

精编消化内科

疾病诊疗学

李曙晖 杨立东 单靖◎主编



精编消化内科疾病诊疗学

李曙晖 杨立东 单 靖◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

精编消化内科疾病诊疗学 / 李曙晖, 杨立东, 单靖
主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.6

ISBN 978-7-5578-4594-0

I. ①精… II. ①李… ②杨… ③单… III. ①消化系
统疾病—诊疗 IV. ①R57

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第140621号

精编消化内科疾病诊疗学

主 编	李曙晖 杨立东 单 靖
出 版 人	李 梁
责任编辑	王聪会 穆思蒙
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	427千字
印 张	22.25
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-4594-0
定 价	90.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多,联系未果,如作者看到此声明,请尽快来电或来函与编辑部联系,以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话:0431-85677817

前 言

随着社会和科技的发展,人们生活工作环境的不断变化,消化系统疾病的诊断和治疗手段也在不停地进步和发展。为了适应消化系统疾病临床研究快速发展的形势,以及消化系统疾病中医及中西医结合治疗的趋势,更加全面的展现临床消化内科疾病的诊治技术与进展,我们特组织了一批具有丰富经验的临床医师编写了这本《精编消化内科疾病诊疗学》。

本书以消化内科临床需要为内容取舍标准,对消化内科疾病的主要知识做了较为全面和深入的阐述,突出消化内科临床实践中的重点知识和逻辑思维,在体现临床基础理论知识的同时,还广泛涉及疾病诊治技术和循证医学证据,是一本覆盖面广、实践性强的专业书籍。

消化内科疾病临床表现错综复杂,变化多端,其诊治过程更为曲折,因此临床医师要脉络清晰、认识明确、处理得当,需要有循证医学观点和正确的诊疗思维方式。本书贯穿了编者们的个人认识、观点和临床体会,难免有片面、错误之处,恳请读者指正,并愿抛砖引玉,探讨交流,引出高见。

目 录

第一章 消化系统疾病常见症状	(1)
第一节 恶心与呕吐	(1)
第二节 吞咽困难	(7)
第三节 呕血与黑便	(13)
第四节 便血	(21)
第五节 低血容量休克	(22)
第六节 黄疸	(24)
第七节 腹痛	(31)
第八节 腹泻	(41)
第九节 便秘	(50)
第二章 食管疾病	(61)
第一节 先天性食管狭窄	(61)
第二节 先天性食管闭锁	(62)
第三节 先天性食管憩室	(64)
第四节 先天性食管蹼和食管环	(66)
第五节 周围组织畸形对食管功能的影响	(68)
第六节 贲门失弛缓症	(71)
第七节 胃食管反流病	(80)
第八节 食管裂孔疝	(88)
第九节 真菌性食管炎	(92)
第十节 “胡桃钳”食管	(94)
第十一节 易激食管与老年性食管	(97)
第十二节 食管腐蚀伤	(98)
第十三节 食管黏膜管型剥脱症	(100)
第十四节 食管贲门黏膜撕裂症	(101)
第十五节 食管穿孔	(103)
第十六节 食管瘢痕狭窄	(104)
第十七节 食管异物	(106)
第十八节 化脓性食管炎	(111)

第十九节 药源性食管炎·····	(113)
第二十节 放射性食管炎·····	(114)
第二十一节 特异性食管炎·····	(116)
第二十二节 特发性嗜酸性细胞食管炎·····	(122)
第二十三节 食管癌·····	(124)
第二十四节 食管癌的放射治疗·····	(133)
第二十五节 食管癌的化疗·····	(137)
第三章 胃疾病 ·····	(142)
第一节 急性胃炎·····	(142)
第二节 慢性胃炎与疼痛·····	(146)
第三节 慢性胃动力障碍·····	(152)
第四节 消化性溃疡·····	(158)
第五节 消化性溃疡并发症·····	(165)
第六节 胃粘膜巨肥症·····	(170)
第七节 胃粘膜脱垂症·····	(171)
第八节 胃潴留·····	(173)
第九节 急性胃扩张·····	(175)
第十节 胃内异物·····	(177)
第十一节 胃下垂·····	(178)
第十二节 功能性消化不良·····	(180)
第十三节 药源性胃病·····	(183)
第十四节 上消化道出血·····	(188)
第十五节 胃良性肿瘤·····	(195)
第十六节 胃癌·····	(197)
第十七节 胃癌以外的其他胃恶性肿瘤·····	(210)
第十八节 胃癌并发症·····	(214)
第十九节 胃石症并发症·····	(217)
第二十节 胃部手术后的近期并发症·····	(222)
第二十一节 胃大部分切除术后远期并发症·····	(234)
第四章 肠道疾病 ·····	(239)
第一节 十二指肠炎·····	(239)
第二节 十二指肠壅积症·····	(241)
第三节 消化吸收不良综合征·····	(243)
第四节 十二指肠憩室·····	(247)
第五节 Meckel 憩室·····	(248)
第六节 结肠憩室·····	(250)
第七节 胃肠或肠道功能障碍和衰竭·····	(252)
第八节 诺如病毒性胃肠炎·····	(256)
第九节 嗜酸细胞性肠胃炎·····	(257)

第十节 肠易激综合征.....	(263)
第十一节 结肠毛细血管扩张症.....	(266)
第十二节 慢性假性肠梗阻.....	(271)
第十三节 缺血性肠炎.....	(276)
第十四节 短肠综合征.....	(281)
第十五节 细菌性痢疾.....	(285)
第十六节 阿米巴痢疾.....	(289)
第十七节 肠结核.....	(291)
第十八节 克罗恩病.....	(297)
第十九节 急性出血坏死性肠炎.....	(303)
第二十节 溃疡性结肠炎.....	(308)
第二十一节 伪膜性肠炎.....	(313)
第二十二节 粘连性肠梗阻.....	(317)
第二十三节 血运性肠梗阻.....	(319)
第二十四节 胃肠道息肉综合征.....	(320)
第二十五节 类癌及类癌综合征.....	(323)
第二十六节 大肠癌.....	(330)
第二十七节 结直肠癌.....	(332)
第二十八节 结直肠癌肝转移治疗.....	(342)
参考文献	(356)

第一章 消化系统疾病常见症状

第一节 恶心与呕吐

恶心与呕吐是临床常见的症状。恶心为上腹部不适、紧迫欲吐的感觉,常伴有迷走神经兴奋的表现,如脸色苍白、流涎、出汗、头昏、血压降低及心动过缓等,常为呕吐的前奏,恶心后随之呕吐,但也可仅有恶心而不发生呕吐,或仅有呕吐而无恶心前奏。呕吐是胃或部分小肠内容物经食管、口腔而排出体外的现象。恶心与呕吐均为复杂的反射动作,可由多种原因引起。

一、病因

1.咽部受到刺激 如剧咳、鼻咽部炎症、压舌板压迫舌根部等各种刺激均可引起反射性呕吐。

2.胃、十二指肠疾病 如急性胃扩张,急、慢性胃炎,消化性溃疡,幽门梗阻,十二指肠壅积症等,均可引起反射性呕吐。

3.肠道疾病 如各型肠梗阻、急性出血坏死性肠炎、腹型过敏性紫癜、假性肠梗阻等均可引起反射性呕吐。

4.肝、胆、胰、腹膜疾病 如急性病毒性肝炎、急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性腹膜炎等均可引起反射性呕吐。

二、发病机制

呕吐中枢位于延髓,它有两个功能不同的机构:一是神经反射中枢,即呕吐中枢,位于延髓外侧网状结构的背部,接受来自消化道、大脑皮质、内耳前庭及化学感受器触发带的传入冲动,直接支配呕吐动作。二是化学感受器触发带,位于延髓第四脑室的底部,接受各种外来的化学物质或药物(如吗啡、洋地黄等)及内生代谢产物(如感染、酮症酸中毒、尿毒症等)的刺激,并由此发出冲动,传至呕吐中枢再引起呕吐动作。

呕吐是一个复杂而协调的反射动作。恶心时胃张力和蠕动减弱,十二指肠张力增强,可伴有或不伴有十二指肠液反流,胃上部放松,胃窦部短暂收缩。呕吐开始先发生一次深吸气,舌

骨和喉上提,声门关闭,软腭上举,关闭后鼻孔,食管下括约肌舒张,胃上部放松,胃窦部持续性收缩,贲门开放,接着腹肌和膈肌收缩、肠内压升高,迫使胃内容物急速而猛烈地从胃反流,经食管、口腔而排出体外,由于上段小肠强烈的逆蠕动,可促使小肠部分内容物如胆汁和小肠液进入胃内,而随呕吐动作与胃内容物混合在一起吐出。

三、诊断措施

呕吐是人体一种本能反射,能将食入胃内有害物质排出体外,而起到有利的保护作用,但剧烈而频繁的呕吐会导致水、电解质紊乱、酸碱平衡失调、营养障碍,甚至产生食管贲门黏膜撕裂综合征等并发症。引起呕吐的病因繁多,而且恶心与呕吐有时是严重疾病的征象,因此要经过全面的病史询问,细致的体格检查,有的放矢的辅助检查进行鉴别,作出正确的诊断。

(一)病史

1.诱因 有无不洁饮食,误服毒物、药物及酗酒史,有无停经史,有无高血压、糖尿病、肾脏病和腹部疾病及手术史,有无颅脑疾病及外伤史等。

2.呕吐特点 喷射性呕吐常见于颅内高压、颅内肿瘤。大量呕吐见于胃潴留、胃扩张。

3.呕吐的时间与进食关系 晨间呕吐见于早孕反应,夜间呕吐见于幽门梗阻,餐后集体发病者多为食物中毒。

4.呕吐物性质 呕吐大量酸酵宿食见于幽门梗阻,呕吐物有粪臭味见于低位小肠梗阻。

5.伴随症状 呕吐伴腹痛和腹泻者见于急性胃肠炎,呕吐伴发热、寒战、黄疸者多见于急性胆囊炎、急性胆管炎。呕吐伴剧烈头痛可见于青光眼、颅内高压,呕吐伴眩晕、眼球震颤见于前庭病变、迷路炎、晕动病。

(二)体格检查

咽部检查有无充血、淋巴滤泡增生、扁桃体肿大,鼻窦有无压痛,眼球有无震颤,瞳孔是否对称,眼压有无增高,颈部有无抵抗,肢体有无偏瘫及锥体束征阳性。腹部是检查重点,有无腹胀、胃肠型及蠕动波、压痛及反跳痛、腹块、肠鸣音有无异常、振水音是否阳性、有无肾区叩痛和输尿管点压痛等。

(三)辅助检查

1.实验室检查 根据病情可选择做血、尿常规,肝、肾功能,血清淀粉酶,血糖、血酮,电解质,血 pH,尿妊娠试验,脑脊液常规,呕吐物毒理学分析等检查。

2.特殊检查 腹部超声、X线腹部平片、颅脑 CT、颅脑 MRI、胃镜、心电图、眼底、喉镜等。

四、鉴别诊断

呕吐首先应与食管性反流相鉴别,后者发生于进食后一段时间,由于食管狭窄,食物潴留于狭窄近端的扩张部,或食物潴留于食管憩室中反流至口腔而吐出,无恶心的先兆,吐出物不含胃酸与胃蛋白酶。其次呕吐应与反胃进行鉴别,反胃不伴有恶心与呕吐的复杂反射动作,胃

内容物反流经食管与口腔可溢出体外,也可再自口腔咽下。

(一)咽部刺激

咽部受到各种刺激,如刷牙时牙膏、痰液、鼻咽部炎性分泌物和因检查咽部用压舌板压迫舌根部均可刺激舌咽神经诱发反射性呕吐。

(二)急性胃扩张

急性胃扩张是指短期内由于大量气体和液体积聚,致胃和十二指肠上段高度扩张所产生的一种临床综合征,常是某些内、外科疾病或麻醉手术的严重并发症。

临床表现主要有腹胀,上腹或脐周隐痛,恶心和持续性呕吐。呕吐物为混浊的棕绿色、咖啡色液体。随着病情加重,可出现脱水、代谢性碱中毒,甚至可烦躁不安、呼吸急促、手足抽搐、血压下降或休克等征象。腹部检查见上腹部无蠕动膨胀的胃型,振水音阳性。脐右偏上方触及光滑、有弹性、轻压痛的包块,此为极度扩张的胃窦,是急性胃扩张的重要体征。

X线腹部平片显示左上腹巨大液平段和充满腹腔的特大胃影,见左膈肌抬高。B超见胃高度扩张,胃壁变薄,胃内大量潴留液,均有助手本病诊断。

(三)急性胃炎

急性胃炎是多种病因引起的胃黏膜急性炎症,如理化因素的刺激,过冷、过热及粗糙食物,烈性酒、非甾体抗炎药、肾上腺皮质类固醇的刺激。如进食污染细菌和毒素的不洁食物,胃内异物和胃后及胃区放射治疗,或严重感染、创伤、灼伤、大手术、休克等急性应激,吞服腐蚀性物质等原因,引起胃黏膜充血、水肿、出血、糜烂、坏死等病理变化,表现为急性单纯性胃炎,急性糜烂出血性胃炎、急性腐蚀性胃炎。

临床表现均有轻重不一的上腹部疼痛、上腹饱胀、恶心、呕吐、可有呕血或黑便。如进食污染细菌和毒素的不洁食物,可伴有腹泻、发热等症状。如吞服腐蚀性物质,可见唇、口腔和咽喉黏膜有不同颜色的灼痂。接触硫酸者呈黑色痂,盐酸结棕色痂,硝酸结深黄色痂,醋酸或草酸结白色痂,强碱使黏膜透明水肿。一般根据病史,临床表现可作出诊断,急性糜烂出血性胃炎可通过急诊胃镜检查,见胃黏膜糜烂、出血、浅表溃疡可获确诊。

(四)慢性胃炎

慢性胃炎是各种不同病因引起的胃黏膜慢性炎症。临床上十分常见,症状表现轻重不一,常缺乏特异性,可有上腹部隐痛、食欲减退、餐后上腹饱胀、反酸、恶心等症状,有赖于胃镜和胃黏膜活组织检查得到确诊。

(五)消化性溃疡

消化性溃疡是由胃酸、胃蛋白酶等自身消化胃肠道黏膜而发生的溃疡,好发于胃和十二指肠,是全球性多发病。

临床表现多发生于秋末春初的反复发作的上腹部节律性疼痛,十二指肠溃疡疼痛多位于中上腹或脐右上方,十二指肠后壁溃疡可放射于背部,疼痛常发生于两餐之间及半夜,进食或口服制酸药物可获缓解。胃溃疡疼痛常位于中上腹偏高处剑突下或剑下偏左处,疼痛常发生于餐后1小时,经1~2小时后逐渐缓解。消化性溃疡疼痛可呈隐痛、钝痛、刺痛、灼痛或饥饿样痛,一般较轻,可耐受。此外可有唾液分泌增多、反酸、嗝气、恶心、呕吐等症状。在溃疡活动

期中上腹部可有局限性压痛。

通过胃镜检查可见胃或十二指肠黏膜的溃疡病灶、根据形态可分为活动期、愈合期和瘢痕期,取病灶边缘活组织检查可排除恶性溃疡而获确诊。

(六)幽门梗阻

本病大多由于十二指肠、幽门前区、幽门管溃疡产生幽门痉挛,水肿或瘢痕形成。或因幽门前区胃癌造成幽门梗阻、胃潴留扩张。

临床表现是由于胃潴留而有上腹饱胀不适,于餐后加重,食欲减退,嗝气,反酸和呕吐,呕吐是幽门梗阻的主要症状,一般发生在餐后较久或数餐后,晚上或夜间呕吐量大,内含酸酵宿食,不含胆汁,呕吐后患者感觉舒适轻松。因反复大量呕吐而出现体质衰弱、脱水、电解质和酸碱平衡紊乱而致代谢性碱中毒。腹部检查在中上腹部可见胃型和胃蠕动波,触之囊性感,上腹部振水音阳性。

胃镜检查见胃内大量潴留,幽门狭窄内镜无法通过,如见幽门前区溃疡性病灶可取活组织检查明确病变性质。对于不完全性幽门梗阻可行X线胃肠钡餐检查,可显示幽门狭窄,钡剂潴留,胃扩张,有助于本病诊断。

(七)十二指肠壅积症

十二指肠壅积症是指各种原因引起的十二指肠阻塞,以致十二指肠阻塞部位的近端扩张,食糜壅积而产生的临床综合征,临床上以肠系膜上动脉压迫十二指肠所致者居多,其他尚有各种先天异常,良、恶性肿瘤,慢性炎症及手术粘连等原因压迫十二指肠。

临床表现中典型症状为餐后上腹部胀痛或绞痛,疼痛多位于右上腹部、脐上腹部,甚至可牵及后背部,改变体位如俯卧位或胸膝位可减轻疼痛的症状。部分患者可表现与十二指肠溃疡相类似的疼痛。其他症状有呃逆、恶心及呕吐,多在饭后出现。呕吐物内含有胆汁,如长期反复发作可导致消瘦、脱水和全身营养不良等征象。

行X线胃肠钡餐检查见十二指肠水平部钡柱中断,受阻的近端肠管呈钟摆运动,俯卧位钡剂可顺利通过有助于诊断。必要时做选择性肠系膜上动脉造影,可显示肠系膜上动脉与十二指肠的解剖角度关系,有助于本病的诊断。

(八)肠梗阻

本病是由于肠内容物正常运行发生障碍所致疾病,临床上甚为常见,90%是因肠壁病变、肠腔内堵塞及肠腔外压迫所致机械性肠梗阻,其次尚有麻痹性肠梗阻和绞窄性肠梗阻。

临床表现主要有腹痛、呕吐、腹胀及停止排便和排气。

1.腹痛呈阵发性剧烈绞痛 典型的绞痛呈波浪形或由轻至重,然后减轻,经过一段平静期后又再次发作,腹痛时有气体下降至某部突然停止感,腹痛时腹部可见肠型和蠕动波,伴肠鸣音亢进。如腹痛转为持续性伴阵发性加剧不缓解者,见于绞窄性肠梗阻的早期征象。

2.呕吐 早期为反射性呕吐胃内容物,此后进入一段静止期,高位小肠梗阻静止期较短,如梗阻未解除则再出现频繁呕吐,吐出含有胆汁的胃内容物,低位小肠梗阻静止期较长,可1~2天后再发生呕吐,吐出带粪臭味的小肠内容物,如呕吐物呈棕色或血性,提示已转为绞窄性肠梗阻。

3.腹胀 腹胀出现较迟,高位小肠梗阻患者腹胀可不明显,而低位小肠梗阻呈全腹膨胀,可见触之囊性感肠型和蠕动波,腹部叩诊呈鼓音。麻痹性肠梗阻腹胀明显,但无肠型和蠕动波可见。

4.停止排便和排气 完全性肠梗阻停止排便和排气,但在肠梗阻早期常有肠蠕动增加,在梗阻部位以下肠段残留的粪便和气仍可排出,应引起注意,以免延误诊断。绞窄性肠梗阻时,从肛门可排出血性液体或果酱样粪便。

X线腹部立位平片于发病后4~6小时可见“鱼肋骨刺状”小肠袢,腹部中央见多个液平面,呈阶梯状倒“U”形横向排列扩张的肠曲影,可获确诊。

(九)急性出血坏死性肠炎

急性出血坏死性肠炎是由于小肠感染了C型产气荚膜杆菌有关的急性肠炎。C型产气荚膜杆菌产生B毒素,使肠壁小动脉内膜发生纤维素样变性,血栓形成,而致小肠炎症、出血、坏死、甚至可产生溃疡、穿孔。

临床症状常于不洁食物或暴饮暴食后急性起病。

1.腹痛 主要首发症状是腹痛,多位于脐周,呈逐渐加重的脐周和上腹部阵发性绞痛,以后转为全腹持续性疼痛伴阵发性加剧,一般于1~3天后加重,重者可产生腹膜刺激症状。

2.腹泻与便血 腹痛发生后可有腹泻,开始粪便为带粪质糊状黄水样,经12~72小时后出现便血,可为潜血便、棕褐色、洗肉水样、赤豆汤样、果酱样甚至可呈鲜血状或暗红色血块,粪便有特殊血腥臭味,腹泻和便血时间短者1~2天,长者可达1个月余,呈间隙反复发作,腹泻每天2~10次,无明显里急后重,少数严重患者可出现脱水和代谢性酸中毒等。

3.恶心呕吐 常与腹痛、腹泻同时发生,呕吐物可为黄水样、咖啡样、血水样,也可呕吐胆汁。

体格检查可有中、高度发热,重症可有休克,腹部膨胀,有时可见肠型,脐周、上腹部或全腹可有明显压痛,有时可扪及包块,并发腹膜炎时有腹肌紧张和反跳痛,早期肠鸣音亢进,可闻及金属音或气过水声,后期肠鸣音减弱或消失。

根据病史和典型临床症状,外周血白细胞总数和中性粒细胞计数增高,伴核左移,粪便检查镜下有大量红细胞,少量白细胞,潜血试验强阳性,粪便培养部分病例有产气荚膜杆菌生长。X线腹部平片见脐周多个小肠扩张充气的液平段,可以诊断。

(十)假性肠梗阻

假性肠梗阻是由于肠壁平滑肌或肠间神经丛发生病变致肠蠕动无力,肠管扩张,本病为产生肠梗阻的症状和体征,而无肠腔内梗阻性病变的临床综合征。常累及小肠,但也可发生于结肠,偶侵及食管和胃。

临床表现为反复发作的餐后或持续性腹痛,可伴明显腹胀、恶心、呕吐、便秘、腹泻等症状,病程较长可达数年。早期表现为间歇性呕吐、腹胀、腹痛及腹泻,有的呈便秘与腹泻交替发作。病变累及小肠,则呕吐明显,常伴脂肪泻,继发营养不良、低蛋白血症。病变累及结肠则便秘严重,粪便嵌塞,腹部膨隆,肠鸣音减少。

X线腹部平片显示小肠或结肠扩张。胃肠钡餐检查显示食管、胃、十二指肠、小肠扩张,蠕动减少,钡餐停留小肠内达24小时以上,小肠黏膜紧密排列呈挤紧手风琴状。食管、胃、结肠

测压可呈现不协调收缩和压力异常表现。行全层肠段组织病理检查可见肌细胞或神经原轴突变性等病变可获确诊。

(十一) 急性病毒性肝炎

本病是由肝炎病毒经过消化道或血液途径传染所致疾病。

临床表现主要有消化道症状,如食欲减退、厌油腻食、恶心、呕吐、上腹饱胀等症状,大多数患者可有发热,全身疲乏,肝大有触痛、叩痛,脾脏轻度肿大。黄疸型急性病毒性肝炎于发病后1~2周可出现巩膜、皮肤黄染,大多数于1~2个月后症状逐渐消退,恢复正常。

根据流行病学,临床症状及肝炎病毒标志物检测可确诊。

(十二) 急性胆囊炎

急性胆囊炎是由于胆囊出口梗阻、细菌感染及胰液反流进入胆囊所致的胆囊急性炎症性疾病。

临床表现可有低热或畏寒、高热。病初可有定位不明确的上腹部疼痛,以后转至右上腹部持续性膨胀样疼痛,伴阵发性绞痛,向右肩、右肩胛下区放射。如嵌顿于胆囊管中结石松动,疼痛可立即缓解,一般患者于12~24小时后症状改善。恶心、呕吐常于腹痛后发生,为反射性呕吐,呕吐剧烈可吐出胆汁,伴脱水和电解质紊乱,吐后腹痛不能缓解。部分患者可出现轻度巩膜、皮肤黄染。腹部检查在右上腹胆囊区有触痛,Murphy征阳性,胆囊积脓肿大时右上腹可扪及囊性包块,胆囊化脓坏疽可出现右上腹部局限性腹肌紧张、压痛、反跳痛。

外周血白细胞总数和中性粒细胞计数均增高。B超检查见胆囊肿大、囊壁增厚。放射性核素肝胆动态显像示胆管和肠道显影正常,而胆囊不显影均支持急性胆囊炎的诊断。

(十三) 急性胰腺炎

急性胰腺炎大多是由于饱餐或酗酒等原因引起胰腺自身消化的急性化学性炎症。

临床表现主要症状是上腹部持续性剧烈疼痛,可向左背部放射,常蜷曲躯体来减轻疼痛,可持续48小时。中度发热可持续3~5天,恶心、呕吐可与腹痛同时出现,呕吐后腹痛不减轻。在胆总管梗阻和肝脏损害时可出现巩膜、皮肤黄染。腹部检查在上腹部有深压痛,重症患者可有上腹部局限性或全腹的肌紧张、压痛、反跳痛及两胁皮下淤血斑(征),脐周皮下淤血斑(征)。部分患者上腹部可扪及有压痛包块,可能为胰腺脓肿或假性囊肿。

血清淀粉酶于腹痛起病后6小时测定 $>500\text{U/L}$ (单位),血清脂肪酶于起病24小时后开始升高,可持续5~10天,超声、腹部CT、MRI可显示有无胆道结石、胰腺水肿、坏死等征象,有助于本病诊断。

(十四) 急性腹膜炎

急性腹膜炎是由于细菌感染、化学物质刺激及损伤引起的腹膜急性炎症性病变。

临床表现为突然发生、持续存在、迅速扩展的轻重不一的腹痛,如胃十二指肠、胆囊急性穿孔引起弥漫性腹膜炎,可产生强烈全腹疼痛。细菌感染致腹膜炎可呈胀痛或钝痛。恶心呕吐出现很早,为反射性呕吐,吐出胃内容物可伴有胆汁,发生麻痹性肠梗阻时,可吐出棕黄色恶臭的肠内容物。腹部检查有局限性或全腹肌紧张、压痛、反跳痛。肠鸣音减少,腹腔渗液增多时可出现移动性浊音,胃肠穿孔者则肝浊音上界消失。外周血白细胞总数和中性粒细胞计数均

增高,可伴核左移。X线腹部平片可显示膈下有游离气体。腹腔穿刺液细菌培养可获得病原菌,均有助于本病诊断。

五、处理要点

1.病因治疗。

2.对症治疗

(1)呕吐严重时禁食,待呕吐逐渐好转后,可给流质或半流质饮食。

(2)补液维持水、电解质及酸碱平衡。

(3)适当给予镇静、止吐或解痉药物,如多潘立酮(10mg)或甲氧氯普胺(10mg),每日2~3次口服。

(4)针灸治疗,胃肠病引起的针足三里、内关、中脘。脑部疾患引起的针合谷、少商、足三里。

3.疑有颅内情况及时请神经内科协助治疗。

(金灵莉)

第二节 吞咽困难

吞咽困难指食物或水从口腔至胃贲门运送过程中受到阻碍而产生的咽部、胸骨后或剑突部位的黏着、停滞或疼痛感的症状。重者水也不能下咽。其原因可以是功能性,也可以是器质性疾病。

一、病因

吞咽是一种复杂的反射性动作,它使食团从口腔进入胃。吞咽反射的基本中枢位于延髓,传入和传出神经在第V、IX、X、XII对脑神经中。根据食团在吞咽时所经过的解剖部位,可将吞咽分为三期。第一期由口腔到咽,这是在大脑皮质冲动的影晌下随意开始的。第二期由咽到食管上端,它通过一系列急速的反射动作而实现。第三期沿食管下行至胃,它由食管肌肉的顺序收缩来完成。

液体或固体食物的输送可因咽、食管和毗邻脏器的器质性损害或神经系统和肌肉组织的功能紊乱而受阻,吞咽过程的任何一个环节异常均可导致吞咽困难。吞咽困难的原因常需仔细寻找。

(一)口腔和咽喉疾病

口炎、口腔外伤、扁桃体周围脓肿、舌癌、咽炎、咽后壁脓肿、咽部肿瘤、咽喉结核、白喉等均可出现吞咽困难。

(二)食管疾病

食管疾病是引起吞咽困难最常见的原因,如食管炎、食管良性肿瘤、食管癌、食管憩室炎、食管裂孔疝、Barrett食管、食管结核、食管灼伤、食管内异物、食管黏膜下脓肿、食管受压等。

(三)神经、肌肉疾病

延髓麻痹、假性球麻痹、重症肌无力、皮炎、多发性肌炎、硬皮病、破伤风、狂犬病、中毒等均可出现吞咽困难。

(四)功能性病变

贲门失弛缓症、缺血性吞咽困难、弥漫性食管痉挛等可出现吞咽困难。

二、发病机制

口咽部和食管机械性梗阻引起的吞咽困难可分为外源性和内源性两种原因。内源性包括咽喉部肿瘤、扁桃体周围脓肿、舌癌、食管癌、食管平滑肌瘤、食管息肉、食管良性狭窄引起或食管结核等。外源性由邻近器官组织肿瘤、增生肥大压迫所致,常见于纵隔肿瘤、肺癌、左心房扩大、主动脉瘤、异位锁骨下动脉、胸骨后甲状腺肿大、外生骨疣。

口咽、食管管腔狭窄,食团体积相对过大,引起吞咽困难,通常先出现固体食物吞咽困难,然后出现流质食物吞咽困难。

三、诊断措施

(一)病史

1.发病年龄 出生后即出现频繁吐奶者,应考虑先天性食管疾病,如先天性食管狭窄、先天性食管过短等;儿童突然出现吞咽困难,应考虑食管异物;老年人出现吞咽困难,应考虑食管癌。

2.病程进展 中年患者发生进行性吞咽困难,病程较短,首先考虑食管癌;病程进展缓慢,应考虑良性狭窄;病程较长,吞咽困难症状时轻时重,应考虑贲门痉挛。

3.前驱症状 患者发病前发热可考虑扁桃体周围脓肿、咽后壁脓肿;有反复反酸史,应考虑反流性食管炎;有外伤史需考虑破伤风。

4.饮食情况 食管机械性梗阻引起吞咽困难,随着食管腔闭塞的程度不断加重,进食由普食发生吞咽困难逐渐至流质发生吞咽困难;进食液体出现呛咳、鼻反流见于延髓麻痹;进食酸性饮食即刻引起疼痛,多见于食管炎、溃疡;进食过冷、过热、过快或有刺激性食物诱发吞咽困难者多提示食管炎或食管痉挛。

5.伴随症状

(1)吞咽疼痛:吞咽时伴咽部剧烈疼痛,见于咽、喉部白喉,扁桃体周围脓肿、咽后脓肿等;吞咽时伴胸骨下疼痛,见于食管炎、食管溃疡、晚期食管癌、食管异物、纵隔炎症等;非吞咽期疼痛多为食管极度扩张引起。

(2)食管反流:延髓麻痹者进流质立即反流至鼻腔且伴呛咳;食管下端梗阻如食管贲门失弛缓症,反流量较大;食管憩室反流物可有隔宿食物并有发酵后的腥臭味;贲门痉挛反流量常较多,且常在夜间平卧位时出现,引起呛咳;晚期食管癌反流物多为血性黏液样。

(3)呃逆:病变可能在食管下端,常见于膈疝、贲门失弛缓症。

(4)声音嘶哑:吞咽困难伴有声音嘶哑者应考虑食管癌侵犯喉返神经;或主动脉瘤、纵隔肿瘤或纵隔淋巴结结核压迫喉返神经引起声音嘶哑。

(5)呛咳、构音困难、食管反流到鼻腔者:多为脑神经疾病所致。

(6)咀嚼无力、发音困难、呼吸困难、全身肌无力者:见于肌炎、重症肌无力。

(7)哮喘、呼吸困难:常见于纵隔肿物压迫食管与主支气管;餐后发生咳嗽,可能由于反流的胃或食管内容物的误吸,常见于反流性食管炎、咽、食管憩室、贲门失弛缓症;大量心包积液时压迫食管可发生吞咽困难,也同时有呼吸困难。

(8)肌肉痉挛:破伤风、狂犬病患者除吞咽困难外,尚有全身阵发性肌肉痉挛。

(9)体重下降:体重下降可见于食管恶性肿瘤或贲门失弛缓症患者,在其他良性疾病时不多见。患者伴有体重下降并有嗜酒和吸烟史者需警惕肿瘤。

(二)体格检查

应注意全身营养状况,有无脱水现象、皮疹、红斑,有无淋巴结肿大,注意面部表情,能否张口,有无口咽炎、溃疡或外伤,有无舌肌萎缩、舌和软腭麻痹,有无味觉障碍,声带有无麻痹,有无扁桃体肿大,吞咽动作有无异常。检查颈部有无肿块和甲状腺肿大。检查四肢有无特征性的皮肤改变,提示硬皮病;有无四肢肌力下降,提示神经肌肉疾病的表现。并检查有无肌肉压痛、病理征。对伴有声音嘶哑的口咽性吞咽困难的患者需请耳鼻喉科医师会诊行喉镜检查。

饮水试验:将听诊器放在剑突下,让患者饮水,经过8~10秒钟后,在剑突下应听到气过水音。若时间延长则表示有食管梗阻。

(三)实验室检查

血常规见白细胞总数和中性粒细胞计数增多提示炎症病变,血沉加快提示结缔组织病变,CPK、ALT、AST升高提示肌病,若为口腔病变引起,如扁桃体炎、白喉,则应做咽拭子培养,以确定病原体。

(四)特殊检查

1.X线食管钡餐检查 可以发现龛影、鸟嘴征等特征性病变。可确定食管病变为梗阻性或动力异常所致。往往作为首选的辅助检查方法。如发现溃疡或可疑肿瘤,或认为应行内镜下治疗者,应推荐其行胃镜进一步诊治。

2.食管镜(胃镜)检查 可直接观察到食管病变部位、范围,并可行脱落细胞学刷检和病理组织学检查确诊。对食管癌、贲门癌、食管良性肿瘤、食管良性狭窄、食管异物、食管裂孔疝、食管结核、食管真菌感染可明确诊断。但内镜检查有时会忽略轻微的黏膜环,并且不能估价食管的动力。

3.X线胸片 可以了解有无纵隔增大、肺门淋巴结肿大、主动脉瘤、左心房增大或心包积液。

4.食管脱落细胞检查 食管拉网脱落细胞学检查是诊断早期食管癌和食管癌前病变的经济、简便、易行、安全、可靠的方法,可作为一种初筛的检查手段。但对食管癌有出血及出血倾向者,或伴有食管静脉曲张者应禁忌做食管拉网细胞学检查;对食管癌患者X线钡餐片上见食管有深溃疡或合并高血压、心脏病及晚期妊娠者,应慎行食管拉网脱落细胞学检查;对全身状况差,过于衰弱的患者应先改善患者一般状况后再做检查;合并上呼吸道及上消化道急性炎症者,应先控制感染再行检查。

5.食管测压检查 多发性肌炎、皮肤炎,可见食管上段1/3蠕动波消失,食管上括约肌静止压减低;食管痉挛仅见非蠕动性小收缩波、食管下括约肌不能松弛;食管弥漫性痉挛可有食管强力和反复出现的收缩波,而食管下括约肌弛缓功能良好。

6.24小时食管pH检测 是目前诊断胃食管反流和食管酸反流的金标准。还可分析症状与酸反流的相关性。该检查要求患者当日禁食6小时,24小时前停用抗酸药物,质子泵抑制剂应停药7天以上。

7.食管酸灌注试验

患者取坐位,经鼻孔插管深约30~35cm,滴入生理盐水,100~125滴/分,然后换用0.1mol/L盐酸以同样滴速灌注,如出现胸骨后疼痛或胃灼热,为阳性结果,提示反流性食管炎。

8.胸、腹部CT 可以确定肿瘤的部位、大小和侵犯范围,尤其在显示肿瘤外侵范围及其与邻近结构的关系,纵隔或腹腔淋巴结有无转移具有优越性。

9.内镜超声显像(EUS) 将微型高频超声探头安置在内镜顶端,通过内镜既可直接观察食管腔内的形态,又可进行实时超声扫描,从而有助于判断肿瘤侵犯的深度、是否累及食管邻近组织器官和有无区域性淋巴结转移。

10.喉镜 疑为咽喉部疾病者,可行间接喉镜检查。

11.胃食管闪烁显像 此法可估计胃-食管的反流量。在患者腹部缚上充气腹带,空腹口服含有 $300\mu\text{Ci}^{99\text{m}}\text{Tc-Sc}$ 的酸化橘子汁溶液300ml(内含橘子汁150ml和0.1N HCl 150ml),并再饮冷开水15~30ml,以清除食管内残留试液,直立显像。正常人10~15分钟后胃以上部位应无放射性存在。否则表示有胃食管反流存在。此法的敏感性与特异性约90%。

四、鉴别诊断

(一)反流性食管炎

反流性食管炎临床表现为餐后1小时胸骨后、剑突下或上腹部烧灼感或疼痛,可向颈、肩、背放射,平卧或躯干前屈、弯腰时加重,而站立或坐位时或服用制酸药物后可缓解。伴随烧灼感可有胃内容物反流,当躯干前屈或卧床时易出现,睡眠时由于反流液被吸入气管可引起呛咳或吸入性肺炎。初期常可因食管炎引起继发性食管痉挛而出现间歇性咽下困难。后期则可由食管瘢痕形成狭窄,烧灼感和烧灼痛逐渐减轻而为永久性咽下困难所替代,进食固体食物时可在剑突处引起堵塞感或疼痛。严重食管炎患者可出现食管黏膜糜烂而致出血,多为慢性少量出血。长期或大量出血者可导致缺铁性贫血。