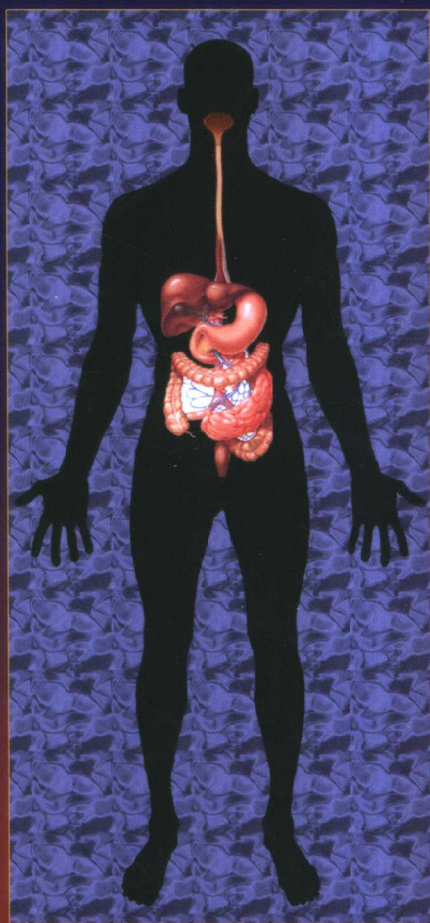


消化系统疾病诊断 与鉴别诊断学

主编 张顺财



科学出版社
www.sciencep.com

消化系统疾病诊断 与鉴别诊断学

主 编 张顺财

科 学 出 版 社

北 京

内 容 提 要

消化系统疾病在内科临床实践中占有重要的地位。消化系统疾病种类繁多,临床表现错综复杂,实验室和辅助检查项目较多且高新技术日新月异,临床医师在诊断上常存在一定的困难,因此编著一本能够全面反映消化内科诊断与鉴别诊断学的专著甚为重要,可为临床医师提供正确的诊断方法及思路。本书共 61 章,分上、下两篇,上篇主要介绍消化系统常见症状的鉴别诊断;下篇主要介绍消化系统常见疾病的诊断及鉴别诊断。全书内容力求新颖实用,重点放在诊断要点及诊断线路,希望能为广大医务工作者和医学生提供临床参考。

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疾病诊断与鉴别诊断学 / 张顺财主编. —北京:科学出版社, 2004.6

ISBN 7-03-013139-8

I. 消… II. 张… III. ①消化系统疾病-诊断 ②消化系统疾病-鉴别诊断 IV. R570.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 024447 号

责任编辑:黄 敏 王 晖 / 责任校对:刘小梅

责任印制:刘士平 / 封面设计:卢秋红

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

源海印刷有限责任公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2004 年 6 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2004 年 6 月第一次印刷 印张:30 1/4

印数:1—2 000 字数:719 000

定价:89.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈明辉〉)

《消化系统疾病诊断与鉴别诊断学》

编者名单

名誉主编 张希德

主 编 张顺财

副主编 涂传涛

编 者 (按姓氏笔画排序)

石 虹 任卫英 刘红春 许丽莉

孙剑勇 李 蕾 余为民 张顺财

周朝晖 胡世红 涂传涛 董 玲

前 言

消化系统涉及食管、胃、肠、肝胆、胰腺及腹膜。消化系统疾病种类繁多,且多为常见病、多发病,在内科临床实践中占有重要的地位。消化系统的疾病临床表现复杂,可有消化系统外的临床表现,而其他系统的疾病也可有消化系统的临床表现,形成一种错综复杂的临床表现网。这往往扰乱了临床医师正确的临床思维,给疾病的诊断带来一定的困难。

遵循循证医学,按正确的临床思维选择必要的辅助检查,去伪纳精,最后达到确诊,是每个临床医师须具备的基本功。同时,随着高新技术不断引入,人们对消化系统疾病的认识不断加深,使消化系统疾病的诊断水平日益提高。因此,编著一本能够全面反映消化内科诊断与鉴别诊断学的专著甚为重要,以为临床医师提供诊断及思路。

本书共分上、下两篇,上篇主要介绍消化系统常见症状的鉴别诊断,下篇主要介绍消化系统常见疾病的诊断及鉴别诊断。全书内容力求新颖实用,重点放在诊断要点及诊断线路,希望能为广大医务工作者和医学生提供临床参考。

参与本书编写的均是我复旦大学附属中山医院消化科的同事,他们学习努力、认真,思路敏捷,能够较快地接受新理论、新知识,临床基本功扎实。

本书的出版得到许多同志的支持和鼓励。首先要感谢我科张希德教授,是他鼓励我完成本书。同时,还需感谢我科朱无难教授、刘厚钰教授、王吉耀教授、夏德全教授、胡德昌教授、付志君教授,是他们给予我长期临床工作的培养和训练,才使我得以实现编著这本《消化系统疾病诊断与鉴别诊断学》的愿望。最后,感谢科学出版社的编辑们,他们为本书的顺利出版付出许多辛劳。

本书编著者年资不高,因此虽然倾注了大量的心血,付出了辛劳,但由于水平有限,书中不足之处和错误在所难免,恳请各位同道批评指正。

张顺财

于上海中山医院

目 录

上篇 常见症状诊断与鉴别诊断

第1章	吞咽困难	涂传涛	张顺财(3)
第2章	厌食、纳差	李 蕾	张顺财(11)
第3章	恶心和呕吐	李 蕾	张顺财(18)
第4章	上消化道出血	涂传涛	张顺财(27)
第5章	下消化道出血	张顺财	涂传涛(37)
第6章	腹部鼓胀	李 蕾	张顺财(48)
第7章	急性腹泻	涂传涛	张顺财(56)
第8章	慢性腹泻	涂传涛	张顺财(66)
第9章	急性腹痛	石 虹	(75)
第10章	慢性腹痛	石 虹	(89)
第11章	便秘	涂传涛	张顺财(101)
第12章	黄疸	周朝晖	张顺财(109)
第13章	腹水	张顺财	涂传涛(120)
第14章	腹部肿块	董 玲	(131)
第15章	肝大	余为民	(142)
第16章	脾大	孙剑勇	(158)

下篇 常见消化系统疾病诊断与鉴别诊断

第17章	反流性食管炎	张顺财	涂传涛(175)
第18章	食管癌	涂传涛	张顺财(181)
第19章	食管裂孔疝	涂传涛	(186)
第20章	食管贲门黏膜撕裂综合征	涂传涛	(189)
第21章	胃炎	任卫英	(192)
第22章	消化性溃疡	任卫英	(198)
第23章	胃癌	任卫英	(206)
第24章	十二指肠壅滞症	胡世红	(211)
第25章	其他胃部疾病	胡世红	(216)
第26章	急性出血坏死性肠炎	涂传涛	(223)

第 27 章	小肠肿瘤	李 蕾	张顺财(226)
第 28 章	肠梗阻	李 蕾	张顺财(231)
第 29 章	吸收不良综合征	李 蕾	张顺财(235)
第 30 章	克罗恩病		石 虹(240)
第 31 章	肠结核		石 虹(249)
第 32 章	其他小肠疾病		石 虹(255)
第 33 章	大肠癌	许丽莉	张顺财(267)
第 34 章	溃疡性结肠炎	张顺财	许丽莉(273)
第 35 章	蛋白丢失性胃肠病		涂传涛(280)
第 36 章	缺血性肠病		张顺财(284)
第 37 章	肠易激综合征		张顺财(291)
第 38 章	脂肪肝	涂传涛	张顺财(298)
第 39 章	病毒性肝炎		张顺财(304)
第 40 章	自身免疫性肝炎		周朝晖(310)
第 41 章	酒精性肝病	涂传涛	张顺财(316)
第 42 章	药物性肝病		刘红春(323)
第 43 章	肝硬化		董 玲(329)
第 44 章	原发性肝癌		董 玲(336)
第 45 章	肝脏其他肿瘤与囊肿		董 玲(341)
第 46 章	肝性脑病	涂传涛	张顺财(346)
第 47 章	门静脉高压症	涂传涛	张顺财(352)
第 48 章	肝肾综合征	涂传涛	张顺财(360)
第 49 章	肝肺综合征		孙剑勇(366)
第 50 章	原发性硬化性胆管炎		张顺财(371)
第 51 章	妊娠期肝病		张顺财(379)
第 52 章	肝脏感染性疾病	李 蕾	(389)
第 53 章	可疑肝病的诊断程序		张顺财(405)
第 54 章	胆石症		刘红春(413)
第 55 章	胆道肿瘤		刘红春(417)
第 56 章	急性胰腺炎		张顺财(421)
第 57 章	慢性胰腺炎和胰腺功能不全		张顺财(429)
第 58 章	胰腺癌	张顺财	涂传涛(438)
第 59 章	自发性细菌性腹膜炎	张顺财	涂传涛(447)
第 60 章	结核性腹膜炎		张顺财(453)
第 61 章	肝移植		张顺财(461)
主要参考文献			(470)
索引			(471)

上篇 常见症状诊断 与鉴别诊断

第 1 章 吞 咽 困 难

吞咽困难(dysphagia)是指吞咽费力,食物从咽到胃的推进过程受阻而引起的梗阻感或“发噎”,吞咽过程时间过长,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。吞咽困难是临床上常见的症状之一。常见主诉是食物在吞咽时“被堵住”。引起吞咽困难的原因较多,可能是功能性的,也可能是器质性的;可能因局部病变所引起,也可能由全身性病变所致,往往涉及许多临床科室。

第 1 节 病因及发病机制

吞咽是一种复杂的反射动作,食物在口腔内经咀嚼、搅拌,由唾液湿润,变成食团,然后被吞咽,经咽和食管入胃。它包括随意的和不随意的肌肉运动,要求口腔、咽喉和食管的肌肉协调运动。根据食团在吞咽时所经历的部位,可将吞咽动作分为三个时期:

(1) 由口腔到咽:此期是大脑皮质支配下的随意运动,开始时舌尖上举触及硬腭,然后,主要由下颌舌骨肌的收缩,把食团推向软腭后方至咽部。

(2) 由咽到食管上端:这是通过一系列急速的反射动作而实现的。由于食团刺激了软腭部的感受器,引起一系列的反射性收缩,结果使软腭上升,咽后壁向前突出,封闭鼻咽通道,声带内收,喉头升高并向前紧贴会厌,封闭咽与气管的通道,呼吸暂时停止;由于喉头前移,食管上口张开,食团就从咽被推入食管。

(3) 沿食管下行至胃:这是由食管肌肉顺序收缩而实现的。食管蠕动性收缩的同时,食管下端的括约肌松弛,将食团送入胃内。

支配吞咽动作的冲动传入神经来自软腭的三叉神经、咽后壁的舌神经及来自会厌的迷走神经。支配肌肉运动的传出神经为三叉神经、舌咽神经及舌下神经。吞咽反射的中枢在延髓。当上述神经功能发生故障时,吞咽动作也会发生故障。因此,成功的吞咽动作要求神经、肌肉和解剖结构之间的功能保持高度的协调性,其中任何一个环节出现了器质性或功能性障碍均可引起吞咽困难。

吞咽困难的病因比较复杂,可由口咽部疾病、食管疾病、神经肌肉疾病和全身性疾病引起(表 1-1)。一般将吞咽困难分为两种类型:口咽型吞咽困难和食管型吞咽困难。前者指食团从口腔到上段食管的传送异常;后者是食管本身的机械性或运动功能异常所致。

表 1-1 吞咽困难的病因

口咽部疾病 溃疡性口炎或咽炎 咽白喉	咽结核 咽喉肿瘤 咽后壁脓肿
--------------------------	----------------------

续表

食管疾病	重症肌无力
食管炎, Barrett 食管	代谢性肌病(如甲状腺性疾病、肌营养不良等)
食管溃疡	头颅外伤
食管憩室与憩室炎	脑瘫
食管结核	吉兰-巴雷综合征
食管裂孔疝	多发性硬化
先天性食管异常	全身性疾病
食管瘢痕性狭窄	破伤风
食管贲门失弛缓症	狂犬病
食管受压(纵隔肿瘤、甲状腺肿大、大量心包积液、 主动脉瘤等)	肉毒中毒
神经肌肉疾病	土的宁中毒
多发性肌炎/皮肌炎	酒精中毒
	缺铁性吞咽困难(Plummer-Vinson 综合征)

第2节 临床表现

一、主要症状和体征

1. 主要症状

主要症状是吞咽困难或障碍。注意询问下列要点:

(1) 部位:患者如能明确指出吞咽困难在胸部梗阻的部位,则该局部常提示病变处。如位于胸骨下部或剑突下,病变可能在食管的远端。发生在口内时常有咀嚼、食团集聚、吞咽起始等方面的困难;发生在咽部则症状出现在吞咽时;若食管部位的病变症状由吞咽引起,可伴有胸骨后疼痛。

(2) 食物类型:对诊断有提示作用,仅对固体食物有吞咽困难,食团可借助于喝水通过,提示腔内有不十分严重的机械性梗阻。

(3) 病程和发生时间:询问是与某些事件(如脑血管意外、服药丸时梗阻)有关的突然起病,还是慢性起病;是经常性的,还是间歇性的发病。暂时性吞咽困难可能为炎症引起,进行性吞咽困难应高度怀疑食管癌的可能,有多年病史的、间歇性对固体食物吞咽困难提示为良性疾病。

(4) 体位:与体位有关的吞咽困难很可能是功能性的。

2. 伴随的症状

(1) 伴咽痛或吞咽痛:见于急性咽炎、急性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、咽后壁周围脓肿、口腔溃疡、咽喉部白喉等。

(2) 伴有胸骨后疼痛:见于食管炎、食管溃疡、食管裂孔疝、食管异物、食管癌、纵隔炎等。

(3) 伴有呃逆:见于膈疝、贲门失弛缓症等。

(4) 伴有食物反流或餐后呛咳:见于反流性食管炎、咽或食管憩室、贲门失弛缓症等。

(5) 伴有呛咳、构音困难、饮水反流到鼻腔:见于脑神经疾病。

(6) 伴有哮喘、呼吸困难:见于食管受压(纵隔肿瘤、甲状腺肿大、大量心包积液、主动脉瘤等)。

(7) 伴有咀嚼无力、全身乏力:见于重症肌无力、多发性肌炎等。

(8) 伴有全身阵发性肌肉痉挛:见于破伤风、狂犬病等。

(9) 伴有贫血:见于缺铁性吞咽困难、晚期食管癌等。

3. 体征

(1) 一般情况:有无贫血、脱水,营养状态。

(2) 咽部:扁桃体有无肿大、发红、化脓,咽后壁有无肿胀、触痛和波动感等。

(3) 颈部:有无甲状腺肿大,有无异常包块,局部有无炎症、压痛,颈椎有无异常,颈部活动是否受限。

(4) 胸部:纵隔有无增宽,心界是否扩大等。

(5) 神经系统:有无延髓性麻痹或假性延髓性麻痹体征,有无构音障碍、发音困难、上睑下垂、舌萎缩、颌反射亢进,肌张力和肌力有无减弱或增强,病理反射是否阳性等。

二、实验室检查

1. 血常规及红细胞沉降率检查

缺铁性吞咽困难可有小细胞性贫血,血细胞沉降率增快常见于肿瘤、结核等疾病,炎症性疾病可有白细胞升高。

2. 血生化检查

血电解质 Na^+ 、 K^+ 、 Ca^{2+} 、 Cl^- 、尿素氮(BUN)和二氧化碳结合力等。

3. 饮水试验

患者采取坐位,检查者将听诊器体件放置于患者剑突下左侧腹壁,让患者饮水一口,如食管无梗阻,则于8~10s内可听到典型的瑟鸣音;若需时较长则表示有食管梗阻。

4. X线钡餐检查

咽与食管的钡餐造影检查是诊断吞咽困难的最基本的方法,包括传统的单对比造影、双重对比造影和动态造影三种方法。前两种方法可用点片记录,动态造影必须用录像法记录其动态表现,后两种方法最好能同时结合进行,可以全面了解咽和食管结构和功能方面的情况。此外,X线检查还可以发现有无纵隔肿瘤、胃食管反流、心血管异常等。

5. 内镜检查及活组织病理学检查

此项检查应用较广,具有直观可靠的优点。可明确有无异物、狭窄、肿瘤、憩室、炎症及先天性异常等。必要时可取活组织病理学检查。

6. 头、颈、胸的CT或MRI检查

对占位性病变、脑血管病变、解剖结构异常及纵隔疾病的诊断有帮助。

7. 食管压力测定和24小时食管内pH监测

对明确胃食管反流等功能性疾病甚有帮助。

8. 其他

必要时可做心电图、神经传导功能检查。

第3节 诊断与鉴别诊断

临床上对吞咽困难的识别并不困难,重要的是如何明确吞咽困难的具体病因,这对于如何更

好地处理吞咽困难尤为关键。对于大多数病例,通过详细的病史询问和体格检查,可明确诊断。

1. 是口咽型吞咽困难还是食管型吞咽困难

根据临床特点及实验室检查,分为口咽型与食管型吞咽困难。

口咽型吞咽困难的特点:不能发起吞咽动作,症状包括咽部发堵感、鼻腔反食和吞咽后咳嗽,有些患者还会伴有流液、明显的呼吸吸入和构音障碍。口咽型吞咽困难提示口、咽、喉部或食管上端括约肌有功能性或结构性异常。

食管型吞咽困难的特点:咽下时常感胸骨后胀满、哽咽,并可指出哽咽的部位。食管中段病变引起吞咽困难时,吞咽后 2~5s 出现哽噎感,部位在胸骨下。食管中段病变吞咽后 5~15s 出现哽噎感,部位在剑突下,病人还可能主诉梗阻感发生在颈部下段。食管型吞咽困难提示食管有器质性或功能性障碍。

2. 吞咽困难的具体病因

根据病史特点,结合体征和实验室检查进一步探索吞咽困难的病因(参见本章第 4 节)。

3. 注意咽癭球的鉴别

本病是主观上有某种说不清的东西或团块,在喉后壁下部环状软骨水平处引起胀满、受压或阻塞等不适感,可能与咽肌或食管上端括约肌的功能失调有关。此症多见于女性。多有精神因素,患者性格上有强迫观念,经常做吞咽动作以求解决症状。实际上,在进食时症状消失,并无咽下困难。无进行性加重现象。长期无体重减轻,营养状态良好。客观检查包括 X 线钡餐造影、纤维内镜等,均无阳性发现。

4. 吞咽困难的诊断线路

见图 1-1。

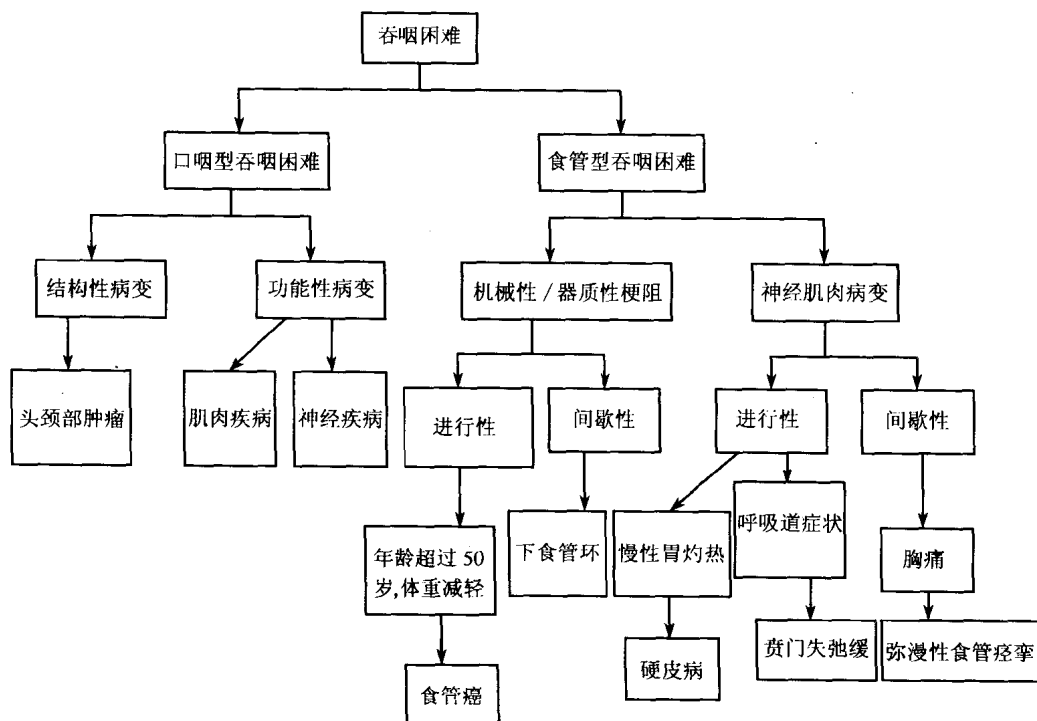


图 1-1 吞咽困难的诊断线路

第4节 吞咽困难的常见病因各论

一、口咽型吞咽困难

1. Zenker 憩室

即咽食管憩室,由咽后壁咽肌缺陷形成。憩室位于食管上括约肌的上方,囊向后突出。当囊内充满食物时,可压迫食管而出现吞咽困难。病人常在50岁后出现不同程度的症状,包括食物的转运困难、反食、呼吸道吸入、口臭、颈部肿块感和进食后立即咳嗽等。食管钡餐检查从侧位观察环咽部可以明确诊断。由于插镜困难和可能引起穿孔,一般禁忌内镜检查。

2. 扁桃体周围脓肿

扁桃体周围脓肿是扁桃体周围组织的化脓性炎症,致病菌通常为乙型溶血性链球菌和葡萄球菌。一般好发于儿童及青年人,有发热、畏寒、乏力、头痛、咽痛等症状。咽痛逐渐加重,并向患侧耳部放射。病人张口和吞咽时均感困难和疼痛。查体可见病侧扁桃体发红、肿大,其表面常有脓性渗出物。血象白细胞明显升高且中性粒细胞有核左移。抗生素治疗有效。

3. 咽后壁脓肿

咽后壁脓肿的原发感染常为上呼吸道病灶。细菌经淋巴道传播而引起此病。患者以婴幼儿最多见,成人较少发病。除张口疼痛、吞咽困难外,患者还有畏寒、发热、乏力和纳差等症状。体检可见咽后壁充血、肿大,有脓性渗出物,颌下及颈部淋巴结肿大。白细胞明显升高,超过 $1.0 \times 10^9/L$,其中以中性粒细胞为主,严重者可出现核左移。应用抗生素或切开引流效果好。

4. 咽(喉)白喉

白喉是白喉杆菌引起的急性传染病。其临床特征是咽、喉、鼻等处假膜形成,有全身中毒症状如发热、乏力、恶心、呕吐、头痛等。咽、喉白喉可引起吞咽疼痛与吞咽困难,但一般不甚剧烈。

5. 喉结核

多由开放的肺结核经气道播散而来,原发于喉部的结核极少。其病变可分为浸润型、溃疡型和肿块型三种类型。可引起剧烈的疼痛与吞咽困难。病人有结核中毒症状:低热、盗汗、乏力、消瘦等。绝大多数同时有咳嗽、胸痛等肺部症状。X线胸片可有结核性改变。

6. 中枢神经及脑神经病变

(1) 由面神经麻痹引起者,特别是两侧面神经麻痹,食物积存在口腔两侧颊部,不利于吞咽,同时伴有唾液分泌减少,这样更使吞咽困难加重,伴味觉障碍,泪液分泌减小。

(2) 由舌下神经麻痹引起者,舌运动功能障碍,并发生咀嚼及吞咽困难;同时伴有构音障碍。

(3) 由舌咽、迷走神经麻痹引起者,因出现软腭麻痹而发生吞咽困难,同时伴有呛咳,饮水可自鼻孔流出,讲话有鼻音。

(4) 后组脑神经(舌咽神经、迷走神经、舌下神经)的核性或核下性损伤则产生延髓性麻

痹,可出现吞咽困难,同时伴有言语不清、饮水反呛、咀嚼无力、舌肌萎缩、咽反射消失等。

(5) 由脑血管意外、脑外伤、脑炎等引起的双侧大脑皮质或皮质脑干束损伤产生的假性延髓性麻痹(假性球麻痹),症状与延髓性麻痹相似,但讲话困难比吞咽困难更明显,常伴有强哭强笑等情感反应,咽反射消失,椎体束征阳性。

7. 肌肉疾病

重症肌无力属于自身免疫性疾病,其特征是神经肌肉接头的乙酰胆碱受体呈进行性破坏。当累及延髓支配的肌肉时,可出现吞咽困难,吞咽困难随着进食时间的延长而逐渐加重,同时伴有全身乏力、咀嚼困难、单侧或双侧上睑下垂、复视、饮水反呛等。病人营养状况差,可见明显消瘦。

8. 结缔组织疾病

多发性肌炎及皮肌炎均可累及食管。横纹肌的炎症会导致咽部收缩肌收缩波幅的减弱。多数患者有发热、咽痛、倦怠、肌痛、肌肉压痛和肌无力等。根据免疫学检查、肌电图、肌酶、肌肉病理等可明确诊断。

9. 舌、咽、喉部肿瘤

在舌、咽、喉部有肿瘤时,除可发生吞咽困难外,因肿瘤的压迫和浸润的部位不同可有不同的症状。吞咽困难最常见于手术切除肿瘤后,有时在化疗后由于唾液腺的损伤致唾液分泌减少,导致症状加重。

二、食管型吞咽困难

1. 食管炎

食管炎是由多种原因构成的一组疾病。常见的病因有反流性食管炎、急性腐蚀性食管炎、念珠菌性食管炎、反流性食管炎、真菌性食管炎等。其中以反流性食管炎最常见,对于反流性食管炎的诊断参见有关章节。典型食管炎一般三大症状:疼痛、吞咽困难和呕血或黑便。疼痛可以是吞咽痛、胸骨后疼痛或心窝部灼痛,有时向其他部位放射。根据既往病史及临床特点,结合X线钡餐造影、纤维内镜检查多能明确诊断。

2. 食管癌

以机械性梗阻为主要表现,特点是进行性吞咽困难,在发病早期进食固体食物发生吞咽哽噎感或不适感,直至吞咽困难,以后进液体食物时也发生困难。多发于中年以上的男性,同时伴有体重减轻。此病恶性程度较高,易早期发生转移,预后差。食管吞钡造影检查、纤维食管镜检查及活检能明确诊断。

3. 食管良性肿瘤

食管良性肿瘤罕见。其中以平滑肌瘤占大多数,其他良性肿瘤包括纤维血管性肉瘤、脂肪瘤、血管瘤和错构瘤等。食管良性肿瘤较少引起吞咽困难。病情进展较慢,病程长,症状轻微。部分患者在做钡餐造影检查或因其他疾病做胃镜检查时无意中发现。手术或内镜下治疗效果良好,预后较佳。

4. 贲门失弛缓症

属食管动力障碍性疾病,其特征是正常的食管蠕动消失和食管下端括约肌(LES)松弛

障碍。贲门失弛缓症的病因未明,可能因食管的肌间神经丛功能障碍引起食管肌肉失去神经支配所致。本病可发生于任何年龄,但以 20~40 岁居多。临床上以吞咽困难、食物反流及胸骨后疼痛为最常见的症状。几乎所有的病人均在进食固体食物时出现吞咽困难。部分患者在进食液体食物时也有不同程度的吞咽困难。除吞咽困难外,患者还可有餐后胸部胀满感。餐后或夜间常有食物反流,从而引起咳嗽、吸入性肺炎,甚至窒息。X 线钡餐造影检查可见食管明显扩张,吞咽时缺乏进行性蠕动收缩,食管远端出现平滑肌对称性、逐渐变细的“鸟嘴征”。胸部 X 线检查也有助于诊断,表现为纵隔增宽,出现胸部气液平面和胃内气泡消失。食管镜检查:食管上中段明显扩张,下段狭窄,黏膜可能充血、水肿。必要时做活组织检查以排除肿瘤性疾病。食管压力测定可确诊贲门失弛缓症,表现为食管体部蠕动消失,食管下括约肌压力增强,吞咽时括约肌不全弛缓。

5. 食管憩室

食管憩室是由一层或多层食管组织向外膨胀引起。食管憩室可发生于食管的任何部分,但最多发生于食管上段,其次是中段食管与膈上食管。根据病理生理机制,食管憩室分为两种类型:膨出型憩室和牵拉型憩室。食管憩室的典型症状是间断性进食固体食物时出现吞咽困难。憩室可因食物潴留与刺激而继发炎症与溃疡,甚至发生出血和穿孔。食管憩室的诊断主要靠 X 线食管钡餐造影和内镜检查。

6. 食管良性狭窄

食管良性狭窄是反流性食管病的常见并发症,发生率为 1%~11%。其他良性狭窄的原因包括:腐蚀剂的作用、食管异物或外伤、药物性食管损伤、手术以及消化性食管溃疡等。食管良性狭窄的形成是纤维瘢痕、食管痉挛和水肿等综合性因素所致。病人的主要表现是:缓慢加重的进食固体食物时出现吞咽困难。严重狭窄病人可在进食液体食物时出现吞咽困难。同时伴有“烧心”感,但长期并无体重明显减轻。对食管良性狭窄的诊断依靠病史及临床症状特点,X 线钡餐造影可明确狭窄的具体部位和程度,在狭窄的上方可见食管扩张现象。单靠 X 线钡餐造影不能区分良性和恶性狭窄。一旦发现狭窄,内镜活检和细胞学检查是非常必要的。另一方面,良性狭窄本身也可发生恶变。

7. Barrett 食管

Barrett 食管是反流性食管病的常见并发症之一。长期的胃内容物反流引起相应的症状,逐渐出现吞咽固体食物困难,继而吞咽流质也困难。其他常见症状有食管痛、嗝气、体重下降和消化不良甚至呕血等。特征性 X 线检查改变为常有膈疝,食管-胃连接处开放,绝大多数病例有食管中段狭窄。做纤维食管镜黏膜活检有助于确诊,特征性病理改变是食管远端鳞状上皮被柱状上皮所取代。柱状上皮覆盖在食管黏膜上发生溃疡,称之为 Barrett 溃疡。此溃疡深而大,常伴有食管狭窄及食管裂孔疝。一般而言,单纯的 Barrett 食管本身并不引起明显的症状,一旦发生食管炎症、溃疡和狭窄,即可出现症状:吞咽困难、“烧心”感、胸骨后疼痛,甚至呕血、黑便等。特征的 X 线检查表现为类溃疡的龛影,多位于食管的下段,大部分病例有食管中段狭窄。纤维食管镜检查系诊断本病最可靠的手段,做黏膜活检有助于确诊。因 Barrett 食管可演变为腺癌,因此作为食管癌的癌前病变而备受关注。

8. 缺铁性吞咽困难

即 Plummer-Vinson 综合征。多发生于 30~50 岁的女性。病因常不清,缺铁是本病最

基本的因素。临床表现为缺铁性贫血、口角炎、舌病变和吞咽困难。吞咽困难多为间歇性。实验室检查呈小细胞低色素性贫血,铁代谢异常:血清铁含量降低,结合铁升高。纤维胃镜和X线食管钡餐造影可见食管蹼的存在。内镜活检可排除炎症和肿瘤性疾病。铁剂治疗有效。

9. 食管内异物

引起不同程度的吞咽困难和吞咽痛,有异物食入史,X线检查可见不透光的异物阴影。

10. 食管黏膜下脓肿

根据食管外伤史,近期的感染全身症状与食管局部症状,并结合吞钡或(和)食管镜检查不难诊断。

11. 食管受压

各种类型的纵隔肿瘤压迫食管、慢性纵隔炎症发生瘢痕性收缩、大量心包积液、高度左心房增大或主动脉瘤、甲状腺肿大等均可引起食管受压而出现吞咽困难。食管吞钡X线检查有助于诊断。

12. 食管先天性疾病

出生后或哺乳期出现的间歇性或经常性食后呕吐与吞咽困难。

(涂传涛 张顺财)