

第2版

消化系统疾病 查房释疑

主 编 欧阳钦



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

第2版

消化系统疾病 查房释疑

主编 王 强

人民卫生出版社

第2版

消化系统疾病查房释疑

主 编 欧阳钦

副主编 张 正 唐承薇

作者名单 (按姓氏笔画排序)

万学红	四川大学华西医院	张 正	四川大学华西医院
马洪升	四川大学华西医院	张 虎	四川大学华西医院
王一平	四川大学华西医院	张 燕	四川大学华西医院
王春晖	四川大学华西医院	陈卫霞	四川大学华西医院
王玉芳	四川大学华西医院	陈 斌	四川大学华西医院
甘华田	四川大学华西医院	陈 霖	四川大学华西医院
甘 涛	四川大学华西医院	林世富	四川大学华西医院
匡安仁	四川大学华西医院	欧阳钦	四川大学华西医院
严 瑾	四川大学华西医院	易智慧	四川大学华西医院
杨正兵	四川大学华西医院	赵 颖	四川大学华西医院
杨 丽	四川大学华西医院	胡仁伟	四川大学华西医院
杨锦林	四川大学华西医院	胡 兵	四川大学华西医院
李永忠	四川大学华西医院	徐 隽	四川大学华西医院
李 肖	四川大学华西医院	唐承薇	四川大学华西医院
吴 苾	四川大学华西医院	黄兴兰	四川大学华西医院
吴俊超	四川大学华西医院	黄丽彬	四川大学华西医院
吴 浩	四川大学华西医院	彭玉兰	四川大学华西医院
邹天然	四川大学华西医院	温忠慧	四川大学华西医院
宋 彬	四川大学华西医院	谢 艳	四川大学华西医院

编写秘书 谢 艳

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化系统疾病查房释疑/欧阳钦主编. —2 版. —北京:
人民卫生出版社, 2009. 12

ISBN 978 - 7 - 117 - 12202 - 3

I. 消… II. 欧… III. 消化系统疾病 - 诊疗
IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 200699 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

消化系统疾病查房释疑 第 2 版

主 编: 欧阳钦

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010 - 67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

印 刷: 三河市潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 30.75 插页: 4

字 数: 751 千字

版 次: 2003 年 11 月第 1 版 2009 年 12 月第 2 版第 3 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 12202 - 3/R · 12203

定 价: 69.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010 - 87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

临床查房和讨论是内科临床和教学工作的基本形式之一,通过查房提出问题、进行讨论、解惑释疑,既可直接解决临床问题,又可提高专业认识水平。没有查房和讨论的临床实践必然导致“知其然,不知其所以然”和“头痛医头、脚痛医脚”的盲目实践。在医学模式发生深刻变化的今天,围绕医疗质量的提高,有各种具体深入的规定和要求,其中查房制度和查房质量无疑是最重要的组成部分。而要保证查房和讨论的质量,需要一支高素质的专业队伍和发现问题、解决问题的钻研精神。其中设问、解惑、分析问题和解决问题无疑是各级医生应不断锤炼的临床基本功,也是终生学习、不断完善的学术目标。教学医院的临床医生由于受到的磨炼最多,因此获益也最大。

如何面对临床实际提出问题,深入讨论,进而解决临床问题是对各级医师的一大挑战。提问的深度和广度、解答的内容和思路以及总结归纳、联系实际的能力都是对临床医师学识、经验和综合素质的检阅。本书通过设问与解惑的方式将消化系统常见症状、疾病和常用检查与操作技术的内容,以问题为中心,对相关临床知识系统整合、重点深入,力求温故知新,反映专业基础与最新进展;并通过深入分析,指导临床实践,以利于提高临床工作的思想性与目的性;同时,也训练了良好的临床思维和综合概括能力。

本书最大的特点体现在编写方式的实用性,即立足临床应用,设问解惑,通过分析综合解决实际问题;本书综合了实验室检查、影像学诊断和诊疗新技术,可使读者便捷地参阅相关内容,解决临床实际问题;本书的编写内容力求反映学科前沿和专业进展,通过不断更新体现内容的先进性和科学性;编写中引用的大量循证医学内容,加强了本书的实用性和可读性;再版中增加了消化系统疾病临床思维与决策思维,以使读者强化诊治疾病中科学的思维与决策,提高临床处理问题的能力和水平。

一年前接到人民卫生出版社通知,言本书出版6年以来,多次印刷,发行量大,颇受同行欢迎,决定修订再版,并嘱早日完成。我们全体编委对此感到由衷的欣喜和快慰,因为这不仅是对一本书的充分肯定,也是对我们多年沿袭老华西优良传统、在消化专业临床查房和教学工作方面的赞誉,我们决心完成好再版编写任务,以飨读者。

本书作者均为四川大学华西医院消化专业与相关专业的技术骨干,他们多具有20年以上的实践经验,其丰富的学术经历和精深的专业造诣,为本书的再版增光添彩,也为繁忙的临床与教学工作留下印记,供读者借鉴和评析。

本书适用于各级消化专业医师,特别是初涉消化临床的住院医师、研究生和实习生;对于年轻主治医生如何设问、构思、分析解答问题,对新技术、新进展的应用亦有一定帮助。请读者在使用中提出宝贵意见。

欧阳钦

2009年12月

目 录

第一章 消化系统疾病临床诊断思维与决策	1
第二章 常见消化系统症状	7
第一节 咽下困难	7
第二节 恶心与呕吐	11
第三节 腹痛	13
第四节 呕血与黑便	17
第五节 便血	21
第六节 腹泻	26
第七节 便秘	32
第八节 腹胀	38
第九节 肝肿大	42
第十节 黄疸	44
第十一节 腹水	49
第三章 食管疾病	54
第一节 胃食管反流病	54
第二节 食管源性胸痛	60
第三节 Barrett 食管	63
第四节 食管感染	65
第五节 贲门失弛缓症	67
第六节 食管癌	72
第七节 食管的药物性损伤	76
第八节 食管的腐蚀性损伤	78
第九节 食管结构异常	82
第四章 胃、十二指肠疾病	84
第一节 胃炎	84
第二节 幽门螺杆菌和消化性溃疡	92
第三节 胃肿瘤	103
第四节 胃 MALT 淋巴瘤	108
第五节 功能性消化不良	114
第六节 卓-艾综合征	119

第七节 术后胃·····	121
第八节 十二指肠壅积症·····	124
第五章 小肠与大肠疾病·····	126
第一节 感染性肠炎·····	126
第二节 吸收不良综合征·····	131
第三节 嗜酸性粒细胞性胃肠炎·····	135
第四节 蛋白丢失性胃肠病·····	137
第五节 肠结核·····	140
第六节 克罗恩病·····	144
第七节 溃疡性结肠炎·····	147
第八节 小肠肿瘤·····	151
第九节 肠易激综合征·····	154
第十节 大肠息肉·····	159
第十一节 大肠癌·····	161
第十二节 肠道淋巴瘤·····	164
第六章 肝脏疾病·····	168
第一节 药物性肝病·····	168
第二节 酒精性肝病·····	172
第三节 脂肪肝·····	177
第四节 门脉高压症·····	181
第五节 肝脏肿瘤·····	185
第六节 肝纤维化·····	189
第七节 肝硬化·····	193
第八节 肝性脑病·····	199
第九节 肝肾综合征·····	203
第十节 肝脓肿·····	207
第十一节 肝脏寄生虫病·····	211
第十二节 Budd-Chiari 综合征·····	214
第十三节 肝脏代谢性疾病·····	217
第七章 胆系疾病·····	222
第一节 胆囊炎·····	222
第二节 胆囊固醇沉积症·····	226
第三节 胆石症·····	227
第四节 急性梗阻性化脓性胆管炎·····	231
第五节 原发性硬化性胆管炎·····	233
第六节 胆道运动性疾病·····	237

第七节 胆囊切除术后综合征·····	241
第八节 胆道蛔虫症·····	243
第八章 胰腺疾病·····	246
第一节 急性胰腺炎·····	246
第二节 慢性胰腺炎·····	253
第三节 胰腺癌·····	257
第四节 胰腺内分泌肿瘤·····	260
第五节 胰腺的先天性疾病·····	271
第六节 胰腺囊性疾病·····	274
第九章 腹膜、肠系膜、网膜疾病·····	277
第一节 结核性腹膜炎·····	277
第二节 急性化脓性腹膜炎·····	280
第三节 腹膜间皮瘤·····	282
第十章 系统性疾病与消化系统·····	287
第一节 肝移植的内科问题·····	287
第二节 老年消化系统疾病·····	289
第三节 艾滋病与消化系统·····	290
第四节 呼吸系统疾病与消化系统·····	297
第五节 充血性心力衰竭与胃肠道·····	298
第六节 肾脏病与消化系统·····	299
第七节 内分泌、代谢性疾病与消化系统·····	301
第八节 风湿病与消化系统疾病·····	306
第九节 血液系统疾病与消化系统疾病·····	314
第十节 皮肤病与消化系统疾病·····	319
第十一节 过敏性疾病与消化系统疾病·····	321
第十一章 消化系统疾病常用功能检查·····	324
第一节 食管功能检查·····	324
第二节 胃分泌液检查·····	327
第三节 肠道吸收功能检查·····	330
第四节 肝脏功能检查·····	333
第五节 胰腺外分泌功能检查·····	338
第十二章 消化系统疾病的影像学诊断·····	346
第一节 常用的影像检查技术·····	346
第二节 食管病变的影像学检查·····	350

第三节	胃病变的影像诊断·····	353
第四节	十二指肠病变的影像诊断·····	357
第五节	小肠病变的影像诊断·····	358
第六节	回盲部病变的影像检查方法·····	362
第七节	结肠、直肠病变的影像诊断·····	363
第八节	肝脏病变的影像诊断·····	367
第九节	胆道病变的影像检查方法·····	379
第十节	胰腺病变影像检查方法的选择·····	383
第十一节	脾脏病变的影像检查方法·····	388
第十二节	肝外门静脉系统的影像学检查·····	389
第十三节	消化系统疾病的超声检查·····	393
第十四节	消化系统疾病的放射性核素检查·····	409
第十三章	消化内镜诊断技术进展·····	416
第一节	超声内镜·····	416
第二节	胶囊内镜·····	418
第三节	小肠镜·····	420
第四节	色素与放大内镜·····	422
第五节	共聚焦内镜·····	426
第六节	特殊光内镜·····	427
第十四章	消化内镜治疗技术进展·····	430
第一节	食管静脉曲张的内镜治疗术·····	430
第二节	胃、结肠息肉的内镜切除术·····	434
第三节	内镜下黏膜切除术·····	439
第四节	内镜下黏膜剥离术·····	441
第五节	经内镜逆行胰胆管造影术和乳头括约肌切开术·····	443
第十五章	介入诊疗技术在消化系统疾病中的应用·····	449
第一节	消化介入基本方法·····	449
第二节	经颈静脉肝内门-体分流术·····	450
第三节	Budd-Chiari 综合征介入治疗·····	453
第四节	原发性肝癌介入治疗·····	455
第五节	部分性脾动脉栓塞(PSE)·····	457
第六节	胃肠血管疾病的介入治疗·····	458
第七节	消化系统其他肿瘤的介入治疗·····	459
第八节	经皮肝穿刺胆管引流术·····	460
第九节	其他非血管介入治疗·····	461

第十六章 疑难病例查房举例	463
病例 1 反复呕血,黑便	463
病例 2 反复恶心、呕吐	464
病例 3 发热、咳嗽、肝脾肿大	467
病例 4 反复腹痛、腹泻、发热	470
病例 5 反复腹泻、发热、咳嗽	473
病例 6 慢性腹泻	475
病例 7 反复腹痛、腹泻	478
病例 8 肝脏占位	481

第一章

消化系统疾病临床诊断思维与决策

临床诊断思维与决策思维的要旨是解决好患者的临床诊治问题,是最为普遍、最为典型的临床思维过程。它不仅是一种诊断过程中的基本方法,也是随访观察、治疗决策及预后判断等临床活动中不可缺少的逻辑思维方法。在临床实践中要有所发现,有所建树,就必须正确运用这种科学的思维方法。这种方法在临床查房、释疑解惑、病案讨论、床旁教学中无所不用。有备而至,合理运用将取得事半功倍的效果。临床医学发展到今天,分科越来越细、解决的临床问题越来越窄,但就思维方法和工作方法而言,彼此是相通的,其本质也是一致的,因此消化系统疾病的临床诊断思维与决策与其他各科并无二致,在此我们首先从一般规律到消化系统疾病的某些特殊规律加以讨论。

一、临床诊断思维的基本要素

1. 临床实践 通过各种临床实践活动,细致而周密地发现问题,分析问题,解决问题,并不断提出深层次的问题。但是,没有正确的、充分的实践,就发现不了问题,这种实践得到的信息也难以作为解决问题的依据,或者将使诊断思维紊乱,如有一位老年男性,患溃疡性结肠炎3年,近2年长期反复使用激素,半月来腹泻加重、吞咽疼痛、咳嗽、咳痰,近1周伴有发热,外地医院以重症顽固性溃疡性结肠炎转入笔者医院。详细询问病史,仅最近1个月来加用激素后腹泻2周,并逐渐加重,腹泻严重而无便血,与原诊断不符,肠镜显示溃疡深大而无弥漫性炎症特点,不符合重度溃疡性结肠炎,胸片显示双肺炎症伴有空洞。根据患者的这些临床资料,判断为继发性全身真菌感染,经过抗真菌治疗、全身支持治疗、停用激素,病情迅速好转。如果按照当地判断的重症溃疡性结肠炎加大激素用量,或加用免疫抑制剂,则将使病情加重甚至危及患者生命。足见充分的实践、翔实的资料是正确诊断和处理的源泉。

2. 科学思维 是对实践材料进行科学的整理加工、分析综合的过程,是对具体的临床问题的综合比较、逻辑联系、判断推理的过程,在此基础上建立疾病的诊断。即使暂时诊断不清,也可对各种临床问题的属性、范围作出相对正确的判断。这是较之任何高级的计算机和先进仪器设备都更为复杂、迅速的联系和整合的过程,也是任何仪器设备都不能代替的思维活动。临床医师通过实践,拥有的材料越翔实、越充分、经验越丰富、知识越广博,这一思维过程就越能切中要害,接近疾病的本质,因而也就能作出正确的诊断。如有一女性糖尿病患者因左面部红肿一周,伴发热、黑便3天入院。年轻的专科医师诊断为上消化道出血,左面部感染,这似乎是无可非议的诊断,但次日查房时发现患者高热面容、神志恍惚、颈有抗

力、心率加快,一派急性感染表现。笔者提出的问题是,患者原发的疾病是什么?高热(39°C)的原因是什么?危害性如何?相互之间有何关系?由此得出诊断:糖尿病,左面部蜂窝织炎、败血症、化脓性脑膜炎。上消化道出血不过是急性感染引起的应激性胃黏膜病变。面部蜂窝织炎是糖尿病的并发症,未认真处理而致全身感染及颅内感染的严重后果。经过强有力的抗感染治疗,三天后患者体温下降,一周后明显好转。事实证明如果就事论事或者把黑便与面部感染割裂开来或等同起来处理,都可能会耽误大事,而抓住主要矛盾,及时控制感染,其他问题也就迎刃而解。这说明如果没有科学的思维,丰富的材料被束之高阁或视而不见,没有得到很好的应用和融会贯通,进行医学的“抽象”和问题的升华,也就得不到正确的诊断和处理。

二、临床决策思维

临床诊断作为临床实践与逻辑思维的结果,必须形成对患者疾病的诊治决策。可能是通过进一步的检查,也可能是特异的治疗,在此过程中也有更深层次的决策性思维(critical thinking),包含有实践的资料、科学的证据、患者的期望、医疗保健体系和社会承受能力等,核心的问题是医师运用专业的知识和技能作出的判断与实际情况的有机结合,形成合理的、可行的诊治措施,以确保最大限度地为患者解除疾苦。因此临床决策的基本特征是:①逻辑性,即正确、合理的临床思维;②经验性,即一种行业的规范性或习惯性流程以及医师个人的经验;③循证性,即以循证医学(evidence-based medicine)为基础寻找的最佳证据,或以最新的临床指南和诊治规范为依据;④经济性,即倡导经济节约和适度的原则,避免过度诊断或治疗;⑤整合性,即根据各方面的证据综合考虑,作出适当的临床决策。这种决策性思维对患者、对家庭、对社会都至关重要。

多年来,专业工作者希望帮助医师在面临日常的实践活动中,能简捷及时地抓住临床问题的实质,有效地作出临床决策,设计出各种诊治流程或处理程序(management algorithm),由此使决策性思维程序化、规范化,成为决策树(decision making tree)或诊断树(diagnostic tree)。它可以在一定程度上防止偏差和遗漏。但是,只能在一般情况下规范医师的思维程序和诊治措施,由于患者个体差异,病情复杂,临床问题变化多端,难以做到面面俱到、准确无误,更难以概括不同患者对治疗的期望、承受能力以及医保制度对决策的影响等。因此,使用时需要结合具体情况灵活掌握,防止主观片面、生硬僵化。

三、临床诊断思维的基本原则

掌握科学的临床思维方法,就是掌握一把开启诊断和治疗大门的钥匙。运用时需遵循以下几项基本原则。

1. 实事求是的原则 在疾病的过程中,偏离一般规律的个体化表现经常存在,医师在临诊时必须认真观察、尽力掌握第一手资料,尊重事实、深入分析、全面综合、实事求是地对待客观临床资料,而不能仅仅根据自己的知识范围和局部的经验任意取舍,牵强附会地纳入自己理解的框架或轨道,也就是强调资料的客观性。在评价各项诊断治疗措施与方法时,近年来十分强调循证医学的基本原理,对各种相关资料进行系统性评价和可靠性分析,筛选出

符合质量标准的、可信度高的证据,应用于诊断与治疗,经济高效地解决临床问题,这也就是客观科学的、实事求是的临床决策,从而摒弃唯心的、先入为主的理念和主观的、经验主义的实践,大大有利于提高诊治水平。

2. “一元论”原则 即单一病理学原则。医师面对纷繁复杂的临床表现时,应首先尽量用一个病去概括或解释疾病的多种表现。如一患者出现发热、心悸、咽痛、关节痛、皮肤损害时,不应随意并列咽炎、关节炎、心肌炎等许多疾病的诊断,在这种情况下,诊断为急性风湿热很可能是正确的选择。但是,经证实确有几种疾病同时存在时,又不必勉强以“一元论”牵强解释全部临床表现,以利恰如其分的处理,重要的是应实事求是,分清问题的主次和轻重缓急。

3. 根据疾病概率的原则,首先考虑常见病和多发病 用发病率和疾病谱的观点优选诊断。疾病的发病率和疾病谱随不同年代、不同地区而变化。当几种诊断可能性同时存在时,要首先考虑常见病、多发病的诊断,这种选择原则符合概率分布的基本原理,有其数学、逻辑学依据,指导着医师逻辑推理的基本思维过程,在临床上可以大大减少误诊的机会。过去我国寄生虫病、地方病流行,老师在讲授脾肿大的诊断经验时常提出黄河流域的患者首先考虑黑热病,长江流域患者则首先考虑血吸虫病,正是这一原则的体现。

4. 首先考虑器质性疾病的诊断,然后考虑功能性疾病 如一表现为腹痛和大便习惯改变的结肠癌患者,如当作功能性肠病治疗,则将错失治疗良机。当然,也应注意器质性疾病可能存在一些功能性的症状,甚至与功能性疾病并存,此时亦应重点考虑器质性疾病的诊断与处理。

5. 首先考虑可治的疾病 以便早期及时地予以恰当的处理。如一咯血患者,胸片发现右上肺阴影诊断不清时,应首先考虑肺结核的诊断,因为及时处理,常使事半功倍。当然对不可治的疾病亦不能忽略。这样可最大限度地减少诊断过程中的周折,减轻患者的负担和痛苦。

6. 简化思维程序的原则 疾病现象被医师感知之后,在头脑中形成各种联系或“网络”,提出假设。医师参照疾病的各种特征逐一对比、逐一排除,抓住关键和特征,归纳成各种症状体征群或综合征,由此形成不同组合,把多种多样的诊断假设归纳到一个最小范围中去,选择最大可能的诊断。这种简化程序的思维方式是有学识、有经验的医师通用的诊断思维原则。而且,知识、阅历越丰富,就应用得越熟练、快捷而自如。

在发病因素分析中,应充分重视患病主体,即人的因素。如患者的年龄、性别、体质、生活环境、营养条件、心理状态、文化程度都会对疾病的发生及其临床表现产生影响,同样的疾病在不同的患者身上表现会有很大的差异。只考虑疾病本身而忽略了人的因素难以作出全面正确的诊断、制订合理的诊断计划和治疗方案。适应新世纪临床医学模式的转变,可使诊断思维更全面,使临床决策更符合实际。

四、临床诊断思维的类型

临床诊断思维的过程是临床医师对疾病认识的过程,如何在纷繁复杂的临床现象中通过现象到本质,发现问题、分清主次、予以恰当的处理,这是一个终生学习的过程,很难明确分类。美国 JP Langlois 教授将临床诊断思维的基本方法归纳为四类:

1. 完全彻底的诊断思维(exhaustive method) 全面搜索资料,从不同角度、以不同组合全面考虑,提出诊断与鉴别诊断。如有一腹部包块、便血的病例,从腹部包块的部位和性状可能会找到包块定位与区分良恶的依据;从便血的性状和便血量也可以帮助确定病变的部位和性质。对每一个主要表现的鉴别有可能得到异途同功的结论,而如果从不同角度的分析均提示同一问题或类似问题,如结肠肿瘤,则将使临床诊断更加确定不移。这种方法较为严谨、全面,滴水不漏,初学者、疑难病例可用此法。但缺点是烦琐、累赘、耗时,缺乏效率。

2. 流程推导法(algorithmic method) 将主要临床资料代入已经拟定的诊断流程图,按步骤行事,完成诊断过程。各专业、各病种使用的诊断树或指南(guideline)体现了这一诊断流程。如有一慢性消化不良的患者,若有体重下降、贫血、黑便,可以帮助排除功能性疾病。在器质性疾病中又可根据患者年龄、病程的长短、症状的严重程度判断其良恶性质,由此计划进一步的检查如胃镜或钡餐,将对诊断极为有助。若无上述“报警症状”,则对诊断功能性消化不良有助,在此基础上,又可根据优势症状提出疾病类型的诊断。此法简便易行,规律性强,但难免机械、生硬,加之诊断树繁简不一,难以概括全部临床问题,应严防遗漏和偏倚。

3. 类型识别法(pattern recognition method) 由临床病例启动医师的回忆,与过去经历或书本模式进行对比、识别,使学识或经验的“画面”再现,依样画葫芦地、 “对号入座”地进行临床诊断,十分简单方便。如遇一黄疸伴腹痛、发热的患者,根据黄疸的类型、腹痛的性质和热型以及三者的相互关系,可以判断其为胆汁淤积性黄疸或肝实质性黄疸,甚至肝内外胆汁淤滞。通过肝功或影像学检查,有助于进一步明确诊断。

4. 假设演绎法(hypothetico-deductive method) 将临床资料进行归纳、整合、升华为临床症候群或综合征。提出多种可能性,按其大小进行假设排队,作出比较与鉴别。分析提出像什么病,不像什么病,保留可能性最大的诊断,而排除可能性最小的一些疾病,此法前提是资料必须齐全、依据必须充分、假设必须符合逻辑,是临床上最常用的诊断思维方法,特别是有一定临床经验的医师,常根据似曾相识的体验,经过假设、分析、类比作出诊断。如遇一长期发热、肝脾肿大、白细胞降低的患者,可能会将粟粒性肺结核、伤寒与恶性组织细胞增生症等一一考虑,经过周密的比较分析,保留可能性最大的诊断,排除可能性小者,并通过进一步的实验室检查或特殊检查而确诊。但是疾病的表现纷繁复杂,同病异症与异病同症的情况屡见不鲜,应警惕经验主义和主观主义的错误。

以上各类思维方法在临床应用时,需根据具体情况取舍,或综合应用,印证核实。具体应用上,可将临床诊断思维概括为以下三个步骤(三部曲):①对比分析:将临床材料与医师头脑中的“活病谱”模板进行对比,分析其异同,找出差异的大小及确切的意义;②演绎推理:深入理解和分析患者临床表现的本质,对各种主要表现在拟诊疾病中出现的概率予以权衡,如同计算机一样进行联系和整合,深入其病理本质进行深层次的思维和推理,提出各种假设,并按可能性大小进行排列;③确立诊断:挑选具有诊断意义的主要问题予以复验、比较、核实。可能需再度询问病史、重复体检或进行特殊检查,以获取进一步的资料,作为佐证,得出可能性最大的甚至是最后的诊断。在诊断明确之后,还应注意其严重程度、并发症和预后,这种全面的临床判断对治疗具有指导意义。

由此可见,广博的医学知识、灵活而敏捷的思维、符合逻辑的分析是正确诊断疾病必备的条件。从搜集资料、调查研究到分析归纳、整理加工,直至作出正确的诊断,既是临床医师

医德医风的体现,也是智慧和学识的结晶,是一种高深的技术与艺术的结合,也是一种具体而生动的开卷考试。

五、消化系统疾病的特殊性

1. 消化系统结构特殊,功能复杂 消化道和消化腺体占据了体腔的大部分,从食物的摄取、消化吸收到营养物质的转化和排泄,任何结构功能的失调都会导致疾病,有的国家统计,消化系统疾病诊治耗资占全部疾病费用的 10%。不仅病种繁多,而且症状复杂,“真假”难辨,涉及的鉴别诊断相当复杂,远远超过消化系统之外,如有烧心、胸痛患者来诊,其所涉及的鉴别诊断不仅是心胸疾病,有时也包括脊柱与咽喉问题,而在排除心源性因素之后,大约 80% 的非心源性胸痛(NCCP)由胃食管反流病所致;而胃食管反流患者中,半数以上有吞咽异物感症状到五官科就诊,并有 10% 以上出现胃源性哮喘症状。

2. 消化系统疾病症状与全身疾病关系密切 全身各系统疾病可出现不同的消化系统症状。众所周知,腹痛为常见消化系统疾病的症状,但大约 10% 的腹痛并非腹腔脏器疾病所致,而是周围器官病变引起,如曾有一男性患者因上腹疼痛 2 个月来诊,曾经过外院心、胸和消化医师诊治,均按胃炎消化不良治疗无效。仔细检查发现 T7 节段以下感觉减退,下肢腱反射增强,提示脊髓神经病变引起,疑有脊髓压迫症,后经 MRI 证实为 T6 ~ T7 的脊髓脂肪瘤,手术治疗后痊愈。又如一老年女性患高血压、糖尿病多年,两周来上腹不适,食欲减退。检查发现呼吸急促、心率加快、双肺下缘有湿啰音、肝区压痛、肝颈征阳性,提示心功能不全,按此治疗食欲好转,避免了不必要的检查。因此,应避免将消化系统症状随意贴上消化疾病的标签,而应全面搜集资料,注意症状体征组合,逐一考虑鉴别诊断。

3. 消化系统肿瘤常见多发 在常见的 10 大癌肿中,消化道肿瘤至少占有 5 个,如食管癌、胃癌、肝癌、结肠癌和胰腺癌都相当常见。这些肿瘤危害极大,多数诊断明确时已届晚期,严重影响患者生存时间与生活质量。近年研究发现,这些肿瘤一般都有一个由良变恶的漫长过程,如能早期诊断治疗癌前疾病,长期随访观察,可以有效防止肿瘤发生。因此需时时警惕从癌前疾病到早期癌肿的筛查和诊治,临床工作的重点之一在于鉴别良恶性和诊治“不典型”的、早期的癌变。如对 Barrett 食管、萎缩性胃炎、胃溃疡、结肠腺瘤和病毒性肝炎的随访观察和治疗等,这对预防相应的癌肿具有事半功倍的效果。当然,亦应注意部分原发性肿瘤的发生。

4. 消化系统功能性疾病和动力性疾病十分常见 近年来随着对疾病发病机制的深入研究,已形成神经胃肠病学和胃肠动力性疾病学等分支,其与器质性疾病区分有时十分困难,二者又存在一定的因果与重叠关系,使诊断问题复杂化。因此,识别需要不断的知识更新和不断的经验积累,才能对相同或类似的症候群作出准确的判断。临床诊断中首先考虑器质性疾病是毋庸置疑的,但又不能忽略功能性疾病,在考虑严重情况的同时,亦应注意不严重的情况,以免过多的、不必要的检查造成患者过重的负担,在此,应熟悉各相关功能性疾病的诊断流程和诊断指标,进行有限的检查,避免过度诊断与治疗,牢记“过与不及”皆非也。

5. 随着消化系统疾病诊疗技术的进展,消化系统疾病的诊断大大改观 使“消化不良”(指检查水平不高)的状况大大改进,如过去消化性溃疡十分强调疼痛的周期性和节律性,由于胃镜技术的进步,使溃疡的诊断更加直接,而伴随着病因的搜寻(如 Hp 与非甾体抗

炎药),大大提高了疗效和改善了预后。各种胃肠黏膜的病变也因为直观的观察和活检助诊而更加直接和深入。但是,由此引发一系列的临床问题也隐含着大量的临床思维与决策问题,那就是检查的指征,检查方法的合理选择。否则可能无济于事甚至带来适得其反的后果。如像反复“黑便”,本来属于典型的上消化道症状,但亦可能来自小肠或升结肠,如果因此忽视了中下消化道的病变,只考虑上消化道疾病,将会误诊和漏诊。与此同时,对检查方法是否到位亦应有充分的认识。同样的上消化道出血患者,经多次胃镜检查未发现病变,考虑一定是远处存在某种疑难病症而进行反复肠镜及影像学检查。再经有经验的医师做胃镜,深入到十二指肠乳头以下,即发现局部肿块伴溃疡,经手术解决了患者多年出血的问题,由此体现先进的技术是由人掌握的,掌握不好反而误导诊断或使问题复杂化。在此要强调的是医师全面细致的临床思维,有的放矢的检查可以解决相应临床诊断问题。临床实践中笔者发现,撒大网式的、盲目的、无休止的检查,常常带来各种新的临床问题,如一肝脏小囊肿患者经超声检查已经证实,又做腹部CT检查,发现胰尾稍显模糊,疑有病变,再做CT增强扫描证实囊肿很小,属于退行性变,胰腺正常。可以说以上问题实际上是由检查造成的。因此检查需根据翔实的病史资料部署,并逐步深入,以解决实际诊疗问题。

6. 消化系统疾病的治疗近年来取得了突飞猛进的进展 如溃疡病因幽门螺杆菌(Hp)的根除而得以根治,肝硬化门脉高压的并发症因TIPS微创技术的应用而大大改观。此外,经内镜息肉摘除、食管静脉曲张的套扎、逆行胰胆管造影(ERCP)对胆胰疾病的治疗都使许多过去的“不治之症”疗效大为改观,许多微创手术的开展也在很大程度上取代了过去的外科手术治疗,大有四两拨千斤之势,为患者带来了福音。治疗方法的进步也对临床判断与决策提出了更高的要求,如上述问题中:Hp感染的监测,门脉高压的影像识别与压力测定,各种新疗法以及与传统治疗的配合,可以提高患者治愈率与生存质量,但也要求消化专业医师不断学习,掌握新疗法的指征、操作技巧、并发症,并更新知识和技能,不断攀登新的高峰。

临床上,医师常常借助不同的途径解决不同疾病的诊断问题,有的偏重于通过实践技能去获取解剖、病理的资料,如各系统的肿瘤和创伤的诊断;有的偏重于通过抽象思维和相关检查获取病理生理的资料,如内分泌、代谢性疾病的诊断。过去的消化系统疾病更多地偏向于后者,如根据胃酸、胃泌素的升高和腹泻的病理生理类型来推断潜在的疾病,但是由于内镜和影像技术的发展,人们可以更直接地观察到实实在在的病变所在,这无疑是诊断的一大进步。但是也有人因此对各种操作技术和影像学检查乐此不疲。然而操作的有创性和检查的费用以及解释的正确性都有待深入探讨,如溃疡和息肉可能是由不同原因引起的,需要深入的分析或追踪。因此这里强调的是技术与知识并重,实践与认识结合,正确处理人与物的关系,才能将消化系统疾病的诊治提高到新的水平,将新的诊疗技术应用得恰到好处。

总之,临床诊断思维与临床决策都需要不断实践与总结才能提高,需要长期实践日臻完备。医学格言告诉我们,医学是一门不确定的科学和什么都可能的艺术,其主要原因是任何一种疾病的临床表现都不尽相同,而不同的疾病又可有相同或相似的表现,即“同病异症”或“异病同症”的概念。我们在临床工作中应善于实践,勤于思考,从不断实践中积累知识,也从误诊中得到教益。按照诊断思维的原则认真实践,按照循证医学的原理进行决策思维,我们就可以从前人的经验教训中获得间接经验,也可以从科学资料中获取临床决策的证据,从而提高临床诊断水平和决策能力。

(欧阳钦)



第二章 常见消化系统症状

第一节 咽下困难

1. 咽下困难是如何定义的,如何分类?

咽下困难是指食物由口腔经食管进入贲门受到阻碍的一种症状,表现为进食时胸骨后发堵,食团通过障碍,停滞不下,或食团不能进入食管而停在口内。有的患者在精神紧张时症状加重。但事实上,咽下困难本身并不呈癔症样发作。根据部位来分,分为口咽性咽下困难和食管性咽下困难;根据发病机制来分,分为机械性咽下困难和动力性咽下困难。

2. 患者是否能准确定位吞咽障碍的部位?

口咽性咽下困难的患者通常能准确定位口咽部导致吞咽障碍的部位,他们可能指出食物无法在口腔内形成食团或无法吞咽。同样,他们通常认识到吞咽之前、之后或吞咽过程中可能出现误吸、呛咳。但是,食管性咽下困难的患者定位梗阻部位的准确性却很低。只有 60% ~ 70% 的患者可正确指出食管功能出现障碍的部位,其余会错误地将病变部位确定在实际病变部位的近端。根据患者的感觉来判断病变在食管的远端或近端是困难的。

3. 食管性咽下困难和口咽性咽下困难各有哪些病因?

食管性咽下困难和口咽性咽下困难多由不同的病因所致,常见的病因见表 2-1 和表 2-2。

表 2-1 食管性咽下困难的常见病因

食管机械性阻塞	贲门失弛缓症
食管或贲门肿瘤	弥漫性食管痉挛
食管癌	胃食管反流
平滑肌瘤	继发性
食管息肉	系统性进行性硬化病
食管炎性狭窄	其他
先天性食管狭窄	食管异物
食管解剖异常	外压性食管狭窄
食管憩室	纵隔肿瘤
食管蹼	主动脉硬化弯曲
食管动力异常	主动脉瘤
原发性	心脏扩大