

消化系统疾病

临床诊疗学

XIAOHUA XITONG JIBING
LINCHUANG ZHENLIAOXUE

■ 主编 张俊勇



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

Xiaohua Xitong Jibing Linchuang Zhenliao xue

消化系统疾病临床诊疗学

主 编 张俊勇

副主编 张海荣 李长江 刘明剑 高 杰 孔凡立 孙正勤

编委会 (按姓氏拼音排序)

范 里 济宁医学院附属医院

高 杰 东营市人民医院

郝卫东 金乡县人民医院

孔凡立 巨野县人民医院

李长江 滨州市中心医院

刘明剑 金乡县人民医院

孙正勤 威海市立医院

张俊勇 山东省立医院

张海荣 济宁医学院附属医院



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

消化系统疾病临床诊疗学 / 张俊勇主编. - 北京: 科学技术文献出版社, 2013.3
ISBN 978-7-5023-7720-5

I. ①消… II. ①张… III. ①消化系统疾病-诊疗 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 022995 号

消化系统疾病临床诊疗学

策划编辑: 孙江莉 责任编辑: 孙江莉 责任校对: 赵文珍 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882866 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官 方 网 址 <http://www.stdp.com.cn>
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京厚诚则铭印刷科技有限公司
版 次 2013年3月第1版 2013年3月第1次印刷
开 本 787×1092 1/16开
字 数 413千
印 张 22.25
书 号 ISBN 978-7-5023-7720-5
定 价 118.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

前 言

消化系统是人体重要系统之一，消化系统疾病是临床常见病和多发病，严重危害人们的健康。近年来，随着医学新技术的不断创新、新药物的不断问世和治疗方法的不断开拓，消化系统疾病的诊断治疗技术也取得了突飞猛进的发展。临床医师需要不断学习、吸收现代医学的先进理论和经验，才能跟上时代的发展，更好地为患者服务。本书正是基于这样的实际需要，本着内容丰富、资料新颖、科学实用的原则，在参考了国内外大量相关文献的基础上编写而成。

本书以临床实用性为主，确保其科学性和先进性。内容共分八章，首先简单介绍了消化系统疾病常见的临床症状，为下一步的诊断治疗提供思路。其次从消化系统疾病的病因、病理、临床表现、诊断与鉴别诊断及治疗等方面入手，就食管疾病、胃肠道疾病、肝脏疾病、胆系疾病、胰腺与脾疾病、阑尾疾病及直肠肛门疾病分别做了详细介绍。

本书编写过程中参阅了大量国内外相关文献，在此表示感谢。本书虽经编者多次审稿校对，然而消化系统疾病及其相关学科的发展日新月异，消化系统疾病还有待于医界同道共同开拓和探讨。由于编者水平有限加之时间仓促，书中难免出现疏漏和不足之处，恳请广大读者给予批评指正。

目 录

第一章 消化系统常见症状的临床思维	1
第一节 厌食	1
第二节 恶心与呕吐	3
第三节 吞咽困难	8
第四节 腹泻	11
第五节 腹痛	17
第六节 黄疸	26
第七节 腹水	29
第八节 呕血与黑便	31
第九节 便血	37
第二章 食管疾病	43
第一节 胃食管反流病	43
第二节 食管裂孔疝	46
第三节 食管炎	48
第四节 食管憩室	54
第五节 食管良性肿瘤	55
第六节 食管癌	57
第三章 胃肠道疾病	64
第一节 胃炎	64
第二节 幽门螺杆菌感染相关性疾病	67
第三节 急性胃黏膜病变	73

第四节	消化性溃疡	79
第五节	急性胃扩张	85
第六节	胃内异物	87
第七节	胃下垂	89
第八节	胃间质瘤	91
第九节	胃癌	94
第十节	功能性胃肠病	103
第十一节	十二指肠炎	107
第十二节	急性出血坏死性肠炎	114
第十三节	真菌性肠炎	120
第十四节	伪膜性肠炎	122
第十五节	Peutz-Jeghers综合征	126
第十六节	小肠肿瘤	131

第四章 肝脏疾病 136

第一节	甲型肝炎	136
第二节	乙型肝炎	141
第三节	丙型肝炎	151
第四节	丁型病毒性肝炎	157
第五节	戊型病毒性肝炎	159
第六节	细菌性肝脓肿	161
第七节	阿米巴性肝脓肿	166
第八节	肝纤维化	170
第九节	酒精性肝病	187
第十节	脂肪肝	191
第十一节	药物性肝病	193
第十二节	肝硬化	196
第十三节	原发性肝癌	199
第十四节	肝性脑病	212
第十五节	肝肺综合征	214
第十六节	肝肾综合征	217
第十七节	门脉高压症	220
第十八节	肝外伤	229

第五章 胆系疾病	237
第一节 急性胆囊炎	237
第二节 慢性胆囊炎	239
第三节 胆管先天性畸形	241
第四节 胆石症	243
第五节 胆管感染	246
第六节 胆管蛔虫病	249
第七节 胆管肿瘤	250
第六章 胰腺与脾脏疾病	254
第一节 急性胰腺炎	254
第二节 慢性胰腺炎	257
第三节 Zieve综合征	262
第四节 假性胰腺囊肿	263
第五节 胰腺内分泌瘤	264
第六节 胰腺癌	266
第七节 糖尿病	272
第八节 脾脏损伤	293
第九节 脾脓肿	297
第七章 阑尾疾病	301
第一节 急性阑尾炎	301
第二节 慢性阑尾炎	307
第三节 特殊的急性阑尾炎	309
第四节 阑尾黏液囊腺瘤	311
第五节 阑尾类癌	311
第六节 阑尾腺癌	311
第八章 直肠肛管疾病	313
第一节 直肠肛管解剖生理概要及检查方法	313
第二节 结肠癌	314

第三节	直肠癌	317
第四节	结肠憩室病	320
第五节	溃疡性结肠炎	321
第六节	缺血性结肠炎	326
第七节	先天性巨结肠症	326
第八节	肠梗阻	329
第九节	肛裂	336
第十节	肛瘘	337
第十一节	直肠肛管周围脓肿	339
第十二节	痔	340
第十三节	直肠脱垂	343
第十四节	直肠息肉	345
参考文献		347

第一章

消化系统常见症状的临床思维

第一节 厌食

一、概述

厌食是指食欲明显减退或消失。食欲是高级神经活动的一种表现，受到中枢神经系统的控制与调节。食欲也受到自主神经系统的支配，丘脑下区是自主神经的皮层下中区，该中枢是联络大脑皮层与自主神经低位中枢的重要中间环节。厌食也可因局部或全身性疾病而引起，多种消化液分泌的减少，胃肠张力的减退等均可影响中枢神经系统而导致厌食。由于精神与消化道之间关系密切，所以精神状态不佳时，可直接影响胃肠黏膜的血流灌注和腺体分泌，并影响肠道的运动，因此也可引起食欲的减退或消失。

二、病因

引起食欲减退或消失的原因甚多，可将其病因归纳为以下九个方面。

(一) 胃肠道疾病

多种胃肠道疾病一般都伴有厌食或食欲减退。急、慢性胃炎，尤其是少数萎缩性胃炎患者，厌食可成为重要的症状之一。厌食常是胃癌患者较为突出的症状，因此，凡中年以上患者有进行性厌食或较顽固的厌食而又找不到病因时，应考虑

有胃癌的可能性。多数十二指肠溃疡患者表现为进食次数或量的增多，但如发生幽门梗阻等并发症时，也可表现为厌食。少数胃溃疡患者，因进食后疼痛可加重，故有时也表现为厌食或称之为畏食。有长期腹泻（如克罗恩病，溃疡性结肠炎）或便秘（如习惯性便秘）的患者也可有厌食，尤其是左半结肠癌并发不全性梗阻时，厌食更加突出。胃、十二指肠溃疡患者行胃大部分切除术后，可因残胃炎、残胃溃疡、吻合口炎或胆汁的反流等原因而发生厌食。

(二) 肝脏、胆管与胰腺疾病

急、慢性病毒性肝炎、中毒性肝炎，肝硬化，药物性肝损害，中、晚期肝癌等肝病患者均有不同程度的食欲减退，或厌油腻性食物，尤其在肝功能较严重受损时食欲差或厌食更为突出。有症状的胆石病、急、慢性胆管感染或胆管恶性肿瘤患者都有不同程度的食欲减退或厌食，也以厌油腻性食物为重要表现。慢性胰腺炎、胰腺癌患者因胰液、胰酶的分泌不足，可导致食欲减退或厌食，多数表现为厌油腻食物。

(三) 心脏疾病

各种心脏病所致的右心功能不全，由于患者胃肠道淤血，水肿，肝脏淤血或肝功能损害，都可由于消化、吸收功能的减

退而导致厌食。

(四) 肾脏疾病

急、慢性肾炎等多种肾脏病变患者可有厌食，尤其是出现高氮质血症或尿毒症时，厌食更为显著。

(五) 急性与慢性感染性疾病

各种急、慢性感染性疾病者都伴有轻重不等的厌食症状。例如败血症时，由于细菌释放的毒素或类毒素可直接影响中枢神经系统及胃肠道的消化、吸收功能而导致患者食欲减退或厌食。再例如颅内感染或各型脑膜炎、脑膜脑炎时，除细菌毒素的影响外，还由于颅内压力的增高，患者常有恶心与呕吐等症状，故厌食可进一步加重。

(六) 内分泌疾病

多种内分泌疾病患者均有不同程度的厌食。例如甲状腺功能减退症、甲状旁腺功能亢进症、慢性肾上腺皮质功能减退症及垂体性侏儒症、成年人腺脑垂体功能减退症等。

(七) 新陈代谢与营养缺乏性疾病

糖尿病患者如并发胃轻瘫时，由于胃的排空障碍，可导致食欲减退或厌食。当发生酮症酸中毒时，则有较明显的食欲减退或厌食。各种原因造成的严重水、电解质代谢紊乱，如血钾过高，血钠过低等均可导致患者食欲减退。酸、碱平衡紊乱时也有不同程度的厌食表现。各种原因造成的维生素严重缺乏，如维生素B₁、维生素B₆、维生素B₁₂、维生素C及烟酸的缺乏均可有厌食。多种慢性消耗性疾病患者发生厌食除与疾病本身有关外，还常与严重的维生素缺乏有关。

(八) 神经、精神因素

由于食欲受到中枢神经系统的调节，因此，当患者情绪与精神发生了严重的变化，尤其是精神紧张、焦虑，甚至发生忧郁，情感不能控制时常会发生厌食。例如

神经性厌食，或某些精神病患者常有的厌食。其中神经性厌食者还可表现为拒食，或者进食后自己又设法将食物吐出来（用筷子或手指刺激舌咽部引起呕吐）。临床上常可见到少数功能性消化不良患者，经多方检查，虽然胃肠、肝胆胰等脏器均未发现有器质性病变，但可有较重的上腹饱胀或早饱、嗝气或反酸等症状存在，所以这些患者也有不同程度的食欲减退或厌食表现。

(九) 药物因素

应用于临床的各类药物与日俱增，其中有些药物对胃肠黏膜有直接刺激作用，如非甾体类抗炎药、某些降血压药与镇咳药，较长期服用这些药物可引起患者厌食。某些可损害肝、肾功能的药物，如氯丙嗪、酮康唑、先锋5号等应用后有可能导致患者食欲减退或厌食。

三、诊断与鉴别诊断

由于许多疾病都伴有不同程度的食欲减退或厌食，因此，厌食可以说是普遍存在的症状，与其他症状相比较，厌食更缺乏特异性。诊断引起厌食的疾病时，应密切结合患者的病史，其他伴随的症状与体征，并结合有关实验室检查或特殊检查，以寻找引起厌食的原发疾病。

(1) 怀疑厌食是上胃肠道疾病引起时，应作胃肠钡餐检查或胃镜检查，必要时可检测幽门螺杆菌或者对有病变的部位作黏膜活检。有条件时可行胃液分析，食管、胃内pH或胆汁酸测定。当高度怀疑空、回肠或结肠、直肠病变时，除系统钡餐外，还应作钡剂灌肠或结肠镜检查以确定是否存在下消化道病变。

(2) 考虑厌食是因肝脏、胆管或胰腺病变引起时，应作肝脏功能试验、胰腺外分泌功能试验、B型超声波检查、

CT或MRI检查。或作逆行胰胆管造影(ERCP)检查。以确定诊断。

(3) 怀疑肾脏疾病时则可行血尿素氮、肌酐、肾脏B超检查或肾分泌性造影或CT检查。必要时可行肾活组织病理检查。

(4) 怀疑厌食是系心脏疾病引起时,应结合有关心脏病的症状与体征。再选择X线胸片、心电图、心脏B超检查或心脏导管检查(介入诊断),经以上检查后,是哪一类心脏病一般不难做出判断。

(5) 急、慢性感染性疾病的病因诊断应结合患者的伴随症状、体征、有关实验室检查(如怀疑伤寒时应作肥达试验,怀疑败血症时应作血培养或骨髓培养等)进行综合分析。

(6) 内分泌与代谢性疾病可结合其他症状再选择有关的内分泌功能试验或生化检查,例如怀疑甲状腺功能减退症时,应作基础代谢率或甲状腺吸¹³¹碘率、FT₃、FT₄等试验。考虑糖尿病时,应作血糖、尿糖及糖耐量试验。还需检查血、尿酮体及血电解质等。

(7) 疑为神经与精神因素引起厌食者,应作相关的检查,并需排除多系统器质性病变后始能做出神经、精神性厌食的诊断。

(8) 药物所致者,常可发现有引起食欲减退或厌食的服药史,诊断常无困难。但需注意,厌食有时可能是某一疾病与某种药物共同作用的结果。

(张俊勇)

第二节 恶心与呕吐

一、概述

恶心、呕吐是临床上最常见的症

状之一。恶心是一种特殊的主观感觉,表现为胃部不适和胀满感,常为呕吐的前奏,多伴有流涎与反复的吞咽动作。呕吐是一种胃的反射性强力收缩,通过胃、食管、口腔、胸肌和腹肌等部位的协同作用,能迫使胃内容物由胃食管经口腔急速排出体外。恶心、呕吐可由多种迥然不同的疾病和病理生理机制引起。两者可或不相互伴随。

二、病因

引起恶心、呕吐的病因很广泛,包括多方面因素,几乎涉及各个系统。

1. 感染

急性病毒性胃肠炎、急性细菌性胃肠炎、急性病毒性肝炎、急性阑尾炎、胆囊炎、腹膜炎、急性输卵管炎、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、卵巢扭转。

(2) 胃肠道梗阻:幽门梗阻(胃溃疡病、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、绞病、克罗恩病、肠结核、肠道肿瘤、肠蛔虫、肠扭转、肠系膜上动脉压迫综合征、输出袢综合征;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、甲状腺功能低下、甲状旁腺功能亢进症、垂体功能低下、肾上腺功能低下、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)、脑瘤、脑供血不足、脑出血、颅脑外伤。

5. 药物等理化因素

麻醉剂、洋地黄类、化疗药物、抗生素、多巴胺受体激动剂、非菌体抗炎药、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

晕动症、梅尼埃征、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、发病机制

恶心是人体一种神经精神活动,多种因素可引起恶心,如内脏器官疼痛、颅内高压、迷路刺激、某些精神因素等。恶心发生时,胃蠕动减弱或消失、排空延缓、十二指肠及近端空肠紧张性增加,出现逆蠕动,导致十二指肠内容物反流至胃内。恶心常是呕吐的前奏。

呕吐是一种复杂的病理生理反射过程。反射通路包括:

1. 信息传入

由自主神经传导(其中迷走神经纤维较交感神经纤维起的作用大)。

2. 呕吐反射中枢

目前认为中枢神经系统的两个区域与呕吐反射密切相关。一是延髓呕吐中枢;另一是化学感受器触发区(CTZ)。通常把内脏神经末梢传来的冲动引起的呕吐称为反射性呕吐,把

CTZ受刺激后引起的呕吐称为中枢性呕吐。延髓呕吐中枢位于延髓外侧网状结构背外侧,迷走神经核附近。主要接受来自消化道和内脏神经、大脑皮质、前庭器官、视神经、痛觉感受器和CTZ的传入冲动。化学感受器触发区(CTZ)位于第四脑室底部的后极区,为双侧性区域,有密集多巴胺受体。多巴胺受体在CTZ对呕吐介导过程中起重要作用,因为应用阿扑吗啡、左旋多巴、溴隐亭等多巴胺受体激动剂可引起呕吐,而其拮抗剂、胃复安、吗丁啉等药物有止呕作用。化学感受器触发区的5-羟色胺、去甲肾上腺素和氨基丁酸等神经递质也可能参与呕吐反射过程。CTZ主要接受来自血液循环中的化学、药物等方面的呕吐刺激信号,并发出引起呕吐反应的神经冲动。但CTZ本身不能直接引起呕吐,必须在延髓呕吐中枢完整及其介导下才能引起呕吐,但两者的关系尚不明了。CTZ位于血脑屏障之外,许多药物或代谢紊乱均可作用于CTZ。药物的麻醉剂,化学药物、麦角衍生物类药物、吐根糖浆等及体内某些多肽物质如甲状腺激素释放激素、P物质、血管紧张素、胃泌素、加压素、血管肠肽等均作用于CTZ引起恶心呕吐。此外,某些疾病如尿毒症、低氧血症、酮症酸中毒、放射病、晕动症等引起的恶心呕吐也与CTZ有关。

3. 传出神经

包括迷走神经、交感神经、体神经和脑神经。上述传出神经将呕吐信号传至各效应器官,引起恶心呕吐过程,呕吐开始时,幽门口关闭,胃内容物不能排到十二指肠。同时,贲门口松弛,贲门部上升,腹肌、膈肌和肋间肌收缩,胃内压及腹内压增高,下食管括约肌松弛,导致胃内容物排出体外。

四、诊断

恶心呕吐的病因广泛，正确的诊断有赖于详尽的病史以及全面的体检和有针对性的实验室检查。

(一) 病史

1. 呕吐的伴随症状

呕吐伴发热者，须注意急性感染；呕吐伴有不洁饮食或同食者集体发病者，应考虑食物或药物中毒；呕吐伴胸痛，常见于急性心肌梗死或急性肺梗死等。呕吐伴有腹痛者，常见于膜腔脏器炎症，梗阻和破裂。腹痛于呕吐后暂时缓解者，提示消化性溃疡、急性胃炎及胃肠道梗阻疾病。呕吐后腹痛不能缓解者，常见于胆管疾患、泌尿系统疾患、急性胰腺炎等。呕吐伴头痛，除考虑颅内高压的疾患外，还应考虑偏头痛、鼻炎、青光眼及屈光不正等疾病。呕吐伴眩晕，应考虑前庭、迷路疾病、基底椎动脉供血不足、小脑后下动脉供血不足以及某些药物（如氨基苷类抗生素）引起的颅神经损伤。

2. 呕吐的方式和特征

喷射性呕吐多见于颅内炎症、水肿出血、占位性病变，脑膜炎症粘连等所致颅内压增高，通常不伴有恶心。此外，青光眼和Ⅷ对颅神经病变也可出现喷射性呕吐。呕吐不费力，餐后即发生，呕吐物量少，见于精神性呕吐。

应注意呕吐物的量、性状和气味等。呕吐物量大，且含有腐烂食物提示幽门梗阻，伴胃潴留、胃轻瘫及小肠上段梗阻等；呕吐物为咖啡样或血性，见于上消化道出血；含有未完全消化的食物则提示食管性呕吐（贲门失弛缓症、食管憩室、食管癌等）和见于神经性呕吐；含有胆汁者，常见于频繁剧烈呕吐，十二指肠乳头以下的十二指肠或小肠梗阻，胆囊炎，胆石症及胃大部切除术后等，有时见于妊娠

剧吐、晕动症。呕吐物有酸臭味者，说明为胃内容物。有粪臭味提示小肠低位梗阻、麻痹性肠梗阻、结肠梗阻、回盲瓣关闭不全或胃结肠痿等。

3. 呕吐和进食的时相关系

进食过程或进食后早期发生呕吐常见于幽门管溃疡或精神性呕吐；进食后期或积数餐后呕吐，见于幽门梗阻、肠梗阻、胃轻瘫或肠系膜上动脉压迫导致十二指肠壅积。晨间呕吐多见于妊娠呕吐，有时亦见于尿毒症、慢性酒精中毒和颅内高压症等。

4. 药物或放射线接触史

易引起呕吐的常用药物有抗生素、洋地黄、茶碱、化疗药物、麻醉剂、酒精等。深部射线治疗，镭照射治疗亦常引起恶心呕吐。

5. 其他

呕吐可为许多系统性疾病的表現之一，包括糖尿病、甲状腺功能亢进或低减，肾上腺功能低减等内分泌疾病；硬皮病等结缔组织病；脑供血不足、脑出血、脑瘤、脑膜炎、脑外伤等中枢神经疾病；尿毒症等肾脏疾病。

(二) 体格检查

1. 一般情况

应注意神志、营养状态、脱水、循环衰竭、贫血及发热等。

2. 腹部伴症

应注意胃型、胃蠕动波、振水声等幽门梗阻表现；肠鸣音亢进、肠型等急性肠梗阻表现；腹肌紧张、压痛、反跳痛等急腹症表现，此外，还应注意有无腹部肿块，疝气等。

3. 其他

①眼部检查注意眼球震颤、眼压测定、眼底有无视神经乳头水肿等；②有无病理反射及腹膜刺激征等。

(三) 辅助检查

主要包括与炎症、内分泌代谢及水电解质代谢紊乱等有关的实验室检查。必要时可作CT、核磁共振、B超、胃镜等特殊检查以确定诊断。

五、鉴别诊断

(一) 急性感染

急性胃肠炎有许多病因，常见有细菌感染、病毒感染，化学性和物理性刺激，过敏因素和应激因素作用等，其中急性非伤寒性沙门菌感染是呕吐的常见原因。急性胃肠炎所引起的呕吐常伴有发热、头痛、肌痛、腹痛、腹泻等。另外，恶心呕吐也是急性病毒性肝炎的前驱症状。某些病毒感染可引起流行性呕吐。其主要的临床特征有：突然出现频繁的恶心呕吐，多见于早晨发生，常伴有头晕、头痛、肌肉酸痛、出汗等。该病恢复较快，通常10天左右呕吐停止，但3周后有可能复发。

(二) 脏器疼痛所致恶心呕吐

属反射性呕吐。如急性肠梗阻、胆管结石、输尿管结石、肠扭转、卵巢囊肿扭转等。急性内脏炎症（阑尾炎、胰腺炎、胆囊炎、憩室炎、腹膜炎、重症克罗恩病及溃疡性结肠炎等）常伴有恶心呕吐。患者多有相应的体征，如腹肌紧张、压痛、反跳痛、肠鸣音变化等。

实验室检查可见白细胞升高，有的患者血清淀粉酶升高（胰腺炎）或胆红素升高（胆石症）。

(三) 机械性梗阻

1. 幽门梗阻

急性幽门管或十二指肠球部溃疡可使幽门充血水肿、括约肌痉挛引起幽门梗阻，表现为恶心、呕吐、腹痛。呕吐于进食早期（餐后3~4h后）发生，呕吐后

腹痛缓解。经抗溃疡治疗及控制饮食后，恶心、呕吐症状可消失。慢性十二指肠溃疡瘢痕引起的幽门梗阻表现为进食后上腹部饱胀感，迟发性呕吐，呕吐物量大、酸臭、可含隔夜食物。上腹部可见扩张的胃型和蠕动波并可闻及振水声。胃窦幽门区晚期肿瘤也可引起幽门梗阻，表现为恶心呕吐、食欲缺乏、贫血、消瘦、乏力、上腹疼痛等。

2. 十二指肠压迫或狭窄

引起十二指肠狭窄的病变有十二指肠癌、克罗恩病、肠结核等，引起腔外压迫的疾病有胰头、胰体癌及肠系膜上动脉压迫综合征。这类呕吐的特点是餐后迟发性呕吐，伴有上腹部饱胀不适，有时伴有上腹部痉挛性疼痛，呕吐物中常含胆汁，呕吐后腹部症状迅速缓解。肠系膜上动脉压迫综合征，多发生于近期消瘦、卧床、脊柱前凸患者，前倾位或胸膝位时呕吐可消失；胃肠造影示十二指肠水平部中线右侧呈垂直性锐性截断，胃及近端十二指肠扩张，患者有时需作松解或短路手术。

3. 肠梗阻

肠腔的肿瘤、结核及克罗恩病等，或肠外粘连压迫均可引起肠道排空障碍，导致肠梗阻。常表现为：腹痛、腹胀、恶心呕吐和肛门停止排便排气。呕吐反复发作，较剧烈。早期呕吐为食物、胃液或胆汁，之后呕吐物呈棕色或浅绿色，晚期呈粪质样，带恶臭味。呕吐后腹痛常无明显减轻。检查可见肠型，压痛明显，可扪及包块、肠鸣音亢进。结合腹部X线平片等检查，可做出诊断。

(四) 内分泌或代谢性疾病

许多内分泌疾病可出现恶心呕吐，如胃轻瘫，结缔组织病性甲亢危象、甲低危象、垂体肾上腺危象、糖尿病酸中毒等。低钠血症可以反射性地引起恶心呕吐。另

外，恶心呕吐常出现于尿毒症的早期，伴有食欲减退、嗝气、腹泻等消化道症状。根据各种疾病的临床特征及辅助检查，可明确恶心呕吐的病因。

（五）药物性呕吐

药物是引起恶心、呕吐的最常见原因之一，药物或其代谢产物，一方面可通过刺激CTZ受体（如多巴胺受体），由此产生冲动并传导至呕吐中枢而引起恶心呕吐。如化疗药物、麻醉药物、洋地黄类药物等；另一方面药物可刺激胃肠道，使胃肠道神经兴奋并发出冲动传入呕吐中枢，引起呕吐中枢兴奋，出现恶心呕吐。如部分化疗药物、非菌体抗炎药及某些抗生素等。

（六）中枢神经系统疾病

脑血管病、颈椎病及各种原因所致的颅内压增高均可引起恶心、呕吐。

1. 脑血管病

常见疾病有偏头痛和椎-基底动脉供血不足。偏头痛可能与5-羟色胺，缓激肽等血管活性物质引起血管运动障碍有关。常见的诱因有情绪激动、失眠、饮酒及过量吸烟等。主要临床表现为阵发性单侧头痛，呕吐常呈喷射状，呕吐胃内容物，呕吐后头痛可减轻，还伴有面色苍白，出冷汗、视觉改变及嗜睡等症状，应用麦角衍生物制剂可迅速缓解症状。椎-基底动脉供血不足也可出现恶心呕吐，且有眩晕、视力障碍、共济失调、头痛、意识障碍等表现。

2. 颅内压增高

脑血管破裂或阻塞，中枢神经系统感染（如急性脑炎、脑膜炎）和颅内肿瘤均可引起颅内压增高而出现呕吐，其特点为呕吐前常无恶心或仅有轻微恶心、呕吐呈喷射状且与饮食无关，呕吐物多为胃内容物，常伴有剧烈头痛和不同程度的意识障

碍，呕吐后头痛减轻不明显。脑血管病变常出现剧烈头痛、呕吐、意识障碍、偏瘫等；颅内感染者除头痛、呕吐外，还伴有畏寒、发热，严重者可出现神志、意识障碍。脑肿瘤的呕吐常在头痛剧烈时发生，呕吐后头痛可暂时减轻，常伴有不同程度颅神经损害的症状。

（七）妊娠呕吐

恶心呕吐是妊娠期最常见的临床表现之一，大约50%~90%的妊娠妇女有恶心，25%~55%的孕妇出现呕吐。恶心呕吐常发生于妊娠的早期，于妊娠15周后消失。呕吐多见于早晨空腹时，常因睡眠紊乱、疲劳、情绪激动等情况而诱发。孕妇若为第一次怀孕时，更易出现呕吐。妊娠呕吐一般不引起水电解质平衡或营养障碍，也不危及孕妇和胎儿的安全和健康。约3%~5%的妊娠妇女有妊娠剧吐，可引起严重的水电解质紊乱和酮症酸中毒。妊娠剧吐较易发生于多胎妊娠、葡萄胎及年轻而精神状态欠稳定的妇女。关于妊娠呕吐的发生机制目前尚不清楚，可能与内分泌因素和精神因素有关。

（八）精神性呕吐

精神性呕吐常见于年轻女性，有较明显的精神心理障碍，包括神经性呕吐、神经性厌食和神经性多食。其特点为呕吐发作与精神受刺激密切相关。呕吐常发生于进食开始或进食结束时，无恶心，呕吐不费力，呕吐物不多。常为食物或黏液，吐毕又可进食，患者可自我控制或诱发呕吐。除少数神经性厌食者因惧怕或拒绝进食可有极度消瘦和营养不良、闭经外，许多神经性呕吐患者食欲及营养状态基本正常。有时患者甚至多食导致营养过剩。

（九）内耳前庭疾病

内耳前庭疾病所致恶心呕吐的特点是呕吐突然发作，较剧烈，有时呈喷射状，

多伴眩晕、头痛、耳鸣、听力下降等。常见疾病有晕动症，迷路炎和梅尼埃病等。

晕动症主要临床表现为头晕、恶心呕吐等。恶心常较明显，呕吐常于头晕后发生，多呈喷射状并伴上腹部不适，出冷汗、面色苍白、流涎等。晕动症的发生机制尚不清楚，可能是由于某些因素刺激内耳前庭部，反射性引起呕吐中枢兴奋所致。迷路炎是急性中耳炎的常见并发症，主要临床表现除了恶心呕吐外，还伴有发作性眩晕，眼球震颤等。梅尼埃病最突出的临床表现为发作性旋转性眩晕，伴恶心呕吐，耳鸣、耳聋、眼球震颤等。呕吐常于眩晕后发生，可呈喷射状，伴恶心、呕吐后眩晕无明显减轻。团块样堵塞感，但往往不能明确指出具体部位，且进食流质或固体食物均无困难，这类患者常伴有神经官能症的其他症状。

(张俊勇)

第三节 吞咽困难

一、概述

吞咽困难是指食物从口腔至胃、贲门运送过程中受阻而产生咽部、胸骨后或食管部位的梗阻停滞感觉。对于吞咽困难患者临床医师必须重视，器质性疾病所致的吞咽困难必须与假性吞咽困难相区别，后者并无食管梗阻的基础病变，患者仅诉咽部、胸骨后有团块样堵塞感，但往往不能明确指出具体部位，且进食流质或固体食物均无困难，这类患者常伴有神经官能症的其他症状。吞咽困难是食管癌最常见症状，对任何有吞咽困难者，必须要及早明确是否为癌所致。查体常有体重减轻，严

重者导致营养不良。

二、病因

1. 咽部疾病

口咽炎（病毒性、细菌性）、口咽损伤（机械性、化学性）、咽白喉、咽结核、咽肿瘤、咽后壁脓肿等。

2. 食管疾病

食管炎（细菌性、真菌性、化学性）、食管良性肿瘤（平滑肌瘤、脂肪瘤、血管瘤等）、食管癌、食管异物、食管肌功能失调（贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛等）、甲状腺极度肿大等。其中食管癌是重要病因。

3. 神经肌肉疾病

延髓麻痹、重症肌无力、有机磷中毒、多发性肌炎、皮肌炎、环咽失弛缓症等。

4. 全身性疾病

狂犬病、破伤风、肉毒中毒、缺铁性吞咽困难。

三、发病机制

吞咽是一种复杂的反射性动作，是口咽部随意肌群的收缩、食管括约肌的松弛以及食管肌节律性蠕动等一系列有顺序而协调的动作，将进食的流质或食团排进胃内。吞咽动作受延髓等高级神经中枢支配，IX、X、XI颅神经对吞咽尤为重要。吞咽困难可分为机械性与运动性两类。

1. 机械性吞咽困难

机械性吞咽困难是指吞咽食物的腔道发生狭窄引起的吞咽困难，以食管腔狭窄为主。正常食管壁具有弹性，管腔直径可扩张4cm以上，各种炎性与梗阻性疾病使管腔扩张受限时，就能出现吞咽困难，这类吞咽困难在临床上常见，例如食管受到化学性灼伤后，因瘢痕形成等原因可使

食管腔高度狭窄，而致吞咽困难。食管癌时，可因癌肿浸润，堵塞食管腔而致食管狭窄，表现为进行性吞咽困难。

2. 运动性吞咽困难

运动性吞咽困难是指随意控制的吞咽动作（始动因素）发生困难和/或随后一系列反射运行障碍而发生的吞咽困难，包括支配吞咽动作的神经中枢受损害和参与吞咽的肌肉的器质性损害或功能失调，最常见的是各种原因导致的球麻痹、食管吞咽肌麻痹等。

四、诊断

(一) 病史

1. 年龄与性别

儿童患者吞咽困难，常为先天性食管疾病或食管异物引起。中年以上患者的吞咽困难，症状逐渐加重者，应首先考虑食管癌，多见于男性。缺铁性吞咽困难患者绝大多数为女性，多伴有缺铁的其他临床症状。

2. 病史与诱因

食管有腐蚀剂损伤史者应考虑食管炎、良性狭窄；有胆汁频繁反流史者多为反流性食管炎（酸性或碱性反流）；食管癌高发地区患者应首先考虑食管癌；吞咽困难由情绪激动诱发者，提示可能系食管贲门失弛缓症、原发性食管痉挛或神经官能症（癱病球）所致。

3. 梗阻部位

患者所提的梗阻部位一般与食管病变的解剖部位基本吻合，有定位诊断的参考意义。食管上段吞咽困难除癌肿外，可由肿大的甲状腺、结核性肉芽肿、缺铁性贫血的环咽部、颈段食管蹼（先天性异常）等疾病引起；中段梗阻常为食管癌、纵隔占位病变压迫食管、食管良性狭窄、食管息肉、食管黏膜下肿瘤等疾病引起；食管

下段的吞咽困难主要由癌肿、食管贲门失弛缓症等疾病所致。

4. 与进食的关系

机械性吞咽困难可随着管腔阻塞程度的加重而对固体食物、软食、流质依次出现梗阻症状；运动性吞咽困难如食管贲门失弛缓症、食管痉挛患者进食固体或流质食物均出现吞咽困难。如系颅神经病变引起吞咽肌麻痹、运动不协调者可表现为饮水反呛（水呛入气管）。

5. 伴随症状

① 吞咽困难伴呃逆者常提示食管下端病变如贲门癌、贲门失弛缓症等；② 伴呕血者见于食管癌、反流性食管炎或溃疡等；③ 伴吞咽疼痛者多见于口咽部炎症或溃疡、食管炎症或溃疡、食管贲门失弛缓症等；④ 伴单侧性喘鸣音者常提示有纵隔肿瘤压迫食管或压迫一侧主支气管可能。

(二) 体征

体格检查时应注意患者营养状况，有无贫血、浅表淋巴结肿大、甲状腺肿大、颈部包块、吞咽肌活动异常等，必要时作神经系统检查以鉴定与吞咽有关的颅神经（IX、X、XI对颅神经）、吞咽肌有无异常。

(三) 饮水试验

患者取坐位，将听诊器放置于患者剑突与左肋弓之间，嘱饮水一口，正常人在8~10秒后可听到喷射性杂音，如有食管梗阻或运动障碍，则听不到声音或延迟出现，梗阻严重者甚至可将水呕出。此方法简单易行，可作为初步鉴别食管有无梗阻的方法。

(四) X线检查

X线胸部平片可了解有无纵隔占位病变压迫食管及食管有无异物等，食管X线钡餐检查可观察到钡剂有无滞留，以判断病变为梗阻性或肌蠕动失常性，必要时采