

临床执业医师内科学辅导精华消化性溃疡的并发症执业医师资格考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/512/2021\\_2022\\_\\_E4\\_B8\\_B4\\_E5\\_BA\\_8A\\_E6\\_89\\_A7\\_E4\\_c22\\_512406.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/512/2021_2022__E4_B8_B4_E5_BA_8A_E6_89_A7_E4_c22_512406.htm)

【消化性溃疡的并发症】出血、穿孔和幽门梗阻是消化性溃疡主要并发症，此外极少部分GU可发生癌变。近二十年来，有效抗溃疡药物的不断问世和根除H.pylori治疗的广泛开展提高了溃疡的愈合率、降低了复发率，因而溃疡并发症发生率也显著下降。（一）上消化道出血是消化性溃疡最常见的并发症，DU并发出血的发生率比GU高，十二指肠球部后壁溃疡和球后溃疡更易发生出血。大约10%~20%的消化性溃疡患者以出血为首发症状，在NSAIDs相关溃疡者中这一比率更高。在上消化道出血的各种病因中，消化性溃疡出血约占30%~50%。出血量的多少与被溃疡侵蚀的血管的大小有关。侵袭稍大动脉时，出血急而量多；而溃疡基底肉芽组织的渗血或溃疡周围粘膜糜烂出血的量一般不大。百考试题网站收集溃疡出血的临床表现取决于出血的速度和量的多少。轻者只表现为黑便，重者出现呕血以及失血过多所致循环衰竭的临床表现，严重者可发生休克。消化性溃疡患者在发生出血前常有上腹疼痛加重的现象，但一旦出血后，上腹疼痛多随之缓解。部分患者，尤其是老年患者，并发出血前可无症状。根据消化性溃疡的病史和上消化道出血的临床表现，诊断一般不难确立。但须与急性糜烂性胃炎、食管或胃底静脉曲张破裂、食管贲门粘膜撕裂症和胃癌等所致的出血鉴别。对既往无溃疡病史，临床表现不典型而诊断困难者，应争取在出血24h48h内进行急诊内镜检查。内镜检查的确诊率高，不仅能观察到出血的

部位，而且能见到出血的状态。此外还可在内镜下采用激光、微波、热电极、注射或喷洒止血药物、止血夹钳夹等方法止血。

（二）穿孔 溃疡病灶向深部发展穿透浆膜层则并发穿孔。溃疡穿孔在临床上可分为为急性、亚急性和慢性三种类型。急性穿孔的溃疡常位于十二指肠前壁或胃前壁，发生穿孔后胃肠内容物渗入腹膜腔而引起急性腹膜炎。十二指肠后壁或胃后壁的溃疡深达浆膜层时已与邻近组织或器官发生粘连，穿孔时胃肠内容物不致流入腹腔，称之为慢性穿孔或穿透性溃疡。邻近后壁的穿孔或穿孔较小而只引起局限性腹膜炎时，称亚急性穿孔。溃疡急性穿孔主要出现急性腹膜炎的表现。临床上突然出现剧烈腹痛，腹痛常起始于中上腹或右上腹，呈持续性，可蔓延到全腹。GU穿孔，尤其是餐后穿孔，漏入腹腔的内容物量往往比DU穿孔多，所以腹膜炎常较重。患者有腹肌强直，腹部压痛和反跳痛。漏出量多时，满腹肌强直、压痛和反跳痛；百考试题网站收集如漏出量少，则腹肌强直、压痛和反跳痛可局限于中上腹部。肠鸣音减弱或消失。肝浊音界缩小或消失，表示有气腹存在。外周血白细胞总数和中性粒细胞增多，腹部X线透视时可见膈下游离气体。亚急性或慢性穿孔的临床表现不如急性穿孔严重，可只表现为局限性腹膜炎。后壁溃疡穿透时，原来的疼痛节律往往发生改变，疼痛放射至背部，止酸治疗效果差。消化性溃疡穿孔须与急性阑尾炎、急性胰腺炎、子宫外孕破裂、缺血性肠病等急腹症相鉴别。

（三）幽门梗阻 消化性溃疡所致的幽门梗阻中，80%以上由DU引起，其余为幽门管溃疡或幽门前区溃疡。幽门梗阻产生的原因主要有两类。一类是由于溃疡活动期时溃疡周围组织炎性充血、水肿或炎症引起的幽门

反射性痉挛所致。此类幽门梗阻属暂时性，内科治疗有效，可随溃疡好转而消失。另一类是由于溃疡多次复发，瘢痕形成和瘢痕组织收缩所致，内科治疗无效，多需外科手术或内镜下扩张治疗。幽门梗阻引起胃滞留，临床上主要表现为上腹部饱胀不适和呕吐。上腹饱胀以餐后为甚，呕吐后可减轻，呕吐物量多，内含发酵宿食。呕吐次数一般不多，视幽门通道受阻的程度而定。患者因不能进食和反复呕吐而逐渐出现体弱、脱水和低氯低钾性碱中毒等临床表现。清晨空腹时插胃管抽液量 $>200\text{ml}$ ，即提示有胃滞留。上腹部空腹振水音和胃蠕动波是幽门梗阻的典型体征。（四）癌变约1%~2%的GU可发生癌变，DU则否。GU癌变发生于溃疡边缘。对长期慢性GU病史、年龄在45岁以上、溃疡顽固不愈者应提高警惕。在内镜"100Test" 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](http://www.100test.com)