

消化疾病 诊断与治疗

(上)

白利军等◎编著

消化疾病诊断与治疗

(上)

白利军等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

消化疾病诊断与治疗 / 白利军等编著. — 长春 :
吉林科学技术出版社, 2016. 5
ISBN 978-7-5578-0481-7

I. ①消… II. ①白… III. ①消化系统疾病—诊疗
IV. ①R57

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第068828号

消化疾病诊断与治疗

XIAOHUA JIBING ZHENDUAN YU ZHILIAO

编 著	白利军等
出 版 人	李 梁
责任编辑	隋云平 端金香
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	980千字
印 张	41.5
版 次	2016年6月第1版
印 次	2017年6月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628
	85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-0481-7
定 价 165.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

编 委 会

主 编

白利军	滨州市滨城区人民医院
朱怀平	东营市东营区人民医院
李 静	枣庄市峰城区人民医院
尹凤阁	汤阴县人民医院
王振东	河南省驻马店市中心医院
石永强	南京市溧水区人民医院

副 主 编

张明星	河南科技大学第四附属医院安阳肿瘤医院
赵秋升	焦作市中医院
李一凡	河北省任丘市人民医院
廉 洁	山西省中医院
纪丕军	山西省肿瘤医院

编 委 (按姓氏拼音字母排序)

白利军	和 冰	纪丕军	李 静
李一凡	廉 洁	石永强	万正美
王春靖	王振东	吴贵荣	尹凤阁
张明星	赵秋升	赵 越	朱怀平

前 言

21 世纪是科学技术飞速发展,知识更新极快的时代,消化系统疾病诊疗方法也在不断进步。作为临床医务工作者,不仅要熟练掌握好诊断学、治疗学等基础知识,更要熟悉和运用现代科学技术,才能跟上医学发展的步伐,以精湛的医疗技术更好地为患者解除痛苦。基于这一实际需要,各位编者参阅了国内外消化系统疾病诊断和治疗的最新资料,结合自己的临床经验,编写了《消化疾病诊断与治疗》一书,奉献给广大读者。

全书系统地论述了近年来食管、胃及十二指肠、小肠疾病、阑尾、结肠、直肠、肛管及肝脏胆道、胰腺等疾病临床研究的最新理论及诊断、治疗的新方法,对消化系统疾病常见症状和消化系统诊断技术进行了详细的介绍。本书内容全面,知识新颖,科学实用,是基层医师、实习医师、进修医师、专科住院医师及主治医师必备的参考书。

参与本书编写的均为具备丰富临床诊疗经验的消化内科医师,他们在繁忙的工作之余,将多年临床实践经验和实际工作需求进行整合,精心编撰、修改、定稿,力争得到最优化的诊疗方案。在此,对他们的辛勤付出表示由衷的感谢!同时,由于编写时间所限,加之编写经验不足,书中若存在疏漏之处,敬请广大读者不吝指出,以期再版时完善。

目 录

第一章 消化系统疾病常见症状	(1)
第一节 吞咽困难	(1)
第二节 呕吐	(2)
第三节 呕血与黑粪	(8)
第四节 便血	(9)
第五节 低血容量休克	(15)
第六节 腹痛	(16)
第七节 腹泻	(21)
第八节 便秘	(23)
第九节 黄疸	(24)
第十节 腹水	(26)
第十一节 肝大	(36)
第十二节 腹部肿块	(38)
第二章 食管疾病	(48)
第一节 反流性食管炎	(48)
第二节 Barrett 食管	(50)
第三节 食管炎	(52)
第四节 贲门失弛缓症	(56)
第五节 食管异物	(64)
第六节 食管裂孔疝	(65)
第七节 食管贲门黏膜撕裂综合征	(66)
第八节 食管憩室	(67)
第九节 食管穿孔	(74)
第十节 食管弥漫性痉挛	(75)
第十一节 食管瘘和食管环	(76)
第十二节 食管良性疾病与肿瘤	(77)
第十三节 食管癌	(86)
第三章 胃及十二指肠疾病	(97)
第一节 胃肿瘤	(97)
第二节 急性胃扩张	(106)

第三节	胃和十二指肠溃疡	(108)
第四节	急性胃扭转	(120)
第五节	胃和十二指肠结核	(121)
第六节	胃和十二指肠异物	(124)
第七节	胃和十二指肠憩室	(126)
第八节	上消化道出血	(130)
第九节	下消化道出血	(138)
第十节	十二指肠血管压迫综合征	(146)
第四章	小肠疾病	(148)
第一节	肠梗阻	(148)
第二节	肠系膜血管缺血性疾病	(150)
第三节	小肠憩室病	(156)
第四节	盲襻综合征	(158)
第五节	短肠综合征	(160)
第六节	小肠痿	(168)
第七节	小肠肿瘤	(175)
第五章	阑尾疾病	(184)
第一节	急性阑尾炎	(184)
第二节	特殊型阑尾炎	(189)
第三节	慢性阑尾炎	(193)
第四节	阑尾肿瘤	(196)
第六章	结肠疾病	(199)
第一节	结肠息肉	(199)
第二节	结肠穿孔	(204)
第三节	类癌和类癌综合征	(206)
第四节	结肠扭转	(210)
第五节	结肠憩室病	(214)
第六节	结肠梗阻	(220)
第七节	克罗恩病	(224)
第八节	结肠痿	(231)
第九节	结肠肿瘤	(234)
第十节	便秘	(245)
第十一节	溃疡性结肠炎	(253)
第七章	直肠、肛管疾病	(274)
第一节	直肠和肛管损伤	(274)
第二节	肛门失禁	(277)
第三节	肛裂	(280)

第四节 痔	(283)
第五节 肛痿	(295)
第六节 直肠良性肿瘤	(299)
第七节 直肠内脱垂	(305)
第八节 直肠癌	(319)
第九节 直肠肛管周围脓肿	(323)
第十节 其他直肠肛管恶性肿瘤	(327)
第八章 肝脏疾病	(331)
第一节 肝损伤	(331)
第二节 肝血管瘤	(338)
第三节 肝脏感染	(342)
第四节 转移性肝肿瘤	(347)
第五节 原发性肝癌	(363)
第六节 肝局灶性结节性增生	(417)
第七节 肝衰竭	(419)
第八节 肝细胞腺瘤	(431)
第九节 肝恶性肿瘤	(432)
第十节 门静脉高压	(459)
第十一节 肝胆管囊性肿瘤	(475)
第十二节 肝脓肿	(478)
第十三节 肝囊肿	(479)
第十四节 肝动脉闭塞	(481)
第十五节 肝移植	(483)
第九章 胆道疾病	(505)
第一节 胆石症	(505)
第二节 慢性胆囊炎	(511)
第三节 急性胆囊炎	(512)
第四节 胆汁流动性障碍	(518)
第五节 胆总管结石	(525)
第六节 急性化脓性胆管炎	(532)
第七节 Mirizzi 综合征	(534)
第八节 胆道损伤	(539)
第九节 胆管囊肿	(561)
第十节 胆囊息肉样病变	(565)
第十一节 胆囊癌	(570)
第十二节 胆管癌	(585)

第十章 胰腺疾病	(605)
第一节 急性胰腺炎	(605)
第二节 慢性胰腺炎	(615)
第三节 胰腺癌	(617)
第十一章 消化系统诊断技术	(620)
第一节 内镜逆行胰胆管造影	(620)
第二节 内镜下乳头切开术	(628)
第三节 良性胰胆管狭窄的扩张术	(650)
第四节 内镜胆管引流术	(651)
第五节 胰腺假性囊肿和脓肿的内镜穿刺引流	(654)
参考文献	(656)

第一章 消化系统疾病常见症状

第一节 吞咽困难

吞咽困难是指吞咽费力、食物通过口咽部或食管时有梗阻感、吞咽过程时间较长、伴有或不伴有咽部或胸骨后疼痛,严重时甚至不能咽下食物。

【病因】

1. 口咽部疾病 溃疡性口炎或咽炎、咽白喉、咽结核、咽肿瘤、咽后壁脓肿等。
2. 食管疾病 ①食管器质性疾病,食管炎、食管溃疡、食管肿瘤、食管内异物、先天性食管异常、食管瘢痕性狭窄;②食管肌功能失常,贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、胃食管括约肌过敏;③食管受压,纵隔肿瘤、甲状腺肿大、心血管疾病如大量心包积液、主动脉瘤等。
3. 神经肌肉疾病 迷走神经麻痹、重症肌无力、多发性肌炎、皮炎炎等。
4. 全身性疾病 破伤风、狂犬病、肉毒中毒、土的宁中毒、酒精中毒、缺铁性吞咽困难等。
5. 精神因素 如癔症。

【诊断】

1. 病史

- (1) 注意起病年龄、病程、饮食习惯、有无嗜酒史及腐蚀剂损伤史等。
- (2) 注意吞咽困难出现的部位、持续时间、病情发展情况、是否为进行性咽下困难等。
- (3) 吞咽困难伴随症状,如吞咽痛、胸骨后疼痛、胃灼热、食物反流、声音嘶哑、体重下降等。

2. 体检

- (1) 一般情况:注意营养状态、有无贫血、失水现象。
- (2) 咽部检查:咽扁桃体有无炎症或白膜,咽壁有无肿胀、触痛和波动感等。
- (3) 颈部检查:有无肿块、局部有无炎症、水肿、触痛,颈部运动有无受限。
- (4) 胸部检查:纵隔有无增宽、心界是否扩大等;此外有指征时应作神经系统检查。

3. 化验检查

- (1) 血常规及红细胞沉降率检查。
- (2) 血生化检查:检测血钾、钠、氯、钙等,了解有无水、电解质紊乱。

4. 特殊检查

- (1) 食管镜或胃镜检查:可明确有无异物、狭窄、肿瘤、憩室、炎症病变及先天性异常等。

(2)X线检查:胸部X线及X线钡餐检查,可发现有无纵隔肿瘤、心血管异常、食管病变等。

(3)饮水试验:患者采取坐位,检查者以听诊器体件放置于患者剑突下左侧腹壁,嘱饮水一口,如食管无梗阻,则于10秒钟内听到喷射性杂音。

(4)必要时做食管测压及24小时pH检测。

【治疗】

1.未完全梗阻者给予富有营养的流质或半流质饮食。

2.给予补液、纠正水电解质紊乱。

3.尽快明确病因,进行病因治疗。

4.对症治疗:如解痉、镇痛等。

5.介入治疗:如用支架扩张食管,解除食管良性狭窄。

6.有外科手术适应证者,应及时手术治疗。

(白利军)

第二节 呕吐

一、概述

呕吐是胃内容物反流入食管,经口吐出的一种反射动作。可分为三个阶段,即恶心、干呕和呕吐,但有些呕吐可无恶心或干呕的先兆。呕吐可将咽入胃内的有害物质吐出,是机体的一种防御反射,有一定的保护作用,但大多数并非由此引起,且频繁而剧烈地呕吐可引起脱水、电解质紊乱等并发症。

二、病因学

1.感染 病毒性急性胃肠炎、细菌性急性胃肠炎、急性病毒性肝炎等、阑尾炎、胆囊炎腹膜炎、急性输卵管、盆腔炎等。

2.腹腔其他脏器疾病

(1)脏器疼痛:胰腺炎、胆石症、肾结石、肠缺血、卵巢囊肿蒂扭转。

(2)胃肠道梗阻:幽门梗阻(溃疡病、胃癌、腔外肿物压迫)、十二指肠梗阻(十二指肠癌、胰腺癌)、肠粘连、肠套叠、嵌顿疝、肠结核、肠道肿瘤、肠蛔虫、肠扭转、肠系膜上动脉压迫综合征、输出襻综合征、胃肠动力障碍(糖尿病胃轻瘫、非糖尿病胃轻瘫)、假性肠梗阻(结缔组织病、糖尿病性肠神经病、肿瘤性肠神经病、淀粉样变等)。

3.内分泌代谢性疾病 低钠血症、代谢性酸中毒、营养不良、维生素缺乏症、糖尿病酸中毒、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、甲状旁腺功能亢进症、垂体功能减退症、肾上腺皮

质功能减退症、各种内分泌危象、尿毒症等。

4. 神经系统疾病 中枢神经系统感染(脑炎、脑膜炎)、脑肿瘤、脑供血不足、脑出血、颅脑外伤、脑寄生虫病等。

5. 药物等理化因素 麻醉药、洋地黄类、化疗药物、抗生素、多巴胺受体激动药、非甾体抗炎药、茶碱、酒精、放射线等。

6. 精神性呕吐 神经性多食、神经性厌食。

7. 前庭疾病 晕动病、梅尼埃综合征、内耳迷路炎。

8. 妊娠呕吐 妊娠剧吐、妊娠期急性脂肪肝。

9. 其他 心肺疾患(心肌梗死、肺梗死、高血压、急性肺部感染、肺心病),泌尿系疾患(急性肾炎、急性肾盂肾炎、尿毒症),周期性呕吐、术后恶心呕吐、青光眼等。

三、发生机制

呕吐中枢位于延髓第四脑室基底部,传入神经主要为迷走神经、内脏神经、前庭神经、舌咽神经、视神经和嗅神经。传出神经为迷走神经、内脏神经、膈神经、腹肌脊神经、舌咽神经等。来自胃肠道病变部位和其他脏器的传入冲动刺激了呕吐中枢,反射性地引起胃、膈肌、腹肌以及咽、腭、会厌等一系列的共济运动,从而形成了呕吐动作。呕吐中枢邻近呼吸中枢、自主神经中枢、涎核和前庭核,故在呕吐前和呕吐时常伴有面色苍白、出汗、多涎、脉搏和呼吸频率改变等现象。

四、诊断

因为呕吐仅是一种症状,其病因复杂多样、伴发症状不同、表现形式近似,所以需要认真地采集病史,仔细地体格检查、必要又有针对性地选择实验室和影像学检查,最后经过客观的综合分析才能得出初步诊断。

1. 病史 一般说来小儿各年龄组的呕吐均以内科原因占多数,特别是在新生儿期。由于呕吐是消化系统的一个症状,故采集病史首先应围绕喂养方法、进食内容、时间和习惯等方面进行。对新生儿除注意呕吐的发生和发展情况外,还应了解母亲的妊娠和生产史及用药史。体重的变化常能客观地反映呕吐的严重程度及其对小儿的影响。内科疾病所致者以感染性原因最为常见,外科疾病所致者则以腹腔器官感染和消化道梗阻为主。

2. 呕吐特点分析 应结合年龄因素和疾病考虑。分清呕吐为功能性或器质性及内科性或外科性。

(1)时间和次数:呕吐开始出现的时间和每天呕吐的次数,因疾病可有明显差别。如新生儿生后数小时内开始吐咖啡色黏液和3岁以下幼儿反复呕吐咖啡色物,显然源于不同原因。前者可能误咽母血所致,后者则可能是肠套叠。

(2)方式:可呈溢出样,如奶汁从新生儿口角少量流出;或自口内反流涌出;或从口腔大量吐出;或自口腔和鼻孔同时喷出。在新生儿期前者可能是生理性的,后者则多见于先天性肥厚

性幽门狭窄。

(3)内容和性质:对诊断消化道梗阻有重要的参考价值。

五、鉴别诊断

(一)反射性呕吐

1.咽刺激 是由于咽部受刺激,刺激了舌咽神经而诱发的反射性呕吐,见于刷牙及医生对病人进行咽检查时。

2.消化系统疾病

(1)胃十二指肠疾病:胃部黏膜刺激或炎症可引起恶心呕吐。①细菌性如细菌性食物中毒;②化学性,如某些化学物品及药物的刺激,见于烈酒、阿司匹林、磺胺类、氯化铵、氨茶碱、四环素类抗生素等;③物理性,如胃过度充盈时对胃黏膜的直接刺激见于急性胃扩张。

(2)各种原因的幽门梗阻:由于消化性溃疡、胃癌、胃黏膜脱垂症、胃肉芽肿(多由血吸虫病引起)以及罕见的胃肿瘤等疾病造成。①幽门括约肌痉挛,其所致呕吐通常在进食后几小时内发生,注射阿托品后缓解,可见于消化性溃疡活动期与慢性胃炎急性发作时。②幽门瘢痕性狭窄,其所致呕吐常并发胃扩张与胃潴留,常在餐后6~12h发生,呕吐量大,多呈喷射状,多含有隔夜的食物。大多由于溃疡瘢痕狭窄引起,发病多在中年,呕吐物中胃酸多增高;少数由胃癌引起,发病多在中年以上,呕吐物中常缺胃酸或低酸。③幽门管被肿瘤脱垂的胃黏膜或肉芽肿所梗阻。如罕见的胃肿瘤(肉瘤、淋巴肉瘤等)、胃肉芽肿等。胃部黏膜脱垂症时,脱垂的黏膜可阻塞幽门管并可继发胃黏膜的炎症、糜烂与溃疡形成,引起间歇性上腹痛、恶心、呕吐,甚至上消化道出血。

(3)肠系膜上动脉综合征:任何原因导致肠系膜上动脉与腹主动脉之间的距离变小致夹在其中的十二指肠受压而造成排空困难,即可逐渐发生上腹胀痛、恶心呕吐。一般于餐后数小时后发作,采取俯卧位时可使症状缓解。X线钡剂透视检查可见十二指肠近段扩张钡剂滞留,胃与十二指肠排空延缓。本病以瘦长体型的女性为多,年龄在20~40岁。

(4)输出襻综合征:由于部分胃切除术后空肠输出襻的功能性梗阻引起周期性大量胆汁性呕吐,发生原因未明,典型症状常于术后8~12d出现,表现为上腹部饱胀或胀痛,特别在餐后恶心呕吐,呕吐后或插入胃管抽空胃内容物后症状缓解,但几小时后症状又可再现。X线钡剂透视检查显示胃内有大量空肠滞留液,多数病例经对症治疗后症状缓解。由于手术瘢痕收缩、手术误差等引起的空肠输出襻器质性狭窄,如反复出现机械性肠梗阻的表现,则往往须手术治疗。

(5)十二指肠梗阻:十二指肠梗阻可由肠外病变压迫或肠内病变阻塞所引起,表现为十二指肠病变部位肠腔的局限性狭窄,最常见的症状是间歇性腹痛与呕吐。腹痛多位于上腹正中或偏右,可为间歇性隐痛乃至阵发性剧痛,伴恶心、呕吐,有时呕血及便血。上腹部可出现蠕动波、振水音,有时出现腹部包块。病因以结核最为多见,其他原因如非特异性粘连或肠腔狭窄、环状胰、癌瘤、肉芽肿性变等均少见。诊断须根据X线钡剂检查、纤维十二指肠镜检查与剖腹探查。

3. 其他消化系统疾病

(1) 腹腔脏器急性炎症: 急性腹膜炎早期呕吐轻微, 时发时止, 病情发展时则呕吐成为持续性, 继之为中毒性, 最后则由于麻痹性肠梗阻引起。急性阑尾炎早期常有脐周痛或中上腹痛, 伴恶心呕吐与食欲缺乏, 易被误诊为急性胃炎。急性胆囊炎、胆石绞痛及胆道蛔虫病, 也常有恶心呕吐, 但多不严重, 呕吐物可为食物胃液、胆汁, 有时可见蛔虫, 呕吐后病情未见减轻。

(2) 急性病毒性肝炎: 本病黄疸前期数天至 1 周可有食欲缺乏, 恶心呕吐、腹痛、伴有或不伴有发热, 可误诊为急性胃炎、消化不良等, 黄疸出现后, 自觉症状反而减轻。若急性肝炎病情加剧重新出现呕吐, 黄疸进行性加深, 须考虑急性亚急性肝萎缩的可能性。

(3) 肠梗阻: 主要症状是呕吐、肠绞痛与排便排气停止。呕吐常剧烈, 并伴有恶心, 早期的呕吐为神经反射性, 呕吐物初为食物、胃液继而为黄绿色的胆汁。反射性呕吐停止后, 隔一段时间后出现典型的肠梗阻的反流性呕吐, 两种呕吐间隔时间长短, 取决于梗阻部位的高低。梗阻部位愈高间隔时间愈短。低位回肠梗阻时, 时间间隔较长, 反流性呕吐是由于肠内积液不能通过梗阻部位, 积聚于梗阻上部的肠段, 达相当大量时形成肠逆蠕动而吐出所致, 呕吐物早期呈胆汁样液体, 继而呈棕色或浅绿色, 晚期呈带有粪臭气的液体, 这是由于食物在低位肠道内有较长时间的滞留, 受肠内细菌作用而腐败分解所致。

4. 急性中毒 急性中毒多由化学物理因素引起, 特别是有害化学物质, 如农药中毒, 有机溶剂中毒(如苯、汽油、氯化烃类化合物等), 金属中毒(铅、汞、锰、铬等), 植物中毒(如毒草、乌头碱类植物、发芽马铃薯等)等都可在中毒早期出现恶心呕吐药物反应。呕吐物中多有有毒物的气味或残渣, 通过询问病人或家属病史, 以及出现的临床症状, 结合呕吐物的检测一般不难做出诊断。

5. 呼吸系统疾病 急性肺炎在发病初期可有呕吐, 小儿尤为多见。百日咳的痉挛期, 在痉挛性咳嗽发作之后常有反射性呕吐, 将胃内容物吐出。

6. 泌尿系统疾病 急性肾炎的高血压脑病常突然发生中枢性呕吐, 急性肾盂肾炎以恶心呕吐而起病者占 30%~36%。肾结石绞痛发作呕吐多与绞痛同时出现。各种原因所致的尿毒症病人常较早出现头痛、恶心、呕吐。如并发尿毒症性胃炎呕吐更为严重。

7. 循环系统疾病 急性心肌梗死的早期特别是疼痛剧烈时, 常发生恶心、呕吐, 可能是由于心肌病灶的刺激引起迷走神经对胃肠的反射性作用所致。偶有疼痛定位于上腹部而呕吐剧烈者, 可被误诊为急性胃炎或其他急腹症; 充血性心力衰竭有时发生呕吐, 可能与肝淤血有关, 但在洋地黄治疗过程中应警惕洋地黄的毒性作用所致; 低血压性晕厥或休克的初期也常有恶心、呕吐, 同时伴面色苍白、心悸、出汗等自主神经失调症状。

8. 妇科疾病 女性内生殖器的急性炎症刺激经由自主神经的传入纤维传入呕吐中枢而引起反射性呕吐。炎症扩散可引起急性盆腔腹膜炎出现高热、下腹痛与压痛, 白细胞增多并有排尿困难等症状。

9. 青光眼 闭角型青光眼是原发性青光眼较常见的一种类型, 以女性为多, 发病多在 40 岁以后。表现头痛剧烈, 可因眼压增高经三叉神经的反射作用而引起呕吐。

(二) 中枢性呕吐

1. 中枢神经系统疾病

(1) 脑血管病变: ①高血压脑病时, 由于血压急剧升高, 脑血循环急剧障碍导致脑水肿与颅

内压升高,出现剧烈头痛、眩晕、恶心、呕吐,甚至惊厥昏迷等症状。②高血压动脉硬化的病人突然剧烈头痛呕吐,应警惕脑出血,特别是小脑出血,常出现剧烈头痛、呕吐,以暴发性后脑部疼痛及呕吐为前驱症状,继而出现脑膜刺激征,脑脊液呈血性可诊为蛛网膜下腔出血。③Wallenberg综合征发病通常在40岁以上,病变主要由于椎动脉血栓闭塞引起,有眩晕、恶心、呕吐等前庭神经刺激症状。④动脉供血不足大多发生于中年以上,男性发病高于女性,临床表现多种多样,最常见者为眩晕、恶心、呕吐等,可提示有前庭功能障碍。

(2)中枢神经系统感染:颅内感染可因炎性渗出导致颅内压增高,而有头痛、呕吐等症状。

①乙型脑炎大多累及小儿常有恶心呕吐,多发生于病程的第1~2天,呕吐次数不多仅少数呈喷射状。②病毒性脑炎发生恶心呕吐者也不少见。③脊髓灰质炎的前驱期与麻痹前期也常有头痛、咽痛、恶心呕吐,与流行性感胃相似。④流行性脑膜炎常以高热寒战、头痛、恶心呕吐为急性起病,呕吐是由于颅内压增高、呕吐中枢受刺激以及脑膜受刺激而产生的反射性作用引起,在本病流行期间不难确定诊断。⑤脑脓肿常为继发性,大多由于邻近化脓性病灶的直接蔓延,如耳源性脑脓肿起源于慢性化脓性中耳炎或乳突炎,耳源性脑脓肿多位于额叶或小脑多为单发性。少数病例起源于血行性或外伤性感染,血行性脑脓肿常为多发性,如有颅内压增高和(或)脓肿直接刺激呕吐中枢时,则除感染症状外病人还有头痛、呕吐等症状。

(3)脑肿瘤:脑肿瘤常有三种主要症状:即呕吐、头痛、视力障碍,眼底检查常见视盘淤血。此外还常有不同程度脑神经损害的症状。呕吐原因为①肿瘤发生在脑脊液通路或其附近引起颅内压迅速增高;②肿瘤直接压迫和刺激延髓呕吐中枢,或前庭神经、迷走神经等幕下脑瘤引起呕吐者较幕上脑瘤早而多见。脑肿瘤所致的呕吐,和饮食关系不大,常发生于头痛剧烈之时,呕吐后头痛可暂时减轻。无明显消化系疾病的顽固性呕吐须考虑颅内尤其是脑室占位性变的可能性。小儿脑瘤病人,往往表现为不伴有头痛的喷射性呕吐。

(4)头部外伤:脑震荡之后,可出现头痛、呕吐、眩晕,并非脑有器质性损伤,而是呕吐中枢受物理刺激所致脑挫伤常引起。持续性剧烈头痛伴喷射性呕吐与意识障碍加重者须考虑有颅内血肿形成。

2.药物毒性作用 阿扑吗啡、洋地黄、依米丁(吐根碱)、雌激素、硫酸铜、甲睾酮(甲基睾丸素)等,以及氮芥、环磷酰胺、沙可来新(溶肉瘤素)、氟尿嘧啶、丝裂霉素C等,抗癌药物均可兴奋化学感受器触发带,引起呕吐。洋地黄疗程中最早的中毒症状常是食欲缺乏、恶心、呕吐,如兼有心律失常更可肯定洋地黄中毒的诊断。

3.代谢障碍体内毒素的刺激、放射性损害

(1)低钠血症:重度低钠性失水病人常有乏力、恶心呕吐、肌肉痉挛、腹痛等症状,甚至神志淡漠、嗜睡血压下降与昏迷。病因多为急性胃肠炎、大面积烧伤、肾上腺危象、糖尿病酮症酸中毒、失盐性肾炎等,稀释性低钠血症、水中毒、抗利尿激素分泌异常症也常引起频频的呕吐。

(2)糖尿病酮症酸中毒:糖尿病病人可因感染、手术、麻醉、中断胰岛素治疗等而发生酮中毒。病人常以厌食恶心、呕吐等为早期症状。由于厌食呕吐与多尿,致加重了失水与失钠,又使呕吐加剧促进酮血症性昏迷。

(3)甲状腺危象:为甲状腺功能亢进症的严重并发症,诱因为感染、创伤、未经充分准备而施行手术、精神刺激等,¹³¹碘治疗甲状腺功能亢进症时也偶尔诱发。主要表现为高热或过高

热、心动过速、不安或谵妄、大汗、呕吐与腹泻等,如不及时救治,可因周围循环衰竭而引起死亡。

(4)肾上腺危象:肾上腺皮质功能减退症可因感染、手术、过度劳累、中断糖皮质激素治疗等而诱发肾上腺危象。主要表现为体温降低、恶心呕吐、失水、血压下降与周围循环衰竭,最后可陷入昏迷。由于病人常有吐泻交替,可被误诊为急性胃肠炎。

(5)妊娠呕吐:妊娠呕吐约见于半数的孕妇,多发生于妊娠期5~6周,但最早可见于妊娠第2周,一般持续数周而消失。发生原理未明,有认为与血中雌激素水平增高有关,精神因素也可起一定的作用。病人常有困倦思睡,嗜食酸味的食品,呕吐之前常有恶心。分散病人注意力可使呕吐减轻或暂止。体检乳头颜色加深,尿妊娠试验反应阳性。症状轻重不同,轻者不影响日常生活,重者可引起失水、电解质紊乱、酸碱平衡失调营养障碍。妊娠毒血症发生于妊娠第24周以后,多见于年轻初产妇,主要症状为血压升高、蛋白尿、水肿与视力减退,恶心与呕吐常是先兆子痫的表现。

(6)急性全身性感染:多数急性全身性感染性疾病可发生恶心呕吐,尤以重症为多见,可能是由于发热与毒血症状态时,胃蠕动与胃分泌减少,消化功能减退,未消化的食物易积存于胃内易于呕吐。儿童的呕吐中枢兴奋阈值低,在急性传染病时尤易发生呕吐。最常引起呕吐的急性感染,首先是中枢神经系统急性感染、胃肠道急性感染、腹腔脏器的急性感染等。病原体可为细菌性病毒性、疟原虫等。细菌性食物中毒时呕吐多发生于腹泻之前;霍乱与副霍乱时,呕吐多发生在腹泻之后。

(7)放射性损害:在深部X线治疗、⁶⁰钴照射等治疗之后,均可发生食欲缺乏、恶心、呕吐。急性放射病的初期表现为神经系统的过度反应,致出现头晕、头痛、乏力、恶心、呕吐、腹泻等症状。

(三)前庭障碍性呕吐

1.迷路炎 本病是急性与慢性化脓性中耳炎的常见并发症,病理分为迷路周围炎、局限性迷路炎、弥漫性浆液性迷路炎与弥漫性化脓性迷路炎四种类型。而后的病情最严重。主要临床表现为发作性眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤等,诊断主要靠病史和耳科检查。

2.梅尼埃综合征 本病以中年男性较多。表现为突发的旋转性眩晕(多为水平性)、耳聋与耳鸣,眩晕发作时意识清醒,常伴有面色苍白、出冷汗、恶心、呕吐、血压下降等反射性迷走神经刺激症状,发作历时数分钟乃至数小时以上,间歇期长短也各有不同。

3.晕动病 本症状发生在航空、乘船、乘汽车或火车时,以面色苍白、出汗、流涎、恶心、呕吐等为主要表现。原因未明,由于反复的俯仰运动、旋转或上下颠簸所致的迷路刺激明显地起重要作用。迷路功能丧失的人常不会患晕动病。精神因素可能有重要关系,有些身体健康的人对乘车乘船完全不能耐受,有的虽能耐受,但在车船中嗅到不愉快的气味或听到震耳的噪声等不良刺激即可发生恶心、呕吐。

(四)神经官能性呕吐

呕吐可为胃神经官能症症状之一,其特点是呕吐发作和精神刺激有关。呕吐可以立即发生,呕吐全不费力,每口吐出量不多,吐毕又可再食,虽长期反复发作而营养状况影响不大,嗅到不愉快的气味,听到震耳的噪声或见到厌恶的食物而出现的呕吐称条件反射呕吐,也属神经

官能症性呕吐范畴。对神经官能性呕吐须除外一切器质性病因方能确定诊断,女性和神经不稳定的人,其呕吐中枢兴奋阈限较低,受各种刺激作用时易发生呕吐。

(白利军)

第三节 呕血与黑粪

呕血是指患者呕吐血液,黑粪是指排出柏油样黑色粪便。常由上消化道疾病(食管、胃十二指肠、胃空肠吻合术后的空肠、胰腺、胆道)急性出血所致,少数见于某些全身性疾病。大量呕血易发生失血性休克,危及生命。

【病因】

- 1.消化性溃疡:为呕血、黑粪最常见的病因。
- 2.食管、胃底静脉曲张破裂。
- 3.急性胃黏膜损害:如急性出血性糜烂性胃炎、门静脉高压性胃病;由药物(肾上腺皮质激素、解热镇痛剂、抗生素等)、乙醇、应激因素(严重创伤或感染、大手术、休克、癌症转移)等诱发急性胃黏膜出血或应激性溃疡。
- 4.胃癌、胃良性肿瘤、胃息肉。
- 5.急、慢性胃炎、十二指肠炎。
- 6.食管病变:食管贲门黏膜撕裂综合征、食管裂孔疝、食管炎、食管憩室炎、食管癌等。
- 7.肝胆胰疾病:胆道出血(胆管、胆囊疾病或肝动脉瘤破裂所致)、胰腺癌、壶腹周围癌。
- 8.全身性疾病:恶性血液病、尿毒症、心血管疾病、遗传性出血性毛细血管扩张症、钩端螺旋体病、结缔组织病等。

【诊断要点】

1.病史

- (1)注意询问呕血的特点:呕血前有无恶心、呕血量及色泽,有无食物混杂,呕血前后粪便的性状,黑粪次数和量。注意与咯血及假性黑粪(服用铁剂、铋剂、中药)相鉴别。
- (2)伴随症状:有无上腹疼痛、呕吐、反酸、嗝气、腹胀、食欲缺乏、发热、尿黄等。
- (3)有无头昏、眼花、心悸、出汗、口干、便意、晕厥等急性大出血症状。
- (4)有关诱因:如有饮食不当、劳累过度、精神紧张等。
- (5)既往史:注意有无呕血黑粪史及诊治经过。有无胃病史、慢性肝病、腹痛和黄疸史。有无上腹绞痛,长期嗜酒和服用对胃黏膜有损害的药物史。有无反复出血史,或流血时间延长史。

2.体检

- (1)一般检查:注意面容与贫血程度,有无周围循环衰竭表现,如烦躁不安、四肢厥冷、脉搏细速、血压下降等。有无黄疸、蜘蛛痣、肝掌及皮肤色素沉着,有无皮肤或黏膜出血,有无锁骨上淋巴结或全身淋巴结肿大。
- (2)腹部检查:有无腹壁静脉曲张,有无腹压痛和包块,有无肝脾肿大和腹水。