

临床执业（助理）



金英杰

金英杰

金英杰

金英杰医学
JINYINGJIE.COM

六、直肠癌

考点1: 直肠癌与结肠癌比较

项目	结肠癌	直肠癌
组织类型、分期	腺癌多见, TNM 分期	
主要转移途径	直接浸润肠壁、淋巴转移至肠周, 血液转移至肝	
早期特征	排便习惯和粪便性状改变	
中晚期表现	腹痛、腹部肿块、粘液脓血便	
确诊检查	肠镜 + 活检	
普查	大便潜血试验	
术后判断	CEA	
直肠刺激征	多无	有:里急后重、下坠等
首选检查	结肠镜	直肠指诊
治疗方案	结肠癌手术	直肠癌手术

考点2: 直肠癌手术治疗

1、经腹会阴联合直肠癌根治术 (Miles 手术)

适用于**腹膜返折以下**的直肠癌。经腹部、会阴两个入路进行整块肿瘤切除和淋巴结清扫。于左下腹永久性**乙状结肠**单腔**造口**。

2、腹腔直肠癌切除术 (Dixon 手术)

目前应用**最多**的直肠癌根治术。适用于**距齿状线 5cm 以上**的直肠癌。

3、经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术 (Hartmann 手术)

用于全身情况很差, 不能行 Miles 手术或急性梗阻不宜行 Dixon 手术的直肠癌患者。



看见上帝 (Dixon) 就下马 (Miles)

第八节 消化道大出血

一、概念：

屈氏韧带以上的消化道称上消化道。大出血指的是数小时内出血量超过循环血容量的 20%或>1000ml。

二、常见病因

- 1、上消化道大出血最常见的病因是**消化性溃疡**，其次是肝硬化食道胃底静脉曲张破裂、急性糜烂出血性胃炎、胃癌、食道病变、贲门黏膜撕裂综合征、胆道疾病等。
- 2、中消化道出血：肠血管畸形、克罗恩病、各种恶性肿瘤、肠套叠等。
- 3、下消化道出血：痔和肛裂
- 4、全身性疾病导致的出血也可累及消化道。

三、临床表现

- 1、原发病表现
- 2、**呕血、黑便**（特征性表现）
- 3、失血性休克、失血性贫血
- 4、发热：部分患者出血 24h 内出现低热，持续 3~5 天后降至正常。

四、出血量的估算

- 1、成人每日上消化道出血量 $>5\text{ml}$ →粪便潜血试验阳性
- 2、每日出血量 $>50\text{ml}$ →黑便
- 3、每日出血量 $>250\text{ml}$ →呕血
- 4、每日出血量 $>800-1000\text{ml}$ →失血性休克
- 5、每日出血量 $<400\text{ml}$ ，生命体征无变化。

五、辅助检查

- 1、首选检查：**急诊内镜**（出血停止后 **24~48 小时内**进行）
- 2、血 BUN 测定：上消化道出血数小时后 BUN \uparrow ，24~48 小时达高峰，3~4 天后恢复正常
- 3、贫血和血象变化：
须经 3-4 小时及以上才出现贫血。出血 24 小时内网织红细胞计数即见增高，出血停止后逐渐降至正常。



①**血尿素氮 (BUN) 正常值：成人 3.2--7.1mmol/L。**



②**上消化道大出血者 BUN 升高,下消化道出血者 BUN 不升高。**

六、治疗

(一) 失血性休克患者的紧急处理--**抗休克**

- 1、中凹卧位、头偏向一侧、保持呼吸道通畅、必要时吸氧
- 2、紧急输血、补液扩容抗休克（**首先输入平衡盐溶液**）
- 3、如果患者由平卧位改为坐位时出现血压下降（下降幅度 15~20mmHg 以上）、心率加快（上升幅度大于 10 次/分），提示血容量明显不足，是紧急输血的指征。
- 4、如收缩压低于 90mmHg，心率大于 120 次/分，表示进入休克状态，属严重出血，需积极抢救。

（二）止血措施

1、**食管胃底静脉曲张出血**

[1]临床特点：常由肝硬化所致，出血量大，再出血率高，死亡率高。

[2]止血措施：顺序**①首选胃镜+药物→②次选三腔二囊管+药物→③手术。**

[3]注意事项

①药物止血：不单独应用，首选**生长抑素**，次选血管加压素（禁用于高血压、心脏病）。

②三腔二囊管：既是诊断方法也是治疗措施，在内镜+药物无效时选择。

③手术止血

A、首选**脾切除+贲门周围血管断离术**

B、次选经颈静脉肝内门体静脉分流术（分流术易致肝性脑病）。

2、非食管胃底静脉曲张出血

[1]临床特点：常由消化性溃疡所致。

[2]止血措施：选择顺序①**首选药物**②**次选内镜止血** ③**介入治疗**④**手术**

[3]注意事项

①药物止血：首选质子泵抑制剂（**奥美拉唑**静脉点滴），次选 H₂R 阻滞剂。

②内镜止血：**24h（内）急诊**首选。

③介入治疗：内镜治疗不成功时，可通过血管介入栓塞胃十二指肠动脉。

④手术止血：保守无效者，可行手术治疗（**毕1式、毕2式**）。

第九节 腹膜炎

一、腹膜的解剖与生理（助理不考）

1.腹膜面积大：总面积几乎与全身的皮肤面积相等，约 1.7~2.0m²；

2.**双向性**的半透膜：水、电解质、尿素等能透过腹膜；

3.有强大的吸收能力：**可吸收积液、血液、空气和毒素**等，**不能**吸收细菌

4.急性炎症时分泌大量含有淋巴细胞和巨噬细胞的渗出液；

5.腹膜分为相互连续的壁腹膜和脏腹膜两部分。腹膜腔是壁腹膜和脏腹膜之间的潜在间隙，在男性是封闭的，女性的腹膜腔则经输卵管、子宫、阴道与体外相通

6.壁腹膜受脊神经支配，痛觉敏感，定位准确；脏腹膜受内脏神经支配，对炎症，压迫刺激敏感，定位较差，却易引起心率和血压改变。

二、原发性腹膜炎

1、概念：又称自发性腹膜炎。腹腔内无原发病灶，致病菌通过血液、淋巴、肠壁或女性生殖道等途径侵入腹腔而引起的腹膜炎，**肝硬化自发性腹膜炎**、**血源性腹膜炎**均属**原发性**腹膜炎。

2、病原菌：多为**溶血性链球菌、肺炎双球菌及大肠埃希菌**等。

3、原发性腹膜炎的治疗：应用敏感抗生素，一般无需手术。

三、急性继发性腹膜炎

考点1：病因

1、病因：常由腹腔脏器穿孔/外伤（急性阑尾炎/溃疡穿孔）等所致。最常见的原发病是**坏疽性阑尾炎**、腹腔脏器急性穿孔、腹部外伤等。

2、致病菌：以**大肠埃希菌**最常见，其次厌氧菌。

考点2：临床表现

1、原发病史和原发病表现（先有）

2、腹膜炎表现

①**持续性腹痛**：疼痛剧烈、病变脏器所在部位最显著

②**腹膜刺激征**：腹壁压痛、反跳痛、腹肌紧张

③**肝浊音界缩小、肠鸣音减弱或消失**

考点3: 辅助检查

1. 首选检查: **诊断性腹腔穿刺**→可抽出相应液体
2. 空腔脏器穿孔引起者: 次选立位 X 线--可见**膈下游离气体**
3. 实质脏器病变/破裂引起者: 次选腹部 B 超
4. 血常规检查: 血 WBC ↑、N% ↑

考点4: 治疗

1. **禁食、胃肠减压**: 是最重要的基础治疗措施。胃肠道穿孔病人必须禁食, 并留置胃管持续胃肠减压。
2. 手术: **处理原发病灶、清理腹腔、引流**
 - ①剖腹探查切口(右旁正中为宜)
 - ②术中清洁腹腔可用甲硝唑和生理盐水
 - ③关腹前腹腔**不应用**抗生素, 以免造成严重粘连
 - ④术后继续禁食、胃肠减压、补液、应用抗生素和营养支持治疗。
 - ⑤妊娠期腹膜炎, 围手术期加用**黄体酮**, 术后可**不常规放置腹腔引流管**。

考点5: 术后并发症

- ①**切口感染最常见**②**腹腔内出血最严重**③肠粘连、腹腔脓肿等。

四、腹腔脓肿

	膈下脓肿	盆腔脓肿
病因	平卧时位置低有利于脓液积聚	腹腔最低位，有利于脓液积聚
临床表现及诊断	①腹部外伤/手术/腹腔镜宫腔镜检查等后 ②发热、腹痛+胸痛、呼吸困难 ③B超、x线膈肌抬高。 ④膈下脓肿右侧多见	①腹部外伤/手术/腹腔镜宫腔镜检查等后 ②高热、腹痛+直肠刺激征/膀胱刺激征 ③直肠指诊、经直肠或阴道穿刺抽出脓液，B超可确诊
治疗	①应用抗生素抗感染②B超引导下穿刺抽脓	

五、结核性腹膜炎

考点1：病因、病理

- 1.中青年多见，常由腹腔内的结核病灶直接蔓延所致。
- 2.病理：渗出型、干酪型（最严重）和粘连型（最常见易引起肠梗阻）。

考点2：临床表现

- 1.结核毒血症状
- 2.腹壁柔韧感（特征描述）
- 3.腹痛、腹胀、腹泻（一般每日不超过4次，粪便多呈糊状）。
- 4.腹水、腹部肿块

秒杀：结核腹膜炎

考点3：常见并发症

肠梗阻

考点4： (四) 辅助检查

- 1、金标准--腹腔镜+腹膜**活检**--干酪样病变
- 2、银标准--腹水**抗酸杆菌**培养可**阳性**（普通细菌培养为阴性）。
- 3、铜标准--腹水沉渣镜检找到抗酸杆菌。
- 4、腹水检查--**草黄色渗出液**，比重 >1.018 ，蛋白质定量超过 30g/L；
- 5、ESR \uparrow 可作为活动性病变简易指标，PPD 试验强阳性对诊断本病有帮助。

考点5： 治疗原则

抗结核化疗--**早期、联合、适量、规律、全程。**



