

主 编 郭晓钟 王炳元

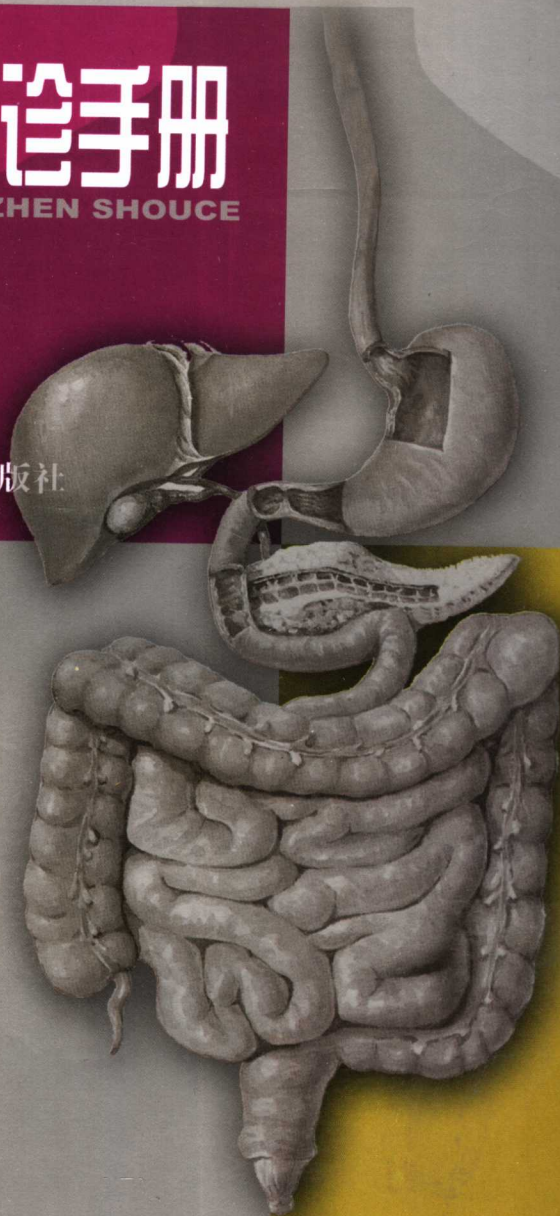
临床门诊系列丛书

# 消化内科门诊手册

XIAOHUA NEIKE MENZHEN SHOUCHE



辽宁科学技术出版社



**临床门诊系列丛书**

# **消化内科门诊手册**

**郭晓钟 王炳元 主编**

**辽宁科学技术出版社**

**沈 阳**

## 图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科门诊手册 / 郭晓钟, 王炳元主编. -- 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2007.10

(临床门诊系列丛书)

ISBN 978-7-5381-4999-9

I. 消… II. ①郭… ②王… III. 消化系统疾病-诊疗-手册 IV. R57-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 121545 号

---

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 29 号 邮编: 110003)

印刷者: 大连华伟印刷有限公司

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 142mm × 210mm

印 张: 15

字 数: 400 千字

印 数: 1~3000

出版时间: 2007 年 10 月第 1 版

印刷时间: 2007 年 10 月第 1 次印刷

责任编辑: 倪晨涵 郭敬斌

封面设计: 刘 枫

版式设计: 于 浪

责任校对: 王春茹

---

书 号: ISBN 978-7-5381-4999-9

定 价: 38.00 元

联系电话: 024-23284360

邮购热线: 024-23284502

E-mail: lkzsb@mail.lnpgc.com.cn

http://www.lnkj.com.cn

# 前 言

消化疾病发病率高，涉及的组织脏器多，尤其是消化道肿瘤、炎症等更是常见疾病。近些年随着现代医学技术进展及医疗器械的更新，使消化内科得到了快速发展，其诊治水平有了明显的提高，某些少见疾病及临床模糊不清的观点也得到了明确的认识。即便如此，但消化内科的基础与临床仍然是需要不断探索与发现的重要学科之一。

本书的重点是阐明临床诊治中的原则及其详细的诊疗措施。并把基础与现代医疗相结合，为初中级临床医师在门诊及病房诊疗中所遇到的常见疾病及部分疑难病，提供方便可靠的诊治原则和诊疗措施的指导。本书共分四十三章，内容简明并引进临床新思维与技术，对消化内科及其他科室的医师会有所帮助和裨益。

我们受辽宁科学技术出版社委托，撰写《消化内科门诊手册》一书。本书邀请了六家单位二十五名学者共同参与完成。对这些作者的辛勤劳动及辽宁科学技术出版社编辑的审校工作，在此表示感谢。

我们在书的编审过程中多次相互审订，限于我们的水平有限，在编写过程中仍有遗漏和不妥之处，请提出宝贵意见，以便予以修正。

**郭晓钟**

## 作者名单 (按姓氏笔画为序)

- 于洪波 沈阳军区第 210 医院消化内科  
 王 迪 沈阳军区总医院消化内科  
 王炳元 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 王 颖 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 庄宝珠 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 刘东屏 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 刘春荣 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 刘晓波 沈阳军区第 202 医院消化内科  
 吕晓辉 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 迟 晶 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 任丽楠 沈阳军区总医院消化内科  
 李 里 沈阳军区第 202 医院消化内科  
 李宏宇 沈阳军区总医院消化内科  
 吴春燕 沈阳军区总医院消化内科  
 邵丽春 沈阳军区总医院 463 分院消化内科  
 陈志彪 沈阳军区第 211 医院消化内科  
 赵学良 沈阳军区总医院消化内科  
 赵佳钧 沈阳军区总医院消化内科  
 姜 敏 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 郭晓钟 沈阳军区总医院消化内科  
 徐秀英 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 崔忠敏 沈阳军区总医院消化内科  
 崔 巍 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 傅宝玉 中国医科大学第一附属医院消化内科  
 戴 林 沈阳军区第 210 医院消化内科

**学术秘书** 崔忠敏

# 目 录

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 第一章 吞咽困难的诊断与处理 .....     | 1   |
| 第二章 吞咽疼痛的诊断与处理 .....     | 5   |
| 第三章 食管源性胸痛的诊断与处理 .....   | 13  |
| 第四章 反胃的诊断与处理 .....       | 25  |
| 第五章 烧心的诊断与处理 .....       | 28  |
| 第六章 恶心、呕吐的诊断与处理 .....    | 33  |
| 第七章 食欲不振的诊断与处理 .....     | 39  |
| 第八章 消化不良的诊断与处理 .....     | 46  |
| 第九章 吸收不良的诊断与处理 .....     | 55  |
| 第十章 胃肠道功能紊乱的诊断与处理 .....  | 65  |
| 第十一章 体重下降的诊断与处理 .....    | 78  |
| 第十二章 急性腹痛的诊断与处理 .....    | 86  |
| 第十三章 慢性腹痛的诊断与处理 .....    | 97  |
| 第十四章 腹胀的诊断与处理 .....      | 103 |
| 第十五章 黄疸的诊断与处理 .....      | 111 |
| 第十六章 腹部包块的诊断与处理 .....    | 128 |
| 第十七章 肝脾肿大的诊断与处理 .....    | 142 |
| 第十八章 腹水的诊断与处理 .....      | 152 |
| 第十九章 急性腹泻的诊断与处理 .....    | 171 |
| 第二十章 慢性腹泻的诊断与处理 .....    | 184 |
| 第二十一章 肠道菌群失调的诊断与处理 ..... | 190 |

---

|              |                          |     |
|--------------|--------------------------|-----|
| 第二十二章        | 便秘的诊断与处理 .....           | 205 |
| 第二十三章        | 急性上消化道出血的诊断与处理 .....     | 217 |
| 第二十四章        | 急性下消化道出血的诊断与处理 .....     | 225 |
| 第二十五章        | 脓血便的诊断与处理 .....          | 236 |
| 第二十六章        | 胃食管反流病的诊断与处理 .....       | 246 |
| 第二十七章        | 慢性胃炎的诊断与处理 .....         | 258 |
| 第二十八章        | 消化性溃疡的诊断与处理 .....        | 266 |
| 第二十九章        | 急性胃炎的诊断与处理 .....         | 277 |
| 第三十章         | 炎症性肠病的诊断与处理 .....        | 282 |
| 第三十一章        | 肝硬化的诊断与处理 .....          | 293 |
| 第三十二章        | 肝性脑病的诊断与处理 .....         | 316 |
| 第三十三章        | 原发性肝癌的诊断与处理 .....        | 327 |
| 第三十四章        | 酒精性肝病的诊断与处理 .....        | 336 |
| 第三十五章        | 药物性肝病的诊断与处理 .....        | 355 |
| 第三十六章        | 胆囊炎与胆石症的诊断与处理 .....      | 365 |
| 第三十七章        | 急性胰腺炎的诊断与处理 .....        | 377 |
| 第三十八章        | 胃镜检查及其临床意义 .....         | 392 |
| 第三十九章        | 上消化道出血的内镜治疗 .....        | 411 |
| 第四十章         | 结肠镜检查及其临床意义 .....        | 419 |
| 第四十一章        | 常见消化系肿瘤标志物检查及其临床意义 ..... | 434 |
| 第四十二章        | 幽门螺杆菌感染的诊断及其临床意义 .....   | 445 |
| 第四十三章        | 胰腺外分泌功能的检查及其临床意义 .....   | 458 |
| 主要参考文献 ..... |                          | 471 |

# 第一章

## 吞咽困难的诊断与处理

吴春燕

吞咽困难是指食物从口到胃运行过程中受阻的一种感觉。表现为在进食后即刻或 8~10s 内,在咽部、胸骨后或剑突后的黏着、停滞感,严重时甚至不能咽下食物。患者常可明确指出吞咽困难的梗阻部位,对于口腔、咽喉部和食管病变的定位诊断有重要意义。

吞咽行为分为 4 个阶段:口腔准备期、口腔转运期、咽期和食管期,在颅神经的支配下完成吞咽功能,上述任何期的异常均会引起吞咽困难。吞咽困难必须与吞咽痛(吞咽时疼痛)和球状感(异物感、紧张感或喉部胀满感,可被吞咽动作暂时缓解)相区别。

### 一、常见病因

吞咽困难是常见的消化道症状,多种疾病均可引起吞咽困难,如假性吞咽困难(癔症球)、咽炎、扁桃体周围脓肿、食管癌、纵隔肿瘤、胸主动脉瘤、食管憩室、食管贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、反流性食管炎、重症肌无力、多发性肌炎、皮肌炎、各种脑炎和脑膜炎、脑血管病、急性甲状腺疾病、舌咽部肿瘤等。一旦出现吞咽困难,表明患者食管和(或)咽部有器质性病变或有动力障碍性疾病。常见的器质性病变有食管癌、贲门癌和食管狭窄,动力性疾病中贲门失弛缓症最常见,其次是胃食管反流性疾病。

### 二、诊断和鉴别诊断

#### (一) 病史

病史的收集应采取无拘束的交流方式进行,医师应查明症状的部位和性质,起始时间和位置,加重或缓解因素及任何伴随症状,必须考虑心理应激因素的作用。

1. 首先将吞咽困难和球状感(癥症球)区别开:球状感是一种咽部有肿块的感觉,与吞咽无关,不影响食物的输送;癥球常与焦虑或悲伤有关,其病因多为情绪性。

2. 通过询问病史定位吞咽困难发生的病变部位,是在口咽部还是在食道:定位于口咽部的吞咽困难,发生在吞咽过程中,常伴有流涎、哽噎、咳嗽吸入或头部摇摆以协助吞咽等症状。定位于食道的吞咽困难,常发生在吞咽后,感觉胸骨后或剑突下疼痛或出现反食。颈部病变引起的吞咽困难尚难以从病史上区分。

3. 病史中应询问吞咽困难的发生是否有诱因:如是否因进食匆忙或未充分咀嚼而咽下鱼刺、肉骨、鸡鸭骨,老人假牙脱落误吞和小儿将口含小玩具误吞等意外,其引起吞咽困难(病情轻者尚可进食半流质,重者或合并感染者甚至发生饮水困难)伴有吞咽疼痛甚至呼吸压迫症状。

4. 通过询问病史初步判定吞咽困难的病因是器质性的还是神经肌肉性的:食管器质性病变引起的吞咽困难在发病初期进食固体食物时才会出现,病程进展至管腔极度狭窄时进流食也会有吞咽困难,表现为进行性加重,常见的病因为食道癌。食管神经肌肉异常引起的吞咽困难在发病开始时进流食和固体食物均出现吞咽困难,表现为间歇性发作,常见病因为贲门失弛缓症。表 1-1 为贲门失弛缓症与食管贲门癌的鉴别要点。

表 1-1 贲门失弛缓症与食管贲门癌的鉴别要点

| 项目    | 贲门失弛缓症        | 贲门及食管下段癌         |
|-------|---------------|------------------|
| 年龄与性别 | 见于各年龄组,男女均有发病 | 多见于 40 岁以上,以男性为主 |
| 症状时限  | 1~5 年或更长      | 较短               |
| 吞咽困难  | 间歇性发作         | 进行性加重            |
| 饮食性质  | 对流食和干食均困难     | 先对干食,渐对流食也困难     |

5. 询问吞咽困难发生时的伴随症状也可提供一些线索:如:贲门失弛缓症常伴随营养不良、消瘦、贫血、心口疼痛、咳嗽及咳痰。而反流性食管炎,往往伴有反流症状,如反酸、反食、打嗝以及烧心和胸痛等。颈椎病引起的吞咽困难与颈部的位置变化有关,平卧时可

使症状减轻。食管癌多伴有消瘦和营养障碍。震颤麻痹伴有典型的震颤。中枢神经系统病变常伴有意识改变和肢体运动障碍。

### (二) 体格检查

系统的体格检查很重要,检查中着重注意营养状态,浅表淋巴结是否肿大,是否有皮疹,口腔、咽部、甲状腺和肺部是否有阳性体征,神经系统是否有阳性体征。

### (三) 辅助检查

吞水试验、胸片、颈椎片、食管钡餐透视、食管测压检查、食管酸灌注试验、食管 pH 测定、胃镜、超声内镜、核素扫描、肺 CT 和头 CT。

通过上诉详细、系统的病史收集、体格检查和辅助检查,吞咽困难基本可以明确诊断。

## 三、处理原则

首先应该让患者明确该病多数不能治愈。治疗目的是为治疗原发病,改善症状,防止并发症和纠正营养不良。

### (一) 一般治疗

- (1) 食管、贲门机械性狭窄时,进食少渣食物,甚至只进流食。
- (2) 食管动力性狭窄时,要有良好的进餐环境,进食温热多汁的液体,避免大块食物和与他人共同进餐。
- (3) 发生在口咽部的吞咽困难,进食较稠食物,必要时胃管或螺旋胃管给予鼻饲,以防止和减少吸入性肺炎的发生。
- (4) 有反流或食管潴留的,少食多餐,多吃素食,餐后不要立即仰卧,减少脂肪的摄取,戒烟戒酒,咖啡和巧克力应少用或禁用,睡前禁饮水,睡眠时床头可适当抬高 15~20cm,肥胖者应积极减轻体重。

### (二) 药物治疗

1. 松弛平滑肌:口服消心痛 (5mg, 每天 3 次)、心痛定 (10mg, 每日 3 次) 或静脉注射解痉灵 20mg。
2. 动力性药物:莫沙必利 (5~10mg, 每天 3 次)、多潘立酮 (10mg, 每天 3 次)、胃复安 (5mg, 每天 3 次)、黏膜保护剂 (硫糖铝、果胶铋、洁维乐等)。

3. 抑酸剂： $H_2$ 受体拮抗剂、质子泵抑制剂。

4. 其他：新斯的明 0.5mg 肌肉注射，可明显改善重症肌无力引起的吞咽困难，盐皮质激素对于皮肤炎和多发性肌炎等疾病引起的吞咽困难有很好的疗效。

### （三）胃镜治疗

（1）通过探条、水囊和气囊进行食管扩张和食管内置入金属支架，对药物治疗无效的吞咽困难可以起到一定的作用。

（2）对食管和贲门的肿瘤，可进行胃镜下激光、电凝切除和注射化疗药物，在一定时期内可以缓解吞咽困难。

（3）胃镜下将螺旋胃管通过狭窄的食管，进入胃之后进行鼻饲，可暂时缓解吞咽困难引起的营养不良。

### （四）手术治疗

上诉三种方法均无法彻底治疗，手术是彻底治疗的唯一方法。如肿瘤的切除、贲门食管肌层切开术，对贲门失弛缓症的效果较好，成功率高达 75%~98%。也可通过胸腔镜行微创手术。咽缩肌切除和扩大咽腔的方法对鼻咽癌放疗引起的吞咽困难效果较好。

## 第二章

# 吞咽疼痛的诊断与处理

李 里 刘晓波

吞咽疼痛是指咽下食物或液体时,出现胸骨后或胸骨下的隐痛、闷胀痛、烧灼痛或绞痛,可向背、颈和肩部放散。对于胃食管反流病及食管动力紊乱所引起的吞咽疼痛亦称为食管源性胸痛或非心源性胸痛。

### 一、常见病因

#### (一) 胃食管反流病

指胃及十二指肠内容物反流入食管所产生的症状及并发症,是一种上消化道运动障碍性疾病,国内报道发病率为7%~10%,男性及40岁以上人群发病较多。胃内的胃酸及胃蛋白酶反流入食管为酸反流,十二指肠反流至食管是胆汁所导致的碱反流,二者均可造成食管及呼吸道黏膜损伤。胃食管反流的产生与多种因素相关,主要包括食管下括约肌功能不全、食管清除功能障碍、胃排空延缓、食管黏膜防御功能下降、反流物及攻击因子增强等。

胃食管反流病可分为以下类型:

1. 非糜烂性食管炎 (NERD): 即内镜阴性的胃食管反流病,患者可有反流症状,但内镜下检查食管黏膜无损伤。
2. 反流性食管炎: 由于酸反流或碱反流导致食管黏膜损伤,经内镜检查可发现食管黏膜有不同程度的炎症或溃疡改变。
3. Barret 食管: 指食管复层鳞状上皮被化生的单层柱状腺上皮细胞所取代,是食管黏膜一种特殊的病理改变。该病大部分为后天获得性,与胃食管反流有关。个别为先天性,目前认为 Barret 食管属于食管癌的癌前病变。

#### (二) 食管动力紊乱

主要指原发性食管运动功能障碍,病因不十分明确。常见以下三

种疾病:

1. 弥漫性食管痉挛: 病变主要累及食管下 2/3 段, 病变食管呈强烈、非推进性的反复强力收缩, 使食管呈串珠状或螺旋状狭窄, 食物通过受阻。该病多发于老年人, 发病率在性别上无差异。

2. 贲门失弛缓: 该病多发于 20~40 岁人群, 男女发病比例相同。主要是食管下部神经肌肉病变, 以神经病变为主, 尤其是迷走神经变性, 神经节细胞减少, 食管下括约肌不能松弛, 食管中 2/3 平滑肌蠕动丧失, 导致进食后贲门不能松弛, 食物滞留于食管不能排入胃内, 病人出现吞咽疼痛、吞咽困难及反流症状。

3. 胡桃夹食管: 是食管动力紊乱性疾病中的一种特殊类型。指在食管测压中发现高波幅的收缩波, 并有吞咽困难、疼痛等症状。该病以女性多见, 病因与胃食管反流及精神因素有关, 可发展为贲门失弛缓。

### (三) 其他原因的食管炎症

病因多样, 可为特异性病原体感染或非特异性炎症, 均可导致食管炎症。常见病因如下:

1. 病毒性食管炎: 多由 I 型单纯疱疹病毒或巨细胞病毒感染所致。

2. 食管念珠菌病: 是食管的真菌感染导致食管黏膜炎症, 多发生于长期使用抗生素和类固醇激素及免疫抑制剂的患者, 还多见于艾滋病及恶性肿瘤病人。

3. 腐蚀性食管炎: 吞食强酸或强碱类腐蚀剂或者消毒剂, 如来苏儿、过氧乙酸、氨水、石灰及外用药水等导致食管灼伤。早期为食管充血、水肿、坏死和痉挛, 1~2 个月后形成瘢痕性狭窄。

4. 放射性食管炎: 见于胸部或食管肿瘤接受放射治疗的病人, 可发生食管溃疡、食管瘘及狭窄。

5. 食管克罗恩病: 克罗恩病是一种原因不完全明确的肠道炎症性疾病, 可能与免疫因素相关。其特点是病变累及广泛, 从口腔到肛门的消化道均可受累, 但主要病变在肠道, 少数病人食管也可受累。

6. 食管结核: 原发性食管结核极罕见, 常累及食管中段, 形成食管溃疡、纤维化、狭窄, 并发食管气管瘘, 见于肺结核或全身性结

核感染的病人。

7. 化脓性食管炎：由于食管异物或食管穿孔破裂而造成食管壁损伤继发细菌感染，形成食管壁脓肿、食管蜂窝织炎及纵隔炎症等。

8. 食管梅毒：三期梅毒患者可发生梅毒性食管病变，表现为食管炎、食管溃疡及食管狭窄。

#### （四）食管肿瘤

1. 食管良性肿瘤：发病率明显低于食管恶性肿瘤，包括平滑肌瘤、乳头状瘤、脂肪瘤、纤维瘤和食管息肉等。

2. 食管癌：食管肿瘤中最常见的一种恶性肿瘤。在我国发病率较高，死亡率在恶性肿瘤中居第四位，发病年龄多在 40 岁以上，男性多于女性，约占食管恶性肿瘤的 90% 以上。分为食管鳞状细胞癌（占 90%）与食管腺癌（7% 左右）。病因与长期吸烟饮酒、长期摄入含亚硝胺食品（如咸菜、酸菜、腌渍食品等）、真菌污染食品、进食过快、过热的饮食习惯以及遗传因素等有关。

#### （五）食管其他病变

1. 食管异物：病人无意中吞入异物，多见于小儿、老人或精神疾病者，也可见于有意自残者。异物容易停留在食管的生理狭窄部位，尤其是第一（环咽肌）、第二（左主支气管）狭窄处。

2. 食管裂孔疝：是指横膈的食管裂孔松弛扩大，导致腹腔内的脏器（主要是胃，也可包括部分结肠、网膜）通过食管裂孔进入胸腔。食管裂孔疝的主要原因是由于食管裂孔周围组织随年龄增大而越来越松弛无力导致，故该病常发生于老年人。其次，是腹压增高，常见于肥胖、长期便秘、慢性咳嗽和大量腹水等。另外，反流性食管炎导致食管短缩也是产生食管裂孔疝的原因之一，表现主要为胃食管反流的症状。

3. 食管憩室炎：由于食管壁向外膨出形成囊状改变，称为食管憩室。发生原因与局部肌肉薄弱、炎症、粘连牵拉及食管运动障碍等多种因素有关。如憩室过大或并发憩室炎时，可出现吞咽疼痛、吞咽困难等症状。

4. 食管吻合口狭窄：发生于胃食管病变的吻合手术后，因吻合口狭窄而出现吞咽疼痛及吞咽困难症状。

## 二、诊 断

### (一) 临床症状

1. 食管局部症状：吞咽食物时胸骨后或胸骨下出现隐痛、闷胀痛、烧灼痛或绞痛，部分病人可有自发性胸痛，有时胸痛酷似心绞痛。伴有反酸、嗝气、恶心和反食。食管炎症损害严重者可伴有食管溃疡、出血、狭窄，此时病人可出现进食梗塞或吞咽困难，食管恶性肿瘤患者多伴有进行性吞咽困难。

2. 呼吸系统症状：多发生在胃食管反流病患者，由于酸性胃液的反流及吸入，引起咽部及呼吸道的刺激症状，如咽痛、咽部异物感、咳嗽、咳痰和呼吸困难，入睡后突然呛咳，甚至窒息感，睡眠呼吸暂停，严重者可并发哮喘、肺部感染及肺间质纤维化。

3. 其他全身症状：食管病变导致慢性出血的病人可伴有缺铁性贫血，病程较长及食管恶性肿瘤患者可有消瘦、营养不良。有食管化脓性炎症、结核、克罗恩病时可有发热、乏力。

### (二) 体征

食管病变本身无特殊阳性体征，但胃食管反流病导致呼吸系统受累时可在肺部听到喘鸣音或干湿啰音。由于各种食管病变导致贫血及营养不良时可伴有恶液质、皮肤黏膜甲床苍白的表现。食管恶性肿瘤晚期可触及浅表淋巴结肿大，腹部包块。

### (三) 辅助检查

1. 食管测压：是检测食管动力异常的主要方法。

(1) 胃食管反流病：食管下括约肌 (LES) 压力下降 (正常为 12mmHg)，食管下括约肌松弛。

(2) 弥漫性食管痉挛：表现为食管体部有同步性收缩，收缩波宽大畸形 (收缩时间延长  $>6s$ )，部分呈高振幅蠕动性收缩 ( $>180$  mmHg)。

(3) 贲门失弛缓症：食管推进性蠕动消失，LES 压力升高 ( $>30$  mmHg)。

(4) 胡桃夹食管：食管体部高振幅收缩波，波幅达 180~300mmHg，收缩时间延长  $>6s$ 。

(5) 食管裂孔疝: LES 呈双压力带, LES 压力下降  $<12$  mmHg, 食管下段收缩波振幅下降 (正常 60 mmHg 以上)。

2. 24h 食管 pH 监测: 应用便携式装置连续监测 24h 食管酸反流的次数和食管酸化 ( $\text{pH}<4$ ) 时间的长短是诊断胃食管反流病的金标准。通过 Demeester 评分标准, 计分结果大于 15 分为阳性, 15~50 分为轻度, 50~100 分为中度, 大于 100 分为重度。

3. 激发试验: 对于症状不典型的患者, 可通过激发试验来明确吞咽疼痛是否来源于食管病变。

(1) 滴酸试验 (Dernstein test): 用输液管加入 Y 形管在食管内滴入 0.1mol/L 盐酸, 4~5min 后出现胸痛, 改滴盐水后疼痛即缓解, 反复数次结果相同, 表明症状由食管酸反流引起。

(2) 药物激发试验: 由于 DES 患者对胆碱能药物呈高敏反应, 故应用乙酰甲胆碱、腾喜龙、胆囊收缩素等, 可缓解食管平滑肌痉挛, 而出现吞咽疼痛及胸骨后疼痛, 同时食管测压可见到相应压力异常改变。

(3) 气囊扩张: 通过食管气囊扩张亦可诱发食管痉挛性疼痛。

4. X 线钡餐检查: 吞钡可发现食管糜烂、溃疡、狭窄、憩室和食管肿瘤等。贲门失弛缓可发现钡剂不能通过贲门, 潴留在食管下段, 呈 1~3cm 长的漏斗形 (或鸟嘴样) 改变, 在狭窄段以上食管扩张, 并见液平, 无蠕动波; 严重者可呈巨食管症。食管裂孔疝吞钡后在横膈上可见到疝囊, 横膈食管裂孔增宽 ( $>4\text{cm}$ ), 钡剂反流入膈上疝囊内, 食管短缩。

5. 内镜检查: 通过内镜检查可发现食管各种炎症、溃疡和肿瘤等, 并可活检进行病理组织学检查, 明确食管良、恶性病变及肿瘤分类, 还可通过活组织进行病原学检查 (如真菌、病毒等)。超声内镜可显示食管黏膜、黏膜下层、肌层及外膜层, 故适用于检查食管黏膜下肿瘤, 并对食管癌的浸润范围及深度、纵隔淋巴结转移情况的判断具有重要价值。

6. 核素检查: 食管核素扫描检查, 可显示在静息时及腹部加压时有无胃食管反流及反流程度。贲门失弛缓症患者可应用  $^{99\text{m}}\text{Tc}$  核素食管显影检查, 计算食管通过时间, 表现为食管下段通过时间明显延

长。

7. 24h 胆汁监测仪 (Bilitec2000 监测仪): 可检测食管碱反流, 有别于常见的酸反流, 便于指导治疗。

### 三、鉴别诊断

#### (一) 吞咽疼痛与病史的关系

应注意了解吞咽疼痛的特点和诱因。吞咽疼痛发生在餐后、平卧及夜间, 提示与胃食管反流有关。如为间歇性发作, 并与精神情绪波动以及与进食刺激性食物相关, 则多为食管运动障碍性疾病。有吞食强酸、强碱类腐蚀剂史及胸部放疗史, 应考虑为腐蚀性食管炎、放射性食管炎。老年体弱多病者应注意真菌性食管炎及病毒性食管炎。

#### (二) 吞咽疼痛与伴随症状的关系

伴随反酸、烧心、反食, 甚至出现呼吸道刺激症状者, 考虑为胃食管反流病和食管裂孔疝。吞咽疼痛伴有间歇性吞咽困难, 并与情绪变化有关, 多见于贲门失弛缓症。伴有进行性吞咽困难, 并有消瘦、贫血者应考虑食管癌。

#### (三) 冠心病、心绞痛

多有冠心病史, 胸痛多发生于劳累后, 无食管病变的常见伴随症状, 心电图可见到相应的异常改变。

### 四、处理原则

#### (一) 一般治疗

适用于胃食管反流病及食管裂孔疝。

(1) 低脂饮食, 避免过冷过热刺激性食物, 避免过于饱食及睡前不进食。

(2) 戒烟酒, 不穿紧身衣裤, 防止便秘, 避免腹腔过度加压。

(3) 抬高床头 10~20cm, 也有人认为此方法无效。

#### (二) 药物治疗

1. 促动力剂: 适用于胃食管反流病。

(1) 多巴胺受体拮抗剂: 多潘立酮 (吗丁啉) 10mg, 每天 3 次, 口服; 胃复安 10 mg, 每天 3 次, 口服。