

消化内科常见疾病诊疗常规

消化道出血

消化道出血是内科常见的急重症之一，完整的诊断应包括出血的部位、出血量及病因。

【出血部位及病因的诊断】

常将消化道出血以 **Treitz** 韧带为界分为上消化道出血和下消化道出血。

1.小量出血与胃液混合，为咖啡色呕吐物；大量则呕吐鲜血，同时伴暗红色或柏油便。（注意与咯血及服中药鉴别）

2.根据便血判断出血部位，柏油便为上消化道出血或高位小肠出血，暗红常为低位小肠或右半结肠出血，鲜红色血便常为左半结肠出血，与大便不混或排便后滴血常为直肠或肛门出血。（注意大便色泽与出血速度及肠蠕动有关）

上消化道出血的常见原因有：消化性溃疡、急性胃粘膜损害、食管胃底静脉曲张、胃癌、贲门粘膜撕裂征等。

下消化道出血的主要病因：结肠癌、息肉、血管病。粘膜下肿物、**Crohn** 病、溃疡性结肠炎、白塞病、缺血性肠病、淋巴瘤、放射性肠炎。

【出血量的判断】

1.消化道出血量 微量——便潜血阳性，黑便——50—70ml，柏油便——200ml，呕血——250—300ml

2.全身情况 头晕、口渴、心慌等，出血量约>400ml 出现周围循环

衰竭，出血量 $>1000-1500\text{ml}$ 称上消化道大出血。

3.24h 后 Hb 下降 1g 约失血 400ml。 【活动性出血的判断】 持续呕血或便血，积极补液输血后生命指征不稳定，Hb 继续下降，肠鸣音亢进。

【诊疗流程】

一、上消化道大出血的诊疗流程

强调行急诊胃镜检查（发病 24h 内行胃镜检查）并同时行镜下治疗，活动出血而内镜检查阴性者行选择性血管造影。

1.一般急救措施 积极补充血容量、输血。

2.食管静脉曲张破裂出血的治疗

（1）药物：垂体后叶素 $0.3-0.4\text{U}/\text{min}$ 持续静滴，可同时静滴硝酸甘油，止血后垂体后叶素 $0.1-0.2\text{U}/\text{min}$ 维持 3—6d；生长抑素（包括施他宁） 250ug 静注后 $250\text{ug}/\text{h}$ 维持 72；奥曲肽 100ug 静注后 $25\text{ug}/\text{h}$ 维持 72h。

（2）生命体征平稳时可行急诊内镜下止血。

（3）视肝功能情况选择急诊手术。

（4）必要时使用三腔二囊管压迫。

3.非食管静脉曲张破裂出血的治疗

（1）下鼻胃管；灌注止血药。

（2）药物：H2RA、PPI、立止血。

（3）内镜下止血。

（4）保守治疗无效者急诊手术。二、下消化道出血的诊疗流程

首先要排出上消化道出血，行胃镜检查，再行肠镜检查，有活动性出血 $>1.0\text{ml}/\text{min}$ 行血管造影加栓塞治疗。必要时手术探查加术中内镜检查。

贲门失弛缓症

【诊断要点】

一、临床表现

1. 吞咽困难 时轻时重
2. 反食
3. 胸痛 可能原因：1) 食物潴留扩张食管。2) LES 压明显升高。3) 食管体部出现高幅的同步性收缩。
4. 气道症状 夜间有反流者，常伴咳嗽、咳痰、气促、鼾音。
5. 并发症 1 食道炎 2 食道癌

(二) 辅助检查

1. 食道影像检查 食道钡餐示食道扩张，远段变细呈鸟嘴状，光滑。
2. 内镜检查 无肿物，LES 区持续关闭和，推送内镜有阻力，但不难进镜。

(三) 鉴别诊断 应排除食管肿瘤及其他类似贲门失弛缓症和表现。

【治疗】

1. 一般治疗 注意饮食成分、减慢进食速度，适当饮水。
2. 药物治疗 硝酸甘油(0.6mg , tid 餐前 15min 舌下含) 消心痛(5mg , tid 餐前 15min 舌下含) 心痛定(10mg , tid 餐前 15min 舌下含)
3. 食道扩张 内镜直视下气囊扩张术 扩张 LES 区

4.手术治疗

贲门粘膜撕裂综合征

【诊断要点】

一、 临床表现 病前常有频繁而剧烈的呕吐，继之有呕血及黑便，甚至失血性休克，少数有剑突下或胸骨后痛。

二、 辅助检查

1.内镜检查 食管下端有纵行粘膜撕裂、血痂、出血，周围粘膜充血水肿。

2.X 线检查 1) 裂痕有不规则的充盈缺损；2) 钡剂通过病变处有异向流动，严重时钡剂被血流截断或冲击；3) 出血小动脉呈一小的圆形透明影。

3.血管造影 活动性出血时行腹腔动脉造影。

三、 诊断 病史及急诊内镜检查

四、 鉴别诊断 1) 食管疾病 2) 胃十二指肠疾病 3) 胃肠吻合术后空肠溃疡和吻合口溃疡 4) 门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血
治疗 大多出血可自止，只需维持血容量，观察血压；应用 H₂RA、PPI，必要时经内镜止血。

急性应激性胃炎

【诊断要点】

1.临床表现 有应激因素， 激后 24h 出现粘膜糜烂，2—4 天出现呕血及黑便，可伴上腹隐痛、灼痛、腹胀恶心呕吐，甚至晕厥或休克。

2.辅助检查 急诊内镜见胃粘膜糜烂、出血或浅表溃疡；内镜阴性

而出血不止应行血管造影。

3.诊断 有各种严重疾病病史，典型临床表现及急诊胃镜表现。 4.

鉴别诊断 与各种引起上消化道出血的疾病鉴别。

【治疗】

1.积极治疗原发病。

2.禁食、卧床休息，严密监测生命征。

3.积极补充血容量，必要时输血，纠正休克。

4.止血 静脉有抑酸药维持胃内 $\text{PH}>7.4$ ；口服止血剂；必要时内镜下止血治疗。

慢性胃炎

【病因】

1.物理因素 机械、温度等因素长期损伤胃粘膜（如酒、浓茶、咖啡、冷、热粗糙食物）。

2.化学因素 某些药物（非甾体类消炎药、洋地黄等）、长期吸烟、胆汁反流等。

3.生物因素 Hp

4.免疫因素 胃体萎缩为主者血清中能要检出壁细胞抗体，伴贫血者可检出内因子抗体。

5.其他

【诊断要点】

1.临床表现 症状无特异性，可有中上腹不适、隐痛、缺乏节律性，另可有消化不良症状、上腹压痛，贫血及萎缩性胃炎有相应症状体征。

2.实验室检查

3.特殊检查

1) X线钡餐检查

2) 内镜检查 观察粘膜表现，直视下多点活检，检测 HP

4.诊断要点 要靠胃镜及活检

5.鉴别诊断 与消化性溃疡、慢性胆道疾病、胃癌、非溃疡性消化不良鉴别。

【治疗】

1.一般治疗 去除致病因素

2.对症治疗 根据症状选用抑酸剂、粘膜保护剂、胃动力药、解痉剂、VitB12 及叶酸。

3.抗 HP 治疗 阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑、四环素、呋喃唑酮等抗生素 2 种与铋剂和（或）PPI 1—2 周。

4.萎缩性胃炎伴重度不典型增生与早癌难以鉴别时可外科手术治疗。

消化性溃疡

【诊断要点】

一、临床表现

1.上腹慢性、节律性钝痛、灼痛

2.发作期局限性压痛。

3.并发症

1) 出血：呕叶咖啡样物、黑便、甚至晕厥。

2) 急性穿孔：突发剧烈腹痛、腹肌紧张、压痛及反跳痛；慢性穿孔：固定的上腹剧痛放射至后背。

3) 幽门梗阻：呕吐宿食，胃型、蠕动波、胃区振水音。

二、诊断要点

1.内镜检查，同时取粘膜活检做 HP 检查，必要时粘膜病理活检。

2.上消化道钡餐

三、鉴别诊断 腹痛与慢性胃炎，功能性消化不良及肝胆疾病鉴别；GU 与胃癌、恶性淋巴瘤鉴别；DU 与胃泌素瘤鉴别。

【治疗】

1. HP（+）者 PPI+2 种抗生素三联或再加铋剂四联 1—2 周治疗后继续用 PPI GU6—8 周，DU4 周，停药 1 月后胃镜及 HP

2. HP（-）者用 H2RA 或 PPI 治疗（GU6—8 周，DU4 周），H2RA 维持治疗 3—6 月。

3. 可加用胃粘膜保护剂、胃动力药。

4. 幽门梗阻时禁食、减压，静脉应用抗酸药，若 4 周后幽门梗阻仍存在，应外科手术治疗。

5. 伴消化出血可加做镜下止血，血管造影加栓塞及外科手术治疗。

胃癌

【病因】

1. 环境因素、饮食因素：长期进食含高浓度硝酸盐的熏烤、腌制、霉变食品。

2. 遗传因素。

3.癌前状态和癌前病变：

- 1) 慢性萎缩性胃炎；
- 2) 胃息肉，多发性息肉或腺瘤型息肉 $>2\text{cm}$ ；
- 3) 残胃，术后 >10 年者；
- 4) 胃溃疡 $>2.5\text{cm}$ 者；
- 5) 恶性贫血胃体明显萎缩者，包括肠上皮化生及不典型增生；
- 6) HP 感染。

【诊断要点】

1.临床表现 早期无症状或有消化不良症状；病情发展后有上腹痛、饱胀不适，服抗酸药症状可暂时缓解；后期疼痛明显且持续，食欲减退、体重下降、乏力、贫血，恶心呕吐，腹块、左锁骨上淋巴结肿大及受累脏器症状体征。

2.辅助检查

- 1) 贫血、大便隐血持续阳性。
- 2) 胃镜及病理活检。
- 3) X 线钡餐。

3.鉴别诊断 良性胃溃疡

【治疗】

- 1.手术治疗。
- 2.内镜下治疗（部分早癌）。
- 3.化学治疗。
- 4.其他治疗。

功能性消化不良（FD）

【诊断要点】

（一）临床表现

中上腹部不适或腹痛，常有早饱、上腹胀、恶心、嗝气或食欲减退，时轻时重，部分伴有精神心理因素。

（二）辅助检查 胃镜或上消化道钡餐、腹部 B 超检查必要行 ERCP 等检查，常不能显示有异常或不能解释患者的临床表现。

（三）诊断 1.功能性消化不良罗马 II 的诊断标准如下：1）持续或间断性消化不良，表现为上腹部疼痛或不适；2）缺乏可解释症状的器质性疾病证据；3）症状和排便无关；4）在近一年内症状至少达 3 个月的时间（不一定持续） 2.FD 的三个亚型：1）溃疡样型消化不良；2）动力障碍样型消化不良；3）非特异性消化不良。

（四）鉴别诊断 与器质性的消化不良（如溃疡病、胃癌、糜烂性胃炎、胰腺胆道和肝病等）。

【治疗】

- 1.一般治疗 避免生冷、辛辣刺激性食物及不规律的饮食习惯。
- 2.对腹痛为主者（尤其空腹时）可用抗酸药或抑酸药。
- 3.对腹胀不适者（尤其餐后时）可用促动力药。
- 4.对伴有 HP 感染者，以上治疗效果不佳时，可抗 HP 治疗。
- 5.有明显焦虑和抑郁状态，可用抗焦虑抑郁药，心理治疗。

肠易激综合征（IBS）

IBS 是一种慢性肠道运动功能紊乱性疾病，常有以下诱因：情绪

【诊断要点】

一、临床表现

1.腹痛 为慢性、部位不确定、性质多样，常在进餐后发生，排便后完全缓解，清醒时发生，无夜间痛醒。

2.排便异常 腹泻、便秘，或腹泻与便秘交替，腹泻时可有粘液但无脓血。

3.其他表现 腹胀、食欲不振、早饱、胃灼热、嗝气；失眠、心慌、头晕、头痛、乏力；焦虑或抑郁。

二、辅助检查

1.血常规、大便常规正常，大便潜血、培养阴性，ESR 正常。

2.结肠镜 正常或仅有粘膜轻度充血，部分检查过程中可发生肠痉挛。

3.消化道造影 正常或可见肠管痉挛、运动增快。

三、诊断 2000 年罗马 II 标准

1.首先排除器质性疾病；

2.在过去 12 个月中，腹部不适和腹痛的时间不短于 12 周，症状可以是不连续存在，且具备以下 3 项中的 2 项：

1) 排便能使其缓解或减轻；

2) 伴有排便频率的改变： >3 次/天或 <3 次/周；

3) 伴有排便性状（外观）的改变（干硬或稀便）。

四、鉴别诊断 与各种引起腹痛和排便异常的器质性疾病（如肠结

虫，以及一部分肝、胆、胰疾病和全身疾病）鉴别。

【治疗】

1.心理治疗

2.饮食调整 避免敏感及产生肠气的食物。 产生肠气多的食物：牛奶及奶制品、豆类、洋葱、萝卜、芹菜、葡萄干、香蕉； 产生肠气中等的食物：面食、茄子、土豆、柑橘类； 产生肠气少的食物：肉类、黄瓜、西红柿、米类。 对于便秘或排便不畅者可多进食富含纤维的食物。

3.药物治疗（对症为主）

1) 亲水胶体（可溶性纤维） 我院无，可用魔芋粉、果胶和燕麦麸食物替代。

2) 匹维溴铵 50mg/次，Tid（胃肠道钙离子拮抗剂、主要用于腹痛明显者） 我院目前无。

3) 促胃肠动力药 多潘立酮、西沙必利，用于腹胀、便秘者。

4) 止泻药 洛哌丁胺、复方苯乙哌啶，腹泻重者短期内应用。

5) 生物态制剂 双歧三、四联活菌、乳酸菌素、地依芽苞杆菌活菌素。

6) 抗抑郁、抗焦虑药 百忧解、帕罗西汀、黛力新。

急性胰腺炎

【病因】

胆道疾病、酗酒、暴饮暴食、外伤和手术等

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/675214333020011324>