

第一篇 症状学

一、腹痛

1. 腹痛一定是腹腔脏器的病变引起的吗？

有些疾病虽然表现为腹痛，但病变部位在腹腔外，如大叶性肺炎、急性心肌梗死、急性心包炎等，个别病人可表现为腹痛。这种情况的发生机制属于牵涉痛。所以临床上遇到腹痛的病人，只考虑消化系统或腹腔脏器的病变是不全面的。

2. 腹痛的部位一定是病变所在部位吗？

急性腹痛患者常能明确指出腹痛的部位，最先出现腹痛的部位，大多数是疾病的所在部位，如胃十二指肠溃疡穿孔、胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫等。但有些疾病腹痛部位不一定是疾病所在部位，如急性阑尾炎，开始时疼痛在中上腹或脐周，以后才转移至右下腹。肠结核好发部位是回肠末端，但疼痛部位也可在脐周。这是由于网膜、回肠下端等器官同受第10胸神经节支配，这些器官发炎时，疼痛最初在中上腹部和脐周，以后才局限在炎症器官的部位。应该强调的是，固定性压痛对确定病变部位更有重要意义。

3. 腹痛患者腹部体检时应注意些什么？

(1) 腹痛患者腹部体检最好在应用止痛剂或麻醉剂之前进行，以免影响体检的阳性发现。

(2) 生命体征的改变，如心率增快、血压下降，预示着有腹内

出血或感染性休克的发生 需立即采取抢救措施。

(3) 腹部听诊应在腹部触诊和叩诊之前进行, 以免肠鸣音受到干扰。

(4) 先触诊腹部非疼痛区域, 再触诊疼痛区域, 以避免疼痛部位受刺激, 使整个腹肌紧张, 影响判断肌紧张、压痛和反跳痛的部位。

(5) 对于腹壁脂肪厚而松弛、肌肉不发达、有重度脓毒血症、老年患者或极度衰竭者, 虽然有重症腹膜炎, 但腹肌紧张和腹部压痛的体征较轻, 这些病人不能以压痛的轻重来判断病情的轻重。

(6) 对于一些盆腔有炎性肿块、脓肿、肿瘤、肠套叠等病变的患者, 不但要注意腹部触诊, 必要时需作肛诊, 肛诊对这些疾病的诊断是最简便与快速的方法。

4. 胆道蛔虫与胆结石绞痛的鉴别点有哪些?

胆道蛔虫与胆结石的鉴别可用表 1 来总结。

表 1 胆道蛔虫与胆结石的鉴别要点

	胆道蛔虫	胆结石
年龄	青少年	>30 岁
病史	排、呕蛔虫史	反复发作的胆绞痛史
疼痛性质	剧烈“钻顶”样	不如前者剧烈, 无“钻顶”感
腹部触诊	腹壁软, 轻压痛	腹肌紧张, 莫非征阳性
黄疸	多无	可并发
伴随症状	早期无寒战、发热	常伴发寒战、发热
发作时用药	吗啡、阿托品不能缓解	吗啡、阿托品能缓解
B 超检查	可显示胆总管内蛔虫影	可见胆囊结石影像

5. 代谢性与中毒性疾病也可引起腹痛吗？

糖尿病酮症酸中毒可引起腹痛，特别是不知有糖尿病史的患者以腹痛首诊消化科。消化科医师不能忽视这一点。这种情况多见于青少年患者。疼痛剧烈，伴腹胀、恶心、呕吐等。主要原因是糖尿病酮症酸中毒引起的失钠、失氯、失水等水电解质平衡紊乱，致平滑肌痉挛。可伴发热、白细胞计数升高、腹部压痛、腹肌紧张，甚至X射线透视有肠液平面，可误诊为肠梗阻、急性胆囊炎、阑尾炎等外科急症。除此之外，尿毒症、血卟啉病、低血糖、高脂血症、低钙、低钠血症和铅中毒等，也可出现腹痛的表现。

6. 急性腹痛有哪些较少见的原因？

(1) 腹型过敏性紫癜 多见于青少年，常有皮肤紫斑，可伴恶心、呕吐、腹泻、便血和血尿等。

(2) 腹型风湿热 主要为儿童发病，腹痛可出现在多发性关节炎、心肌炎、皮下结节、环形红斑等风湿热症状之前。

(3) 系统性红斑性狼疮 可伴发腹痛且剧烈。

(4) 腹型癫痫 周期性发作，发作中伴有意识障碍、嗜睡、抽搐、偏头痛等，脑电图检查符合癫痫的特征。

(5) 瘵病性腹痛 有瘵病性性格。

7. 为什么病人经常难以准确描述腹痛的部位？

病人经常难以准确地描述腹痛的确切部位，这是由于神经解剖因素造成的结果。腹部脏器的感觉是通过传入C型纤维网传导的，主要感受内脏的牵拉、炎症或局部缺血的刺激。腹部内脏缺少皮肤上存在的躯体传入神经纤维所形成的致密的网络，这是原因之一。另外，一根内脏传入神经可以接受来自几个脏器的感觉信息输入，并且进入不只一个脊髓节段，进一步促成了定位的不精确。

性。

8. 哪些疾病的腹痛与体位有关？

(1) 胃黏膜脱垂 右侧卧位疼痛加剧 左侧卧位减轻。原因是右侧卧位胃黏膜通过幽门脱入球腔 左侧卧位使胃黏膜还纳。

(2) 肾下垂、游走肾 站立久或运动后加重 仰卧、垫高臀部 仰卧时减轻或消失。

(3) 急性胰腺炎、胰腺癌 仰卧疼痛加剧 俯卧或前倾位减轻。特别是胰体部肿大时 仰卧位可压迫脊神经根 疼痛加重。

(4) 膈疝 进食后仰卧位出现 立位时缓解。

(5) 十二指肠淤滞症 进食后上腹胀痛 仰卧位加重 俯卧位减轻。

(6) 急性腹膜炎 双腿伸直平卧位加重，双腿屈曲侧卧稍有缓解。

9. 为什么要注意一些病人主诉为腹痛，但实质并非腹腔脏器病变，而是神经痛？

临床上 特别是门诊的个别病人 主诉腹痛 通过详细询问病史 可发现病人并非腹腔脏器病变引起的内脏性疼痛 而是神经性疼痛。首先腹部检查无压痛、反跳痛和肌紧张，也无腹腔脏器肿大、包块、黄疸等阳性体征 化验及辅助检查腹腔脏器无明显病变。但有时伴有腹壁皮肤感觉过敏、灼痛感等 可见于如下几种情况。

椎管肿瘤 由于椎管内肿瘤压迫神经根引起的神经根痛 疼痛随神经根分布区域扩展 发作性、反复出现 当咳嗽、喷嚏、用力排便时加重 呈灼痛、刺痛或绞痛。

带状疱疹 特别是腹壁神经痛出现在发疹之前时 病人常以肝区或脾区疼痛就诊于消化科，疼痛的性质是腹壁皮肤尖锐的刺痛或烧灼样痛 伴感觉过敏 为单侧分布不过中线。几日后可随之出

现皮损 丘疹和水疱)

糖尿病患者的神经根病变和脊髓压迫性骨折也可有腹痛的表现。

10. 什么是功能性腹痛？怎样治疗？

功能性腹痛也称慢性特发性腹痛 疼痛时间至少持续半年 与肠道功能不甚相关，人群中发病率 1.7% 主要为女性。诊断标准为 ①至少 6 个月的连续或接近连续的腹痛；②腹痛与进食、排便或月经无关或偶尔有关；③日常生活受影响；④腹痛并非假装；

没有达到能解释腹痛的其他功能性胃肠病的诊断标准。通常腹痛范围较广 持续多年 痛感强烈 要求检查或手术以缓解疼痛和证实疼痛属于非器质性。常要给予麻醉剂，分心或未留意被观察时疼痛减轻 可与结构性疾病 慢性胰腺炎 或功能性肠病 肠易激综合征）并存。治疗取决于良好的医患关系，包括合理的目标 规律性预约就诊，同时进行心理治疗。止痛无效，避免用麻醉剂。有抑郁症时需治疗，小剂量抗抑郁剂能减轻疼痛和失眠。

11. 功能性腹痛有哪些特点？

- (1) 有精神紧张、焦虑、抑郁、疑病和癯病性性格。
- (2) 经过系统的体格检查、化验及辅助检查无阳性发现。
- (3) 无腹部器质性疾病、外伤、手术史。
- (4) 腹痛无诱因，疼痛呈针刺、闪电样，部位不固定。如有固定部位的疼痛，以病理生理、病理解剖观点无法解释。
- (5) 有不肯定或难以解释的相互联系的自觉症状。

12. 什么是胆囊功能障碍的胆型腹痛？

病人以发作性上腹或右上腹严重平稳痛为特征，惟一的客观指征是胆囊排空异常。超声检查无胆结石及胆囊其他器质性异

常。发病率男性为 7.6% 女性为 20.7%。疼痛可伴恶心、呕吐，疼痛放射至背部或右肩胛间 餐后开始痛 夜间痛醒。肝功能和胰酶正常。超声检查胆胰正常而无胆石或胆泥，用显微镜检查胆汁中排出微结石。内窥镜检查可排除上消化道疾病。可用胆囊收缩素 (CCK)- 胆囊闪烁显影检查胆囊排空 排出 < 40%说明胆囊功能不良。诊断标准为：

- (1) 发作持续超过 30 min。
- (2) 1年内发作 1 次或 1 次以上。
- (3) 疼痛常存在并且影响日常生活而需就诊。
- (4) 没有能解释的结构异常的证据。
- (5) 胆囊排空功能异常。

治疗为：①用促动力药加强胆囊收缩 ②用 NSAIDs 减轻内脏痛觉过敏和炎症 ③胆囊切除，特别已证实排空不良者。

13. 功能性胆型腹痛的原因是什么？怎样治疗？

功能性胆型腹痛的原因是 Oddi 括约肌功能障碍 (SOD) 可导致胆管和胰腺疾病。可发生于胆道完好者，更易发生在胆囊切除以后。分为胆型 SOD 病人表现为间歇发作胆型绞痛 有时伴有短暂的胆道阻塞和生化改变，血清转氨酶、碱性磷酸酶或结合胆红素升高 胰型 SOD，表现为典型的胰腺炎但无胰腺炎传统的原因 (结石和酗酒等) 常成为特发性复发性胰腺炎 无胰酶升高 症状可为功能性腹痛综合征的一种表现。胆囊切除后有提示 SOD 症状的患者约 1.5%，女性为多。对特发性复发性胰腺炎病人测压时 39%~90%有 Oddi 括约肌 SO 功能不良的证据。直接了解 SO 运动功能的惟一方法是测压，该操作困难又可能引起并发症。故应先选择侵入性小的检查。超声测量总胆管直径 ≤ 6 mm 胆总管扩张并不肯定胆汁流经 SO 时有压力 因为 34% 无症状胆囊切除者也可见胆总管扩张。胆囊切除后主要由 SO 张力调节胆汁进入十

十二指肠。胆总管闪烁显影发现 SOD 表现为胆管内放射性标记物消失延迟或从肝门到十二指肠通过缓慢。内窥镜逆行胆胰管造影 (ERCP) 下胆管直径 ≥ 12 mm、对比剂排空延迟 (> 45 min) 或胰管扩张 (> 5 mm)、对比剂从胰管排空延迟 (> 10 min) 均提示是 SOD。SO 测压时的改变 包括基础压升高、相性波幅增高、CCK 矛盾反应、相性波频率增高、逆向波增多、基础 SO 压增高 对括约肌痉挛或狭窄有诊断意义。括约肌痉挛时宜用平滑肌松弛剂使 SO 的压力下降，治疗的目的是降低胆汁或胰液流动的阻力。药物中 CCK 和胰高血糖素可短暂地降低 SO 张力。口服钙通道阻滞剂如硝苯啶 10~20 mg 以降低 SO 压力 减轻相性收缩。硝酸盐类至少可短期降低括约肌压力 改善胆流 消除症状。内窥镜下切开括约肌已广泛用于胆型 SOD 使 55%~95% 病人症状消退 较经十二指肠手术为优。最常见并发症为 5%~16% 病人发生急性胰腺炎。

二、 吞咽异常（ 吞咽疼痛与吞咽困难）

1. 吞咽困难可分为几类？

根据原因可分为原发性吞咽困难和继发性吞咽困难：原发性吞咽困难常原因不明，测压有特异的食管运动波形，如食管痉挛、“胡桃钳”食管、贲门失弛缓症等；而继发性的吞咽困难常为全身性疾病的一部分，如系统性硬化和肌萎缩。

根据是否有病理学的改变分为器质性吞咽困难和功能性吞咽困难。器质性吞咽困难：咽、食管有病理解剖学的改变，如食管癌、较大的食管息肉、食管狭窄等；功能性吞咽困难是食管本身无器质性病变，可能是神经系统的病变引起，如上食管括约肌失弛缓症，下咽部和上食管括约肌的运动彼此不协调。最常见的异常是上食管括约肌运动障碍，吞咽时括约肌不能开放，这种异常导致的吞咽困难和哽咽，有时引起吸入性肺炎。常可在这些人中发现上食管括约肌区的去神经支配、中枢神经系统的异常，如脑血管意外、肿瘤和脑神经Ⅸ、X、Ⅻ的损伤可能累及。

2. 功能性吞咽困难有哪些原因？

(1) 贲门失弛缓症 由于贲门部平滑肌不能正常舒张所致，多见于 30~50 岁者，病因未明，与精神紧张有关，为神经肌肉功能失调。贲门上方食管可发生囊性扩张，贲门部平滑肌增厚，为间歇性发作，有时流质食物不能咽下，但成形食物反而能通过，为其一

个特点。X射线、食管镜是诊断的方法,近年来国内报道B超可以协助诊断,是一种简便而独到的方法。

(2)弥漫性食管痉挛 多见于老年人,为食管平滑肌反复高压性同步收缩所致的胸痛和吞咽困难。食管排空延缓,当食管蠕动波下达食管下段时,受到不协调的强烈的无推动性的食管收缩而阻断,食团停留于膈上食管。可由神经节变性,各种腐蚀剂、胃酸反流及神经肌肉病变等引起,也可为特发性。用抗胆碱药物、硝酸甘油或钙离子阻断剂治疗可缓解症状。

(3)胃食管括约肌过敏 胃食管括约肌静止压超过正常(>4.0 kPa)甚至达 $6\sim 7$ kPa,可自发,多由情绪激动而引起。吞咽时可正常松弛,或松弛不全,但食管蠕动正常。X射线检查无食管扩张,可与贲门失弛缓症鉴别。

(4)缺铁性吞咽困难综合征 多见于40岁以上女性,是功能性食管痉挛所致的吞咽困难,还伴有营养性上消化道黏膜(口腔、食管与胃黏膜)损害、慢性低酸或缺酸性胃炎、舌炎、口角与口唇皲裂、指甲营养不良、结膜炎、贫血等。

3. 吞咽困难患者应做哪些检查?

食管钡餐 X射线检查与食管镜检查,是鉴别食管良性与恶性梗阻必不可少的手段。在排除了癌性病变以后,需诊断一些功能性吞咽困难,可作食管测压、24 h食管pH监测、放射核素食管闪烁照相术等。

4. 除食管癌外常见吞咽疼痛的原因有哪些?

吞咽疼痛是指吞咽时发生胸骨后疼痛,使进食受限,胸骨后可呈锐痛或钝痛,通常是由食管黏膜的糜烂性病变引起,最多见的原因是念珠菌、疱疹和巨细胞病毒感染引起的食管炎,特别是艾滋病患者,也可见于腐蚀性损伤、药物所致溃疡,严重的胃食管反流性病

变导致的食管炎。

5. 除食管本身疾病以外的其他疾病可引起吞咽困难的有哪些？

(1) 纵隔肿瘤、心血管的畸形、大量心包积液、主动脉瘤、心脏增大、甲状腺肿大等造成食管压迫。

(2) 中枢神经与脑神经疾病、重症肌无力造成的神经肌肉病变致吞咽困难。

(3) 结缔组织病 如皮肌炎、多发性肌炎、硬皮病。

(4) 全身性感染、中毒 如破伤风、狂犬病、肉毒素中毒、土的宁中毒。

6. 食管结构怎样？哪些结构与其运动功能有关？

食管长约 20 cm 分 4 层。最内层为黏膜层，有复层扁平上皮细胞组成，在食管下端有几厘米范围的单层柱状上皮，两者移行形成 Z 线（齿状线）黏膜内有贲门腺和食管腺。第二层是黏膜下层，有食管腺的延伸和少许神经节。第三层是肌层，内层的环形肌上端为上食管括约肌（UES）由环咽肌形成 附着在环状软骨中部的环形肌与下食管括约肌相接；下端是下食管括约肌（LES）它不是真正的解剖结构，是生理上的括约肌。外层的纵行肌也附着在环状软骨上。食管肌层由 2 种肌肉组成，上 1/3 为横纹肌，中 1/3 为横纹肌和平滑肌，下 1/3 为平滑肌。

在吞咽时，下咽部收缩 UES 松弛 1~1.5 s 随即食管体部产生一个蠕动性收缩 并向下推进，LES 接着开放几秒钟，此为原发性蠕动。如果胃内容物回流到食管（反流）食管壁紧张 也引起蠕动 为继发性蠕动 同时也伴有 LES 的松弛。

1. 呕吐与食管反流怎样区别？

2. 呕吐分几类？

3. 什么是恶心？什么是呕吐？

4. 如何识别肠系膜上动脉综合征性呕吐？

20~40

5. 输出袢综合征性呕吐的临床特征有哪些？

8~12 d

X

6. 内分泌和代谢因素所致呕吐有哪些？

- 1)
- (2
- (3
- (4
- (5
- (6)

7. 神经性呕吐的特点是什么？

①

1

3 d

②

1

12

③

④

四、反酸、烧心和胸痛

1. 什么是反酸？有反酸就一定有胃食管反流病吗？

突发的自发的少量呈酸味的物质反流入口腔，可为酸水也可带酸味的食物，称为反酸。多发生于餐后，或发生在弯腰和夜间。反酸与呕吐的区别是无恶心和干呕 反入口腔的量也小。

有一半的健康人可间断反酸 特别是在餐后 但是由于食物的重力、食管体部的容量清除和唾液的化学清除使这种生理性反流为时短暂 不损害食管黏膜 也无症状。

2. 反刍的诊断标准有哪些？

反刍是不自主地将近期摄入的食物（常是固体食物）反流到口腔 并随后进行再咀嚼和再吞咽或吐出。不费力 不伴有腹部不适、烧心或恶心。反刍常发生于餐后 15~30 min 反刍可发生于匆忙进食的正常人和贪食的病人，也可见于严重的精神疾患和严重的痴呆者 以男性为多见。诊断标准为 过去 1 年中至少 12 周，持续或复发性将新近摄入的食物回流到口腔再咀嚼咽下；②无恶心、呕吐 ③回流食物变酸性时此过程停止；④无症状性胃食管反流、贲门失弛缓或其他动力疾病。反刍可由嗝气和吞咽起始。发育正常的儿童反刍可代表因母婴关系差所致的自我刺激性行为。对儿童以惩罚（针对停止习惯性行为）和以代用品拥抱孩子（针对改进母婴关系 来治疗都有效 智力正常的成人以行为治疗

最有效。

3. 什么是烧心？为什么说烧心是胃食管反流病的典型症状？

胸骨后的灼烧感或不适，从上腹部反射到颈部。由于烧心是胃内的酸性内容物反流到食管所致，故一般可通过抗酸使症状短暂改善。烧心最多见发生于餐后 1 h 或躺下后 2 h 内 尤其在饱餐后。烧心常因减低食管下括约肌张力、增加腹压、前倾、仰卧或用力屏气时发生，故吸烟或酒精性饮料可降低食管下段括约肌张力而诱发烧心。有调查说明，根据全部临床症状作出胃食管反流病的诊断有 80% 的敏感性 特异性为 60% 但是主诉是以烧心为主时 特异性可提高到 90%。

4. 胃食管反流症状包括哪些？

(1) 烧心 由于酸性的胃液或食物反流入食管，刺激食管深层上皮的感觉神经末梢所致。

(2) 反酸、反食和打嗝（暖气）有强烈酸味的刺激性液体或食物反入咽腔或口中，有时伴有苦味（胃内容物中含有反流胆汁）或伴有气体排出 如发生在夜间 反流物吸入气道可引起呛咳、气喘、甚至窒息。

(3) 非心源性心绞痛性胸痛 反流物可刺激机械性感受器引起食管痉挛性疼痛 有时还有吞咽性胸痛 这在反流性食管炎中较多见。部分病人有吞咽困难 可能由于食管动力异常引起 少数是由于食管炎性狭窄。有的患者表现的咽部阻塞感 所谓球症 可能由于酸反流引起上食管括约肌压力升高的缘故。