

XIAOHUABING JIANBIE ZHENDUAXUE

消化病 鉴别诊断学

主编 王孟薇 吴本俨 万 军



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

消化病鉴别诊断学

XIAOHUABING JIANBIE ZHENDUANXUE

主 编 王孟薇 吴本俨 万 军
副 主 编 董陆宁 宫桂花 蔡昌豪 张子其
学术秘书 吴道宏



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

消化病鉴别诊断学/王孟薇,吴本俨,万 军主编. —北京:人民军医出版社,2004. 5
ISBN 7-80194-050-4

I. 消… II. ①王…②吴…③万… III. 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(2003)第 086427 号

策划编辑:姚 磊	加工编辑:董陆宁	责任审读:余满松
版式设计:赫英华	封面设计:吴潮洪	责任监印:陈琪福
出 版 人:齐学进		
出版发行:人民军医出版社	经销:新华书店	
通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号	邮编:100842	
电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)		
传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)		
网址:www. pmmp. com. cn		

印刷:三河市印务有限公司	装订:春园装订厂
开本:787mm×1092mm	1/16
印张:30.25	字数:704 千字
版次:2004 年 5 月第 1 版	印次:2004 年 5 月第 1 次印刷
印数:0001~3500	
定价:78.00 元	

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

编著者名单

(以姓氏笔画为序)

万 军	解放军总医院南楼消化科	主任医师
王 节	解放军总医院南楼超声室	主任医师
王刚石	解放军总医院南楼消化科	博士
王孟薇	解放军总医院南楼消化科	教授
邓 涛	解放军总医院南楼消化科	博士
叶惠义	解放军总医院放射科	副主任医师
田嘉禾	解放军总医院核医学科	教授
令狐恩强	解放军总医院消化科	主任医师
伍银桥	解放军总医院南楼消化科	博士
孙 红	解放军总医院放射科	副主任医师
刘雁翎	解放军总医院核医学科	副主任医师
纪小龙	解放军总医院病理科	教授
李 红	解放军总医院南楼消化科	博士
李瑞兰	解放军总医院放射科	主任医师
杨少波	解放军总医院南楼消化科	博士
杨欣艳	解放军总医院南楼消化科	博士
吴本伊	解放军总医院南楼消化科	教授
吴道宏	解放军总医院南楼消化科	主治医师
张 伟	解放军总医院南楼消化科	博士
张子其	解放军总医院南楼消化科	教授
张爱莲	解放军总医院放射科	主治医师
陈 孝	解放军总医院南楼消化科	硕士
邵 勇	解放军总医院南楼消化科	副主任医师
林星石	解放军总医院基础研究所	研究员
赵卡冰	解放军总医院消化科	副主任医师

高丽丽	解放军总医院南楼消化科	主治医师
宫桂花	解放军总医院南楼消化科	主任医师
栾复新	解放军总医院南楼消化科	副主任医师
徐世平	解放军总医院南楼消化科	副主任医师
焦顺昌	解放军总医院肿瘤科	副教授
蔡昌豪	解放军总医院南楼消化科	副教授

内容提要

本书是消化病鉴别诊断的高级参考书,由解放军总医院的专家教授编写。全书共分3篇10章。第一篇消化系统疾病的诊断技术,介绍了多种检查及诊断技术,每项技术的操作方法、临床应用、适应证、禁忌证、评价,诊断思维程序与方法等。第二篇消化系统疾病症状鉴别诊断,介绍了各种症状、体征的发生机制、特点、诊断价值,与其他疾病所致类似症状的鉴别,消化系统综合征的鉴别诊断等。第三篇消化系统疾病的临床鉴别诊断,为本书重点,详细阐述了消化系统疾病的临床鉴别诊断方法。本书内容新颖、理论详尽、注重实用,可供内科医生特别是消化内科医生以及研究生参考阅读。

责任编辑 姚 磊 董陆宁

前 言

在临床实践中,消化系统疾病最为常见。而近 20 年来消化内科发展迅速,信息不断更新,为满足临床工作实践的需要,我们承人民军医出版社之邀编写了《消化病鉴别诊断学》,目的是为读者提供一本新的参考工具书。全书共三篇。第一篇消化系统疾病的诊断技术与方法,着重介绍了诊断技术方法的原理、方法与意义,力求反映消化系统疾病诊断技术的最新进展。第二篇消化系统疾病症状的鉴别诊断,论述了主要症状、体征出现的原因、原理和与之相关的消化系统与非消化系统疾病,以利于医生提高对“第一手资料”的认识与分析,便于疾病的诊断。至于“综合征”目前虽然发病机制不清,但国内外沿用至今,实践中也较常遇见。因此,面对诸多的临床表现,我们不仅需要认识“综合征”,更需要对它探索与研究。第三篇消化系统疾病的鉴别诊断,首先对各种消化系统疾病的概述与诊断做了简要介绍;其次,重点讨论鉴别诊断;最后,编入了各系统疾病的消化系统表现,期望起到增强对机体的整体观点、开阔思路与扩大视野的作用。

本书在编著者共同努力下,完稿后虽多次审阅,但因时间与水平所限,错漏之处难以避免,祈广大读者赐教以求完善。

主 编

目 录

第一篇 消化系统疾病的诊断技术与方法

第一章 疾病诊断思维程序与方法	(3)
第二章 诊断技术与方法	(5)
第一节 超声波检查	(5)
第二节 CT 检查	(16)
第三节 MRI 检查	(23)
第四节 X 线检查术	(28)
第五节 核素检查在消化系统中的应用	(51)
第六节 PET 在消化系统中的应用	(55)
第七节 内镜检查	(62)
第八节 腹腔镜	(72)
第九节 血管造影术	(75)
第十节 消化道运动功能检查	(83)
第十一节 胃分泌功能检查	(94)
第十二节 小肠吸收功能检查	(99)
第十三节 肝功能检查	(102)
第十四节 胰腺外分泌功能检查	(109)
第十五节 消化道激素检查	(115)
第十六节 消化系统疾病免疫功能检查	(123)
第十七节 消化系统疾病病理检查	(133)
第十八节 消化系统恶性肿瘤标志物	(146)
第十九节 幽门螺杆菌检测	(149)

第二篇 消化系统疾病症状的鉴别诊断

第三章 消化系统疾病的常见症状与体征	(159)
第一节 吞咽困难	(159)
第二节 非心源性胸痛	(162)
第三节 呃逆	(170)
第四节 呕吐	(171)

第五节 腹泻	(175)
第六节 便秘	(187)
第七节 腹胀	(190)
第八节 呕血与黑便	(194)
第九节 便血	(199)
第十节 腹痛	(204)
第十一节 腹部肿块	(210)
第十二节 肝肿大	(212)
第十三节 脾肿大	(221)
第十四节 腹水	(225)
第十五节 黄疸	(230)
第十六节 门脉高压症	(234)
第四章 消化系统疾病综合征	(239)
第一节 卓-艾综合征	(239)
第二节 短肠综合征	(240)
第三节 盲襻综合征	(241)
第四节 黑色素斑-胃肠多发性息肉综合征	(241)
第五节 家族性结肠腺瘤伴多发肿瘤综合征	(242)
第六节 家族性多发性结肠息肉-骨瘤-软组织瘤综合征	(243)
第七节 多发性消化道息肉综合征	(243)
第八节 遗传性非息肉性结肠癌	(244)
第九节 结肠曲综合征	(245)
第十节 倾倒综合征	(245)
第十一节 盆底痉挛综合征	(246)
第十二节 肝肾综合征	(247)
第十三节 类癌综合征	(249)
第十四节 横膈下结肠嵌入综合征	(251)
第十五节 Plummer-Vinson 综合征	(251)
第十六节 Whipple 病	(252)
第十七节 肠系膜上动脉综合征	(253)
第十八节 水泻低血钾伴胰岛细胞瘤综合征	(253)
第十九节 克-鲍综合征	(254)

第三篇 消化系统疾病的鉴别诊断

第五章 食管疾病	(259)
第一节 食管裂孔疝	(259)
第二节 Barrett 食管	(262)
第三节 食管感染	(264)
第四节 食管良性狭窄	(269)

第五节	食管良性肿瘤·····	(271)
第六节	食管癌·····	(274)
第七节	食管异物与穿孔·····	(278)
第六章	胃、肠道疾病·····	(281)
第一节	急性胃炎·····	(281)
第二节	慢性胃炎·····	(285)
第三节	特殊类型胃炎·····	(290)
第四节	消化性溃疡·····	(293)
第五节	胃良性肿瘤·····	(297)
第六节	胃癌·····	(298)
第七节	胃恶性淋巴瘤·····	(301)
第八节	小肠肿瘤·····	(304)
第九节	肠寄生虫病·····	(311)
第十节	炎症性肠病·····	(312)
第十一节	伪膜性肠炎·····	(318)
第十二节	肠结核·····	(324)
第十三节	嗜酸性胃肠炎·····	(326)
第十四节	失蛋白性胃肠病·····	(328)
第十五节	放射性肠炎·····	(330)
第十六节	肠梗阻·····	(333)
第十七节	结肠息肉·····	(338)
第十八节	肠道憩室·····	(341)
第十九节	肠气囊肿症·····	(343)
第二十节	大肠癌·····	(344)
第二十一节	胃肠道血管病变·····	(348)
第二十二节	肠道缺血性疾病·····	(350)
第二十三节	吸收不良综合征·····	(355)
第七章	消化道运动性疾病·····	(363)
第一节	贲门失弛缓症·····	(363)
第二节	弥漫性食管痉挛·····	(365)
第三节	胡桃夹食管·····	(367)
第四节	胃食管反流病·····	(368)
第五节	胃轻瘫综合征·····	(373)
第六节	功能性消化不良·····	(375)
第七节	肠易激综合征·····	(379)
第八节	假性肠梗阻·····	(381)
第九节	大便失禁·····	(384)
第八章	肝、胆、胰腺疾病·····	(388)
第一节	胆汁淤积症·····	(388)

第二节	肝结核	(392)
第三节	肝脓肿	(393)
第四节	脂肪肝	(396)
第五节	肝硬化	(398)
第六节	酒精性肝病	(402)
第七节	药物性肝病	(404)
第八节	缺血性肝炎	(406)
第九节	肝脏肿瘤	(407)
第十节	胆囊炎	(411)
第十一节	急性化脓性胆管炎	(417)
第十二节	胆囊胆管肿瘤	(419)
第十三节	急性胰腺炎	(424)
第十四节	慢性胰腺炎	(429)
第十五节	胰腺癌	(436)
第九章	腹膜、肠系膜、网膜、腹膜后疾病	(440)
第一节	腹膜疾病	(440)
第二节	肠系膜疾病	(444)
第三节	网膜疾病	(448)
第四节	腹膜后疾病	(450)
第十章	各系统疾病的消化系统表现	(456)
第一节	呼吸道疾病的消化系统表现	(456)
第二节	心血管疾病的消化系统表现	(458)
第三节	肾脏疾病的消化系统表现	(461)
第四节	血液病的消化系统表现	(463)
第五节	神经、精神疾病的消化系统表现	(464)
第六节	内分泌疾病的消化系统表现	(465)
第七节	皮肤病的消化系统表现	(468)
第八节	艾滋病的消化系统表现	(469)
第九节	结缔组织病的消化系统表现	(471)

第一篇

消化系统疾病的诊断技术与方法

第一章 疾病诊断思维程序与方法

疾病的正确诊断要经历调查研究收集临床材料,整理材料建立临床诊断,临床观察验证诊断的过程。完整翔实的病史与全面细致的体格检查是诊断的重要环节。随着现代医学的迅速发展,新的诊断仪器、诊断技术应用日益广泛,为提高消化系统疾病的诊断和鉴别诊断带来了巨大的变化。但详细的询问病史及正确的体格检查仍然是诊断疾病最重要最基本的手段。

一、采集病史是认识疾病的开始

病人临床资料的收集包括病史、体格检查、既往各项辅助检查如实验室体液检查以及影像学检查。获取病史往往是最重要且最有提示意义的。通过询问病人和知情人,以了解疾病的历史和现状,是认识疾病的开始,也是诊断疾病的重要方法。采集病史时尽量让病人自己陈述,要富有同情心,对病人态度和蔼取得病人的信任。必要时医生要加以引导,使病人对病情演变的过程描述详细准确。例如一位因自己发现皮肤黄染就诊的中年女性患者,不能够仅仅由于发现黄疸而忽视进一步采集病史,匆忙进行各种检查。而是应当围绕病人的主诉得到的关键线索,收集病人的每一点信息使之得到有助于诊断的更多佐证。如前所述,对于皮肤出现黄染者可能为肝炎、结石或肿瘤(胆道、胰腺)引起的总胆管阻塞、肝脏转移瘤和肝硬化。询问病人伴随的消化系统症状如腹痛、发热、大便颜色、皮肤有无发痒等以及病人的职业、手术史、饮

食嗜好、饮酒史、服药史往往即可得出病人的初步诊断。右上腹痛伴有黄疸常常是胆囊炎胆石症的表现,黑便应注意是否是肝硬化静脉曲张破裂出血或门脉高压性胃病。大便灰白色或有皮肤发痒常提示与结石或肿瘤引起的总胆管阻塞有关。病人的职业如为医生或护士应想到传染性肝炎的可能。饮食习惯中常食生海鲜者也易患肝炎。嗜酒成瘾者发生酒精性肝硬化概率增加。服用抗结核药物如异烟肼者出现黄疸须注意排除药物性肝炎。当然医生应当避免先入为主,在采集病史时围绕自己主观臆断,有意或无意的暗示、提问病人,导致误诊。

二、体格检查进一步明确病变所在

在询问病史的过程中就通过察颜观色,听声音,闻气味注意病人的表情姿态开始一般检查。有经验的医生能够通过患者颜面部毛细血管网丰富,寻找蜘蛛痣而考虑有无肝硬化可能;口唇部色素沉着应警惕结肠息肉的存在。查体应系统和全面防止重要的遗漏。如一名腹胀腹痛患者,医生反复进行胸部、腹部和腰背部检查,均未发现异常。最终由于患者出现剧烈腹痛入院,经外科检查明确为腹股沟嵌顿疝。我们也曾经遇到一位病人,表现为腹痛、恶心、以急性胃肠炎急诊入院。为明确其原因,再次询问病史证实患者有外伤史,体检发现背部有一小瘢痕,为63年前的子弹贯通伤。经临床观察和影像学检查疑有肠梗阻、空肠转位。最后明确为外伤

性膈疝所致空肠转位、肠梗阻。

三、掌握辅助检查特点为确诊提供依据

通过仔细询问病史和体格检查提出临床诊断或诊断方向,为明确诊断常需有针对性的进行辅助检查,如选择实验室检查和相关的影像学检查进一步缩小诊断范围或确定诊断。随着各种影像学检查技术的发展,为消化系统疾病的诊断提供了越来越多的检查手段。如何正确选择辅助检查,为临床诊断和治疗提供准确的信息和依据。同时又能够避免卫生资源的浪费,减轻病人负担,是每位医生在临床诊断过程中必须认真思考的问题。临床诊断工作中,不放过可疑病变的每个蛛丝马迹,又需要注意不要撒大网无目的做各种辅助检查是每位经验丰富、训练有素的医生追求的目标。例如肝脏占位性病变往往通过腹部超声波检查发现,有时为明确病变性质、病灶数目,可以选择腹部CT检查。多数情况下再行磁共振或正电子体层扫描就不必要了。反之,为了明确肝脏占位病变性质、血流供应或者病灶与周围器官的关系确实需要进一步通过血管造影、磁共振检查等明确诊断。临床医生在紧密结合病史和体格检查基

础上,应不断掌握各种影像学检查的特点,充分发挥各种先进检查手段的作用,为患者得出准确迅速的诊断。

四、临床观察验证诊断

诊断的目的是为了进行合理治疗。提出的临床诊断是否正确,需要通过临床实践来验证。临床治疗效果又反过来证实诊断的正确性。有些疾病因检查手段和方法所限难以迅速作出诊断,需经试验治疗作出诊断。特别是急重病例,在临床材料未能够明确建立诊断以前,也要找出可能性最大的疾病,作为初步诊断,并积极采取防治措施,以免延误病情。连续的临床观察和根据病情演变不断的有针对性的进行检查,是临床诊断的方法之一。

需指出的是极少数疑难或尚未被认识的疾病,经过上述步骤仍不能得出正确的结论。甚至手术探查、尸体解剖仍可能得不出正确的诊断。可见诊断来之不易。因此临床医生必须熟练掌握采集病史、体格检查的基本功和各项辅助检查特点,诊断的方法、步骤,鉴别诊断的原则,不断积累临床经验,真正成长为深受病人爱戴的合格医生。

(吴本伊 王孟薇)

第二章 诊断技术与方法

第一节 超声波检查

一、概 述

(一)物理学基础

超声波是一种机械波,其频率高于20 000Hz,是人耳不能感知的声波。医用超声波是由压电晶体(如极化过的压电陶瓷等)在交变电场作用下发生的厚薄交替变化,即机械振动。利用超声探头(换能器)中压电晶体的逆压电效应将电能转换为声能即发射超声波,而利用压电晶体的压电效应将声能转换为电能即接收超声波,超声探头就是一个产生和接收超声波的换能器。

超声波在介质内依靠其质点的压缩和伸张,即以纵波的方式传播。当遇到不同声阻抗介质分界面就会产生反射和折射,反射声波被换能器接收,经过仪器处理、放大后以不同方式显示在显示屏上就形成了人眼能够看见的回声图。人体组织内的细微结构因其声阻抗不同在超声场中发生反射、折射、透射和散射等是形成脏器内部声像图的声学基础。

(二)超声诊断方法

1. A型超声诊断法 当超声波在人体内传播通过由不同声阻抗的两种组织形成的声学界面时便产生反射回声,该回声在示波器屏幕上以波幅的高低反映界面反射声波的强弱,属幅度调制显示。回声强则波幅高,回声弱则波幅低,没有回声则显示为平段。A型超声诊断法根据回声波幅的高低、多少、形状

及有无对脏器疾病进行诊断。对距离的探测、病变物理性质的鉴别有意义。

2. B型超声诊断法 是在A型超声诊断法基础上将其改进为辉度调制显示,是用灰阶表示不同亮度的点状回声来反映界面回声的强弱,用多晶片发出多条平行排列的声束并构成一幅图像,故又称二维或切面超声显像。由于能显示脏器在检查时的活动状态,故又称实时超声显像。

3. M型超声诊断法 仍属辉度调制型。工作原理类似B型,系在水平偏移板上加入一对慢扫描锯齿波,使回声光点随时间由左向右展开,纵轴代表界面的空间位置,横轴代表时间,形成时间位置曲线回声图。此法主要用于心脏检查,随着水平方向的慢扫描把心脏各层组织有节律活动的回声展开成曲线,故又称为M型超声心动图。

4. 多普勒诊断法 1842年奥地利学者Doppler在理论上揭示了多普勒效应的存在。根据其理论,当声源与声源的接收器之间存在相对运动时运动物体表面声波反射频率与入射声波频率之间的差就称为多普勒频移。探头发出的超声波,血管内运动的红细胞接收超声波并将其再反射回探头的过程就产生了多普勒频移。利用多普勒公式即可计算出血流速度。多普勒诊断法主要用于检测血流速度。

5. 彩色多普勒血流成像 是使用运动

目标显示器检测红细胞的多普勒频移,将其运动速度、方向和分布情况用红、蓝、绿三基色进行彩色编码,以不同的色彩及色彩亮度表示,并叠加在与其相应的切面灰阶声像图上。彩色多普勒血流成像主要用于观察脏器内部的血流活动状态。

6. 多普勒组织成像 是利用组织运动产生的多普勒频移信号进行的成像技术。传统多普勒技术反映的是红细胞产生的高频移低振幅信号,多普勒组织成像技术将这种高频移低振幅信号滤掉而提取心肌室壁运动产生的低频移高振幅信号进行成像。主要用于心肌室壁运动分析、心肌激动顺序判定、心肌组织活力和心肌灌注的评估。

7. 谐波成像 超声波在人体内传播过程中除了发射波的基础频率外,组织通过非线性传播还产生另一类与发射波频率成整数倍的高频谐振,接收和处理这些高频谐波用以成像其图像信噪比高、质量好,有利于诊断和识别病变。

二、消化系统各脏器疾病的声像特征

(一)肝脏疾病

肝脏是人体最大的实质性脏器,位置固定,最适于超声检查。

1. 肝脏囊性占位病变 超声显像能检查出直径小于2mm的囊肿,准确率达98%以上,其高度的敏感性和准确性使之成为首选的检查方法。

(1)肝囊肿:多为潴留性或老年退行性变,亦可以为先天性。

【声像特征】 ①呈圆形或椭圆形内部无回声肿块,可单个或多个;②囊壁均匀、光整、菲薄,后壁和后方回声增强,有侧方声影;③常为单房也可多房或含有分隔(特别是囊内有出血或合并感染时);④彩色多普勒检查其内部无血流信号。

【鉴别诊断】 肝血肿、肝包虫、肝脓肿、

坏死性肝转移癌、扩张的肝内胆管或血管(如门静脉瘤、肝静脉瘤、肝动脉瘤)。

(2)多囊肝:为先天性疾病,常有遗传性及家族史,常伴有多囊肾,多囊脾和胰腺囊肿。

【声像特征】 ①肝脏体积增大,形态失常,实质内无回声肿块弥漫性分布;②囊肿壁薄,清晰。形态不规整,大小不一;③约50%以上伴有多囊肾。

【鉴别诊断】 多发性肝囊肿、结节性硬化伴肝囊肿、淋巴瘤、肝囊性转移癌(肉瘤、色素瘤、胃肠道或肾脏癌肿)、多发性肝脓肿、先天性肝内胆管扩张症(Caroli病)。

(3)肝包虫病:又称肝棘球蚴病,为牧区的一种常见病,因吞食棘球蚴虫卵后,其幼虫在人体内脏寄生引起。70%~80%寄生在肝脏,肺部次之,其他部位如脾、肾、心、肌肉、骨骼、脑等。包虫病在我国有两种,即细粒棘球蚴和泡状棘球蚴。

【声像特征】 ①细粒棘球蚴者囊壁较厚,呈双层囊结构,外囊光整回声强,可有钙化,内囊为生发层,欠规则,可有子囊,囊砂等;②泡状棘球蚴所致的肝包虫病少见,常呈实性肿块,形态不规则,病灶中心坏死液化形成不规则无回声区,病灶内可有钙化。

【鉴别诊断】 复杂性肝囊肿、肝脓肿、坏死性肝转移癌。

(4)肝脓肿:肝脓肿是由于细菌或阿米巴原虫感染所引起。

【声像特征】 ①早期:病灶区呈低弱回声,边界不清,形态多变,内部有点状,斑片状粗大回声,呈靶环样改变;②脓肿形成期:病灶高回声区内出现低回声或无回声区,呈圆形或椭圆形。脓肿壁较厚,内壁模糊,70%~80%病灶后方回声增强;③吸收恢复期:脓肿壁与周围组织分界清晰,边界强回声消失,脓腔逐渐缩小,最后完全消失;④慢性脓肿可有高回声壁,边界清晰,内部多呈低回声;⑤脓腔内含有气体时可有高回声并有声影;⑥脓