

消化道憩室病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E6_B6_88_E5_8C_96_E9_81_93_E6_c22_308498.htm 名称消化道憩室病所属
科室消化内科病因疾病概述 憩室（diverticulum）是消化道的
局部囊样膨出，有真性（全层膨出）和假性（仅有粘膜和粘
膜下层膨出）两种，绝大多数憩室向消化道腔外膨出，极少
数向腔内膨出，称腔内憩室。多个憩室同时存在称为憩室病
（diverticulosis），本病见于全消化道，以结肠最为常见、十
二指肠次之，胃憩室最少见。有症状或并发症时称为症状性
憩室病（symptomatic diverticulosis）或憩室性疾病

（diverticular disease），需要治疗。（一）食管憩室 1．咽-食
管憩室（Zenker憩室）在食管憩室中最常见，是食管腔内压
力增高、局部肌力薄弱所致的后天性假性憩室。上消化道钡
餐检查时的发现率为0．1%，其中70%发生于70岁以上者。
男性约占2／3，多位于左颈部咽-食管连接区。患者中食管裂
孔疝的发病率明显高于正常人群。临床表现为轻度吞咽困难
，潴留在憩室里的食物可反流入口腔。饭后及睡眠时易发生
呛咳。晚期表现有喉返神经受压引起的声音嘶哑，饮水时有
气过水声及反复发作的吸入性肺炎。体检时可在锁骨上方颈
根部发现面团样肿块，按压时发出水过气声。X线吞钡摄片
可明确诊断。憩室内发生癌肿者，需早期手术治疗。 2．食
管中段憩室 较少见，为牵出性的真性憩室。由于气管隆突下
淋巴结结核或其他炎症病变与食管前壁产生粘连，牵拉食管
全层所致。憩室开口大，囊袋位置高于囊颈部，不易发生食
物潴留，一般无症状，少数人有吞咽困难，极少数发生纵膈
脓肿或食管气管瘘。有症状者可予水囊或气囊扩张，无症状

者不需要手术治疗。3. 膈上食管憩室 在食管憩室中最少见，属假性憩室，位于食管下段膈上10cm处，男性多见。常伴食管痉挛、贲门痉挛、返流性食管炎或食管裂孔疝。诊断依靠X线检查，CT检查可鉴别纵膈肿瘤、脓肿或裂孔疝，无症状者不需治疗，有明显症状如吞咽障碍、胸骨后疼痛及癌变者需作手术切除。

（二）胃憩室 常规胃肠钡餐检查的发现率为0.043%~0.1%。绝大多数为单发。直径2~4cm，最大10cm。其中75%位于胃后壁贲门四周小弯侧，食管胃连接点下2~3cm以内。是由于流经该处的食物压力较大，如局部胃壁纵行肌发育不良而形成的假性憩室。其次发生于幽门区（15%~18%），是由于溃疡或肿瘤病变造成局部胃壁薄弱所致。胃体胃底部较少见，多为胃外疾病引起的牵拉性真憩室。胃憩室多见于30~60岁，女性略多于男性（占56%~68%），大多患者无症状，少数主诉饭后或平卧时有间歇性上腹部饱胀或下胸部疼痛，伴恶心、呕吐、烧心感，与食物在憩室内的滞留有关。常见并发症为出血。诊断依靠X线钡餐检查和内镜检查。贲门四周憩室的X线片可见胃粘膜皱襞经憩室颈部进入憩室内，据此特征可与胃溃疡相鉴别。胃下部的憩室需作病理检查以与恶性病变及穿透性溃疡相鉴别。症状明显者经体位引流、低脂饮食、少食多餐等内科治疗未见改善，又不能除外恶性病变、或者发生大出血或穿孔等并发症时，需外科手术。

（三）小肠憩室 1. 十二指肠憩室 是小肠憩室中最多见的，人群中发生率2%~22%。任何年龄均可发生，以50~60岁为多见。腔外憩室较腔内憩室多见。憩室可位于十二指肠任何部位，但以降部最多。66%~95%发生于十二指肠内侧，与胆总管开口处2.5cm范围内，亦称为乏

特氏壶腹四周憩室，与该处有胰胆管、血管通过且肌层较薄弱有关。位于十二指肠球部的大多为假性憩室，由于球部溃疡痊愈后疤痕收缩及局部***变弱所致，少数十二指肠憩室患者同时有胃、空肠、乙状结肠憩室。绝大多数患者无症状，约10%患者主诉上腹胀痛不适，伴恶心暖气，饱食后加重，并发炎症或溃疡时，症状较重或持久。憩室部位可有压痛、乏特氏壶腹四周憩室约有27%伴发胆石症，亦可引起胆总管梗阻、胆管炎、复发性胰腺炎。其他并发症为出血与穿孔，均不常见。出血可由于憩室粘膜糜烂或血管发育不良所致，也可因穿透四周的肠系膜血管引起。穿孔可至门静脉、胆道或胰腺，引起脓肿。十二指肠腔内憩室可并发部分或完全性十二指肠梗阻，引起饭后上腹饱胀绞痛，呕吐后缓解。憩室的诊断依靠于X线钡餐检查，如检查未发现憩室而出现下列情况时需重复钡餐检查：1小时以上尚有钡剂滞留；腔内有不规则图象。内镜检查不易发现憩室，可能与憩室颈较窄，颈口难以充分张开有关，但对腔内憩室的诊断有意义。憩室常与消化系统其他疾病同时存在，如有腹部症状应首先考虑由后者所致。如消化道出血的患者发现存在十二指肠憩室时，仍必须作内镜检查和选择性动脉造影，以明确引起出血的真正部位及原因。无症状的憩室无须治疗，有症状者又与腹部其他疾患同存时，先治疗后者。假如症状确系憩室所致者，则采用内科综合治疗，包括调节饮食，制酸解痉，体位引流。除非有难以控制的并发症或癌变，一般不考虑手术。尤其是憩室四周解剖位置复杂时，手术更应慎重。

2. Meckel憩室

Meckel憩室为位于回肠末端的真性憩室，系胚胎期卵黄管之回肠端闭合不全所致。男女发病率相同。尸检中出现率为0.2%~4

%，典型的Meckel憩室呈指状，直径小于回肠，长约0.5~13cm，距回盲瓣2~200cm，平均80~85cm。半数的憩室含有异位组织，其中70%~80%为胃粘膜，其余为胰腺、十二指肠、胆道、空肠及结肠粘膜。大部分患者无症状，出现并发症时产生相应症状。并发症的发生率为15%~30%。男性多见，大多发生于10岁前，发生于一岁以内的占1/3。当憩室突向肠腔内时，可引起肠套叠及阻塞性肠梗阻，症状为呕吐、腹胀、便秘或有红色果酱样粪便。异位胃粘膜能分泌胃酸和胃蛋白酶，产生憩室消化性溃疡与出血，均是儿童病例常见的并发症。90%的Meckel憩室合并出血的患者，憩室内均有异位胃粘膜存在。由于异位胃粘膜对钽元素有浓聚作用，故可用^{99m}Tc扫描诊断本病，其特异性为88%。憩室炎是成人Meckel憩室常见的并发症，此种病例憩室颈狭小，引流不畅。憩室无系膜附着，在腹腔内无固定位置，如位于右上腹，常误诊为胆囊炎；位于右下腹，类似阑尾炎，如在阑尾旁发生炎症，可穿孔形成憩室阑尾瘻。诊断常不轻易，大多为无意中发现。X线钡餐摄片常由于憩室炎症和梗阻不易填满而不显影。婴儿和儿童如有腹部症状，无痛性的消化道大出血，小肠梗阻或腹膜炎，鉴别诊断时均应考虑此病。急性阑尾炎患者在手术时如发现阑尾并没有炎症，应探查有无Meckel憩室。出血者可作血管造影明确诊断。Meckel憩室引起并发症时应作憩室切除。

3. 获得性空回肠憩室 本病少见，X线钡餐发现率在1%左右，中年以上者多发，男性略多于女性。空肠上段及回肠末端的血管较粗，血管粗大处***肌层脆弱，故在这些部位尤其回肠上段较易发生憩室。单个性憩室多无症状，多发性憩室内有大量细菌繁殖时，可有消化

不良症状，如腹痛、胀气、腹泻及吸收不良，并出现消瘦、贫血和脂肪痢。空回肠憩室病是引起小肠吸收不良症的常见原因之一。并发症少见，有急性炎症、出血、穿孔、小肠梗阻和憩室内癌肿。X线钡剂造影是有效的诊断措施。无症状者不必治疗，凡出现严重并发症者应及时手术切除。急性炎症合并肠菌过度繁殖时可选用口服抗生素（如庆大霉素、氯林可霉素等）及甲硝唑治疗。由于吸收不良所致的症状对症治疗。（四）结肠憩室在西方国家颇为多见，患病率随年龄增加而增长，40岁以下少见，60岁约30%，80岁以上约80%，而在亚非国家报道的患病率仅0.2%。结肠憩室大多为假性，发病与长期摄入低纤维素食物及肠腔压力持续升高有关。老年人易发与***肌力减弱有关。随着我国人民膳食结构改变，预计结肠憩室的发病率会增加。西方国家75%~90%憩室发生在乙状结肠，亚洲国家报道70%~90%发生在右半结肠。仅10%患者出现症状，表现为慢性间歇性左下腹疼痛，典型者主诉便秘伴腹部胀气及消化不良。体检时左下腹可有压痛，扪及坚硬布满粪块的乙结肠，应与肠道激惹综合征作鉴别。钡剂灌肠有助于诊断，低张钡灌肠更易发现憩室。单纯性憩室病不需要治疗，有症状者治疗同肠道激惹综合征，粗纤维饮食可改善症状。并发症发生率为5%，死亡率1/10000。主要为憩室炎和出血。

1. 憩室炎 结肠憩室颈部由于***环肌收缩而受压，易使憩室内物质潴留引起炎症。因憩室壁仅有粘膜与粘膜下层，炎症很易扩散形成憩室四周炎及脓肿，亦可发生急性穿孔或破裂引起急性腹膜炎。急性憩室炎的表现急性腹痛发作，伴发热心悸，下腹压痛及反跳痛，酷似急腹症，可持续几小时或者数天。下腹部可扪及炎性

腹块。部分或完全梗阻时有肠鸣音亢进，并发腹膜炎后，肠鸣消失。直肠指检触及脓肿或炎块有助于定位。鉴别诊断应考虑急性阑尾炎、炎症性肠病、缺血性结肠炎、结肠癌、其他原因引起的肠梗阻、卵巢囊肿破裂、肾绞痛等。憩室膀胱痿时，尿中可出现大量红白细胞，B超检查有助于诊断腹部和盆腔的炎性肿块和脓肿，并与卵巢囊肿相鉴别。如既往钡剂灌肠已显结肠憩室则有利于诊断，急性憩室炎早期不宜做钡灌肠，诊断有怀疑时可用水溶性造影剂，原则上在炎症消退后几周再做。近年来盆腔及腹部CT越来越多地用于诊断有并发症的憩室炎病人，但肠周炎症、痿管、窦道、脓肿和梗阻、急性憩室炎的诊断并不需要CT，如有以下情况，应进行CT检查：急性期对憩室炎诊断并不肯定；临床怀疑有脓肿或痿管时；急性期内科治疗并未出现明显效果；患者应用免疫抑制剂，临床估价并不可靠；右半结肠憩室炎或巨大憩室炎时。治疗包括禁食、胃肠减压、静脉补液维持水电解质平衡，给予广谱抗生素如庆大霉素、氨基苄青霉素及甲硝唑7~10天，也可用第三代头孢霉素。如脓肿形成，应在B超或CT引导下穿刺排脓。弥漫性腹膜炎伴或不伴穿孔、不能缓解的肠梗阻和结肠内脏痿管者需要手术。大多数患者经内科治疗后可以缓解，如内科治疗数天未见好转或复发者亦需手术治疗。

2. 憩室出血 是老年人下消化道大出血中最常见的原因之一。由于憩室部位靠近穿经***的血管支，血管被侵蚀破溃后可引起憩室出血，尤以右半结肠的憩室出血为多见。出血大多为无痛性并不伴发憩室炎，常由于憩室内压增高引起粘膜坏死或憩室内粪石直接损伤粘膜所致。大量出血时患者可发生休克，多数病人出血可自行停止，同一憩室反复

出血的情况罕见。诊断依靠于血管造影及结肠内镜检查。如出血已停止，应即行结肠镜检查，以除外直肠及结肠病变。如出血持续存在，应行选择性肠系膜动脉造影，可与右半结肠粘膜血管发育不良或缺血性肠病所引起的出血相鉴别。有时便血可由并存的结肠癌引起，需注重鉴别。治疗以支持疗法包括输血为主。持续出血者在肠系膜动脉造影时经动脉导管滴注垂体后叶素，50%的病人可有效地止血。无效者可考虑手术治疗。 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