

● 主编 李兆申
天津科学技术出版社

消化系统

XIAO HUA XI TONG JI BING DE ZHEN DUAN YU JIAN BIE ZHEN DUAN

疾病的诊断与鉴别诊断

消化系统疾病的诊断与鉴别诊断



XIAO HUA XI TONG JI BING DE ZHEN DUAN YU JIAN BIE ZHEN DUAN
XIAO HUA XI TONG
JI BING DE ZHEN DUAN
YU JIAN BIE ZHEN DUAN



消化系统 疾病的诊断与鉴别诊断

主编 李兆申

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疾病的诊断与鉴别诊断/李兆申主编. —天津:天津科学技术出版社, 2004. 1
ISBN 7-5308-3664-1

I. 消… II. 李… III. ①消化系统疾病—诊断
②消化系统疾病—鉴别诊断 IV R570.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 073255 号

责任编辑:于伯海

版式设计:雄桂芬

责任印制:张军利

天津科学技术出版社出版

出版人:王振奎

天津市和平区康乐路 35 号 邮编 300051 电话(022)23332393

网址 www.tjkebs.com.cn

天津新华印刷一厂印刷

新华书店天津发行所发行

开本 787×1092 1/16 印张 25 字数 890 000

2004 年 5 月第 1 版

2004 年 5 月第 1 次印刷

定价:58.00 元

作者简介

李兆申,男,出生于1956年10月,现为第二军医大学附属长海医院消化内科主任医师、教授。任国务院学位委员会第五届学科评议组成员、中华消化内镜学会副主委兼秘书、第六届全军医学科学技术委员会委员、上海医学会第33届理事会常务理事、全军消化病学会副主任委员、中华消化学会胰腺病学组成员、上海市消化内镜学会副主任委员、上海市消化病学会委员、上海市消化病学会青年学组副组长。《胰腺病学》执行主编、《中国内科年鉴》副主编、《中华消化杂志》编委、《中华消化内镜杂志》常务编委、《解放军医学杂志》常务编委、《第二军医大学学报》常务编委、《胃肠病学》杂志编委、《世界华人消化杂志》编委、《国外医学—消化分册》编委、《临床军医杂志》编委。主编专著9部。发表论文313篇,第一作者168篇,其中国际期刊发表14篇,Medline收录78篇,CA收录29篇,SCI收录3篇,4篇论文被国外引用12次。共获国家科技进步三等奖1项,军队科技进步一等奖1项、二等奖4项、三等奖4项,军队医疗成果一等奖1项、二等奖1项、三等奖2项,上海市医疗成果二等奖1项。

电子邮箱:zhshli@81890.net

编著者名单

李兆申	第二军医大学长海医院	教授
叶 萍	第二军医大学长海医院	副教授
邹多武	第二军医大学长海医院	副教授
王 雯	南京军区福州总医院	副主任医师
邹晓平	第二军医大学长海医院	教授
湛先保	第二军医大学长海医院	医学博士
宛新建	第二军医大学医学长海医院	医学博士
李淑德	第二军医大学长海医院	副教授
徐晓蓉	第二军医大学长海医院	医学博士
汪伟业	第二军医大学长海医院	教授
朱爱勇	第二军医大学长海医院	医学博士
丁 华	第二军医大学长海医院	医学博士
王 虹	上海静安区中心医院	副主任医师
张喆颖	天津 271 医院	医学硕士
张文俊	第二军医大学长海医院	副教授
孙振兴	第二军医大学长海医院	教授
张晓华	第二军医大学南京医学院	副教授
李 平	第二军医大学长海医院	医学博士
路又可	南京军区南京总医院	副主任医师
李成忠	第二军医大学长海医院	副教授
金震东	第二军医大学长海医院	教授
陈志辉	第二军医大学长海医院	副教授
施乐华	第二军医大学东方肝胆外科医院	副教授
徐正婕	上海第一人民医院	医学硕士
范建高	上海第一人民医院	主任医师
方继伟	上海第一人民医院	医学硕士
王健东	上海新华医院	主治医师
陈树群	第二军医大学东方肝胆外科医院	副教授
沈 锋	第二军医大学东方肝胆外科医院	教授
赵 珺	第二军医大学长海医院	医学博士
周国雄	南通医学院	副主任医师

孙 波	第二军医大学长海医院
刘 枫	第二军医大学长海医院
任红波	第二军医大学长海医院
潘 雪	第二军医大学长海医院
方裕强	第二军医大学长海医院
王洛伟	第二军医大学长海医院
张兴荣	第二军医大学长征医院
胡和平	第二军医大学东方肝胆外科医院

医学博士
医学博士
医学博士
医学博士
医学博士
医学博士
教授
教授

前 言

影像学、计算机技术的飞速发展,给临床医学带来了巨大的促进作用,今天消化系统疾病的临床诊断已不再是简单的视、触、叩、听,而是影像学、细胞学、组织学、生化学、免疫学检查以及基因诊断技术等互相结合的综合应用。诊断的依据也从过去的主观依据占较大比例,逐渐向客观依据发展。但无论如何,临床的基本思维过程并无改变,仍是从病史、体检中寻找可能的线索,再循这些线索深入查找。但查找的思路、方法,可得到的依据、资料已今非昔比。今天,对消化内科医生而言,单纯掌握视、触、叩、听等基本技术已经不够,分析影像学、化验结果已是最重要的基本技能。正是在这样的一种背景下,我们撰写了本书,希望能将消化系统疾病诊断、鉴别诊断相关的多学科知识以疾病为主线串联在一起,为广大临床医师、教学工作者提供某些启发,使他们在工作中能更多地发掘到可用的资料与信息,以提高临床消化系统疾病的诊断、鉴别诊断的水平。

本书共分7篇,以疾病为主线进行叙述,对某些重要的症状也有介绍,但对某些诊断、鉴别诊断无明显改进的疾病则略去未讲,重点讲述的内容在诊断基础、鉴别诊断,尤其是影像学、化验技术对消化系统疾病诊断、鉴别诊断的作用,对治疗则基本未提及。但由于学科、专业所限,相关资料可能不尽齐全;再则时间仓促,许多内容难以达到尽善尽美,遗漏之处在所难免,恳求读者在阅读之中提出批评指正,以便再版时修改。

李兆申

于第二军医大学附属长海医院

目 录

第一章 食管疾病	(1)
第一节 非心源性胸痛	(1)
第二节 贲门失弛缓症	(7)
第三节 胃食管反流病	(15)
第四节 Barrett 食管	(22)
第五节 食管裂孔疝	(26)
第六节 食管贲门粘膜撕裂症	(30)
第七节 食管良性狭窄	(32)
第八节 食管癌	(35)
第二章 胃和十二指肠疾病	(44)
第一节 腹痛	(44)
第二节 呕吐	(52)
第三节 上消化道出血	(56)
第四节 功能性消化不良	(64)
第五节 胃炎	(71)
第六节 应激性溃疡	(79)
第七节 Menetrier 病	(81)
第八节 消化性溃疡	(83)
第九节 胃轻瘫	(91)
第十节 胃癌	(98)
第十一节 胃恶性淋巴瘤	(108)
第十二节 胃息肉	(114)
第十三节 胃间质细胞瘤	(119)
第十四节 胃泌素瘤	(122)
第三章 小肠和大肠疾病	(128)
第一节 便秘	(128)
第二节 腹泻	(135)
第三节 感染性腹泻与细菌性食物中毒	(142)
第四节 小肠寄生虫病	(151)
第五节 急性出血坏死性肠炎	(156)
第六节 吸收不良综合征	(162)



第七节	下消化道出血	(171)
第八节	短肠综合征	(176)
第九节	假性肠梗阻	(178)
第十节	小肠肿瘤	(186)
第十一节	消化道类癌及类癌综合征	(193)
第十二节	克罗恩病	(199)
第十三节	溃疡性结肠炎	(208)
第十四节	肠结核	(215)
第十五节	缺血性肠炎	(223)
第十六节	肠梗阻	(231)
第十七节	大肠癌	(237)
第十八节	肠道息肉	(249)
第十九节	憩室病	(253)
第二十节	肠易激综合征	(255)
第二十一节	盆底综合征	(265)
第四章	肝胆疾病	(276)
第一节	黄疸	(276)
第二节	腹水	(291)
第三节	病毒性肝炎	(296)
第四节	自身免疫性肝炎	(306)
第五节	胆汁淤积症	(312)
第六节	肝结核	(321)
第七节	肝脓肿	(324)
第八节	肝脏寄生虫病	(333)
第九节	酒精性肝病	(354)
第十节	非酒精性脂肪肝	(366)
第十一节	肝硬化	(380)
第十二节	原发性胆汁性肝硬化	(390)
第十三节	门脉高压症	(395)
第十四节	肝性脑病	(409)
第十五节	肝肾综合征	(413)
第十六节	肝豆状核变性	(415)
第十七节	肝囊肿	(422)
第十八节	原发性肝癌	(425)
第十九节	肝脏其他肿瘤	(434)
第二十节	布查氏综合征	(443)



第五章 胆系疾病	(457)
第一节 急性胆囊炎	(457)
第二节 慢性胆囊炎	(463)
第三节 胆石病	(467)
第四节 Mirizzi 综合征	(478)
第五节 原发性硬化性胆管炎	(480)
第六节 胆道蛔虫病	(484)
第七节 胆道先天性异常	(487)
第八节 肝胆管狭窄	(498)
第九节 胆囊肿瘤	(503)
第十节 胆管肿瘤	(510)
第十一节 胆囊运动功能障碍	(514)
第十二节 Oddi 括约肌运动功能障碍	(515)
第十三节 胆道出血	(522)
第六章 胰腺疾病	(527)
第一节 急性胰腺炎	(527)
第二节 慢性胰腺炎	(539)
第三节 自身免疫性胰腺炎	(549)
第四节 遗传性胰腺炎	(552)
第五节 胰腺癌	(554)
第六节 胰腺内分泌肿瘤	(566)
第七节 胰腺先天性疾病	(574)
第八节 胰性胸腹水	(582)
第九节 胰性脑病	(586)
第七章 腹膜疾病	(588)
第一节 结核性腹膜炎	(588)
第二节 自发性细菌性腹膜炎	(592)
第三节 腹膜间皮瘤	(595)
第四节 腹膜假性粘液瘤	(598)

第一章 食管疾病

第一节 非心源性胸痛

【概述】

非心源性胸痛(noncardiac chest pain, NC-CP)指患者的胸痛没有明显冠状动脉病变的证据。常见的病因有胃食管反流病、食管动力障碍、微血管性心绞痛、惊吓、焦虑和来源于骨骼肌的原因。在 NCCP 患者中,约 10%~30%表现为心绞痛样胸痛,其中 30%~60%为食管源性胸痛,而心绞痛本身可能很不典型,因而临床上遇到胸痛时,应引起充分的注意。

据估计,每年行一次心导管检查的 60 万

患者中,约有 30%的患者没有冠状动脉疾病的证据。而这些人预后均较好。Kemp 等对这类患者进行研究,发现因心脏疾病的死亡率小于 1%。当然对这类患者,我们必须首先排除心源性胸痛。

【诊断学基础】

(一) 病因与发病机理 非心源性胸痛的病因,随着近 10 年来食管动力学方面研究的发展,日益受到人们的重视,常见的病因如下(见表 1-1)。

1. 食管源性胸痛:各家对食管疾病引起

表 1-1 非心源性胸痛的病因和疾病

病 因	疾 病
食管源性胸痛	胃食管反流病;非胃食管反流病;食管癌;食管异物和外伤食管动力性疾病(贲门失迟缓症;弥漫性食管痉挛;Nutcracker 食管;下食管括约肌高压症;非特异性食管动力异常)
食管外胸痛	壁间动脉瘤、心包炎、微血管性心绞痛、二尖瓣脱垂;肺惊吓、焦虑等
胸壁肌肉骨骼异常	肋软骨炎、颈椎关节炎、胸椎脊突的疾病、纤维组织炎和胸壁综合征
其他原因	吞气症;消化道溃疡;胆绞痛

的非心源性胸痛发病率的报道,差异很大。食管壁存在化学感受器、温度感受器和机械感受器等,当食管壁受到刺激时,可以引起胸痛。当中枢神经系统接受感觉的信息发生改变时,也可引起胸痛。DeMeester 等报道食管源性胸痛占心脏监护病房出院患者的 60%。也有人研究发现,46% 患者的疼痛是由胃食管反流病引起。也有报道冠状动脉造影正常的人中,食管源性胸痛占 18%~58%。因此,食管源性胸痛在临床上是为常见的。

1) 胃食管反流病:胸痛有时可以是胃食管反流病主要的或惟一的表现。Hewson 等

应用 24 小时 pH 监测发现,100 例非心源性胸痛患者中有 50 例的胸痛与胃食管反流病有关。胃食管反流病在非心源性胸痛中非常多见。酸反流物刺激食管粘膜上的化学感受器引起胸痛。当伴有食管炎时,氢离子极易透过食管上皮,同时反流物中的胃蛋白酶、胆酸、胰酶等刺激渗透感受器,进一步加重了对食管粘膜的刺激,加重胸痛。研究还表明,酸反流常导致食管动力异常,如出现非推进性或非蠕动性同步收缩,或出现自发性收缩,其波幅、时限均增加。这些继发性食管动力异常也可以加重胸痛。



2) 非胃食管反流病:由于食管感染或药物损伤粘膜而引起的胸痛。常见长期应用免疫抑制剂或抗肿瘤药物的患者。感染性疾病有食管继发性白色念珠菌、疱疹病毒、巨细胞病毒感染等。药物性食管损伤常见药物有:四环素、非甾体类抗炎药、钾盐、硫酸亚铁等,易在干咽或临睡前服药,产生粘膜损伤。食管癌、食管异物、外伤、食管血肿或剧烈干呕者,以及行内镜下注射硬化剂或食管扩张术治疗的患者,由于食管粘膜本身受损,常引起胸痛发生。Boerhaave 综合征,即自发性食管破裂患者,可出现剧烈胸痛。

3) 食管动力障碍性疾病:食管痉挛是最常见胸痛。Katz 等对 910 例非心源性胸痛患者,进行食管动力监测,发现约 28% 的患者有食管动力异常。其中胡桃夹食管是最常见的动力异常,占 48%;其次是非特异性食管动力异常,约占 36%;弥漫性食管痉挛占 10%,下食管括约肌高压占 4%,贲门失弛缓症占 2%。

(1) 弥漫性食管痉挛 以胸痛为主要特征,且疼痛剧烈,向肩背部放射,酷似心绞痛,但胸部平片无异常,食管钡餐示食管排空迅速,蠕动波达主动脉弓水平,食管下 2/3 可见反复高压性、同步性收缩,致使食管呈串珠状,但 LES 可以完全松弛。食管测压显示中、下段食管多发性非传导性收缩、LES 压力正常。

(2) 特发性下食管括约肌高压(Idiopathic hypertensive LES, IHLES) 为原因不明的 LES 压力增高,患者可表现为类似贲门失弛缓症。但吞咽困难较贲门失弛缓症为轻。两者鉴别主要通过食管测压及食管钡餐检查。IHLES 患者食管测压可见 LESP 增加,但吞咽时 LES 松弛正常,食管体部蠕动正常,而贲门失弛缓症患者除有 LESP 增加外,还有食管体部蠕动异常以及吞咽时 LES 松弛不全。IHLES 患者食管钡餐检查常无“鸟嘴样”改变。

(3) 胡桃夹食管 以非心源性、慢性复发性剧烈胸痛,伴有或不伴有吞咽困难就诊,无器质性原因可查,食管测压证实为食管下段高幅蠕动收缩并伴有收缩时限的延长,称“胡桃夹”食管(nutcracker esophagus)。“胡桃夹”食管是以食管下段高幅蠕动为特点的食管原发性运动障碍性疾病。

有报道精神障碍的患者常有食管动力异常。这种动力异常可在精神紧张时通过 LES 压力测定反映出来。不明原因的胸痛经精神方面的评估,约有 30% 患者为恐惧型胸痛。这种异常可以通过病史采集或“医院焦虑和抑郁分级”的问卷评分进行诊断。不明原因的胸痛患者中约 1/3 有抑郁症,它可以发生在恐惧症前或同时存在。

2. 食管外胃肠系统疾病:该病患者食管组织学检查发现位于内层环形肌和外层纵行肌之间神经丛的神经节细胞发生退行性变或神经数量减少或消失,单核细胞浸润,神经节细胞被纤维组织所取代。

3. 胸壁综合征:一系列肌肉骨骼异常可以引起胸痛,包括胸壁疼痛(局部肌筋膜痛)、强直性脊柱炎、纤维肌痛、胸出口综合征等。在劳累、走路、转身、扭腰和用手工作等引起胸部骨骼运动时出现胸痛。肌肉骨骼性胸痛患者往往 X 线检查阴性,应用 NSAID 治疗,或在压痛点注射甾体激素时,可减轻症状。

4. 其他:根据文献报道,许多患者发病与情绪有关,部分患者发病之前有明确的精神应激事件。偶尔消化道溃疡也可出现不明原因的胸痛。胆绞痛通常表现为严重的右上腹疼痛,但有时在少数患者中,胸骨后疼痛却是惟一的临床症状。

(二) 临床表现 非心源性胸痛是一组临床症状,因此,必须详细询问病史中疼痛的部位、性质、时间、诱发和影响因素等,有无放射痛以及其他伴发症状等,配合体格检查、实验室检查和器械检查,加以综合分析和判断,与心源性胸痛相鉴别。



1. 胸痛的部位及放射痛:约 1/3 ~ 1/2 贲门失弛缓症患者伴有胸痛,尤其是胸骨后痛及上腹剑下疼痛显著,并随着病变加重而胸痛加剧。疼痛常在进食后突然发生,严重者被迫停止进食。疼痛持续时间一般约数分钟,往往呈隐痛或剧痛,有时可放射至颈部或背部,服用硝酸甘油制剂或进食热饮后缓解,临床症状酷似心绞痛。

其他原因引起的胸痛,其胸痛的发生与病因之间并无严格的因果关系。有些仅仅是偶尔现象。

2. 胸痛的性质:可出现轻微的隐痛到剧烈的绞痛和刀割样疼痛不等。反流性食管炎可呈胸骨后烧灼样胸痛;贲门撕裂症呈胸骨后剧烈绞痛和刀割样疼痛;骨痛常呈锥痛或酸痛,肌痛常呈酸痛;主动脉瘤腐蚀胸壁时,出现锥痛或烧灼性胸痛等。

3. 胸痛的时间及诱因:非心源性胸痛常因情绪受到严重打击,摄取刺激性食物,或进食冷饮后诱发,可能与反流性食管炎和贲门失弛缓症病情加重有关。剧烈呕吐是贲门撕裂症引起胸痛的直接原因或诱因。出现吞咽困难可加重烧心样胸痛感。

4. 胸痛的伴随症状:伴随症状对诊断有一定的帮助。

(1) 吞咽困难 如反流性食管炎患者常伴有咽下困难及食管反流等。吞咽困难是贲门失弛缓症患者最为突出的症状,几乎所有该患者均有不同程度的吞咽困难。该症状出现缓慢,经数月甚至数年后逐渐加重。

(2) 烧心感 反流性食管炎患者常伴发烧心感,多发生在疾病的早期或重症和病程较长时,与食管粘膜直接损伤有关。

(3) 食物反流 食管中未消化食物的反流为胃食管反流病和食管动力功能异常的常见症状,约占患者总数的 60% ~ 90%。反流常在进食或进食数分钟内出现。部分患者诱发反流以减轻饭后胸骨后闷胀不适感,多出现夜间反流,多为胃内物或粘液物。反流物

误吸入呼吸道可致支气管肺部感染和夜间哮喘发作。

(4) 恶心呕吐 非心源性胸痛患者常常伴有恶心或呕吐,尤其是剧烈呕吐可引起贲门撕裂,出现一系列临床症状。

(5) 呕血 贲门撕裂症患者胸痛伴有大量呕血。

(6) 咯血 肺梗塞引起的剧烈胸痛患者可出现大量咯血。

(7) 明显体重减轻,营养不良和贫血。如短期内迅速消瘦。

5. 其他有关病史:急性食管炎常有吞咽异物和腐蚀剂病史。

(三) 影像学特征

1. X 线检查

(1) 胸、腹部 X 线平片 贲门失弛缓症患者食管扩张时可见纵隔增宽,纵隔旁阴影;食管严重扩张时,除纵隔显著增宽外,食管内可见液平面。

(2) 食管钡剂造影 典型的贲门失弛缓症患者食管钡剂造影时,食管体部缺乏蠕动波,食管下端呈漏斗状狭窄,边缘光滑平整,称作“鸟嘴样”改变。弥漫性食管痉挛患者主要表现为原发性蠕动中断,出现第三收缩和伴有钡剂的来回运动。一般无体部扩张,但可见“串珠”样高压性同步收缩。而“胡桃夹”食管的 X 线表现为正常。

合并霉菌性食管炎,其 X 线上主要表现为食管中下段的颗粒状粘膜,或粘膜呈卵石状改变。药物性食管炎常在近段食管,尤其在主动脉弓水平有单个溃疡,患者常有服四环素、氯化钾或奎尼丁病史。食管克罗恩氏病的 X 线所见与消化道其他部位克罗恩氏病的表现相似,病变多呈偏心性,可伴有深溃疡及形成瘘管。腐蚀性食管炎和放射性食管炎,以其病变发展阶段及损伤程度的不同,而有不同的 X 线表现,无特异性,根据有吞服化学腐蚀剂和接受胸部放射治疗的病史进行鉴别。



当然食管癌患者可见食管内充盈缺损或巨大龛影等。

2. 冠状动脉造影检查:可见冠状动脉柔软,血管直径正常,无血管僵硬、狭窄等器质性改变。

3. CT、MRI 检查:对肝胆胰方面疾病和心脏、胸部疾病,具有明确诊断和鉴别意义。

4. 放射性核素心室造影:可显示运动时左心室射血分数下降,或室壁局限性运动异常,对微血管性心绞痛有诊断意义。

采用同位素标记液体食物,显示在平卧位及腹部加压时有无过多的核素胃食管反流。如肺内显示核素增强时,表明过多的反流常是肺部病变的原因。

5. 运动性闪烁照相检查:检测心肌对锝的摄取或清除功能,对微血管性心绞痛有诊断意义。

(四) 食管动力学检测

1. 食管测压和蠕动功能检测:食管压力测定是一种操作快捷、简便而安全的方法,适用于食管功能性疾病的食管功能检测。

GERD 患者食管测压,约半数可见 LES 静息压力降低,食管蠕动幅度降低。长时间食管测压可见 TLESRs 增多。弥漫性食管痉挛患者 LESP 大多正常,也可偶有增高,吞咽时 LES 完全松弛,食管腔内压力正常,但食管体部可出现高幅、宽大畸形的蠕动波。

“胡桃夹”食管患者的食管测压显示下段食管呈高幅蠕动收缩,10 次吞咽平均波幅 $> 16.0 \text{ kPa}$ (120 mmHg),收缩时限 $> 5.5 \text{ s}$,其中至少 1 次收缩波幅 $> 24.0 \sim 26.7 \text{ kPa}$ ($180 \sim 200 \text{ mmHg}$),全部吞咽均伴发原发性蠕动。

贲门失弛缓症患者的测压显示 LES 高压 [$> 6.0 \text{ kPa}$ (45 mmHg)],吞咽时 LES 松弛不全,残余压力 $> 0.7 \text{ kPa}$ (5 mmHg);食管体部腔内压升高;吞咽时食管原发蠕动消失,表现为食管下 2/3 段推进运动消失,所测得的收缩波通常为低振幅,但上食管括约肌功能和食管上段蠕动功能基本正常。

2. 24 h 食管 pH 监测:24 h 食管 pH 监测能记录 24 h 食管内 $\text{pH} < 4$ 的百分比、 $\text{pH} < 4$ 次数、持续 5 min 以上的反流次数及最长反流时间等指标,确定生理活动状态下有无过多的反流,并有助于阐明患者症状与酸反流的关系。

(五) 内镜检查 可排除食管肿瘤和溃疡性病变。贲门失弛缓症可见食管腔内有大量食物或液体残留,但食管粘膜可能正常,食管蠕动停止,贲门口处狭窄环形成,加压内镜可通过贲门。贲门撕裂症可见齿状线处有纵形线状裂口。合并霉菌性食管炎,内镜下食管粘膜常有弥散腐乳样细颗粒。

(六) 质子泵阻滞剂试验性治疗 质子泵阻滞剂 (PPI) 试验,为一种治疗性临床试验。对因典型的胃食管反流症状就诊的患者,在无任何报警症状的情况下可予以 PPI 治疗 7 天(如:奥美拉唑 20 mg ,每日 2 次),如患者症状消失则为阳性,临床即可诊断为 GERD。

(七) 激发试验

1. 酸灌注试验 (acid perfusion test):又称 Bernstein 试验。可诱发胸痛发作和食管功能紊乱。酸灌注试验时,受试者取坐位,自鼻孔插入鼻胃管,固定在距鼻孔 30 cm 处,滴注生理盐水 $10 \sim 12 \text{ mL/min}$,历时 15 min ,再以同样速度滴注 0.1 N 盐酸 6 mL/min ,直到产生疼痛或烧灼症状。若注酸 30 min ,一直不产生症状,即为阴性结果。如注酸过程中产生症状,随即改注生理盐水,症状若缓解,再重复一次。两次注酸均引起疼痛,改注生理盐水能使疼痛缓解,则为阳性结果。

2. 食管内气囊充气扩张:用来判定患者的内脏感觉功能。

3. 腾喜龙试验 (edrophonium):又称“tensilon”试验。腾喜龙属胆碱酯酶抑制剂,可激发胸痛。约 $18\% \sim 30\%$ 的患者阳性。本试验安全、特异性较强。

(八) 心理测试(参照 DSM-IV 标准)



对间断出现的强烈恐惧感或不适,胸痛发作时出现以下 4 种或 4 种以上症状,突然出现并在 10 分钟内达到高峰期。

- (1) 心悸、心脏剧烈跳动或心跳加速。
- (2) 出汗。
- (3) 震颤或发抖。
- (4) 气短或窒息感。
- (5) 哽噎感。
- (6) 胸痛或不适。
- (7) 恶心或腹痛。
- (8) 感觉眩晕、不稳定、头部发轻或无力。
- (9) 非真实感(不真实感觉)或人格解体(与自己分离的感觉)。
- (10) 害怕失去控制或发疯。
- (11) 怕死。
- (12) 感觉异常(麻木或麻刺感)。
- (13) 寒战或灼热感。

【诊断标准】

本病的诊断中,病史是一个非常重要的

线索。故任何人出现胸骨后疼痛、卧位时有食物反流,应详细询问病史,在除外心源性病变的基础上,再考虑非心源性胸痛。根据本病的临床表现和辅助检查特点,其诊断标准及依据如下。

(一) 24 小时食管 pH 监测标准 24 小时食管 pH 监测对胃食管反流病有重要的意义能记录 24 小时食管内 $\text{pH} < 4$ 的百分比、 $\text{pH} < 4$ 次数、持续 5 分钟以上的反流次数及最长反流时间等指标,确定生理活动状态下有无过多的反流,并有助于阐明患者症状与酸反流的关系。目前中国人的诊断标准参照上海市长海医院对 50 例健康志愿者进行的 24 小时食管 pH 监测的结果,确定其正常值为: $\text{pH} < 4$ 总时间百分比 $< 4\%$; $\text{pH} < 4$ 次数 < 66 次;反流持续 5 分钟以上次数 < 3 ;最长反流持续时间 < 18 分钟。

(二) 食管动力异常的压力诊断标准(诊断标准见表 1-2)

表 1-2 食管动力异常的压力诊断表

	主要诊断标准	次要诊断标准
胡桃夹食管	远端食管蠕动波幅增高 [$> 24.0\text{kPa}$ (180 mmHg)]	收缩时限延长 $> 6\text{s}$
弥漫性食管痉挛	同步收缩占湿咽的 10% 以上	LES 松弛不完全收缩时限延长 $> 6\text{s}$
非特异性食管运动功能障碍	LES 压力正常	三峰波 逆蠕动 低波幅蠕动 $< 4.0\text{kPa}$ (30mmHg) 非传导性收缩增加 $> 20\%$ 收缩时限延长 $> 6\text{s}$
LES 高压	LES 压力 $> 6.0\text{kPa}$ (45 mmHg) 食管蠕动正常 LES 松弛正常	
贲门失弛缓	LES 升高 $> 6.0\text{kPa}$ (45mmHg) 吞咽时 LES 松弛不全(松弛率 $< 90\%$) 食管体部无蠕动性收缩,而代之以波幅低下的收缩,有的呈重复性收缩,同步出现 部分病例收缩波幅达 8.0kPa (60mmHg) 以上,称为强力型贲门失弛缓症 食管腔内压高于胃内压	LES 松弛异常 LES 压力 $> 6.0\text{kPa}$ (45 mmHg) 食管内压比食管基础压力增高



(三) X线检查诊断标准 可以筛选除食管贲门处的其他器质性病变,贲门失弛缓症并显示出食管下段粘膜光滑呈鸟嘴样改变。

【诊断步骤】

患者因胸骨后疼痛病史就诊,根据病史,初步判断患者是心源性胸痛,还是非心源性胸痛引起。然后进行 ECG、X线、冠状动脉造影等检查,排除心源性胸痛,再进行胃镜、食管运动功能检测。常用的诊断步骤见图 1-1。

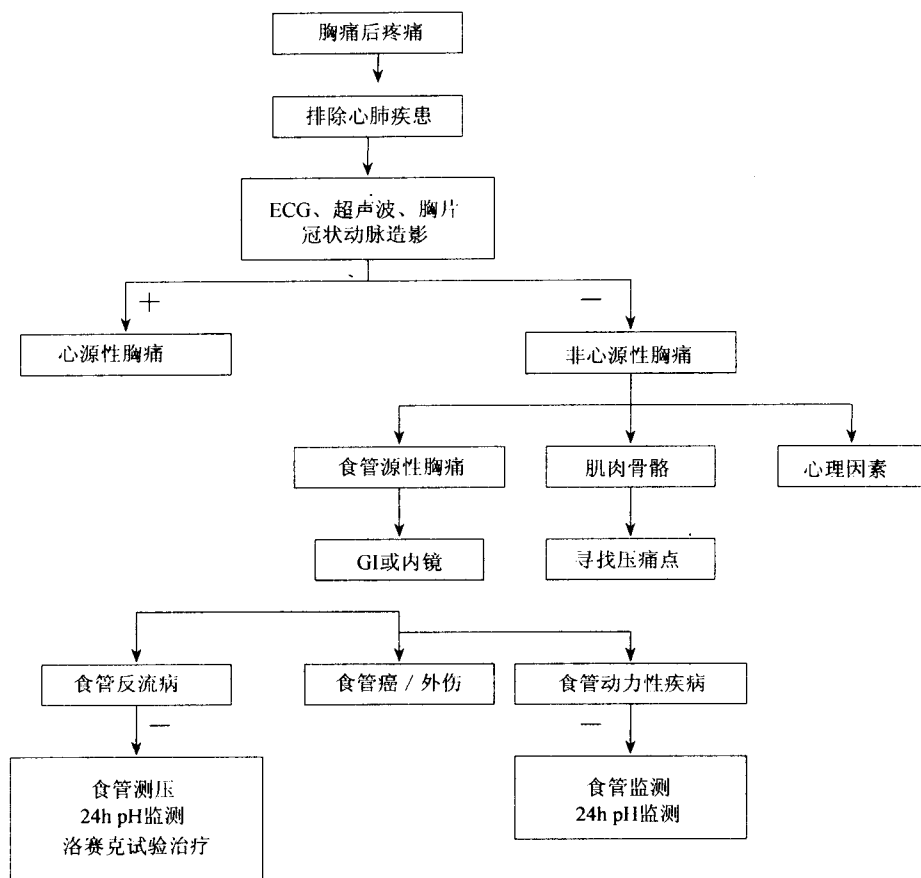


图 1-1 非心源性胸痛诊断步骤

【鉴别诊断】

非心源性胸痛根据临床特征,顾名思义须与心源性胸痛鉴别。两种类型的胸痛均可

因活动引起,活动也可诱发胃食管反流。以下某些特征有助于区分两者(表 1-3)。

表 1-3 非心源性胸痛与心源性胸痛的鉴别诊断

	非心源性胸痛	心源性胸痛
病因	胃食管反流病、食管外胸痛、胸壁病变等	冠心病、心肌梗死等
发病机理	冠状动脉正常	冠状动脉病变

	非心源性胸痛	心源性胸痛
胸骨后胸痛	相对少见	多见
放射痛部位	少见	常见向左侧或左上肢放射
自发性胸痛	少	少
晚间疼痛	可见	多见
窒息感/紧缩感	少见	多见
休息后疼痛缓解	少见	多见
硝酸甘油治疗有效	少数患者有效	多数患者有效
活动锻炼激发试验	阴性	阳性
心电图	心包炎可提示弥漫性 ST 段抬高, T 波低平或倒置	提示心肌缺血、病理性 Q 波
冠状动脉造影	正常	提示血管狭窄、梗阻
胸、腹部 X 线平片及 消化道钡餐检查	胸膜炎、胸腔积液、心包炎、食管溃疡、充盈 缺损, 蠕动增强或减弱	心影扩大、心肌收缩功能减弱 阴性
内镜下表现	食管扩张, 贲门狭窄, 镜身易通过; 粘膜充 血、糜烂或溃疡, 肿瘤; 食管粘膜瘢痕或管腔 狭窄贲门狭窄, 镜身不能通过	一般不行该检查
食管运动功能检查	24 h 食管 pH 监测异常 LES 监测示食管蠕动减弱或消失, LES 显著 升高, LES 松弛异常	有部分患者伴有胃食管反流

(叶 萍 李共申)

参 考 文 献

1. 潘国宗. 主译. 胃肠急症学. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000 年 11 月, p75-83
2. Clouse RE, Richter JE, Heading RC, et al. Functional esophageal disorders, 1999; 45(Suppl II): II 31- II 36
3. Rao S, Gregersen H, Hayek B, et al. Unexplained chest pain: the hypersensitive, hyperactive, and poorly compliant esophagus. Ann Intern Med, 1996; 124: 950-958
4. Schima W, Ryan JM, harisinghani M, et al. Radiologic detection of achalasia: diagnostic accuracy of videofluoroscopy. Clin Radiol, 1998; 53: 372-375
5. Stendal C. Practice guide to gastrointestinal function testing. Blackwell Science, Inc, 1997; 156-193
6. Van Dam J. Endoscopic evaluation of the patients with achalasia. Endoscopy, 1998; 30: A48-A5

第二节 贲门失弛缓症

【概说】

贲门失弛缓症(achalasia)是一种原发性食管神经肌肉病变所致的食管运动功能障碍性疾病。以吞咽时下食管括约肌(LES)不能

正常松弛为特点,并伴有食管体部的扩张和食管失蠕动。临床主要表现为吞咽困难、食物反流、胸部和中上腹疼痛不适,严重者出现消瘦、体重减轻。贲门失弛缓症最早是在 17