

消化内科常见症状

第 1 节 吞咽困难

一、概念

吞咽困难(dysphagia)是指在咽下水或食物时感到费力、有哽噎感,是食物自口腔运送至胃的过程中发生障碍而出现的症状。

二、吞咽的生理过程

吞咽是一个复杂的过程,只有口腔、咽喉和食管肌肉的协调运动,才能有效地将食物从口腔送入胃内。吞咽过程一般可分为三期:口期、咽期和食管期。

(1) 口期: 此期是在大脑皮质支配下的随意运动。食物在口腔内经咀嚼与唾液混匀形成食丸,食丸被送到舌背中间沟的一个特定位置后,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上端,属非随意运动,是由口腔刺激引起的反射性动作。反射中枢位于延髓,传入神经有脑神经 V、X、XI,传出神经是脑神经 V、VII、IX、X、XII。食团在运动过程中有赖于咽缩肌的蠕动性收缩及与软腭、舌根、喉之间的高度协调。上咽缩肌收缩、软腭上抬与咽后壁接触,封闭鼻腔,可有效防止食物的鼻反流和被吸入呼吸道。

(3) 食管期: 食物一旦通过食管上括约肌(UES)到达食管上端,吞咽的食管期就开始了。此过程属非随意运动,食管的蠕动性收缩以及食管下括约肌的协调性松弛是食物顺利入胃的保障。

吞咽过程中的任何一个环节出现结构或功能障碍均可导致吞咽困难。

三、临床分型

目前常根据梗阻发生的部位将吞咽困难分为口咽型吞咽困难和食管型吞咽困难。此分类有一定的临床意义,有助于病因的诊断。

1. 口咽型吞咽困难

口咽型吞咽困难有时也称作传递性吞咽困难(transfer dysphagia),是由于咽或食管

上括约肌的结构、功能异常,导致吞咽动作的启动和食团由口腔进入食管上段发生障碍。吞咽困难常在吞咽动作后 1 秒内发生。

在 50 岁以上健康人群中,此型吞咽困难的发病率可达 16%~22%,脑外伤、脑血管意外及帕金森病患者中其发病率高达 20%~40%。在症状上,此型患者常在吞咽时伴有鼻反流、吞咽呛咳和吞咽不能。如伴有脑血管病史,出现发音障碍、脑神经功能缺损或肢体活动异常,高度提示为此型吞咽困难。

2. 食管型吞咽困难

食管型吞咽困难是由于食管的机械性或动力性异常造成食物不能顺利地通过食管进入胃内。患者在吞咽后常有食物“挂在”、“粘在”食管上或“堵住”的感觉,且患者指出的症状所在部位常是病变的部位所在。

但有研究认为,根据患者所指的梗阻部位来判断病变的部位并不十分可靠。资料表明,患者对近段食管病变定位的准确程度低,而对食管远段病变定位相对准确,患者对机械性梗阻病变的定位常很准确。研究还发现,有 9%的动力异常性疾病患者和 7%的器质性病变患者表现为弥漫性症状,即不能确切说出病变的部位,而笼统地叙述为胸骨后不适。食管远段病变常会出现近段的症状,因此在诊断近段吞咽困难时应当考虑到食管远段的疾病,而不应该只做口咽部检查了事。例如一些贲门失弛缓症的患者,可能描述其不适部位在颈部,易与口咽型吞咽困难混淆。特别是对那些不伴有明显的神经系统表现的患者,这一点尤为重要。

四、常见病因

吞咽困难的病因可根据病理生理机制分为梗阻性和运动障碍性。

1. 口咽型吞咽困难

导致口咽部梗阻的病变有口咽部脓肿或肿瘤、Zenker 憩室、食管蹼、外压性病变(颈部肿瘤、甲状腺肿大)等。Zenker 憩室在食管上括约肌的上方,憩室囊向后突出,当囊内充满食物时可压迫食管而发生吞咽困难,临床表现为食物咽下后又很快的反流至口腔。

口咽部神经肌肉病变或功能性异常包括神经病变、神经肌肉接头病变、肌肉病变和食管上括约肌功能失调。神经病变主要是累及脑干的脑血管意外或肿瘤,造成舌咽(IX)、迷走(X)、舌下(XII)神经的核性或核下性损害产生球麻痹,出现吞咽困难伴呛咳、咽反射消失。帕金森病、多发性硬化、Huntington 病、Guilian-Barre 综合征等也可引起吞咽困难。50%的帕金森病患者有口咽型吞咽困难的表现,而经食管造影检查,95%的患者皆有吞咽功能异常。临床较严重的吞咽困难在帕金森病的晚期较为常见,但也可发生于早期。

神经肌肉接头病变的典型病例为重症肌无力,此病累及咀嚼肌、咽喉肌、舌肌时,患者出现吞咽困难,特点是午后或晚间显著,并在进食过程中逐渐加重。肌营养不良、皮肤炎、结节病、淀粉样变、代谢性肌病及肉毒毒素、番木鳖碱、马钱子碱中毒等均因累及了咽部的肌肉而出现口咽型吞咽困难。食管上括约肌功能异常包括 UES 高压、环咽肌失弛缓。

年轻患者的口咽型吞咽困难主要是由肌炎、食管蹼和环所致;对于年龄较大的患者,主要原因是中枢神经系统疾病,包括脑卒中、帕金森病和痴呆。

2. 食管型吞咽困难

导致食管梗阻的疾病大致可分为先天性结构异常、炎症、肿瘤及外压性病变。

食管先天性结构异常常见的有先天性食管狭窄、先天性食管过短、先天性食管扩张(先天性贲门痉挛)、先天性贲门狭窄等。大多数患儿多在由流质饮食改为半流质饮食或固体食物时出现吞咽困难的症状,并伴有间歇性或经常性的进食后呕吐。

食管的炎症可分为感染性炎症和非感染性炎症。前者包括食管黏膜下脓肿、食管结核、念珠菌性食管炎等,多由比较明确的病原微生物感染造成;后者可见于反流性食管炎、放射性食管炎、腐蚀性食管炎、食管克罗恩病等。

食管良性肿瘤罕见,其中以食管平滑肌瘤最多。此瘤可发生在食管各段,大小不一,多为单发。50%以上的患者有不同程度的吞咽困难,症状一般比较轻微,或呈间歇性,很少影响饮食。在我国,食管的恶性肿瘤以食管鳞癌最常见,而西方国家近 50 年来渐以腺癌为主。巨大的甲状腺肿大、纵隔肿瘤、大量心包积液可引起食管外的压迫,产生相应的吞咽困难。

食管的运动障碍性疾病可分为原发性和继发性两大类。原发性是指食管本身病变所致的运动障碍,继发性则指由于其他脏器的病变或全身性疾病累及食管的神经、肌肉导致的食管运动的异常。它们共同的特点是吞咽困难常伴有吞咽痛,对于老年人,常常难以和心绞痛鉴别。原发性食管运动障碍性疾病包括贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、胡桃夹食管和食管下括约肌高压症等。

继发性食管运动障碍通常由于支配食管的神经、肌肉病变和结缔组织病变累及食管所致。肌肉病变包括萎缩性肌强直、重症肌无力、进行性肌营养不良等,常同时伴有全身其他部位的运动障碍,如肢体活动障碍等,较易诊断。神经系统病变如脑干疾病、肌萎缩性侧索硬化症、锥体外系病变,如帕金森病和舞蹈病等,以及糖尿病并发自主神经功能异常,均可影响食管的运动功能。食管是皮肤炎、多发性肌炎和硬皮病最常见的累及部位,共同的表现是食管蠕动减慢、食管排空时间延长,食物在食管内滞留,食管远段痉挛、狭窄及近段的扩张。继发性食管运动障碍的诊断关键在于积极寻找原发病的线索。当食管病变为首要的或突出的表现时,应想到进一步探询它的原因。

五、询问病史时的注意事项

详细地询问病史可对 80% 的患者作出正确诊断。在此过程中要注意与一些易发生混淆的症状如吞咽痛(odynophagia)和癭球(globus)相鉴别。吞咽痛是指吞咽时咽部或胸骨后疼痛不适,常与吞咽困难同时存在,但吞咽痛并不总伴有食物咽下的障碍。例如,在咽喉部炎症时,可出现吞咽痛,但食物由口腔进入食管并无障碍。患者因疼痛而惧怕或拒绝进食不能认为有吞咽困难。癭球是指有肿块堵在咽部的感觉,但并无实际的食物通过受阻,曾被称作“梅核气”,在 1999 年世界胃肠病大会公布的《功能性胃肠病的罗马 II 标准》中采用“癭球症”描述此种异常。这些症状必须在询问病史时与吞咽困难仔细区分。

应询问患者的服药史,有无吞服腐蚀性物质史,有无接受放射性治疗、化疗史,这样有助于腐蚀性食管炎、放射性食管炎、感染性食管炎的诊断。

六、体检的要点

对于怀疑有口咽型吞咽困难的患者要注意检查口腔,观察有无黏膜溃疡、肿物或齿列是否整齐;脑神经的检查应包括脑神经 V、Ⅶ、Ⅸ、X、XI、XII,以除外神经源性疾病;颈部检查应注意有无甲状腺肿大或肿块;四肢检查可以发现硬皮病或因神经、肌肉病变导致的软弱无力;吞咽困难患者如伴有声音嘶哑应建议其进一步到耳鼻喉科检查。

对于疑诊食管型吞咽困难者,注意是否有体重下降,明显的体重减轻常见于进展期肿瘤或贲门失弛缓症后期,良性病变常无此表现。

七、检查方法

(1) 食管钡剂造影和内镜检查是寻找吞咽困难病因的首选检查方法。食管钡剂造影是诊断口咽型吞咽困难的金标准,它可以发现口咽部的结构异常,对功能性病变也有提示作用。在某些方面,食管钡剂造影甚至优于食管镜检查,因为良好的对比造影技术不仅可以发现食管结构、黏膜的病变,对食管运动功能异常也有极高的诊断价值,例如对贲门失弛缓的患者,食管造影的确诊率可达 96%,而对弥漫性食管痉挛可达 100%。当怀疑有食管黏膜恶性病变时,内镜检查应为首选,因其可在直视条件下取可疑病变部位的组织进行病理学检查,并且近年来内镜下的染色、超声技术的不断发展,有助于早期食管癌的诊断。

(2) 胃镜检查正常的吞咽困难患者多有食管动力的改变,应选择食管动力检测。

(3) 食管测压是检测食管是否存在运动功能异常的主要手段,与食管钡剂造影相比,它可以定量地观察食管上、下括约肌,食管体部肌肉收缩的幅度、频率及空间传导性。结

合一些药物诱发试验,可对一些早期的运动功能异常进行诊断。

(4) 食管 24 小时 pH 监测是通过监测食管内 24 小时 pH 值的动态变化,定量地分析食管黏膜的酸暴露时间、酸反流次数,用来诊断内镜检查阴性的胃食管反流病。

食管测压和食管 24 小时 pH 监测与钡餐及内镜相比,并不十分普及,仅在一些高级别的医院中方配备相应的检查设备。因此应充分利用常见的检查手段、尽可能的发挥它们对疾病的诊断作用。

八、临床思维过程

采集病史和进行详细的体检后,如何对收集的资料分析是个不断实践的过程。以下的思维过程将有助于诊断。

1. 首先判断梗阻的部位,区分口咽型还是食管型吞咽困难

询问病史时,患者多可明确指出咽下困难发生的部位,尤其是对食管远段病变的定位常较准确,因此应重视患者的描述。

根据从摄取食物到发生哽噎的时间也可估计梗阻发生的部位。由口腔、咽喉与颈段食管病变引起的吞咽困难,常发生于进食当时,位置最上。吞咽后 2~5 秒发生的吞咽困难,考虑为中段食管的病变或中段食管周围的病变所致,如主动脉弓动脉瘤、纵隔淋巴结的压迫。在吞咽后 5~15 秒发生的剑突后不适、疼痛或阻塞感,提示病变位于食管下段。

2. 初步判断梗阻的性质

(1) 根据病程判断:临床上常将吞咽困难分为间歇性或进行性,有助于对疾病的性质进行初步判断。良性或功能性疾病如贲门失弛缓症引起的吞咽困难多为间歇性,呈慢性病程,症状反复发作、轻重交替,可持续多年无明显加重,无进食固体食物→液体→不能进食的发展过程。而恶性疾病往往为进行性吞咽困难,吞咽困难一旦发生常进展迅速,有进食固体食物→液体→不能进食的发展过程,症状难以自行缓解,同时伴有因进食逐渐减少、病变的消耗而出现的全身营养状况的迅速恶化。

(2) 根据伴随症状判断:出生后哺乳期即出现间歇性或经常性食后呕吐或吞咽困难,应考虑食管先天性疾病。儿童突然出现吞咽困难常由于异物阻塞。有误服腐蚀性剂病史的,首先考虑腐蚀性食管炎造成的良性狭窄。吞咽困难伴有食物经鼻腔流出、呛咳,提示支配吞咽活动的神经、肌肉发生病变。反流的食物呈中性或碱性反应时,提示有局限性食管扩张。贲门失弛缓时,食物反流量往往较食管癌多,而食管癌时反流物中常含有血液。反流性食管炎时,吞咽困难常伴有胸骨后或心窝部的烧灼感,进食后仰卧位或弯腰加重,故患者不喜欢睡前进食。伴有皮肤、关节、肌肉或全身其他系统损害的吞咽困难,应考虑结缔组织病。伴有明显胸痛的吞咽困难,需考虑食管运动障碍性疾病。吞咽困难发生在中年以上、病程短、全身状况差,多考虑为癌性梗阻;而发病于青年、病程长、

全身状况良好,常为良性梗阻。

3. 判断是否有食管以外的病变导致吞咽困难

纵隔疾病,如心包积液、纵隔淋巴结肿大、甲状腺肿大等均可压迫食管,导致吞咽困难。心肺疾病时可有胸闷、气喘等症状。

4. 明确吞咽困难的病因

虽然根据病史有时可初步判断出病因,但最后的确诊常常要借助有效的检查手段。食管钡餐检查和食管镜检查是诊断食管疾病必不可少的手段,尤其是食管镜加活组织检查,对病变良恶性的鉴别有着决定性意义。食管测压是近年来逐渐在临床上推广的检查方法,它对于食管运动障碍性疾病,尤其是原发性食管运动障碍的诊断有重要意义。当考虑为结缔组织病时,可做免疫学的检测,如自身抗体、免疫球蛋白等。怀疑神经、肌肉病变,可做肌肉组织活检、肌电图等。有时对于增生性病变难以判断其病理性质时,需行手术,对切除的标本进一步检查。

第2节 恶心与呕吐

恶心为上腹部不适、紧迫欲吐的感觉,并伴有迷走神经兴奋的症状,如皮肤苍白、出汗、流涎、血压降低及心动过缓等,常为呕吐的前奏。呕吐是胃或部分小肠的内容物,经食管、口腔而排出体外的现象。恶心、呕吐可以同时存在,也可能只有恶心无呕吐,或仅有呕吐而不伴恶心。

一、发生机制

呕吐是一个复杂的反射动作,典型的过程可分为三个阶段,即恶心、干呕和呕吐。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、腹压增加,迫使胃内容物急速而猛烈地从胃反流,经食管、口腔排出体外。整个反射过程的启动来自内脏的、皮质的、代谢的或理化的刺激因素,经内脏神经、体神经传入或经血液循环到达呕吐中枢。呕吐中枢位于延髓,位于孤束核腹侧的网状结构中,接受传入神经以及化学感受器传导来的兴奋;另一个是位于第四脑室底部的化学感受器触发区(CTZ),接受来自血液循环及脑脊液中的化学或药物等呕吐刺激信号并发出引起呕吐反应的神经冲动。呕吐的传出神经(迷走神经、膈神经、脊神经)等将呕吐信号传至效应器官,引起腹肌、膈肌、肋间肌收缩和腹压升高,下食管括约肌松弛,胃收缩及上段小肠逆蠕动,最终发生呕吐动作。