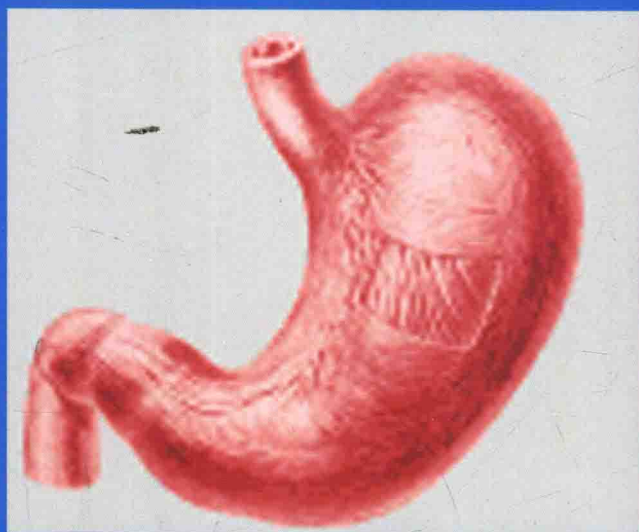


实用消化内科典型病例荟萃

主 编 郝英霞 张金卓 周朋哲 刘 巍 王丽英



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

实用消化内科典型病例荟萃

主 编 郝英霞 张金卓 周朋哲 刘巍 王丽英



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

实用消化内科典型病例荟萃/郝英霞等主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2018. 4

ISBN 978 - 7 - 5189 - 4171 - 1

I. ①实… II. ①郝… III. ①消化系统疾病—病案 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 071951 号

实用消化内科典型病例荟萃

策划编辑: 张 微 责任编辑: 张 微 责任校对: 赵 媛 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官方网址 www.stdp.com.cn
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 石家庄文义印刷有限公司
版 次 2018 年 4 月第 1 版 2018 年 4 月第 1 次印刷
开 本 787 × 1092 1/16
字 数 283 千
印 张 12.25
书 号 ISBN 978 - 7 - 5189 - 4171 - 1
定 价 98.00 元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

科学技术文献出版社

950056

《实用消化内科典型病例荟萃》

编委会

名誉主编

张志强

主 编

郝英霞 张金卓 周朋哲
刘 巍 王丽英

副主编

杨 洋 于洪海 高广周
姚红梅 付新新 韩 静
杨桂云 刘四方 王素梅
杨永涛 王 敬 曹哲丽
张 麒 卢 媛 赵振峰

编 委

(按姓氏笔画排序)

王 醒 文 冬 石 峥
布 然 刘天宇 刘 娟
阮沙沙 李雪梅 佟 康
张晓明 郑 妍 赵萌萌
袁 芳 耿娜薇 徐肖肖
郭会玲 路 璐
翟丽云 薛惠妙

前 言

本书汇集了消化内科专业近年来收治的典型病例，这些病例既有常见病，也有少见病和疑难病。病例中书写了疾病的主要诊治过程，且穿插了主要的辅助检查项目。每个病例的最后都附有病例讨论。

我们组织编写这本书的目的就是通过对一个疾病诊治过程的记录，让读者熟悉消化内科常见疾病和典型疑难疾病的诊治思路，同时了解消化内科的新进展，从而帮助各级青年医师系统、快速地掌握消化内科常见疾病和典型疾病的诊治方法。

本书共分为十章，每章又包括若干个相关疾病的典型病例。第一章至第十章分别包括食管疾病、胃部疾病、消化道出血、肠道疾病、肝脏疾病、胰腺疾病、胆囊及胆道疾病、腹膜疾病、消化系统其他疾病、消化心身疾病方面的典型病例。

本书实用性较强，是一本很好的临床医学辅助教材，特别推荐给规培医师、研究生、进修医师和广大住院医师阅读。

这些病例在编写过程中存在的不妥之处和纰漏，敬请读者和同道批评指正。

编 者

2017 年 10 月 20 日

目 录

第一章 食管疾病	(1)
病例 1 胃食管反流病	(1)
病例 2 Barrett 食管	(6)
病例 3 贲门失弛缓症	(8)
病例 4 食管癌	(12)
第二章 胃部疾病	(15)
病例 1 胃 炎	(15)
病例 2 消化道溃疡	(20)
病例 3 胃泌素瘤	(26)
病例 4 胃 癌	(28)
第三章 消化道出血	(31)
病例 1 上消化道出血	(31)
病例 2 下消化道出血	(39)
病例 3 中消化道出血	(43)
第四章 肠道疾病	(45)
病例 1 假膜性肠炎	(45)
病例 2 消化吸收不良综合征	(51)
病例 3 短肠综合征	(53)
病例 4 肠易激综合征	(55)
病例 5 克隆恩病	(59)
病例 6 肠白塞病	(62)
病例 7 溃疡性结肠炎	(65)
病例 8 结肠息肉	(70)
病例 9 结肠癌	(72)
病例 10 肠结核	(75)
病例 11 缺血性肠病	(79)
第五章 肝脏疾病	(84)
病例 1 病毒性肝炎	(84)
病例 2 酒精性肝病	(90)

病例 3 自身免疫性肝病	(94)
病例 4 非酒精性脂肪性肝病	(101)
病例 5 药物性肝炎	(105)
病例 6 肝硬化及其并发症	(110)
病例 7 自发性细菌性腹膜炎	(117)
病例 8 原发性肝癌	(123)
病例 9 肝性脑病	(127)
第六章 胰腺疾病	(131)
病例 1 急性胰腺炎	(131)
病例 2 慢性胰腺炎	(135)
病例 3 胰腺癌	(139)
第七章 胆囊及胆道疾病	(142)
病例 1 胆囊炎及胆石症	(142)
病例 2 急性化脓性胆管炎	(147)
病例 3 胆囊切除术后综合征	(152)
病例 4 胆囊癌	(155)
第八章 腹膜疾病	(158)
病例 1 结核性腹膜炎	(158)
病例 2 原发性腹膜后纤维化	(163)
第九章 消化系统其他疾病	(164)
病例 1 功能性消化不良	(164)
病例 2 慢性腹泻	(168)
病例 3 慢性便秘	(171)
第十章 消化心身疾病	(174)
彩色插图	(178)

第一章 食管疾病

病例 1 胃食管反流病

例 1:

一、病历摘要

一般情况：患者张××，女性，65岁，退休，汉族。

主诉：上腹胀伴反酸、烧心1年，加重2日。

现病史：患者缘于1年前无明显诱因出现上腹胀，伴反酸、烧心，口服药物及进食后加重，空腹时较轻，伴头晕，间断咳嗽、咳痰。无头痛，无恶心、呕吐，无呕血、黑便，无胸闷、发憋、气短，无发热，未正规治疗，2日前反酸、烧心症状加重，伴胸骨后疼痛，胸骨后疼痛与活动及休息无明显关系，无腰背部放射痛，今为进一步诊治，门诊以“反流性食管炎”收入院。患者自发病以来，精神、睡眠差，食欲缺乏，大便、小便正常，体重及体力无明显变化。

既往史：于2006年发现“2型糖尿病”，目前应用“阿卡波糖”50mg，每日3次；诺和龙1mg，每日1次进行治疗。2007年发现“甲状腺癌”，行手术治疗，术后发现“甲状腺功能减退症”，一直口服“优甲乐”控制甲减。3个月前发现“肺结节”。否认药物及其他过敏史。

个人史及家族史：生于并久居河北省保定市，未到过牧区及疫区，无烟酒等不良嗜好，无性病及性生活不洁史，适龄结婚，平素月经规律，无绝经后异常阴道出血，育有1女，生育情况1-0-0-1，配偶体健。父母已故，死因不详，1女体健，否认家族性遗传性及传染性疾病史。

查体：T 35.9℃，P 72次/分，R 18次/分，BP 148/90mmHg。神清，巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大，颈部可见手术瘢痕，无压痛，听诊无血管杂音，双肺呼吸音粗，双下肺可闻及少量湿性啰音，心律齐，未闻及杂音，腹软，无压痛，无反跳痛，肝脾肋下未及，肝区、肾区无叩击痛，腹部叩鼓音，移动性浊音阴性，肠鸣音正常，双下肢水肿。

入院诊断：

1. 反流性食管炎。
2. 肺炎。

3. 2 型糖尿病。
4. 肺结节。
5. 甲状腺癌术后 甲状腺功能减退症。

二、诊治经过

依据：①患者张××，女性，65岁；②既往于2006年发现“2型糖尿病”，目前应用“阿卡波糖50mg，每日3次；诺和龙1mg，每日1次”治疗。2007年发现“甲状腺癌”，行手术治疗，术后发现“甲状腺功能减退症”，一直口服“优甲乐”控制甲减。3个月前发现“肺结节”。否认药物及其他过敏史；③患者缘于1年前无明显诱因出现上腹胀，伴反酸、烧心，口服药物及进食后加重，空腹时较轻，伴头晕，间断咳嗽，咳痰。无头痛，无恶心、呕吐，无呕血、黑便，无胸闷、发憋、气短，无发热，未正规治疗，2日前反酸、烧心症状加重，伴胸骨后疼痛，胸骨后疼痛与活动及休息无明显关系，无腰背部放射痛，今为进一步诊治，门诊以“反流性食管炎”收入院；患者自发病以来，精神、睡眠差，食欲缺乏，大小便正常，体重及体力无明显变化；④入院查体：T 35.9℃，P 70次/分，R 18次/分，BP 140/80mmHg。神清，巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大，颈部可见手术瘢痕，无压痛，听诊无血管杂音，双肺呼吸音粗，双下肺可闻及少量湿性啰音，心律齐，未闻及杂音，腹软，无压痛，无反跳痛，肝脾肋下未及，肝区、肾区无叩击痛，腹部叩鼓音，移动性浊音阴性，肠鸣音正常，双下肢水肿；⑤辅助检查：(2017-03-29)血沉：红细胞沉降率 28.00mm/h↑。免疫六项、钾钠氯、肾功能、心肌酶、血常规未见明显异常。

目前诊断：

1. 反流性食管炎。
2. 肺炎。
3. 2 型糖尿病。
4. 肺结节。
5. 甲状腺癌术后 甲状腺功能减退症。

入院后予泮托拉唑抑酸，莫沙必利促进胃肠动力，丙氨酰谷氨酰胺保护胃肠黏膜、阿卡波糖及诺和龙降糖等治疗。完善检查，(2017-03-30)肝功能(急)：总蛋白 47.85g/L↓、白蛋白 25.86g/L↓、直接胆红素 7.59μmol/L↑。血脂、空腹血糖未见明显异常。胃镜提示：食管憩室，反流性食管炎 LA-B 级，慢性非萎缩性胃炎，治疗后复查。补充诊断：①食管憩室；②慢性非萎缩性胃炎。

患者诉心慌，24小时动态心电图提示：窦性心律，窦不齐，室上早，V1可见Q波(结合临床)，T波改变。颅脑、胸部、腹部平扫+增强CT示老年性脑改变，右侧筛窦炎症，右肺中叶小结节，上腹部CT平扫及增强扫描未见明显异常，脾内钙化灶，下腹部CT平扫未见明显异常。

故补充诊断：

1. 右侧筛窦炎症。
2. 心律失常(室上性早搏)。

患者诉视物模糊，请眼一科会诊初步诊断：①双眼糖尿病视网膜病变；②双眼白内障。

建议：①控制血糖，定期检查眼底；②有情况随诊。

患者在弯腰洗脸过程中突发腰痛，不能直立，立即请骨科会诊，建议行胸椎及腰椎核磁共振检查。胸、腰椎退行性改变，考虑腰₁₋₄椎体许莫结节，腰椎管狭窄（腰_{4/5}椎间盘层面），双肾囊肿。根据检查，补充诊断：①双肾囊肿；②腰椎管狭窄。患者诉腹痛，完善肠镜提示结肠气囊肿，给予高压氧治疗。补充诊断：结肠气囊肿。患者牙痛，口腔科医师会诊，印象诊断：牙髓炎。处治：麻醉下开髓封慢失活剂。一周复诊行显微根管治疗。根据会诊，补充诊断：牙髓炎。患者病情好转，请示上级医师后，予办理出院。

三、讨论

胃食管反流病是临床常见病，其在我国人群中的发病率为5%~10%，自2014年我国发布《中国胃食管反流病共识意见》后推动了胃食管反流病（GERD）规范化诊疗的普及，提高临床医生的GERD诊疗水平。GERD的症状是诊断GERD的重要依据。GERD的典型症状是烧心和反流；不典型症状包括胸痛、上腹痛、上腹烧灼感、嗝气等。胸痛患者在进行反流评估前需先排除心脏的因素。此外，GERD可伴随食管外症状，包括咳嗽、咽喉不适、哮喘以及牙蚀症。质子泵抑制药试验，PH监测及内镜检查是常见的GERD的诊断手段，对于有烧心、反流症状的患者且内镜检查阴性疑似GERD患者，可给予标准剂量PPI每日2次，治疗1~2周，如症状减轻50%以上，则可诊断为PPI试验阳性，并确诊为非糜烂性反流病（NERD）。食管测压可了解食管动态状态，可用于术前评估，但不能作为GERD诊断手段。GERD治疗：减肥戒烟，抬高床头等生活方式的改变对减轻GERD的症状可能有效，PPI仍然是治疗GERD的最有效药物。单剂量PPI治疗无效，可改用双倍剂量。一种PPI无效可尝试换用另一种PPI，使用疗程至少8周。

例2：

一、病历摘要

一般情况：患者王××，男性，47岁，汉族，已婚，公务员。

主诉：反酸、烧心3个月，加重1周。

现病史：患者缘于3个月前无明显诱因出现反酸、烧心，进食后加重，空腹时较轻，夜间平卧后加重，口吐酸水，伴头晕，胸闷，发憋。夜间存在憋醒情况。间断发作白天突然睡着情况。未正规治疗，1周前反酸、烧心症状加重，伴胸骨后疼痛，胸骨后疼痛与活动及休息无明显关系，无腰背部放射痛，就诊保定市第一中心医院。2016-09-30行头颅CT提示右侧基底节区腔隙灶。冠脉CT提示：前降支近段管壁多发钙化斑，管腔轻度狭窄，回旋支近段管壁条形钙化斑，管腔轻微变窄，右冠近段管壁点状钙化斑，其远段纤细，局部显示欠佳，考虑远段闭塞后侧支循环建立。肝功能、肾功能未见异常，血糖：6.21mmol/L，血脂：TG 2.51mmol/L。今为进一步诊治，门诊以“反流性食管炎”收入院。患者自发病以来，精神、睡眠尚可，进食可，大便、小便正常，体重及体力无明显变化。

既往史：既往“冠心病”病史10年，不规律口服丹参片。“高血压”病史5年，最高至180/100mmHg，长期口服“左旋氨氯地平”2.5mg，每日1次治疗，血压控制于120/70mmHg左右。

个人史：生于原籍并久居当地，未到过牧区及疫区，无性病及性生活不洁史，吸烟史30余年，平均每日40支，饮酒30年，平均每日白酒一斤半，适龄结婚，配偶体健，育有1子。

家族史：母亲患有冠心病，父亲患有肺气肿，儿子体健。否认家族性遗传性及传染性疾病史。

查体：T 36℃，P 64次/分，R 17次/分，BP 130/80mmHg。神清，巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大，双肺呼吸音粗，心律齐，未及杂音，腹软，上腹部压痛，无反跳痛，肝脾肋下未及，肝区、肾区无叩击痛，腹部叩鼓音，移动性浊音阴性，肠鸣音正常。

入院诊断：

1. 反流性食管炎。
2. 冠状动脉粥样硬化性心脏病。
3. 高血压病2级(极高危)。
4. 脑梗死。

二、诊治经过

依据：①患者王××，男性，47岁；②主因“反酸、烧心3个月，加重1周”入院；③既往“冠心病”病史10年，不规律口服丹参片。“高血压”病史5年，最高至180/100mmHg，长期口服“左旋氨氯地平”2.5mg/次，每日1次治疗，血压控制于120/70mmHg左右；④入院查体：T 36℃，P 64次/分，R 17次/分，BP 130/80mmHg。神清，巩膜无黄染，浅表淋巴结未触及肿大，双肺呼吸音粗，心律齐，未及杂音，腹软，上腹部压痛，无反跳痛，肝脾肋下未及，肝区、肾区无叩击痛，腹部叩鼓音，移动性浊音阴性，肠鸣音正常。诊断为：①反流性食管炎；②冠状动脉粥样硬化性心脏病；③高血压病2级(极高危)；④脑梗死。给予消化内科Ⅱ级护理，低盐低脂饮食，完善凝血功能、肿瘤标志物、甲功五项、心电图、上腹部CT(观察肝、胰腺、脾脏等病变)、心脏彩超(评估心功能情况)、双侧颈部血管彩超+TCD(以助明确头晕原因)、胸部CT(查找胸痛原因)等相关化验检查，予艾司奥美拉唑静脉滴注及雷贝拉唑肠溶片口服抑酸、左旋氨氯地平及缬沙坦降压、血塞通改善循环等治疗。向患者交代病情，密切观察病情变化。辅助检查：凝血四项，电解质，血沉，心力衰竭测定，血钙，脂肪酶，心肌酶，甲功五项，肿瘤二项未见明显异常。(2016-10-09)肿瘤六项(放免室)：糖类抗原NSE(放免室)20.69ng/ml↑，心梗测定：肌钙蛋白I<0.05ng/ml↓。同型半胱氨酸：同型半胱氨酸44.50μmol/L↑。CT提示：双肺下叶间质性改变，肝脏左叶外侧段小囊性病变，升结肠近段管壁不规则，请结合临床及相关检查。故补充诊断：肝囊肿。心脏彩超提示：心内结构未见明显异常，三尖瓣少量反流，左室舒张功能减低(舒张弛缓)，左室收缩功能正常。冠脉CT提示：前降支近段管壁多发钙化斑，管腔轻度变窄，回旋支近段管壁条形钙化斑，管腔轻微变窄。右冠近段管壁点状钙化斑，其远段纤细，局部显示欠佳，考虑远段闭塞后侧支循环建立，请结合临床。请心内科主任会诊，建议：积极控制心血管危险因素，不适复查心电图及心肌标志物，症状反复发作可考虑进一步行冠脉造影术。头颅核磁提示：考虑双侧放射冠区缺血灶，右侧胚胎型大脑后动脉，双侧大脑后动脉多发局限性血流信号稍弱区，请结合临床。颈部血管彩超提示双侧颈动脉内-中膜不均增厚伴斑块。双侧颈静脉及椎动、静脉

未见明显异常。TCD: 脑动脉超声未见明显异常。准备请神经内科会诊。请神经内科王欢主治医师会诊, 考虑: 颈动脉动脉硬化。建议: 完善 24 小时脑电图检查。完成睡眠监测检查后请耳鼻喉科会诊。故准备行 24 小时脑电图检查。胃镜提示反流性食管炎、慢性非萎缩性胃炎、十二指肠球部霜斑样溃疡, 定期复查。补充诊断: ① 慢性非萎缩性胃炎; ② 十二指肠球部溃疡。请耳鼻喉科赵炜副主任医师会诊, 考虑患者睡眠打鼾 10 余年, 伴憋气, 有呼吸暂停, 查体: 咽部黏膜无充血, 双侧扁桃体不大, 软腭松弛低垂, 咽腔狭窄。建议完善睡眠监测, 待结果回报再联系。故准备行睡眠监测。行睡眠监测: 符合重度阻塞型睡眠呼吸暂停综合征。

再次请耳鼻喉科会诊, 建议: ① 控制饮食, 减轻体重; ② 可使用呼吸机纠正打鼾症状。故补充诊断: 重度阻塞型睡眠呼吸暂停综合征。肠镜提示结肠炎。故补充诊断: 结肠炎。患者病情平稳, 出院。

三、讨论

GERD 是常见的消化系统疾病, 且发病率有逐年升高趋势。烧心、反流是 GERD 最常见的典型症状, 胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗝气等为 GERD 不典型症状。PPI 试验简便有效, 可作为 GERD 的初步诊断方法。食管反流监测是 GERD 的有效检查方法。对于具有反流症状的初诊患者建议行内镜检查。食管测压可了解食管动力状态, 不能作为 GERD 的诊断手段。改变生活方式是 GERD 治疗的一部分。PPI 是 GERD 治疗的首选药物。疗程至少 8 周, 双倍剂量。食管裂孔疝是 PPI 治疗失败的危险因素。

(周朋哲 刘 巍)

病例 2 Barrett 食管

一、病历摘要

一般情况：患者姚××，男性，36岁，已婚，工人。

主诉：腹痛腹胀40日加重3日。

现病史：患者缘于40日前无明显诱因出现腹痛，为上腹部间断钝痛，伴有腹胀，进食后加重，随体位改变变化不明显，间断烧心、反酸、恶心，无明显呕吐，无发热，无畏寒、寒战，自行口服艾司奥美拉唑（具体不详），效果欠佳，3日前腹痛，腹胀加重，饮食后加重，出现咳嗽、咳痰，为黄色痰，反酸、烧心加重，无喘憋，气短，无发热，皮疹，无言语行动障碍。为进一步诊治而来我院。

既往史：既往有胆囊息肉、胃炎病史3年，10个月前发现胆囊结石、食管裂孔疝、脂肪肝、反流性食管炎、十二指肠球炎。

个人史：生于原籍，久居故地，未到过疫区及牧区，无烟酒等不良嗜好，无性病及性生活不洁史，适龄结婚，育有1子，配偶体健。家族史：父母体健，儿子体健。否认家族性遗传性及传染性疾病。

查体：双肺呼吸音粗，少许啰音，腹平坦，上腹部压痛，肝脾未及。肠鸣音正常。

入院诊断：

1. 反流性食管炎。
2. 肺炎。
3. 胃炎。
4. 胆囊息肉。
5. 胆囊结石。
6. 食管裂孔疝。
7. 十二指肠球炎。
8. 脂肪肝。

二、诊治经过

依据：①青年男性；②既往胆囊息肉，胃炎病史3年，10个月前发现胆囊结石、食管裂孔疝、脂肪肝、反流性食管炎、十二指肠球炎；③主因腹痛腹胀40日，加重3日入院；④查体双肺呼吸音粗，少许啰音，腹平坦，上腹部压痛，肝脾未及，肠鸣音正常。胃镜提示：反流性食管炎、Barrett食管（巴雷特食管）、非萎缩性胃炎伴糜烂、胃体息肉、十二指肠球炎。病理回报：胃窦慢性非萎缩性胃炎，未查见HP，符合Barrett食管。腹部核磁提示：胆囊结石、胆总管结石。故诊断为：①胆囊结石伴胆囊炎；②Barrett食管；③反流性食管炎；④肺炎；⑤胃炎；⑥胆囊息肉；⑦胃息肉；⑧十二指肠球炎；⑨食管裂孔疝。给予抑酸，营养胃黏膜，抗感染等综合治疗。

三、讨论

Barrett 食管病因不完全清楚, 尽管大多数学者认为与胃食管反流相关, 但是确切的发病机制不清楚。存在两种学说, 先天性学说及获得性学说。临床表现一般无症状, 典型的可有胸骨后烧灼感、胸痛、反胃, 部分患者出现吞咽困难。诊断方法为内镜及活检。须和食管癌、食管炎等相鉴别。应用质子泵抑制药, 促动力药物及黏膜保护药治疗。随着内镜技术的进步, 内镜下消融治疗已经应用于临床。手术适用于 BE 严重的症状性反流, 内科治疗无效者, 食管狭窄经扩张治疗无效者。难治性溃疡, 重度异型增生者。

(周朋哲 刘 巍)

病例3 贲门失弛缓症

一、病历摘要

一般情况：患者男性，44岁，农民。

主诉：进行性吞咽困难12年。

现病史：患者12年前无明显诱因出现吞咽困难，使用粗糙食物时明显，进食后即感胸骨后胀满不适，有堵塞感，进食较快后出现恶心、呕吐，呕吐物为食物混有黏液，呕吐后胸骨后胀满不适感即缓解。每日晨起易出现反酸、烧心。患者曾于当地医院行胃镜检查提示“胃炎”，给予抗幽门螺旋杆菌等治疗，症状无改善。患者吞咽困难症状进行性加重，为进一步诊治入院。

既往史、个人史和家族史无特殊。

查体：T 36.2℃，P 69次/分，R 17次/分，BP 115/60mmHg。体形消瘦，营养不良，心肺听诊无明显异常，腹部地平，肠鸣音正常，肝肾区无叩痛，移动性浊音阴性，双下肢无水肿。

二、诊治经过

患者入院后行口服泛影葡胺后上消化道造影(图1-1)：食管造影剂通过顺畅，贲门处呈鸟嘴样改变，造影剂通过明显受阻，上段食管明显扩张，胃内可见大量空腹滞留液影像，黏膜显示欠清，十二指肠降段可见一囊袋状造影剂填充影突出腔外，水平段及升段显示欠清。完善术前准备，无手术禁忌证，遂在全身麻醉下行腹腔镜贲门括约肌切开+胃底折叠术，置入胃镜协助确认贲门后，超声刀于贲门下2cm处纵向切口浆膜层，超声刀小心逐层离断肌层，直至暴露黏膜层，沿黏膜层与肌层间隙超声刀向贲门方向沿长轴切开，切开贲门括约肌，向上继续分离直至贲门上4cm，游离切开肌层与黏膜间隙约1/3周，黏膜充分膨出，之后行胃底折叠。

患者术后吞咽困难症状逐渐缓解，可进食软食，未再出现恶心和呕吐。



图 1-1 上段食管明显扩张, 贲门处呈鸟嘴样改变(见文后彩插图 1-1)

三、讨论

贲门失弛缓症是由于食管胃结合部(esophagogastric junction, EGJ)的神经肌肉功能障碍所导致引起食管下端括约肌弛缓不全, 食物无法顺利通过而滞留, 从而逐渐使食管张力、蠕动减低及食管扩张的一种非器质性食管狭窄性疾病。其主要特征是食管缺乏蠕动, 食管下端括约肌(lower esophageal sphincter, LES)高压和对吞咽动作的松弛反应减弱。贲门失弛缓症病因尚不明确, 目前研究认为是神经肌肉功能障碍所致, 与食管肌层内 Auerbach 神经节细胞变性、减少或缺乏以及副交感神经分布缺陷有关, 可累及整个胸段食管, 以食管中下部最明显。在神经节细胞退变的同时, 常伴有淋巴细胞浸润的炎症表现, 提示该病可能与感染或免疫等因素有关。

本病临床表现为吞咽困难、胸骨后疼痛、食物反流等, 其中无痛性咽下困难是本病

最常见最早出现的症状，食物反流和呕吐发生率可高达 90%。呕吐多在进食后 20 ~ 30 分钟发生，可将前一餐或隔夜食物呕出。随着疾病进展，可以出现持续性咽下困难，梗阻以上食管的逐步扩张，胸骨疼痛反而逐渐减轻，食管容纳的大量液体可随着体位变换而反流出来，在夜间易发生气管误吸，出现阵发性呛咳甚至反复发生吸入性肺炎。食管扩张和食物滞留可继发食管炎、食管黏膜糜烂、溃疡和出血、食管 - 气管瘘、自发性食管破裂和食管癌等并发症。长期的吞咽困难影响进食可导致体重明显减轻。

目前推荐采用贲门失弛缓症临床症状评分系统 (Eckardt 评分) 对贲门失弛缓症患者进行分级 (表 1-1)。

表 1-1 贲门失弛缓临床症状评分系统 (Eckardt 评分)

评分	症状			
	体重减轻 (kg)	吞咽困难	胸骨后疼痛	反流
0	无	无	无	无
1	<5	偶尔	偶尔	偶尔
2	5 ~ 10	每日	每日	每日
3	>10	每餐	每餐	每餐

注：0 级：0 ~ 1 分，Ⅰ级：0 ~ 1 分，Ⅱ级：4 ~ 6 分，Ⅲ级：>6 分

贲门失弛缓症确诊依赖于影像学检查和食管动力学检测：消化道钡餐造影可见不同程度的食管扩张、食管蠕动减弱、食管末端狭窄呈“鸟嘴”状、狭窄部黏膜光滑，是贲门失弛缓症患者的典型表现。Henderson 等将食管扩张分为以下三级：Ⅰ级（轻度）食管直径 <4cm；Ⅱ级（中度）食管直径为 4 ~ 6cm；Ⅲ级（重度）食管直径 >6cm，甚至弯曲呈“S”形（乙状结肠型）。胃镜检查可排除器质性狭窄或肿瘤。镜下可见食管体部见扩张、扭曲变形，食管残留有中到大量的半流质积食，管壁可呈节段性收缩环，贲门狭窄程度不等，直至完全闭锁不能通过。食管测压表现为食管平滑肌蠕动消失，LES 松弛不全，LES 压力常显著增高，吞咽时下段食管和括约肌压力不下降。贲门失弛缓症需要与食管神经官能症（如贲门球症）、食管癌、贲门癌和继发性贲门失弛缓症等疾病相鉴别，通过胃镜、上消化道的造影等检查即可有效鉴别。

该病的主要疗法包括一般治疗、药物、内镜和手术等，目的是降低 LES 压力，使食管下段松弛，从而解除功能性梗阻。

贲门失弛缓症患者宜少食多餐、饮食细嚼，避免过冷过热和刺激性饮食，疼痛明显时候可用解痉止痛药。为防止睡眠时食物反流入呼吸道，可用高枕或垫高床头。药物方面主要有钙通道阻滞药、硝酸酯类或抗胆碱能药物，其能有效地降低 LES 压力并可暂时缓解吞咽困难，但不能改善食管蠕动。

内镜治疗贲门失弛缓症近年来发展迅速，包括内镜下球囊扩张和支架植入治疗、镜下注射 A 型肉毒杆菌毒素、经口内镜下肌切开术（peroral endoscopic myotomy, POEM）等治疗手段。球囊扩张和支架植入操作安全简便、损伤小、痛苦少、并发症少、心肺功能严重受损和晚期妊娠均可适用。多数患者能通过此疗法缓解症状。如病情复发可反复多次