



北京协和医院

PEKING UNION MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

医疗诊疗常规

消化内科

诊疗常规

第2版

北京协和医院 编



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

北京协和医院医疗诊疗常规

消化内科

诊疗常规

(第2版)

主 编 钱家鸣 孙 钢

编 者 (按章节顺序)

李晓青	方秀才	芦 波	冯云路	陈伟光	李 骥
蒋青伟	孙晓红	柯美云	谭 蓓	钱家鸣	舒慧君
朱 峰	吕 红	王莉瑛	姚 方	李景南	严雪敏
杨 红	赖雅敏	李 玥	吴 东	孙 钢	朱丽明
吴 晰	杨爱明	郭 涛	陆星华	王 强	鲁重美
伍东升	费贵军				

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科诊疗常规/北京协和医院编著. —2 版.

—北京: 人民卫生出版社, 2012. 6

(北京协和医院医疗诊疗常规)

ISBN 978-7-117-15396-6

I. ①消… II. ①北… III. ①消化系统疾病 - 诊疗

IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 036416 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

消化内科诊疗常规

第 2 版

编 著: 北京协和医院

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: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京市文林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 20

字 数: 378 千字

版 次: 2005 年 1 月第 1 版 2012 年 6 月第 2 版第 3 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15396-6/R · 15397

定 价: 35.00 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销售中心联系退换)

北京协和医院 医疗诊疗常规

北京协和医院 编

编委会主任

赵玉沛

编委会委员

(按姓氏笔画排序)

于学忠	于晓初	马 方	马恩陵	王以朋	王任直	方 全	尹 佳
白连军	白春梅	邢小平	乔 群	刘大为	刘昌伟	刘晓红	刘爱民
孙 强	孙秋宁	李 方	李太生	李汉忠	李单青	李雪梅	肖 毅
吴欣娟	邱贵兴	邱辉忠	宋红梅	张奉春	张福泉	陈 杰	苗 齐
金征宇	郎景和	赵玉沛	赵永强	赵继志	姜玉新	柴建军	钱家鸣
徐英春	翁习生	高志强	桑新亭	黄宇光	梅 丹	崔全才	崔丽英
梁晓春	董方田	戴 晴	魏 镜				

编委会办公室

韩 丁 刘卓辉 尹绍尤

人民卫生出版社

医疗质量是医院永恒的主题,严格执行诊疗常规和规范各项操作是医疗质量的根本保证。2004年,我院临床各科专家教授集思广益,编写出版了《北京协和医院医疗诊疗常规》系列丛书(以下简称《常规》),深受同行欢迎。《常规》面世7年以来,医学理论和临床研究飞速发展,各种新技术、新方法不断应用于临床并逐步成熟,同时也应广大医务人员的热切要求,对该系列丛书予以更新、修订和再版。

再版《常规》丛书沿袭了第一版的体例,以我院目前临床科室建制为基础,扩大了学科覆盖范围。各科编写人员以“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)和“三严”(严肃的态度、严密的方法、严格的要求)的作风投入这项工作,力求使《常规》内容体现当代协和的临床技术与水平。

该丛书再版正值北京协和医院九十周年华诞。她承载了协和人对前辈创业的感恩回馈、对协和精神的传承发扬、对社会责任的一份担当。我们衷心希望该丛书能成为业内同道的良师益友,为提高医疗质量,保证医疗安全,挽救患者生命,推动我国医学事业发展作出贡献。对书中存在的缺点和不足,欢迎各界同仁批评指正。

赵玉沛

2011年9月于北京

目 录

第一章 常见症状	1
一、食欲不振	1
二、吞咽困难	4
三、呕吐	9
四、急性腹痛	12
五、慢性腹痛	15
六、腹泻	20
七、便秘	25
八、黄疸	28
九、腹水	31
十、消化道出血	36
第二章 食管疾病	39
一、贲门失弛缓症	39
二、弥漫性食管痉挛	41
三、食管裂孔疝	43
四、食管炎	44
五、Barrett 食管	49
六、食管憩室	50
七、缺铁性咽下困难	51
八、贲门黏膜撕裂综合征	52
九、食管良性肿瘤	53
十、食管癌	54
第三章 胃疾病	57
一、急性胃炎	57
二、慢性胃炎	62

三、胃黏膜巨肥症	63
四、急性胃扩张	64
五、胃扭转	66
六、胃内异物	67
七、消化性溃疡	68
八、胃大部切除术后远期并发症	70
九、胃良性肿瘤	75
十、胃恶性黏膜下肿瘤	77
十一、胃痛	79
十二、功能性消化不良	81
十三、胃轻瘫综合征	84
第四章 肠道疾病	87
一、急性肠炎	87
二、十二指肠炎	88
三、嗜酸性粒细胞性胃肠炎	89
四、急性出血坏死性小肠炎	92
五、肠系膜上动脉综合征	94
六、肠结核	95
七、克罗恩病	97
八、溃疡性结肠炎	102
九、Whipple 病	105
十、吸收不良综合征	107
十一、蛋白丢失性胃肠病	110
十二、肠易激综合征	111
十三、慢性假性肠梗阻	114
十四、短肠综合征	116
十五、小肠肿瘤	118
十六、肠梗阻	119
十七、特发性小肠溃疡	122
十八、缺血性结肠炎	124
十九、真菌性肠炎	125
二十、伪膜性肠炎	126
二十一、黑斑息肉综合征	127
二十二、急性肠系膜上动脉栓塞	129

二十三、类癌及类癌综合征	130
二十四、大肠癌	131
二十五、小肠出血	133
第五章 肝脏疾病	136
一、门静脉高压症	136
二、肝性脑病	138
三、肝肾综合征	139
四、肝肺综合征	140
五、肝囊肿	141
六、细菌性肝脓肿	141
七、阿米巴肝脓肿	142
八、脂肪肝	143
九、肝结核	143
十、Wilson 病	144
十一、肝脏良性肿瘤	144
十二、原发性肝癌	146
十三、转移性肝癌	148
十四、Gilbert 综合征	148
十五、Crigler-Najjar 综合征	149
十六、Dubin-Johnson 综合征	151
十七、Rotor 综合征	152
十八、肝内胆汁淤积	152
十九、妊娠期肝病	155
二十、中毒性肝病	159
二十一、药物性肝病	161
二十二、酒精性肝病	162
二十三、肝硬化	164
二十四、血吸虫病性肝纤维化	171
二十五、胆汁性肝硬化	172
二十六、淤血性肝硬化	175
二十七、自身免疫性肝病	178
第六章 胆系疾病	184
一、急性胆囊炎	184

二、慢性胆囊炎	186
三、胆石症	187
四、胆道蛔虫症	191
五、急性化脓性胆管炎	192
六、硬化性胆管炎	193
七、先天性胆总管囊肿	197
八、胆囊和胆管肿瘤	199
第七章 胰腺疾病	205
一、急性胰腺炎	205
二、慢性胰腺炎	209
三、胰性腹水	212
四、Zieve 综合征	213
五、胃泌素瘤	214
六、血管活性肠肽瘤	217
七、胰岛素瘤	219
八、胰腺囊性纤维化	222
九、胰腺癌	223
第八章 腹膜及肠系膜疾病	227
一、结核性腹膜炎	227
二、自发性细菌性腹膜炎	229
三、腹膜肿瘤	230
四、腹膜后肿瘤	233
五、腹膜后脓肿	234
六、急性肠系膜淋巴结炎	235
七、腹膜后纤维化	236
八、急性肠系膜缺血	237
九、肠系膜淋巴结结核	238
第九章 常用诊断技术	240
一、食管功能检查	240
二、胃肠功能测定	245
三、肝胆功能检查	252
四、内镜检查及内镜治疗	256

五、核素检查	267
六、其他	272
第十章 常用治疗技术	282
一、鼻饲术	282
二、胃肠减压术	283
三、洗胃术	284
四、肛管排气	284
五、灌肠术	285
六、食管狭窄扩张术	286
七、上消化道异物内镜取出术	287
八、经内镜十二指肠乳头括约肌切开术	290
九、内镜下黏膜切除术	291
十、消化道高频电息肉切除术	293
十一、食管静脉曲张的内镜治疗	294
十二、三腔二囊管压迫止血术	298
十三、自身腹水浓缩回输术	299
十四、介入治疗	300
十五、肠内营养、要素饮食	305
十六、静脉营养	306

第一章

常见症状

一、食欲不振

食欲不振(anorexia)是指对食物缺乏需求的欲望,严重的食欲不振称为厌食。人体的食欲中枢在下丘脑,调节摄食的中枢有两个:一个是进食中枢,在腹外侧核,破坏此中枢导致食欲丧失,拒食;另一个是饱食中枢,在腹内侧核,破坏此中枢会导致食欲亢进,食量增加。而这两个中枢的相互制约、拮抗达到食欲和进食量的平衡。大脑皮层也通过这两个中枢对进食的生理活动产生作用。此外,影响食欲中枢的因素还有:①血胰岛素和血糖水平:低血糖可引起胃的收缩和饥饿感,使食欲增加,而高血糖则相反;血胰岛素可促使饱食中枢的感受器摄取葡萄糖,对葡萄糖的利用率增加,食欲减退。②消化道的感觉冲动:食物进入胃内,胃牵张感受器传出的冲动减少,故胃充盈时引起饱足感,食欲减退;食物进入十二指肠、小肠,更易引起饱足感,从而抑制摄食。③蛋白质和脂肪酸:蛋白质饮食可使食欲减退,血中游离脂肪酸升高则食欲减退。④肽类物质:如胆囊收缩素可使食欲减退,内啡肽使食欲亢进。⑤温度:寒冷环境下摄食增加,炎热时食欲下降。⑥精神因素:精神创伤、精神分裂症对食欲也可产生严重影响。由此可见食欲是一个复杂的机体活动现象。

引起食欲不振的原因很多,包括:①消化系统疾病:消化系统疾病是临床上最常见的引起食欲不振的原因,常见疾病包括:急性、慢性胃炎,功能性消化不良,消化性溃疡,胃大部切除术后,消化系统肿瘤(胃癌、肝癌、胰腺癌、结肠癌),急性、慢性病毒性肝炎,酒精性肝病,药物性肝炎,肝硬化,肠道疾病(炎症性肠病、肠结核、慢性腹泻、伤寒等),慢性胰腺炎,慢性胆囊炎。②胃肠道外疾病:全身性疾病如急、慢性感染性疾病(包括结核),慢性心、肺、肾功能不全,严重贫

血、消化系统外恶性肿瘤,内分泌系统疾病如肾上腺皮质功能不全、甲状腺功能低下、垂体功能低下、糖尿病酮症酸中毒、糖尿病胃肠病变等,均可引起食欲不振。③精神神经因素:很多神经及精神因素可引起食欲不振,包括神经性厌食、抑郁症、精神病等。④药物和毒物:药物对胃肠道黏膜产生直接刺激和破坏而出现食欲不振,这部分药物包括:非甾体类抗炎药、抗肿瘤化疗药物、抗生素(大环内酯类、喹诺酮类)、吗啡类、洋地黄类等;此外接触过多的铅、汞、苯等毒物也会出现食欲不振的表现;部分患者出现食欲不振是由药物、毒品、酒精等的戒断症状所致。

【诊断要点】

(一) 病史

1. 食欲不振发生的缓急、持续时间、进展情况 如症状出现急,有明确诱因,持续时间短,去除诱因后症状减轻,体重下降不明显多提示病情轻,预后好。

2. 消化道伴随症状 伴有吞咽困难或吞咽痛多提示食管疾病;伴有恶心、呕吐、反酸、上腹痛,多提示为胃、十二指肠疾病;伴有厌油、乏力、黄疸者,应考虑急慢性肝炎、肝硬化、肝癌;伴有腹痛、腹泻、便血等,应考虑肠道疾病(如炎症性肠病、结肠癌等)。

3. 全身伴随症状 如有发热、贫血、全身淋巴结肿大、出血倾向等,应考虑血液系统恶性肿瘤;伴有发热、寒战应注意急性感染;长期低热、消瘦者需警惕结核病。

4. 精神因素 发病前有明确的精神刺激诱因或伴有情绪异常波动、焦虑、睡眠不佳,在排除器质性病变基础上,应考虑神经性厌食、抑郁症。神经性厌食多见于青年女性。

5. 既往史 食欲不振的患者应了解其既往疾病史,包括有无慢性心肺功能不全、肾脏病、糖尿病、甲状腺功能低下、肾上腺皮质功能低下等。

6. 用药和接触毒物史 询问患者出现症状前是否有特殊用药史,包括抗肿瘤药物、非甾体类抗炎药、抗生素等。

(二) 体征

1. 注意营养及精神状态 长期食欲差的患者多有消瘦,严重者呈恶病质。查体交谈中注意患者有无精神异常。

2. 注意皮肤、黏膜变化 有无色素沉着、毛发脱落,警惕内分泌疾病。

3. 注意系统体格检查

(1) 心肺疾病常见体征为呼吸困难、口唇发绀、杵状指、颜面及下肢水肿、肺部啰音、心率增快、病理性杂音等。

(2) 肝病常出现皮肤巩膜黄染、蜘蛛痣、肝掌、皮肤瘀斑或出血点。

(3) 消化系统疾病可出现腹部压痛、肝脾大、腹部包块;腹水者可出现腹部

膨隆,移动性浊音阳性;肿瘤或其他原因致幽门梗阻或肠梗阻时腹部可见到胃肠型及蠕动波。

(三) 辅助检查

1. 实验室常规检查 血常规、尿常规、便常规及便隐血,肝功能、肾功能、电解质、血糖,通过常规检查有助于发现有无肝肾功能不全、电解质失衡、贫血等引起的食欲不振。

2. 肝炎指标及血清肿瘤标志物检查 可明确有无病毒性肝炎;AFP 升高对肝癌的诊断有较高价值,CA19-9、CA242 升高常提示肝胆疾病,CEA 升高多提示胃癌、结肠癌、肺癌等,CA125 对妇科肿瘤的特异性较高,PSA 是前列腺癌的特异性指标。

3. 腹水检查 对伴有腹水的患者行腹水常规、生化、肿瘤脱落细胞、细菌培养等检查,可帮助明确腹水的性质,进一步判断原发病。

4. 胸腹部 CT、腹部超声 进一步确定有无肺部炎症、结核、肿瘤性病变,以及判断肝胆胰腺疾病的性质。

5. 消化内镜检查 对明确食管炎、食管癌、胃炎、溃疡病、胃癌、炎症性肠病、结肠癌、肠结核等有很大帮助。

6. 内分泌激素测定 包括甲状腺激素及肾上腺皮质激素测定,有助于明确甲状腺功能低下和肾上腺皮质功能低下。

7. 心理测评 对疑有神经精神因素致食欲不振者(如神经性厌食、抑郁症),可予以心理测评。

【治疗】

1. 去除诱因 停用引起症状的可疑药物,戒酒。

2. 病因治疗 积极寻找致病因素,针对不同病因,以治疗原发疾病为主。

(1) 慢性心、肺、肾疾病及糖尿病,予以系统专科治疗。

(2) 急性感染性疾病予以抗生素治疗;结核病予系统抗结核治疗。

(3) 恶性肿瘤予积极手术治疗或相应放化疗。

(4) 胃炎、溃疡病予以抑酸、保护胃黏膜、抗幽门螺杆菌(Hp)治疗。

(5) 各种肝病给予保肝治疗,活动性病毒性肝炎予抗病毒治疗。

(6) 甲状腺及肾上腺皮质功能减退者应补充甲状腺素和皮质类固醇激素替代治疗。

(7) 神经性厌食、抑郁症患者可予抗抑郁药物治疗。

3. 对症治疗

(1) 促动力药物:适用于各种病因导致的食欲不振,包括多巴胺受体拮抗剂(多潘立酮 10mg,每日 3 次,口服;甲氧氯普胺 5mg,每日 3 次,口服)和全胃肠动力药(莫沙必利 5mg,每日 3 次,口服)。

(2) 补充消化酶:适用于胃酸减少的胃炎及慢性胰腺炎,如胰酶肠溶胶囊(得每通)和复合消化酶胶囊(达吉)1~2粒,每天3次,口服;干酵母每次1~3g,每天3次,口服。

(3) 调节水、电解质平衡:酌情补液,纠正低钠、低氯、低钾等电解质紊乱。

(4) 营养支持:对于食欲不振、营养状态差的患者应予以营养支持。能进食者可口服或鼻饲肠内营养制剂(包括安素、能全素、维沃等);不能进食者予以外周或中心静脉营养,以补充人体所需要的营养素。

【诊疗流程】 食欲是身体健康的一个重要标志,也是复杂的机体活动现象,而食欲不振是人体多种疾病表现的一种症状,临床工作中应透过“现象”看“本质”,积极寻找引起食欲不振的病因,以期早期诊断对因治疗。食欲不振的病因可源于消化系统疾病,亦可源于全身其他系统疾病,详细的病史询问(包括既往病史、目前主要症状及伴随症状、用药史等)、全面的体格检查、有针对性的实验室检查,将有助于病因的判断。

伴有恶心、呕吐、反酸、腹痛等消化道症状,查体有腹部压痛者,应考虑行胃镜检查,以助于诊断胃炎、溃疡病等;如伴有明显的消耗症状、便血,腹部查体有包块,且血清肿瘤标志物增高者,应考虑到消化道肿瘤,进一步行内镜及腹部CT检查以明确;对于伴有厌油、乏力、黄疸的患者,应追问有无长期大量饮酒史、可疑用药史、病毒性肝炎史,同时进行肝功能、病毒性肝炎指标、AFP、腹部超声/CT,以明确有无肝炎、肝硬化、肝癌;对于既往有心、肺、肾基础病者,应警惕因心衰、呼吸功能不全、尿毒症等所致食欲不振,可行胸片、超声心动图、肾功能、电解质检查;伴有发热的患者需排除急慢性感染,包括结核,应考虑留取病原学检查;如患者出现皮肤色素沉着或黏液性水肿,需行肾上腺皮质激素和甲状腺激素检查,以助于诊断肾上腺皮质功能不全及甲状腺功能不全;如经系统检查未发现明确器质性疾病,且详细的病史询问及与患者的交谈发现食欲不振有明确的精神心理因素参与,应予以心理测评或请心理科医生会诊,明确是否有神经性厌食或抑郁症等。

诊断明确后,祛除诱因、对因治疗至关重要。对于消耗症状明显者,应予以充分的口服或静脉营养支持,以改善患者的一般状况。

(李晓青 方秀才)

二、吞咽困难

吞咽困难(dysphagia)是指食物从口腔、咽部和食管到达胃的过程中受阻而产生梗阻、停滞或发噎的感觉。通常在咽下固体食物时感到困难,严重者饮水亦有困难。吞咽困难的发生可能因局部病变所致,也可能由全身病变引起。吞咽困难根据梗阻部位可分为口咽性吞咽困难和食管性吞咽困难。患者多可明确地指出发生咽下困难及感到不适的部位,而且与病变的部位相吻合,对吞咽困难发

生部位的定位诊断很有帮助。吞咽困难也可根据病因分类,由于大块食团梗阻或管腔本身狭窄引起的吞咽困难称为机械性吞咽困难;由于食管无力蠕动收缩或非蠕动性收缩和括约肌松弛障碍引起的吞咽困难称为动力性吞咽困难,常由神经、肌肉病变引起(表 1-1)。

表 1-1 吞咽困难常见的病因

口咽性吞咽困难	食管性吞咽困难
动力性吞咽困难	
肌萎缩性脊髓侧索硬化症 中枢神经系统肿瘤(良性或恶性) 特发性上食管括约肌功能障碍 咽部或上食管括约肌测压功能障碍 多发性硬化症 肌肉萎缩症 重症肌无力 帕金森病 多发性肌炎/皮炎炎 脊髓灰质炎后综合征 脑卒中 甲状腺功能障碍	原发性疾病
	贲门失弛缓症
	弥漫性食管痉挛
	下食管括约肌高血压
	无效食管运动
	胡桃夹食管
	继发性疾病
	南美锥虫病
	反流相关的动力异常
	系统性硬化症或其他风湿性疾病
机械性吞咽困难	
癌症 咽部或颈部感染 骨赘或其他脊柱疾病 手术或放疗后 近端食管蹼 甲状腺肿大 Zenker 憩室	内在病变
	癌症和良性肿瘤
	憩室
	嗜酸性粒细胞性食管炎
	食管环或食管蹼
	异物
	药物引起的狭窄
	溃疡性狭窄
	外部病变压迫
	纵隔肿物
	脊柱骨赘
	血管压迫

【诊断要点】

(一) 病史

应询问发病的诱因、发病的缓急、病程长短、是否为进行性、与饮食的性质有

无关系、与情绪精神因素有无关系、间歇性还是持续性、伴随症状等。询问梗阻或发噎的部位协助区分是口咽性吞咽困难还是食管性吞咽困难。可能与吞咽困难有关的既往病史。

1. 病程的长短 有助于诊断,短暂的吞咽困难可能是炎症过程,持续几周至数月进行性加重的吞咽困难提示食管癌。持续多年的间断的对固体食物吞咽困难提示为良性病变如下食管环。

2. 饮食的性质 固体食物发生吞咽困难多为食管梗阻性疾病,对固体及液体食物吞咽皆发生困难则多见于神经、肌肉疾病引起食管运动功能障碍或晚期食管癌。

3. 间歇性还是持续性 间歇性吞咽困难见于贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、早期反流性食管炎、Plummer-Vinson 综合征。而持续性吞咽困难见于食管癌、腐蚀性食管炎、反流性食管炎的晚期。

4. 可能与吞咽困难有关的既往病史 如长期置入鼻胃管、吞服强酸强碱病史、无水吞咽药丸、局部手术或放疗病史、皮肤黏膜病病史,均可考虑为口咽部或食管狭窄的原因。有艾滋病或处于其他免疫功能低下状态的患者出现吞咽困难应该考虑机会性感染引起的食管炎或特殊肿瘤,如念珠菌、单纯疱疹病毒、巨细胞病毒、卡波西肉瘤和淋巴瘤。

5. 伴随症状可为诊断提供重要线索

(1) 中老年人进行性吞咽困难,同时有明显体重下降,应首先考虑食管癌。

(2) 吞咽时伴鼻腔反流和气管支气管误吸是咽麻痹或食管-气管痿的特点;与吞咽无关的气管支气管误吸可能是由于贲门失弛缓症,Zenker 憩室或胃食管反流。

(3) 声嘶是重要的诊断线索,先声嘶后吞咽困难通常原发病变在喉部,先吞咽困难后声嘶常提示食管癌累及喉返神经。有时声嘶可能是因为胃食管反流导致的喉炎引起的。

(4) 伴有哮喘、呼吸困难常见于纵隔肿物压迫食管与大气道。

(5) 伴明显胸痛常见于弥漫性食管痉挛和相关的动力性疾病,大的食团梗阻于食管也可以产生类似于弥漫性食管痉挛的胸痛。

(6) 伴有吞咽时咽部疼痛见于急性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、咽后壁脓肿、急性咽炎、咽或喉白喉、口腔炎、口腔溃疡;吞咽时发生胸骨后疼痛见于食管炎、食管溃疡、食管异物、晚期食管癌、纵隔炎。

(7) 伴有反流时,根据反流物的性质,可初步了解引起吞咽困难的性质。晚期食管癌反流物为黏液或血性黏液。贲门失弛缓症反流量大,为几小时前或几天前咽下去的食物,因未与胃酸接触故不呈酸性,同时有黏液及唾液。食管憩室反流物为未经消化有臭味的腐败食物。

(8) 伴有呛咳、构音困难、饮水反流到鼻腔,多由于脑神经疾病引起。咀嚼无力、发音困难、呼吸困难、全身肌无力,见于多发性肌炎、重症肌无力、营养不良

性肌病。重症肌无力吞咽困难的特点为进食过程中吞咽困难逐渐加重。

(9) 伴有全身性阵发性抽搐,见于破伤风、狂犬病。

(二) 体格检查

体格检查对口咽性吞咽困难非常重要,查体多有阳性发现。口腔、舌、咽部有无炎症表现及溃疡。扁桃体是否肿大,有无炎症表现。仔细检查颈部以除外甲状腺肿大和颈椎异常。可发现延髓性麻痹或假性延髓性麻痹的迹象,如构音障碍、发音困难、上睑下垂、舌萎缩等。软腭、声带是否麻痹。舌活动、吞咽运动是否正常。肌肉有无压痛、肌萎缩,肌力情况。注意有无其他脑神经体征。同时,体检也可以发现由于口咽性吞咽困难引起的肺部并发症——急性或慢性吸入性肺炎的体征。

体格检查对食管性吞咽困难往往无阳性发现。注意营养状态、贫血、脱水征、左锁骨上淋巴结是否肿大。张口有无困难。皮肤和四肢的改变(如皮肤有无硬化)可能提示系统性硬化症和其他胶原血管病或皮肤黏膜疾病,如类天疱疮或大疱性表皮松解症(食管可能受累)。若因纵隔肿物、主动脉瘤、二尖瓣狭窄引起左房肥大压迫食管时,查体可发现相应体征。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查 结合病史完善相关检查如免疫学及肿瘤标志物,必要时评价身体营养状态。

2. 饮水试验 将听诊器放在剑突下,让患者饮一口水,经过8~10秒后,在剑突下可听到气过水声。若需较长时间,则表示有食管梗阻。

3. 食管脱落细胞学检查 以食管拉网方法做食管脱落细胞检查,对诊断早期食管癌是一简而易行的方法,可用于大量普查工作。

4. X线钡餐食管造影 可判定病变的部位及确定大部分食管疾病的性质,同时可以观察食管运动及食管下端括约肌活动情况。

5. 电子内镜检查 此为目前应用最广,而可靠性很大的检查方法,不仅可以观察到病变的部位、性质,结合活体组织检查对诊断食管疾病很有价值。如条件许可,患者无内镜检查的禁忌证,应作为吞咽困难的首选检查方法,检查中要特别注意对食管上端的观察,避免漏诊。超声内镜(endoscopic ultrasonography, EUS)对观察食管局部病变有帮助。

6. 对于怀疑食管动力性吞咽困难,除了前面提到的X线钡餐食管造影检查外,食管测压、食管pH测定、阻抗测定都是有用的诊断方法。

7. 如果考虑为口咽性吞咽困难,应考虑行电视X线透视吞咽功能检查(videofluoroscopic swallowing study, VFSS)、喉镜和神经系统评价。

【治疗】 应针对病因治疗原发病(表1-1),在此基础上进行适当的对症支持治疗。如食管癌,首选手术、放化疗;如果失去手术时机,为了提高其生活质量或延长其生命,可考虑行狭窄部扩张、放置支架治疗等,以缓解症状,保证患者能