

XiaoHuaXiTong

JiBing ZhenDuanYuZhiLiaoXue

消化系统疾病 诊断与治疗学

消 化 系 统 疾 病

主编 沈志祥 陈喜兰 谭诗云 徐连根

 科学技术文献出版社

消化系统疾病诊断与治疗学

主 编：沈志祥 陈喜兰 谭诗云 徐连根

副主编：邹 力 沈 磊 李 涛 汪福良 孙 军 操寄望
江桂华 钱德新

编 委（按姓氏笔画为序）：

王友明	包兴源	卢筱洪	冯志强	江桂华	刘若利
孙来宝	孙 军	张丙宏	张友礼	李远峰	李 涛
岑 麟	沈 磊	沈志祥	汪福良	邹 力	陈再群
陈喜兰	陈 宪	杨红飏	俞菊芳	赵 亮	钱德新
容海峰	徐连根	董卫国	韩艺东	熊浩军	谭诗云
操寄望					

科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疾病诊断与治疗学/沈志祥等主编. —北京:
科学技术文献出版社, 2004. 1

ISBN 7-5023-4488-8

I. 消... II. 沈... III. 消化系统疾病-诊疗
IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 103626 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)68514027, (010)68537104(传真)
图书发行部电话 (010)68514035(传真), (010)68514009
邮 购 部 电 话 (010)68515381, (010)58882952
网 址 <http://WWW.stdph.com>
E-mail: stdph@istic.ac.cn; stdph@public.sti.ac.cn
策 划 编 辑 刘若利
责 任 编 辑 王亚琪
责 任 校 对 聃 郁
责 任 出 版 泽 育
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 北京金特印刷有限责任公司
版 (印) 次 2004 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×1092 16 开
字 数 1114 千
印 张 43.625
印 数 1~3000 册
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

随着人类进入信息时代，医学科学技术的发展日新月异，医学分子生物学技术、各类影像学技术、介入技术的开发与运用，以及新药物、新设备、新疗法的不断涌现，使消化系统疾病的诊断与治疗水平得到了很大提高。

医学影像学是近年来临床医学领域发展较快的学科之一，多种医学影像学新技术相继问世，使消化系统疾病的诊断更简洁、快速及准确。目前消化系统疾病的诊断与鉴别诊断，除了实验室检查（生化学、免疫学、细胞学、病原学及基因学等）外，在很大程度上依赖于影像学检查。

消化系统影像学技术包括 B 超、内窥镜、传统的 X 线胃肠造影、X 线血管造影、数字减影血管造影（DSA）、内镜逆行胰胆管造影（ERCP）、核素闪烁扫描技术、CT、MRI、MRCP 等，上述检查方法各有所长，同时也存在局限性，这就需要结合具体情况，合理选择运用，综合分析不同方法所提供的信息，以便诊断达到更高的水平。

近年来，随着医疗诊断技术的快速发展，传统的 X 线钡餐、钡剂灌肠等诊断技术在临床上的运用似有减少的趋势，但长期的临床实践证明，X 线钡剂诊断技术在消化系统疾病的诊断中是最基本、最实用的技术，它具有普及率高、便于掌握、价格低廉等优势。实践证明，X 线与 CT 等其他新的诊断技术的结合，已成为指导临床医师诊断与治疗消化系统疾病所必不可少的重要手段。

为了突出影像学技术在消化系统疾病的诊断与治疗中的作用，并给广大临床医师提供一本较全面而实用的工具书，我们组织了多家医院的消化病学与放射影像学方面的专家，参阅了近年来国内外有关消化系统疾病诊断与治疗的文献，调阅了数十年来的影像学资料，并结合作者多年的临床实践编写了本书，其中有些 X 线、CT、MRI 的影像学资料堪称经典，弥足珍贵。

本书共分为 10 章，除第一章对消化系统疾病的常见症状、病因、诊断及治疗原则进行了较系统的阐述外，从第二章开始，即对消化系统的常见疾病从病因、发病机制、病理或病理生理、诊断、鉴别诊断及治疗等方面进行了较全面地描述，且每章后均附有主要疾病的 X 线、CT 和 MRI 诊断影像图，便于读者阅读参考。

本书具有文字简捷、图文并茂、新颖实用的特点，是消化内科、放射影像科及其他相关科室的临床医师，尤其是广大基层医院的医务工作者难得的医学参考书。本书还可作为消化、放射影像专业高年级医学生、硕士生、博士生及进修生的重要参考用书。

由于本书编写工作量大，时间仓促，加之参编人员较多，编写风格各异，因此，难免有错误及疏漏之处，恳请消化、影像学前辈及各位专家、临床医师和广大读者批评指正。

编 者

于武汉大学人民医院

目 录

第一章 消化系统疾病主要症状的病因、发病机制、诊断、鉴别诊断及治疗原则	(1)
第一节 厌食或食欲不振	(1)
第二节 恶心与呕吐	(3)
第三节 吞咽困难	(8)
第四节 呃逆	(11)
第五节 非心源性胸痛	(15)
第六节 上消化道出血(呕血与黑便)	(21)
第七节 下消化道出血(便血)	(28)
第八节 腹痛	(34)
第九节 腹泻	(44)
第十节 便秘	(51)
第十一节 腹部胀气	(56)
第十二节 腹水	(59)
第十三节 黄疸	(64)
第十四节 肝脏肿大	(75)
第十五节 脾脏肿大	(79)
第十六节 腹部包块	(82)
第二章 食管疾病	(89)
第一节 环咽部运动功能障碍	(89)
第二节 弥漫性食管痉挛	(92)
第三节 食管贲门失弛缓症	(94)
第四节 食管裂孔疝	(101)
第五节 胃食管反流性疾病	(105)
第六节 腐蚀性食管炎	(108)
第七节 Barrett 食管	(110)
第八节 食管感染	(111)
第九节 自发性食管破裂	(112)
第十节 食管异物	(115)
第十一节 食管-贲门黏膜撕裂综合征	(116)
第十二节 食管良性肿瘤	(118)
第十三节 食管癌	(120)
第十四节 先天性食管疾病	(126)
附 食管主要疾病的 X 线、CT、MRI 表现	(129)
第三章 胃及十二指肠疾病	(158)

第一节	急性单纯性胃炎	(158)
第二节	急性糜烂性胃炎	(159)
第三节	急性化脓性胃炎	(162)
第四节	急性腐蚀性胃炎	(163)
第五节	慢性胃炎	(164)
第六节	功能性消化不良	(166)
第七节	消化性溃疡	(168)
第八节	消化性溃疡的并发症	(173)
第九节	消化性溃疡的术后并发症	(176)
第十节	应激性溃疡	(179)
第十一节	卓-艾综合征(胃泌素瘤)	(180)
第十二节	胃嗜酸性肉芽肿	(182)
第十三节	胃异物	(184)
第十四节	急性胃扩张	(185)
第十五节	胃扭转	(187)
第十六节	胃黏膜脱垂漏	(189)
第十七节	胃下垂	(191)
第十八节	胃癌	(193)
第十九节	胃黏膜相关性淋巴样组织淋巴瘤(MALT淋巴瘤)	(198)
第二十节	十二指肠郁积症	(200)
第二十一节	十二指肠炎	(201)
第二十二节	十二指肠肿瘤	(202)
附	胃及十二指肠主要疾病的X线、CT、MRI表现	(205)
第四章	小肠疾病	(264)
第一节	急性出血坏死性小肠炎	(264)
第二节	肠结核	(267)
第三节	吸收不良综合征	(269)
第四节	乳糜泻	(271)
第五节	盲袢综合征	(274)
第六节	短肠综合征	(275)
第七节	肠道脂质代谢障碍症(Whipple's病)	(277)
第八节	假性肠梗阻	(279)
第九节	小肠先天性畸形	(281)
第十节	肠道血管畸形	(283)
第十一节	原发性小肠肿瘤	(285)
第十二节	原发性小肠淋巴瘤	(286)
附	小肠主要疾病的X线、CT、MRI表现	(290)
第五章	大肠疾病	(300)
第一节	溃疡性结肠炎	(300)
第二节	克罗恩病(Crohn病)	(309)

第三节	急性阑尾炎·····	(318)
第四节	结肠血吸虫病·····	(322)
第五节	阿米巴肠病·····	(326)
第六节	细菌性痢疾·····	(331)
第七节	伪膜性肠炎·····	(336)
第八节	肠道气囊肿病·····	(339)
第九节	结肠憩室病·····	(341)
第十节	放射性肠炎·····	(344)
第十一节	缺血性肠病·····	(347)
第十二节	肠易激综合征·····	(352)
第十三节	肠梗阻·····	(358)
第十四节	肠道息肉病·····	(363)
第十五节	大肠其他良性肿瘤·····	(367)
第十六节	肠道类癌及类癌综合征·····	(369)
第十七节	蛋白丢失性胃肠病·····	(375)
第十八节	性传播性肛门直肠疾病·····	(378)
第十九节	大肠癌·····	(381)
附	大肠主要疾病的 X 线、CT、MRI 表现·····	(392)
第六章	肝脏疾病·····	(424)
第一节	药物性肝损害·····	(424)
第二节	脂肪肝·····	(427)
第三节	酒精性肝病·····	(434)
第四节	肝硬化·····	(440)
第五节	原发性肝癌·····	(447)
第六节	肝脏良性肿瘤·····	(454)
第七节	肝性脑病·····	(457)
第八节	肝脓肿·····	(462)
第九节	肝糖原累积病·····	(465)
第十节	遗传性高胆红素血症·····	(468)
第十一节	肝豆状核变性·····	(470)
第十二节	特发性血色病·····	(474)
第十三节	α_1 -抗胰蛋白酶缺乏性肝病·····	(476)
第十四节	肝淀粉样变性·····	(477)
附	肝脏主要疾病的 X 线、CT、MRI 表现·····	(481)
第七章	胆道疾病·····	(517)
第一节	胆道运动功能障碍·····	(517)
第二节	胆囊管综合征·····	(524)
第三节	胆石症·····	(526)
第四节	急性胆囊炎·····	(539)
第五节	慢性胆囊炎·····	(545)

第六节	急性化脓性胆管炎·····	(548)
第七节	原发性硬化性胆管炎·····	(552)
第八节	胆囊切除术后综合征·····	(558)
第九节	胆囊、胆管良性肿瘤和增生·····	(562)
第十节	胆囊癌·····	(566)
第十一节	胆管癌·····	(571)
第十二节	腹壶周围癌·····	(574)
附	胆道主要疾病的 X 线、CT、MRI 表现·····	(579)
第八章	胰腺疾病·····	(607)
第一节	急性胰腺炎·····	(607)
第二节	慢性胰腺炎·····	(613)
第三节	胰腺癌·····	(619)
第四节	胰腺内分泌肿瘤·····	(624)
第五节	胰腺囊肿·····	(629)
附	胰腺主要疾病的 X 线、CT、MRI 表现·····	(632)
第九章	腹膜疾病·····	(656)
第一节	结核性腹膜炎·····	(656)
第二节	自发性细菌性腹膜炎·····	(658)
第三节	继发性化脓性腹膜炎·····	(661)
第四节	腹膜恶性间皮瘤·····	(665)
第五节	腹膜假性粘液瘤·····	(667)
第六节	腹膜转移性肿瘤·····	(668)
附	腹膜主要疾病的 X 线、CT、MRI 表现·····	(671)
第十章	肠系膜与网膜疾病·····	(678)
第一节	急性非特异性肠系膜淋巴结炎·····	(678)
第二节	肠系膜脂膜炎·····	(679)
第三节	肠系膜原发性肿瘤·····	(680)
第四节	肠系膜血管性病变·····	(681)
第五节	肠系膜裂孔疝·····	(684)
第六节	大网膜扭转·····	(684)
第七节	大网膜粘连综合征·····	(686)
第八节	网膜肿瘤·····	(686)
附	肠系膜与网膜主要疾病的 X 线、CT、MRI 表现·····	(689)

第一章 消化系统疾病主要症状的病因、发病机制、诊断、鉴别诊断及治疗原则

第一节 厌食或食欲不振

厌食或食欲不振(loss of appetite)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。食欲也受到植物神经系统的支配,丘脑下区是植物神经的皮层下中区,该中枢是联络大脑皮层与植物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,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,也影响肠道的运动,因此也可引起食欲的减退或消失。

一、病因

引起厌食或食欲不振的原因甚多,可将其病因归纳为以下九个方面。

1. 胃肠道疾病 多种胃肠道疾病一般都伴有厌食或食欲不振。急、慢性胃炎,尤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(如习惯性或功能性便秘)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。

2. 肝脏、胆道与胰腺疾病 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,尤其在肝功能受损较严重时食欲差或厌食更为突出。有症状的胆石病,急、慢性胆道感染或胆道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,可导致食欲不振或厌食,多数表现为厌油腻食物。

3. 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等都可造成消化、吸收功能的减退而导致厌食。

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

5. 急性与慢性感染性疾病 各种急、慢性感染性疾病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内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,故可进一步加重厌食。

6. 内分泌疾病 多种内分泌疾病均有不同程度的厌食。例如甲状腺机能减退症、甲状旁腺

机能亢进症、慢性肾上腺皮质功能减退症及垂体性侏儒症、成年人腺脑垂体机能减退症等。

7. 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不振或厌食;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、B₆、B₂、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。

8. 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不振或厌食表现。

9. 药物因素 应用于临床的各类药物日益俱增,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。

二、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,厌食可以说是多种疾病普遍存在的症状,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. 胃肠疾病 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(*Helicobacter Pylori*; HP)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. 肝胆、胰腺疾病 考虑厌食是因肝脏、胆道或胰腺病变引起时,应作肝脏功能试验、胰腺外分泌试验、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. 肾脏疾病 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、CT 检查。必要时可行肾活组织病理检查。

4. 心脏疾病 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)。这检查对是哪一类心脏病一般不难作出判断。

5. 感染性疾病 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. 内分泌或代谢性疾病 考虑有内分泌与代谢性疾病时,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,例如怀疑甲状腺机能减退症时,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. 精神因素 疑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作出神经、精神性厌食的诊断。

8. 药物因素 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。

三、厌食的治疗原则

厌食或食欲减退是临床常见症状,引起厌食的病因甚多。其中胃肠道疾病,肝脏、胆道与胰腺疾病,某些内分泌疾病,肾脏疾病,新陈代谢及营养缺乏性疾病是引起厌食较常见的病因;神经精神因素导致的厌食也不少见。因此,治疗原则是应尽早发现引起厌食的原发病,随着原发病的治疗,食欲也随之改善。对厌食的一般治疗或对症治疗常可采取以下措施。

1. 胃肠道疾病所致的厌食 有早饱或餐后上腹饱胀、大便干结或便秘者,可应用胃肠促动力药物治疗,如多潘立酮、莫沙必利或伊托必利等,经治疗后患者的食欲可有一定程度的增加。如系萎缩性胃炎,尤其是A型萎缩性胃炎者,可适当口服稀盐酸溶液及胃蛋白酶制剂以刺激食欲;如因腹泻引起的厌食,应积极补充钾离子,并纠正肠道菌群失调。

2. 肝脏、胆道及胰腺疾病所致的厌食 在积极治疗原发病的基础上,可选择性的给予复合酶制剂,如多酶片、慷彼申、得每通或达吉等药物。这些药物最好在进餐时与饮食同服以避免酶制剂被胃酸破坏。肠衣型胰酶制剂在十二指肠以下的小肠部位才释放出来,当pH为5.5~6.0时,其疗效更高。此外,还应给予脂溶性维生素治疗。肝胆胰腺疾病患者,如病程较长,则会导致胃肠功能减退而发生胃肠胀气,此时,可加用促胃肠动力剂治疗。

3. 某些内分泌疾病所致的厌食 糖尿病胃轻瘫时,主要治疗是纠正高血糖,其次是应用促胃肠动力剂。其他内分泌疾病伴有厌食时,同样也可选用胃肠促动力药物治疗,以加速胃肠蠕动,促进胃肠气体的排出。

4. 神经、精神因素所致的厌食 主要治疗是心理治疗,其次可应用镇静剂或调节植物神经功能紊乱药物。症状严重者,可应用氟西汀或米安色林等抗抑郁药物治疗。

(沈磊 沈志祥)

第二节 恶心与呕吐

恶心与呕吐(Nausea and Vomiting)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、膈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。

一、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 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、绞窄疝、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

合症、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、甲状腺机能低下、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 麻醉剂、洋地黄类、化疗药物、抗生素、多巴胺受体激动剂、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 晕动症、美尼尔征、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。

二、发病机制

恶心是人体一种精神活动,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:由植物神经传导(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(chemical trigger zone, CTZ);③传出神经,包括迷走神经、交感神经、体神经和脑神经。

通常把内脏神经未稍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,因为应用阿朴吗啡、左旋多巴、溴隐停等多巴胺受体激动剂可引起呕吐,而其拮抗剂、胃复安、吗丁林等药物有止呕作用。化学感受器触发区的 5-羟色胺、去甲肾上腺素、神经肽物质和 γ -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。某些药物如麻醉剂、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、血管肠肽等均可作用于 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。

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。

三、诊断

恶心、呕吐的病因十分广泛,正确的诊断有赖于详尽的病史、全面的体检和有针对性的实验室检查及特殊检查。

1. 病史

(1)呕吐的伴随症状:呕吐伴发热者,须注意急性感染性疾病;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塞等;呕吐伴有腹痛者,常见于腹腔脏器炎症、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性疾病;呕吐后腹痛不能缓解者,常见于胆道疾患、泌尿系疾患、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(氨基甙类抗生素)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、脑膜炎粘连等所致颅内压增高,通常不伴有恶心。此外,青光眼和第8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,或胃内容物有粪臭味提示小肠低位梗阻、麻痹性肠梗阻、结肠梗阻而回盲瓣关闭不全或胃结肠瘘等。

(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;晨时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某些抗菌素、洋地黄、茶碱、化疗药物、麻醉剂、酒精等。深部射线治疗、镭照射治疗和⁶⁰钴照射治疗,常引起恶心呕吐。

(5)其他:呕吐可为许多系统性疾病的表现之一,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。

2. 体格检查

(1)一般情况:应注意神志、营养状态、有无脱水、循环衰竭、贫血及发热等。

(2)腹部体征: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。

3. 辅助检查 主要包括与炎症、内分泌代谢及水盐电解质代谢紊乱等有关实验室检查。必要时可作B超、胃镜、ERCP、超声内镜、CT、核磁共振等特殊检查以确定诊断。

四、鉴别诊断

1. 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。

2. 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)。

3. 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。呕吐常于进食后 3~4 小时发生,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、食欲不振、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症。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,可作出诊断。

4. 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。恶心呕吐可是少数甲状腺功能亢进症患者早期的主要症状,低钠血症可以反射性的引起恶心呕吐。另外,恶心呕吐常出现于尿毒症的早期,伴有食欲减退、呃逆、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。

5. 药物性呕吐 药物是引起恶心、呕吐的最常见原因之一。药物或和其代谢产物,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,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、非甾体抗炎药及某些抗生素等。

6. 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出现呕吐,其特点为呕吐前常无恶心或轻微恶心,呕吐呈喷射状与饮食无关,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;脑血管意外常出现剧烈头痛、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,严重者可出现休克;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。

7. 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,更易出现妊娠呕吐。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%妊娠妇女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。

8. 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。呕吐发作和精神紧张、忧虑或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,常为食物或粘液,吐毕又可进食,患者可自我控制或诱发呕吐。除了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。

9. 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(Meniere's disease)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。

五、恶心、呕吐的治疗原则

由于引起恶心、呕吐的疾病很多,恶心、呕吐仅是疾病的症状之一,因此,在未明确病因之前不应盲目应用作用于呕吐中枢的强镇吐药物,否则会贻误病情。只有在明确了导致呕吐的病因之后,在积极治疗病因的基础上,才能行必要的对症治疗。

1. 胃肠道疾病 包括食管、胃、十二指肠直至空肠、回肠、结肠及直肠在内的任何部位的病变都有可能引起恶心、呕吐的症状,其中以食管狭窄、食管癌、贲门失弛缓、贲门癌、胃窦部嗜酸性肉

芽肿、胃窦部巨大溃疡或癌肿、十二指肠溃疡或郁积症、多种原因导致的小肠与大肠梗阻或急性胃、小肠或大肠的炎症性病变为最常见的病因。因消化道良性或恶性病变造成的狭窄或梗阻所致的呕吐,药物治疗是无效的,只有经扩张、置入支架或手术治疗,解除狭窄或梗阻之后,呕吐症状才会消失。对于贲门失弛缓症患者,在未进行扩张或手术治疗之前,可选用钙离子通道拮抗剂或硝酸甘油餐前半小时口服或餐前 15~30 分钟舌下含化治疗,早期可改善呕吐及梗阻症状;或者试用肉毒杆菌毒素行狭窄局部注射治疗。胃肠道急性炎症性病变引起的呕吐,应积极选用抗生素并纠正电解质紊乱及补充维生素;胃肠动力障碍引起的恶心与呕吐则可应用莫沙必利等促胃肠动力剂;如果呕吐是由胃肠道痉挛所致,则可应用东莨菪碱等抗胆碱能药物。

2. 肝脏、胆道及胰腺疾病 是导致恶心、呕吐的常见病因之一。恶心、呕吐可是急性病毒性肝炎的早期症状,常与食欲减退、厌油腻食物及上腹部饱胀同时出现,随着护肝治疗及适当的休息之后,恶心与呕吐可逐渐消失。呕吐也是胆道梗阻或绞痛常伴随的症状,只有当胆道梗阻或炎症消除之后,呕吐才会停止;急性胰腺炎时常伴随有恶心与呕吐症状,只有随着采用胃肠减压,减少胰液与胰酶的分泌等措施之后,呕吐才会逐步缓解或终止。

3. 中枢神经系统病变 包括各种原因所致的脑炎、脑膜炎、脑肿瘤、脑寄生虫病、脑血管病及颅脑外伤等病变,均可引起颅内压力增高而导致恶心、呕吐。治疗的重要措施之一是应用降低颅内高压、减轻脑细胞水肿的药物治疗,脱水治疗后,不仅可改善呕吐的症状,更重要的是起到了保护或恢复脑细胞功能的作用。

4. 药物所致的呕吐 多种药物有引起恶心与呕吐的不良反应,一般而言,只要立即停止应用引起呕吐的药物,呕吐症状就会减轻直至消失,因此并不需要应用镇吐类药物。目前临床上对某些恶性肿瘤或血液系统的恶性疾病(如白血病、恶性淋巴瘤、多发性骨髓瘤、恶性组织细胞病等)常采取联合化疗或放疗,或对某些恶性肿瘤采用抗癌药物行介入治疗。但无论在治疗过程中或治疗之后,均可引起较严重的胃肠道不良反应,最突出的表现是恶心与呕吐。为了预防或减轻此不良反应,常可应用镇吐药物进行治疗,常用的药物有奥丹西龙(商品名:枢复宁)、格雷西龙(商品名:康泉)及恩丹西酮等。必须指出,应用这些作用强的镇吐药物之后,也会产生中枢神经系统、心血管系统或胃肠道的不良反应,故应严格控制药物的剂量及间隔时间。

5. 神经、精神因素所致的呕吐 对此类原因所致的呕吐,心理治疗是关键。首先应消除患者的精神心理障碍,其次可配合药物治疗,常用的药物是镇静剂与胃肠促动力剂,重者可采用多虑平或氟西汀等抗抑郁药物治疗。禁忌应用奥丹西龙等强烈作用的镇吐药。

(孙来宝 沈志祥)

第三节 吞咽困难

吞咽困难(dysphagia)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需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。

一、病因

1. 口咽部疾病 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、有机磷杀虫药中毒、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(Plummer-Vinson 综合征)等。

二、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、XII 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。

三、诊断

1. 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,多伴有缺铁性贫血的其他临床症状。

(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;有胃酸或胆汁频繁返流史者多为返流性食管炎(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(癔病球)所致。

(3)梗阻部位:患者所示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、结核性或恶性肉芽肿、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、纵隔占位性病变压迫食管、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、膈疝等;②伴呕血者见于食管癌、肉芽肿性病变、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