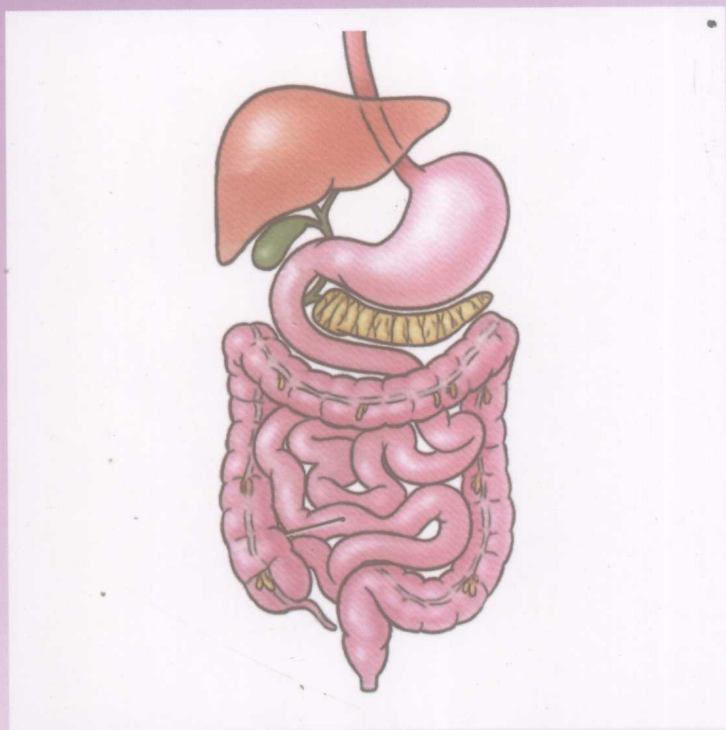


临床症状鉴别诊断丛书

总主编 刘德铭

# 消化疾病症状鉴别诊断学



主编 张 军

 科学出版社  
www.sciencep.com

临床症状鉴别诊断丛书

总主编 刘国瑞

# 消化疾病症状鉴别诊断学



主编 董 强

人民卫生出版社  
People's Health Press

临床症状鉴别诊断丛书

总主编 刘德铭

# 消化疾病症状鉴别诊断学

主 编 张 军

·

科学出版社

北 京

## 内 容 简 介

本书以症状、体征和影像征象为纲、疾病为目介绍消化疾病的诊断及鉴别诊断要点,重点突出、简明扼要,以切合临床实用为出发点,分为症状、体征、消化系统常见综合征、肝功能异常和消化疾病影像学诊断与鉴别诊断五个部分。本书重点阐述各相关疾病间的相同点和不同之处,抓住其特征性表现,理出清晰的诊断及鉴别诊断思路,为临床诊断分析提供更有价值的线索。在每部分的前面几节分别介绍导致该症状、体征等的病因、发病机制和诊断、鉴别诊断思路等,最后不仅以图表的形式概括了诊断和鉴别诊断流程,还列举了作者所经历的典型病例,并提炼出值得吸取的经验和教训,这也是本书的特色之处。全书内容丰富全面、特色鲜明、实用性强,既可供消化内科主治医师、住院医师及研究生阅读,也可供其他临床相关科室的医师参考。

### 图书在版编目(CIP)数据

消化疾病症状鉴别诊断学/张军主编. -北京:科学出版社,2009

(临床症状鉴别诊断丛书/刘德铭总主编)

ISBN 978-7-03-024768-1

I. 消… II. 张… III. 消化疾病—鉴别诊断 IV. R570.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 097391 号

策划编辑:沈红芬 吴茵杰 / 责任编辑:戚东桂 / 责任校对:刘小梅

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双 青 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2009 年 7 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2009 年 7 月第一次印刷 印张:44 1/4

印数:1—2 000

字数:1 060 000

定价:178.00 元

如有印装质量问题,我社负责调换

# 临床症状鉴别诊断丛书

## 前言

疾病的发生是一个非常复杂的过程,其表现也是千差万别。不同患者患同一疾病时,其临床表现可大不一样;出现症状不一定是患病了,而有可能是正常的生理反应;多种疾病可有相同的临床表现。例如,发热、心悸是临床常见的症状,许多疾病都可有此症状,但是在生理情况下也可出现。如剧烈运动时,体温略有升高,心跳加速,从而使人有发热和心悸的感觉。又如呼吸困难这一极为常见的症状,患呼吸系统疾病时可以出现,患心脏疾病时也很常见,其他如消化、泌尿、血液、内分泌、神经、结缔组织疾病和外伤时均可出现。因此,面对病人诉说的症状、体格检查时获得的体征和各种辅助检查所得的结果,临床医生尤其是年轻的医生经常感到千头万绪,难以做出明确的诊断。有研究报道,尽管现代医学高科技检查项目繁多,但是临床误诊率仍然高达25%~35%。因此,帮助年轻医生提高对疾病诊断和鉴别诊断的能力,降低临床误诊率,是摆在我们面前的一个重要问题。尽管目前已有多种有关疾病诊断和鉴别诊断的书籍出版,但是尚未有一套按照临床医师诊治病人的思维模式展开,系统地从症状、体征、各种实验室检查结果和影像学表现等来进行疾病诊断与鉴别诊断的丛书。为了弥补这一空白,科学出版社组织了全国高等医学教育学会诊断学分会的一些专家编写了本套丛书,较为全面、完整地论述了各系统疾病鉴别诊断的思路和方法。

翻开书本,读者就会发现本丛书是按一种新的结构、新的体例来进行编写的,并且具有以下几个特点:

首先,从诊治程序出发,按照临床医生的诊治思维模式展开。每章在对疾病进行概述、病因和发病机制介绍后,提出诊断思路。诊断过程遵循人们认识客观事物的规律——由现象到本质:从诊断疾病的过程来说,医生首先要了解患者的主观感受,通过询问病史获取症状;然后进行体格检查,发现患者自己难以发现的客观现象——体征;接着通过心电图、影像学 and 实验室检查等,进一步收集疾病的信号。所有这些都是疾病的表象,然后运用临床诊断思维,对症状、体征或影像学表现进行分析,弄清这些现象所反映的疾病本质,得出正确诊断。

其次,通过“诊断流程”框图的形式展示诊断思维的过程。为了简洁明了地反映出诊断思维的过程,帮助读者以最快捷的诊断途径、最简洁而有效的检查项

目,抓住疾病的本质,从而得出正确的临床诊断,编者将诊断检查的过程,科学、规范而合理地进行安排了,并归纳出了“诊断流程”。

再次,重点突出了疾病的鉴别诊断。对同一症状、体征和影像学表现可能涉及的疾病逐一做简要介绍,并归纳出诊断要点,这些要点既是诊断此病的依据,又是与具有相同表现的其他疾病相鉴别的要点。这对年轻医师临床鉴别诊断能力的提高会有很大的帮助。

最后,结合实际病例来谈编者的诊治经验或教训。在每个症状或体征后都有病例介绍,通过对典型病例或疑难病例的简要分析,与读者一起分享编者在诊断此病例过程中的体会或经验教训,这对临床医师具有重要的启示作用。

本套丛书分为心血管疾病、呼吸疾病、消化疾病、肾脏疾病、内分泌与代谢性疾病、风湿性疾病、神经疾病、血液疾病等八个分册,每个分册在保持整体风格一致的基础上,既各有侧重又互相联系,构成了一个整体。

本套丛书的参编者是从国内有影响的大学附属医院挑选的既有多年临床工作经验、又有多年从事诊断学和内科学教学经验的医务工作者,具有较高的学术水平。在丛书编写过程中,编者收集了国内外最新文献,尤其是新近制订的各种疾病诊断、治疗指南或专家共识,这对于临床医生及时了解和掌握各种疾病的诊治原则与方法,具有重要的指导意义。然而,由于临床医疗和教学工作繁忙,加之作者个人学术水平有限,丛书中的疏漏和错误在所难免。我们期待读者指正,以期再版时改进。

刘德铭  
2009年3月

## 前言

临床医师每天要面对大量的患者,看到各种不同的症状、体征和辅助检查结果,这些症状、体征和检查结果有的比较典型,可直接做出疾病诊断;有的不典型,需要全面分析、综合,与许多相似疾病相鉴别,才能做出正确诊断;有些患者,需要随访观察疾病发展的过程,才能做出诊断;甚至在个别情况下,需要尸检,方能确诊。因此,如何鉴别这些症状、体征,如何分析各种不同的实验室和影像学检查结果,是我们每一位医师都要面对的重要问题。我们感到,临床医师,特别是年轻医师,迫切需要一本书,能概括出同一症状、体征或检查结果所应该考虑到的可能疾病谱,能为诊断提供系统的疾病信息,帮助临床医师,特别是年轻医师掌握正确的诊断和鉴别诊断思维模式。而本书就是根据上述指导思想所编写,注重实用价值,有针对性地以消化系统常见症状、体征和实验室检查结果及影像学典型征象为主线,按照消化内科疾病临床实践的诊断思维程序和鉴别诊断思路,指出了每种疾病鉴别诊断要点,以期能启迪和扩展读者思路,提高诊断和鉴别诊断水平。

随着科学技术日新月异的发展,为临床医师提供了很多诊断新技术、新方法,虽然基本的物理检查不能满足确切诊断疾病的需要,但它毕竟是基础,是获得临床诊断的第一手资料,在诊断疾病的过程中依然占据着重要位置。除此之外,临床医师还需要掌握基本的实验室和影像学检查,如肝功能、X线、超声、CT等,只有将这些结果进行正确分析,综合归纳,再加上合理的逻辑思维,才能做出正确的诊断。基于此,本书还包含了消化系统最常用的肝功能、X线、超声、CT等实验室和影像学检查结果的诊断与鉴别诊断等内容。在编写过程中,突出了多种影像征象对疾病诊断价值的差异比较,力求将特点描述清楚,给读者一个清晰的轮廓;同时,其创新之处就是影像学部分不仅加入了目前最新的应用进展,还有大量丰富的病例和影像图片,使非影像专业的医师能够有目的地快速掌握不同疾病的影像学特点,从而更加科学地利用这些先进的技术手段来更好地诊断和鉴别诊断疾病,尤其是提供帮助和指导医师选择进一步检查的依据,防止检查“大包围”导致的资源浪费,使患者获得最大利益。书中绝大部分病例图片来自作者的实践资料,内容真实可靠,一目了然。

本书内容丰富全面,特色非常鲜明,以症状、体征和影像征象为纲、疾病为目,诊断及鉴别诊断要点重点突出、简明扼要,以切合临床实用为出发点,分为症状、体征、消化系统常见综合征、肝功能异常和消化疾病影像学诊断与鉴别诊断五个

部分。重点阐述各相关疾病间的相同点和不同之处,抓住其特征性表现,理出清晰的诊断及鉴别诊断思路,为临床诊断分析提供更有价值的线索。在每部分的前面几节分别介绍导致该症状、体征等的病因、发病机制和诊断、鉴别诊断思路等,最后不仅以图表的形式概括了诊断和鉴别诊断流程,还列举了作者所经历的典型病例,并提炼出值得吸取的经验和教训,这也是本书的特色之处。本书既可作为临床医师的工具书,又可作为医学生学习和研究的参考书,实用性强。

本书编者均为来自全国多个医学院校的教授、副教授或博士,他们有着丰富的临床经验,书中不少内容也是他们临床经验的总结,同时写作过程中还参考了大量文献。在编写过程中,陈芬荣、黄丽丽、程研等博士为本书的编辑做了不少文字和资料整理工作,在此,对他们付出的辛勤劳动表示衷心的感谢。

我们希望广大读者能喜欢这本书。但因本书涉及领域的知识面广,科学技术的进展又日新月异,参加编写的人员也较多,在内容繁简与形式上不尽一致,同时因时间仓促,编写者水平有限,若书中存在错漏不足及未尽之处,敬望广大读者批评指正,我们将不胜感激。

编 者

2009年3月

# 目 录

## 第一篇 消化疾病症状鉴别诊断

|                 |       |
|-----------------|-------|
| 第一章 恶心与呕吐 ..... | (3)   |
| 第二章 咽下困难 .....  | (18)  |
| 第三章 烧心与反酸 ..... | (36)  |
| 第四章 胸痛 .....    | (45)  |
| 第五章 呃逆 .....    | (61)  |
| 第六章 厌食 .....    | (68)  |
| 第七章 消化不良 .....  | (83)  |
| 第八章 腹胀 .....    | (92)  |
| 第九章 腹痛 .....    | (115) |
| 第十章 呕血 .....    | (136) |
| 第十一章 便血 .....   | (155) |
| 第十二章 腹泻 .....   | (181) |
| 第十三章 便秘 .....   | (211) |
| 第十四章 里急后重 ..... | (234) |

## 第二篇 消化疾病体征鉴别诊断

|                   |       |
|-------------------|-------|
| 第十五章 黄疸 .....     | (245) |
| 第十六章 腹部包块 .....   | (279) |
| 第十七章 腹水 .....     | (313) |
| 第十八章 肝肿大 .....    | (328) |
| 第十九章 脾肿大 .....    | (338) |
| 第二十章 肠鸣音异常 .....  | (348) |
| 第二十一章 腹膜刺激征 ..... | (372) |

## 第三篇 消化系统常见综合征鉴别诊断

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| 第二十二章 肠易激综合征 .....    | (395) |
| 第二十三章 吸收不良综合征 .....   | (408) |
| 第二十四章 十二指肠淤滞综合征 ..... | (429) |
| 第二十五章 短肠综合征 .....     | (438) |
| 第二十六章 盲袢综合征 .....     | (447) |
| 第二十七章 肝肾综合征 .....     | (456) |

|                  |       |
|------------------|-------|
| 第二十八章 类癌综合征..... | (465) |
| 第二十九章 肝肺综合征..... | (472) |

#### **第四篇 肝功能异常鉴别诊断**

|                 |       |
|-----------------|-------|
| 第三十章 肝功能异常..... | (483) |
|-----------------|-------|

#### **第五篇 消化疾病影像学诊断与鉴别诊断**

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| 第三十一章 腹部消化系统疾病的超声影像学诊断与鉴别诊断.....     | (519) |
| 第三十二章 腹部病变 CT 与 MRI 征象的诊断与鉴别诊断 ..... | (590) |
| 第三十三章 胃肠 X 线检查 .....                 | (627) |

# 第一篇

## 消化疾病症状 鉴别诊断



# 第一章 恶心与呕吐

## 第一节 概 述

恶心、呕吐是临床常见的症状。恶心为上腹不适、紧迫欲呕吐的感觉,并伴有自主神经功能紊乱的表现,如皮肤苍白、头晕、流涎、出汗、血压降低、心动过缓等。呕吐则是导致胃或小肠的内容物通过食管从口腔迅速排出体外的现象。呕吐是一个复杂的反射动作,其过程可分为三个阶段:恶心、干呕、呕吐。恶心时,胃张力和蠕动减弱,十二指肠张力增强,可伴或不伴有十二指肠液反流;干呕时,胃上部放松而胃窦部短暂收缩;呕吐时,胃窦部持续收缩,贲门开放,腹肌收缩,膈肌下降,腹压增加,迫使胃内容物急速而猛烈地从胃反流,经食管、口腔而排出体外。

恶心是呕吐的前期表现,最终以呕吐达到高潮,但也有只有恶心而无呕吐,或只有呕吐而无明显的恶心。虽然呕吐能产生严重的生理紊乱(如厌食、脱水、低钾和低钠血症及碱中毒),但却是涉及外周与中枢神经系统的一种保护性反射,其主要作用是将有毒物质排除体外。

## 第二节 病因和发病机制

### 一、病因分类

引起恶心、呕吐的病因很多,宜按其发生机制加以归纳分类。但是,不少疾病引起恶心与呕吐的机制尚未完全阐明,或其机制是由综合因素所致,故至今未有满意的病因分类方法。以下主要按反射性与中枢性两大类进行分类。由中枢神经系统化学感受器触发区的刺激引起呕吐中枢兴奋而发生的呕吐,称为中枢性呕吐;由内脏末梢神经传来的冲动刺激呕吐中枢引起的呕吐,称为反射性呕吐。

#### (一) 反射性呕吐

1. 头部器官疾病 闭角型青光眼、屈光不正、咽部刺激、迷路病变以及令人嫌恶的景象与气味等均可引起呕吐。

2. 胸部器官疾病 急性下壁心肌梗死、肺梗死、充血性心力衰竭、急性心包炎、夹层主动脉瘤等可引起呕吐。

#### 3. 腹部器官疾病

(1) 胃及十二指肠疾病:感染或化学刺激引起的急性胃肠炎、慢性胃炎、消化性溃疡活动期、急性穿孔、幽门梗阻、大量出血、胃黏膜脱垂、急性胃扩张、胃扭转、肠系膜上动脉压迫

所致十二指肠淤滞、糖尿病神经病变或迷走神经切断术后的胃潴留、Zollinger-Ellison 综合征。

(2) 小肠与结肠疾病:急性肠炎、急性阑尾炎、机械性肠梗阻、绞窄性疝、急性出血坏死性肠炎、Crohn 病、Meckel 憩室炎、腹型过敏性紫癜、缺血性结肠炎、胃大部切除术后倾倒综合征。

(3) 肝胆胰疾病:急性肝炎、慢性活动性肝炎、肝淤血、肝硬化、肝脓肿、肝癌破裂、急性与慢性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫病、急性胰腺炎。

(4) 腹膜与肠系膜疾病:急性腹膜炎、膈下脓肿、大网膜扭转、急性肠系膜淋巴结炎、肠系膜动脉栓塞、腹型风湿病。

4. 泌尿生殖系统疾病 输尿管结石、急性肾盂肾炎、肾周围脓肿、肾破裂、急性盆腔炎、急性输卵管炎、卵巢囊肿扭转或破裂、异位妊娠破裂等均可引起恶心、呕吐。

## (二) 中枢性呕吐

1. 颅内压增高 脑水肿、颅内占位病变(原位或转移性脑肿瘤、脑脓肿、寄生虫性脑病、脑结核球)、颅内感染性疾病(各种生物致病原引起的脑膜炎、脑炎)、颅内血管性疾病(脑出血、蛛网膜下腔出血、脑栓塞、脑血栓形成、高血压脑病、风湿性脑脉管炎)、颅脑损伤(脑震荡、脑挫裂伤、颅内血肿)等,均可引起颅内压升高而发生呕吐。

2. 脑血管运动障碍 偏头痛是由于 5-羟色胺、缓激肽等血管活性物质引起头部血管运动障碍所致,可发生严重的恶心、呕吐。

3. 第Ⅷ对脑神经疾病 临床常表现为梅尼埃综合征、迷路炎、晕车、晕船等。小脑后下动脉血栓形成、基底动脉供血不全若累及前庭神经核时,可发生眩晕及呕吐。

4. 化学感受器触发区受刺激 这种呕吐常伴有明显的恶心,可见于全身性疾病、药物反应及中毒等,常见于:

(1) 感染:急性病毒、支原体、立克次体、细菌、螺旋体或寄生虫感染。

(2) 内分泌与代谢紊乱:早期妊娠、尿毒症、肝性昏迷、低血糖症、糖尿病酮症、低血钠、低血氯、代谢性酸中毒、甲状腺功能亢进危象、肾上腺皮质功能减退、稀释性低钠血症、甲状腺腺功能亢进、营养不良、维生素缺乏症等。

(3) 休克与缺氧:出血性、中毒性、心源性、过敏性休克及高山病、急性溶血、紫质病、中暑高热、日射病、放射反应等。

(4) 药物反应:多巴胺受体激动剂(溴隐亭、左旋多巴)、强心苷类药物、吗啡等麻醉剂、抗肿瘤化疗药物,口服某些抗生素及激素类药物、非甾体抗炎药、阿片肽受体激动剂、氨基吡林、溴化物、碘化物等。

(5) 中毒:醇、硫酸铜、铅、砷、砒、苯、苯胺、一氧化碳、有机磷、磷化锌、有机氯、毒蕈、白果、棉子等中毒。

5. 精神性呕吐 各项检查示无器质性疾病。

## 二、发病机制

呕吐反射由三部分组成,即呕吐感受器、中枢整合和运动传出。

## (一) 感受器

1. 腹腔内脏感受器及传入 迷走神经为感受呕吐刺激的主要神经,电刺激腹腔迷走传入神经,在 20 秒内即能诱发呕吐。感受器主要分为两种:机械性刺激感受器和化学性刺激感受器。机械性刺激感受器主要位于胃、空肠、回肠壁的肌层,对胃肠受牵拉时的张力变化比较敏感;化学性刺激的感受器分布与机械感受器相似,主要位于消化道黏膜内,感受消化道内环境的变化(如黏膜损伤、酸碱度变化、高张溶液、温度变化),也可感受到各种有害试剂(如硫酸铜)的刺激等。此外,舌根、咽、胆总管、腹膜以及泌尿生殖器等处受到机械或化学刺激,亦可兴奋相应的感受器,继之迷走和交感神经传入纤维将冲动传至延髓外侧网状结构背外侧缘的呕吐中枢,引起呕吐反射。

2. 前庭感受器及传入 前庭迷路系统是运动刺激引起呕吐的基础。当前庭器官内的感受器受到异常刺激(如头部位置改变超过了正常经验的程度或机体处在微重力环境)时,感受器传入冲动作用到化学感受器触发区而引起恶心、呕吐。

3. 化学感受器触发区(chemoreceptor trigger zone,CTZ)及传入 化学感受器触发区位于延髓背侧面、第四脑室底凹部水平、孤束联合核的背侧,该结构血液供应丰富,且缺乏血-脑屏障和脑脊液-脑屏障,对很多不能进入其他脑组织的大分子蛋白和多肽都有通透性。化学物质经血液循环至最后区可以刺激 CTZ 引起呕吐。如注射催吐药(如阿扑吗啡)可刺激延髓的 CTZ,再兴奋呕吐中枢,引起呕吐。

4. 高级中枢的下行信号 越来越多的研究发现,某些精神因素通过大脑皮质作用于呕吐中枢,引起恶心、呕吐;电刺激大脑皮质、下丘脑和丘脑的特定区域也能引起呕吐反射;此外,低血压、疼痛、颅内压增高、颅脑损伤和脑膜炎等都可以通过大脑皮质的不同区域下行刺激呕吐反应区。高级中枢主要行使增强脑干呕吐机制的易化作用,而非真正的呕吐感受系统。

因此,引发呕吐的途径有:①痛觉、嗅觉、味觉通过感觉器官传入大脑皮质;惊恐、敬畏等精神因素通过刺激大脑皮质将信息传递至延髓呕吐中枢,触发呕吐。②内耳前庭系统通过兴奋小脑  $H_1$ 、M 受体,将信息传递至延髓呕吐中枢,触发呕吐反射。③血源性催吐剂、细胞毒药物、强心苷、阿扑吗啡等透过血-脑屏障直接兴奋 CTZ 的  $5-HT_3$ 、 $D_2$ 、M 受体,将信息传递至延髓呕吐中枢,触发呕吐反射。④局部刺激剂、细胞毒药物、放射线、微生物毒素可引起胃、小肠释放  $5-HT_3$ ,经由  $5-HT_3$  受体激活迷走神经传入支,兴奋 CTZ 或孤束核  $5-HT_3$  受体,将信息传入呕吐中枢,触发呕吐反射。迷走神经传入支的激动也可引起位于第四脑室底部 postrema 区的  $5-HT_3$  释放,从而经过中枢机制而加强。⑤咽部刺激通过舌咽、三叉神经传入支激活孤束核(一般的内脏感觉纤维和味觉纤维的终止核,位于迷走神经背核的腹外侧,大部分在延髓,小部分延伸到脑桥下端)的  $5-HT_3$ 、 $D_2$ 、M、 $H_1$  等受体,并将信息传递至延髓呕吐中枢,触发呕吐反射。

## (二) 中枢整合

呕吐中枢是指脑干内控制呕吐的所有神经核团的总称。呕吐中枢位于延髓,它有两个功能不同的机构,一是神经反射中枢,即呕吐中枢,位于延髓外侧网状结构的背部,接受来自消化道、大脑皮质、内耳前庭、冠状动脉以及 CTZ 的传入冲动,直接支配呕吐动作;另一是化

学感受器触发区,位于延髓第四脑室的底面,接受各种外来的化学物质或药物(如阿扑吗啡、洋地黄、吐根素等)与内生代谢产物(如感染、酮中毒、尿毒症等)的刺激,并由此引发出神经冲动,传至呕吐中枢,而引起呕吐。

### (三) 运动传出

呕吐运动的传出信息是通过躯体和内脏两条途径传至平滑肌和骨骼肌的,两种肌肉的协调舒缩完成呕吐过程。根据呕吐的发展过程将其分为两个阶段:呕吐前期和呕吐期。

1. 呕吐前期 又称前驱期,以恶心感为主要特征,常伴有交感神经兴奋,表现为出冷汗、皮肤血管收缩引起的面色苍白、瞳孔散大、心动过速、胃分泌减少以及副交感神经兴奋引起的唾液分泌增加等。在即将开始呕吐期时,胃迷走神经的传出纤维激活胃壁内的节后神经元,释放血管活性肠肽和一氧化氮,使近胃端极度松弛,逆行强收缩自小肠向胃移动,将肠道内容物回送到胃内,为呕吐做准备。

2. 呕吐期 呕吐过程是依靠众多平滑肌和躯体肌肉相互协调连续收缩完成的。呕吐活动可以分为3个步骤:胃肠运动的改变、干呕和呕吐。虽然胃肠道的活动(如胃体松弛,近小肠端的逆行巨大收缩)很重要,但不是呕吐产生的必要条件。如果切断胃肠道上段的神经,干呕和呕吐仍会发生;但如果呼吸肌的活动被抑制,干呕和呕吐可得以缓解。所以,呕吐的活动主要依赖于呼吸肌群产生的胸内压和腹内压的变化,以及与上呼吸道活动的相互协调。

干呕是由呼吸肌群(包括膈肌、胸壁和腹肌)阵发性、有节律地收缩产生的,不伴随胃肠道内容物的喷出。呕吐则伴随着腹肌强有力的持续的收缩,最终引起胃肠道内容物猛烈地喷出。在呕吐过程中,最先出现小肠的逆蠕动,使一部分小肠内容物反流入胃;随后唾液分泌增多,用力吸气以关闭会厌;紧接着,胃幽门部收缩,胃底部、贲门及食管扩张,同时膈肌和腹肌强烈收缩增加了腹内压,挤压胃及部分小肠内容物经食管进入口腔,排出体外,完成呕吐动作。

## 第三节 诊断思路

恶心与呕吐在临床上极为常见,它可由功能性障碍或器质性疾病引起,多系消化系统本身病变所致,也可因消化系统外或全身疾病引起。因此,力求对恶心、呕吐尽早做出病因诊断尤为重要。

### 一、询问病史

#### (一) 病史采集的内容

1. 以往有无肝炎、肾炎、糖尿病病史;育龄妇女应询问月经史;应了解病人有无服药史,不少药物可以引起恶心与呕吐。了解患者的手术史:腹部手术后可因腹膜粘连而致机械性肠梗阻;胃大部切除术后可并发倾倒综合征或输入襻综合征;迷走神经切断术后常有胃潴留,均可引起呕吐。

2. 发病的缓急、持续时间及与饮食的关系。餐后近期内出现呕吐,如系骤起且集体发病,首先应考虑食物中毒。活动性消化性溃疡位于幽门,因该处有水肿、充血、痉挛,常导致餐后呕吐;精神性呕吐多在餐后即刻发生;在餐后较久或数餐之后才出现呕吐,见于消化性溃疡、胃癌、十二指肠结核或肠系膜上动脉压迫等引起的幽门、十二指肠慢性梗阻以及胃轻瘫(gastroparesis)。

3. 呕吐发生时间、呕吐的特点。

4. 呕吐物的情况 包括呕吐物的量、颜色、性质、气味。

5. 呕吐的伴随症状。

6. 与精神、情绪的关系。

## (二) 呕吐的特征及伴随症状对病因的鉴别

1. 不伴有恶心的呕吐 常见于精神性呕吐、颅内压升高。一般先有明显恶心,然后出现呕吐的协调运动,但精神性呕吐可无先驱恶心或仅有轻微恶心,呕吐并不费力。

2. 喷射性呕吐 常见于颅内压升高、第Ⅷ对脑神经病变。一般有以下几种情况:喷射性呕吐+头痛+视乳头水肿,见于颅内压升高;喷射性呕吐+头痛+颈强直,见于脑膜刺激征;喷射性呕吐+眩晕+眼震,见于第Ⅷ对脑神经病变。

3. 恶心与呕吐伴有头痛 除应考虑到引起颅内压增高的疾病外,也应想到偏头痛、鼻窦炎、青光眼、屈光不正等。

4. 伴有眩晕 常见于第Ⅷ对脑神经病变、椎-基底动脉供血不足、小脑后下动脉供血不足。还要考虑迷路病变,包括 Meniere 病、迷路炎等。还需了解是否由硫酸链霉素、卡那霉素、新霉素或偶由庆大霉素等药物引起。

5. 晨起时发生恶心、呕吐 常见于妊娠呕吐;有时也见于尿毒症或慢性酒精中毒;鼻窦炎有鼻后流脓者因有稠厚分泌物刺激咽部,常出现晨起恶心与干呕。夜间发生者,常见于幽门梗阻,这是由于日间多次进餐,有大量胃潴留,入夜时胃平滑肌已受明显牵伸而产生较强的传入神经冲动,兴奋呕吐中枢,引起呕吐。

6. 伴有胸痛 常见于急性心肌梗死、肺梗死。

7. 伴有腹痛 常见于腹腔内炎症、梗阻、缺血、内脏充血、器官破裂等病变;有时腹痛可在呕吐之后获得暂时缓解,提示消化性溃疡、急性胃炎或高位肠梗阻;但在胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫病、急性胰腺炎等,呕吐并不能使腹痛得到缓解。

8. 伴有黄疸,常见于肝炎、胆囊炎、胰腺炎。

9. 呕吐伴有发热,考虑感染性疾病。

10. 伴有腹胀,常见于幽门梗阻、肠梗阻。

11. 营养状况 呕吐频繁而持续时间较久者,常有脱水、消瘦、营养不良,但精神性呕吐的全身情况可基本保持稳定。

## (三) 呕吐的性状对病因的鉴别

1. 呕吐物量大,见于幽门梗阻、小肠上部梗阻。

2. 呕吐物为血性,见于上消化道出血,如食管下端黏膜撕裂症、溃疡病、出血性胃炎、胃癌、食管静脉曲张破裂、胆道出血等。