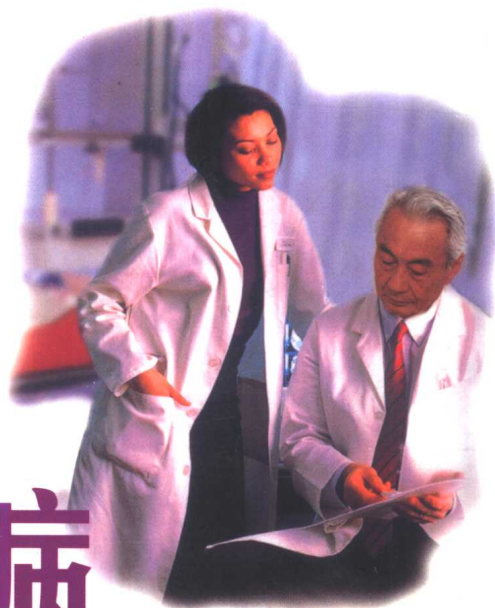




临床思维指南



消化系统疾病

典型病例分析

科学的临床思维方法是正确临床决策的基础。凝聚着国内资深医学专家的经验 and 智慧，通过对历经多年积累的典型及疑难病例的综合分析，书中所展示的精炼的思维方法和清晰的诊断思路，将引领勤奋好学的临床医生们走进探索成功的殿堂。

● 主 编 胡伏莲 副主编 李世荣 谢鹏雁

Xiaohua Xitong Jibing Dianxing Bingli Fenxi

 科学技术文献出版社

临床思维指南

消化系统疾病

典型病例分析

主 编 胡伏莲

副主编 李世荣 谢鹏雁

编 委 (按姓氏拼音为序)

顾亚琦 胡伏莲 李世荣

彭晓君 田惠英 王化虹

谢鹏雁 岳玉文 张希全

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疾病典型病例分析/胡伏莲主编.-北京:科学技术文献出版社,2001.8

(临床思维指南)

ISBN 7-5023-3810-1

I. 消… II. 胡… III. 消化系统疾病-案例分析 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 031548 号

出 版 者:科学技术文献出版社

地 址:北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话:(010)68514027,(010)68537104(传真)

图书发行部电话:(010)68514035(传真),(010)68514009

邮 购 部 电 话:(010)68515381,(010)68515544-2172

网 址:<http://www.stdph.com>

E-mail:stdph@istic.ac.cn;stdph@public.sti.ac.cn

策 划 编 辑:李卫东

责 任 编 辑:陈 红

责 任 校 对:李正德

责 任 出 版:周永京

发 行 者:科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者:三河市富华印刷包装有限公司

版 (印) 次:2001 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

开 本:787×960 16 开

字 数:663 千

印 张:37 彩插 18

印 数:1~6000 册

定 价:62.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

编写人员

(按姓氏拼音为序)

成虹	主治医师	北京大学第一临床医学院	100034
董欣红	主治医师	北京大学第一临床医学院	100034
顾亚琦	副教授	北京军区总医院	100700
胡伏莲	教授	北京大学第一临床医学院	100034
李虹义	副教授	北京军区总医院	100700
李世荣	教授	北京军区总医院	100700
刘方旭	硕士研究生	北京大学第一临床医学院	100034
刘建湘	主治医师	北京大学第一临床医学院	100034
刘正新	副教授	北京大学第一临床医学院	100034
那加	副教授	北京大学第一临床医学院	100034
彭晓君	教授	北京军区总医院	100700
盛剑秋	副教授	北京军区总医院	100700
田惠英	教授	北京军区总医院	100700
王春平	主治医师	北京军区总医院	100700
王化虹	副教授	北京大学第一临床医学院	100034
谢鹏雁	副教授	北京大学第一临床医学院	100034
岳玉文	教授	北京军区总医院	100700
郑力	副教授	北京军区总医院	100700
张希全	副教授	北京大学第一临床医学院	100034
赵晓军	主治医师	北京军区总医院	100700
邹明	主治医师	北京军区总医院	100700

主 编 简 介



胡伏莲 教授, 1940 年出生于湖南, 1965 年毕业于湖南医科大学(原湘雅医学院)医疗系。现为北京大学第一医院内科教授; 中华医学会消化专科学会常委兼秘书; 全国幽门螺杆菌学组副组长; 北京市消化分会副主任委员; 中华医学杂志、中华消化杂志、中华中西医杂志、中国内镜杂志、中国新药杂志、临床内科杂志、世界华人消化杂志、胃肠病学和肝胆病学杂志等编委。

毕业后一直从事医疗、教学和科研工作。近 20 年来, 着重于慢性胃炎、消化性溃疡病、胃癌以及幽门螺杆菌领域的研究, 特别对幽门螺杆菌与上胃肠道疾病的关系; 幽门螺杆菌的致病机制; 幽门螺杆菌毒素; 幽门螺杆菌感染与胃粘膜病变演化的分子机制; 幽门螺杆菌耐药株的分子机制以及幽门螺杆菌感染的治疗研究等方面作了比较深入的研究。共发表论文及述评 80 余篇。获卫生部科技进步奖两项、北京市科技进步奖一项; 北京医科大学科技进步奖一项、获北京市和全国优秀论文奖多次。主编了《中华名医谈百病》以及幽门螺杆菌的专著《幽门螺杆菌感染的基础与临床》, 该书获 1999 年卫生部科技进步奖。已毕业和在读的研究生 14 人(博士 6 人, 硕士 8 人)。

联系方式:

北京大学第一医院消化科

北京市西城区西什库大街 8 号 邮政编码: 100034

电话: (010)66171122 转 2581

E-mail: hufli@263.net



副主编简介

李世荣 原籍北京市。1962年毕业于天津医科大学医疗

系,从1962年至今在北京军区总医院内科、消化内科历任医师、主治医师、副主任医师、主任医师。现为该科主任,兼任第三军医大学教授、博士生导师。1975年至1976年在北京中医学院附属东直门医院学习中医,1992年至1993年在美国 Mayo Clinic 学习。兼任中华医学会消化学会常委,中华医院管理学会、误诊误治研究会常委,北京市消化学会常委,北京军区科

学技术委员会副主任委员,北京军区消化学会主任委员;中华消化杂志编委,胃肠病学杂志编委,北京医学杂志编委,北京军区医药杂志编委,世界华人杂志编委,临床误诊误治杂志编委,中国腹部疾病杂志编委。

业务专长:消化疾病的中西医结合治疗,如功能性消化不良、肠易激综合征、溃疡性结肠炎等的中西医结合治疗。在大肠肿瘤的早期诊断和消化道内镜检查技术方面有较丰富的经验。

奖励和学术论文:获部委级科技进步奖20余项。发表论文70余篇。主编、参编《大肠癌》等专著4部。享受国务院特殊津贴。

现单位地址:北京市东城区南门仓5号 邮政编码:100700

通讯方式:电话:(010)66721168(办公室) (010)66721178(住宅)

E-mail:Lishirong@263.net



副主编简介

谢鹏雁 北京市人,毕业于北京医学院。现任北京大学

第一医院胃肠科副主任,内科副教授、副主任医师。长期从事内科、急诊内科和胃肠科的临床、教学和科研工作。曾担任内科秘书、急诊科代理负责人、中国乡村医药杂志第一届编委会编委等。现为中国红十字会荣誉会员、中华医学会胃肠病学会会员、北京市西城区医药卫生学会理事。

1995年3月~1997年6月曾留学美国,在美国威斯康星医学院从事胃肠动力的临床与实验研究。先后在国内外各类医学杂志上发表论著、摘要、讲座、病例报告等近50篇。参与了《现代内科诊治手册》、《今日内科——消化分册》、《全科医生手册》、《诊断学基础》、《临床表现鉴别诊断手册》等9部医学专著和教材的撰写。

重视临床思维方法的培养

代 序

正确的治疗,基于正确的诊断;而正确的诊断,则来自正常的思维方法及对疾病客观的分析和判断。

所谓临床思维,我的看法是指医生利用自己所学到的医学理论知识,对临床资料进行综合分析和逻辑推理;从复杂的临床资料中,找出主要矛盾,找到疾病发生、发展的本质。这是正确诊断及治疗疾病的基本条件。若要做到这一点,首先要有扎实的医学理论基础及丰富的临床实践经验。换言之,正确的临床思维也就是临床医生不断学习、实践得来的。总结失败的教训、成功的经验,不断地进行探讨、提高自己对疾病的认识。要想做到这一点,最重要的是有想解决病人疾苦的决心,想把病人的诊断搞清楚并进行恰当的治疗。只有这样才能仔细观察病人,分析临床资料,从中发现正确的诊断线索,并从治疗过程中进一步证实以前的诊断及处理是否正确,以前的临床思维方法是否符合实际。这样的经验总结是最可贵的,也是最有意义、终身难忘的,同时也是取得正确临床思维方法必不可少的步骤。因此,提高临床思维能力是通过努力学习、实践、再学习、再实践的过程,没有什么捷径可走。

没有医学的理论基础也就谈不到临床思维,没有临床的实践经验也就谈不到什么临床思维方法。如何提高自己的临床思维能力,不外乎不断地进行医学理论的学习,具备广泛、扎实的医学知识的基础,不断地从事临床工作以充实自己的临床实践经验。

认识一个疾病的过程,是从病因、发病机制、病理改变、临床表现、辅

助检查等方面,对这个疾病有一个完整的概念及全面的认识。从疾病的病理改变,说明其临床表现,是从纵的方面来了解疾病;而在临床工作中,则要求从临床表现去了解疾病病理改变,即疾病的本质。一种临床表现如腹痛,可由不同的疾病引起,因此则需从横的方面去发现疾病的本质。

病例分析是锻炼青年医生临床思维的好方法。由胡伏莲教授主编的《消化系统疾病典型病例分析》收集了北医一院及北京军区总医院较有意义的病例,并进行了纵横剖析,青年临床医务工作者读后会有所裨益。这也是编者和读者的最大愿望。

张树基

前 言

对临床医师而言,正确的临床思维十分重要。因为只有具有了正确的临床思维才能对疾病作出正确的诊断和治疗。

临床病人的病史和检查结果往往错综复杂,甚至相互矛盾。临床医师如何从错综复杂的临床资料中理出头绪,抓住主要矛盾,尽快作出诊断,这就要靠正确的临床思维。目前各种现代化的检查方法很多,但如何选择最有诊断价值的和最有直接关系的检查项目,除了依靠扎实的临床医学知识外,也要靠临床思维;如何分析病人的每一个临床症状及其每一项异常的检查结果,判断其临床意义以及在某一疾病诊断中的重要性,还是要靠临床思维。临床思维是以牢固的医学理论为基础并进行长期反复临床实践的经验总结。强调培养正确临床思维的重要性,这正是撰写此书的目的。

本书以消化系统主要症状和体征为基础,以临床思维方法为主导,对收集的 168 例具有典型特色的病例进行分析,并总结其经验教训。

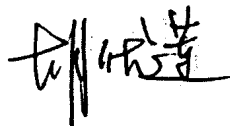
本书不同于教科书,也不同于一般基础理论性书刊,此书是作者从几十年临床积累的典型病例中,用自己的临床思维方法对每一病例进行系统分析,包括病例特点、诊断思路和程序以及诊断中的经验教训等。这在教科书中是难于见到的,内容可贵。部分病例还附有图片,可谓图文并茂。

由于不同的专家撰写内容不同,所以每一病例的诊断思路或模式不尽相同,故在编辑过程中未予改变,特此说明。

本书特请我国著名临床医学专家张树基教授撰写《重视临床思维方

法的培养》一文,在此表示由衷的感谢。张树基教授不仅基础理论扎实,知识渊博,而更重要的是他从医 50 年来积累了丰富的临床经验。到北大医院进修过的医师深有感慨地说,“跟张树基教授查房 1 年,胜读 10 年书”;张树基教授每次查房都挤满了人是因为大家都渴望从他那里学习从书本上学不到的临床经验。

由于我们水平有限,在编写过程中存在的问题或错误在所难免,敬请广大读者批评指正。



(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书紧紧围绕消化系统疾病这一主题,针对千差万别的病人及其所表现出来的稀奇古怪的体征,论述了灵活而准确地进行临床思维的方法。对 168 例典型病例及其翔实的资料和图片,作了步步的纵向深入,层层地横向剖析,一环扣一环的逻辑推理。从成功的经验及失败的教训中,浓缩出了一套独具特色的临床思维指南,具有很强的指导意义。凡是重视临床思维的医务工作者均值得一读。

我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干

科学技术文献出版社是国家科学技术部所属的综合性出版机构,主要出版医药卫生、农业、教学辅导,以及科技政策、科技管理、信息科学、实用技术等各类图书。

目 录

第1章	吞咽困难	王化虹	刘建湘(1)
第2章	食管源性胸痛	王化虹	刘建湘(19)
第3章	呕吐	顾亚琦 邹 明	李虹义(29)
第4章	腹痛	李世荣 盛剑秋 赵晓军 董欣红	胡伏莲(121)
第5章	上消化道出血	成 虹	胡伏莲(218)
第6章	下消化道出血	岳玉文	郑 力(237)
第7章	黄疸	彭晓君	王春平(313)
第8章	腹泻	张希全 刘建湘	胡伏莲(420)
第9章	便秘	董欣红	胡伏莲(437)
第10章	腹水	谢鹏雁 刘正新 刘方旭 董欣红 成 虹 胡伏莲	(443)
第11章	腹部包块	刘正新 董欣红 胡伏莲	那 加(484)
第12章	肝脾肿大	田惠英 成 虹	胡伏莲(503)

吞咽困难

第1节 概 述

一、简要含义

吞咽困难(dysphagia)是指在咽下食物或饮水时感到费力、梗阻感或“发噎”,是食物自口腔到胃的过程中发生梗阻而出现的一个症状。通常开始时是在吃固体食物时发生梗噎,严重者连水也难以咽下。

二、发病机制

吞咽是一个复杂的过程,包括随意的和不随意的肌肉运动,要求口腔、咽、喉和食管的肌肉协调运动,才能有效地将食物从口腔送入胃内。吞咽过程可以分为三期:口期、咽期和食管期。①口期 此期是在大脑皮层支配下的随意运动。食物在口腔内经咀嚼并和唾液混匀形成一定性状的食丸,并被送到舌背中间沟的一个特定位置,随后,舌与硬腭和软腭协同运动形成一定的压力差,将食丸送入咽部。

②咽期 此期食团经咽传送到食管为非随意运动,是由口期刺激引起的反射动作。食团通过舌快速向后运动传入食管,咽缩肌呈蠕动性收缩并与软腭、舌根和喉之间保持高度协调。在食团运动过程中,上咽缩肌收缩、软腭上抬与咽后壁接触,从而封闭鼻腔;舌根上抬达硬腭和软腭从而关闭口腔。食团运动中各部肌肉协调收缩从而达到气道保护的作用。③食管期 食团经食管入胃为非随意运动,食管蠕动性收缩同时下食管括约肌(LES)松弛将食团送入胃内。因此,成功的吞咽动作要求神经、肌肉和解剖结构之间的功能保持高度协调性,其中任何一个环节出现结构或功能障碍均可引起吞咽困难。

三、病因及分类

发生梗阻的部位可以在咽部或食管,称为口咽性吞咽困难或食管性吞咽困难。引起梗阻的原因可为功能性或器质性;可为局部病变所致,也可由全身病变引起。

(一)口咽性吞咽困难(oropharyngeal dysphagia, OPD)的常见病因

1. 口、咽部炎症 口腔炎、咽炎、咽后壁脓肿、扁桃体周围脓肿等。
2. 外周/中枢神经系统病变 ①脑血管病变。②头部外伤。③神经系统退行性病变(如帕金森病、肌萎缩侧索硬化症、多发性硬化、阿尔采默病)。④脊髓灰质炎/脊髓灰质炎后综合征。
3. 肌肉/神经肌肉病变 ①多发性肌炎/皮肌炎。②重症肌无力。③代谢性肌病如甲状腺肌病。④肌营养不良。⑤Kearns-Sayre 综合征。
4. 局部结构异常 ①头颈部肿瘤。②口咽/喉手术切除。③放射损伤。④Zenker 憩室。⑤外压病变如甲状腺肿、颈椎。⑥环咽肌失弛缓症。

(二)食管性吞咽困难(esophageal dysphagia)的常见病因

1. 神经肌肉病变 ①贲门失弛缓症。②弥漫性食管痉挛。③继发性食管痉挛。④结缔组织疾病如系统性硬化症、干燥综合征。
2. 机械性梗阻 ①食管肿瘤。②食管良性狭窄(炎症、消化性溃疡、结核等)。③食管异物。④食管蹼。

3. 外压病变 ①纵隔肿瘤。②食管裂孔疝。③食管憩室。④心血管病变。
4. Plummer-Vinson 综合征。
5. 其他 强酸、强碱引起腐蚀性食管炎,某些药物引起的食管炎症。

四、临床表现及与疾病和症状的关系

吞咽困难由于其病因及发生梗阻部位的不同,临床表现亦各不相同。病人多可明确指出发生咽下困难及感到不适或疼痛的部位,而且往往与病变部位一致。

(一) 口咽性吞咽困难

由口、咽部位炎症引起的吞咽困难,病人在吞咽时常有相应部位的疼痛。由面神经麻痹引起者,特别是双侧面神经麻痹者,食物多积存在口腔的两侧颊部,并伴唾液分泌减少、味觉障碍,泪液分泌也减少;由舌下神经麻痹引起者,舌运动障碍,发生咀嚼及吞咽困难,同时伴构音障碍;由舌咽、迷走神经麻痹引起者,因软腭麻痹而发生吞咽困难,伴呛咳,饮水可自鼻腔流出,讲话有鼻音。真性或假性球麻痹者,同时存在舌咽、迷走、舌下、副神经功能障碍,出现舌肌、软腭、咽肌麻痹,表现为吞咽困难、咀嚼无力、饮水呛咳并自鼻腔流出,伴发音和言语困难。重症肌无力患者可出现咀嚼肌、咽喉肌、舌肌无力,其吞咽困难随吞咽时间的延长而逐渐加重。多发性肌炎咽肌受累时出现吞咽困难,急性者可出现发热、咽痛、倦怠及肌痛、肌肉压痛、肌无力。眼-咽型肌营养不良症为一遗传性疾病,咽部肌肉受累可出现吞咽困难,伴眼睑下垂。舌、咽、喉部有肿瘤时,除吞咽困难外,可出现因肿瘤压迫和侵袭而产生的症状。Zenker 憩室位于 UES 上方,压迫食管可出现吞咽困难,食物咽下后常又迅速返回到口腔。

(二) 食管性吞咽困难

病人在咽下时常感胸骨后胀满、梗噎,并可指出发生梗噎的部位。根据从咽下到发生梗噎的时间,可估计食管病变的部位。食管中段病变,吞咽后 2~5 秒出现梗噎感,部位在胸骨后;食管下段病变,吞咽后 5~15 秒出现梗噎感,部位在剑突下。由于神经、肌肉病变引起食管运动功能障碍时,进食固体和液体食物均可出现吞咽困难,因食管癌等引起机械性梗阻时,开始为进食固体食物出现吞咽困难,以后进食液体食物也出现吞咽困难。引起食管性吞咽困难最常见的病因为食管癌和反流性食管炎。反流性食管炎早期因为反流物引起食管的局部痉挛而发生间歇性

吞咽困难,晚期因炎症致瘢痕狭窄而产生持续性吞咽困难,伴反酸、烧心、胸骨后疼痛及其他反流相关症状。因吞服强酸、强碱引起腐蚀性食管炎,轻者产生粘膜水肿、充血,重者糜烂、溃疡,甚至穿孔,初期表现为吞咽困难、吞咽疼痛及胸骨后疼痛,后期症状逐渐加重甚至完全梗阻。Barrett 食管的临床表现与反流性食管炎相同。贲门失弛缓症可发生胸骨后疼痛和吞咽困难,症状时轻时重,精神紧张、劳累可诱发或加重吞咽困难,甚至出现呕吐。弥漫性食管痉挛表现为胸骨后疼痛及吞咽困难,可出现吞咽疼痛,但不一定同时出现,症状呈间歇性发作,冷、热食物均可诱发。Plummer-Vinson 综合征由缺铁所致,表现为缺铁性贫血、口角炎、舌病变及吞咽困难,其吞咽困难为间歇性。系统性硬化症 90% 有食管病变,食管蠕动减弱可出现吞咽困难,也可出现反流症状。

(三) 伴随症状

1. 伴有咽痛 见于急性咽炎、急性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、咽后壁脓肿、咽/喉白喉、口腔溃疡。
2. 伴有胸骨后疼痛 见于食管炎、食管溃疡、食管异物、晚期食管癌、纵隔炎。
3. 伴有呃逆 见于膈疝、贲门失弛缓症。
4. 伴有哮喘、呼吸困难 见于纵隔肿物压迫食管和大气管。大量心包积液因压迫食管也可引起吞咽和呼吸困难。
5. 伴有餐后呛咳 见于反流性食管炎、咽或食管憩室、贲门失弛缓症。
6. 伴有呛咳、构音困难、饮水反流到鼻腔 见于颅神经疾病。
7. 伴有咀嚼无力、全身无力 见于重症肌无力、多发性肌炎。
8. 伴有口腔干燥、泪少 见于干燥综合征。
9. 伴有全身阵发肌肉痉挛 见于破伤风、狂犬病。
10. 伴有贫血 见于 Plummer-Vinson 综合征。晚期食管癌也可有类似表现。
11. 精神紧张、情绪激动时发生 见于食管痉挛、贲门失弛缓症。

五、诊断

吞咽困难症状非常重要,即使症状不明显,也要引起重视,因为某些严重疾病就是从吞咽困难开始,如食管癌、硬皮病等,所以应尽可能早期明确病因。首先应详细询问病史和进行体格检查,其次要进行必要的辅助检查。辅助检查主要包括:①X 线造影检查。②内镜检查及活检病理组织学检查。③食管压力测定。④24

小时食管内 pH 值监测。

(王化虹)

第2节 病例分析

【病例1 吞咽困难伴呕吐】

一、病历摘要

患者李××,男性,51岁,病历号9291587,因“间断进食梗噎感20年,加重伴呕吐1年”入院。患者20年来无明显诱因间断发作进食梗噎感,咽下困难,每隔3~4个月发生1次,进食冷、硬食物更甚,可自然或进食热水缓解,无吞咽疼痛、反酸、胸骨后烧灼感及恶心、呕吐,未予诊治。1年来吞咽困难加重,发作频繁,每月发生2~3次,伴进食后呕吐,呕吐物为所进食物,无呕血及隔夜食物。于当地医院就诊,诊断不清,予吗丁啉、庆大霉素、盖胃平等治疗,症状有所好转,每月发作1次左右。1个月前受凉后咳嗽、咯白痰,咽下困难加重,吞咽时胸骨后痛,呕吐后稍缓解。自服吗丁啉,近半月来未发作呕吐。1年来体重下降5kg。既往体健。

体格检查 T 36.5℃,BP 110/70mmHg,R 16次/分,P 72次/分,身高165cm,体重50kg。一般情况稍差,发育正常,营养稍差。皮肤、巩膜无黄染,未见皮疹、出血点及蜘蛛痣,双侧腋下可及数个米粒至黄豆大小淋巴结,质硬,活动可,无压痛,余浅表淋巴结未及肿大,双侧锁骨上淋巴结未及。伸舌居中,甲状腺不大。心肺腹未见异常。双下肢不肿。

实验室检查 血、尿、便常规正常,血沉25mm/第1h末。肝肾功能正常。胃镜检查(GIF-XQ30):食管下端狭窄,粘膜欠光滑,开口约0.3cm,镜身不能通过,病理显示为食管下段鳞状上皮单纯增生。

诊疗经过 入院后行上消化道造影,显示:食管下端明显扩张,呈鸟嘴状,钡剂通过受阻,贲门管明显缩窄,缩窄段长约6cm,管壁尚柔软,喝温水后缩窄段可轻度扩张,钡剂可间歇通过,未见明显粘膜破坏及其他征象,考虑为“贲门失弛缓症”(见吞咽困难图1)。食管压力测定显示:LES压力大致正常,但位置及长度不十分清