

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

消化内科疾病 临床诊疗思维

主编 钱家鸣

主编 李兆申 副主编 曹爱华
副主编 曹爱华 曹爱华 曹爱华

消化内科疾病 临床诊疗思维

李兆申 曹爱华

上海科学技术出版社

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

消化内科疾病 临床诊疗思维

主 编 钱家鸣

副主编 孙 钢 (执行副主编)

方秀才 朱 峰 杨爱明

编 委 (按姓氏笔画排序)

王莉瑛	方秀才	吕 红	朱 峰	朱丽明	伍东升
孙 钢	孙晓红	李 玥	李晓青	李景南	严雪敏
杨 红	杨爱明	吴 东	吴 晰	陈伟光	柯美云
姚 方	费贵军	钱家鸣	郭 涛	舒慧君	赖雅敏

顾 问 柯美云

学术秘书 杨 红

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科疾病临床诊疗思维/钱家鸣主编. —北京:
人民卫生出版社, 2012. 2

(国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书)

ISBN 978-7-117-15014-9

I. ①消… II. ①钱… III. ①消化系统疾病-诊疗
IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 255117 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

版权所有, 侵权必究!

消化内科疾病临床诊疗思维

主 编: 钱家鸣

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 21

字 数: 537 千字

版 次: 2012 年 2 月第 1 版 2012 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15014-9/R · 15015

定 价: 42.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注重学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

- | | | | |
|-----------------|--------|----------------------|--------|
| 1. 传染科疾病临床诊疗思维 | 主编 李兰娟 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维 | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健 | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普外科疾病临床诊疗思维 | 主编 汪建平 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维 | 主编 葛均波 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅 | 16. 骨科疾病临床诊疗思维 | 主编 裴复兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维 | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维 | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维 | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维 | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 | 主编 朱学俊 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢幸 | 22. 眼科疾病临床诊疗思维 | 主编 王宁利 |

前 言

很多前辈医家形容临床医学既是“科学”，又像“艺术”，反映出这门专业具有一定程度的模糊性和不确定性。如何处理这种不确定性，体现了医生的专业水平。医学泰斗张孝骞教授生前非常重视临床思维，反复强调医生要靠正确的临床思维指导临床工作。那么，什么是临床思维呢？“临床思维就是对疾病现象进行调查、分析、综合、判断和推理等一系列的思维行动，以认识疾病的本质。它既是重要的诊断方法，也适用于疾病的治疗。”这是张孝骞教授给临床思维下的科学定义，但要理解它并在实践中自觉运用它，并不是一件容易的事情。

在科学技术高速发展的今天，谈论临床思维是不是过时了呢？可以说，临床思维仍是正确诊断和治疗的基石；张孝骞教授曾指出，临床思维最重要的“我认为是病史。因为病史是病人来求医的直接原因，它对诊断的作用非常重大。采集病史是医生临床基本功中难度最大的一个”。因此，无论是对刚步入临床实践阶段的高等医学院校临床医学专业的高年级学生（五年、七年和八年制），还是对已经有一定临床实践经验的临床型研究生及住院、主治医师而言，不断培养与提升自身临床诊疗主动思维能力和创造能力十分重要。临床实践中，面对无论是复杂还是简单的疾病，医生首先要倾听“病史”，将“病史”从感性归纳上升到与疾病关联的理性认识，再通过“检查”来不断验证和修正医生的“理性认识”，最终获得正确的诊断，再到治疗中“验证”，这就是一个理论知识到实践认识的过程。消化系统疾病的主要症状仅有腹痛、腹泻、呕血、黑便、黄疸、烧心、食欲不振等表现，它们如同最基本的7个音符却可谱出无数乐章（疾病）一样，这些临床表现的不同组合或不同方式的组合常常提示不同的疾病或严重程度。对此能够做出正确的判断则需要科学缜密的临床诊疗思维，这就是本书编写的目的——通过对患者的实际诊治过程的学习，培养读者正确的临床诊疗主动思维能力。

本书所选病例均为北京协和医院消化科的真实病例，诊治过程也忠实于原态。参与本书编写者皆是北京协和医院消化科的医生。绝大多数编写者具有高级技术职称并从事消化内科临床工作多年。病例选择时，我们力求覆盖消化疾病的主要病种，但由于病例诊治时的条件等诸多因素，有的病例可能不尽完善，敬候读者批评指正。

钱家鸣

2011年11月

目 录

病例 1	阵发性脐周疼痛 3 周	1
病例 2	阵发性脐周疼痛伴消瘦半年	6
病例 3	反复胸痛 3 年	10
病例 4	恶心呕吐 3 天	14
病例 5	间断呕吐 2 个月	18
病例 6	腹泻 4 天	21
病例 7	腹泻 11 年	25
病例 8	腹泻 5 年	29
病例 9	便秘 10 年,加重伴左下腹痛 6 个月	33
病例 10	发热、腹痛 3 个月	37
病例 11	呕血 1 天	42
病例 12	间断黑便 5 个月	49
病例 13	间断黑便 3 个月	53
病例 14	进行性黄疸 2 周	58
病例 15	黄疸 1 周	64
病例 16	反酸、烧心伴胸骨后疼痛 5 年,加重 6 个月	69
病例 17	吞咽困难 3 个月	73
病例 18	烧心 6 个月	76
病例 19	吞咽痛 1 个月	79
病例 20	吞咽困难 1 年	83
病例 21	吞咽困难 2 个月	87
病例 22	吞咽困难 10 年,加重 1 年	91
病例 23	上腹痛 2 天,黑便 1 天	95
病例 24	间断上腹痛 3 年,加重 10 天	99
病例 25	间断上腹不适 8 年,复发 20 天	102
病例 26	上腹痛伴发热 1 个月	105
病例 27	反复上腹痛 2 年,加重伴黑便 3 天	110
病例 28	上腹痛 6 小时	114
病例 29	间断上腹痛 3 年,腹胀、呕吐 20 天	117
病例 30	上腹不适伴消瘦 2 个月	121
病例 31	反复上腹痛半年	125

病例 32	反复腹痛、腹泻 2 年	129
病例 33	上腹不适伴恶心呕吐 1 个月	133
病例 34	反复上腹胀、呕吐 3 年	138
病例 35	间断上腹不适 6 年	142
病例 36	反复黏液脓血便 1 年	146
病例 37	腹痛、便血伴发热 5 年	150
病例 38	发热、乏力伴大便异常 1 个月	155
病例 39	右下腹痛伴发热 8 个月	159
病例 40	反复腹痛、腹泻 2 年余	165
病例 41	腹痛半月余	170
病例 42	间断腹泻、消瘦 6 年	174
病例 43	反复腹泻 6 年	178
病例 44	反复柏油便 15 年	182
病例 45	反复便血 10 个月	185
病例 46	腹胀 3 个月,加重伴腹痛、发热 2 个月	188
病例 47	间断鲜血便 2 个月	192
病例 48	间断腹胀 6 个月,腹泻 3 个月,加重伴呕吐 3 日	197
病例 49	上腹痛 1 年半	202
病例 50	肥胖、右上腹隐痛半年	206
病例 51	肝大、黄疸 2 周	211
病例 52	乏力、纳差半年,尿色加深 1 个月	215
病例 53	发现肝功能异常 4 年余,皮肤瘙痒 1 年,右上腹不适半年	220
病例 54	乏力、腹胀 3 年,加重伴黑便 1 个月	225
病例 55	右上腹痛 3 个月,伴发热 2 周	230
病例 56	间断发热 40 天,右上腹痛 1 周	235
病例 57	意识障碍 3 天	240
病例 58	腹膨隆、水肿 3 个月	245
病例 59	腹胀伴水肿 2 年,加重伴巩膜黄染 3 个月	251
病例 60	间断皮肤、巩膜黄染 2 年,再发 10 天	255
病例 61	发热、右上腹痛 3 个月	260
病例 62	发热、上腹痛 2 周,加重伴皮肤黄染 3 天	264

病例 63	阵发性上腹痛 1 年,加重伴呕吐 3 天	268
病例 64	反复剑突下疼痛 2 年	272
病例 65	反复左上腹疼痛 2 年	276
病例 66	纳差、消瘦 3 个月,皮肤巩膜黄染 20 天	280
病例 67	皮肤巩膜黄染伴间断发热 11 个月	283
病例 68	妊娠 35 周,上腹痛 1 天	287
病例 69	腰背痛伴中上腹胀痛 8 小时	292
病例 70	反复中上腹痛伴皮肤巩膜黄染 10 个月	297
病例 71	腹胀半年,皮肤巩膜黄染 20 天	301
病例 72	反复大汗淋漓、神志不清 4 年	304
病例 73	反复右上腹痛 4 年,加重半年	309
病例 74	腹痛、腹胀 3 个月	313
病例 75	腹胀 10 个月,加重 2 个月	317
病例 76	左下腹痛 10 天	322
附:病例诊断结果		327

病例 1 阵发性脐周疼痛 3 周

患者,男性,19岁,于2006年5月18日入院。

一、主诉

阵发性脐周疼痛3周。

二、病史询问

(一) 初步诊断思路及问诊目的

本例为青少年男性,腹痛时间不长,为3周,腹痛是消化科患者最常见的症状之一,分为急性腹痛(<2个月)与慢性腹痛(>2个月),引起腹痛的原因非常多,比如黏膜受刺激,平滑肌痉挛或腹腔受刺激,空腔脏器的扩张或内脏的神经直接受刺激等等,腹痛的原因也是复杂多样,必须仔细的询问病史、认真体检以及必要的辅助检查,才能做出正确的判断。

根据腹痛的发生机制,可分为内脏性、躯体性和牵涉性三种。

内脏性腹痛(visceral pain):疼痛的信号是经交感神经的通路传入脊髓,特点为疼痛部位不确切,痛感模糊,多为痉挛、钝痛、灼痛并常伴有自主神经系统的症状,如恶心、出汗等。

躯体性腹痛(somatic pain):腹壁或腹部的痛觉信号,经体神经传入脊神经根,反应到相应脊髓节段支配的皮肤,特点为定位准确而痛感剧烈,有局部的腹部体征,如压痛、反跳痛或腹肌紧张,可因体位改变而腹痛加剧。

牵涉性腹痛(referred pain):也称感应痛,是指腹部脏器引起的疼痛刺激经内脏神经传入,影响相应的脊髓节段而定位于体表,疼痛剧烈,部位明确,局部皮肤有过敏及压痛、肌紧张等等。有体神经传导的特点。

了解疼痛的发生机制,通过询问病史,有助于判明疼痛的来源及性质。

(二) 问诊的主要内容及目的

1. 现病史的询问 患者为年轻的青年男性,病程短,起病快,要着重询问以下几点:①腹痛的部位,如中上腹痛主要与胃、十二指肠、胰腺有关,如消化性溃疡,急性胰腺炎;右上腹痛主要与肝、胆管、胆囊有关,如急性肝炎、胆石症、胆囊炎等;脐周痛主要与小肠有关,如肠梗阻、克罗恩病、肠道蛔虫症;青少年的急性腹痛,如转移性右下腹痛,以急性阑尾炎多见;弥漫性或无固定性疼痛可见于急性弥漫性腹膜炎、血卟啉病、铅中毒以及腹型过敏性紫癜等。②腹痛性质、程度和节律,如实质性脏器病变所致疼痛多为持续性,空腔脏器多为阵发性痛,突发上腹剧烈刀割样痛,为胃肠道穿孔的表现,脏层腹膜受炎性刺激,可表现为钝痛或伴有阵发性加剧。③诱发因素:酗酒、暴饮暴食及油腻食物与胰胆系疾病相关。④腹痛的发作时间与体位的关系,如周期性的饥饿性痛多与消化性溃疡有关,前倾位或俯卧位腹痛减轻与十二指肠淤积症或胰腺疾病相关等。⑤腹痛的伴随症状:如反酸、烧心与消化性溃疡有关,发热与炎症性肠病、急性胃肠炎或胆道感染、腹腔脓肿有关,血尿与泌尿系结石、肾脏肿瘤有关;全身皮疹与腹型过敏性紫癜有关等;恶心、呕吐与肠梗阻有关;便血与肠套叠、肠系膜血栓形成或消化道肿瘤有关。

2. 既往史及个人史 有无食物过敏史,嗜酸性粒细胞性胃肠炎或腹型过敏性紫癜可致腹痛,有无生食蔬菜水果的不良饮食习惯史,如肠道蛔虫症,有无消化道出血史,如有,腹痛可能

源于胃肠道本身的病变。

(三) 问诊结果及思维提示

3周前,患者出现急性上呼吸道感染(简称上感)样症状,流涕、鼻塞,轻度畏寒、发热, $T_{max}:38.5^{\circ}\text{C}$,伴有脐周持续性疼痛,为钝性痛,有阵发性加剧的趋势,伴有恶心样症状,无呕吐,无反酸、烧心症状,大便次数增多,颜色深,当地医院查血常规,WBC为 $12\times 10^9/\text{L}$,中性分类正常;肝肾功能全项、血淀粉酶正常,大便常规 $\times 2$ 次:潜血(+),RBC(-),WBC(-),大便寄生虫卵(-) $\times 2$;尿常规:RBC:100/ μl ,PRO:(-)。肝胆胰脾及双肾B超未见明显异常,当地医院考虑患者有发热、脐周及右下腹压痛,以及WBC升高,诊为阑尾炎而行阑尾切除术,术中发现阑尾轻度充血,病理提示阑尾呈急性慢性炎症,术后患者发热减退,但脐周疼痛有加剧的趋势,术后第3天,患者双下肢伸侧皮肤出现皮疹,考虑药疹而更换可能致敏的抗生素,为进一步诊治而转入我院急诊。既往史及个人史:否认生食蔬菜水果不良饮食习惯史,否认消化性溃疡病史。

思维提示:本例为青年男性,先有发热、后有腹痛,上感样发热与腹痛是偶然的巧合还是因果的必然联系?阑尾的炎症显然不能解释患者的全貌;常见的病因均难以解释:如消化性溃疡,疼痛部位及临床症状均不相符;空腔脏器的梗阻,尤以各种原因肠梗阻为多见,但患者无呕吐,大便通畅,难以解释;肝胆疾病也不能解释,患者的肝胆胰脾及双肾B超正常;空腔脏器的穿孔或腹膜炎,不因阑尾的手术而退热;缺血性肠病及主动脉夹层等在青年患者中较为少见;那么是否是全身疾病在肠道的表现:如嗜酸性粒细胞性胃肠炎,但患者的血常规正常,不太支持嗜酸性粒细胞性胃肠炎。其他诸如腹型过敏性紫癜、铅中毒或血卟啉病等,需要进一步检查。

三、体格检查及思维提示

(一) 体格检查内容及目的

体格检查除了常规的检查外,还要注意其他可能与腹痛相关的体征,例如与药物过敏相关的皮疹或血卟啉病的日光过敏性皮疹,铅中毒时的牙龈上的色素沉着——铅线等,过敏性紫癜的皮疹,大多位于下肢的伸侧皮肤及臀部,可见成批出现、新旧不一的皮肤瘀点或瘀斑,可融合成片或略高出皮肤的表面,呈出血性丘疹或小形荨麻疹,严重者可融合成大血泡,中心呈出血性坏死。极少数病例可伴有眼睑、口唇或手、足的局限性血管性水肿。注意有无合并的关节肿胀及肿痛等。

腹痛患者尤其要注意腹部的体检:有时能提供诊治的线索,如患者的临床疼痛症状很重,而查体时无异常发现,可能提示血卟啉病、铅中毒、胆道蛔虫、肠道血管性病变(如缺血性肠病),即所谓的“症征不符”。

腹部的视诊:注意有无蜘蛛痣、腹壁静脉显露等与肝硬化相关的体征;腹部不对称的膨隆、肠型或蠕动波往往是机械性肠梗阻的表现,有时甚至不用听诊器即可闻及高调的气过水声;低位肠梗阻者往往表现为全腹的膨隆,叩诊呈鼓音等等。两侧腹部出现的巨大瘀斑(Grey-Turner征)或脐周围发蓝(Cullen征)往往提示为急性坏死性胰腺炎,虽然此征并不常见。

触诊:主要是肝、脾的大小,有无肿大;右上腹是否存在肿大的胆囊;右下腹固定的压痛点(McBurney)往往提示为急性阑尾炎;上腹部搏动性包块,除了体型较瘦的人为主动脉外,要注

意与腹主动脉瘤相鉴别。腹壁有明显的压痛、反跳痛,所谓的“板状腹”为空腔脏器穿孔或急性弥漫性腹膜炎的体征。固定的触痛性包块要注意与肠道占位性病变或粘连的肠管相鉴别。

叩诊与听诊:除常规的叩诊腹部有无移动性浊音外(一般至少要 500 ~ 1000ml 的腹水),要注意叩诊胸、腰椎,部分椎体病变(如结核、椎体转移癌)者可出现腹部的牵涉痛。肾区的叩击痛(如结石、肾炎),也可表现为腹部的不适。听诊主要是听诊腹部肠鸣音的强弱及有无,对鉴别机械性肠梗阻或麻痹性肠梗阻有重要意义。腹部的喷射性杂音要注意有无肾动脉的狭窄或腹主动脉瘤。

(二) 体格检查结果

患者为青年男性,急性面容,一般状态好,无发热,口腔牙龈无色素沉着,心肺检查无异常发现,腹平软,右下腹可见手术瘢痕,肝脾肋下未及,Murphy 征(-),脐周呈轻~中度的压痛,移动性浊音(-),肠鸣音正常,脊柱及双肾区叩击痛(-),双下肢胫前的皮肤及足踝部可见新旧不一的皮疹,大小约 2 ~ 3mm,部分有色素沉着。

思维提示: 体格检查的发现给我们三点信息,一是患者的一般情况好,基本除外了慢性消耗性疾病或腹腔脏器穿孔等急重症的情况;二是仅有脐周压痛,病变范围可能在小肠;三是双下肢的皮疹问题,为什么停用可疑致敏的抗生素 2 周以后还有新出现的皮疹?

四、辅助检查及思维提示

(一) 初步检查内容及目的

1. 血液学检查 由于患者有皮疹,有关血液细胞学方面的检查可能是重点,结合上面分析,着重要查的首先是血常规及血涂片,了解血小板的量,有无减少,是过敏性紫癜还是血小板减少性紫癜?嗜酸性粒细胞(EOS)是否增高,极少数嗜酸性粒细胞性胃肠炎的患者(约 20%),外周血 EOS 不高,而骨髓中发现,骨髓中的 EOS 明显升高;有无贫血[从肠道丢失?外院便潜血试验(+)]及网织红细胞(Ret)的增高,血 IgE 的检查,如明显升高,可能是与过敏相关的皮疹;便常规的检查,如仅有潜血(+),那么,消化道出血可能源于上/下消化道,上消化道出血,可能伴有血 BUN 的升高,而下消化道的出血,除大便潜血(+),外,尚可能发现便中 RBC 等。尿常规检查如有 RBC、蛋白尿,是否有小血管炎相关性病变累及至肾脏,如过敏性紫癜等,肝肾功能全项应作常规检查,其他如血淀粉酶(AMY)(胰腺炎)、抗中性白细胞胞浆抗体(ANCA)(血管炎或溃疡性结肠炎)及 CA 系列等。

2. 腹部超声检查 对本例患者,应是以常规的入院筛查为目的,如有无胆胰的疾病及双肾、输尿管的结石,尤其是要注意有无腹部包块,为进一步检查打下基础。

3. X 线方面的检查 分成两方面,一方面是入院常规的胸片,如下叶的肺炎可致中上腹痛;立位腹部平片了解有无肠梗阻;另一方面是针对性的 X 线检查:由于本病初步定位于小肠,而对小肠病变目前的 X 线检查主要是小肠灌钡及小肠气钡造影检查,各有优缺点;在无肠梗阻存在的情况下,了解有无占位性病变,胃肠道的动力情况,而小肠气钡造影费时费力,但对观察小肠黏膜病变更为清楚,需要强调的是该项检查一定要在动态的情况下进行细致的观察。

4. 内镜方面的检查 由于近年来消化内镜方面的长足发展,一般来说,如无特别禁忌证及目的,胃十二指肠病变及结肠病变应首选内镜检查。本例有 2 次大便潜血(+),应做这方面的检查。

(二) 初步检查结果及思维提示

1. 血液学检查 入院后复查血常规大致正常, WBC 不高, 无贫血, HGB 140g/L, PLT $200 \times 10^9/L$, IgE 3.4mg/L, 明显升高, 肝肾生化检查正常, 血 AMY、ANCA、CA 系列正常, 大便潜血(+)×2 次, 未见红细胞、白细胞。尿常规: 蛋白(-), RBC 100/ μl , 余正常。

2. 腹部超声检查结果 肝胆胰脾未见明显异常, 腹部未见明显包块, 未见腹水。

3. 腹部 X 线方面的检查 胸片(-), 立位腹部平片(-), 全消化道造影: 小肠黏膜未见明显异常。

4. 内镜方面的检查 胃镜检查: 食管(-)、胃窦轻度充血, 十二指肠降部可见多发的斑片状出血点, 部分环小肠腔, 肠黏膜轻度充血水肿及有肿胀感, 于病变处取 4 块病理, 提示: 肠黏膜呈急慢性炎症, 可见较多的淋巴细胞及嗜酸性粒细胞浸润, 符合小血管炎的改变。结肠镜检查未见明显异常。

思维提示: 通过上述辅助检查, 提示十二指肠降部病变符合小血管炎的改变, 血 IgE 升高; 病变处有较多的嗜酸性粒细胞浸润, 是嗜酸性粒细胞性胃肠炎还是过敏性紫癜? 病变累及不累及全小肠? 需不需要行骨穿检查? 尿中的少许红细胞不足以说明为泌尿系结石, 可能为肾脏本身的病变造成或全身疾病累及肾脏所致。

(三) 进一步检查内容及目的

1. 嗜酸性粒细胞性胃肠炎 主要表现为胃肠道受累的症状、胃肠道 EOS 细胞浸润的证据 ($>25/HPF$), 无其他脏器受累, 无寄生虫感染的证据; 20% 的患者外周血中 EOS 不高。可分为胃肠炎型、腹块型或腹水型; 而高嗜酸性粒细胞综合征 (hypereosinophilic syndrome, HS) 的定义是 $\text{EOS} > 1500/\text{mm}^3$ 超过 6 个月, 全身各脏器均可受累。因本例患者的外周血中 EOS 不高, 必要时复诊骨髓中的 EOS 是否增高, 进一步取活检, 如小肠, 有无 EOS 浸润的证据。

2. 小肠镜 是近年来发展起来相对较新的技术, 分为双气囊的小肠镜 (Fujinon company) 和单气囊的小肠镜 (Olympus company), 原理上大同小异, 主要是利用外套管上气囊钩住小肠壁, 产生附着力的支点, 通过钩拉法进镜, 通过经口或经肛进镜, 基本上可以观察小肠黏膜的全貌, 并可取活检及治疗。

3. 胶囊内镜 (capsule endoscopy) 通过胶囊上自带的 CCD 摄像机, 可以 2 帧/秒摄像, 电池约可以维持 8 小时, 可以观察食管、胃、全小肠的病变, 但以观察小肠为主, 优点为无创、方便, 缺点为有消化道梗阻的患者是禁忌证。

(四) 进一步检查结果及思维提示

骨穿结果为正常, 未见明显的 EOS 增高; 小肠镜自口进镜约至第 3~4 组小肠, 可见小肠黏膜散在的出血点及片状的糜烂, 取活检 4 块, 病理与胃镜于十二指肠降部所取相同, 均提示为小血管炎改变, 有 EOS 细胞及淋巴细胞浸润, 调出胃镜的病理切片, 发现 $\text{EOS} < 25/HPF$, 因此不符合嗜酸性粒细胞性胃肠炎的诊断, 而是符合过敏性紫癜的诊断。

思维提示: 通过一步一步的分析及相关的检查结果, 提示本病为过敏性紫癜, 考虑到小肠镜的费用及胶囊内镜的费用问题, 回肠部分未进一步检查。过敏性紫癜分为腹型、肾型、关节型和混合型 4 个类型, 结合患者的皮疹、尿常规有 RBC、小肠受累的小血管炎, 因此可以诊为过敏性紫癜 (混合型)。

五、治疗方案及理由

诊断清楚了,治疗也就有的放矢了,主要是病因治疗:如避免可疑的过敏药物,驱除肠道寄生虫等;对症治疗:主要是抗组胺药,缓解患者的症状;激素与免疫抑制剂:一般用泼尼松或泼尼松龙 0.8~1mg/kg,有效后 4~6 周减量,维持 3~6 个月,疗效欠佳者,可加用免疫抑制剂,本例患者肾脏虽然受累,但无蛋白尿,可不用免疫抑制剂。

六、治疗效果

本例除应用缓解症状的药物外,加用激素 40mg/d,腹痛、腹部不适的症状很快缓解,出院时,尿常规仍有 RBC:100/ μ l;应用激素半年后停药,未再复发,随访 2 年,尿中 RBC 消失。

七、对本病例的思考

患者为青年男性,急性起病,腹痛伴有发热,在外院辗转求医的过程中,有几点经验值得借鉴:一是患者仅有 WBC 轻度升高,中性分类不高,可能是急性病程中的骨髓动员的结果,并不一定是急性炎症的过程,且患者为全腹压痛,当然右下腹 McBurney 点也有压痛,并不是阑尾炎的典型特点,其特征应是转移性右下腹痛,更为重要的是右下腹麦氏点的固定压痛。所以手术有点考虑欠妥。二是术后患者发热缓解,而仍有腹痛,出现双下肢的皮疹问题,为什么停用可疑致敏的抗生素 2 周以后还有新出现的皮疹?应该提高警惕,结合腹痛与双下肢皮疹来考虑新问题。三是在入院后,我们应仔细分析诊治过程中的每一细节,抽丝剥茧,循序渐进地检查分析,直至获得病理结果,这样既不拉大网式的检查,增加患者的经济负担,又保证临床分析过程中思维缜密,不漏诊。

(伍东升)

病例 2 阵发性脐周疼痛伴消瘦半年

患者,女性,72岁,于2009年7月19日入院。

一、主诉

阵发性脐周疼痛伴消瘦半年,加重3周。

二、病史询问

(一) 初步诊断思路及问诊的目的

本例为老年女性,腹痛时间较长,为半年,近3周症状加重,且伴有消瘦,本例患者的诊断思路应从腹痛与消瘦这两方面入手。脐周疼痛是消化科患者最常见的主诉之一,从腹痛的病程上可分为急性腹痛(<2个月)与慢性腹痛(>2个月),显然本例应归属于慢性腹痛的范畴,腹痛的发病机制在前述的急性腹痛中已表述。而消瘦在老年患者中,主要分为良性及器质性,但以器质性疾病较多,尤以糖尿病以及伴有消耗症状的恶性肿瘤为常见;而在良性疾病中,见于因各种原因引起的进食少,如消化道的狭窄(食管或因溃疡的幽门管狭窄),缺血性肠病(因进食时有腹痛而惧食)或刻意的进食少、运动减肥者;部分有抑郁症或焦虑症的患者也可有躯体化症状,可有腹痛及睡眠障碍以及体重减轻。

本例诊治的重点是紧紧抓住疼痛及消瘦两个主要症状,通过询问病史及必要的辅助检查,寻根溯源,有助于疾病的最终诊断。

(二) 问诊主要内容及目的

1. 现病史的询问 患者为老年女性,病程较长,起病隐匿,着重要询问以下几点:①腹痛的部位,在主诉里已定位,位于脐周,而长时间的慢性脐周痛多见于不完全性肠梗阻、克罗恩(Crohn)病、NSAIDs相关性的肠病、缺血性肠病,慢性阑尾炎可有反复发作的右下腹痛;青少年常见的蛔虫病、铅中毒及血卟啉病、腹型过敏性紫癜等在老年人中相对少见。②腹痛性质、程度和节律,慢性钝性痛对病因的诊断并无特异性,如有剧烈的撕裂样疼痛多半与腹主动脉瘤的内膜撕裂等有关,或剧烈的绞痛与肾结石、胆结石的排石有关。③诱发因素:与进食油腻食物有关者多半与胰胆系疾病相关;如每次均在进食后2~4小时出现腹痛,不能除外缺血性肠病。④腹痛的伴随症状:如有恶心、呕吐,大多与不完全性肠梗阻有关,有发热及呕吐者可与炎症性肠病、胆系感染有关,伴有血便或大便潜血(+)者,与肠套叠、肠系膜血栓形成或缺血性肠病、消化道肿瘤等有关。

而消瘦主要从3方面入手:①各种原因的进食少,如上所述,消化道的狭窄,如老人常见的有幽门不完全梗阻,不完全性肠梗阻;缺血性肠病的患者常因腹痛而惧食;②消耗过多,如消化道的恶性肿瘤,甲亢、糖尿病等;③吸收不良:如因胰腺疾病的脂肪泻、Whipple病或失蛋白性肠病,短肠综合征等等。

本例的特点是要结合腹痛及消瘦这两方面入手,针对以上的问题一一剖析。

2. 既往史及个人史 首先要针对老年人的生理特点有针对、有重点的详细了解患者的个人史,如有无高血压史,血压控制得如何;有无长期服用阿司匹林等NSAIDs类药物史;血脂的情况如何,有无动脉硬化的病史;有无脑血栓或脑出血的病史;有无糖尿病史,长期控制欠佳的糖尿病患者可以出现胃轻瘫、动力性肠梗阻或自主神经受损,是可以有腹痛及消瘦甚至呕吐的

情况;是否有长期卧床或深静脉血栓形成的病史,以除外血管因素造成的腹痛。

(三) 问诊结果及思维提示

最近半年来,患者常主诉有脐周不适、腹胀等症状,腹痛多在饭后2小时开始出现,持续约2~3小时后自动缓解,腹痛为脐周闷胀样不适,伴有恶心样症状,但无呕吐,无反酸、烧心症状,腹痛时大便次数增多,颜色深,近半年来,患者的进食量仅约为平时的一半,主食4~5两/日(1两=50g),体重在半年内下降约10kg,每次腹痛均与饮食有关,尤以油腻食物为明显。当地医院查血常规,轻度贫血,HGB 100g/L;血的肿瘤标志物正常,肝肾功能全项、血淀粉酶正常,大便常规×2次:潜血(+),×2次,肝胆胰脾及双肾B超未见明显异常,当地医院行胃镜及结肠镜检查均未发现明显异常,全消化道造影除十二指肠降部憩室外,无异常发现。既往史及个人史:有多年的高血压病史,平时服用降压药,血压控制在140/80mmHg左右,血脂偏高,不规律服用降血脂药及阿司匹林,否认糖尿病史。

思维提示: 本例为老年女性,主线还是腹痛与消瘦,且腹痛与进油腻食物有关,又能自行缓解,使人联想到患者的腹痛与胰胆系统有关,常规腹部B超又未发现明显的异常,提示可能需要进一步检查胰胆的情况,如磁共振胰胆管成像(MRCP)或腹部加强CT的检查(如有条件的医院,可加做胰胆管的三维重建),以排除慢性胰腺炎(chronic pancreatitis, CP),不过,CP大多是后背或左侧腹部有不适感,胰腺功能受损严重者可出现脂肪泻等,中国人的CP大多与胆管结石有关,而西方的CP大多与过度饮酒有关。Oddi括约肌功能障碍,可以有上腹痛,但以年轻女性患者多见,可在发作期有胆管酶的升高(GGT、AKP),胆管增宽,当然确诊有赖于Oddi括约肌测压,如超过30mmHg则可确诊。患者有高血压、高血脂的病史,且腹痛发作是在进食后2~4小时发生的,又不能完全除外肠管缺血引起的腹痛,且大便潜血2次均(+),所以尚要警惕肠道本身的病变,尤其是小肠的病变,因为食管、胃、结肠外院已行内窥镜检查,由此可见,还是以腹部的增强CT为好,加上胰胆管及小肠的三维重建则大概能理清上述疑诊的问题了。其他诸如腹型过敏性紫癜、铅中毒或血卟啉病、胆道蛔虫病等,与本例患者的年龄及临床症状不太相符,暂不考虑。

患者的消瘦,可能还是主要与进食少有关(主食4~5两/日),其他尚需除外的有:甲状腺功能亢进症(甲亢),可查甲状腺功能;糖尿病,空腹血糖正常,可暂不考虑;肿瘤又没有证据,但老年妇女,不要遗漏妇科生殖系统的恶性肿瘤,所以要追加盆腔的B超检查。

三、体格检查及思维提示

(一) 体格检查内容及目的

体格检查除了常规的检查外,重点要注意患者的腹部体征,考虑到患者为慢性腹痛,除前述所谓的急腹症体征外:重点要触诊腹部有无包块、压痛;或与血管相关的吹风样血管狭窄杂音;腹部的喷射性杂音要注意有无肾动脉的狭窄或腹主动脉瘤。

需要强调的是:老年患者的慢性腹痛,尤其要注意叩诊胸、腰椎,部分椎体病变(如结核、椎体转移癌)者可出现腹部的牵涉痛。

(二) 体格检查结果及思维提示

患者为老年女性,面容安详,营养一般,偏瘦,BMI 19kg/m²,BP 160/100mmHg,轻度贫血貌,心肺检查无异常发现,腹平软,肝脾肋下未及,Murphy征(-),左下腹可触及条索样物,轻

压痛,表面光滑,不除外乙状结肠;脐周偏左可触及边界模糊的搏动性包块,轻压痛,听诊可闻及吹风样的收缩期杂音;但肠鸣音正常,脊柱及双肾区叩击痛(-),双下肢不肿,足背动脉搏动存在。

思维提示: 体格检查发现两点较为有用的信息,一是左下腹的条索状的包块,乙状结肠的肠管?还是占位性病变?而外院已行结肠镜检查,我们有必要重复结肠镜检查;二是脐周偏左的界限不清的搏动性包块,是因为消瘦而表现明显的腹主动脉还是腹主动脉瘤?

四、辅助检查及思维提示

(一) 初步检查内容及目的

1. 血液学检查 除了常规的检查外,应强调大便常规及潜血的检查,初步了解肠道有无病变;甲状腺功能、空腹和餐后血糖及肿瘤标志物的检测等等。因肠道本身的疾病所致的腹痛,可以有营养吸收不良的表现,如血白蛋白或前白蛋白降低,部分患者因肠道对钙的吸收不好,而出现低钙血症或叶酸的缺乏,从而表现为手足抽搐或巨幼红细胞性贫血。

2. 腹部超声检查 对本例患者,应是以常规的入院筛查为目的,如有无胆胰的疾病,尤其是要注意有无腹部包块,同时应对腹部血管进行彩色 Doppler 检查。

3. X线方面的检查 主要是入院常规的胸片,大致了解有无胸部病变,立位腹部平片可以除外肠梗阻,由于在查体时发现左下腹有条索样的包块,所以要行结肠镜检查,一般来说,行结肠镜检查的患者,就不需要钡灌肠来检查结肠了。对于上消化道及小肠的检查,可以行全消化道造影检查。

4. 内镜方面的检查 左下腹发现有包块,原则上来说,应行结肠镜检查。

(二) 初步检查结果及思维提示

1. 血液学检查 入院后复查血常规大致正常,轻度贫血,HGB 100g/L,肝肾生化检查正常,血的胃肠肿瘤标志物正常,大便潜血(+) $\times 2$ 次,未见RBC、WBC。血白蛋白(Alb) 3.2g/dl,偏低;血钙正常。

2. 腹部超声检查结果 肝胆胰脾未见明显异常,腹部未见明显包块,腹部血管的彩色 Doppler 显示:腹主动脉明显钙化,腹腔干起始部有狭窄感,血流速度增快。

3. 腹部X线方面的检查 胸片(-),立位腹部平片(-),全消化道造影:回肠多发的节段性狭窄,狭窄段以上肠管轻度扩张,胃及空肠黏膜未见明显异常。

4. 内镜方面的检查 结肠镜检查:进镜至末端回肠约10cm,未见明显异常。

思维提示: 通过上述辅助检查,主要发现:腹主动脉明显钙化,腹腔干起始部有狭窄感,缺血性肠病?回肠多发的节段性狭窄,而空肠无异常,结肠镜未见明显异常,Crohn病不能除外,而患者并无Crohn病的相关临床表现。患者为老年女性,长期服用阿司匹林等NSAIDs类药物,NSAIDs肠病也可导致小肠多发的狭窄。

(三) 进一步检查内容及目的

1. Crohn病主要是长期反复的进程,以青少年或50岁左右发病多见,可有低热,血红细胞沉降率(ESR)增快、C反应蛋白(CRP)增高,肛瘘、腹部包块、肠道内瘘等,也有腹痛、腹泻及营