

全国高等学校国家级规划教材配套教材

从“教材”到“临床”导学丛书

国内名院、名科、知名专家临床实践（习）导引与图解丛书

消化内科临床实践(习) 导引与图解

主编 唐承薇

实习医师：身边的带教老师

住院医师：手头的速查必备

 人民卫生出版社

全国高等学校国家级规划教材配套教材

从“教材”到“临床”导学丛书

国内名院、名科、知名专家临床实践(习)导引与图解丛书

消化内科临床实践(习) 导引与图解

主 编 唐承薇

副主编 白文元 张军 邹多武

编者名单 (以姓氏笔画为序)

王化虹	北京大学第一医院	苏秉忠	内蒙古医学院附属医院
王江滨	吉林附属中日联谊医院	邹多武	上海第二军医大学附属长海医院
王学红	青海大学医学院附属医院	陆 伟	天津市传染病医院
邓明明	泸州医学院附属医院	陈卫昌	苏州大学附属第一医院
田宇彬	青岛大学医学院附属医院	陈东风	第三军医大学第三附属医院
白文元	河北医科大学第二医院	陈其奎	中山大学附属第二医院
任建林	厦门大学附属中山医院	姜海行	广西医科大学第一附属医院
吕 宾	浙江中医药大学附属第一医院	胡 兵	四川大学华西医院
吕农华	南昌大学第一附属医院	郝建宇	首都医科大学附属北京朝阳医院
孙明军	中国医科大学附属第一医院	唐承薇	四川大学华西医院
吴小平	中南大学湘雅二医院	郭晓钟	沈阳军区总医院
张 军	西安交通大学医学院第二附属医院	韩 英	北京军区总医院
张志广	天津医科大学第二医院	蓝 宇	北京积水潭医院
沈锡中	上海复旦大学附属中山医院	霍丽娟	山西医科大学附属第一医院

秘书: 严 瑾 四川大学华西医院

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化内科临床实践(习)导引与图解/唐承薇主编. —北京:人民卫生出版社, 2014

(国内名院、名科、知名专家临床实践(习)导引与图解丛书. 从“教材”到“临床”导学丛书)

ISBN 978-7-117-19591-1

I. ①消… II. ①唐… III. ①消化系统疾病-诊疗-图解 IV. ①R57-64

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第197830号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询, 在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

消化内科临床实践(习)导引与图解

主 编: 唐承薇

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 15.5

字 数: 480千字

版 次: 2015年1月第1版 2015年1月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19591-1/R·19592

定 价: 80.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

主编简介

唐承薇 女,1982年本科毕业于华西医科大学,1992—1996年在荷兰莱顿大学获医学博士(Ph D)学位。

现任四川大学二级教授、博士生导师、华西医院一级医疗专家、四川大学华西医院消化内科、消化内镜中心、人类疾病相关多肽实验室主任,所带领学科为四川省重点学科、国家教育部重点学科、国家卫生部重点临床专科。

在胃肠炎症、胰腺疾病、肝硬化、酒精性疾病、肠黏膜免疫及消化系统肿瘤等领域,从基础到临床,完成了系列转化医学研究,成功治疗大量疑难危重患者。荣获全国卫生系统先进工作者、成都市三八红旗手、全国巾帼建功立业标兵、中共 16 大党代表。

自 1997 年获得国家杰出青年基金后,陆续从国家自然科学基金委、教育部、国家卫生和计划生育委员会等获得多项重点及国际合作项目,作为第一或通讯作者在 *Gastroenterology*, *Gut*, *Radiology*, *Br J Cancer*, *Carcinogenesis*, *Int J Cancer*, *Shock*, *J Gastrointestinal Surg.*, *Neurogastroenterol & motility*, *Gastrointestinal Endoscopy*, *Current Pharmaceutical Design*, *Pancreas*, *Alcohol*, 等国际刊物上,发表论文 200 余篇,获得中华医学二等奖,是国家有突出贡献的中青年专家,现任中华医学会消化分会副主委、消化微创与介入学组组长、胰腺学组副组长、中国医师协会消化分会副会长、四川省卫生厅消化内科质控中心主任、四川省消化专委会前任主任委员、成都市消化专委会主任委员。

她是一名深受学生敬佩和爱戴的教授,知识丰富、学术严谨、为人师表、注重培养学生的综合素质,曾获教育部宝钢优秀教师奖,是人民卫生出版社整合教材《消化系统疾病》的主编、全国统编教材《内科学》副主编。



前 言

2013年初,人民卫生出版社邀请我主编全国高等学校规划教材配套教材《消化内科临床实践(习)导引与图解》。对于全国高等医学院校规划教材,我很熟悉。1980年第一版出版时,我作为“77级”的一员,如饥似渴地从中汲取知识的养料。毕业30余年,尽管搬了多次家,这套早已泛黄的教材,依旧被珍藏在我的书橱内。我也从学生成长为教授,从读者成为全国高等医学院校规划教材《内科学》的副主编。这套医学界的“统编教材”对近30年中国医学人才的培养产生了深远的影响,因此也被美誉为“干细胞教材”。现在我受命为她的消化系统部分编写配套教材,深感使命重大。

本书编者来自中国不同地域的28所高校及医院,他们长期从事临床一线工作,具有丰富的临床和教学经验,是活跃在当今中国消化学术界的各地学科带头人。编者们深感仅靠以文字为主的“统编教材”远远不够。我国的实习、规范化培训、进修医生在临床工作中常揣着文字式、纲领性的实习手册应付各种疾病,相比国外琳琅满目的多种教科书,作为医学教授,我们一直以来总觉得应该做些什么,为他们在纷繁复杂的临床实践中形象化地导航,这恰好符合了近年《教育部、卫生部关于实施临床医学教育综合改革的若干意见》的指导思想。

当重任在肩,我和这部书的编者却又茫然了,怎样才能写出、绘出精品,有效提升临床医生的实践能力?习惯用文字表述的医学知识,此刻要改用图解,无疑对我这位主编是个巨大的挑战。虽然在编写启动会上,大家统一了意见,但当编者们交来各自不同风格的稿件时,作为主编感到如果不统一写作和绘图风格,将无力驾驭这部书成为精品。于是在常规医疗、教学工作之余、在完成SCI论文、基金和成果申报、学科评审后,我继续挪用残留的业余时间日夜兼程……

时隔一年,这部书以流程图、模块图导引临床思维,用丰富的病理、内镜和影像资料图解常见消化系统疾病,图文并茂展示基本临床技能的关键点,精心配色、凝练文字,旨在能以赏心悦目、简洁明了的方式诠释基本理论、基本知识及基本技能,在美的学习感受和思考中为患者解除病痛、驱赶死亡。

我和编者满怀热情、创新地完成了这部教材的编写。当她与读者见面后,我们恳请读者们指出不足之处,反馈读后感受,给予本书建设性的意见。本书编写过程中,得到四川大学华西医院杨文娟、马骁、北京积水潭医院高岩、第二军医大学上海长海医院张玲、第三军医大学重庆大坪医院孙文静、河北医科大学第二医院王娜、南昌大学第一医院杨桢、何文华、沈阳军区总医院李学彦、天津市肝病研究所宓余强、高敏、周莉、西安交通大学第二医院程妍、戴菲、厦门大学中山医院许鸿志、施华秀、山西医科大学附属第一医院李建红等医生们的大力帮助,在此致谢。

主编 唐承薇

目 录

第一篇 症状与体征

第一章	恶心和呕吐	2
第二章	咽下困难	5
第三章	呃逆	8
第四章	消化吸收不良	10
第五章	非心源性胸痛	12
第六章	胃肠胀气	14
第七章	腹痛	16
第八章	呕血、黑便	20
第九章	便血	24
第十章	急性腹泻	27
第十一章	慢性腹泻	30
第十二章	便秘	32
第十三章	黄疸	35
第十四章	腹部包块	38
第十五章	腹水	41
第十六章	肝大	45
第十七章	脾大	47
第十八章	门静脉高压	49
第十九章	肝占位性病变	54

第二篇 常见疾病诊疗

第一章	胃食管反流病	58
第二章	食管癌	61
第三章	急性糜烂性胃炎	64
第四章	慢性胃炎	66
第五章	消化性溃疡	69
第六章	胃癌	73
第七章	黏膜相关淋巴组织淋巴瘤	76
第八章	结核性腹膜炎	79
第九章	溃疡性结肠炎	82
第十章	克罗恩病	85

目 录

第十一章	抗生素相关性肠炎	88
第十二章	肠梗阻	89
第十三章	结直肠息肉	92
第十四章	结直肠癌	94
第十五章	急性阑尾炎	98
第十六章	功能性消化不良	100
第十七章	肠易激综合征	102
第十八章	慢性病毒性肝炎	104
第十九章	脂肪性肝病	108
第二十章	原发性胆汁性肝硬化	110
第二十一章	自身免疫性肝炎	113
第二十二章	药物性肝病	115
第二十三章	肝硬化	118
第二十四章	肝性脑病	122
第二十五章	肝衰竭	125
第二十六章	肝脓肿	126
第二十七章	原发性肝癌	128
第二十八章	胆囊结石及胆囊炎	130
第二十九章	肝外胆管结石及胆管炎	133
第三十章	急性胰腺炎	136
第三十一章	慢性胰腺炎	140
第三十二章	胰腺癌	143
第三十三章	胃肠间质瘤	146
第三十四章	胃肠胰神经内分泌肿瘤	149
第三十五章	临床诊疗中的医嘱规范	151

第三篇 常用诊疗技术

第一章	肝功能评估	156
第二章	乙型肝炎病毒感染诊断	159
第三章	消化道钡餐	160
第四章	幽门螺杆菌检测	163
第五章	腹腔穿刺、引流	165
第六章	腹部超声	168
第七章	胃镜检查	171
第八章	结肠镜检查	173
第九章	胃肠动力检测	175
第十章	胶囊内镜	181
第十一章	小肠镜	184
第十二章	超声内镜	186

第十三章	CT在消化疾病诊断中的应用	188
第十四章	MRI在消化疾病诊断中的应用	195
第十五章	肝脏穿刺、引流术	200
第十六章	经内镜逆行胆胰管造影	203
第十七章	胆道镜检查及治疗术	206
第十八章	经皮肝穿刺胆道引流术	208
第十九章	消化血管介入诊疗	210
第二十章	鼻胃管置入	214
第二十一章	三腔二囊管置入	216
第二十二章	空肠营养管置入	219
第二十三章	肠内营养	221
第二十四章	肠外营养	224
第二十五章	经皮内镜下胃造瘘	226
第二十六章	洗胃术	229
第二十七章	灌肠术	232

第一篇

症状与体征

本篇目录

恶心和呕吐	2	慢性腹泻	30
咽下困难	5	便秘	32
呃逆	8	黄疸	35
消化吸收不良	10	腹部包块	38
非心源性胸痛	12	腹水	41
胃肠胀气	14	肝大	45
腹痛	16	脾大	47
呕血、黑便	20	门静脉高压	49
便血	24	肝占位性病变	54
急性腹泻	27		

作者:

霍丽娟
姜海行
王学红

张志广
张军
唐承薇

郝建宇
陈东风
严瑾

恶心和呕吐 nausea and vomiting

霍丽娟

恶心和呕吐是临床上最常见的症状。恶心是一种难受的、欲吐的主观感受,常伴有皮肤苍白、出汗、流涎、血压降低及心动过缓等;继恶心后声门关闭、短暂呼吸暂停、胃窦部和腹壁肌肉收缩,腹压增加,食管及咽部开放,但没有胃内容物呕出,此为干呕。呕吐是部分有意识地用力将胃和(或)小肠内容物经食管、口腔逼出体外,其与反食的区别在于,后者不需费力,胃和/或小肠内容物即经食管、口腔排出体外。恶心、干呕和呕吐可以序贯发生,也可分别发生。

病因

表 1-1-1 恶心、呕吐的病因分类及举例

腹腔内	腹腔外	药物 / 代谢
梗阻	咽部疾病	药物
胃流出道、肠道	咽炎、扁桃体炎	部分抗生素
胆道、泌尿道	心肺疾病	化疗药物
感染(病毒、细菌)	急性心肌梗塞、支气管炎	洋地黄、茶碱、麻醉剂
消化、泌尿、生殖、腹膜	颅内病变	非甾体类抗炎药
炎症	非感染	内分泌 / 代谢
消化性溃疡	脑梗塞、脑出血、脑外伤、脑积水、颅内肿瘤	甲状腺及甲状旁腺疾病
肝炎、胆囊炎、胰腺炎	脑震荡、癫痫	糖尿病酮症酸中毒
阑尾炎、克罗恩病	颅内高压、低颅压	电解质紊乱
感觉 - 动力异常	感染	妊娠
胃食管反流	脑膜炎、脑炎、脑脓肿	肾上腺皮质功能不全
慢性小肠假性梗阻	其他	中毒
功能性胃肠病	迷路炎、晕动病	尿毒症、肝功衰竭
胃轻瘫	青光眼;屈光不正	酒精
	焦虑、抑郁、癔症	食物中毒

诊断方法

1. 病史

下述导致恶心、呕吐的原因常可通过病史询问得以确定或提示:

(1) 晕动病患者在乘车、船及飞机时,出现明显恶心,呕吐多呈喷射状,伴有头晕、上腹不适、出冷汗、面色苍白及流涎等。

(2) 药物不良反应药物是引起恶心、呕吐的最常见原因之一。药物和(或)其代谢产物,一方面可通过刺激中枢化学感受器触发区受体(如多巴胺受体),另一方面可刺激胃肠道黏膜,引起恶心、呕吐,常见的有化疗药、麻醉药、洋地黄类、非甾体抗炎药及某些抗生素等。

(3) 饮酒呕吐物含有酒精味,严重时患者可有意识不清。

(4) 不洁饮食史、放射治疗及群体发生恶心。

(5) 妊娠呕吐:恶心呕吐是妊娠期最常见的临床表现之一,常发生于妊娠的早期,多于妊娠 15 周后消失。呕吐多见于早晨空腹时,常因疲劳、情绪激动等情况诱发。育龄期女性应常规了解其月经史,对于疑

诊病例,需作妊娠试验或盆腔超声确定。

(6) 癔症/精神性呕吐常见于年轻女性,有较明显的表演色彩或精神心理障碍,呕吐发作和精神紧张密切相关。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,患者可自我控制或诱发呕吐。该诊断的确定需建立在排除器质性疾病的基础上。

2. 常规实验室检查 当病史不能明了恶心呕吐的原因时,血尿常规、肝肾功能、病毒性肝炎标志物、血糖、血脂、血电解质、血气、血 pH、甲状腺功能等应作为这些患者的基本检查。这些对于一些内分泌或代谢性疾病,如甲亢危象、甲低危象、肾上腺危象、糖尿病酸中毒等疾病的诊断很有帮助。少数甲状腺功能亢进症患者早期主要表现为恶心呕吐,常伴有心率增快及出汗;低钠血症也可以反射性的引起恶心呕吐;尿毒症的早期,可有恶心呕吐及食欲减退、腹泻等消化道症状。

3. 导致恶心呕吐常见疾病的临床特点

(1) 内耳前庭疾病:如迷路炎、美尼尔氏病等,恶心呕吐常突然发作,较剧烈,可呈喷射状,多伴眩晕、头痛、耳鸣、听力下降及眼球震颤等。

(2) 青光眼及屈光不正:常伴头痛、头晕、视力或视野异常,应注意测眼压或眼底检查。

(3) 脑血管病:常见疾病有偏头痛和椎基底动脉供血不足。前者常表现为阵发性单侧头痛,呕吐常呈喷射状,为胃内容物,多因情绪激动、失眠、饮酒等诱发,呕吐后头痛可减轻,同时伴有面色苍白、出冷汗、视觉改变及嗜睡等症状。椎-基底动脉供血不足常伴有眩晕、视力障碍、共济失调、头痛及意识障碍等表现。

(4) 中枢神经系统感染性疾病及颅内肿瘤:均可因颅内压增高出现呕吐,呕吐呈喷射状,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;颅内感染者常伴有畏寒、发热,严重者可出现休克。颅内肿瘤引起的呕吐常在头痛剧烈时发生,常伴有脑神经损害症状。体检可引出神经系统病理反射及脑膜刺激征阳性等。

(5) 急性心肌梗死:患者可有高血压等疾病史,呕吐时常伴胸痛或上腹痛。

(6) 急性胃肠炎或食物中毒:患者有不洁饮食史或同食者发病的情况,常伴有发热、头痛、肌痛、腹痛、腹泻等症状;轻者,症状自限;重者,可出现循环衰竭。常见病因有细菌、病毒感染,化学、物理性因素(如放射治疗)以及过敏和应激因素等。

(7) 急性肝炎:常有乏力、厌油、食欲缺乏、皮肤巩膜黄染、轻度腹泻等。

(8) 急性胰腺炎:可有胆道结石史,多在餐后发病,有剧烈的上腹疼痛症状。

(9) 消化性溃疡:典型者有慢性周期性发生的中上腹疼痛病史,症状可因紧张、情绪变化、劳累、气候变化等因素加重,部分患者有家族史;也有患者没有上腹疼痛等症状;长期服用非甾体类抗炎药和糖皮质激素患者是该病的高危患者。

(10) 急性阑尾炎:急性转移性右下腹痛。

(11) 肾绞痛及尿路感染:可有肉眼血尿、剧烈腰痛、下腹部疼痛及尿频、尿急、尿痛等症状。

(12) 消化道梗阻:食管梗阻患者的呕吐物常无酸味及胆汁;呕吐物量大且含隔夜、隔餐宿食,提示幽门梗阻、胃轻瘫及小肠上段梗阻等;呕吐物含有较多胆汁者,常见于剧烈呕吐或十二指肠乳头以下的十二指肠或小肠梗阻;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;呕吐物有粪臭味提示小肠低位梗阻;肠梗阻患者除恶心呕吐反复发作、较剧烈、呕吐后腹痛常无明显减轻外,多有肛门停止排便排气。体检时应注意的体征:①胃型、蠕动波及振水声等提示胃流出道梗阻;②肠型、扪及压痛明显的腹部包块、肠鸣音亢进及气过水音等应考虑急性肠梗阻;③腹肌紧张、压痛及反跳痛等则表明腹膜炎。

在图 1-1-1 推荐的常规化验基础上,针对上述临床特点,可选择图 1-1-1 建议的进一步专科体检、实验或影像技术等辅助检查,完成诊断及鉴别诊断。

对严重呕吐者,若有呕血、严重脱水等内环境显著失衡状态,应给予积极抢救,同时寻找恶心呕吐的原因。

诊断及鉴别诊断流程

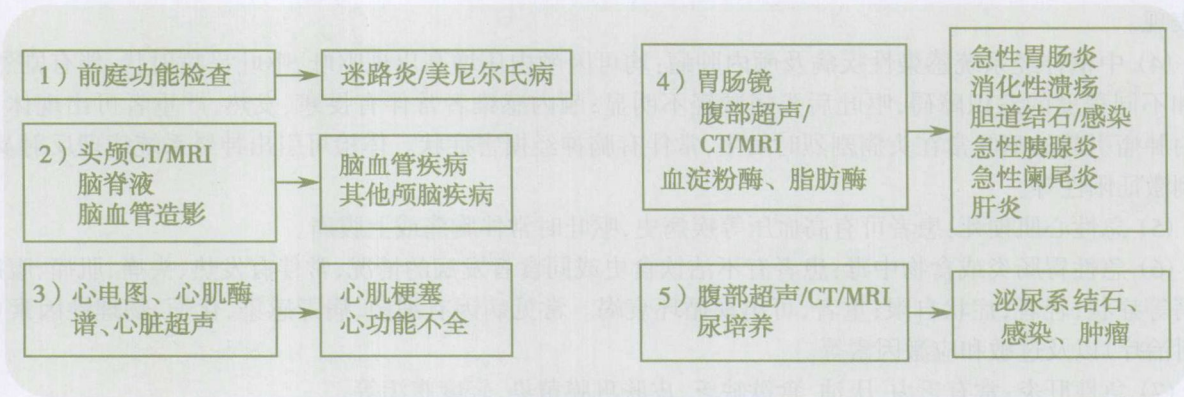
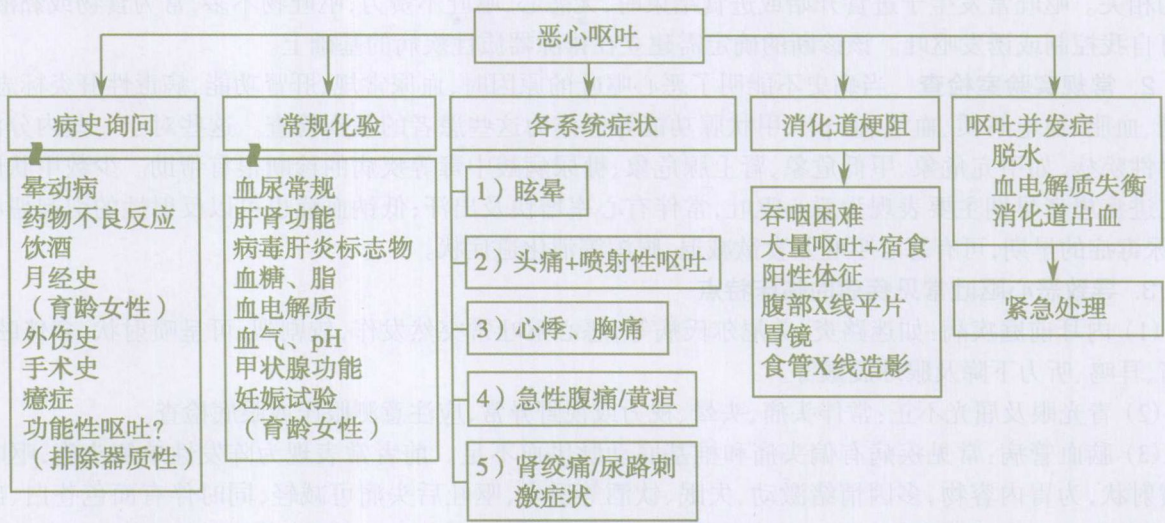


图 1-1-1 恶心呕吐的诊断及鉴别诊断流程



笔记

咽下困难 dysphagia

张志广

咽下困难是指食物由口腔经食管进入贲门受到阻碍的一种症状,表现为吞咽发噎、胸骨后发堵、食物停滞不下,或食团不能进入食管而停在口中。

分类

根据病因分为炎症性、梗阻性、神经肌肉性和精神疾病等;根据部位分为口咽、食管、食管外来压迫、神经肌肉疾病;根据发病机制分为机械性和动力性。

诊断方法

1. 区分口咽性和食管性咽下困难 口咽性咽下困难的患者通常能准确定位吞咽困难的部位,能够明确的表述食物在口腔内无法形成食团或无法吞咽,在吞咽之前、之后或过程中常伴有误吸或呛咳;食管性咽下困难的患者则很难明确指出食管梗阻的部位。表 1-2-1 列出了两者的常见病因。

表 1-2-1 口咽性与食管性咽下困难的常见病因

咽下困难	
口咽性	中枢神经系统:脑血管意外、帕金森氏病、Wilson 病、多发性硬化症 周围神经系统:延髓型脊髓灰质炎、周围神经病变 运动终板疾病:重症肌无力 肌肉病变:肌萎缩、原发性肌炎、代谢性肌炎、风湿免疫性疾病 食管上括约肌疾病:环咽肌失弛缓症、高张力(痉挛)、低张力(松弛) 局部病变:炎症、先天异常、新生物、外压及手术
食管性	机械性阻塞:肿瘤、息肉、结核、炎性狭窄、先天性食管狭窄 解剖异常:憩室、食管蹼 动力异常:贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、胃食管反流、硬皮病 其他:异物、纵隔肿瘤、心脏扩大、主动脉瘤

2. 食管性咽下困难的检查方法

- (1) 胃镜结合病理检查可明确食管占位的性质、鉴别炎性狭窄或是癌性狭窄、食管病变是来自腔内或是腔外压迫。超声胃镜,有助于明确食管黏膜下肿物的来源。
- (2) 上消化道钡餐确定食管有无机械性梗阻或动力障碍、是腔内梗阻或是腔外压迫。
- (3) 胸部 X 片及 CT 可了解纵隔有无增宽、肺部有无炎症或占位、心脏是否增大或有积液。
- (4) 食管测压对动力性咽下困难是重要的检查方法。
- (5) 24 小时食管 pH 监测了解是否存在胃食管反流。
- (6) 其他:甲状腺功能及超声、头颅 CT 或 MRI,免疫全项,血电解质,血清铜蓝蛋白等。

导致咽下困难常见疾病的临床特点

1. 口咽性咽下困难

- (1) 炎症性疾病:①急性扁桃体炎和周围脓肿,常急性起病,发病年龄多在 15~35 岁,发热、咽疼,吞咽疼,扁桃体肿大、有脓性分泌物;②咽后壁脓肿,幼儿多见,发热、咽疼,咽后壁充血肿胀,有脓性分泌物。
- (2) 肿瘤:舌癌、喉癌、鼻咽癌都可有吞咽困难,专科检查可见肿物,组织活检确诊。

2. 食管性咽下困难

(1) 炎性疾病

1) 反流性食管炎:详见第二篇第一章。

2) 放射性食管炎:患者多有因食管癌、纵隔肿瘤接受放疗的病史。放疗后 1~2 周可出现吞咽疼痛,胸骨后不适及咽下困难等症状。糖皮质激素治疗有效,但少数病例出现永久性食管瘢痕狭窄。

3) 念珠菌性食管炎:白色念珠菌侵入食管黏膜所引起的一种溃疡性伪膜性炎症,多见于年老体弱或长期应用抗生素或免疫抑制剂患者。内镜下可见食管黏膜充血、糜烂、覆盖豆渣样物,严重者为大片伪膜。涂片可见真菌菌丝。

4) 腐蚀性食管炎:有吞入强酸、强碱等腐蚀剂史,早期出现口咽、食管黏膜的水肿、溃疡、坏死、穿孔,晚期形成狭窄。

5) 食管结核和食管克罗恩病:均呈食管溃疡及狭窄,PPI 治疗无效。食管结核的组织病理可发现抗酸杆菌和结核性肉芽肿,抗结核治疗有效;克罗恩病活检可见非干酪性肉芽肿,对于激素治疗和水杨酸制剂有效。

(2) 肿瘤性疾病:良性肿瘤多是黏膜下肿瘤,如平滑肌瘤、脂肪瘤、神经纤维瘤和血管瘤等。胃镜下可见到食管黏膜下隆起,大小不一,表面光滑,当肿瘤增大阻塞管腔时,才会出现吞咽困难。超声胃镜可明确其起源层次,确诊依靠切除的肿瘤病理。

食管癌多见于老年男性,进行性吞咽困难。内镜下可见到肿瘤呈不规则溃疡型、菜花样、结节型,可伴有管腔的狭窄;X 线可见黏膜不规则充盈缺损、黏膜皱襞中断、管腔狭窄、管壁僵硬等。确诊依靠病理检查。

(3) 食管外压:各类型纵隔肿瘤如体积较大或进行性增大均可压迫食管;大量心包积液、左心房增大、主动脉瘤、肿大的甲状腺、脊柱病变均可造成相应食管部位的外压。胃镜下常呈食管黏膜隆起,突入管腔。超声内镜可明确隆起是否由外压所致,对于纵隔肿瘤应行 CT 检查。

(4) 食管先天性疾病:哺乳期出现间歇性或经常性食后呕吐与咽下困难,应考虑食管先天性疾病。如食管蹼(又称食管隔膜)、食管先天性狭窄、先天性食管过短或扩张。先天性疾病的诊断主要依据病史、胃镜和 X 线检查。

(5) 食管运动功能障碍

1) 原发性食管运动障碍

① 弥漫性食管痉挛,多见于老年人,病因不明,是一种以高压型食管蠕动异常为动力学特点的原发性食管运动障碍。患者多有胸骨后疼痛和间歇性咽下困难。X 线可有螺旋状、串珠状或卷曲状食管。食管测压有确诊价值,可显示食管各段收缩不协调。内镜除外器质性疾病。

② 贲门失弛缓症,多见于 20~50 岁。是一种原发性食管神经肌肉运动失调,表现为吞咽后食管不蠕动和下食管括约肌(LES)不能完全松弛。其咽下困难多为间歇性,可有食物反流和夜间呛咳。典型的 X 线表现为食管下段呈漏斗样狭窄,边缘光滑平整,为“鸟嘴样”。胃镜可见上段食管扩张,LES 持续关闭,内镜推进有阻力。食管测压可见 LES 升高(>45mmHg)和 LES 松弛障碍。

③ 胡桃夹食管,病因不明,可能与胃食管反流、压抑、焦虑等精神因素有关。患者有慢性、复发性或间歇性发作性胸痛(除外心源性),伴或不伴咽下困难,X 线检查无异常表现,胃镜除外其他疾病。食管测压显示食管下段高幅收缩,10 次吞咽平均收缩波幅 >120mmHg,其中一次达 180~200mmHg,收缩时限 >5.5 秒,全部吞咽伴原发性蠕动,酸灌注试验和依酚氯铵药物激发试验可诱发胸痛发作和食管功能紊乱。

2) 继发性食管运动障碍

① 系统性硬皮病,又称进行性系统性硬化症,为一种自身免疫性疾病,多见于 20~50 岁女性患者。食管受累见于 50% 以上的病人。患者多有硬皮病的皮肤改变,雷诺现象;免疫学检查异常,包括抗 Scl-70 抗体、抗着丝点抗体阳性;X 线钡餐(卧位检查)可见食管下段 2/3 蠕动减弱,食管下段痉挛,钡剂潴留;食管测压可有 LES 压力降低,食管体部蠕动收缩波幅降低。

② 皮肌炎,表现为皮炎和肌炎改变的一种结缔组织病,仅有肌炎而无皮炎者,称为多发性肌炎。患者

可有对称性四肢近端肌无力;肌酶谱增高;肌电图显示肌源性改变;肌活检异常;皮肤特征性改变;免疫学检查异常,如抗 Jo-1 抗体、抗 SRP 抗体、抗 Mi-2 抗体阳性。

(6) 食管其他疾病:食管异物可引起不同程度的咽下困难和吞咽疼痛。X 线检查可见不透 X 线的异物阴影。胃镜下可取出异物。

食管憩室可发生在食管任何部位,最多见于上端,其次是中段食管和膈上部食管。咽食管憩室(Zenker 憩室)是最常见的一种。当合并有憩室炎时会出现胸骨后痛。X 线钡剂造影检查可确诊。

食管环是一种位于食管-胃黏膜交界处的同心环或隔膜样狭窄,可能系食管发育不良所致,以 40 岁以上的男性多见。X 线平卧吞钡可显示环,内镜可见狭小而成同心的环。

3. 神经肌肉病变所致咽下困难

(1) 重症肌无力:症状常首先出现在眼肌,当累及延髓支配的肌肉时,患者可出现吞咽困难、咀嚼无力和饮水发呛。X 线可见吞咽启动迟缓,持续时间延长,重复吞咽。动力学测定可见上食管括约肌高压、低压和松弛异常。

(2) 全身性感染和中毒:破伤风、狂犬病、肉毒杆菌中毒、土的宁中毒均可出现吞咽困难的表现。

(3) 神经病变:延髓麻痹亦称延髓性麻痹,可由延髓的退行性病变、颅底脑干部位肿瘤、血管性病变引起。可有吞咽困难、语言障碍、呛咳、舌肌萎缩及颤动、神经病理体征。头颅 CT/MRI 可帮助确诊。

4. 精神因素 精神因素如癔症、神经官能症等也可有吞咽困难。多发生在年轻妇女,有明显情绪因素,各项检查均无异常,症状间断发作。

诊断及鉴别诊断流程

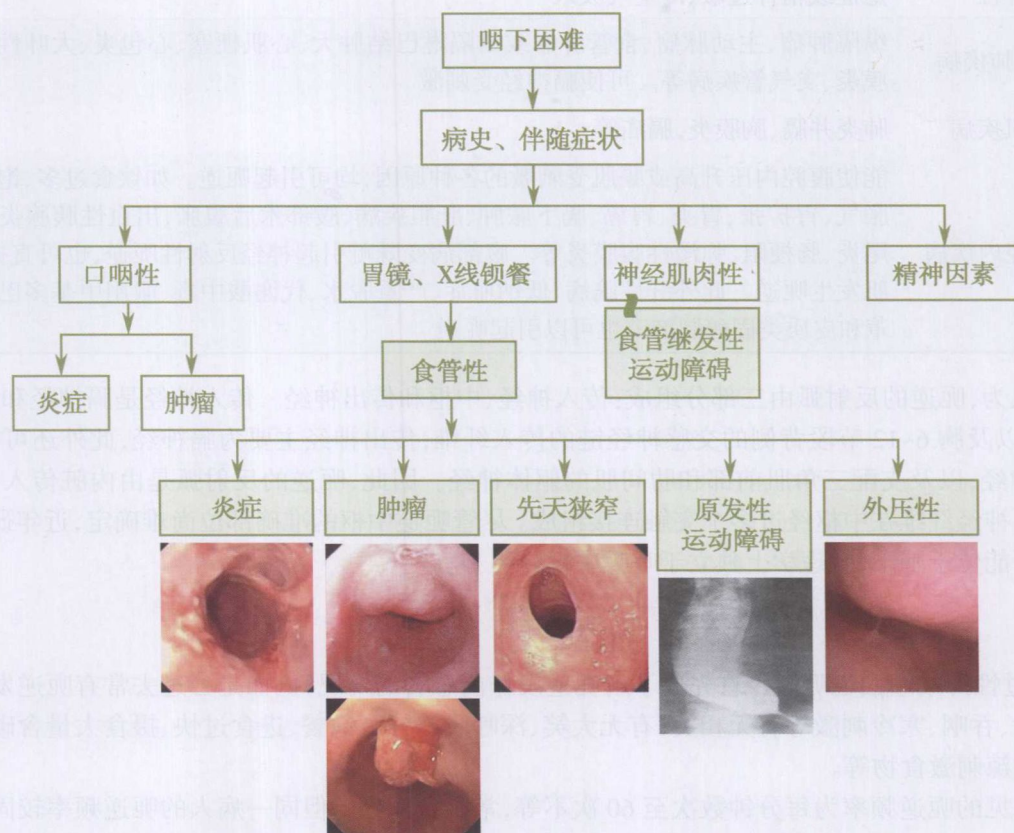


图 1-2-1 咽下困难的诊断及鉴别诊断流程

呃逆 hiccough hiccup

郝建宇

呃逆是不自主的膈肌痉挛,在呼吸肌收缩终末时声带突然关闭,发出短促的特别声音。一过性呃逆,常由寒冷刺激、饱餐、进食过快或进较干燥的食物等原因所引起,多自愈,临床上无须治疗。顽固性呃逆,指呃逆频繁,持续时间超过 72 小时,症状顽固且常规治疗方法无效。这往往是一些疾病的伴发症状,可影响患者工作、进食、睡眠,重者影响患者心、肺功能,病情加剧,应重视对其的诊断及处理。

病因及分类

根据引起呃逆的病因,可归纳为中枢性和周围性两大类(表 1-3-1)。

表 1-3-1 呃逆的病因

分类	疾病
中枢性	神经性 急性脑血管病(出血、血栓、脑室出血、蛛网膜下腔出血)、脑肿瘤、脑损伤、脑炎、脑膜炎、颅压增高、脑积水、癫痫早期、狂犬病、破伤风等。呃逆可持续数日,甚至直至死亡
	中毒性 酒精中毒、环丙烷、铅、巴比妥类中毒;全身感染伴毒血症(伤寒、肺炎球菌肺炎等)、痛风伴肾衰竭、尿毒症晚期亦可引起呃逆,常提示预后差
	精神性 癔症或精神过敏、冷空气吸入
周围性	心、肺疾病 纵隔肿瘤、主动脉瘤、食管肿瘤或纵隔淋巴结肿大、心肌梗塞、心包炎、大叶性肺炎、胸膜炎、支气管疾病等。可使膈神经受刺激
	膈肌疾病 肺炎并膈、胸膜炎,膈疝等
	腹腔内疾病 能使腹腔内压升高或膈肌受刺激的各种原因,均可引起呃逆。如饮食过多、饱胀、胃肠胀气、胃扩张、胃炎、胃癌、膈下脓肿、肝胆疾病、腹部术后腹胀、出血性胰腺炎、急性阑尾炎、肠梗阻、弥漫性腹膜炎等。腹部病变既可引起神经反射性呃逆,也可直接刺激膈肌发生呃逆。此外肝性脑病、低钠血症、严重脱水、代谢酸中毒、服用甲基多巴、苯二氮草和皮质类固醇制剂等也可以引起呃逆

一般认为,呃逆的反射弧由三部分组成:传入神经、中枢和传出神经。传入神经是膈神经和迷走神经的感觉支,以及胸 6~12 节段背侧的交感神经链的传入纤维;传出神经主要为膈神经,此外还可能有声门神经和副神经,以及支配三角肌前部和肋间肌的躯体神经。因此,呃逆的反射弧是由内脏传入神经纤维和躯体传出神经纤维在中枢经过多个突触连接组成。尽管呃逆中枢的准确部位尚难确定,近年研究提示,呃逆中枢可能位于脑干,生理学上独立于呼吸中枢。

诊断方法

1. 一过性抑或顽固性呃逆 首先要了解呃逆发作前患者的情况,例如是否过去常有呃逆发生,此次发作与饮食、吞咽、寒冷刺激等有无相关;有无大笑、深呼吸、酗酒、饱餐、进食过快、摄食大量含碳酸饮料、大量进食辛辣刺激食物等。

临床所见的呃逆频率为每分钟数次至 60 次不等,常因人而异。但同一病人的呃逆频率较固定,与呼吸密切相关。呼气比吸气时易出现,过度换气时频率增加;屏气或吸入二氧化碳混合气等,呃逆频率减少。顽固性呃逆多伴有器质性病变。

2. 中枢性呃逆 神经性呃逆患者常有颅内疾病,除呃逆外一般可有明确的原发病病史,体检应注意患者神志、肢体活动度、神经反射情况及有无病理反射征等。脑脊液检查可发现异常,CT、MRI 检查有阳

性发现。

中毒性呃逆可见于乙醇中毒或服用某些药物,如甲基多巴、巴比妥类等;伤寒、肺炎球菌性肺炎伴有显著毒血症、电解质平衡紊乱等。此类呃逆的诊断主要依据患者的饮酒史、毒物接触史、服药及原发疾病史等,同时结合实验室和其他辅助检查。

精神性呃逆主要见于癔症和神经过敏者,常有连续吞气现象,可因暗示或精神刺激而诱发呃逆,但睡眠时无呃逆发作。

3. 周围性呃逆 胸、腹部疾病主要依据相关病变系统的典型表现协助诊断。

心肺疾病应了解有无咳嗽、咳痰、胸闷、胸痛、心悸、气促等症状。体检注意双侧胸廓是否对称、双肺呼吸音是否清晰、对称,有无干、湿性啰音及胸膜摩擦音,有无胸腔积液体征。心电图及心肌酶谱有助于诊断心肌梗死;超声心动图可以了解心脏大小、瓣膜及心包情况;胸部平片及CT对肺炎、肺癌、胸膜、纵隔疾病诊断具有重要意义,胸部透视可观察膈肌运动情况。

腹腔及内脏疾病应了解有无反酸、嗝气、腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状,体检应注意腹部外形,是否平坦或隆起、凹陷,有无胃型、肠型、蠕动波,肝脾是否肿大、腹部有无压痛、反跳痛及肿块等。再结合体检及辅助检查等方可明确诊断。血尿粪常规、肝肾功能、血糖、血电解质、血淀粉酶及脂肪酶等均为基础检查,疑有肿瘤者应检测相应癌肿标记物如甲胎蛋白、癌胚抗原等。腹部X线平片对胃肠梗阻、穿孔等有诊断意义;食管、胃、肠内镜检查及腹部超声、CT、MRI、X线钡餐或灌肠造影等影像技术对胸、腹腔、膈肌及胃肠道病变的诊断有重要意义。

诊断与鉴别诊断流程

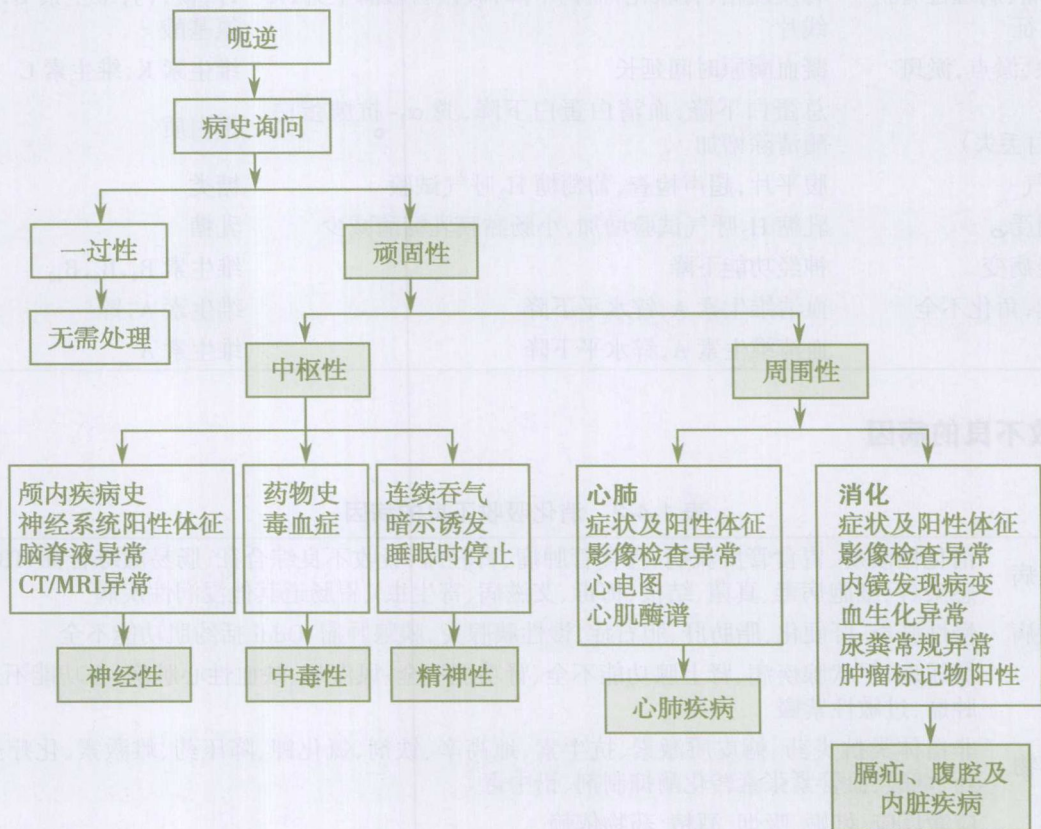


图 1-3-1 呃逆的诊断及鉴别诊断流程