

急性出血性坏死性小肠炎_消化内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022_E6_80_A5_E6_80_A7_E5_87_BA_E8_c22_611088.htm

【诊断】1.逐渐加重的腹胀、腹痛。腹胀可为局限性，全腹胀，腹痛呈持续性伴阵发性加剧。儿童多以突然腹痛起病。常伴恶心、呕吐。99%病人有腹泻和便血，是本病一大特点。腹泻每天可多达30余次，大便呈水样，常有特殊腥臭味。体温多为38 左右或寒战，少量伴有休克，甚至昏迷。2.腹部有明显压痛、反跳痛及紧张。早期肠鸣音亢进，后期可减弱，甚至消失等肠梗阻表现。3.血白细胞总数和中性粒细胞计数增多，并有核左移、中毒性颗粒，血小板多减少。粪便检查，镜检可见大量红细胞，多量白细胞，潜血试验多阳性，粪便培养多为阳性。血培养，大多为革兰阴性杆菌。重症者伴有电解质、酸碱平衡紊乱。4.腹部x线透视或摄片（1）早期：局限性小肠积气；肠粘膜及肠间隙增厚；病变肠管僵直，间有张力型胀气肠袢；胃泡多中度胀气，部分有液潴留。（2）进展期：肠管扩张，肠腔内见多个细小液平面；肠壁囊样积气，粘膜下层可见小囊泡或串珠状积气透亮区，浆膜下的积气呈细线状，半弧状或环状透亮影；门静脉积气，自肝门向肝内呈树枝状影像；肠腔积液或积气影。急性期禁做钡餐、钡剂灌肠，以防诱发肠穿孔。

【检查】1.血谷丙转氨酶，谷草转氨酶，淀粉酶，血气分析，凝血酶原时间测定。2.大便常规加致病菌培养。3.腹部x线平片，胃肠钡剂灌肠x线检查。

【治疗】1.非手术治疗（1）卧床休息，禁食。呕吐停止、腹痛减轻、便血减少后可进流质饮食，再逐渐过度到

半流食及正常饮食。（2）纠正水、电解质紊乱：本病失水失钠失钾多见，根据病情酌情考虑输液。儿童补液约80～100ml/(kg/d)，成人补液量2000～3000ml/d。治疗期间应多次少量输血，必要时可施以全胃肠外营养(tpn)。（3）抗休克治疗：迅速补充有效循环血容量：除补充晶体液外，应适当补充血浆，新鲜全血，或人体白蛋白等胶体液体。药物升压：多巴胺(3-羟酪胺)或间羟胺(阿拉明)加入葡萄糖静滴，从2.5ug/(kg·min)开始逐渐增加滴速维持血压。纠正酸中毒：根据血气分析结果，适当应用3%碳酸氢钠。

(4) 控制感染：多采用二种抗生素联合应用，常用氨苄西林(氨苄青霉素)、卡那霉素、甲硝唑、庆大霉素、多粘菌素B及头孢菌素类等，如培养出梭状芽杆菌可给予万古霉素，疗程7～14d。(5) 肾上腺皮质激素：中毒症状明显及休克者可应用，但有加重出血和促发肠穿孔的危险，一般应用不超过3～5d，氢化可的松200～300mg/d，或地塞米松5～10mg/d静滴。

(6) 对症治疗：高热可给予解热或降温，烦躁者给予镇静剂，腹痛严重者可酌情给予哌替啶(度冷丁)50～100mg，肌注。(8) 抗毒血清：采用welehi杆菌抗毒血清42000～85000u静滴。

2. 手术治疗

(1) 适应证：肠穿孔；反复大量肠出血，并发出血性休克内科治疗无效；严重肠坏死，肠腔内有脓液及血性渗液；不能排除其它需要手术的急腹病人。

(2) 手术方法：肠管尚无坏死及穿孔者可用普鲁卡因肠系膜封闭；肠坏死及穿孔者可作肠段切除，穿孔修补及腹腔引流术。

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