

临床执业（助理）



金英杰医学

医



医

JINYINGJIE.COM

第一节 急性胰腺炎

一、病因诱因

1. 主要病因：胆道疾病（胆石症）
2. 常见诱因：**暴饮暴食**或大量饮酒

二、发病机制

在病因和诱因作用下，胰液中的消化酶（磷脂酶 A2、弹性蛋白酶、脂肪酶等）→对**胰腺组织自身消化**→胰腺炎。

三、临床表现

1. 间质水肿型胰腺炎→上腹部疼痛
 - ①**向腰背部呈带状放射**；②**弯腰屈膝侧卧位**；③**呕吐后腹痛不减轻**。
2. 重症急性胰腺炎除上述表现外，另有以下表现：
 - ①腰肋部和下腹部**皮肤青紫斑**（Grey—Turnet 征）；脐周围皮肤青紫斑（称 Cullen 征）；②腹膜炎表现；③低血压或休克；④可有移动性浊音，**腹水中淀粉酶明显升高**

四、辅助检查

检查首选 B 超，特异性检查首选淀粉酶，判断胰腺坏死程度首选增强 CT

1. **血淀粉酶**：病后 2-12h ↑，24h 达高峰，持续 3-5d，>500udl 可确诊，水平高低与**病情不成比例**
2. **尿淀粉酶**：病后 12-24 升高，持续 1-2 周
3. **血清脂肪酶**：病后病后 24h 升高，持续 7-10d，对就诊较晚者有价值

4. 血糖：空腹 $>10\text{mmol/l}$ ，反应胰腺坏死，提示预后不良
5. 血钙：低血钙程度与胰腺出血坏死程度成正比，血钙 <2.0 提示预后不良
6. 腹部平片：哨兵袢、结肠切割征是间接诊断胰腺炎指征。
7. B超：筛查首选，对后期并发症检查有意义
8. 增强CT：判断胰腺坏死程度首选
9. 腹水淀粉酶：诊断重症最可靠检查

五、诊断与鉴别诊断

1. 普通型急性胰腺炎（单纯型）=胆道病史+暴饮暴食/饮酒+骤发持续剧烈上腹痛+向腰背部放射、弯腰抱膝位、呕吐后腹痛不缓解+血淀粉酶升高。
2. 重症急性胰腺炎（出血坏死型）=普通胰腺炎表现+腹壁/脐周皮肤青紫斑+腹膜刺激征/休克+低Ca、高糖/腹穿液淀粉酶可升高。

六、常见并发症

1. 局部并发症

- ①胰腺脓肿：重症胰腺炎病后3周内+高热+上腹部包块+血象高
- ②假性囊肿：重症胰腺炎病后3周后+无发热+上腹部包块+血象不高

2. 全身并发症

- ①多器官功能衰竭（MoF）：呼衰、肾衰、心衰等②消化道出血（急性胃黏膜糜烂所致）③胰性脑病④激发感染⑤暂时性高血糖⑥慢性胰腺炎

七、治疗原则

1. 内科治疗（基本治疗）

- ①**禁食、胃肠减压（最重要）**
- ②减少胰液分泌：首选**生长抑素**、奥曲肽
- ③抗生素：喹诺酮类（轻型—不是必须）或**亚胺培南**（重型—必须）
- ④补液、防治休克
- ⑤镇痛解痉：**禁用吗啡**（可引起 Oddi 括约肌痉挛）

2. 外科治疗

- ①坏死组织清除+引流术。
- ②内镜下 Oddi 括约肌切开术：用于胆源性胰腺炎合并胆道梗阻或胆道感染

第二节 胰腺癌

一、病理

- 1、组织来源：大多生长在**胰头部**，90%为**腺癌**。
- 2、危险因素：**吸烟**
- 3、转移方式：淋巴转移和直接浸润

二、临床表现

- 1、症状：**上腹痛（首发）**+**进行性阻塞性黄疸（主要症状）**+消瘦乏力（消化道症状）
- 2、体征：**Courvoisier（年瓦济埃）征阳性**—胆总管阻塞时黄疸逐渐加深并可触及囊状，无压痛，表面光滑可推移的肿大胆囊，此征又称胆总管渐进阻塞征，是诊断胰腺癌的重要体征。

库瓦济埃征阳性是个秒杀词, 首先秒杀胰头癌, 其次秒杀胆总管下段癌/壶腹周围癌

三、辅助检查

1. 首选 B 超
2. 判断肿瘤切除可能性的首选检查是增强 CT
3. 最可靠的检查：穿刺活检
4. 糖抗原 (CA19-9) 联合监测可提高胰腺癌诊断特异性与准确性，常用于判断手术效果和术后随访。

四、治疗原则--手术

1. 常用术式: 首选胰头十二指肠切除术 (Whipple 手术),
2. 手术效果: 80% 发现时已属中晚期, 治疗效果及预后极差, 5 年生存率小于 8%, 手术切除率约为 20%。

第三节 壶腹周围癌(助理不考)

1. 壶腹周围癌主要包括壶腹癌、胆总管下端癌和十二指肠腺癌。
2. 壶腹周围癌的组织类型主要是腺癌。
3. 淋巴结转移比胰头癌出现晚, 常远处转移多至肝。
4. 常见临床症状为黄疸、消瘦和腹痛, 与胰头癌的临床表现易于混淆, 前者黄疸为波动性, 后者黄疸为进行性加重。
5. 胆总管上段癌黄疸出现早, 病人无胆囊肿大
6. 胆总管下段癌和壶腹周围癌有库瓦济埃征阳性

7. 辅助检查同胰腺癌

8. 治疗原则:手术

第四节 克罗恩病

一、病变部位:回肠末端

二、临床表现

1. 肠道表现

①腹痛(最常见):进餐→腹痛→排便→缓解,多位于右下腹或脐周。

②腹泻:多为糊状,一般无脓血和黏液。

③腹部包块:位于右下腹或脐周,固定腹块提示有粘连,多有内瘘形成。

2. 肠外表现(风湿免疫表现):口腔溃疡,皮肤结节性红斑,关节炎及眼病。

3. 病情分度:主要依据每日腹泻次数 ①轻度 6次/日。②中度 4-6次/日 ③重度>6次/日。

三、并发症

1. 肠梗阻(肠腔狭窄)

2. 瘘管形成:肛周脓肿、肛裂、肛瘘等是克罗恩病的特征性表现。

反复发作的腹痛腹泻+肛瘘形成→克罗恩临床秒杀词

四、辅助检查

1. **首选检查:结肠镜** ①**纵行溃疡**或裂沟; ②**鹅卵石征**(铺路石样); ③**溃疡不连续**,呈阶段性或跳跃式分布

2. **确诊检查**：**结肠镜+活检**，表现为**非干酪性肉芽肿**。

3. X 线钡剂灌肠：所见同结肠镜检查。

①**纵行溃疡、鹅卵石征、节段性分布-克罗恩的镜下秒杀词**

②**非干酪性肉芽肿是克罗恩病的病理特征(与肠结核的鉴别点)**

五、治疗原则

1. 氨基水杨酸制剂（柳氮磺吡啶、美沙拉嗪）：①轻、中度患者；②缓解期治疗（维持缓解治疗用药时间 3 年以上）。

2. 糖皮质激素：适用于各型中~重度患者和爆发性患者。

3. 免疫抑制剂（硫唑嘌呤、巯嘌呤、甲氨蝶呤等），适用于激素无效或对激素依赖的患者

4. 生物制剂：单克隆抗体如英夫利昔单抗、阿达木单抗、维多珠单抗等，用于传统治疗无效的克罗恩病、溃疡性结肠炎等常能收到较好效果。

第五节 溃疡性结肠炎（UC）

一、病因病机

高发年龄为 15-30 岁，病因病机不明。

二、病变部位

直肠、乙状结肠。病变多自直肠开始，逆行向近段发展，可累及全结肠甚至末段回肠。

三、临床表现

1. 消化系统表现

①反复发作的腹痛、腹泻+黏液脓血便，抗生素治疗无效。

②腹痛一便意一便后缓解，腹痛位于左下腹，可伴里急后重。

2. 全身表现（中、重型患者）：发热、消瘦、贫血、低蛋白血症、水电平衡紊乱等。

3. 肠外表现：包括外周关节炎，皮肤结节性红斑，脉管炎，口腔溃疡、巩膜炎、强直性脊柱炎等。

4. 病情分度

分度	腹泻次数	临床表现	辅助检查
轻度	<4 次/日	无发热, 便血(±), 贫血(±)	沉正常
中度	4-6 次/日	介于轻度与重度之间	
重度	>6 次/日	明显黏液脓血便 T>37.5℃、P>90 次/分	Hb<100g/L 血沉> 30mm/h

四、并发症

1. 常见并发症：**中毒性巨结肠**，多发生于横结肠 ①常见诱因低钾、钡剂灌肠、抗胆碱药物 ②诊断--中毒性巨结肠=溃结+发热、腹胀、腹部膨隆。

2. 其他并发症：肠穿孔、下消化道出血、直肠结肠癌变（广泛性病变，幼年发病者多见）等。

五、辅助检查

1. 首选检查：结肠镜 ①**多发性浅溃疡（仅累及粘膜层和粘膜下层）**；②**颗粒状**；③**弥漫性连续分布**

2. 确诊检查：结肠镜+活检

3. X 线钡剂灌肠：**结肠扩张、结肠袋消失，肠壁变硬，缩短，呈铅管状。**

注意：重型或暴发型不宜钡剂灌肠——肠穿孔。

4. 实验室检查

液检查：①白细胞↑Hb↓ ②血沉加快、C-反应蛋白↑（表示炎症活动期）。

粪便检查：①可见红细胞、脓（白）细胞 ②大便细菌培养阴性

六、治疗：同克罗恩病

1. 轻中度——首选**氨基水杨酸制剂**——柳氮磺胺吡啶（SASP）、美沙拉嗪。

2. 重度、爆发型以及对氨基水杨酸制剂无效者——首选**糖皮质激素**。

3. 对糖皮质激素效果不佳或对激素依赖的慢性持续型患者——加用**免疫抑制剂**——硫唑嘌呤或疏嘌呤。

4. 生物制剂：英夫利昔单抗、阿达木单抗、维多珠单抗等。

5. 手术治疗：并发大出血、肠穿孔、中毒性巨结肠内科治疗无效者。

第六节 肠易激综合征（IBS）

一、病因病机

1. 胃肠动力异常 2. 内脏感觉异常 3. 肠道感染后和精神心理障碍是 IBS 发病的重要因素。

二、临床特点

症状重、体征轻、辅助检查（结肠镜、活检、X 线钡餐）无异常，常因某种饮食或精

神紧张时症状加重。

三、诊断：依据罗马 III 诊断标准

1. 病程半年以上且近 3 个月来持续存在腹部不适或腹痛

2. 同时伴有下列特点中至少 2 项

①症状在排便后改善；②症状发生伴随排便次数改变；③症状发生伴随粪便性状改变。

四、治疗

1. 一般治疗：避免产气食物如乳制品、大豆等。高纤维食物改善便秘。

2. 对症处理

3. 心理和行为疗法：给予匹维溴铵，双歧杆菌、乳酸杆菌、酪酸菌等微生态制剂，可纠正肠道菌群失调。对失眠、焦虑者可适当给予镇静药。



