

## 317 普外

**颈部肿块** 1、颈部肿块按病因可分为先天性疾病、炎性肿块、肿瘤三类。婴幼儿患者多为先天性肿块；青少年患者多为炎性淋巴结肿大；青壮年和中年患者应警惕恶性肿瘤；老年者多为转移性恶性肿瘤。颈部恶性肿瘤一般较硬，活动度差。颈部转移癌可出现多个肿块，压痛不十分明显。颈部良性肿物一般质地中等，边界清楚，活动度可。颈部炎性肿块有红肿热痛症状，急性者有全身症状，有发热、乏力、食欲减退、白细胞总数升高。脓肿形成时，局部皮肤有明显压痛点及凹陷性水肿，浅在的脓肿可以查出明显的波动感。2、治疗：颈部肿块组织来源复杂，生物学特性各异，治疗方案不同。炎症性肿块的治疗方案为抗炎治疗，处理原发病灶；有脓肿形成时，需穿刺及切开排脓。特异性炎症需针对病因治疗，如颈部淋巴结结核应行抗结核治疗。先天性颈部肿块及颈部良性肿块治疗方案为手术切除。颈部肿块为恶性肿瘤的，根据肿瘤的来源不同，治疗方案不同。颈部恶性淋巴瘤的治疗方案为放射治疗和化学治疗。颈部淋巴结转移癌的治疗方式有：手术治疗、放射治疗、手术加放疗、放疗加化疗等治疗方案。具体需要何种治疗方案应根据病理类型肌分化程度、淋巴结大小、数目、有无淋巴结包膜外侵犯、原发肿瘤的位置及原发灶的治疗措施、患者的全身状况等综合考虑。

**甲状腺功能亢进** 1、分类和特点如下：1) .原发性甲亢：最常见，甲状腺对称性肿大的同时，伴功能亢进，常有突眼。病人性情急躁、容易激动、失眠、双手颤动、怕热、多汗、食欲亢进但反而消瘦、心悸、脉快有力（脉率常在每分钟100次以上，休息及睡眠时仍快）、脉压差增大、内分泌功能紊乱。2)继发性甲亢：先有结节性甲状腺肿，后有甲亢，无突眼，两侧多不对称，易发生心肌损害，病人年龄多在40岁以上。3)高功能腺瘤：较少见，腺体内有自主性高功能性结节，无突眼。2、甲状腺功能亢进的外科治疗适应症：1) .继发性甲亢或高功能腺瘤。2)中度以上的原发性甲亢。3)腺体大，伴有压迫症状或胸骨后甲状腺肿伴甲亢。4)抗甲状腺药物或<sup>131</sup>I治疗后复发者。5)妊娠早、中期，有上述指征者。3、手术禁忌症：1)青少年甲亢2)轻度原发性甲亢3)伴有其他疼痛不能耐受手术者

**甲状腺大部切除术后并发症：术后并发症及其处理** 1. 呼吸困难和窒息——术后48小时内。(1)原因：①切口出血；②喉头水肿；③气管塌陷；④双侧喉返神经损伤；⑤气管痉挛。(2)表现：进行性呼吸困难、烦躁、发绀、颈部肿胀(3)处理：立即床旁抢救。剪开缝线，敞开切口，清除血肿，同时进手术室止血，必要时行气管切开。2. 喉返神经损伤①挫伤、牵拉或血肿压迫所致——暂时性，可恢复；②一侧损伤——声嘶，可由健侧代偿而好转；③双侧损伤——失音和呼吸困难-气管切开 3. 喉上神经损伤 表现：

饮水呛咳（内支）、音调降低（外支）；处理：理疗后——自行恢复。4. 手足抽搐——术后1~3天出现。原因：甲状旁腺被误切或血供受影响——甲状旁腺低下。

处理：①静脉注射10%葡萄糖酸钙；②轻症：口服葡萄糖酸钙或乳酸钙；③重症：加服维生素D3——促进钙吸收；④限制肉类、乳品和蛋类食品 5. 甲状腺危象——与术前准备不充分有关。(1)表现：术后12~36小时内高热、脉快而弱、烦躁、谵妄，甚至昏迷，呕吐、水样腹泻。休克甚至死亡(2)治疗：①碘剂：降低血液中甲状腺素水平；②激素——拮抗过多甲状腺素的反应；③静脉应用普萘洛尔；④镇静剂；⑤降温；⑥吸氧；⑦静脉输入大量葡萄糖溶液——补充能量；⑧出现心功能不全——西地兰。6. 甲状腺功能低下①原因：切除甲状腺组织过多。②临表：皮肤和皮下组织非指凹性水肿，兴奋性低下③治疗：甲状腺素（替代治疗）。④预防：残留甲状腺应大如拇指末节；结扎甲状腺下动脉时，以保持残留腺体的血供。

**甲状腺结节** 处理原则 1) 多发结节：①良性可能性大，功能正常或减退者：甲状腺干制剂治疗；②合并甲亢或可疑恶变者：手术治疗。2) 单发结节：需手术治疗。①囊性者可行单纯切除；②实性者则须距结节1cm切除，术中送冰冻切片，恶性则须按甲状腺癌处理。

**腋窝淋巴结分组** 以胸小肌为标志分为三组：①I组即腋下组，在胸小肌外侧，包括乳腺外侧组、中央组、肩胛下组及腋静脉淋巴结，胸大、小肌间的淋巴结。②II组即腋中组，胸小肌深面的腋静脉淋巴结。③III组即腋上组，胸小肌内侧锁骨下静脉淋巴结。

**乳腺癌** 1、临床表现 1. 乳腺肿块 80%的乳腺癌患者以乳腺肿块首诊。乳腺肿块，多为单发，质硬，边缘不规则，表面欠光滑。大多数乳腺癌为无痛性肿块。临床表现 1. 早期：无症状的单发肿块，肿块好发于乳房外上象限，质地坚硬，欠光滑，边界不清，活动度差。2. 中期：侵犯乳房悬韧带（cooper韧带），乳头内陷或偏向癌肿方向，可出现局部皮肤凹陷（酒窝征），腋窝淋巴结可肿大。3. 进展期：癌肿细胞侵入皮下和皮内淋巴管引起皮肤水肿——橘皮样变。同侧腋窝淋巴结明显肿大或粘连成团。4. 晚期：乳房大片皮肤出现坚硬结节并融合成铠甲状，破溃肿物恶臭、出血、菜花样翻出。可出现上肢水肿，锁骨上淋巴结转移及远处脏器转移灶。5. 特殊形式的乳癌（1）炎性乳腺癌：发展迅速、恶性程度高、预后差。（2）乳头湿疹样乳腺癌（Paget病）：恶性程度低，进展缓慢。2. 乳头溢液 非妊娠期从乳头流出血液、浆液、乳汁、脓液，或停止哺乳半年以上仍有乳汁流出者。3. 皮肤改变：“酒窝征”，“橘皮样改变”，“皮肤卫星结节”。4. 乳头、乳晕异常：乳头回缩，乳头湿疹样癌。5. 腋窝淋巴结肿。2、临床分期：T0：原发癌未查出，Tis：原位癌，T1：癌瘤长径小于等于2cm，T2：

癌瘤长径大于 2cm 小于等于 5cm, T3: 大于 5cm, N0: 同侧腋窝无肿大淋巴结, N1: 同侧腋窝有肿大淋巴结, 尚可推动, N2: 同侧腋窝肿大淋巴结融合, 或与周围组织粘连, N3: 有同侧胸骨旁淋巴结转移, M0: 无远处转移, M1: 有锁骨上淋巴结转移或远处转移。3、病理组织学分类: 非浸润性癌、原位癌早期浸润、浸润性癌、其他罕见癌。

**腹股沟疝** 腹股沟管解剖 1. 内口: 深环, 腹壁下动脉的外侧, 腹横筋膜; 2. 外口: 浅环, 是腹外斜肌腱膜。3. 上壁: 为腹内斜肌、腹横肌形成的弓状下缘。4. 下壁: 为腹股沟韧带和腔隙(陷窝)韧带。5. 前壁: 最外面是皮肤、皮下组织, 浅层为腹外斜肌腱膜, 深层有腹内斜肌的部分肌纤维。6. 后壁: 为腹横筋膜和腹膜, 内侧有腹股沟镰。鉴别诊断 斜疝 1. 反复出现的腹股沟区带蒂“梨形”肿块, 可回纳腹腔。2. 肿块回纳后, 指压内环和增加腹压后肿块不再出现。直疝: 1. 站立时在耻骨结节外上方出现肿块, 呈圆形, 平卧时消失, 一般不降入阴囊, 也不易发生嵌顿或绞窄。2. 用手压迫深环肿块仍能出现, 浅环较大。三种特殊的嵌顿性疝: Richter 疝: 部分肠管壁被嵌顿, 未发生完全性肠梗阻 Littre 疝: 小肠憩室(常为 Meckel 憩室)被嵌顿。逆行性嵌顿: 嵌顿的肠管包括几个肠襻, 或呈 W 形。

**嵌顿性疝与绞窄性疝** 处理: (1) 嵌顿性疝或绞窄性疝均应紧急手术。(2) 如肠管尚具有生命力, 可回纳至腹腔。如肠管已坏死, 则应切除该段肠管并行一期吻合, 如病人情况不允许肠切除时, 则可暂作肠外置, 7~14 天后行肠切除吻合。(3) 高位结扎疝囊, 但不宜做疝修补术。

**腹腔脓肿** 1、病因: 感染是造成腹腔脓肿的主要原因。2、临床表现: 腹痛、持续性钝痛向肩背部放散, 脓肿大时可有胀痛气急、咳嗽或打嗝; 间歇或弛张型高烧等 3、治疗: 1. 膈下脓肿的治疗 治疗腹膜炎时患者取半坐卧位, 合理选用抗生素, 胃脾切除后仔细止血、放置引流管, 能有效地预防膈下脓肿的形成。即使在膈下脓肿形成的早期, 通过抗生素和支持疗法, 炎症也可能消退吸收。但在治疗数周后, 发热不退, 病人体力消耗较大的情况下, 仍宜及时引流。对脓腔较大、脓壁较厚、或呈多房性者仍宜行手术引流。2. 盆腔脓肿的治疗 经直肠前壁或阴道后穹窿切开, 放置软硅胶管引流, 术后 3~4 天拔除导管。继续应用抗生素、热水坐浴、会阴部理疗等治疗措施, 促使炎症消退吸收。3. 肠间脓肿 多发性小脓肿经抗生素治疗常可自行吸收。较大的脓肿则需剖腹手术, 吸尽脓液, 清除脓壁, 并用大量盐水或抗生素溶液冲洗, 通常不需放置引流。

**胃十二指肠溃疡外科治疗** 1、外科手术的适应证: ①经内科系统治疗 3 个月以上仍不愈合或治愈后短期内又复发者。②并发急性穿孔、急性大出血、瘢痕性幽门梗阻或溃疡已穿透至胃壁外者; ③经 X 线钡餐或胃镜检查证实溃疡直径较大, 超过 2.0cm, 高位溃疡者或胃十二指肠复合溃

疡; ④不能除外或已经癌变者。2、手术主要方法 胃溃疡多采用胃大部切除术, 尤其以毕 I 式胃大部切除术为首选; 十二指肠溃疡多采用毕 II 式胃大部切除术、高选择性迷走神经切断术或选择性迷走神经切断加引流手术。胃大部切除术后并发症: 1) 术后胃出血——早期: A. 术后 24 小时内——术中止血不彻底; B. 术后 4~6 天——吻合口黏膜坏死脱落; C. 术后 10~20 天——吻合口黏膜下脓肿腐蚀血管。2) 十二指肠残端破裂。3) 吻合口瘘: 多发生在术后 5~7 天。4) 术后梗阻——早期: A. 输入段梗阻①急性完全性梗阻—少量食物, 绝不含胆汁②慢性不完全性梗阻时—呕吐物含胆汁, 无食物 B. 输出段梗阻——既有食物, 又有胆汁 C. 吻合口梗阻——只有食物, 绝无胆汁, 多为胃排空障碍。5) 倾倒综合征——晚期。机制: 幽门切除后, 胃排空快。早期倾倒综合征: 肠液多, 血容量低。进餐后半小时。症状: 低血压表现。晚期倾倒综合征: 大量食物进入小肠, 血糖升高, 胰岛素上升—无食物, 血糖减低, 胰岛素过多引起低血糖。进餐 2~4 小时, 症状: 低血糖表现。6) 碱性反流性胃炎(晚期): 三联征——①剑突下持续烧灼痛②胆汁性呕吐 ③体重减轻 最佳治疗: R-Y 吻合术(Roux-en-Y) 7) 吻合口溃疡: 多见于空肠侧 8) 营养性并发症: 贫血、腹泻与脂肪泻、骨病。9) 残胃癌: 术后至少 5~20 年所发生的残胃原发性癌

**胃良性肿瘤** 1、常见发病部位 胃体部 2、常见症状: 溃疡, 出血或长期粪便隐血阳性等。3、由于胃良性肿瘤临床有时难于完全排除恶性可能, 即使为良性, 今后也可能恶变或出现梗阻、出血等并发症, 故亦应积极手术治疗。可根据肿瘤具体情况选择胃部分切除或全胃切除术等。

**肠梗阻** 1、病理生理变化: 肠梗阻的主要病理生理改变为膨胀、体液和电解质的丢失以及感染和毒血症。2、临床表现: 腹痛腹胀、恶心呕吐、停止排气排便、休克等等。3、治疗: (1) 非手术疗法 对于单纯性、不完全性肠梗阻, 特别是广泛粘连者, 一般选用非手术治疗。禁食及胃肠减压, 纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调, 防治感染及毒血症。

(2) 手术疗法 粘连性肠梗阻经非手术治疗病情不见好转或病情加重; 或怀疑为绞窄性肠梗阻, 特别是闭襻性肠梗阻; 或粘连性肠梗阻反复频繁发作, 严重影响病人生活质量时, 均应考虑手术治疗。

鉴别要点	单纯性肠梗阻	绞窄性肠梗阻
全身情况	轻度脱水征	重病容, 脱水明显
发病	渐起	急骤, 易致休克
腹痛	阵发性、伴有肠鸣	持续、剧烈, 无肠鸣
呕吐及呕吐物	高位频繁、胃肠减压后可缓解。呕吐物: 胃肠液	出现早、频繁, 胃肠减压后不缓解。呕吐物可为血性液
触诊	无腹膜刺激征, 可	有腹膜刺激征, 无肿

	及肿胀肠袢	物可及
肠鸣音	肠鸣音亢进，呈气过水声	不亢进，或消失
腹腔穿刺	阴性	可得血性液
X线	有液平	有孤立、肿大肠袢

鉴别要点	机械性肠梗阻	麻痹性肠梗阻
病因	有器质性病变	有肠系膜根部损伤、低钾、腹膜炎、腹部手术史
腹痛	绞痛、剧烈	胀痛、轻
呕吐	明显	不明显
腹胀	可不明显、或局限	显著，全腹
肠鸣音	亢进	减弱、消失
X线	部分肠胀气、液平	大、小肠均完全扩张

鉴别要点	高位	低位
梗阻部位	空肠上段	回肠、结肠
呕吐	早、频 医学教育 网 搜集整理	晚、少或无
呕吐物	多为胃内容、渐少	量不定、粪性物
腹胀	不明显	明显
X线	无明显液平	有多个液平、阶梯状

**结肠癌** 1、分期 1) I~III期 原发肿瘤(T)分期 Tx: 原发肿瘤无法评估; T0: 没有原发肿瘤的证据; Tis: 原位癌: 上皮内癌或黏膜内癌未穿透黏膜肌层而达黏膜下层; T1: 肿瘤侵及黏膜下层; T2: 肿瘤侵及肠壁固有肌层; T3: 肿瘤穿透固有肌层并侵达浆膜下, 或原发病灶位于无浆膜层的结肠、直肠时, 肿瘤已侵达结肠旁或直肠旁组织; T4: 肿瘤已穿透腹膜或直接侵入其他脏器 2) IV期 淋巴结转移(N)分期 Nx: 区域淋巴结无法评估; N0: 区域淋巴结无转移; N1: 1~3个区域淋巴结转移; N2: ≥4个区域淋巴结转移。 3) 远处转移(M)分期 M0: 无远处转移; M1: 有远处转移。

2 临床表现: 1) 早期可以没有任何症状, 2) 中晚期可表现为腹胀、消化不良, 而后出现排便习惯改变, 腹痛, 黏液便或黏血便。3、诊断 结肠癌早期症状多不明显, 常被漏诊。对中年以上患者, 应仔细询问病史和体格检查, 出现下列症状时, 应考虑结肠癌的可能: a 近期出现排便习惯改变、持续腹部隐痛。b 粪便隐血试验持续阳性。c 粪便稀, 或带有血液和黏液。d 腹部可扪及包块。5. 不明原因

出现乏力、贫血、体重减轻等。4、治疗: 早期癌内镜下可以根治的病变可以采取内镜微创治疗, 中晚期癌治疗方法是以手术为主、辅以化疗、免疫治疗、中药以及其他支持治疗的综合方案。手术治疗的原则: 尽量根治, 保护盆腔植物神经, 保存性功能、排尿功能和排便功能, 提高生存质量。

**直肠指诊** 1、体位: (1)膝胸式: 适于检查男性病人, 尤适于做前列腺及精囊的检查, 而且也是检查肛门、直肠的较好体位。(2)左侧卧式: 适用于检查女病人, 男病人亦可采用。(3)仰卧式: 有腹腔疾患或不便于改换体位时可用此式, 对身体虚弱者尤为适用。2、肛门指诊意义: 1) 重大且检查方便。大部分肛肠疾病可以通过指诊而基本确诊, 肛门指诊是器械所不可代替的检查方法。2) 通过指诊可以触摸到直肠下端及肛管有无肿物和压痛、触痛, 以诊断是否有良性肿瘤、恶性肿瘤、感染等疾病。3) 通过指诊可以触到括约肌沟, 了解括约肌的紧张度以推断某些病症。4) 根据指套上是否染血及血迹颜色, 协助早期发现直肠、结肠癌溃疡性结肠直肠炎、痔、肛门裂等疾病。

**直肠癌** 1) 疾病分期: 0期: 癌局限于黏膜层, 无淋巴结转移。I期: 肿瘤局限于固有肌层以内, 无淋巴结转移。II期: 肿瘤浸润超过固有肌层, 但无淋巴结转移。III期: 淋巴结有转移。IV期: 远处转移(肝脏、肺等)或腹膜转移。2) 主要手术方法“先保命, 再保肛”。保肛手术一般适于肿瘤距肛缘5厘米~6厘米以上的直肠癌患者。主要手术方法 1. 经腹腔直肠癌切除术(Dixon手术): 适用于: 距齿状线5cm以上的直肠癌。优点: 可保留肛门。2. 经腹会阴联合直肠癌根治术(Miles手术) 适用于: 距肛门7cm以内(腹膜反折以下)。 3. 经腹直肠癌切除、近段造口、远端封闭手术(Hartmann手术) 4. 局部切除术 适用于: 早期癌体小、局限于黏膜或黏膜下层、分化程度高的直肠癌

**直肠类癌** 1、临床表现: 典型症状为腹泻、潮红、气喘、紫绀和右心瓣膜病。2、治疗方法: 手术治疗、放疗以及中医药治疗等, 要作到尽早发现尽早治疗。

**原发性肝癌** 1、临床表现: 1) 肝区疼痛, 2) 全身及消化道症状, 3) 肝大, 4) 肝癌转移症状。2、诊断: 凡是中年以上, 特别是有肝病史的病人, 如有原因不明的肝区疼痛、消瘦、进行性肝大者, 应及时作详细检查。如甲胎蛋白(AFP)检测和B型超声等影像学检查, 有助于诊断, 甚至可检出早期肝癌。3、鉴别诊断: 原发性肝癌应与肝硬化、继发性肝癌、肝良性肿瘤、肝脓肿以及与肝毗邻器官, 如右肾、胰腺等处的肿瘤相鉴别。4、手术适应症: ①诊断明确, 肝癌局限于一叶或两叶, 无肝内及肝外转移者; ②肝功能代偿良好者; ③无其他严重的器质性疾病, 心、肺、肾功能良好, 能耐受手术者。

**肝脏良性肿瘤** 临床表现: 肿瘤多较小且有包膜, 不引起

临床症状，常因其他原因作肝检查时偶然发现。肿瘤较大或出血可造成肝区胀痛。平片可能发现肝轮廓的改变如膈隆凸和升高。

**门静脉系统主要侧支循环通路** 1. 胃底、食管下段交通支：门静脉血流经胃冠状静脉、胃短静脉，通过食管胃底静脉与奇静脉、半奇静脉的分支吻合，流入上腔静脉。2. 直肠下端、肛管交通支：门静脉血流经肠系膜下静脉、直肠上静脉与直肠下静脉、肛管静脉吻合，流入下腔静脉。3. 前腹壁交通支：门静脉血流经脐旁静脉与腹上深静脉、腹下深静脉吻合，分别流入上、下腔静脉。门静脉高压症时扩张的静脉似“海蛇头”状。4. 腹膜后交通支：腹膜后有许多肠系膜上、下静脉分支与下腔静脉分支相互吻合。

**门脉高压症** 1、临床表现 1) 侧支循环开放侧支循环的开放是诊断门脉高压症的重要依据。①贲门食管邻接处，引起食管胃底静脉曲张；②直肠周围静脉，引起痔静脉曲张；③肝镰状韧带周围静脉，出现脐周或腹壁静脉曲张；④腹膜后间隙静脉。2) 脾肿大和脾功能亢进。3) 腹水等。2、门静脉高压症的外科治疗主要是针对其并发症进行的治疗，尤其是食管胃底静脉曲张有上消化道出血者应积极采取手术治疗，脾大及脾功能亢进以及腹水等表现，当严格的内科治疗无效时，也有考虑外科治疗的必要。

**胆囊炎与胆石症的关系** 慢性胆囊炎和胆石症是消化系统常见疾病，二者常同时存在，互为因果。约有70%的胆囊炎患者胆囊内有结石存在。慢性胆囊炎，系胆囊慢性病变，大多数合并胆囊结石，少数为非胆石性慢性胆囊炎。

**急性梗阻性化脓性胆管炎** 1、病因：胆管梗阻和细菌感染。2、临床表现：腹痛、发热、黄疸，感染性休克。3、治疗原则 1) 非手术疗法 (1) 有休克者应首先治疗休克，并注意防治急性肾衰竭。(2) 纠正代谢性酸中毒。(3) 选用广谱抗生素静脉内滴注，然后根据胆汁及血液的细菌培养结果加以调整。(4) 纠正脱水。(5) 情况允许时可做纤维十二指肠镜及鼻胆管引流术。经过上述紧急处理者，病情可能趋于稳定。待全身情况好转后，再择期施行手术。2) 手术治疗 手术的基本方法为胆总管切开引流术。

**急性胰腺炎** 1、病因 胰腺炎的病因与过多饮酒、胆管内的胆结石等有关。2、临床表现 急性水肿型胰腺炎主要症状为腹痛、恶心、呕吐、发热，而出血坏死型胰腺炎可出现休克、高热、黄疸、腹胀以至肠麻痹、腹膜刺激征以及皮下出现淤血斑等。3、鉴别诊断 1) 消化性溃疡急性穿孔 有较典型的溃疡病史，腹痛突然加剧，腹肌紧张，肝浊音消失，X线透视见膈下有游离气体等，可资鉴别。2) 胆石症和急性胆囊炎 常有胆绞痛史，疼痛位于右上腹，常放射到右肩部，Murphy征阳性，血及尿淀粉酶轻度升高，B超及X线胆道造影可明确诊断。3) 急性肠梗阻 腹痛为阵发性，腹胀，呕吐，肠鸣音亢进，有气过水声，无排气，可见肠型，腹部X线可见液气平面。4) 心肌梗死 有冠心病

史，突然发病，有时疼痛限于上腹部，心电图显示心肌梗死图像，血清心肌酶升高，血尿淀粉酶正常。4、并发症：局部并发症 1) 胰腺脓肿：常于起病2~3周后出现。此时患者高热伴中毒症状，腹痛加重，可扪及上腹部包块，白细胞计数明显升高。穿刺液为脓性，培养有细菌生长。2) 胰腺假性囊肿：多在起病3~4周后形成。体检常可扪及上腹部包块，大的囊肿可压迫邻近组织产生相应症状。3) 全身并发症 常有急性呼吸衰竭、急性肾衰竭、心力衰竭、消化道出血、胰性脑病、败血症及真菌感染、高血糖等并发症。

**胰腺癌与壶腹癌** 胰腺癌是指胰腺外分泌腺的恶性肿瘤，可发生于胰腺任何位置，胰头癌最多见(60%)。壶腹周围癌是生长在乏特壶腹、十二指肠乳头、胆总管下端、胰管开口处、十二指肠内侧壁癌的总称。1) 腹痛和腹部不适 40%~70%胰腺癌患者以腹痛为最先出现的症状，而30%壶腹部癌患者也有此现象。2) 黄疸 无痛性黄疸是胰头癌最突出的症状，黄疸为进行性，壶腹周围癌黄疸可呈波动性黄疸。3) 消化道症状 胰腺癌患者的体重减轻较明显。壶腹癌的这类消化道症状相对要轻一点。4) 贫血 壶腹癌可因为肿瘤局部坏死、出血引起失血性贫血，有时出现黑便，而胰腺癌只有在癌肿侵犯十二指肠后才出现这类症状。5) 检查 内镜逆行胰胆管造影术能鉴别胰腺癌和壶腹癌，并于直视下活检。

**上消化道大出血** 1、主要病因：胃、十二指肠溃疡和食管、胃底静脉曲张破裂引起的出血最为常见。2、临床表现：主要取决于出血量和出血速度。呕血与黑便是上消化道出血的特征性表现。其它表现：失血性周围循环衰竭；贫血和血象变化；发热；氮质血症。3、鉴别诊断：①先有呕血与黑粪均出现者出血部位多为胃或食管，单纯黑粪者出血常位于十二指肠；②有慢性、节律性中上腹痛史，常为胃或食管，常为溃疡病出血，尤其是出血前疼痛加剧，出血后疼痛减轻或缓解；③出血前有应激因素者首先考虑应激性病变出血；④有慢性肝病、门脉高压者多考虑食管、胃底静脉曲张破裂出血；⑤中老年人首次出血，且有厌食、体重下降者应考虑胃癌。