

蘇聯高等醫學院校教學用書

內 科 學

下 卷

人 民 衛 生 出 版 社

蘇聯高等醫學院校教學用書

內 科 學

下 卷

蘇聯醫學科學院院士

葉·穆·塔列耶夫著

李 健 羣 譯

吳執中 朱濱生 校訂

人 民 衛 生 出 版 社

一九五五年·北京

內 科 學 (下卷)

書號：1772 開本：787×1092/18 印張：19 8/9 (插頁9) 字數：518 千字

李 健 羣 譯

吳執中 朱瀛生 校訂

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

• 北京崇文區校子胡同三十六號 •

新光明記印刷所印刷 • 新華書店發行

1955 年 8 月第 1 版—第 1 次印刷

印數：1—35,100

(上海版) 定價：(7)3.07 元

下 卷 目 錄

第四篇 消化器官疾病

解剖生理提要	358
第一章 口腔和食管的疾病	360
口腔疾病	360
病狀	360
口炎	360
食管疾患	362
食管炎	362
食管癌瘤	363
特發性食管擴張	365
食管的其他疾病	366
第二章 胃的疾病	370
解剖生理提要	370
胃病者檢查法及胃病的症狀	372
主要的自覺症狀	372
客觀檢查	374
主要的臨床綜合病徵	377
胃炎	379
急性胃炎	379
慢性胃炎	381
胃及十二指腸潰瘍性疾病	384
慢性潰瘍的併發病	391
胃癌	403
第三章 腸疾病	412
解剖生理提要	412
腸疾病的徵候和檢查法	413
腹瀉	413
便秘	414
鼓腸	415
疼痛	415
腸出血	416
客觀檢查	416
臨床綜合病徵	420
十二指腸疾病	423
急性腸炎、急性小腸結腸炎、急性胃小腸結腸炎	424

慢性腸炎	426
斯潑盧	427
急性結腸炎	429
桿菌性痢疾	431
慢性結腸炎	434
阿米巴性痢疾	434
其他原蟲性結腸炎(小腸結腸炎)	436
潰瘍性腸結核	437
慢性非特異性潰瘍性結腸炎	439
黏液性痙攣	440
習慣性便秘	440
痔(痔性靜脈曲張)	441
結腸癌	442
直腸癌	443
闌尾炎	443
急性腸梗阻	445
慢性或不完全腸梗阻	446
第四章 腹膜疾患和腹部腫瘤	447
急性腹膜炎	447
慢性腹膜炎	450
腹腔腫瘤	453
第五章 蠕蟲病	460
緒論	460
蛔蟲病	466
蟯蟲病	469
鞭蟲病	471
鈎蟲病	473
腸類圓蟲病	475
毛狀圓蟲病	476
旋毛蟲病	476
關節雙槽條蟲病	480
無鈎條蟲病	481
有鈎條蟲病	482
短小條蟲病	483
包蟲病	483
後舉吸蟲病和分枝舉吸蟲病	485
瓜仁蟲病	486
肺並殖器吸蟲病(肺蛭)	487
第六章 肝臟疾病	488
解剖生理提要	488
肝的對外機能	489

肝的內部機能	491
肝疾病患者檢查法和症狀	496
肝疾病中的主要綜合病徵	498
溶血性黃疸 胆血病或肝衰敗(嚴重的肝機能不全) 門靜脈壓力增高 肝大病及肝脾綜合病徵	
肝炎	504
急性實質性或瀰漫性肝炎	504
包特金氏病	505
瓦西里也夫—魏耳氏病	511
中毒性肝炎	512
慢性肝炎	513
肝硬變	514
胆石病	520
胆道運動障礙及膽囊病	531
胆囊炎(非胆石性)、胆管炎、肝膿腫、化膿性門靜脈炎	531
肝臟及胆道的腫瘤	533
肝癌	533
胆道癌	535
肝包蟲病	536
肝梅毒	538
肝結核	540
第七章 胰腺疾病	541
解剖生理提要	541
胰腺疾病患者的檢查法及症狀	543
急性出血性胰腺炎	544
慢性胰腺炎	545
胰癌	546
胰腺的其他疾病	547

第五篇 新陳代謝疾病及維生素缺乏病

緒論	549
第一章 糖尿病	555
第二章 痛風	570
第三章 肥胖病和營養不足	573
肥胖病	573
營養不足和蛋白質缺乏	576
第四章 糙皮病	581
第五章 壞血病	583

第六篇 內分泌腺疾病

緒論	587
第一章 巴塞杜氏病	591

第二章 粘液水腫	599
第三章 肢端肥大病	601
第四章 尿崩病	603
第五章 青銅色病(阿狄森氏病)	606

第七篇 關節疾病

緒 論	608
炎性關節炎(傳染性和傳染變態反應性關節炎)	610
營養不良性關節炎(代謝——靜力性及其他性)	616
關節炎的診斷、預後及治療	617

第八篇 造血器官疾病

解剖生理緒論	622
第一章 貧 血	628
貧血的分類	628
因失血而起的急性貧血	629
萎黃病及其他因缺鐵而起的貧血(缺鐵性貧血)	630
遲發萎黃病	630
其他缺鐵性貧血類型	631
缺鐵性貧血的治療	632
惡性貧血及其他抗貧血質不足性貧血	633
惡性貧血	633
溶血性貧血	642
家族性溶血性貧血(溶血性黃疸)	642
其他溶血性貧血類型	645
再生不能性貧血及發育不全性、再生不全性貧血	646
再生不能性貧血、白血球缺乏症	646
發育不全型和再生不足型貧血	648
粒性白血球缺乏症	649
第二章 白血球增多症和白血病	651
白血球增多症	651
白血病	652
骨髓性白血病。慢性骨髓性白血病。慢性骨髓增殖	653
淋巴性白血病(慢性淋巴性白血病、慢性淋巴組織增殖病)	656
急性白血病。急性造白血球組織增殖病	657
第三章 紅血球增多和紅血球增多症	660
紅血球增多	660
紅血球增多症	661
第四章 各種出血性素質	664
發病原理方面的不同病型及檢查方法	664
臨床實驗檢查法	666

血小板減少性紫癜病	667
出血性毛細血管中毒病	670
血友病	672
第五章 脾腫大	675
第六章 淋巴肉芽腫病及其他淋巴腺疾病	677
附 錄 急性中毒及急救	681
急性中毒的一般特徵及治療措施	681
急性中毒的主要臨床綜合病徵	681
急性中毒的主要治療措施	682
各論	684
處方表	687
內科臨床使用的主要藥物的極量表	705
在內科疾病診斷上具有最重要意義的血液指標一覽表	709

第四篇 消化器官疾病

解剖生理提要

消化乃是食物在消化道中，（從口腔開始經過胃和小腸，直到大腸爲止）與進食、食糜的移動以及糞便的排出同時進行的機械的、主要是化學的、發酵性的變化；這是機體最主要的機能之一。

巴甫洛夫給生理學開闢了新的一章——消化生理。巴甫洛夫在消化方面所做的基本研究，其主要目的在於研究按照食物的質和量而決定消化液的各種適應機制。巴甫洛夫證明，主要的消化腺，即胃腺及胰腺擁有分泌性神經支配；譬如，迷走神經完整的狗給以假飼，就發生胃液分泌（在巴甫洛夫以前，生理學家們認爲迷走神經對於此等腺體，祇有血管舒縮及感覺作用）。巴甫洛夫在所謂小胃（這個小胃與大胃保持共同的血液供應及神經支配，但由一個內部肌組織中隔分開）的長期實驗中，曾詳細地研究了胃液分泌的條件。巴甫洛夫發見了消化液中各種酶對食物種類的適應性改變。他首先發見了第一個[酶的酶]，即腸激酶。巴甫洛夫在研究唾液腺分泌機能的調節時，首先確定了條件反射作用對於消化生理學和病理學都有特別重大的意義。貝柯夫藉實驗證實了條件反射性調節對整個消化系統的各方面的重大意義，並且強調了內部感受性條件反射在其與外部感受性作用一致性上的特殊意義。巴甫洛夫對於某些進食的經驗和習慣作了科學的說明。巴甫洛夫的學生 И. П. Разенков 氏接着又研究了與神經調節同時並存的、對機體一般狀態變化迅速發生反應的各主要消化腺的體液性調節；他又發現從血液向消化管內分泌蛋白質的事實，這些蛋白質此後又被各器官的細胞所消化並重新吸收。由此可見，在消化學說的建立上起着主導作用的，是以巴甫洛夫學派爲代表的我國生理學者。蘇聯整個臨床胃腸學（М. П. Кончаловский、Н. Л. Лепорский、Н. Д. Стражеско 等）勝利地建立在巴甫洛夫學說的基礎上。

消化僅是營養過程的一部分，營養與呼吸及排泄是機體的基本植物性機能。呼吸過程分爲外呼吸（肺的）及內呼吸（組織的），排泄過程包括代謝產物由細胞進入血液和由排泄器官向體外排泄，同樣，營養過程也可以分作兩部分，即外營養，或稱消化（在腸管內，包括腸壁內的吸收）和內營養（細胞的，組織的）。爲了實現廣義的營養過程，機體利用血液及淋巴循環系統，把物質從腸管運送到組織，以及運送氧氣、二氧化碳及需要排泄的廢物等。從腸管吸收到血裏的消化產物，在肝內受到複雜的改變以後，與心臟內的血液混合。在消化過程中，除了壓力、擴散、滲透等物理因素外，發酵作用具有基本的意義；此等發酵作用與維生素及內分泌的作用密切聯系而受神經系統的控制。

根據上述，比較正確的是，將消化器疾病與細胞營養或細胞代謝的病變結合起來加以研究。近來，由於許多疾病的本質受到更深入的研究，這兩種過程之間的關聯，其統一性變得更加明顯。也像呼吸機能不全（廣義的）或組織缺氧一樣，可能是由於周圍空氣中氧氣不

足、外呼吸機能不全（例如在肺臟疾病時）或循環及組織呼吸的障礙（例如氰酸中毒）而發生，營養機能不全也可能由於環境條件（廣義的）所決定的食物量不足或消化及呼吸的障礙（極多見的原因），有時也可能是由於血液及淋巴循環的障礙（在乳糜管閉塞時，組織營養發生嚴重障礙），以及組織消化和營養不良（與組織呼吸密切關聯，如酶與維生素的障礙、組織破壞的增劇、組織中毒等）而發生。食物的平均標準需要量（正常人一晝夜標準需要量：蛋白 80—100 克、脂肪 50 克、碳水化合物 500 克、水 1.5 升、食鹽 10 克、鐵 0.05 克等）僅有相對的意義。根據勞動種類的不同，機體對食物的熱量（卡路里）以及食物的種類，如碳水化合物、水、食鹽、維生素等的需要量，可能相當地增高。同樣，營養失調可能因食物不足，食譜的不平衡，食物過多以及組織代謝的質的障礙等而發生。

爲了教學和臨床的便利起見，特將消化器官的疾病分成幾部分。在口腔、食管、胃、腸和胰腺等章內，敘述消化障礙及一部分吸收障礙。在肝臟疾病章內，敘述消化及吸收障礙，以及某些中間代謝障礙（廣義的營養）和排泄障礙。腹膜、腹部腫瘤、寄生蟲病等章，由於解剖學部位和臨床診斷材料的理由，亦以有條件的方式，列於消化系統疾病範圍之內。在寄生蟲的疾病章裏，爲求得更有系統性的敘述起見，對於腸外的寄生蟲，也加以簡短的敘述。口腔及食管的疾病一章中，僅敘述少數個別的疾病。

第一章 口腔和食管的疾病

口 腔 疾 病

病 狀

各種口腔疾病在口腔學課程中，有詳細的敘述。本章中僅簡單地談到與內科疾病有密切關係的某些病理狀態及病型。

口臭 通常引起口臭的原因有下列數種：(1)齲齒、齒槽膿漏、齒齦炎，以及各種性質的口炎；(2)慢性陷窩性扁桃腺炎（由於陷窩內有化膿性和腐敗性栓子而發生口臭）、食管及胃的疾病，如破潰性癌腫、食管炎等；(3)呼吸器官的疾病，如鼻腔、喉頭、支氣管的疾病；(4)嚴重的全身性疾病，尤其是肝的疾病、尿毒症、癌性腫瘤等（大概是從血液內分泌出惡臭性產物所致）。

流涎 一般常見於：(1)食物的刺激、胃及十二指腸潰瘍性疾病時消化腺分泌機能的亢進，以及胰臟疾病等時；(2)若干其他通過中樞神經性和神經反射性途徑而發生的唾液腺刺激（帕金森氏綜合病徵、狂犬病、寄生蟲病、脊髓癱、妊娠等）；(3)主要通過體液性途徑而發生的唾液腺刺激（水銀及碘的中毒）。

相反，有時出現唾液分泌的抑制現象——口腔乾燥——是由於下列原因而發生：唾液腺反應性的低下、機體缺水、中樞神經（情緒激動）和神經反射性作用，以及中毒（前列腺肥大時之氮血症）等。

口內苦味 這是消化及全身營養障礙的結果，往往是由於胃及腸逆蠕動和通過血液的自身中毒所致。較多發生於肝臟及胆道疾病時。

舌苔 由於局部的原因所致，如細胞脫落過多，唾液分泌低下，咀嚼缺乏，粘液和細菌的蓄積，以及伴有逆蠕動的胃腸排出障礙。舌苔亦見於胃炎、腸梗阻、寄生蟲病等時。

油漆舌 萎縮的，赤裸的，作為維生素缺乏症的指標時，具有極大的意義（尤其是抗糙皮病性維生素的不足），往往同時伴有胃及腸粘膜的萎縮（Мудров 氏認為舌乃是「胃的招牌」）。口角炎是維生素甲和維生素乙₂（核黃素）不足的表現。

地圖舌（舌的濕疹） 是舌的表面上皮大量脫落而致的匍行樣病灶；這種病灶的中央部逐漸癒合，邊緣不齊，呈地圖樣；其經過中有灼熱及癢感；如用硝酸銀治療，見效迅速。

粘膜白斑病 口腔粘膜白斑病是散處於舌粘膜上的小而稍隆起的微白色病灶，有時呈乳頭狀，或角質狀；在頰粘膜、齒齦、口唇上出現者較少。常見於吸煙人或梅毒患者，可能轉變為癌瘤。病程頑固，但有時也能不經治療而自行痊癒。治療宜以手術除去乳頭或進行X射綫療法。

口 炎

口炎是口腔粘膜（頰、齒齦、舌）的炎症。可能是急性或慢性的，其嚴重程度不一，性質

有卡他性、濾泡性、潰瘍性和壞疽性各型。口炎的原因頗為繁多：極明顯的機械性和化學性刺激——鑲裝得不合式的假牙、藥物和工業品的中毒；一部分是自體中毒——如尿毒症、變態反應、營養障礙，尤其是維生素缺乏症；各種傳染，尋常自體傳染和各種外因性特殊傳染，尤其是在機體的一般免疫力低弱時。口炎往往是因機體反應性的變化、營養不良（尤其是小兒）而發生的。

在大多數病例，嚴重的口炎（潰瘍性或壞疽性的）呈現全身神經營養障礙的特性；這一類口腔疾患，很容易以動物實驗方式，刺激中樞神經和末梢神經系統之某些部分而表演出來，這一情況在巴甫洛夫和斯別蘭斯基的實驗室中曾經確切證明。比較輕的口炎（尤其是濾泡性口炎），在個別患者，很容易因各種不同的刺激而再發；這一類口炎大約是一種神經變態反應性，或更正確地說，條件反射性和痕跡性反應。

形態上類似的口炎（濾泡性、潰瘍性）可能由不同的原因而引起。舌粘膜和齒齦粘膜極為敏感，甚易遭受不良影響（化學的及溫度的損害、燙傷、牙齒感染等），並且也極易查明。屬於傳染病和外科的許多口腔疾病（傳染性鵝口瘡、結核、梅毒、口腔癌腫等），本書內不事涉及。本書其他章內，將敘述惡性貧血、胃液缺乏性萎黃病、糙皮病、斯潑盧所引起的口炎、壞血病中發生的口炎（齒齦炎），以及尿毒症中的口炎等。

濾泡性口炎 其特徵是大多起於口唇內面，舌的邊緣和頰部的疼痛性小疱；破裂後遺留細小的潰瘍，其底部呈灰黃色，邊緣則呈鮮紅色；小兒患本病時通常發熱；其特性是：急性經過，恢復迅速及復發的多見。原因極為不一，而且有時不明；對各種有害因素的變態反應也有相當的意義，有時也可能是由於一種輕的感染（濾過性病毒？）。

治療——根據各種原因，進行一般的治療；局部用無刺激性的溶液（過錳酸鉀、過氧化氫，所謂氧氣療法）作口腔含嗽，用硝酸銀、硫酸銅、氯化鋅、次甲藍等。

潰瘍性口炎 是由梭菌和螺旋體混合感染而引起的。主訴有流涎、口臭、咀嚼疼痛。此外，也可能有全身症狀，尤其是兒童；此時本病經過像一種伴有發熱和麻疹樣皮疹的流行病。齒齦充血，腫脹，出血；其後形成潰瘍，潰瘍底部有緻密和不易剝離的灰白色薄膜，頷下淋巴腺腫大。在嚴重的病例內，牙齒脫落，齒槽突壞死。

治療——宜用青黴素療法，用革蘭氏陽性滅菌素溶液嗽口。過去使用2—4% 氯酸鉀嗽口，以及用此藥的粉末撒布於潰瘍上，用硝酸銀腐蝕，以過錳酸鹽溶液洗滌口腔，靜脈內注射九一四等。

汞性口炎 因用汞軟膏摩擦療法，內服甘汞以及職業性汞中毒等而發生。自覺症狀：流涎，咀嚼困難，口腔內有金屬味及口臭；舌及齒齦紅腫疼痛；粘膜上可能形成潰瘍，牙齒脫落，甚至發生下頷骨壞疽等。

必須停止使用重金屬；為改善汞的經腎排泄，宜給予大量鹼性飲料、流質食物；對流涎宜用阿託品，如發生潰瘍，宜用青黴素。

鉍性口炎的經過與汞性口炎類似。

壞疽性口炎（走馬疳） 齒齦或頰粘膜組織的壞疽性分解，迅速造成組織的無痛硬固和穿孔，因此，唾液和攝取的液體及食物，即使在口腔緊閉時，也會向外流出。有時累及舌、頷骨、眼瞼、耳及陰囊，但較少見。

壞疽性口炎多發生於白血球防禦機能非常減弱時，大都成為伴有白血球減少的傳染

病的併發病(腸傷寒、麻疹、瘧疾、黑熱病)及粒性白血性減少症、成形不全性貧血、急性白血病等血液疾病的併發病。本病經過中,有嚴重的全身症狀和併發病:發熱、心動過速、衰竭、腹瀉、吸入性肺炎及敗血病。

從前使用的各種治療方法,如燒灼法、腐蝕法、過錳酸鉀,局部九一四撒布等,奏效極微,且在外面殘留瘻管。青黴素和輸血法的早期使用(參攷粒性白血球減少症和成形不全性貧血節)奏效頗佳。用革蘭氏陽性滅菌素含嗽(4%溶液 1—2 毫升對水一杯)。

急性腮腺炎 (1)在流行性腮腺炎時,腮腺炎是濾過性病毒感染的主要定位所在,同時胰腺和睪丸也有時被侵;(2)其次成為伴有涎腺感染的嚴重傷寒病和肺炎的併發病,這種感染大半是通過血液或涎管的球菌性感染。

治療宜用溫敷、高週波電流療法、磺胺、青黴素等;化膿時,須切開。

慢性腮腺炎 多發生於汞中毒、梅毒、慢性腎炎等時。症狀:流涎,腮腺腫大,通常不甚疼痛。特有的症狀是涎腺和淚腺的對稱的慢性,無痛性腫大;這種腫大的性質往往是結締組織的增生,有時為梅毒或結核性,或因白血病性浸潤而發生(所謂 Mikulicz 氏病或綜合病徵)。飲食性營養不良時發生的腮腺炎,可能是由於大量脫落的上皮細胞(維生素 A 缺乏現象)堵塞涎腺排泄管之故。

頰下腺排泄管結石 在行涎腺排泄管插管術或 X 射綫檢查時,可以發見。

病灶性口腔傳染 多見於齲齒、齒槽膿漏、齒根尖膿腫、慢性扁桃腺炎時。在一定條件下,上述各病灶成為慢性敗血性的,特別是鏈球菌性傳染的侵入門戶——所謂口腔性敗血病或扁桃腺性敗血病;這一類敗血病的經過中有關節炎、心內膜炎、心肌炎、膽囊炎、闌尾炎、腎盂炎、腎炎等現象;這些病灶又是胃腸道疾患(胃炎、腸炎)和支氣管疾患(支氣管擴張)的根源。此外也應注意到病灶性傳染對許多不同病理過程發生影響的神經反射機理。如能消除病灶或改善其情況,即足以產生良好的作用,因為這樣可以消除中毒傳染作用和神經反射性刺激灶。

食管疾患

食管炎

食管炎 就是食管的炎症(非特異性的)。其原因如下:局部刺激(腐蝕性酸類和鹼類所引起的灼傷、持久性嘔吐、探子使用等)、局部傳染灶(扁桃腺、牙齒、胆囊、闌尾等)和全身性傳染(猩紅熱、敗血病等)。本病可分為急性(潰瘍性)、亞急性和慢性三種。

臨床三徵:疼痛、下嚥困難和嘔吐(往往帶血)。但在本病炎性病變進行中,有時並無自覺症狀。

本病的灼熱性胸骨後疼痛與消化性潰瘍的疼痛不同,攝取食物或鹼劑之後並不減輕。下嚥,尤其是嚥下固體食物時,疼痛加劇。常有嘔血,甚至大量的嘔血。可能發生食管穿孔;從而引起急性縱隔炎的徵候。

為了否定癌腫和特異性疾患(結核、梅毒),最精確的診斷方法,是進行食管窺鏡檢查,並採取材料,進行活體檢查。食管炎須與膽囊炎、胃潰瘍、十二指腸炎、急性腹膜炎等進行鑑別,因為有時可能發生互相類似的症狀。

預防及治療:為預防食管炎,須制止頑固性嘔吐,避免頻繁及粗暴地使用食管探子,

因這時可能發生食管的創傷。腐蝕性物質所引起的灼傷病例，宜早期進行洗胃（使腐蝕性物質排出）。給患者以無刺激性的食物；吞服冰塊和冰淇淋等；在急性期中，頸部及胸部放置冰囊，內服橄欖油、巴旦杏乳以及碳酸鉍、重碳酸鈉、加入嗎啡的樹膠油性合劑。靜脈內注射葡萄糖，皮下注射阿託品和嗎啡。慢性病例，宜內服硝酸銀溶液。有續發食管狹窄時，宜進行探條擴張術。

食管癌

病原學 男子患本病者較多，約合女子的五倍，特別多見於好飲酒者、飲食不規則、牙齒不良的人。年齡方面，大部分在50—60歲或以上。臨床上，僅在極少數病例，判明與某些癌瘤前疾病、食管炎（在胃液缺乏性萎黃病時）和化學性灼傷後瘢痕形成等有聯繫。

病理解剖 男子的食管癌多發生於賁門附近，逐漸蔓延及於胃部，或見於食管中三分之一和下三分之一的交界處；女子的食管癌多起自咽下部而發生於食管上部。通常所見的使食管內腔顯著狹小，有時並沿食管蔓延，有環狀腫瘤。除伴有因癌性浸潤和纖維組織收縮所致之管腔狹窄的主要病型外，尚有潰瘍型和息肉型。

行顯微鏡檢查時，多數食管癌是由扁平上皮細胞組成，具有極端惡性的發展，早期就向頸部淋巴腺及縱隔轉移，即使在很少見的癌瘤表面蔓延，並不侵及粘膜下層及肌層的例內，也是如此。

臨床病象 有三個基本徵候，即下嚥困難、食物反流和疼痛。

下嚥困難是最早發生的症狀；最初，吞嚥固體食物（馬鈴薯、麵包、蘋果）時發生阻滯，繼之粥狀食物也是如此。患者不能迅速進食，食管有異物感〔樁樣感〕，以及食物停滯的感覺；食團通過食管時發生疼痛者較為少見。有時可能因腫瘤崩解而下嚥暫時改善。最後，吞嚥液體時，也發生困難。

由於阻塞的結果，進食後不久，尤其是攝取液體後，出現反流或食管性嘔吐；若管腔完全閉塞，嘔出物有時混有血液或腫瘤組織的碎塊；此外也發生流涎。疼痛通常在腫瘤侵及臨近器官或食管穿孔的晚期中出現；通常疼痛呈持續性（痙攣樣的疼痛比較罕見），位於深部和後面，有時很劇，無典型的放散性。常有些患者，幾乎沒有自覺症狀，特別是如果能設法解除口渴的話；食慾往往很早即大為減退。衰弱，消瘦，脫水，皮膚鬆皺、蒼白等現象不斷增劇，但血液成分尚無顯著的變化。

用鉗餐進行X射綫檢查時，可以發見食管的癌性狹窄（圖127）；這個狹窄部分，通常是不對稱的，並且伴有一個蠕動消失地帶。在髓樣癌瘤例內，腫瘤部可見充填不全，腫瘤邊緣凹凸不齊，狹窄部上方無顯著擴張。癌瘤的上界併發痙攣而呈現其常見的X射綫變化。硬癌病例，往往可見圓形缺損，腫瘤的上方有中等度的食管擴張。

病程、病型及併發病 發病通常是漸進性的，病情逐漸加重，惡病質出現甚晚。在表淺的食管癌病例，向頸淋巴腺和肝臟的轉移可能成為最早的徵狀。患者通常在發

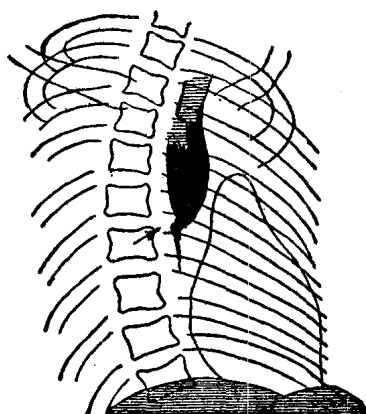


圖 127. 食管的癌性狹窄，邊緣凹凸不齊。

病後3—9個月因支氣管肺炎而死亡；硬癌病例，死亡發生較晚，有時遲至發病後2年。

癌瘤位於賁門部時，除下嚥障礙之外，很早就出現貧血和惡病質，同時也像原發性賁門部胃癌一樣，發生反射性的狹心症。

食管癌其他症狀和併發病，尚有頑固性呃逆，特別是當癌瘤位於食道下部時，尤為顯著；腫瘤或轉移性病灶壓迫喉返神經時，有聲音嘶啞或失音症；發生潰瘍時，能引起大量的甚至致死性的流血。食管穿孔時，形成食管支氣管瘻或食管總氣管瘻；這種瘻管引起劇烈的咳嗽，或甚至有窒息的危險；瘻管也足以引起肺的續發化膿性傳染或急性化膿性縱隔炎，因而往往加速死亡。此外，也可能發生向胸膜腔、主動脈、心包腔的穿孔，以及脊椎的侵蝕。

診斷及鑑別診斷 患者通常在未被重視的輕微症狀出現後半年左右，才想到就醫求治，所以早期診斷相當困難。患者如有顯著下嚥障礙，首先應想到食管癌瘤存在的可能，尤其年齡在50歲以上，最初呈現對於固體食物吞嚥的困難，其後才及於軟性和液體食物，而且一切症狀的出現不到一年而無疼痛（歷年很多的下嚥困難往往由瘢痕或其他良性病變所引起）。在2/5病例中，下嚥困難正是由癌瘤所造成。詳細檢查患者時，可以發見頸淋巴腺及肝臟的轉移灶。食管窺鏡及活體組織檢查頗難施行，但能確實地決定診斷；相反的，過去使用的有危險性的食管探子檢查，並不能解決問題。通常X射綫檢查有決定性作用，首先應攝製綜覽性X射綫照片，藉以判明異物和食管以外縱隔腫瘤的有無。

在鑑別診斷方面，必須與以下各種疾病區別：（1）縱隔腫瘤，包括主動脈瘤和支氣管癌瘤在內。但事實上這些疾病很少產生嚴重的下嚥困難；（2）特發性食管擴張。進行X射綫檢查，可見典型的對稱的漏斗形狹窄，在鉗餐沉積上面，有顯著的擴張部及厚層的液體；（3）炎症瘢痕性狹窄。必有確定的病歷資料，作為鑑別的根據；（4）在X射綫上與癌瘤難以區別疾病：食管結核（通常同時有活動性肺結核）、梅毒性病變，以及往往伴有痙攣的食管消化性潰瘍。梅毒患者往往發生癌瘤但無食管的梅毒性病變；（5）胃液缺乏性萎黃病的貧血性食管炎（所謂Plummer-Winson氏綜合病徵）；病理解剖變化是顯著的角化，上皮的脫落和食管肌層的變性（也包括舌及咽下部）。本病患者通常是40歲或40歲以上的女子，主訴有口腔及舌的疼痛、下嚥困難，有時甚至絕對不能吞嚥未泡軟的固體食物；但胃探子却能暢通無阻地到達胃內。此外尚有胃液缺乏性萎黃病的其他顯明症狀，如舌平滑、潮紅、口角裂傷等。此種食管炎可能引起胃及食管的癌瘤。鈎蟲病貧血、斯潑盧貧血時，也可以發生這樣的食管炎及舌炎。吞嚥鉗餐時在X射綫的螢光板上，可以看到食道痙攣局限於食管的上端或下端。這種痙攣伴有咽內異物感覺，同時患者不能吞嚥固體食物。這種痙攣是反射性的，由於隣近器官疾患而發生，如喉頭的結核性、梅毒性和癌性潰瘍；此外，也可能在胃及十二指腸潰瘍、膽石病、子宮炎等時發生，或在精神衰弱的癌瘤恐怖時，以及癔病、癲癇、舞蹈病等時，主要因中樞神經系統障礙而發生；有時在破傷風、狂犬病時，也能看到。此際雖有痙攣，但胃探子仍能順利地通入胃內。用食管窺鏡亦可看到痙攣。痙攣蔓延及於食管的大部分的病例較為少見。用阿託品和精神療法能使痙攣減輕。

所謂癔病球即伴有咽部堵塞感覺的環咽肌的癔病性痙攣。患者吞嚥食物絕無障礙。此種現象多見於情緒不安定的少女。

另一種神經性下嚥困難類型的患者，通常是患食管癌或結核的青年人；他們並無食管阻塞的感覺，但由於他們確信自己不能吞嚥固體或流質食物，所以進食時，往往反覆咀嚼，

直到疲勞的程度。爲避免這種病態現象，宜用說服方法，重新養成患者的吞嚥習慣。

治療 蘇聯學者已研究出經腹腔和經胸膜腔切除食管癌的方法，以及大劑量的多部位X射線療法，但不論用前法或後法，僅有極少數病例，獲得根治。

在發生痙攣的情況下，爲減輕患者的痛苦，宜投予顛茄、腎上腺素；發生疼痛時，宜用阿斯匹林、可待因、嗎啡。吞嚥液體食物有顯著障礙時，可先插入絲綫導引器，然後再插入口徑粗細不一的探條擴大狹窄部分；但此法並不絕對安全。對脫水狀態，宜經由直腸、皮下或靜脈注入食鹽水和葡萄糖溶液。如食管完全閉塞及患者堅決要求時，可做胃造瘻術，以便輸入食物；但此手術在惡病質患者引起很大的死亡率，因此說明情況的絕望。

特發性食管擴張

特發性食管擴張，或所謂賁門痙攣，乃是以食管擴張並且不能排出其中食物爲表現的一種特殊疾病。大都見於30—50歲之間，在臨床上無明顯的病原。必須將本病與因癌腫性和其他性質的狹窄所引起的續發性食管擴張，以及反射性賁門痙攣（例如膽石病時）相鑑別。

病原學及發病原理 根據多數學者的意見，本病的原因是食管的神經肌肉裝置工作協調性的障礙、賁門和食管的運動失調；由於此等障礙，賁門在應開張時不能開張（所謂賁門弛緩不能），同時該部以上的肌肉收縮增強，食管擴大。堅硬的食管窺鏡不能越過賁門，所以以前的術語稱之爲「原發性賁門痙攣」。

有時本病起於營養障礙，尤其是維生素乙₁的不足；後者同時也引起食管的奧厄巴哈（Auerbach）氏神經叢的變性變化。在其他病例，這種植物性神經病變的原因迄今尙未判明。本病與各種全身性神經官能病在臨床上沒有確定的聯繫。有人認爲本病是膈的食道孔不開放或其痙攣（膈痙攣）的結果，但此說很少根據。

食管呈彎曲擴張（有時極顯著）狀，其壁有炎性變化，肥厚或非薄。即在屍體上，賁門也緊閉着。壁間神經叢（Auerbach氏神經叢）及食管的神經有變性變化。

臨床病象 臨床上，本病有三個主要徵候：疼痛、下嚥困難和反流。

疼痛往往是最早的一個症狀。疼痛是持續性的或者陣發性的，或發生於下嚥時，或與進食無關，甚至夜間，位於腹上部，並向胸骨後、頸部、下頷或背部及上肢放散。這種疼痛往往被認爲膽痙攣或心絞痛。有時祇要喝一口熱水或投予嗎啡後，疼痛即減輕。隨着疾病的發展，疼痛逐漸減輕而退爲次要位置。

下嚥困難的發生是漸進性的，或者患者也可能突然感覺嚥下的食物不能進到胃內，或至少要經過相當的時間，而且患者還能明確指出食物停留的部位。特別困難的是吞嚥涼水或含氣體的飲料。在一個短促的時期（1—2日）內，可能持續閉塞。有時如果患者急速一連飲水二三杯，就能將固體食物推入胃內，其後嚥下的水仍舊流出，但其中已不含食物。深呼吸和胸內壓力的增高足以幫助下嚥（例如將聲門緊閉，用力呼氣）；爲達此目的，患者將下頷緊貼胸部與用兩手支壁而立；像這樣的用力，有時甚至發生氣胸。患者通常避免在別人面前進食。

反流在進食之後立即發生，特別是在最初食管尙未擴張時；其後食物停留在因擴張而形成的食管囊內；即使在進食後數小時，反流仍能發生，從而影響夜間睡眠。反流又能使食

物被吸入肺內而引起慢性傳染，或甚至窒息。擴大食管的壓迫足以引起氣喘樣的呼吸困難發作。

患者有呃逆(尤其是在初期)和便秘(因食物量少之故)以及胃內氣體不能嚥出。患者通常顯著消瘦。在下胸椎部，可以聽到食物入胃聲變慢；食管極端擴張時，在脊柱兩側和胸骨上部，叩診音發實。

用X射綫檢查極易判定在賁門部中斷的食管擴張的典型狀態(圖128)；停滯在食管內的食物塊，可能被誤認為是充盈的缺損。探子可以直達胃內，僅賁門部有輕微的彈性抵抗。食管窺鏡檢查法對本病診斷的意義較小，有時所見狀態，似乎正常。

經過及併發病 發病通常為漸進性，各種症狀漸次緩緩增長，但偶爾亦有突然發病的。有時由於情緒的變動，症狀的好轉期與惡化期交替出現。本病足以影響孕婦和胎兒的營養而累及妊娠。本病患者可能發生胃潰瘍，這大約是因刺激縱隔內各種神經而引起的。

消瘦足以促進結核及精神病的發生。最常見的併發病是慢性支氣管炎和因食物反流及被吸入而造成的肺膿腫。因本病而死亡者幾乎都有支氣管擴張症。

鑑別診斷 特發性食管擴張，往往被誤診為比較多見的疾病，如膽絞痛或狹心症、肺結核(因吸入而致咳嗽、發熱和消瘦)、縱隔腫瘤(食管擴張所造成的陰影)等疾病，尤其容易被誤診為賁門癌瘤。但後者通常並無顯著的食管擴張，插入探子時，遇到阻礙；食管和賁門癰痕性狹窄病例，也是如此。食管憩室和胃赫尼亞，用X射綫詳細檢查，可以確診。

在常見的食管下端真正痙攣，早期胃癌或胃潰瘍(反射性痙攣)，以及神經官能病患者，下嚥困難並不是經常性的；即使發生，表現得也不十分明顯，而且投予解痙藥後即可消失；食物反流現象幾乎絕對沒有，疼痛不甚劇烈。X射綫檢查時，僅見輕度痙攣或甚至正常狀態。

較為嚴重的是腹腔疾病時發生的全部食管的反射性痙攣；但這種痙攣並不伴有食管擴張。

預後 嚴重，但如用正確而有效的療法，可以治癒。

治療 為預防肺臟的併發病，主要宜在夜間臨睡前徹底消除停滯於食管內的内容物。阿託品、苯丙胺(phenaminum)、腎上腺素等可產生暫時性的輕快。

比較有效的辦法是，用帶汞而沉重的探子，強制地使賁門開張，令患者吞下軟綫導引器，然後再用膠皮囊擴張括約肌等方法。過去也曾實行過食管擴張部與胃之間的吻合手術、賁門整型手術、交感神經切除術(根據迷走神經受損的可能)、通過食管窺鏡、治療食管潰瘍，或通過切開的胃，用手擴張賁門。嚴重病例，宜行胃造瘻術。

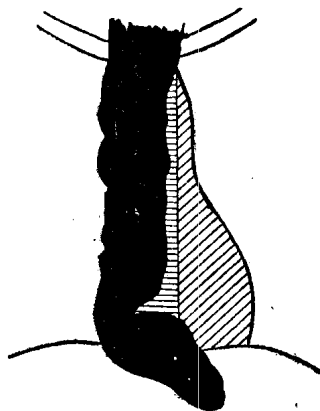


圖128. 特發性食管擴張(X射綫攝影食管的整齊邊緣和圓錐形狹窄)

食管的其他疾病

食管憩室 非因狹窄而起的食管管腔局限性擴張的食管憩室各型中，最典型者如下：