个月，便中带血 1 周，查体：浅表淋巴结未触及肿大，腹平软，未触及包块，移动性浊音（-），肠鸣音正常。直肠指诊：直肠前壁距肛缘 4cm 菜花型肿物，侵及直肠 1/4 周径，肿物直径 2cm，指套染血。为明确诊断及选择治疗方式，最佳的辅助检查是

- A. 腹部 MRI
- B. 腹部 CT
- C. 腹部 B 超
- D. 直肠镜
- E. 结肠镜

【正确答案】E

【答案解析】由于问的是“明确诊断及选择治疗方式，最佳的辅助检查是”，所以考虑到直肠癌的扩散问题，需要做结肠镜以明确病变范围，这样才能决定采取什么治疗方式，以及手术范围。

知识点：腹股沟疝的手术治疗

1. 腹股沟疝的治疗

（1）手术是治疗腹股沟疝最有效方法。

（2）手术方法包括 3 种。

1) 单纯疝囊高位结扎术：是各类疝手术的基本步骤。应该在疝囊颈处行高位结扎、切断疝囊。

注：婴幼儿（1-3 岁）、局部有严重感染、绞窄坏死（绞窄性疝坏死感染）只需采用单纯疝囊高位结扎术。

2) 疝修补术：在疝囊高位结扎基础上利用邻近健康组织修补腹壁缺损或薄弱处，是腹股沟疝（包括直疝和斜疝）最有效的治疗方法。具体方法和其适用类型如下：

①Ferguson 法（弗格森法）：加强腹股沟管前壁。在精索的前方将腹内斜肌下缘与联合腱缝至腹股沟韧带上。

②Bassini 法（巴西尼法）：最常见的加强腹股沟管后壁，尤其适用于青壮年斜疝和老年人直疝。

③Halsted 法（霍尔斯特德法）：与 Bassini 法相似，加强腹股沟管后壁。

④McVay 法（麦克维法）：主要用于股疝。

⑤Shouldice 法（肖尔代斯法）：加强腹横筋膜。

⑥无张力疝修补术：是人工材料在无张力的情况下进行缝合修补，加强腹股沟管后壁薄弱部位，有糖尿病，有感染可能的患者不能用。

3) 经腹腔镜疝修补术：经腹腔镜疝修补术属微创外科范畴，具有创伤小、痛苦少、恢复快、美观等优点，并可同时发现和处理并发症、双侧疝。

2. 嵌顿性和绞窄性疝的处理原则

疝囊内已有感染，或作肠切除肠吻合的患者，一般仅作疝囊高位结扎，而不作修补术，以免因感染而致修补失败。血压 $\leq 160/100\text{mmHg}$ 的高血压病人，术前不用降压药。

习题

绞窄性腹股沟斜疝在行肠切除吻合术后应行

A. Ferguson 疝修补术

B. Bassini 疝修补术

C. Mcvay 疝修补术

D. 疝囊高位结扎

E. Shouldice 修补术

【正确答案】D

【答案解析】单纯疝囊高位结扎术：是各类疝手术的基本步骤。应该在疝囊颈处行高位结扎、切断疝囊。

