****

**金英杰直播学院**

**临床重点学科**

**整理教辅：白果老师**

**2019 年 10月 17 日**

1. **肠梗阻基本表现：“痛、吐、胀、痹”**
2. **粘连性肠梗阻（最常见）：常有腹膜炎、腹部手术、外伤等病史**
3. **小肠扭转多见于青壮年饱餐后剧烈运动时突发**
4. **乙状结肠扭转：多见于有慢性便秘的老年男性，腹部呈不对称、高度膨胀**
5. **小儿肠套叠——三大主要表现是：腹痛哭闹、果酱样血便、腊肠形腹部肿块**
6. **高位肠梗阻：呕吐明显，腹胀、振水音、吐酸→低氯低钾性碱中毒**
7. **低位肠梗阻：腹胀明显，呕吐物可有臭味、吐碱→代谢性酸中毒。**
8. **绞窄性肠梗阻：肠鸣音消失、肠管有血运障碍、有坏死、腹膜刺激征阳性。呕吐频繁可为血性、腹穿可抽出血性液体(需急症手术)**
9. **麻痹性肠梗阻：全腹胀痛、肠鸣音减弱或消失、腹膜刺激征不明显，X线可见大小肠扩张。**
10. **肠梗阻的首选检查——立位X线检查：可见多个阶梯状气液平面**
11. **肠梗阻的治疗1.、禁食胃肠减压：是基本治疗。2.纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡：是矫正全身生理紊乱的主要措施。3.手术适应证：各种绞窄性肠梗阻、肠扭转**

**结肠癌——腺癌多见；**

1. **转移途径 ①淋巴转移至肠周（主要），②血液转移至肝、其次是肺**
2. **最早期症状：排便习惯和粪便性状的改变。临床表现：腹痛、腹泻、粘液脓血便**
3. **左侧结肠癌：多为浸润型，易致急性肠梗阻、便秘、腹胀、血便多见。**
4. **右侧结肠癌：多为肿块型，全身症状为主，有贫血、消瘦、腹部包块。**
5. **首选检查——结肠镜；**

**确诊检查——结肠镜+活检**

**CT检查——判断肿瘤大小、浸润深度以及有无转移**

**血清癌胚抗原(CEA)测定：评价手术效果和术后复发**

**粪便潜血实验阳性**

**肠结核(助理不考)**

1. **好发部位：回盲部**
2. **感染途径：经口，其次是血行播散和直接蔓延**
3. **临床表现**

**结核毒血症状：潮热、盗汗、消瘦、乏力等**

**肠道症状 ：①腹痛：多位于右下腹（腹痛→排便→不同程度缓解），②腹泻或便秘：溃疡型粪便呈糊状，无粘液脓血，无里急后重，③增生型病人可有右下腹肿块，晚期常并发肠梗阻**

1. **首选检查：结肠镜**

**确诊检查：结肠镜+活检：找到干酪样肉芽肿可确诊。**

**X线钡餐(灌肠)造影：增生型可见充盈缺损，溃疡型可见跳跃征象**

**血沉加快、PPD阳性**

1. **治疗原则：抗结核化疗——早期、联合、适量、规律、全程。（早、恋(联)、适、规、劝(全)）**

**结、直肠息肉(助理不考)**

1. **腺瘤性息肉：常为癌前病变**
2. **错构瘤性：幼年性息肉及色素沉着息肉综合征**
3. **家族性息肉：癌变率100%，必须手术。**
4. **临床表现  
   1.肠道刺激症状：腹泻或排便次数增多，继发感染者可出现黏液脓血便。2.便血3.肠梗阻及肠套叠：以盲肠息肉多见。4.直肠息肉5.色素沉着息肉综合征**

**急性阑尾炎**

1. **发病原因：阑尾口周围淋巴滤泡增生引起的阑尾腔阻塞**
2. **致病菌：多为肠内的各种G- 杆菌(大肠杆菌)和厌氧菌**
3. **典型表现**

**①转移性右下腹痛：开始于脐周,数小时后逐渐转移并固定于右下腹。**

**②右下腹麦氏点压痛、反跳痛、腹肌紧张**

1. **腰大肌实验阳性—阑尾位置深**

**闭孔内肌实验阳性—阑尾位置较低(盆位)**

1. **妊娠期急性阑尾炎手术切口需偏高、围手术期加用黄体酮、可不放置引流**
2. **首选检查：B超**
3. **急性化脓性或坏疽性阑尾炎：阑尾切除术+清除脓液+放置引流条**
4. **阑尾周围脓肿的治疗——首选抗生素。**
5. **术后并发症**

**切口感染（最常见）：切口红肿、流脓——拆除缝线、引流脓液。**

**术后腹腔内大出血（最严重）：结扎线松脱所致，**

**腹腔脓肿**

