



 丁香园
WWW.DXY.CN

内科 疑难病例

丛书

Internal Medicine Difficult Case

消化分册

主编 冯桂建 徐顺福



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

第二版

内科 疑难病例

主编 马爱群 副主编

人民卫生出版社

中国经方学院

消化分册

图书在版编目(CIP)数据

内科疑难病例 消化分册/冯桂建等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2010. 8
ISBN 978-7-117-13071-4

I. ①内… II. ①冯… III. ①消化系统疾病: 疑难
病-病案-分析 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 109019 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

内 科 疑 难 病 例 消化分册

主 编: 冯桂建 徐顺福

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 16

字 数: 430 千字

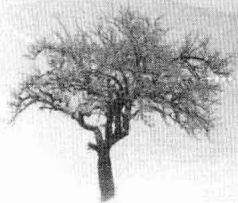
版 次: 2010 年 8 月第 1 版 2010 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13071-4/R · 13072

定 价: 80.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



编 委

(按姓氏笔画排序)

王化虹(北京大学第一医院)

王智峰(北京大学人民医院)

史冬梅(复旦大学附属华东医院)

冯桂建(北京大学人民医院)

刘 炯(南京军区南京总医院)

刘建湘(北京大学第一医院)

许国强(浙江大学医学院第一附属医院)

李延青(山东大学齐鲁医院)

杨桂彬(北京大学航天中心医院)

张 军(南京医科大学附属南京第一医院)

陈洪潭(浙江大学医学院第一附属医院)

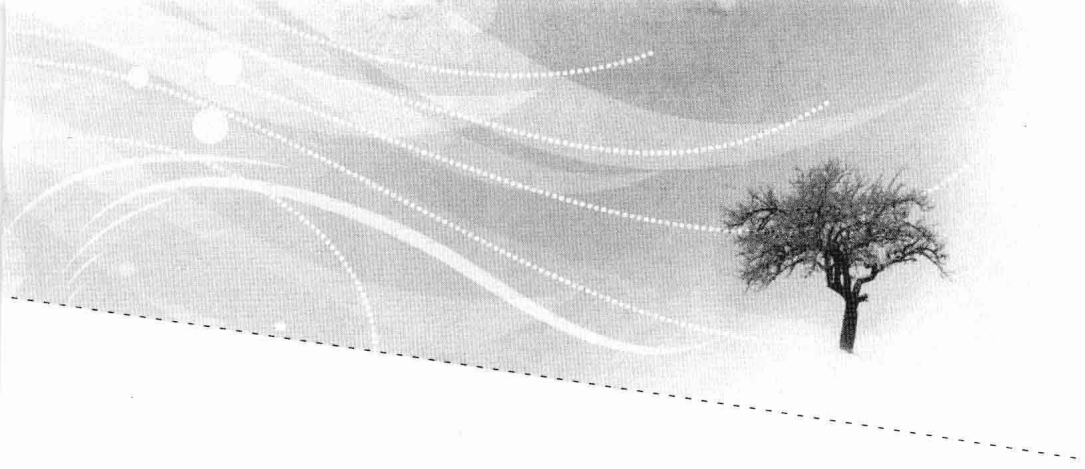
范志宁(南京医科大学第二附属医院)

周 涛(山东大学齐鲁医院)

郑小丽(卫生部北京医院)

柯美云(北京协和医院)

饶慧瑛(北京大学人民医院)



姜军梅(山东省立医院)

夏志伟(北京大学第三医院)

倪金良(南京医科大学第一附属医院)

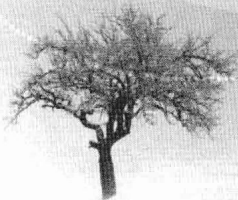
徐顺福(南京医科大学第一附属医院)

蒋建霞(南京医科大学第一附属医院)

病理顾问 沈丹华(北京大学人民医院)

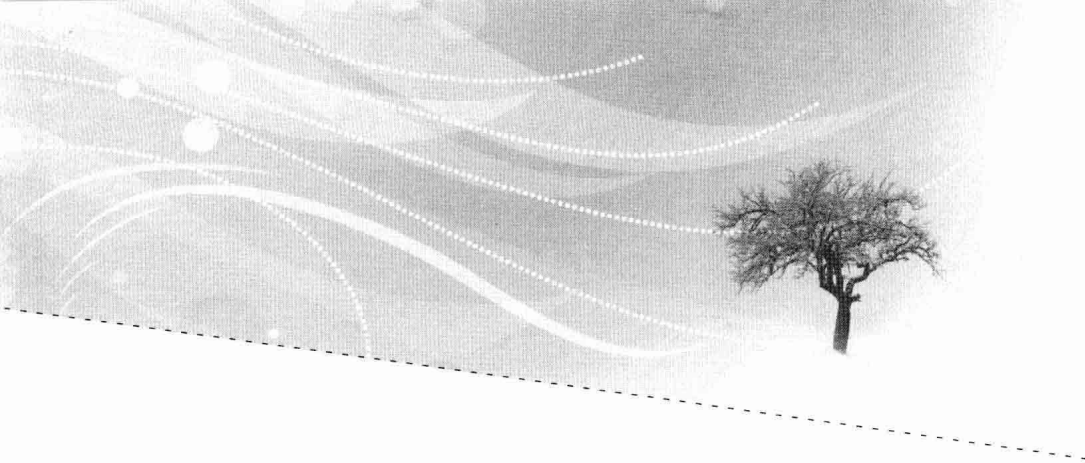
影像顾问 刘慧君(北京大学人民医院)

何晋德(北京大学人民医院)



序

为促进医学学术交流,提高广大医师临床诊疗水平,拓展临床医师视野,国内最大的医师社区网站“丁香园”和人民卫生出版社联合推出了一套《内科疑难病例》丛书。在冯桂建、徐顺福主编与全国数十位消化科专科医师共同努力下,克服种种困难,完成了本丛书消化分册的撰写。该分册汇集了全国十余家知名医院精选病例,基本体现了国内消化学界的诊疗水平;所选大部分病例的诊断往往一波三折,诊治过程中由于对疾病的少见表现认知不足,颇显疑难,但经抽丝剥茧,层层推进直至“真相大白”,颇有“蓦然回首,那人却在灯火阑珊处”的感觉;病例后均附有不同于“专家点评”的“专家视野”,由国内知名消化病学专家执笔,汇集了众多医学专家宝贵的临床经验,综述了近年来医学领域的新理论、新观点、新进展,有助于读者系统了解相关知识和进展;通过介绍病例的方式展示医学知识,深入剖析临床思维过程,系统总结相关临床问题,将生动的病例和缜密的临床思维、规范的诊疗程序、最新的国际指南和循证研究结果有机结合起来,有助开阔思路,促进临床思维的培养。针对临床医师对功能性胃肠病的诊治颇感棘手的问题,该书特别邀请了相关领域的专家负责撰写功能性胃肠病的相关疑难病



例分析,对促进临床医师提高功能性胃肠病的理解及提高诊治水平颇有裨益。

总之,《内科疑难病例——消化分册》是集体智慧的结晶,资料翔实,内容丰富,科学实用,是一本很有价值的临床诊治参考书,对我国临床内科医师医学诊疗水平的提高,将起到很大的促进作用。特此为序,向临床医师、特别是消化内科临床医师热心推荐。

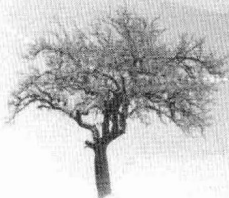
樊代明

中华医学会消化病学分会 主任委员

中国工程院 院士

第四军医大学 校长

2010年5月12日

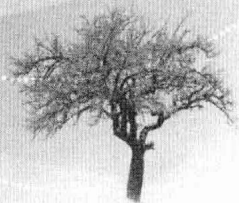


前言

随着医学科学的迅猛发展,高新技术在临床上使用日益增多;时代的快速变迁,人们生活方式的改变,疾病谱随之改变;循证医学的发展,也为临床诊治提供了可靠的依据。这些都深刻影响着临床思维的过程,甚至颠覆一些疾病的诊治思路,为应对这一要求,促进临床医学发展,提高医师临床诊疗水平,国内最大的医师社区网站“丁香园”和人民卫生出版社联合推出《内科疑难病例》丛书。

我们荣幸地成为这套丛书的消化分册主编,深感任务艰巨,责任重大,遂求助于全国十余家大型医院数十位消化学界前辈及同道,精心筛选病例,本书共汇集国内知名三甲医院疑难病例 50 例,各病例书写经反复讨论、修改,力求最大限度地反映疾病的诊治思路及当前我国消化领域的诊治水平。

大部分病例均包括病史、病例讨论及专家视野三部分内容。病史部分,反映病例的真实性;病例讨论部分,则根据其临床特征,寻找线索,深入剖析,展示临床思路及过程;专家视野部分则结合病例,系统总结相关临床问题。三部分内容有机地将生动的真实病例和缜密的临床思维、规范的处理程序、最新的国际指南和循证



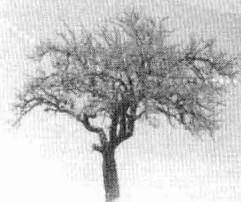
研究结果结合起来。我们力求做到本书理论与实践相结合,能够开阅读者视野、拓宽思路,锤炼科学的思维习惯,从而促进诊疗水平的提高。在编排上,我们除在正文前以总结病例特点的方式形成目录外,书后我们又附有疾病索引,以适合不同阅读习惯的读者。

本书在编写过程中,得到全国十余家知名医院的专家及丁香园消化版广大站友的大力支持,在此表示衷心感谢。为了区别于既往疑难病例书籍中对功能性胃肠病的忽视,我们特别邀请了北京协和医院德高望重的柯美云教授惠赐稿件,在此特别感谢。

由于我们水平有限,文中难免有不妥甚至错误之处;各位专家的临床思维也绝非无可挑剔,许多病例仍有深入讨论的可能,敬请各位读者批评指正。

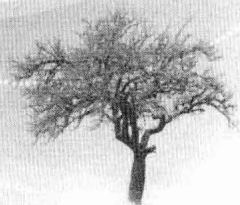
冯桂建 徐顺福

2010年4月30日



目 录

病例 1	反复干咳,夜间为著,胸部 CT 未见异常	1
病例 2	间断吞咽困难 2 年余,CT 示食管管壁增厚	7
病例 3	青年男性,腹痛、腹泻、呕吐,胃壁增厚	17
病例 4	腹痛、消瘦、大便性状改变、肠道溃疡	27
病例 5	间断黑便、左上腹占位	41
病例 6	腹胀、食欲减退、乏力、口腔溃疡	52
病例 7	腹痛、腹泻,腹膜后淋巴结肿大,肠壁增厚	63
病例 8	青年男性,反复柏油便 13 年,血便 2 天	75
病例 9	高龄、便血、回肠末端节段性病变	85
病例 10	农民,反复黑便 5 年,胃肠镜无异常发现	98
病例 11	肠梗阻病史、低蛋白血症、胶囊内镜潴留	108
病例 12	腹主动脉瘤支架术后发热、腹痛、便血	121
病例 13	胃大部切除术后 30 年,消瘦、低蛋白血症 1 年	132
病例 14	突发腹痛、腹泻、呕吐,既往巨大胆囊结石	143
病例 15	进行性腹胀、消瘦、胶冻样腹水	156
病例 16	腹痛、腹胀、顽固性腹水,腹壁柔韧感	169
病例 17	反复腹胀不适	183
病例 18	乏力、食欲减退、黄疸、关节疼痛	192
病例 19	皮肤瘙痒、黄疸、肝脾大、腹水	208
病例 20	肝区疼痛、肝大、大量腹水	223
病例 21	青年男性,黄疸,肝脾轻度肿大	236
病例 22	黄疸、发热、肝大、三系减少	248



病例 23	年轻女性,间断呕血,脾大	259
病例 24	肝脏多发占位	267
病例 25	腹泻,胃十二指肠多发溃疡,低钾血症	278
病例 26	呕血、脾大,既往胰腺炎病史	293
病例 27	肢体无力伴抽搐,腹泻	302
病例 28	发热,胰头占位,腹腔淋巴结肿大	314
病例 29	上腹胀痛、呕吐、脓血便、胰周渗出	321
病例 30	食欲下降、呕吐、顽固性低钠血症	331
病例 31&32	反复恶心、呕吐、高钙血症	343
病例 33	发热、呕吐、黄疸	351
病例 34	发热、服用阿司匹林后黑便	361
病例 35	腹痛、呃逆	368
病例 36	皮肤色素沉着、肝脾大、腹水	376
病例 37	皮疹、发热,多器官损害	384
病例 38	腹痛、呕吐,伴尿频、尿急、急性肾衰竭	395
病例 39	腹痛、低钠血症、抽搐昏迷	411
病例 40	浆膜腔积液、肾损害、多发淋巴结肿大、肝脾大	423
病例 41	腹痛、腹泻、呕吐,多浆膜腔积液	433
病例 42	15 岁女性,间断腹胀、便秘,口唇、舌尖颗粒样隆起	444
病例 43	青年女性,进食后呕吐、消瘦	452
病例 44	老年女性,停止排便 75 日	457



病例 45 青年女性,慢性便秘、腹胀、消瘦 1 年	464
病例 46&47 青少年、反复消化道出血伴皮肤血管畸形	469
病例 48 多原发性恶性肿瘤一例	481
病例 49&50 胃肠道息肉、色素沉着、秃发、甲营养不良	487
疾病索引	497



病例 1

反复干咳,夜间为著,胸部CT未见异常

一般情况:女,74岁,已婚,汉族

主诉:间断干咳1年余

现病史:患者自2006年起无诱因干咳、间断性发作,持续数小时/次,夜间为著,影响睡眠,与气候变化、体力活动、工作生活环境改变无关,无发热、胸痛、憋气、咳痰、咯血。曾查胸片、胸部CT未发现异常。2007年作“乙酰甲胆碱支气管激发试验”,结果为阳性,曾接受“吸入激素及舒张支气管”治疗无效。患者自发病以来,精神食欲好,大小便正常,体重稳定。

既往史:无特殊。

个人史及家族史:无特殊。

入院查体:生命体征平稳,浅表淋巴结无肿大,无杵状指趾,咽部充血,胸廓对称、双侧呼吸动度一致、语颤均等、双侧叩诊清音,双肺呼吸音清、未闻及干、湿性啰音及哮鸣音,心界不大,心音清、律齐、各瓣膜听诊区无杂音,腹平坦,未见肠型、蠕动波,腹壁软、无压痛、未触及包块,肝脾未触及,肝区无叩痛,肠鸣音正常。其余体格检查大致正常。

入院分析:老年女性,慢性咳嗽,须首先鉴别呼吸系统、循环系统疾病。①老年,慢性咳嗽,应鉴别慢性支气管炎,但本例无长期吸烟史,无咳痰,症状与气候变化无关,肺部影像学检查无异常。②慢性咳嗽、夜间明显,无喘息,“乙酰甲胆碱支气管激发试验”阳性,应考虑咳嗽变异性哮喘,但患者无过敏史,无季节性发作、运动后加重,且“支气管舒张剂”治疗无效。③老年女性,慢性咳嗽,夜

间发作,应警惕慢性心力衰竭,但本例无心脏病史,体格检查无心衰体征。④肺部感染性疾病、肺癌、纵隔占位性病变、药物相关性慢性咳嗽,本例无相关临床表现。

院内观察与分析:除常见引起慢性咳嗽的病因外,胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)也可引起呼吸道症状,本例慢性咳嗽主要发生在夜间平卧体位,不排除胃食管反流病的呼吸系统表现。追问病史:日间咳嗽主要发生在餐后,晚餐量大则相应咳嗽亦较重,提示咳嗽与饮食相关。完善相关检查:24 小时食管 pH 值监测:阳性(全天酸反流 14 次;长时间酸反流发生 1 次,夜间平卧体位出现,持续 41 分钟,其间咳嗽症状明显);DeMeester 评分 26.2 分(正常 <14.72 分);食管测压(EM):下食管括约肌(LES)抗反流功能下降(LESP:4.2mmHg,正常范围:14~21mmHg);上食管括约肌(UES)功能不全(UESP:6.1mmHg,正常范围:14~21mmHg);食管体部清除功能下降(食管远端收缩压:19.9mmHg,正常范围:63~149mmHg)。患者咳嗽与进食相关、平卧体位症状重、伴有明确的胃食管酸反流证据、咳嗽和酸反流时间一致、GERD 的呼吸道表现可能性大,遂行雷贝拉唑 10mg,每天 1 次,试验性治疗 7 天,症状好转。

主要诊断:胃食管反流病

治疗及转归:首先予雷贝拉唑 20mg,每天 1 次,治疗 90 天;其后雷贝拉唑 10mg,每天 1 次,联合法莫替丁 20mg,每天 1 次,治疗 60 天,症状明显减轻(咳嗽 6~7 次/日,每次持续时间 <1 分钟,夜间睡眠好)。

随后,继续抑酸治疗同时,联合膈肌生物反馈训练(diaphragm biofeedback training, DBT)(腹式深呼吸,3~4 次/日,50 个/次)治疗 90 天,症状进一步减轻(咳嗽 6~7 次/周,每次持续时间 <1 分钟,夜间睡眠好)。遂停用抑酸药物,继续 DBT 治疗,治疗 90 天,症状消失。复查 EM,结果较前明显改善(LESP:16.4mmHg, UESP:10.3mmHg,食管远端收缩压:55mmHg)。继续维持 DBT 治疗至今,未再用药,症状亦未再反复。



病例讨论

咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状,呼吸、循环系统疾病以及其他系统疾病均可引起咳嗽。常见引起慢性咳嗽的呼吸系统疾病有:①上呼吸道疾病,如咽喉炎,后鼻道分泌物下滴(postnasal drip)综合征。多有咽痒、咽痛、声嘶。后鼻道分泌物下滴综合征患者多有慢性鼻炎、鼻窦炎病史,咳出脓性分泌物。②支气管疾病,如慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管结核、支气管扩张。多伴有咳痰、喘息、杵状指趾,胸部影像学检查可有相应发现。咳嗽变异性哮喘,可仅表现为慢性咳嗽,支气管激发试验、支气管舒张试验阳性有助于诊断,抗感染、平喘治疗有效。③肺部、胸膜疾病,如肺部感染性疾病、尘肺,多伴明显咳痰,发热,胸膜疾病可伴胸痛。常见的引起慢性咳嗽的其他疾病包括:①循环系统疾病,如慢性心力衰竭,常有白色或粉红色泡沫痰、双肺湿啰音、心脏扩大、双下肢水肿。②纵隔疾病,如纵隔肿瘤、淋巴结结核。可刺激气管、主支气管引起阵发性干咳,影像学检查常有阳性发现。③胃食管反流病(GERD),咳嗽症状和反流相关,抗反流治疗有效。

GERD 是酸性或非酸性的胃内容物非生理性反流入食管,造成食管以及食管外组织化学性炎症改变,并引起烧心、反酸等症状的疾病。GERD 的食管外表现主要为呼吸道表现:如支气管哮喘、慢性持续性咳嗽、慢性支气管炎、特发性肺纤维化、慢性梗阻性肺病、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)等。

西方 GERD 相关慢性咳嗽发生率为 10%~40%,可见于所有年龄段。北京协和医院调查 122 名门诊 GERD 患者,其中有 14 例患者(11.48%)伴有呼吸道症状,主要表现为咳嗽和(或)哮喘,上海一项多中心、开放、前瞻性临床研究调查 200 例 GERD 患者发现慢性咳嗽的发生率为 21%、哮喘为 3%。但国内尚无大宗流行病学调查。

“夜间、卧位咳嗽,咳嗽前有烧心或反流症状的加重,饱餐、饮

酒后咳嗽加重,无服用 ACEI 药物史,不吸烟,胸部影像学检查正常,支气管激发试验阴性,激素、支气管舒张剂疗效差等”,均为 GERD 相关慢性咳嗽的临床线索。食管造影、24 小时食管 pH 值监测等有助于诊断,联合 24 小时食管 pH 值和食管阻抗监测可提高检出敏感性。胃食管反流症状并非必要,对无胃食管反流症状的慢性咳嗽患者,24 小时食管 pH 值监测可发现 72% 咳嗽症状和食管酸反流事件相关。GERD 可以和原发支气管、肺部疾病相伴随,故诊断 GERD 相关性慢性咳嗽须证实症状和反流的时间相关性;24 小时食管 pH 值监测能提供两者相关的直接证据,抗反流治疗有效是确诊的有力佐证。本例慢性咳嗽发生于夜间及餐后,伴随食管酸度下降,抗反流治疗后症状好转,符合 GERD 相关慢性咳嗽,但同时支气管激发试验阳性,还应考虑 GERD 相关哮喘,但单纯支气管激发试验阳性尚不能诊断哮喘,故仍诊断为 GERD 相关慢性咳嗽。

GERD 相关呼吸道疾病(如 GERD 相关性哮喘)的治疗,包括调整生活方式、使用质子泵抑制剂(PPI)、H₂受体阻断剂等。可首先经验性给予 3 个月双剂量 PPI 治疗,如无效,复查 24 小时食管 pH 值监测,如有效,则转入维持治疗。膈肌生物反馈训练(DBT)通过加强“膈肌脚”(crural diaphragm,CD)的功能,增强抗食管反流屏障,可有效缓解 GERD 症状。北京协和医院,对比 DBT 联合 PPI 以及单独应用 PPI 治疗 2 个月对 GERD 的疗效,结果,DBT 联合 PPI 组各项症状均较对照组改善,“膈肌脚”功能明显增强。本例在 PPI 维持治疗期间通过联合 DBT,PPI 逐渐减停,LESP 及“食管体部抗反流功能”恢复,提示 DBT 对 GERD 食管外症状的维持治疗有较大意义。



专家视野

部分原因不明的呼吸道疾病伴随 GERD 症状或 24 小时食管 pH 值监测阳性,提示其呼吸道症状可能与胃食管反流相关,已有