

症状学

辨证研究(下)

ZHENGZHUANGXUE BIANZHENG YANJIU (XIA)

李伟扬◇编著

症状学

辩证研究(下)

ZHENGZHUANGXUE BIANZHENG YANJIU (XIA)

李伟扬◇编著

图书在版编目(CIP)数据

症状学辨证研究:全2册 / 李伟扬编著. -- 哈尔滨:
黑龙江大学出版社, 2012. 11

ISBN 978 - 7 - 81129 - 569 - 6

I. ①症… II. ①李… III. ①临床医学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 264850 号

症状学辨证研究(下)

ZHENGZHUANGXUE BIANZHENG YANJIU (XIA)

李伟扬 编著

责任编辑 张永生 于丹 肖嘉慧
出版发行 黑龙江大学出版社
地 址 哈尔滨市南岗区学府路 74 号
印 刷 哈尔滨市石桥印务有限公司
开 本 720 × 1000 1/16
印 张 46
字 数 686 千
版 次 2012 年 11 月第 1 版
印 次 2012 年 11 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978 - 7 - 81129 - 569 - 6
定 价 98.00 元(全 2 册)

本书如有印装错误请与本社联系更换。

版权所有 侵权必究

目 录

第 20 章	腹胀	381
20.1	发病机制	381
20.2	常见病因	383
20.3	诊断方法	384
20.4	临床鉴别	389
第 21 章	呃逆	394
21.1	发病机制	394
21.2	常见病因	395
21.3	诊断方法	396
21.4	治疗	397
第 22 章	腹泻	407
22.1	急性腹泻	407
22.2	慢性腹泻	415
第 23 章	腹痛	424
23.1	诊断线索	424
23.2	急性腹痛	428
23.3	慢性腹痛	430
23.4	腹外病变	433
23.5	根据腹痛部位鉴别疾病	436
23.6	诊疗流程	436
第 24 章	黄疸	439
24.1	分类	439
24.2	病史、症状与体征	440

24.3	实验室检查	443
24.4	辅助检查	444
第 25 章	腹水	454
25.1	病因与病史	454
25.2	发病机制	455
25.3	症状与体征	457
25.4	诊断与鉴别	459
25.5	腹水检查	461
25.6	特殊检查	465
第 26 章	肝肿大	471
26.1	病毒性肝炎	471
26.2	阿米巴肝脓肿	476
26.3	原发性肝癌	476
26.4	肝囊肿	477
第 27 章	脾肿大	478
27.1	分类	478
27.2	病毒性感染	480
27.3	细菌性感染	480
27.4	螺旋体感染	480
27.5	慢性病毒性肝炎	480
27.6	慢性血吸虫病	481
27.7	慢性疟疾	481
27.8	肝硬化	481
27.9	慢性右心衰竭	481
27.10	白血病	481
27.11	脾功能亢进	482
27.12	脾恶性肿瘤	482
第 28 章	淋巴结肿大	483
28.1	发病机制	483

28.2	病因	484
28.3	临床诊断	486
28.4	鉴别诊断	489
第 29 章	贫血	496
29.1	红细胞丢失	496
29.2	红细胞过度破坏	498
29.3	造血不良	504
第 30 章	出血	513
30.1	发生机制	513
30.2	常见病因	514
30.3	病变征象	515
30.4	出血性疾病与症状性出血	516
30.5	常见的出血性疾病	518
第 31 章	尿液改变	522
31.1	尿色异常	522
31.2	尿量异常	535
31.3	排尿异常	539
第 32 章	关节痛	548
32.1	急性关节痛	548
32.2	慢性关节痛	553
第 33 章	头痛	559
33.1	发生机制	559
33.2	头痛分类	561
33.3	诊断线索	563
33.4	常见类型	567
33.5	外伤后头痛	575
33.6	癫痫性头痛	577
33.7	药物与头痛	577
33.8	精神心理疾病与头痛	578

第 34 章	眩晕	579
34.1	眩晕类型	579
34.2	眩晕诊断	581
第 35 章	晕厥	591
35.1	晕厥分类	591
35.2	临床特点	593
第 36 章	昏迷	609
36.1	病理和病因	609
36.2	分类和分级	613
36.3	诊断与鉴别	621
第 37 章	脑膜刺激征	630
37.1	脑部疾病	630
37.2	假性脑膜炎	632
37.3	脑膜炎与脑膜脑炎	633
37.4	其他原因所致的脑膜病变	646
第 38 章	瘫痪	648
38.1	上运动神经元性瘫痪	648
38.2	下运动神经元性瘫痪	671
38.3	肌病性瘫痪	684
38.4	癱症性瘫痪	695
第 39 章	脑水肿	696
39.1	疾病分类	696
39.2	发生机制	699
39.3	临床征象	700
39.4	治疗原则	700
39.5	常规治疗	701
第 40 章	不自主运动	705
40.1	病因和机制	705

40.2	临床表现	705
40.3	鉴别诊断	707
40.4	辅助检查	722
参考文献		724

第 20 章 腹胀

腹胀 (Abdominal distention) 可以是一个主观感觉,即患者自感腹部的一部分或全腹胀满;可以是一种客观所见,即通过检查发现腹部的一部分或全腹胀满。腹胀可以是生理性的,也可以是病理性的。

患者可表现为胀气、肠鸣、暖气、肛门排气过多,甚至腹痛、消化不良、恶心、厌食等。最常见的腹胀为胃肠道积气。

20.1 发病机制

腹胀是由于胃肠道内存在过量的气体而产生的,以腹部胀大、皮色苍黄、甚至腹壁血管暴露、腹壁皮肤绷紧如鼓为特征,属于肠胃功能紊乱症的一种症状,其主要发病机制如下。

20.1.1 吞咽大量空气

健康人的食管上括约肌一般处于关闭状态,平时能防止空气进入食管。在做吞咽动作时,食管上括约肌开放,使空气进入食管,然后通过食管蠕动气团被推进胃腔。一般吞咽空气是下意识进行的,每次可摄入空气 2~3 ml,平卧位比侧卧位吞咽的空气多,和液体一起吞咽的空气比吞咽固体食物时多 2~3 倍。

空气吞咽量大的原因可为:

①过量唾液分泌,见于各种原因引起的恶心所致反射性流涎,如紧张、焦虑等精神不安状态或胃十二指肠炎症、肝胆器质性疾病,也可见于口腔黏膜溃疡等刺激性病变导致的唾液分泌增加,或经常咀嚼口香糖,因吞咽频繁而产生的吞气症。

②自我减轻症状,为解除因消化性溃疡、食管裂孔疝、胆囊疾病、胃肠神经官能症等引起的上腹不适或胀满,患者以频繁嗳气作为一种自我减轻症状的手段,相应地有吞气量增大的情况。

③饮食太快,囫囵吞咽食物,特别是大口饮用流食,或进过多的产气饮料如汽水、啤酒等,从而吞咽或在胃内产生较多气体。

20.1.2 释放二氧化碳

唾液、黏液、胆汁与胰液中的碳酸氢盐和胃酸反应,可以产生二氧化碳,特别是十二指肠溃疡或胃酸分泌亢进的患者可在餐后产生大量二氧化碳。慢性胃炎、消化性溃疡合并幽门螺杆菌感染时,幽门螺杆菌产生的尿素酶可分解尿素产生二氧化碳,可致饱胀、嗳气等。肠道内碳水化合物经细菌发酵形成有机酸如乳酸等,也可和碳酸氢盐作用产生二氧化碳。

20.1.3 食物发酵产生气体

碳水化合物如果未经消化而进入结肠,可经大肠杆菌的作用,形成二氧化碳与氢,经厌氧菌作用形成氢气与甲烷。肠内细菌发酵的底物多为不被吸收的碳水化合物如纤维素、豆类中的水苏糖和棉子糖等,或因乳糖酶缺乏而未被吸收的乳糖,到达结肠被细菌发酵,产生氢和二氧化碳。有小肠疾病的患者,常因碳水化合物吸收不良而产生大量气体。长期应用广谱抗生素能抑制正常肠道菌群生长,易致菌群失调,使厌氧菌过度生长,也可引起胃肠的胀气。短肠综合征或用泻药能加快食物残渣通过小肠,进入结肠;盲祥综合征也能促进细菌的发酵作用,释放气体,加重胀气。此外,不易吸收的蛋白质也可成为结肠细菌发酵和产生氢的底物,但其释放的气体远比糖类释放的气体少。

20.1.4 气体从血液进入胃肠道

胃肠道中的二氧化碳除来自碳酸氢盐分解和肠道细菌发酵作用外,还有从血液弥散进入者。当肠腔中的二氧化碳分压低于静脉血压时,二氧化碳即不断从血液弥散进入肠道,直至两处的分压平衡为止。肠壁瘀血或肠系膜血液循环障碍如肠系膜血栓形成、充血性心力衰竭、肝硬化伴

门静脉高压等,均会使从血液弥散进入肠道的二氧化碳量增多。

20.1.5 肠壁气体吸收障碍

正常情况下,肠腔内二氧化碳分压往往高出静脉血一倍以上,因此经常有二氧化碳自肠腔较快地弥散进入血液。但在交感神经功能亢进或肠道病变时,因肠肌张力和蠕动减弱,或患肠炎、肠易激综合征等,黏液会分泌过多,导致弥散进入血液的二氧化碳减少,产生胃肠胀气。

20.1.6 气体排泄障碍

当支气管哮喘、肺气肿、肺炎等疾病影响肺部排气功能时,血液中氮含量接近饱和,故肠腔内产生的氮不易被吸收,必须自肛门排出。如果肠蠕动、肠肌张力减弱或有肠梗阻时,可因气体排出障碍而致胃肠胀气。

20.2 常见病因

胃肠道内气体过多是患者求医时的常见症状之一。引起腹胀的常见原因如下。

(1) 胃部疾病

胃部疾病是引起腹胀的重要病因之一,包括慢性胃炎、慢性萎缩性胃炎、消化性溃疡、胃扩张、胃扭转、胃下垂、幽门梗阻及胃癌等。

(2) 肠道疾病

肠道疾病也是导致腹胀的重要原因,包括急性或慢性肠炎(细菌性痢疾、阿米巴痢疾、肠结核、伪膜性肠炎及急性出血性坏死性肠炎等)、完全性或不完全性肠梗阻(麻痹性、机械性)、肠系膜上动脉综合征、短肠综合征、盲袢综合征、习惯性便秘、肠寄生虫病、巨结肠等。

(3) 胃肠道功能性疾病

如吞气症、顽固性呃逆、功能性消化不良(非溃疡性消化不良)、肠易激综合征等。

(4) 肝脏疾病

肝脏疾病也是引起腹胀的重要病因,包括急性或慢性肝炎,尤其是重

型肝炎(腹胀是其主要及顽固的症状之一)、肝硬化(腹胀常是早期肝硬化的主要症状)、肝脓肿及肝癌等。

(5) 胆道疾病

如急性或慢性胆囊炎、胆石症及多种原因所致的胆道梗阻等。

(6) 胰腺疾病

如急性或慢性胰腺炎、巨大胰腺囊肿及胰腺癌等。

(7) 腹膜疾病

如急性化脓性腹膜炎、结核性腹膜炎及腹膜癌等。

(8) 急性感染性疾病

各种严重感染引起的毒血症、败血症、中毒性肺炎、伤寒及重型肺结核病等。

(9) 心血管疾病

见于急性或慢性充血性心力衰竭(尤其是右心功能不全)、心绞痛、心律失常、肠系膜血管栓塞、肠系膜静脉血栓形成、肠系膜动脉硬化症等。

(10) 其他病因

其他病因有腹部手术后、支气管哮喘、肺气肿、低钾血症、药物反应、结缔组织病、黏液性水肿、吸收不良综合征、乳糖酶缺乏、营养不良、慢性肾功能不全、电解质及酸碱代谢紊乱、糖尿病性胃轻瘫、血液系统疾病、中枢神经或脊髓病变及各种原因所致的胸腔积液与腹水等。

20.3 诊断方法

胃肠胀气为腹胀最常见的原因之一,应和腹水、腹部肿块、肥胖、妊娠等所致的腹胀加以区别。

20.3.1 了解病史

20.3.1.1 年龄

婴儿哺乳后即出现腹胀和腹泻,若停止喂乳代以无乳糖食物后发现其腹胀和腹泻均消失,应考虑为乳糖酶缺乏,但少见。儿童胀气原因以乳糖酶缺乏、肠寄生虫病、营养不良、腹部结核和肠梗阻为常见。成人除器

质性疾病外,乳糖酶缺乏和功能性胃肠胀气也常见。

20.3.1.2 饮食

了解饮食的成分有助于判断胃肠胀气的原因。如摄入过多含有不易吸收的低聚糖食物(豆类、花生、薯类等)易引起胀气,摄入奶或奶制品导致胃肠胀气者,多提示为乳糖酶缺乏。

20.3.1.3 药物

服用过量抗酸剂如碳酸氢钠、碳酸钙易引起腹胀。习惯性滥用泻药常引起肠功能障碍而致胃肠胀气。应用广谱抗生素,特别是林可霉素、氯霉素、艮他霉素等,可因抑制肠道正常菌群生长而导致难辨梭状芽孢杆菌滋生繁殖,其外毒素可使肠黏膜坏死,形成伪膜和中毒性结肠扩张及腹部胀气。

20.3.1.4 其他病史

应询问有无腹部结核、慢性胃肠病、内脏下垂、胃肠道梗阻性疾病、慢性肝胆或胰腺疾病等相关病史,尤应注意有无影响胀气的胃大部切除术或广泛小肠切除史。

20.3.2 症状观察

20.3.2.1 嗝气

嗝气是腹胀最常见的症状,多见于慢性胃炎、胃下垂、幽门梗阻、迷走神经切除术后患者,亦可见于消化性溃疡、食管裂孔疝、胆囊病患者。嗝气作为胃肠神经官能症的一种特殊表现,频繁出现,所以不难诊断,但须认真排除器质性疾病。

20.3.2.2 腹痛

腹胀伴有全腹剧痛者,应考虑急性腹膜炎、机械性肠梗阻、肠系膜血管病。腹胀伴有左上腹疼痛,并能为嗝气所缓解者,常见于胃泡综合征、急性胃扩张;能从肛门排气解除者,可能为结肠脾曲综合征等。腹胀伴有右上腹疼痛者,常见于肝胆疾病、结肠肝曲综合征、肠系膜上动脉综合征等。

20.3.2.3 肛门排气

腹胀伴有肛门排气,并可获得暂时缓解者,多见于结肠胀气、肠道功能紊乱等。

20.3.2.4 其他

腹胀伴有呕吐者,常见于幽门梗阻,输入袢综合征,上肠道梗阻,腹膜炎及肝、胆、胰疾病。腹胀伴有腹泻者,多见于肠道感染、肠易激综合征、慢性胆道与胰腺疾病、肝硬化、部分肠梗阻、胃酸缺乏、短肠综合征、盲袢综合征、肠道菌群失调、吸收不良综合征等。腹胀伴有便秘者,常见于习惯性便秘、肠梗阻、先天性巨结肠等。腹胀伴有肠鸣亢进者,多见于肠道感染与下肠道梗阻。

20.3.3 体征检查

腹胀涉及全腹者,多为小肠、结肠胀气,常由肠梗阻或肠麻痹引起。腹胀限于上腹者以胃扩张、幽门梗阻、急性胰腺炎与输入袢综合征为常见。患有幽门梗阻时,除上腹膨隆外,有时可见胃型与胃蠕动波。患有机械性肠梗阻时可见相应肠型。肠绞痛发作时听诊可发现气过水声或金属音。腹胀伴有腹肌紧张或板样强直者,是急性弥漫性腹膜炎的特征,如伴有肝浊音区缩小或消失,常提示有胃肠急性穿孔,但有严重的腹胀时则难以判断是否有游离气腹。

20.3.4 X线检查

腹部透视或平片对确定腹胀的部位、诊断肠梗阻和内脏穿孔所致游离气腹的诊断很有价值。钡剂胃肠造影对胃肠道器质性病变常有确诊意义,对胃肠道外邻近器官病变的诊断也有一定帮助。如患胰头癌时,可见十二指肠圈扩大、肠胃受压或浸润、肠腔狭窄等征象,在患胰体癌或胰尾癌时可显示胃小弯或胃体后壁受压。

20.3.5 实验室检查

20.3.5.1 胃液分析

对有胃肠胀气的胃部疾病患者可作胃液分析,确定是否系胃酸分泌

亢进或胃酸缺乏所致。

20.3.5.2 胆汁检查

有胆道疾病者,经十二指肠引流采集胆汁,可发现脓细胞、柱状上皮细胞、华支睾吸虫卵、肠梨形鞭毛虫滋养体,或胆固醇结晶、胆红素钙沉淀等。胆汁细菌培养可分离出致病菌。

20.3.5.3 粪便检查

有肠道炎症性疾病和吸收不良综合征者,粪便检查有助于诊断。粪便培养常可获致病菌。如镜检发现中性脂肪颗粒及大量未消化横纹肌纤维,粪便检查发现脂肪含量增加,多提示为吸收不良综合征,若 24 h 粪便中总脂肪量超过 6 g 即可诊断为脂肪泻。

20.3.5.4 肝功能试验

胃肠胀气疑为肝病的患者,应进行肝功能、乙型肝炎表面抗原、血清甲胎蛋白等检测。

20.3.5.5 胰腺功能试验

考虑胃肠胀气由胰腺疾病引起者,可作胰腺功能试验(N-苯甲酰-L-酪氨酸-对氨基苯甲酸,简称 BT-PABA),或用促胰液素与促胰酶素作胰腺外分泌功能试验。BT-PABA 是一种人工合成肽,口服后经胰液的作用可分解成 PABA,由小肠吸收而从尿中排泄。当胰腺外分泌功能减退,糜蛋白酶分泌不足时,尿 PABA 含量减少,约为正常量的 60%。此方法简便易行。

20.3.5.6 小肠功能试验

有胃肠胀气的吸收不良综合征者,可用右旋木糖吸收试验鉴别小肠吸收不良和胰源性腹泻。空肠血清胡萝卜素水平降低多提示小肠疾病引起的吸收不良。⁵⁸Co 标记维生素 B₁₂吸收试验对小肠壅积导致的回肠疾病或细菌过度生长的诊断尤其有帮助。乳糖耐量试验有助于诊断乳糖酶缺乏。

20.3.5.7 呼气试验

呼气试验有利于诊断小肠细菌过度生长,一般采用¹⁴C-甘氨酸胆酸盐

呼气试验及 ^{14}C -胆酸呼气试验或 ^{14}C -右旋木糖呼气试验。呼出 $^{14}\text{CO}_2$ 量明显增高,常见于盲袢综合征患者。另有用葡萄糖呼气试验与乳果糖呼气试验分析呼出的氢量的方法,用于诊断小肠细菌的过度生长。联用 ^{14}C -甘氨酸胆酸盐呼气或 ^{14}C -甘氨酸胆酸盐呼气试验和粪便中 ^{14}C -胆酸呼气试验,或联用 ^{14}C -胆酸呼气试验和 ^{14}C -右旋木糖呼气试验,有助于鉴别回肠功能不全与小肠细菌过度生长。对脂肪泻患者可作 ^{14}C -三油酸甘油酯呼气试验, $^{14}\text{CO}_2$ 呼出量增加提示为胰腺功能不全引起的脂肪吸收不良。乳糖酶缺乏患者呼出的 $^{14}\text{CO}_2$ 量低于正常,故可用 ^{14}C -乳糖呼气试验或乳糖氢呼气试验协助诊断。呼气试验比常用的乳糖耐量试验敏感,但此法有放射性,不适于儿童和孕妇检测。进行乳糖氢呼气试验时,若呼气中氢浓度比空腹呼气中氢浓度高20 mg/L以上,即表明存在乳糖酶缺乏,同时可有胃肠胀气的症状出现。呼气试验具有准确、简便、无损伤和特异性等优点,更适用于群体调查。

20.3.6 其他检查

对有腹胀而钡剂胃肠造影阴性的患者,电子胃镜、十二指肠镜检查及黏膜活检常有助于诊断。胃窦黏膜活检标本分别作培养和直接涂片染色镜检、病理组织切片染色镜检和尿素酶试验是目前对幽门螺杆菌感染诊断的主要方法。抗幽门螺杆菌单克隆抗体的研制成功,为快速、正确诊断幽门螺杆菌感染提供了简单有效的途径,其敏感性和特异性均优于尿素酶试验。有腹胀而一般X线检查呈阴性的胆石症、肝外和肝内梗阻性黄疸、胆道癌、胰腺癌等患者,逆行胰胆管造影能为诊断和鉴别诊断提供重要依据。B超显像可作为诊断肝、胆、胰疾病的首选方法,对胆道疾病中以胆管扩张、胆囊结石和胰腺癌的诊断率最高。小肠黏膜活检可为吸收不良综合征提供组织学的诊断依据,特别是对口炎性腹泻和肠梨形鞭毛虫病具有诊断意义。小肠黏膜活检标本制成匀浆,测定乳糖酶活性,若酶活性降低可确诊乳糖酶不足或缺乏。放射性核素肝扫描对直径1.0 cm以上的占位性病变有辅助诊断意义。肠系膜动脉造影及纤维小肠镜检查对位于小肠的肿瘤具有重要的诊断价值。钡剂胃肠造影往往不易作出正确诊断。

20.4 临床鉴别

腹胀需要与以下常见的消化系统疾病进行鉴别。

20.4.1 急性胃扩张

急性胃扩张通常发生于暴饮暴食之后,也可由情绪激动、剧烈疼痛、受寒、腹部外伤等不良刺激引起。上腹部或脐周突然发生持续性胀痛,上腹部明显膨隆,但腹软,仅有轻度压痛,叩诊呈鼓音并有振水声,X线检查可见扩大的胃泡和大量的胃内容物潴留。

胃、十二指肠溃疡穿孔时,因腹腔有游离气体而腹部膨隆,应与急性胃扩张相区别,但其腹肌多呈板样强直,并有明显压痛,肝浊音区缩小或消失,膈下有游离气体,可以将其区分出来。急性肠梗阻时,腹部高度膨隆,有时可和急性胃扩张混淆,但可见肠型,肠鸣音消失,X线检查可见多个液平面。

20.4.2 幽门梗阻

消化性溃疡并发幽门梗阻者有上腹膨隆,胀气明显等征象。患者过去多有长期腹部溃疡疼痛史,近期逐渐发生上腹部胀满、嗝气、反酸与呕吐,而原有的上腹部疼痛节律性消失。呕吐大量带有发酵酸味的隔夜食物为该病的特点。上腹部膨隆,可见胃蠕动波,并常有胃部振水声。呕吐后症状可减轻。

消化性溃疡所致幽门梗阻应与胃癌所致的幽门梗阻进行鉴别。前者胃游离酸常增高,胃液中可见大量八叠球菌;后者胃液中常缺乏游离酸,胃液中可发现乳酸杆菌,乳酸定性试验呈阳性。

20.4.3 肠梗阻

20.4.3.1 十二指肠梗阻

十二指肠梗阻临床上较少见,可由肠系膜上动脉综合征、结核、类癌等引起。患肠系膜上动脉综合征时内脏下垂,过分牵拉肠系膜,致使肠系