

协和

临床思维指导丛书

XIEHE LINCHUANG SIWEI ZHIDAO CONGSHU



消化 系疾病 诊断与诊断评析

主编 © 陆星华 钱家鸣

IAOHUAXIJBING

ZHENDUAN

YU

ZHENDUANPINGXI

上海科学技术出版社

协和
临床思维指导丛书

消化系疾病

诊断与诊断评析

主编 / 陆星华
钱家鸣

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系疾病诊断与诊断评析/陆星华,钱家鸣主编.

上海:上海科学技术出版社,2006.5

(协和临床思维指导丛书)

ISBN 7-5323-8257-5

I. 消... II. ①陆... ②钱... III. 消化系统疾病—
诊断 IV. R570.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 130303 号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 25.75

字数 560 千字

2006 年 5 月第 1 版

2006 年 5 月第 1 次印刷

定价: 75.00 元

如发生质量问题,读者可向工厂调换

内 容 提 要

本书是一侧重于消化系疾病临床诊断思维的专著,由北京协和医院富有临床经验的 30 余位教授、专家共同编写而成。全书共 60 章,针对临床常见的消化系疾病,着重介绍诊断思路,包括诊断方法、诊断流程、诊断依据、诊断评析和鉴别诊断等。目的是帮助临床医师,尤其是初入消化病学专科的年轻医师建立正确的临床诊断思维方式,及时、简捷、准确地进行诊断,减少漏诊和误诊,提高诊断水平。

编写者 名单

主 编 陆星华 钱家鸣

编写者 (按姓氏笔画为序)

王伟岸	王爱霞	王智凤	贝 濂	方秀才
邓国华	吕 红	朱 峰	朱丽明	刘晓红
刘晓清	孙 钢	孙 越	孙晓红	麦灿荣
杨爱明	李景南	李晓波	吴梓涛	陆星华
陈寿坡	柯美云	赵荣国	赵零卿	费贵军
姚 方	秦树林	钱家鸣	郭建强	郭树彬
鲁重美	温小恒	潘国宗		

秘 书 杨晓鸥

前言

我们当前正处在一个科学技术迅速发展的时代,在疾病诊断领域,新的实验室检查方法、新的诊断仪器和新的诊断技术似雨后春笋般不断问世,并且迅速应用于临床。新技术的引入,有力地促进诊断学发展,一些疾病的诊断由以往比较复杂、困难变得简便快捷,疾病诊断模式、方法、策略也与以往有所差别。然而,当前在临床上对消化系疾病诊断和处理的实际操作远非理想,诊断技术的选择和评价与国际上的认识和实践有一定的差距,一些非规范化的诊断步骤在临床实践中经常可见。有鉴于此,本书侧重于阐述消化系疾病的临床诊断思维,与其他著作不同之处在于并非系统描述各种消化系疾病的基础理论、临床表现和研究进展,而是着重介绍诊断思路,包括诊断方法、诊断流程、诊断依据、诊断评析和鉴别诊断等,目的是帮助临床医师,尤其是初入消化病学的年轻医师建立正确的临床诊断思维方式,及时、准确地进行诊断,减少漏诊和误诊,提高医疗诊断水平。

本书全体编委和作者都是在临床第一线工作数十年的专家,在长期的实践中积累了丰富的临床诊治及教学经验。本书是这些宝贵经验的总结和奉献,以期成为内科尤其是消化科各级临床医师的一本实用的、有一定借鉴意义的临床参考书。

鉴于编撰时间仓促和水平有限,书中如有不妥和疏漏之处尚请同道赐教指正。

陆星华 钱家鸣

2005年12月

目 录

第一章 上消化道出血 1

第二章 下消化道出血 7

第三章 黄疸 14

第四章 腹水 19

第五章 弥漫性食管痉挛 25

第六章 贲门失弛缓症 29

第七章 食管裂孔疝 36

第八章 胃食管反流病 42

第九章 食管感染 52

第十章 食管肿瘤 56

第十一章 食管损伤 61

第十二章 食管气管瘘 64

第十三章 食管憩室 67

第十四章 幽门螺杆菌感染 69

第十五章 慢性胃炎 76

第十六章 消化性溃疡病 81

第十七章 卓-艾综合征 86

第十八章 功能性消化不良 95

第十九章 巨大胃黏膜肥厚症 100

第二十章 胃轻瘫综合征 104

第二十一章 胃癌及其他胃肿瘤 111

第二十二章 感染性腹泻与细菌性食物中毒 119

第一节 细菌性痢疾 121

第二节 大肠杆菌性肠炎 122

第三节 非伤寒沙门菌胃肠炎 123

第四节 空肠弯曲菌肠炎 124

第五节 霍乱 125

第六节 病毒性胃肠炎 126

第七节 细菌性食物中毒 127

第二十三章 肠寄生虫病 129

第一节 阿米巴肠病 129

第二节 贾第鞭毛虫病 132

第三节 隐孢子虫病 135

第二十四章 急性坏死性小肠结肠炎 139**第二十五章 肠结核 143****第二十六章 炎症性肠病 149****第二十七章 吸收不良综合征 159****第二十八章 肠易激综合征 174****第二十九章 胃肠道类癌和类癌综合征 185****第三十章 小肠肿瘤 191****第三十一章 慢性假性肠梗阻和其他胃肠道肌肉神经病变 197****第三十二章 大肠癌 204****第三十三章 胃肠道血管畸形 209****第三十四章 缺血性肠病 213****第三十五章 病毒性肝炎 216**

第三十六章 肺结核 225

第三十七章 肝脓肿 229

第一节 细菌性肝脓肿 229

第二节 阿米巴肝脓肿 233

第三十八章 肝包虫病 238

第三十九章 脂肪性肝病 244

第四十章 酒精性肝病 251

第四十一章 肝硬化 259

第四十二章 肝硬化并发症 266

第一节 门脉高压症 266

第二节 肝性脑病 269

第三节 肝肾综合征 273

第四十三章 肝豆状核变性 277

第四十四章 肝淀粉样变性 281

第四十五章 自身免疫性肝炎 284

第四十六章 原发性肝癌 293

第四十七章 药物性肝病 301

第四十八章 急性胆系感染 309**第四十九章 胆石症 313**

- 第一节 胆囊结石 313
- 第二节 肝外胆管结石 317
- 第三节 肝内胆管结石 320

第五十章 胆道运动性疾病 324

- 第一节 胆囊运动障碍 324
- 第二节 Oddi 括约肌功能障碍 326

第五十一章 胆道的先天异常 330

- 第一节 先天性胆道闭锁 330
- 第二节 先天性胆总管囊肿 331

第五十二章 胆囊和胆管肿瘤 334

- 第一节 胆囊癌 334
- 第二节 胆管癌 336

第五十三章 硬化性胆管炎 340**第五十四章 胰腺炎 344**

- 第一节 急性胰腺炎 344
- 第二节 慢性胰腺炎 349

第五十五章 胰腺癌 357**第五十六章 胰腺内分泌肿瘤 367****第五十七章 胰腺的先天性疾病 377**

第一节	环状胰腺	377
第二节	胰腺分裂症	378
第三节	异位胰腺	379
第四节	胰腺先天性囊肿	379

第五十八章 结核性腹膜炎 381

第五十九章 腹膜间皮瘤 385

第六十章 腹膜后纤维化 394

第一章

上消化道出血

一、概述

上消化道出血(upper gastrointestinal bleeding, UGIB)一般系指 Treitz 韧带以上的消化道,包括食管、胃、十二指肠、胰管和胆道的出血,是临床常见而严重的症状。75.8%的上消化道出血是自限性的,仅需支持治疗;而其他出血病例占上消化道出血有关死亡率的10%。随着诊断与治疗技术的进步,对出血部位、病因能迅速作出诊断,及时治疗;反之,常可导致患者死亡。因此,必须对能引起上消化道出血的诸多病因有明确的认识,才能尽快作出鉴别诊断。

引起上消化道出血的原因很多,按照发病机制可分为以下5类。

- (1) 炎症性疾病:食管炎、胃溃疡、十二指肠溃疡及应激性病变。
- (2) 机械性疾病:食管裂孔疝、食管贲门黏膜结合部撕裂症及胆管出血。
- (3) 血管性疾病:食管胃底静脉曲张、肠系膜血管栓塞、血管瘤、遗传性出血性毛细血管扩张症及 Dieulafoy 病。
- (4) 赘生物:息肉、平滑肌瘤、肿瘤等。
- (5) 全身性疾病:血液病、尿毒症及胶原性疾病。

二、临床表现

1. 呕血、黑便 一般说来,幽门以下出血易致黑便,而幽门以上出血易致呕血,但如出血量少,血液在胃内未引起恶心、呕吐,则全部自下排之,呈黑便。反之,如出血量大,滞留在胃内的血液或幽门以下反流至胃内的血液引起恶心、呕吐,产生呕血。有黑便的病例可无呕血,但有呕血的患者均有黑便。呕出血液的性质主要取决于血液在呕出前是否经过胃酸的作用。如出血量多且血液在胃内滞留时间短,则呈暗红色血块,甚至为鲜血。反之,经胃酸充分作用后,则呈咖啡样或黑褐色。上消化道血液向下排出时,经过肠道消化作用,一般呈黑便。但有些病例由于突然大量出血,肠蠕动亢进,患者可排出暗红色、液状粪便,甚至相当新鲜的血便。粪便的颜色主要取决于血液在肠道内停留时间的长短。

2. 出血量和休克的估计

(1) 病史与临床指标:成人一般消化道出血 5~10 ml,可出现粪便隐血阳性,出血达到 60~100 ml,可出现柏油样便。上消化道短时间内出血达 250~300 ml,可引起呕血。出血量不超过 400 ml,循环血容量的减少可很快被肝、脾贮血和组织液所补充,故无临床

表现。出血量超过 400~500 ml 时,可出现临床症状。中等量失血(占全身血容量的 15% 左右,约 800 ml),即使出血缓慢,均可引起贫血或进行性贫血,临床表现为头晕、乏力,突然起立时可出现晕厥,以及口渴、肢体发冷、血压偏低、脉率 100~110 次/min 等症状。大量出血达全身血量的 30%~50% 时(1 500~2 500 ml)即可产生休克,临床表现为烦躁不安或神志不清、面色苍白、四肢湿冷、口唇发绀、呼吸困难、血压降低,收缩压<10.7 kPa (80 mmHg),脉压差<3.3~4.0 kPa(25~30 mmHg)及脉搏快而弱(脉率>120 次/min),尿量减少甚至无尿等,若处理不当可导致死亡。

(2) 胃管抽吸液检查:不但对确定有无活动性出血和估计出血量具有价值,而且监测活动性出血可较其他出血指标提前数小时获得阳性结果。国内学者亦证实,中心静脉压下降与胃管抽吸液中有新鲜血液平行出现,早于收缩期血压改变。因此,胃管抽吸液检查是判断胃、食管等部位出血简便易行而有效的方法,但对十二指肠及其以下部位出血则意义不大。

(3) 血液学检查:可借助红细胞计数、血红蛋白及血细胞比容测定来估计失血程度,但不能在急性失血后立即反映出来,且多受出血前有无贫血的影响。实验证明,一次出血后,直到血浆稀释 1 倍,红细胞计数、血红蛋白与血细胞比容才会出现明显降低。这是一个逐步发展过程,需历时 8~12 h,在出血早期血液学指标可能正常或高于正常,有时被错认为出血量不大,因此,动态观察实属必要。判断上消化道出血的血液学指标见表 1-1。

表 1-1 判断上消化道出血的血液学指标

失血量(%)	血红蛋白(g/L)	红细胞计数($\times 10^{12}/L$)	血细胞比容
10~15	>100	>4	>0.4
20	70~100	3~4	0.35~0.4
>30	<70	<3	<0.3

(4) 休克指数:休克指数=脉搏/收缩压(mmHg),正常为 0.54。休克指数为 1,失血量为血容量的 20%~30%,休克指数为 1.5~2.0,提示血容量丧失 30%~50%。

(5) 中心静脉压(CVP)测定:能反映患者血容量和活动性出血。失血引起的循环改变,静脉系统的表现较动脉系统更早,因此,CVP 能早期反映有效循环血容量的变化,可连续监测,能预知液体过量或不足。CVP 正常范围较大(0.59~1.18 kPa)。对活动性出血患者,其 CVP 稳定于正常值,95%以上患者出血已止或其出血量不大;CVP 持续<0.49 kPa 或波动不稳,尽管脉搏和血压尚属正常,亦应考虑患者有活动性出血及液体量不足。

3. 判断出血是否停止或再出血 患者在一次出血后,如每日均排大便,一般 1~3 日后便色即可恢复正常。黑便持续天数受患者排便次数的影响,因此不能仅以此来估计出血是否停止,应反复测量其脉搏与血压,直至恢复正常并保持稳定,方可认为已无活动性出血。

(1) 临床上判断继续出血或再出血的指征:①反复呕血,或胃管抽吸液继续为血性,或呕血转为鲜红色。②黑便持续存在,或次数增多,质更稀薄,甚至转为暗红色,伴肠鸣音

亢进。③外周循环衰竭的表现经补充血容量后并未明显改善,或虽有暂时好转而又恶化。④经快速补液和输血后,CVP波动,或稍见稳定后又有下降。⑤血常规检查见红细胞计数、血红蛋白与血细胞比容测定继续下降,网织红细胞计数持续增高。⑥在补液量和排尿量足够的情况下,尿素氮持续下降或再次升高。⑦内镜下见病灶部位或边缘有新鲜出血或渗血。⑧选择性动脉造影见病变处有多染色区。

(2)临床上提示有再出血可能的征兆:①呕血患者再出血的机会比仅有黑便者为多。②首次出血量大。③动脉破裂。④老年人伴有明显动脉硬化。⑤食管胃底静脉曲张破裂出血。⑥病灶处呈隆起的红色小斑点或小血管,或假动脉瘤形成。

一般认为,一次出血后超过48h未再出血时,则再出血的机会明显减少。

判断出血量的临床各项指标均有助于活动性出血的观察,但都不十分及时、可靠,仍以内镜检查及选择性动脉造影最为准确,CVP与胃管抽吸液监测也不失为一种简便、有效的方法。

三、诊断方法

1. 大便隐血检查 简易有效,往往在无症状的早期消化道肿瘤中可获得阳性结果。

2. X线胃肠钡餐造影 对诊断溃疡病有70%~90%的准确性,但在消化道出血状态下,患者不能站立或胃内存积大量血凝块时,不宜进行。一般主张病情稳定3~7日后再作此项检查,而且检查时不宜按压。钡剂存在于胃肠道中会影响血管造影。

3. 急诊内镜检查 常被列为急性上消化道出血的首选诊断方法,其对出血部位和病因诊断正确率高达80%。急诊胃镜检查不仅可确定有无出血病灶,还可根据出血表现区分活动性出血或近期出血。活动性出血指病灶有新鲜喷血或渗血;近期出血则可见病灶的基底呈棕褐色,附着血块或血痂,黏膜上有出血斑点,或见到隆起小动脉。急诊胃镜检查使急性黏膜病变的发现率亦显著提高,若存在2个或多个病变,急诊胃镜检查可确定其出血部位所在,并可进行内镜下止血治疗。

急诊内镜检查时应注意以下几点。

(1)血容量不足或休克情况下,必须首先予以纠正,使血压稳定。

(2)做好解释工作,取得患者密切配合。

(3)内镜检查时操作要熟练,动作细心轻巧,避免引起强烈刺激反应或黏膜损伤。

(4)心肺功能不全或严重心律失常患者,应禁忌此项检查。

4. 选择性腹腔脏器动脉造影

(1)对消化道出血的诊断率:可达70%~95%,其指征为①急诊内镜检查未发现病变或新鲜及近期出血灶者。②临床考虑内镜不能到达病变部位者。③内镜发现有出血,但难以作出定性和定位诊断者。④因各种原因不能接受急诊内镜检查,而又急需明确诊断者。

动脉造影是发现病变的主要方法,临床除血管畸形、动脉瘤或一些多血管性肿瘤所致消化道出血外,必须在活动性出血时进行动脉造影,且动脉出血量在0.5 ml/min以上者才能显示造影剂自血管溢出,从而确定出血部位。

(2) 动脉造影的并发症:其发生率为 0.52%,病死率为 0.05%。主要并发症有以下几种。①操作引起,包括局部出血、血肿、动脉痉挛、血栓形成、感染等。②药物引起,包括过敏反应、造影剂引起急性肾小管坏死等。③引起栓塞,包括局部腹痛、发热、非出血部位的动脉栓塞和脓肿形成。

5. 放射性核素^{99m}Tc 腹部扫描 这是一种简单、非创伤性的且适合于危重患者的诊断方法。Nicholson 利用血管内指示剂确定出血部位,即^{99m}Tc 体内标记红细胞扫描法,敏感性为 97%,特异性为 85%,可检出出血速度为 0.05~0.1 ml/min 的病变部位。上海华山医院 26 例研究结果,敏感性为 94%,假阴性率为 6%,特异性为 87.5%,假阳性率为 12.5%,定位精确性为 90.9%,尤其对小肠梅克尔(Meckel)憩室出血诊断很有意义。标记红细胞的^{99m}Tc 的半衰期长达 36 h,因而可重复扫描。

6. 双气囊小肠镜 2002 年由 Fujinon 公司开发的双气囊小肠镜开始应用于临床,内镜长度 2 m,经口到回肠,检查时间 30~60 min。上消化道为经口腔到达回肠中段(1-4 组小肠)与下消化道为经肛门到达回肠下段(6-4 组小肠)汇合,这样双气囊小肠镜检查小肠不存在盲区。此外,双气囊小肠镜还可以做活检,必要时在内镜下进行治疗。目前国内外已广泛应用。

7. 胶囊内镜 胶囊内镜术对小肠疾病的患者具有很高的潜在诊断价值,尤其适用于原因不明消化道出血。而且操作简便、依从性好,患者都能耐受,没有明显副作用。Delvaux 等报道 44 例消化道出血,22 例为明显性出血,22 例为隐性出血,胶囊内镜发现小肠病变 18 例(41.9%),况且还发现上消化道内镜未发现的病变 4 例,下消化道病变 3 例。胶囊内镜对小肠病变阳性预测值为 94.4%,阴性预测值 100%。Garcia-Compean 等报道 1 例男性患者,3 年来反复黑便 3 次,曾做过 3 次上消化道内镜检查、3 次结肠镜、2 次小肠核素扫描、1 次肠系膜血管造影、1 次 CAT 扫描均未发现病变。但胶囊内镜显示在回肠处有 0.8 cm 肿瘤,进行外科手术切除,病理检查证实为类癌,病变已浸润达浆膜层。类癌具有高度浸润性,早期诊断是必要的,胶囊内镜可以观察整个小肠,尤其在消化道出血,上消化道内镜及结肠未发现病变时进行。

(1) 适应证:①不明原因的消化道出血。②其他检查提示小肠影像学异常。③慢性腹痛疑为小肠器质性疾病所致。④慢性腹泻。⑤了解克罗恩病和乳糜腹泻累及的范围,观察手术吻合口情况。⑥监控小肠息肉病综合征的发展。

(2) 禁忌证:①胃肠梗阻、无手术条件者以及拒绝接受任何外科手术者。②严重胃动力障碍者,包括未经治疗的贲门失弛缓症和胃轻瘫患者(除非先用胃镜将胶囊送入十二指肠)。③患者体内如有心脏起搏器或已植入其他电子医学仪器。

(3) 并发症:主要的并发症是胶囊内镜滞留于狭窄近侧,有些狭窄可事先预测,有些则是完全无法估计到的。滞留率约为 5%,滞留于狭窄近端的胶囊在该处不断翻滚,最终多数能通过狭窄处,仅不到 1%患者需通过外科手术取出。滞留主要发生于未经诊断的克罗恩病、非甾体抗炎药(NSAID)所致的蹼以及缺血性狭窄等。胶囊内镜滞留往往不产生任何症状,只是在回放读片时被发现。这时如出现短暂腹痛往往提示胶囊内镜正通过狭窄段。数日后可经腹部 X 线平片了解胶囊内镜是否自行通过,如还未通过狭窄段,则需考虑外科手术取出胶囊内镜,并切除病变肠段。

8. 术中胃镜或结肠镜检查 其指征为:①肉眼未发现病灶。②多发性小肠病变。③确定有无术前显示病变,一般应用于选择性腹腔动脉和(或)放射性核素腹部扫描阴性的消化道出血患者。

四、诊断流程

消化道出血的诊断流程见图 1-1。

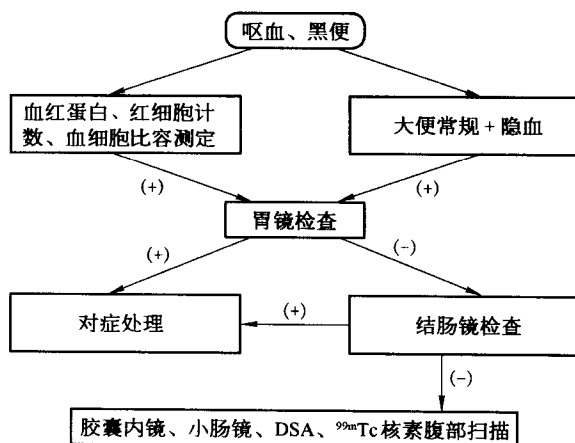


图 1-1 消化道出血的诊断流程图

五、诊断评析

综上所述,各种检查方法的临床诊断价值不一,各具特点,因此应该合理选择,综合应用,相互补充。急诊内镜检查对大多数上消化道出血能明确诊断,应列为首选方法,但少数疑难病例仍要依赖于胶囊内镜和(或)双气囊小肠镜,或选择性血管造影或放射性核素^{99m}Tc腹部扫描。对上述4项检查均阴性者,则在出血时做术中内镜检查,以帮助寻找病灶,明确病变,进行手术治疗。

六、鉴别诊断

在消化道出血的诊断过程中,必须注意以下几个问题。

1. 首先排除消化道以外的出血

(1) 排除来自呼吸道出血:大量咯血时,可吞咽入消化道,而引起呕血或黑便。

(2) 排除口、鼻、咽喉部出血:注意病史询问和局部检查。

(3) 排除进食引起的黑便:如动物血、炭粉、含铁剂的治疗贫血的药物或含铋剂的治疗胃病的药物等,注意询问病史即可鉴别。

2. 判断上消化道还是下消化道出血 见表 1-2。