

消化疾病急症学

主编 □ 邓长生

100595



人民卫生出版社

消化疾病——急症学

主 编 邓长生

副主编 林 军 田德安
 黄梅芳 吴小平

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化疾病急症学/邓长生主编. —北京:
人民卫生出版社, 2009. 1
ISBN 978-7-117-10956-7

I. 消… II. 邓… III. 消化系统疾病: 急性病-诊
疗 IV. R570.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 185364 号

消化疾病急症学

主 编: 邓长生
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)
地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
邮 编: 100078
网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)
E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)
购书热线: 010-67605754 010-65264830
印 刷: 三河市宏达印刷有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 28.5 插页: 2
字 数: 669 千字
版 次: 2009 年 1 月第 1 版 2009 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-10956-7/R · 10957
定 价: 58.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



【主编简介】

邓长生 武汉大学教授，博士生导师，中南医院消化内科主任医师，湖北省委、省政府批准的湖北省有突出贡献的专家，国务院颁证表彰的特贴专家。

友情参编

(以姓氏笔画为序)

武汉大学中南医院

邓长生 张莹雯

陈志芬 林 军

施先艳 黄梅芳

武汉大学人民医院

沈志祥

华中科技大学同济医学院

附属同济医院

田德安 林菊生

华中科技大学同济医学院

附属协和医院

刘 诗

南京大学医学院

附属鼓楼医院

徐肇敏

中南大学湘雅二医院

吴小平

中南大学湘雅三医院

王 芬 王晓艳

学术秘书 陈志芬(兼)

前言

临床急症中, 消化疾病很常见。专科医师在处理这些急症时, 面临诸多风险。编写此书, 意在帮助专科医师作好消化疾病急症的诊治工作。

本书较全面、系统地介绍了消化疾病急症诊治的知识, 并注重其科学性、前沿性和实用性。当然, 这些内容仅供专科医师在临床处理急症时参考, 不作为依据。

本书诚邀著名高校的资深专家和中年学者通力合作而成, 得到了吕海清教授及祁院花等研究生的协助。值此出版之际, 谨致谢意。

医学发展迅速, 对消化疾病急症的认识也随之深入, 诊治手段不断更新。本书从构想到出版历时近两年, 其中一些内容于出版时可能滞后, 而且难免有疏漏之处, 恳请同行专家和广大读者惠与斧正。

邓长生

2008年初秋于武汉

目 录

第 1 章 Mallory-Weiss 综合征	1
第 2 章 食管穿孔与自发性破裂	6
第一节 食管穿孔	6
第二节 食管自发性破裂	14
第三节 食管异物	24
第 3 章 急性胃粘膜病变	32
第 4 章 腐蚀性食管炎、胃炎	42
第 5 章 胃、十二指肠溃疡并发症	54
第一节 胃、十二指肠溃疡出血	54
第二节 胃、十二指肠溃疡穿孔	59
第三节 幽门梗阻和十二指肠梗阻	65
第 6 章 急性胃扩张	71
第 7 章 上消化道出血	81
第 8 章 胃肠扭转	103
第一节 胃扭转	104
第二节 小肠扭转	108
第三节 盲肠扭转	111
第四节 乙状结肠扭转	113
第 9 章 缺血性肠病	116
第 10 章 假性肠梗阻	126
第一节 假性小肠梗阻	128
第二节 假性结肠梗阻	131
第 11 章 假膜性肠炎	139
第 12 章 炎症性肠病	147
第一节 溃疡性结肠炎	147
第二节 克罗恩病	166
第 13 章 肠气囊肿病	179
第 14 章 肠梗阻和肠穿孔	184
第 15 章 下消化道出血	193
第 16 章 肝硬化并发症	208

第一节	食管胃底静脉曲张破裂出血	208
第二节	肝肾综合征	214
第三节	门静脉血栓形成	223
第四节	肝肺综合征	225
第 17 章	自发性细菌性腹膜炎	230
第 18 章	原发性肝癌与肝癌结节破裂出血	235
第 19 章	暴发性肝衰竭	240
第 20 章	肝性脑病	250
第 21 章	肝脓肿	255
第 22 章	胆道蛔虫病	264
第 23 章	胆囊炎	268
第一节	急性胆囊炎	268
第二节	慢性胆囊炎	273
第 24 章	胆石症	278
第 25 章	胆囊切除术后综合征与胆囊及 Oddi 括约肌功能障碍	292
第一节	胆囊切除术后综合征	292
第二节	胆囊及 Oddi 括约肌功能障碍	296
第 26 章	急性胰腺炎	305
第 27 章	急性肠系膜缺血	320
第 28 章	消化内镜检查的并发症	329
第一节	胃镜检查的并发症	329
第二节	结肠镜检查的并发症	332
第三节	内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)检查的并发症	337
第四节	超声内镜检查的并发症	340
第五节	双气囊小肠镜检查的并发症	340
第 29 章	有机磷农药中毒	343
第 30 章	杀虫脒中毒	352
第 31 章	安定中毒	358
第 32 章	恶心呕吐的诊断与治疗	362
第 33 章	黄疸的诊断与治疗	370
第 34 章	急性腹泻的诊断与治疗	376
第 35 章	急腹症的诊断与治疗	383
第 36 章	伴胸痛的消化系疾病	390
第 37 章	中医对消化疾病急症的认识及处理策略	396
第一节	消化性溃疡	397
第二节	急性胆囊炎	400

第三节 急性胰腺炎·····	406
第四节 上消化道出血·····	413
第 38 章 循证医学在消化疾病急症中的应用 ·····	419
第一节 肝性脑病·····	422
第二节 自发性细菌性腹膜炎·····	423
第三节 急性胰腺炎·····	424
第四节 上消化道出血·····	426
中英文索引 ·····	435

第1章

Mallory-Weiss 综合征

一、概 述

Mallory-Weiss 综合征又称食管贲门黏膜撕裂综合征,系剧烈恶心呕吐或腹内压突然增高,导致下端食管或贲门部黏膜和黏膜下层纵行撕裂,发生上消化道出血的一组综合征,是引起消化道出血的重要原因之一,占上消化道出血原因的 0.5%~17%^[1]。1929 年,由 Kenneth Mallory 和 Soma Weiss 在 1929 年首次报道,认为此组综合征是一消化道大出血的少见原因,死亡率高,达 50%,且常常直到外科手术或尸检时才能确诊。随着诊疗技术的提高及胃镜检查的普及,占上消化道出血病因的比例逐渐上升。其典型表现是先有剧烈呕吐,而后有呕血或黑便,多数为无痛性呕血。男性多于女性,发病年龄高峰在 30~50 岁之间,也可见于儿童和老年人。

二、病因与发病机制

Mallory-Weiss 综合征主要是腹内压力或胃内压力骤然升高所引起,大多数与干呕或呕吐有关,呕吐时食管内压力迅速升高至 13.3~26.7kPa(100~200mmHg),而胸腔食管内压力仅为 6.7kPa(50mmHg),由于贲门附近黏膜在组织结构上较薄弱,黏膜肌层伸展性较差,周围缺乏支持组织,当腹内压骤然升高,即引起食管远端贲门部黏膜撕裂;而食管黏膜下层有丰富的血管丛,撕裂后可造成急性大出血,其破裂的血管多为黏膜下横行动脉。酗酒、饱食、眩晕、晕车、妊娠、急性胃肠炎、活动性消化性溃疡、急性胰腺炎、急性胆囊炎、化疗、留置胃管、胃镜检查、糖尿病酸中毒、尿毒症等均能引起剧烈呕吐。在引起胃内压力增加的其他情况,也都能造成黏膜撕裂,包括剧烈咳嗽、用力排便、举重、分娩、麻醉期间的严重呃逆、腹外按摩、闭式胸外按摩、幽门梗阻、哮喘、癫痫发作、腹部钝性挫伤等。某些腹内疾病,如食管裂孔疝、消化性溃疡、胃炎、食管炎、肝硬化等常与食管贲门黏膜撕裂同时存在,这些疾病可能在其发病上起到促进作用。特别是在患有食管裂孔疝的情况下,呕吐时胃、食管交界处压力大大增加,易于在胃的贲门部发生撕裂。如呕吐时产生一过性裂孔疝,撕裂部位是骑跨于食管与胃交界处。

三、临床表现

本病典型表现是先有剧烈呕吐,而后有呕血或黑便,多数为无痛性呕血,有少数患者

可伴胸骨后或上腹痛,多不剧烈。食管黏膜下层有着丰富的血管丛,撕裂后可造成急性大出血,其破裂的血管多为黏膜下横行动脉。本病出血量与黏膜撕裂的范围、程度和位置有关,严重时可引起休克甚至死亡,尤其对于老年患者,由于动脉硬化,破裂血管不易收缩,应引起注意。但多数患者出血量较小,有的甚至仅伴有黑便而无呕血。

四、诊 断

Mallory-Weiss 综合征的诊断首先依靠病史,对于以往无胃病史、肝病史,因各种原因先引起的剧烈呕吐而后呕血的病例,均应考虑本病的可能性。

(一) 胃镜检查

早期胃镜检查是最可靠的诊断方法。宜在出血后 24~48 小时内进行急诊胃镜检查,大多数胃镜检查时可见食管-胃连接部有一线状纵行裂痕,典型病变可见裂痕一般长 3~20mm,宽 2~3mm,似浅表线状溃疡,多数已自然停止出血,常有血凝块覆盖,裂痕周围黏膜充血、水肿,有时也可见溃疡表现。病变轻者仅见一条出血性裂痕,周围黏膜无明显炎症反应。若超过 48 小时,裂伤已近愈合而不易发现,较小的裂伤易于疏漏,因此,胃镜检查时宜在允许情况下多次推进、退出,仔细观察食管-贲门四周黏膜,尤其是小弯处。当撕裂累及血管时,可见到活动性渗血,甚至严重性出血,有时可见到局部水肿。

在不排除食管穿透性损伤时,一般不宜胃镜检查,除非紧急情况下或已做好内镜止血失败则行外科手术的准备。

(二) X 线气钡双重造影

仅少数可在食管-胃结合部发现线状损伤,主要表现为出血灶不规则充盈缺损,出血小动脉呈一小的圆形透明影,钡剂受阻。该检查方法对本病诊断价值不大,但有助于排除癌、溃疡、静脉曲张等病变。主要适用于有胃镜检查禁忌或不愿意进行胃镜检查者,检查一般要求在大出血至少停止 3 天之后进行,禁用于不能排除食管穿透性损伤者。

(三) 选择性腹腔动脉造影

在出血量 $>0.5\text{ml}/\text{min}$ 时,可以发现造影剂在出血部位溢出,有比较准确的定位价值。

(四) 放射性核素扫描

必须在活动性出血时进行,适用于:内镜检查和 X 线气钡双重造影不能确定出血来源的不明原因出血;因严重急性大量出血或其他原因不能进行内镜检查者。放射性核素扫描是静脉推注^{99m}锝标记的患者自体红细胞作腹部扫描,在出血速度 $>0.1\text{ml}/\text{min}$ 时,标记红细胞在出血部位溢出形成浓染区,由此可判断出血部位,该法创伤少,但存在假阳性和定位错误。

(五) 其他检查

①血液分析;②大便常规+潜血;③肝肾功能;④凝血象全套。

五、鉴别诊断

Mallory-Weiss 综合征出血量较大时,应与食管胃底静脉曲张破裂出血鉴别。还应与能引起上消化道出血的其他疾病相鉴别,如:急性胃黏膜病变、消化性溃疡等。如有剧烈胸骨后或上腹痛,应与自发性食管破裂相鉴别。

(一) 食管胃底静脉曲张破裂

多有肝病病史,可伴腹水、脾大,多突然发生大量呕血或黑粪,常引起出血性休克或诱发肝性脑病,病死率很高。胃镜或 X 线钡餐检查有助诊断。

(二) 急性胃黏膜病变

饮酒、服用药酒及非甾体类药物、应激反应是本病的常见诱因,多突然发生呕血或黑粪,有赖急诊胃镜检查,内镜可见弥漫分布的多发性糜烂、出血灶和浅表溃疡为特征的急性胃黏膜损伤。

(三) 消化性溃疡

上腹痛是消化性溃疡的主要症状,典型消化性溃疡具有如下临床特点:①慢性病程;②周期性发作,发作与自发缓解相交替,发作具有季节性,多在秋冬或冬春之交发病;③发作时上腹痛呈节律性,服用抗酸药可缓解。如溃疡侵蚀周围血管可引起出血,有赖胃镜确诊。

(四) 自发性食管破裂

Mallory-Weiss 综合征与自发性食管破裂的鉴别点在于食管损伤程度,Mallory-Weiss 综合征一般不超过黏膜下层,而自发性食管破裂则累计食管壁全层。鉴别要点详见表 1-1。

表 1-1 Mallory-Weiss 综合征与自发性食管破裂的鉴别

项目	Mallory-Weiss 综合征	自发性食管破裂
损害深度	一般不超过黏膜下层	食管壁全层破裂
临床表现	先有剧烈呕吐,而后有呕血或黑便,多数为无痛性呕血	剧痛,放射至左肩、左季肋部
并发症	可有食管裂孔疝、有时出现出血性休克	纵隔气肿、气胸、液气胸
确诊方法	急诊胃镜检查	主要为 X 线检查
治疗	可自愈,多保守治疗,无效手术	立即手术修补

六、治 疗

Mallory-Weiss 综合征一般采用内科保守治疗或内镜下治疗,有作者认为内镜下止血是治疗活动性出血的首选方法^[2]。对于出血较少者,大多数病例均可治愈或自凝。对于保守治疗或内镜下治疗失败者,宜尽早手术。不宜采用三腔二囊管压迫,因这种黏膜撕裂出血属动脉性,气囊压迫可能加重出血并影响黏膜愈合。本病的出血量与黏膜撕裂的范围、程度和位置有关,严重时可引起休克。

(一) 一般治疗

1. 卧位休息,保持呼吸道通畅,必要时吸氧。活动性出血期间禁食。
2. 严密监测患者生命体征,观察呕血与黑粪情况。定期复查血常规。必要时行中心静脉压测定。对于老年患者根据情况进行心电监护。
3. 对症治疗:应用解痉、止吐药物,解除病因,防止再出血;呕吐严重者可加用镇静药物,如安定;对于化疗药物引起剧烈呕吐者可考虑使用中枢性止吐药物,如昂丹司琼。
4. 支持治疗:对于出血量较大者,应尽早建立有效静脉通道,尽快补充血容量,维持

血压。严密观察生命体征变化,必要时可考虑紧急输血。下列情况为紧急输血指征^[3]:①改变体位出现晕厥、血压下降和心率加快;②失血性休克;③血红蛋白低于 70g/L 或红细胞比容低于 25%。

(二) 止血措施

1. 血管加压素 通过对内脏血管收缩作用,减少门脉血流量,从而控制出血。推荐疗法是 0.2U/min 静脉持续滴注,视治疗反应,可逐渐增加剂量至 0.4U/min^[3]。目前主张同时使用硝酸甘油,以减少血管加压素引起的不良反应。

2. 抑制胃酸分泌药物 抑制胃酸分泌,提高胃内 pH 具有止血作用;同时,抑酸治疗可改善出血部位的酸性环境,改善黏膜防御功能,阻断高酸对创面的刺激,从而有利于促进创面愈合。临床上常规给予 H₂ 受体拮抗剂或质子泵抑制剂,后者在提高及维持胃内 pH 值的作用优于前者,急性出血期予以静脉途径给药,如法莫替丁 20mg,每 12 小时 1 次;奥美拉唑每次 40mg,每 12 小时 1 次^[3]。

3. 生长抑素 对内脏血管具有选择性收缩作用,可明显减少内脏血流量,另外有促进胃黏膜增生、促进血小板凝集和血块收缩的作用。该类物质止血作用肯定,且不伴全身血流动力学改变,但价格较贵。目前用于临床有 14 肽天然生长抑素,首剂 250 μ g 静脉缓注,继以 250 μ g/h 持续静脉滴注。8 肽生长抑素同类物奥曲肽半衰期较长,通常首剂 100 μ g 静脉缓注,继以 25~50 μ g/h 持续静脉滴注^[3]。

4. 内镜治疗 随着内镜技术的进展,近年内镜局部治疗逐渐广泛应用,内镜下止血是治疗活动性出血的首选方法。①内镜下喷洒止血^[4,5]:喷洒 1:10000 肾上腺素或去甲肾上腺素(8mg/100ml)或凝血酶(500~2000U 用温水 50~100ml 溶解)或巴曲酶(1~2U 用生理盐水 10ml 稀释)直至出血停止,也可喷洒 10% 孟氏液;②注射疗法^[6,7]:于镜下出血点周围 3~4 处小剂量递增注射肾上腺素(1:10000)或注射无水酒精或硬化剂至黏膜变白。应注意掌握适度剂量,少见并发症为局部坏死和穿孔;③高频电凝血^[4,5]:止血效率高且迅速,但应注意避免高功率电凝,以防止穿孔;④激光、微波凝固止血^[4,5]:利用热效应达到凝固止血目的,且有利于改善局部营养和代谢,也利于改善局部免疫防御功能,具有止血效果肯定、操作简便、不影响黏膜愈合、无远期并发症等优点,对于妊娠女性不宜用药者尤为合适,值得推广;⑤圈套治疗^[8]:于镜下出血点套上套圈,适度收缩套圈,以达到收缩压迫止血的目的。该法止血效率高且无穿孔危险性;⑥金属夹治疗^[4,5]:通过机械力量将病灶连同附近组织紧箍,不仅截断血流,而且封闭创口,有利于创口的愈合,但要求术者技术熟练,尽可能保证止血时金属夹与创口垂直,否则容易引起脱落。

(三) 介入治疗

随着介入放射技术的普及,因其痛苦小、安全性高且止血迅速可靠,在消化道出血治疗中占有重要地位。其主要技术包括经动脉药物灌注和栓塞治疗,一般认为经动脉灌注血管加压素仅对低速率出血有一定作用且较易复发^[9]。超选择动脉栓塞术多采用明胶海绵颗粒对胃左动脉栓塞,止血较为迅速,其关键在于将导管超选择性插至胃左动脉^[9]。

(四) 外科手术治疗

对于保守治疗无效或内镜下治疗失败者,或有食管穿孔可能者宜尽早行外科手术治疗,行胃切开术及缝合撕裂部位,疗效确切。术后宜做胃肠减压,以防呕吐而再次出血。有条件者也可选择在消化内镜引导下行腹腔镜手术,较开腹手术具有创伤小、恢复快等

优点。

七、预 后

本综合征一般采用内科保守治疗或内镜下治疗,大多数病例均可治愈或自愈,预后良好。但如果伴随活动性大出血、休克、低血细胞比容或凝血功能障碍,则预后不良^[10],如治疗不及时,可有生命危险。

(黄梅芳 叶 强)

参 考 文 献

1. Bak-Romaniszynl, Malecka-Panas E, czkwianianc E, et al. Upper digestive haemorrhage due to Mallory-Weiss Syndrome. Role of endoscopic seleotherapy. An Sist Sanit Nauar, 2002, 24(3) : 3016.
2. Kwan V, Norton ID. Endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. Anz Journal of surgery, 2007, 77(4) : 220-234.
3. 叶任高, 陆再英. 内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2004 : 480-487.
4. Raju GS, Kaltenbach T, Soetikno R. Endoscopic mechanical hemostasis of GI arterial bleeding (with videos). Gastrointestinal endoscopy, 2007, 66(4) : 774-785.
5. Park YD, Yoon SJ, Lee SY, et al. Evaluation of endoscopic hemostasis for Mallory-Weiss syndrome with active bleeding. Journal of gastroenterology and hepatology, 2007, 22 : A154.
6. Park WG, Neh RW, Triadafilopoulos G. Injection therapies for nonvariceal bleeding disorders of the GI tract. Gastrointestinal endoscopy, 2007, 66(2) : 343-354.
7. Cheng CL, Liu NJ, Tang JH, et al. Epinephrine injection and heater probe coagulation for acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding related to Mallory-Weiss Syndrome. Gastrointestinal endoscopy, 2005, 61(5) : 129.
8. Cho YS, Chae HS, Kim HK, et al. Endoscopic band ligation and endoscopic hemoclip placement for patients with Mallory-Weiss syndrome and active bleeding. World Journal of gastroenterology, 2008, 14(13) : 2080-2084.
9. 孙儒庆, 魏学庆, 郭红月, 等. 动脉栓塞治疗 Mallory-Weiss 综合征. 中华消化杂志, 2002, 4(22) : 301-306.
10. Kim HS, Lee DK, Kim JW, et al. Factors predicting recurrent bleeding of Mallory-Weiss Syndrome. Gastrointestinal endoscopy, 2005, 61(5) : 170.

第2章

食管穿孔与自发性破裂

第一节 食管穿孔

一、概 述

食管损伤是一种常由于器械或异物引起的以食管破裂、穿孔为主要病变的疾病,如不及时处理,几乎毫无例外地发生急性纵隔炎、食管胸膜瘘等。由于食管特殊的解剖位置,可以被多种原因造成损伤。近年来随着胸外科的进展,采用了广谱抗生素治疗和较好的营养支持,使这类疾病的治疗效果有了许多改善。

二、病 因

食管损伤的原因很多,包括器械性、外伤性、异物性、腐蚀性(化学性)、放射性等,其中常见病因为器械与异物所致。国外报道以器械损伤居首,国内报道以异物性多见,其中又以义齿所致后果最严重。腐蚀性、器械性穿孔多有明显原因,较易诊断。胸部创伤性食管穿孔多为严重复合伤,其周围脏器如气管、血管常同时受损,且常因症状复杂而误诊误治。自发性者多有食管原发疾病^[1],加之暴饮暴食及剧烈呕吐所致。放射灼伤多为迟发性,损伤程度难以估计,可波及周围大血管与脏器,造成严重后果。

机械性损伤中又可分为腔内损伤和腔外损伤。近年来随着在食管腔内用仪器进行诊断和治疗的病例迅速增加,医源性食管损伤在这类疾病中占的比例也不断增加,另外,根据食管损伤的部位又分为颈部食管损伤、胸部食管损伤和腹部食管损伤。

(一) 腔内损伤

采用腔内医疗器械诊断和治疗食管疾病在当今是相当安全的,但并不是完全没有风险。食管腔内损伤多发生在使用这些器械在食管内或通过食管进行诊断和治疗的过程中,采用硬食管镜发生的并发症要比纤维食管镜多。在有膈上憩室、贲门失弛缓症、食管狭窄的患者,如果操作不小心则更易发生食管损伤。

(二) 腔外损伤

腔外损伤主要由于胸部或颈部挫伤或穿透性枪伤、刀伤,并多与胸部或颈部的其他损伤同时存在。

三、发病机制

胃肠道结构中的浆膜和黏膜下层含有抗张力的胶原和弹力纤维,由于食管没有浆膜层而不同于消化道的其他部位,使之更易于损伤。食管的颈段后壁黏膜被覆一层很薄的纤维膜,中段仅被右侧胸膜覆盖,下段被左侧胸膜覆盖,周围没有软组织支持,加上正常胸腔内压力低于大气压,这些是食管易于损伤的解剖因素。用仪器在食管腔内检查和治疗引起损伤的并发症主要是食管穿孔。食管穿孔的部位多是环咽肌和咽括约肌连接处的颈部食管,约50%的食管穿孔发生在环咽部 Lanniers 三角,这个三角由咽括约肌和在颈椎5、6水平的环咽肌构成。当有颈椎刺和颈部过伸时,极易被损伤发生穿孔。第二个用仪器易引起食管损伤的部位为上段食管,这个部位相对狭窄,部分同肺门、主动脉弓及左主支气管固定。其他易于损伤的部位是食管的远端与胃连接处,还有梗阻病变的近段、食管癌延伸的部位以及进行检查或扩张的部位。

食管穿孔后口腔含有的大量细菌随唾液咽下,酸度很强的胃液、胃内容物在胸腔负压的作用下,较易经过穿孔的部位流入纵隔,导致纵隔的感染和消化液的腐蚀,并可穿破纵隔胸膜进入胸腔,引起胸腔内化脓性炎症。

四、临床表现

不同原因引起食管损伤的症状和体征不同。而穿孔的部位、大小不同,穿孔后到就诊的时间不同,其临床表现也有不同。但不管哪种情况,约90%~97%的患者有颈部或胸骨后剧烈疼痛,伴吞咽时加重,进食困难。31%有呼吸困难、心率增快、血压下降,甚至出现休克。几乎均有纵隔或下颈部皮下气肿,后期为纵隔脓肿或脓气胸。87%~90%以上的病例有发热,白细胞计数增多。

(一) 颈部食管穿孔

颈部食管穿孔常发生在较薄的食管后壁,由于食管附着的椎前筋膜可以限制污染向侧方扩散。穿孔的最初数小时颈部可没有炎症表现,数小时后由于口腔或胃内的液体经过穿孔进入食管后间隙和沿着食管平面进入纵隔,引起纵隔炎症,患者诉颈部疼痛、僵直,呕吐带血性的胃内容物和呼吸困难。体格检查发现患者危弱,伴各种不同程度的呼吸困难。通常可听到经鼻腔呼吸发出的粗噪的呼吸声。颈部触诊发现颈部硬和由于皮下气肿产生的捻发音。全身感染中毒症状常在24小时后发生。

(二) 胸部食管穿孔

与颈部穿孔不同,胸段食管穿孔直接引起纵隔污染,迅速发生纵隔气肿和纵隔炎。食管早期仅是纵隔的污染,但可迅速发展为坏死性炎症过程。当薄的纵隔胸膜被炎症穿破,胃液及胃内容物经破口流到纵隔和胸膜腔,引起胸膜腔的污染和积液,形成纵隔和胸膜腔化脓性炎症。中上段食管穿孔常穿破胸腔。食管穿孔后引起的这种炎症过程和体液的大量蓄积在临床上表现为一侧胸腔剧烈疼痛,同时伴有呼吸时加重,并向肩胛区放射。在穿孔部位有明确的吞咽困难,低血容量,体温升高,心率增快,并且心率增快与体温升高不成比例。全身感染中毒症状、呼吸困难的程度,根据胸腔污染的严重性、液气胸的量以及是否存在有气道压迫,而有轻重不同。纵隔镜检查后发生的食管损伤更不易诊断,有时甚至当患者发生纵隔炎和皮下气肿时,或病理报告活检组织有食管黏膜或食管肌肉时,才做出

食管损伤或穿孔的诊断。体格检查可发现患者有不同程度的中毒症状,不敢用力呼吸,肺底可听到啰音,当屏住呼吸时,可听到随着每次心跳发出的纵隔摩擦音或捻发音。颈根部或前胸壁触及皮下气体。当穿孔破入一侧胸膜腔时,出现不同程度的液气胸的体征。受累侧胸腔上部叩鼓音,下部叩浊音,病侧呼吸音消失。少数病例可发展为伴有气管移位、纵隔受压的张力性气胸,纵隔及胸腔的炎症产生对膈肌的刺激,可表现为腹痛、上腹部肌紧张、腹部压痛,应注意同急腹症相鉴别。

(三) 腹部食管穿孔

食管腹腔段的损伤较少见,一旦损伤,由于胃的液体进入游离腹腔,主要引起腹腔的污染,临床表现为急性腹膜炎的症状和体征。这同胃-十二指肠穿孔很相似,应注意胸段食管远段的损伤也可以表现为这种情况。有时这种污染可能不在腹腔而在后腹膜,这将使诊断更加困难,这是由于腹腔段食管与膈肌相邻近,常有上腹部疼痛和胸骨后钝痛并放射到肩部的较典型的特征。

五、辅助检查

(一) X线检查

根据穿孔的部位和原因做X线平片检查,颈部穿孔可以发现颈部筋膜平面含有气体,气管移位,食管后间隙增宽,正常的颈椎生理弯曲消失。有些患者可在食管后间隙发现有气液平,颈部或纵隔气肿以及气胸、气腹。胸部食管穿孔时发现纵隔影增宽,纵隔内有气体或气液平,胸腔内气液平。腹部食管穿孔时可发现膈下游离气体。用普通X线检查,约有12%~33%的病例不能显示这些提示食管穿孔的X线征象,并受穿孔后时间的影响。

(二) 食管造影

许多患者就诊时并非都具有典型症状,而表现为严重的呼吸困难、低血压、败血症、休克、昏迷,或是模糊不清的急腹症或胸部急症。因此,应对怀疑有食管穿孔而一般情况允许的患者,用食管造影来肯定诊断。对普通X线平片提示有食管穿孔的病例,也应用食管造影来明确穿孔的大小和部位。在透视下口服造影剂可以显示食管腔、食管穿孔的部位及食管远端有无狭窄。口服碘油造影的效果较好,刺激性小。如使用钡剂一旦漏出食管外,手术清除困难。Foley等介绍先用水溶性造影剂,如果没有看到瘘口,再加钡剂来进一步明确诊断。应当指出,尽管使用造影作为常规诊断手段,但仍有10%的假阴性,因此当造影阴性时也不能完全除外食管穿孔。

(三) 食管镜检查

对胸部创伤、异物引起的食管损伤有重要诊断价值,当食管造影阴性时,有时用食管镜可直接看到食管损伤的情况,并能提供准确的定位,了解污染的情况。食管镜的结果也有助于治疗的选择。

(四) CT检查

当今胸腹部CT检查已普遍应用。当临床怀疑有食管损伤而X线又不能提示确切的诊断依据时,进一步的诊断还包括选用胸部或腹部的CT检查。对食管造影“正常”的患者,根据病史、体检及CT检查结果来诊断。当CT影像有以下征象时,应考虑食管穿孔的诊断: