

消化系统疾病

消化系统疾病

查房释疑

主 编 欧阳钦

 人民卫生出版社

消化系统疾病查房释疑

主 编 欧阳钦

副主编 张 正

编 者 (以姓氏笔画为序)

万学红	马洪升	王一平	王玉芳
王 琮	甘华田	甘 涛	匡安仁
邹天然	张 正	张 虎	张 燕
杨 丽	杨正兵	杨锦林	吴俊超
吴 浩	陈掌珠	陈 斌	陈卫霞
宋 彬	严 谨	欧阳钦	林世富
郑光明	易智慧	唐承薇	赵 颖
胡仁伟	徐 隽	温忠慧	黄兴兰
黄丽彬	彭玉兰	谢 艳 (秘书)	

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. —北京:
人民卫生出版社, 2003.

ISBN 7-117-05729-7

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 (2003) 第 086714 号

消化系统疾病查房释疑

主 编: 欧阳钦

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 **印张:** 29.5

字 数: 675 千字

版 次: 2003 年 11 月第 1 版 2003 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05729-7/R·5730

定 价: 48.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

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，通过查房中提出的问题进行讨论、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，有各种各样具体的规定和要求出台，其中查房制度和查房质量无疑是重要的组成部分。而要保证查房和讨论的质量，需要一支高素质的专业技术队伍和发现问题、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师应不断锤炼的临床基本功，也是终生努力、不断完善的学术目标。教学医院的临床医师由于受到的磨练最多，因此获益亦最大。

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。提问的深度与广度，解答的内容与思路以及总结归纳、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。本书通过设问与解答的方式将消化系统常见症状、疾病和常用检查的内容以问题为中心，对书本知识进行横向联系，重点深入，重新组合，力求温故知新，反映最新进展和专业共识，并通过深入分析，指导临床实践，以利提高临床工作和教学质量，同时，也训练良好的临床思维和综合概括能力。

本书最大的特点之一，在编写方式上体现，即立足应用，立足临床实际，设问解惑，通过分析综合解决实际问题，其针对性、互动性可使书本知识灵活应用；其次是编写内容力求反映学科专业进展，突出内容的先进性与科学性；本书加入的实验检查、影像诊断内容，使内容大大充实，对临床工作有较大的借鉴意义；本书作者多为华西医院消化专业和相关专业的主治医师以上的临床工作者，具有较高的专业造诣和丰富的临床经验，编写中融汇了他们多年实践的经验，归纳了部分循证医学的内容，具有较强的实用性与可读性。书中提供的参考资料无疑可供读者参考借鉴。

本书适用于各级专业医师，特别是初涉消化临床的住院医师、研究生和实习生；对于年轻主治医师如何设问、构思、分析解答问题亦有一定帮助。

由于编写形式的特殊性，提问与解答的内容不易规范统一，参编人员的学识、经验及学术观点不尽一致，加之时间仓促而紧迫，编写中疏漏与谬误在所难免，敬请读者批评指正。

欧阳钦

目 录

第一章 常见消化系统症状	1
第一节 咽下困难	1
第二节 恶心呕吐	5
第三节 腹痛	8
第四节 呕血与黑便	12
第五节 便血	17
第六节 腹泻	21
第七节 便秘	27
第八节 腹胀	34
第九节 肝肿大	38
第十节 黄疸	42
第十一节 腹水	46
第二章 食管疾病	52
第一节 胃食管反流性疾病	52
第二节 食管源性胸痛	58
第三节 Barrett 食管	60
第四节 食管感染	63
第五节 贲门失弛缓症	65
第六节 食管癌	70
第七节 食管的药物性损伤	73
第八节 食管的腐蚀性损伤	76
第九节 食管结构异常	80
第三章 胃、十二指肠疾病	82
第一节 胃炎	82
第二节 幽门螺杆菌和消化性溃疡	89
第三节 胃肿瘤	100
第四节 胃 MALT 淋巴瘤	105
第五节 功能性消化不良	109
第六节 卓-艾综合征	115
第七节 术后胃	117

第八节 十二指肠壅积症	120
第四章 小肠与大肠疾病	123
第一节 感染性肠炎	123
第二节 吸收不良综合征	128
第三节 嗜酸粒细胞性胃肠炎	133
第四节 蛋白丢失性胃肠病	136
第五节 肠结核	139
第六节 克罗恩病	143
第七节 溃疡性结肠炎	146
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
第五章 肝脏疾病	165
第一节 药物性肝脏疾病	165
第二节 酒精性肝病	170
第三节 脂肪肝	175
第四节 门脉高压症	179
第五节 肝脏肿瘤	183
第六节 肝纤维化	188
第七节 肝硬化	192
第八节 肝性脑病	198
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	212
第十二节 Budd - Chiari 综合征	216
第十三节 肝脏代谢性疾病	219
第六章 胆系疾病	225
第一节 胆囊炎	225
第二节 胆囊固醇沉积症	230
第三节 胆石症	230
第四节 急性梗阻性化脓性胆管炎	233
第五节 原发性硬化性胆管炎	236
第六节 胆道运动性疾病	240
第七节 胆囊切除术后综合征	243

第八节 胆道蛔虫症	245
第七章 胰腺疾病	248
第一节 急性胰腺炎	248
第二节 慢性胰腺炎	257
第三节 胰腺癌	261
第四节 胰腺内分泌肿瘤	264
第五节 胰腺的先天性疾病	272
第六节 胰腺的囊性疾病	274
第八章 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
第九章 其他疾病与消化系统	286
第一节 肝移植的内科问题	286
第二节 老年消化系统疾病	288
第三节 艾滋病与消化系统	289
第四节 呼吸系统疾病与消化系统	296
第五节 充血性心力衰竭与消化系统	298
第六节 肾脏疾病与消化系统	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	313
第十节 皮肤病与消化系统疾病	318
第十一节 过敏性疾病与消化系统疾病	321
第十章 消化系统疾病常用功能检查	323
第一节 食管功能检查	323
第二节 胃分泌液检查	325
第三节 肠道吸收功能检查	329
第四节 肝功能检查	332
第五节 胰腺外分泌功能检查	339
第十一章 消化系统疾病的影像学诊断	348
第一节 常用的影像检查技术	348
第二节 食管病变的影像学检查	353

第三节	胃病变的影像诊断.....	356
第四节	十二指肠病变的影像诊断	362
第五节	小肠病变的影像诊断	363
第六节	回盲部病变的影像检查方法	368
第七节	结肠、直肠病变的影像诊断	370
第八节	肝脏病变的影像诊断	374
第九节	胆道病变的影像检查方法	388
第十节	胰腺病变影像检查方法的选择	392
第十一节	脾脏病变的影像检查方法	398
第十二节	肝外门静脉系统的影像学检查.....	399
第十三节	消化系统疾病的超声检查	405
第十四节	消化系统疾病的放射性核素检查	419
第十二章	内镜治疗术	426
第一节	食管静脉曲张的内镜治疗术	426
第二节	胃、结肠息肉的电凝根治术	430
第三节	内镜下胆道引流术和乳头肌切开术	436
第四节	内镜下胃肠粘膜切除术	445
第十三章	疑难病例查房举例.....	450
1.	反复呕血, 黑便	450
2.	发热、咳嗽、肝脾肿大	452
3.	慢性腹痛	455
4.	反复腹泻、发热、咳嗽	458
5.	慢性腹泻	460
6.	反复腹痛、腹泻	463

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病样发作。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。根据病人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, 常见的病因列表如表 1-1 和 1-2。

表 1-1 食管性咽下困难的常见病因

1. 食管机械性阻塞	2. 食管解剖异常	胃食管反流	主动脉硬化弯曲
食管或贲门肿瘤	食管憩室	继发性	主动脉瘤
食管癌	食管蹼	系统性进行性硬化病	心脏扩大
平滑肌瘤	3. 食管动力异常	4. 其他	
食管息肉	原发性	食管异物	
食管炎性狭窄	贲门失弛缓症	外压性食管狭窄	
先天性食管狭窄	弥漫性食管痉挛	纵隔肿瘤	

表 1-2 口咽性咽下困难的常见病因

1. 中枢神经系统	脑干肿瘤	4. 肌肉病变	低张力、松弛
脑血管意外	脊髓结核	肌萎缩	环咽肌失弛缓症
帕金森病	2. 周围神经系统	原发性肌炎	Zenker 憩室
Wilson 病	延髓型脊灰质炎	代谢性肌病	5. 局部病变
多发性硬化病	周围神经病变	系统性红斑狼疮	炎症、先天异常
肌萎缩性侧索硬化病	3. 运动终板	6. UES 运动疾病	新生物、外压及手术
	重症肌无力	高张力、痉挛	

§ 4. 如何区别食管性咽下困难和口咽性咽下困难?

食管性咽下困难和口咽性咽下困难无论是常见病因、伴随症状以及治疗方法及预后均有不同。其鉴别要点见表 1-3。

表 1-3 食管性咽下困难和口咽性咽下困难的鉴别

食管性咽下困难	口咽性咽下困难
相关症状	相关症状
胸痛	无力
烧灼感	眼睑下垂
反流	鼻音
	肺炎
	咳嗽
器官特异性疾病	全身性疾病
食管癌	重症肌无力
食管动力障碍	帕金森病
治疗(如食管扩张)	治疗原发病

§ 5. 为什么很少有疾病能同时导致口咽性和食管性咽下困难?

正常吞咽动作的完成需要咽、食管的正常解剖结构和运动功能的完整。食管在功能上分为上食管括约肌 (UES)、食管体部和下食管括约肌 (LES)。食管的上段为横纹肌, 下段为平滑肌, 中间部分则由横纹肌和平滑肌组成。吞咽时, 舌骨上下的横纹肌连续快速地收缩, 将食团推进松弛的 UES, 食团进入食管的上段, 食管体部产生原发性蠕动收缩, 将食团推向远段, 同时 LES 松弛, 食管体部和胃腔形成共同腔, 食团进入胃内。口咽部 (包括 UES) 和食管 (包括 LES) 无论是肌肉组织、神经支配及运动调节方面均不相同 (见表 1-4), 而大多数疾病只特异性地累及某一种肌肉组织或神经系统, 因而极少出现同时导致口咽性和食管性咽下困难的情况。

表 1-4 下食管括约肌和上食管括约肌的区别

	上食管括约肌	下食管括约肌
肌肉组织	横纹肌	平滑肌
静息状况	无肌张力	有肌张力

续表

	上食管括约肌	下食管括约肌
神经切除术后	舒张	收缩
开放障碍的原因是	无法收缩(被牵引开放)	无法舒张
舒张的力量来自于	舌骨上下的肌肉组织	食团

目前临床上有“环咽肌失弛缓症”的称谓,其实如果环咽肌失去神经支配,UES呈松弛状态而不是收缩状态,因此“环咽肌失弛缓症”的名称是不准确的。与之相反,贲门失弛缓症确实是由于丧失了对LES肌间神经元的抑制,导致肌肉的持续收缩所致。

§ 6. 机械性和动力性咽下困难如何鉴别?

口咽性咽下困难多为动力性咽下困难。如脑血管意外时,由于损害了吞咽中枢或控制咽下部及食管上段横纹肌的运动神经节,引起咽下困难。而帕金森病是因为退化性病变也累及吞咽中枢,同时多巴胺能神经和胆碱能神经不平衡,UES松弛障碍,咽部常有食物或液体潴留。甲状腺功能亢进症或甲状腺功能减低症时,均可以引起咽和食管横纹肌的功能障碍。其他常见的可能出现动力性咽下困难的病因还有重症肌无力、多发性硬化及肌炎、皮肌炎,以及食管性咽下困难中的贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛等。机械性咽下困难最常见的病因是食管肿瘤或息肉、食管炎性狭窄、食管外压性狭窄,食管异物等。大多数食管肿瘤引起的咽下困难是由于食管腔梗阻所致的机械性咽下困难,但偶尔也遇到食管腔尚无狭窄,但肿瘤已侵及肌层或侵犯肌层神经节细胞,引起动力性咽下困难,临床上也可表现为贲门失弛缓症样的症状。在临床上两者的鉴别要点如表1-5。

表 1-5 机械性和动力性咽下困难的鉴别点

	机械性	动力性
起病	逐渐或突然	逐渐
呈进展性	是	否
对食物类型	进干食困难	干食或流食困难
对温热反应	不影响	冷水加重,热水减轻
对食团嵌塞	常反出	反复吞咽或喝水可缓解

§ 7. 口咽性咽下困难的患者最难吞咽的食物是什么?

这类患者最难吞咽的是水。吞咽涉及几个步骤。首先是准备阶段,包括咀嚼、分量、成形,将食团推至舌根部。在口腔内的阶段,食团被从口腔推至咽部,而气管处于关闭状态。在这个位置食团即由口腔转运到咽部进而进入食管。水是最难分量、成形并在口腔内保存的物质,同样,当水通过口腔达到咽部时也是最难控制的。从这个角度来看,对口咽性咽下困难的患者应多给予粘性食物为好。

§ 8. 什么是 Zenker 憩室? 其形成机制如何?

憩室可发生在咽部以下的所有部位。当咽下部憩室位于环咽肌的横向纤维和咽下缩

肌斜向纤维分界的薄弱区域背面时,称为 Zenker 憩室。既往认为 Zenker 憩室是由于口咽部食团通过时 UES 松弛的不协调导致咽下部过高的压力所致。现在认为原因主要是环咽肌的收缩性肌病(括约肌顺应性下降),而非咽部-括约肌失调、括约肌舒张障碍或环咽肌痉挛。环咽肌阻力增加以及在该相对梗阻部位以上食团间压力增高,导致咽下肌肉张力过高,疝及憩室形成。

§ 9. 胃食管反流病出现吞咽障碍的机制包括哪些?

胃食管反流的患者 LES 松弛,反而出现咽下困难,似乎难以理解。实际上,其原因是多方面的:

- (1) 炎症: 30% 胃食管反流导致食管炎症病变的患者有咽下困难的表现。
- (2) 狭窄: 长期严重食管炎可引起食管狭窄。
- (3) 蠕动功能障碍: 与疾病严重度有关,较重的胃食管反流病多合并食管运动功能障碍(如弥漫性痉挛)。
- (4) 裂孔疝: 既是胃食管反流的病因,也可表现为咽下困难。

§ 10. 咽下困难有哪些检查方法?

(1) X 线影像检查: 钡餐检查有助于确定有无机械性或动力性梗阻,是腔内梗阻或腔外压迫,以及食管病变的特征,是常见的重要检查方法。胸片能显示有无肺部炎性疾病,或恶性疾病。脊椎摄片能显示有无增生,尤其是椎体前缘增生,有的患者可以出现吞咽受阻的感觉。对咽部和食管上部的病变,连续摄片或拍成录像,能清楚显示咽和 UES 及食管上部在吞咽过程中的运动是否正常。

(2) 胃镜检查: 内镜下可以结合病理活检,确定是炎性狭窄或是癌性狭窄、粘膜病变或是粘膜下的病变。

(3) 超声内镜: 可帮助确定病变是否来自粘膜下或食管外,以及病变侵犯的深度。

(4) CT 检查: 有助于发现肺内早期病变以及纵隔有无占位性病变。

(5) 食管测压: 对动力性咽下困难是一种重要的检查手段,能清楚地显示咽下困难的动力障碍特点。

(6) 其他: 如有关免疫方面的指标及肿瘤标志物等。

§ 11. 咽下困难的内镜治疗方法有哪些?

(1) 管扩张治疗: 可用于炎性狭窄(探条扩张)、贲门失弛缓症、下食管括约肌高压症(气囊或水囊扩张)。

(2) 激光、高频电烧灼治疗: 可用于食管和贲门肿瘤的治疗。

(3) 注射治疗: 镜下对肿瘤直接注射化疗药物,造成肿瘤坏死,减轻狭窄。

(4) 经皮内镜胃造口术: 主要用于口咽性咽下困难的患者。

(5) 经内镜安置支架: 用于较晚期食管癌患者,可改善生活质量。

(严瑾 张燕)

第二节 恶 心 呕 吐

§ 1. 恶心和干呕的区别?

恶心 (nausea) 和干呕都可作为呕吐 (vomiting) 的前奏, 但也可只有恶心干呕而无呕吐, 或二者之一分别单独存在。恶心是一种窘迫欲吐的不适感, 可由不悦的回忆, 视听的刺激, 咽部的刺激或内脏疾病等多种因素引起。发作时胃张力降低, 十二指肠、空肠张力增高, 因而可有十二指肠胃反流, 严重时伴有迷走张力亢进一系列表现; 干呕时呼吸终止, 声门关闭, 胃幽门张力增高而贲门未开放, 因而仅有反胃未见胃内容物呕出。实践中发现二者均为呕吐这一复杂反射动作的两个前奏, 仅程度有所不同。

§ 2. 呕吐与反食有何不同?

呕吐是一种内脏与躯体的协调运动, 包括胃蠕动的抑制, 上段小肠逆蠕动, 胃窦与幽门收缩, 胃体、底张力下降, 食管下括约肌松弛, 胸部吸气, 食管扩张, 腹内压骤增等, 最后胃内容物经食管排出体外。反食则不伴恶心, 缺乏上述协调动作, 食物经食管进入口腔, 多因胃内容物潴留, 食管下括约肌松弛引起。

§ 3. 呕吐原因很多, 应如何分类?

由于病因繁多, 难以据此一一分类, 按发病机制可分为反射性呕吐和中枢性呕吐两大类。所包括的病种如下:

(1) 引起反射性呕吐的疾病:

- 1) 咽部受到刺激: 如吸烟、剧咳、鼻咽部炎症或溢脓等。
- 2) 胃十二指肠疾病: 急慢性胃肠炎、消化性溃疡、急性胃扩张或幽门梗阻、十二指肠肠雍滞等。
- 3) 肠道疾病: 急性阑尾炎、各型肠梗阻、急性出血坏死性肠炎、腹型过敏性紫癜等。
- 4) 肝胆胰疾病: 急性肝炎、肝硬化、肝淤血、急慢性胆囊炎或胰腺炎等。
- 5) 全身性疾病: 如肾输尿管结石、急性肾盂肾炎、急性盆腔炎、异位妊娠破裂等。心肌梗死、内耳迷路病变、青光眼、屈光不正等亦可出现恶心呕吐。

(2) 引起中枢性呕吐的疾病:

- 1) 颅内感染、各种脑炎、脑膜炎。
- 2) 脑血管疾病、如脑出血、脑栓塞、脑血栓形成、高血压脑病及偏头痛等。
- 3) 颅脑损伤: 脑挫裂伤或颅内血肿等。
- 4) 癫痫, 特别是持续状态。
- 5) 全身疾病, 可能因尿毒症、肝昏迷、糖尿病酸中毒或低血糖累及脑水肿、颅压改变等而致。
- 6) 药物: 某些药物可因兴奋呕吐中枢而致呕吐。

这一分类并不能包括所有病种，但从临床实践出发，有利于诊断思维和分析归类，因而有一定实用价值。

§ 4. 如何区分中枢性呕吐与反射性呕吐？

可按表 1-6 所列要点鉴别：

表 1-6 中枢性呕吐与反射性呕吐的鉴别

	中枢性呕吐	反射性呕吐
基本病变	神经系统疾病	消化系统疾病，药物毒物等
举例	颅内肿瘤	幽门梗阻
发作因素	咳嗽、弯腰等颅内压升高因素	溃疡或肿瘤病变加重
恶心干呕	不明显	明显
呕吐特点	喷射性，量不定	反射性，量偏大或潴留性
伴随症状体征	头痛或眩晕、脉缓、视乳头水肿或 神经系统异常	腹痛、腹胀，胃肠型或振水声等

§ 5. 如何区分器质性呕吐与功能性呕吐？

功能性呕吐又称为精神性呕吐，可按表 1-7 所列要点鉴别。

表 1-7 器质性呕吐与精神性呕吐的鉴别

	器质性呕吐	精神性呕吐
基本病变	存在	缺乏
精神因素	无	常伴失眠、神经过敏、忧郁、焦虑等症状
恶心与干呕	一般较明显	缺乏
呕吐运动	较剧烈、费力	较轻、不费力
与进食的关系	不定	餐后即吐
呕吐量	多	少
食欲	减退	正常
全身情况	差	尚好或稍差

§ 6. 许多功能性消化不良的患者有恶心、干呕，如何评价其意义？

这类患者不少有睡眠障碍、胃排空障碍，可能由于中枢或末梢的神经刺激传至延髓化学感受器触发后（简称 CTZ），由此再发出冲动刺激呕吐中枢。这类患者由于中枢与外周神经敏感性增加，感受阈较低，常人不致有反应的情况均可导致恶心、干呕，重者可出现呕吐，为功能性消化不良常见症状，以情绪、睡眠障碍和胃动力障碍者更为常见。

§ 7. 呕吐患者问诊应注意些什么？

应注意以下事项：

(1) 呕吐与进食的关系：有无明确的病因或诱因，明确的饮食不洁史多为急性胃炎，食物中毒、活动性溃疡多餐后呕吐；幽门梗阻则多朝食暮吐。

(2) 呕吐的时间：晨起的呕吐在育龄期妇女应想到早孕反应，亦见于鼻窦炎浓稠的分泌物在卧位时向后反流刺激咽喉部；晚间呕吐见于胃潴留。

(3) 呕吐的特点：精神性呕吐可无恶心，呕吐也不费力；急性高血压或颅压增高性呕吐可呈喷射状，伴有头痛、脉缓，恶心很轻或缺如。

(4) 呕吐物性状：幽门梗阻呕吐物含宿食，呈腐酵气味；急性胃扩张一次呕吐可超过 1 000ml；十二指肠乳头以下梗阻呕吐物含胆汁；低位小肠梗阻或胃结肠痿呕吐物带粪臭味；呕吐物带血则见于上消化道溃疡、肿瘤及血管破裂等。

(5) 伴随症状：伴腹痛时应注意各种急腹症的鉴别诊断。呕吐后腹痛缓解见于溃疡病上消化道梗阻；腹痛不缓解则见于胆囊炎、胰腺炎等；伴腹泻者多为急性胃肠炎或食物中毒；伴黄疸、发热、右上腹痛多由肝胆疾患引起；伴头痛时应注意颅内高压、偏头痛、鼻窦炎、青光眼等；伴眩晕者应注意迷路病变，亦应了解用药史如氨基糖苷类抗生素引起。

(6) 手术史：腹部手术史应考虑肠粘连肠梗阻；胃大部分切除后可能发生倾倒综合征或输入袢综合征引起呕吐。

(7) 诊治经过：安排钡餐、胃镜、腹部 B 超将有助于诊断；过去用药史可帮助了解药物毒副作用，亦可供治疗借鉴。

§ 8. 何谓周期性呕吐？

周期性呕吐是一种一年内数次发作的、反复突发性呕吐，持续数日又自动消失，常伴有腹痛、头痛、发热，严重时可导致脱水与电解质紊乱。发病机制不清，有人认为属精神性呕吐，有人分析大宗病案发现 25% 有家族性偏头痛。另有相当多患者有产伤及婴幼儿时期颅脑损伤。曾报告 1 例最后诊断为脑星形细胞瘤。因此，做出这一诊断应十分慎重。

§ 9. 止吐药分哪些类？各有何作用？

(1) 抗胆碱能药：可阻断迷走神经冲动传入呕吐中枢，可用阿托品、普鲁苯辛或莨菪碱等。

(2) 抗组胺类药物：可作用于迷路和化学受体促发带，或抑制 5-HT 活性，可用苯海拉明、异丙嗪或赛庚定等。

(3) 吩噻嗪类药物：主要作用于呕吐中枢，可用氯丙嗪、奋乃静等。

(4) 多巴胺受体阻滞剂：可使迷走神经兴奋性相对加强而促进胃排空，可用甲氧氯普胺、多潘立酮。

(5) 苯甲酰胺衍生物：西沙必利、莫沙必利、雷查必利、查可必利，为 5-HT₄ 受体激动剂，选择性地作用于胃肠道肌间神经促进胆碱能神经递质传递，促进胃肠蠕动，防止恶心呕吐，但应用西沙必利时应特别注意心律紊乱。

(6) 高选择性 5-HT 受体拮抗剂：康泉 (kytril)、恩丹西酮，多用于肿瘤的化疗

治疗前或治疗中静脉推注或滴注，亦有片剂用于长期罹病的慢性恶心呕吐患者。

(欧阳钦 万学红)

第三节 腹 痛

§ 1. 腹痛 (abdominal pain) 按照发生机制可分为哪几类？各类的特点如何？

按照腹痛的发生机制，可将腹痛分为以下三种类型：

(1) 内脏性疼痛：当腹部某一器官受到刺激（如炎症、缺血、脏器包膜紧张或腔内胀气等）时，信号经交感神经通路传入脊髓，由此再传入大脑产生疼痛感觉。其疼痛特点为：①疼痛感觉模糊，多为痉挛、不适、钝痛或灼痛；②疼痛部位不确切，通常比较广泛或接近腹中线，因为多数内脏的传入神经纤维进入一个以上甚至数个脊髓节段，且腹部多数器官具有传至脊髓两侧相对应的感觉神经纤维；③常伴恶心、呕吐、出汗、面色苍白等自主神经兴奋症状。

(2) 躯体性疼痛：来自腹膜壁层的痛觉信息，通过体神经传至脊髓背根，反映到相应脊髓节段所支配的皮肤。其特点为：①疼痛通常剧烈而持续；②定位准确，常出现于受累器官邻近的腹膜区域；③可伴有局部腹肌的强直、压痛及反跳痛；④疼痛可因咳嗽及体位变化而加剧。

(3) 牵涉痛：指腹部器官病变引起的疼痛定位于体表，有时远离该器官内脏神经传导的部位，这是由于内脏神经的传导与体神经的传导进入脊髓同一节段，引起该体神经所支配皮区的痛觉。例如，胆囊的内脏传入神经与右肩、肩胛区的体神经均进入脊髓 $T_5 - T_9$ 节段，故胆囊痛可放射到右肩和肩胛区。牵涉痛的特点为：①疼痛较锐，程度较剧烈；②疼痛部位较明确，在一侧；③局部可有压痛、肌紧张或皮肤过敏。

§ 2. 腹痛的常见病因有哪些？

腹痛是临床上很常见的一个症状，病因极为复杂，包括如下：

(1) 急性腹痛：

- 1) 腹膜炎症：如胃肠穿孔所致急性化脓性腹膜炎、肝硬化并发自发性腹膜炎。
- 2) 腹腔器官急性炎症：如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎等。
- 3) 空腔脏器阻塞或扩张：如肠梗阻、胆道结石、胆道蛔虫病、泌尿系结石梗阻等。
- 4) 脏器扭转或破裂：如肠扭转、肠绞窄、肠系膜或大网膜扭转、卵巢扭转、肝破裂、脾破裂、异位妊娠破裂等。
- 5) 腹腔内血管阻塞：如缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤等。
- 6) 胸腔疾病所致的腹部牵涉性痛：如肺炎、肺梗死、心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、胸膜炎、食管裂孔疝等。
- 7) 腹壁疾病：如腹壁挫伤、脓肿及腹壁带状疱疹。

8) 全身性疾病所致的腹痛：如腹型过敏性紫癜、尿毒症、铅中毒、血卟啉病等。

(2) 慢性腹痛：

1) 腹腔内脏器的慢性炎症：如反流性食管炎、慢性胃炎、慢性胆囊炎及胆道感染、慢性胰腺炎、结核性腹膜炎、慢性溃疡性结肠炎、克罗恩病等。

2) 空腔脏器的张力变化：如胃肠痉挛、胃肠或胆道运动障碍等。

3) 胃、十二指肠溃疡。

4) 腹腔内脏器的扭转或梗阻：如慢性胃、肠扭转。

5) 脏器包膜的牵张：如肝淤血、肝脓肿、肝癌等。

6) 中毒与代谢障碍：如尿毒症、铅中毒等。

7) 肿瘤压迫及浸润：以恶性肿瘤多见，与肿瘤压迫、浸润累及感觉神经有关。

8) 胃肠神经功能紊乱：如胃肠神经症。

§ 3. 如何根据腹痛的发作情况推测病因？

不同病因所引起的腹痛发作情况也有所不同，仔细询问腹痛的发作情况可为病因诊断提供线索与依据，见表 1-8。

表 1-8 腹痛发作情况与相应的病因

腹 痛 发 作	可 能 病 因
突发的剧烈腹痛(瞬间)	心肌梗死 溃疡穿孔 动脉瘤破裂 胆绞痛或肾绞痛(常因结石梗阻)
迅速发生的、剧烈的持续性腹痛(超过数分钟)	急性胰腺炎 缺血性肠炎 完全性肠梗阻
逐渐发生的持续性腹痛(超过数小时)	急性胆囊炎 急性阑尾炎 憩室炎
间隙性腹绞痛(超过数小时)	不全性机械性肠梗阻 肠蛔虫 肠痉挛

§ 4. 问诊腹痛病人时应注意哪些问题？

对腹痛的病人进行问诊应注意以下几个问题：

(1) 有无诱因：腹痛有时和一定的诱发因素有关，例如，油腻饮食和饮酒可诱发急性胰腺炎或胆道疾病，不洁饮食可诱发急性胃肠炎。

(2) 起病情况：急起还是缓起，对判断腹痛的病因、疾病的严重程度有帮助。

(3) 腹痛的特点：包括腹痛的部位、性质、程度、有无放射、持续性还是间歇性、加重或缓解的因素等，这些特点对腹痛的病因诊断有重要意义。