

XIAOHUA XITONG CHANGJIAN JIBING

消化系统常见疾病

基层医生 误诊防范 手册

JICENG YISHENG WUZHEN FANGFAN SHOUC

主 审 王一平
主 编 郑仕诚



四川出版集团
四川科学技术出版社

R 57-62
20132

阅 览

消化系统常见疾病 基层医生误诊防范手册

主 审 王一平

主 编 郑仕诚

副主编 杨正兵 周 骥 刘昌志

编 者 郑仕诚 杨正兵 周 骥

邓茂林 刘昌志



四川出版集团·四川科学技术出版社
· 成都 ·

图书在版编目(CIP)数据

消化系统常见疾病基层医生误诊防范手册/郑仕诚主编.
-成都:四川科学技术出版社,2010.6(2012.6重印)
ISBN 978-7-5364-7046-0

I. ①消… II. ①郑… III. ①消化系统疾病-诊疗-手册
IV. ①R57-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第114404号

消化系统常见疾病基层医生误诊防范手册

主 编 郑仕诚
责任编辑 李迎军
封面设计 李 林
版式设计 王小敏
责任校对 易 卫
责任出版 邓一羽
出版发行 四川出版集团·四川科学技术出版社
成都市三洞桥路12号 邮政编码 610031
成品尺寸 203mm×140mm
印张 10.5 字数 270千
印 刷 四川五洲彩印有限责任公司
版 次 2010年6月第一版
印 次 2012年6月第二次印刷
定 价 25.00元

ISBN 978-7-5364-7046-0

■ 版权所有·翻印必究 ■

■本书如有缺页、破损、装订错误,请寄回印刷厂调换。

■如需购本书,请与本社邮购组联系。

地址/成都市三洞桥路12号 电话/(028)87734035

邮政编码/610031 网址:www.sckjs.com

主 编 简 介



郑仕诚,男,1969年11月出生,四川南江人,中共党员,大学文化,主任医师,四川省和重庆市科技项目评审专家库成员,成都市学科带头人培养对象,成都市消化病学专委会委员,先后在四川南江、福建和成都市等多家医院工作,曾在北京协和医院、四川大学华西医院等医院进修学习,长期从事消化系统疾病的诊治工作。在《Journal of Clinical Gastroenterology》、《中华肝脏病杂志》和《中华医学杂志》等杂志上发表论文10余篇,多次获地(市)科学技术进步奖,承担有四川省卫生厅科学研究项目。

序

消化系统疾病是基层临床工作中是最常见的疾病之一,由于临床表现具有复杂性、多样性和重叠性的特点,部分消化系统疾病的诊断甚为困难。我国人口众多,大多数患者又在基层医院就诊,基层医生是他们的首诊者,但我国基层医院设备有限、医务人员的技术水平参差不齐等特点,误诊容易发生。为了减少误诊并提高基层医院临床医生的业务水平,改善他们对消化系统疾病的诊断能力,拓宽他们诊断的思路,郑仕诚、杨正兵等副主任医师根据他们自己在临床工作中的经验,编写了《消化系统常见疾病基层医生误诊防范手册》一书。

全书共十章,分述临床工作中最常见的消化系统疾病,也是作者们多年在临床工作中经验的总结。对每种常见病以该疾病的临床表现、易误诊的疾病、误诊的原因分析和防范措施的顺序编写,书中还附有作者们在临床工作中积累的典型病例。该书介绍的消化内科一些常见疾病新诊断标准、指南以及临床诊断路径,有助于基层医生对消化系统疾病新知识的掌握。急性腹痛在基层工作中最常遇见,该书将其单列成节,细述其发生的原因,有助于读者掌握。

该手册简便实用,查阅方便,可作为基层医院普内科、消化内科的实用工具书,其出版有助于提高我国基层医生对消化系统疾病的诊断水平。

中华医学会消化病学分会常委

四川省及成都市消化病学分会主任委员

四川大学华西医院消化内科主任、博士生导师

唐承薇 教授

2010年春节于四川大学华西医院

前 言

消化系统疾病是临床上中常见病和多发病之一,它严重影响着患者的健康,由于该系统疾病的临床表现具有复杂性、多样性和重叠性的特点。虽然随着医学的进步和发展,新的诊治指南和共识意见不断提出,临床诊断思维也在不断变化,疾病的诊断和鉴别诊断有时仍非常困难。况且我国人口众多,大多数患者是在基层医院就诊,基层医生是他们的首诊者,鉴于我国的基层医院设备有限,医务人员的技术水平参差不齐等原因,其误诊也比较常见。为了防范误诊,提高基层医生的业务水平,便于他们掌握消化系统疾病诊断的新技术、新知识,拓宽他们诊断疾病的思路,我们编写了《消化系统常见疾病基层医生误诊防范手册》。

本手册共十章,其编写者是长期在基层医院中的临床工作者,有着丰富的临床经验,所编写的内容是作者们对临床工作的总结。全书是按照食管、胃、肠、肝、胆、胰和腹膜的常见病和部分少见病编排的,并增加了脾脏疾病,对每种常见病均详细介绍了“临床表现”、“易误诊的疾病”、“误诊的原因分析”和“防范措施”,同时还有编写者们在工作中积累的典型病例。特别是把消化内外科的难点、易误诊的急性腹痛这一症状单列成节,详细分析它发生的原因,患者是属于内科疾病还是外科疾病都一一罗列,使基层医生查

找时一目了然,并详细介绍减少误诊的方法。我们还收录了近年中华医学会消化内科分会新发布的诊断标准、共识意见和临床诊断路径等,便于基层医生掌握新的知识,因此,它适用于基层医院消化内外科和普内科医生等使用。

我们在编写过程中,得到了作者所在医院领导和卫生主管领导的大力支持,也得到了上级医院老师们的指导,同时还参考了较多国内外文献,在此一一致谢。虽经各位作者的努力,书中仍难免有错漏之处,敬请读者赐教并批评指正。

郑仕诚

2010年1月于成都龙泉驿

目 录

第一章 上消化道疾病.....	1
第一节 食管疾病.....	1
第二节 胃疾病	18
第三节 十二指肠疾病	42
第二章 下消化道疾病	56
第一节 细菌和寄生虫感染性肠病	56
第二节 病毒感染性肠病	71
第三节 抗生素相关性肠病	74
第四节 特殊型肠炎	78
第五节 炎症性肠病	81
第六节 功能性肠疾病	86
第七节 下消化道肿瘤性疾病	90
第八节 下消化道非肿瘤性疾病.....	102
第九节 肠道血管性疾病.....	109
第十节 下消化道特殊性疾病.....	123
第十一节 消化道憩室.....	126

第三章 消化道出血	134
第一节 上消化道出血	134
第二节 下消化道出血	139
第四章 肝脏疾病	144
第一节 肝脏病毒感染性疾病	144
第二节 肝脏非病毒感染性疾病	152
第三节 肝纤维化和肝硬化	161
第四节 门静脉高压症	164
第五节 肝脏肿瘤	172
第六节 肝脏其他疾病	180
第五章 胆囊及胆道系统疾病	196
第一节 胆囊及胆道系统的结石和炎症性疾病	196
第二节 胆囊及胆道系统肿瘤	204
第三节 胆道系统的其他疾病	209
第六章 胰腺疾病	214
第一节 胰腺特异性和非特异性炎症	214
第二节 胰腺囊肿及肿瘤	226
第七章 脾脏疾病	237
第一节 脾特殊性疾病	237
第二节 脾脏肿瘤	242

第八章 腹膜及腹膜后疾病·····	245
第一节 腹膜炎性疾病·····	245
第二节 腹膜肿瘤和其他疾病·····	253
第三节 腹膜后肿瘤和其他疾病·····	258
第九章 消化系统常见疾病的诊治流程和指南·····	263
第一节 食管和胃疾病·····	263
第二节 肠疾病·····	267
第三节 肝脏疾病·····	276
第四节 胰腺疾病·····	282
第五节 胆囊及胆道疾病·····	284
第六节 消化系统常见疾病诊治指南·····	285
第七节 急性腹痛诊治思路·····	306
第十章 消化内科常用内镜检查的适应证和禁忌证·····	312
第一节 普通胃镜检查·····	312
第二节 结肠镜检查·····	314
第三节 小肠镜检查·····	316
第四节 逆行胰胆管造影术·····	317
第五节 术后胆道镜检查·····	319
第六节 超声内镜检查·····	320

第一章 上消化道疾病

第一节 食管疾病

食管是消化道的起始段,其疾病发生一方面与食物有关,另一方面与胃食管反流所致疾病有关,三是与食管本身的运动状态有关,因此误诊往往与这些方面的疾病相关。

一、胃食管反流病

胃食管反流病(GERD)是指由于胃及十二指肠内容物反流入食管引起烧心、胸痛等反流症状,甚至食管炎和口咽、喉、气道等食管以外的组织损害,同时排除了上消化道梗阻及系统疾病如胃泌素瘤等的临床综合征。

1. 临床表现

(1)烧心:是该疾病最常见的症状,现认为烧心是食管功能异常的症状,它反映了对食管的多种不良刺激。多出现于饭后1~2小时或进食某些刺激性食物,如酒、冷水、浓茶等可诱发症状,同时某些体位也可引发或加重烧心感觉,烧心严重程度不一定与病变的轻重程度一致。

(2)胸痛:多位于胸骨后,剑突下或上腹部,并常有肩、颈、耳和上肢等处放射。

(3)吞咽困难:早期可因食管炎症引起的食管痉挛而出现间歇性吞咽困难,情绪波动可使症状加重,镇静剂能使之缓解。晚期

因瘢痕形成而出现食管狭窄,导致吞咽困难呈进行性加重,此时烧心感觉逐渐减轻。

(4)反酸:大多数人有此症状,空腹时主要以反酸为主,但可含有胆汁和胰液等,并与体位有关,特别是在卧位和弯曲时更易发生。

(5)胃胀:其发生一是由于病人为了减轻烧心症状,自觉或不自觉地做吞咽动作,咽下过多气体所致。二是病人因胃动力障碍致胃排空延迟,食物在胃内发酵产气而致。

(6)多涎:是酸反流至食管远端引起的反射作用。

(7)出血和贫血:多为慢性失血为主,导致贫血症状。Barrett食管可引起大出血。

2. 易误诊的疾病

(1)呼吸道的疾病:特别是首发症状主要表现为慢性咳嗽、哮喘和胸闷的病人,更易误诊为慢性支气管炎或支气管哮喘,同时GERD还是支气管炎和哮喘发病的重要原因之一。

(2)食管癌或其他吞咽困难性疾病:食管癌的典型症状是进行性吞咽困难,若出现了该症状时,镇静药不能缓解上述症状。

(3)心绞痛:心绞痛是突然发生的位于胸骨体上段或中段之后的压榨性、闷胀性或窒息性疼痛,亦可波及大部分心前区,可放射至左肩左上肢内侧,达无名指和小指,偶可伴有濒死的恐惧感,往往迫使病人停止活动,重者还有出汗,休息或含用硝酸甘油,可缓解病情。

(4)其他食管源性胸痛:常见有弥漫性食管痉挛、非特异性食管运动障碍、胡桃夹食管、下食管括约肌高压症和贲门失弛缓症。

3. 误诊的原因分析

(1)基层医生对GERD的认识不足,诊断思路狭窄,特别是当GERD的临床表现不典型时,并以其他系统疾病为首发症状时,极易误诊,待病情继续发展,抗感染、解痉治疗无效时,才考虑到GERD。

(2)病史询问不详细,查体不仔细。该类病人一般均有不同

程度的消化道症状,若详细询问病史,仔细查体通过相关的检查,基层医生也能诊断。

(3)满足已有的诊断,在反复治疗无效时,仍未能引起足够的重视。

(4)缺乏有效的检测手段。GERD 确诊主要依靠胃镜检查及 24 小时食管 pH 值测定,基层医院由于条件受限多未开展,仅能借助 B 超、食管钡餐造影等手段,故难以及时、准确诊断。

4. 防范措施

(1)基层医生应加强 GERD 基础知识更新的学习,认真总结经验教训,提高对不典型病例的认识。

(2)坚持完整的病史采集与全面系统的体格检查,在循证医学理论指导下,制订并执行诊疗计划,以确保医疗行为客观无过失。

(3)正确选择医技检查项目。

(4)做好科室间会诊、病人复诊和随诊工作,以利于对病情动态观察。

(5)可从体格检查中发现 GERD 的线索:①严重的脊柱后凸者常伴有食管裂孔疝和胃食管反流。②束胸或紧身衣可增加腹内压而导致反流。③声嘶提示可能有严重的胃食管反流和声带损伤。严重的胃食管反流引起声嘶的特点常常是声音变粗或变低沉,尤以早晨明显。而其他原因的声嘶常在过多说话后更明显。④哮喘和肺纤维化患者可能伴有胃食管反流。⑤严重 GERD 患者在有反刍症状或食欲亢进时常出现牙舌面牙釉质减少。⑥食管运动功能障碍可以是硬皮病或混合性结缔组织病的首发症状。因此,对具有反流症状的患者应仔细询问有无雷诺现象,检查有无硬皮病指(趾),有无皮肤变硬及有无钙质沉着。⑦大脑性瘫痪,Down 综合征及智力低下常伴有 GERD。

5. 典型病例

例 1. 女,汉族,66 岁。因全身酸痛 1 月,伴心慌、气短 10 天入院。患者于 1 个月以前无诱因出现全身酸痛,活动后加重,但无发

热、恶心、呕吐。近 10 天觉上述症状加重,伴有心慌、气短,与活动无关,无胸痛、出汗,在当地服用中药治疗效果欠佳而入院。门诊查血尿常规正常,天冬氨酸氨基转移酶 267 U/L,肌酸激酶 8 172 U/L,肌酸激酶同工酶 210 U/L, α -羟丁酸脱氢酶 557 U/L。心脏彩超未见异常;心电图示:窦性心动过速,中度电轴左偏。查体:体温 35.8℃,脉搏 112 次/分,呼吸 20 次/分,血压 136/91 mmHg。精神尚可,心律齐,各瓣膜未闻及杂音。四肢近端肌肉压痛明显,四肢肌力 IV 级。入院诊断:肌炎;原发性高血压 1 级。给予美托洛尔、银杏达莫、氯化钾静脉滴注,甲泼尼龙关节腔注射、穴位敷贴等对症治疗。1 周后患者诉出现胸闷、胸痛,每次持续约 10 分钟,考虑心绞痛,含服速效救心丸、间断低流量吸氧后症状可缓解。查抗核抗体阳性,抗双链 DNA 阴性。加用阿普唑仑片、刺五加注射液以镇静、抗焦虑治疗,并行 24 小时动态心电图、发作时心电图检查,结果均无异常,血清肌钙蛋白正常。分析病情,因胸痛发作多在睡眠中,肌酶谱较高,不能排除脏器损伤,硝酸异山梨酯注射液静脉滴注无效,发作与体位改变无关,发作期间血压脉搏未见异常,冠状动脉造影检查未见异常,遂考虑消化道疾病所致胸痛,行胃镜检查,报告为食管炎。确诊后给予奥美拉唑、多潘立酮治疗,停用美托洛尔、硝酸异山梨酯,2 周后患者症状明显好转,胸痛未再发作。

例 2. 男,53 岁,汉族,因反复咳嗽、气喘、胸闷、反酸 3 年,再发胸痛 10 天而入院,入院时查体:体温 37.2℃,脉搏 101 次/分,呼吸 27 次/分,血压 145/90 mmHg,消瘦体质,稍活动气喘明显。查体:双肺无明显的湿鸣音,有少许哮鸣音,叩击无浊音出现,心界不缩小,无明显杂音,腹部未见明显异常。曾多次在院外就诊,摄胸片均提示有“慢性支气管炎和肺气肿”的表现,且在院外长期使用抗生素和激素治疗,症状时重时轻。入院时心电图示:ST-T 波有改变。根据院外的资料,仍诊断为“慢性支气管炎急性发作”,给

予抗生素、激素和氨茶碱等药物治疗,患者症状不缓解,胸痛更明显,呈阵发性加剧,考虑是否有心绞痛发生,遂给予硝酸异山梨酯 10 mg,舌下含化,疼痛仍不缓解。遂行胃镜检查 and 24 小时食管 pH 值测定,符合 GERD 的诊断。停用抗生素和激素,采用洛赛克和莫沙比利等药治疗后,病人症状逐渐缓解,随访两年未见有复发。

(郑仕诚)

二、非反流性食管源性胸痛

非反流性食管源性胸痛主要是指食管障碍性疾病所引起的胸痛,包括的疾病有:非特异性食管运动障碍、弥漫性食管痉挛、胡桃夹食管、下食管括约肌高压症和贲门失弛缓症。

1. 临床表现 主要的临床表现是胸痛,可阵发性加重,多无压榨性感觉,不伴有出汗和血压的变化,多伴有反酸,口腔内常有酸味,很少威胁病人的生命,常不需要看急诊。

2. 易误诊的疾病

(1)心绞痛:食管源性胸痛与心绞痛有很多相似之处,很难鉴别。

(2)肋软骨炎:此种胸痛多为隐痛,在胸前区弥漫,硝酸类药物不能缓解,激素和非甾体类药物能缓解。

(3)带状疱疹:主要表现为一侧胸痛,常伴有针刺样痛。

3. 误诊的原因分析

(1)该疾病本身的特殊性,如与心绞痛的部位相似,其疼痛均可为硝酸甘油缓解,均可见于饱餐后加重等。

(2)基层医生对该病根本不认识,不知道从何处去诊断,更不能找到合适的诊断方法。

(3)基层医院无特殊设备如 ECT、冠状动脉造影以及 24 小时食管 pH 值等检查,只能依靠临床表现、心电图和其他一些常规检查。

4. 防范措施

(1)加强对非反流性食管源性疼痛的临床表现的学习,了解

其相应的症状。

(2)对有胸痛的患者除应想到有心绞痛外,还应想到其他原因,因此要从最常见的检查方法做起,同时可采用治疗性的方法去诊断,但应首先想到心绞痛,以防事故的发生。

(3)食管滴酸试验和药物诱发试验可以在基层开展,对食管运动异常者如痉挛,首先选用钙通道拮抗剂、硝酸盐制剂及胆碱能受体拮抗剂。近年来证实丙咪嗪对该病有效。

5. 典型病例 男,54岁。因反复进食时胸痛3年而就诊,查体,生命体征正常,心、肺未见明显病变。询问病史,患者常在进热质饮食时出现,每次持续3~4小时。胃镜检查食管正常,发作时心电图示:原发性ST-T段改变。心脏彩色超声检查未见有异常。拟诊为:心肌供血不足,不稳定型心绞痛。遂转入上级医院行冠状动脉造影,结果未见异常。经过硝酸类药物扩血管治疗,症状仍不能消除。故进行食管24小时pH值测定后,确诊为“非反流性食管源性胸痛”。选用丙咪嗪和抑酸剂治疗后,症状逐渐缓解。随访2年无复发。

(郑仕诚)

三、贲门失弛缓症

贲门失弛缓症是以食管下段括约肌(LES)松弛异常及食管体部缺乏推进性蠕动为特征的食管运动功能障碍性疾病。表现为吞咽后食管不蠕动和下食管括约肌不能完全松弛。

1. 临床表现

(1)吞咽困难:几乎所有的患者都有该症状,但症状轻重不一、时间长短不等。

(2)反食:是由于食物在食管内堆积所致,反流的食物为未消化的、非胆汁性、非酸性。病人常在夜间因反流后咳嗽或梗噎而惊醒,反流出的液体可能为特征性的白色泡沫样,代表夜间唾液在食管内聚集。

(3)胸痛和胃灼热也较常见,约出现于40%的患者。胸痛发生机制可能是:①食物潴留于食管内,引起食管扩张;②LES压力明显增加;③食管体部出现高幅度的同步性收缩。当出现胃灼热时,贲门失弛缓症易误诊为胃食管反流。但失弛缓相关性胃灼热不是餐后出现,通常亦不为抗酸剂所缓解。

(4)体重减轻:它是反应疾病严重程度的一个很好的指标,治疗后体重增加与食管排空功能改善的程度是一致的。

2. 易误诊的疾病

(1)胃、食管交界处肿瘤:两者均以出现吞咽困难和进行性的体重下降为特征。

(2)弥漫性食管痉挛(LES):是由于食管平滑肌反复高压性、同步收缩所致的胸痛和吞咽困难。食管排空延缓,但对硝酸类和钙通道阻滞剂有效。在X线钡餐检查时有开塞钻样表现。

(3)硬皮病:它也可表现为食管平滑肌损害,引起相应的临床表现。

(4)除食管癌外的其他恶性肿瘤:如胃癌、淋巴瘤、胰腺癌和肝癌,它们可以侵犯食管肌间神经丛,损害食管下括约肌神经支配,或肿瘤环绕食管远端,压迫食管引起类似症状,形成假性贲门失弛缓症。

(5)老年性食管:系指发生在老年人的功能性食管病。常见的症状是吞咽困难、胸痛或GER症状,常被怀疑为食管癌。本病发生机制可能与老年人神经调节机制失调和平滑肌退行性病变有关。食管测压和食管内镜检查可与贲门失弛缓症和食管癌鉴别。

(6)膈疝:主要表现为胸痛,无吞咽困难等。

3. 误诊的原因分析

(1)该病的临床表现与其他疾病的临床表现相似的太多,造成临床医生诊断思维产生错误。

(2)易误诊的疾病与该病往往需要通过胃镜的检查、X线钡餐检查和组织活检才能得以确诊。在基层胃镜诊断和放射诊断医