

十二指肠壅积症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E5_8D_81_E4_BA_8C_E6_8C_87_E8_c22_307728.htm 名称十二指肠壅积

症所属科室消化内科病因引起本症原因很多，以肠系膜上动脉压迫十二指肠形成壅积者居多（占50%），该情况也称为肠系膜上动脉综合征（superior mesenteric artery syndrome）。其他原因有 先天异常：如先天性腹膜束带压迫牵拉而阻断十二指肠；十二指肠远端先天性狭窄或闭塞，环状胰腺压迫十二指肠降段；十二指肠发育不良产生的巨十二指肠，以及十二指肠因先天性变异而严重下垂，可摺拗十二指肠空肠角而使之关闭，从而产生壅积症。 肿瘤：十二指肠良、恶性肿瘤；腹膜后肿瘤如肾脏肿瘤、胰腺癌、淋巴瘤；十二指肠的转移癌，邻近肿大的淋巴结（癌转移）、肠系膜囊肿或腹主动脉瘤压迫十二指肠。 十二指肠远端或近端空肠浸润性疾病和炎症；如进行性系统性硬化症、Crohn病以及憩室炎性粘连或压迫引起缩窄等。 胆囊和胃手术后发生粘连牵拉十二指肠；胃空肠吻合术后粘连、溃疡、狭窄或输入袢综合征。 其他先天性畸形：十二指肠倒位、胆囊十二指肠结肠索带所致十二指肠梗阻；十二指肠前门静脉；法特氏壶腹位置异常（胆总管开口于十二指肠第三部）。病理十二指肠横段位于腹膜后，从右至左横跨第三腰椎和腹主动脉，其前方被肠系膜根部内的肠系膜上血管神经束所横跨，见图1。若两者之间的角度过小，可使十二指肠受压。肠系膜上动脉一般在第一腰椎水平处分出，与主动脉呈30deg.角。此外，下列5个因素也是引起机械性梗阻的原因： 肠系膜上动脉过长、过

短； 肠系膜上动脉变异，从腹主动脉分出的部位过低或分出时角度狭窄； 异常粗大的静脉横压在十二指肠前方； 脊柱前凸畸形使十二指肠占有的空隙减少； 瘦长型或内脏下垂者肠管重量牵引肠系膜根部。临床表现急性十二指肠梗阻类型者常发生于躯干被石膏固定或牵引而引起急性胃扩张征象。慢性梗阻是临床上最常见的类型，呃逆，恶心及呕吐是常见的症状，多在饭后出现，呕吐物含有胆汁，症状可因体位的改变而减轻，如侧卧、俯卧、胸膝位时症状可减轻。如不能缓解，长期发作，可导致消瘦、脱水和全身营养不良。

诊断 典型的症状是诊断的重要依据。 X线钡餐检查特征：十二指肠水平部见钡柱中断（忽然垂直切断）；受阻近段肠管强有力的顺向蠕动及逆蠕动构成的钟摆运动；俯卧位时钡剂顺利通过，逆蠕动消失。 必要时作选择性肠系膜上动脉造影，可显示与十二指肠在解剖角度上的关系。鉴别诊断消化不良症状需与消化性溃疡鉴别，有时两者也可并存。十二指肠外的肿瘤如胰头癌或巨大胰腺囊肿压迫而引起十二指肠淤积，经内镜检查或逆行胰胆管造影术可予以区分。偶也可因腹主动脉瘤压迫十二指肠引起本症。本病也需与十二指肠内的结石、毛粪石、蛔虫团、异物所致十二指肠梗阻相区别。治疗无明显症状者可不必处理。急性发作期给予静脉营养包括脂肪乳剂，鼻饲管减压和抗痉挛药物治疗急性胃扩张。平时宜少量多餐，餐后作膝胸位半小时，加强腹肌锻炼。如内科保守治疗不明显，可采用手术治疗。手术方式可选用： 游离十二指肠韧带； 十二指肠空肠吻合术； 十二指肠复位术。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com