

第二十章 呕 吐

呕吐是人体的一种本能，可将食入胃内的有害物质吐出，从而起有利的保护性作用，但多数情况并非如此。频繁而剧烈的呕吐，可妨碍饮食，导致失水、电解质紊乱（如低钠、低钾血症）、酸碱平衡失调（幽门梗阻时常致代谢性碱中毒）、营养障碍，有时甚至发生食管贲门黏膜撕裂伤（Mallory-Weiss 综合征）等并发症，对机体引起更多的有害后果。呕吐多伴有恶心的先兆，此时患者有欲吐的感觉，伴咽部或心窝部特殊的不适感，并常有头晕、流涎、心率减慢、血压降低等迷走神经兴奋症状。

呕吐首先须与食管性反流相区别。后者发生于餐后一段期间，而无恶心的先兆，这是由于潴留于食管狭窄近端的扩张部或扩张的食管憩室中的食团，反流经口吐出，吐出物不含胃内容物。凡不伴恶心与呕吐协调动作者称为反胃。胃内容物经反胃进入口腔再行下咽者称为反刍，此两者应与呕吐加以区别。

呕吐中枢位于延髓。延髓有两个不同作用机制的呕吐机构：一是神经反射中枢-呕吐中枢，一是化学感受器触发区（chemoreceptor trigger zone, CTZ），接受引起呕吐的各种化学性刺激。呕吐中枢负责呕吐的实际动作，它接受来自消化道和其他躯体部分、大脑皮质、前庭器官以及化学感受器触发区的传入冲动。引起呕吐的大多数冲动，直接经由内脏传入神经至呕吐中枢，而非经由化学感受器触发区。在传入通路中，迷走神经纤维较交感神经纤维所起的作用更大，例如腹部的膨胀性冲动便可引起呕吐。主要传出通路为迷走神经（支配咽肌）、膈神经（支配膈肌）、脊神经（支配肋间肌、腹肌）以及迷走神经与交感神经的内脏传出神经（支配胃与食管），通过一系列复杂而协调的神经肌肉活动而引起呕吐。

化学感受器触发区本身不能直接引起呕吐的动作。此机构受兴奋时，发出对延髓呕吐中枢的传入冲动，然后引起呕吐动作。化学感受器触发区可受多种药物如吗啡、洋地黄、雌激素、氮芥等所兴奋。多巴胺是影响化学感受器触发区而导致呕吐的主要神经递质，而氯丙嗪、甲氧氯普胺（胃复安）、多潘立酮（吗丁啉）为多巴胺受体阻滞剂，因而具有镇吐的作用。呕吐在诊断和鉴别诊断上须注意下列各项检查：

问诊：详细了解呕吐有无伴恶心的先兆，和食物、药物、体位、精神因素等的关系，有无酗酒史以及以往类似的发作史。呕吐时间和进食时间的关系。呕吐物的质和量，呕吐的伴随症状。腹部疾病或腹部手术史，颅脑疾病或外伤史，过敏史或放射治疗史，以及高血压、心脏病、肾脏病、糖尿病与内分泌疾病病史。生育期妇女要询问月经史。

细菌性食物中毒有不洁饮食史。急性中毒有误服有关毒物的历史。晨间呕吐多见于妊娠呕吐。颅内肿瘤的特点为不伴有恶心的喷射性呕吐，和饮食无关，吐后头痛可暂时缓解；在第四脑室肿瘤时，呕吐更为严重和频繁。呕吐量大、呈喷射性者，常见于幽门狭窄合并胃扩张与潴留。呕吐物含大量胆汁者，说明有胆汁逆流入胃，常为较顽固的呕吐，可见于高位小肠梗阻、胆囊炎、胆石症，有时也见于妊娠剧吐、晕动病等。呕吐物带粪臭气者，常见于小肠下段的肠梗阻。吐泻交替发作者，须注意细菌性食物中毒、霍乱或副霍乱、过敏、急性中毒等。呕吐伴高热者，须注意急性感染。呕吐伴剧烈头痛者，须注意颅内高压症、青光眼等。呕吐伴耳鸣、眩晕

者，须注意迷路疾患、晕动病。

体格检查：先着重腹部检查。注意腹部外形、胃肠蠕动波与肠型、腹部压痛与反跳痛、腹块、腹水征、肠鸣音、振水音等。有指征时作神经系统、前庭神经功能与眼科检查等。

实验室检查：有指征时作尿糖、尿酮体，血、尿常规，血糖，血清钾、钠、氯、钙、淀粉酶、二氧化碳结合力，甲状腺、甲状旁腺功能测定，血 pH，尿妊娠试验，肝、肾功能，脑脊液常规，呕吐物的检查，疑有化学或药物中毒时作毒理学分析等。

特殊器械检查：有指征时作腹部 B 超、腹部透视或平片，颈椎摄片、胃肠钡餐透视，消化道碘水造影，胃十二指肠镜检查，心电图、眼科检查，脑电图、CT 或脑磁共振显像，脑血管造影等。

呕吐的原因相当繁多，一般原因如表20-1所示。

表 20-1: 呕吐的一般病因

一、反射性呕吐	3. 糖尿病酮症酸中毒
(一) 消化系统疾病	4. 糖尿病胃轻瘫
1. 食管疾病	5. 甲状腺功能亢进症
2. 胃十二指肠疾病	6. 甲状腺危象
3. 其他消化系统疾病	7. 甲状旁腺功能亢进症
(二) 急性中毒	8. 甲状旁腺危象
(三) 呼吸系统疾病	9. 肾上腺危象
(四) 泌尿系统疾病	10. 腺垂体功能减退
(五) 循环系统疾病	11. 妊娠呕吐
(六) 妇科疾病	12. 急性全身性感染
(七) 青光眼	13. 放射性损害
二、中枢性呕吐	三、前庭障碍性呕吐
(一) 中枢神经疾病	1. 迷路炎
(二) 药物毒性作用	2. 梅尼埃病
(三) 代谢障碍、内分泌疾病、放射性损害	3. 晕动病
1. 低钠血症	四、神经性呕吐：胃神经症、癔症
2. 尿毒症	

63 反射性呕吐

一、消化系统疾病

(一) 食管疾病

除了食管炎如腐蚀性食管炎可引起呕吐外，还有：

1. 食管黏膜剥脱症

多发生于健康人，大多数患者有明显诱因，如快速吞咽干硬、粗糙、热烫食物或误吞鱼刺、枣核、骨性异物，使食管黏膜受到急性物理性损伤，恶心、呕吐可能成为食管黏膜剥脱的始动力，造成食管内压升高，食管

黏膜上皮层与固有层之间分离加剧，两层之间血管出现断裂、出血甚至形成黏膜下血肿，最后导致食管黏膜表层断裂并与固有层完全分离，灰白色条带膜状物可吐出口外。患者除有恶心呕吐外，还可有消化道出血、胸骨后痛、吞咽时疼痛加剧，严重时伴吞咽困难。

胃镜检查是诊断食管黏膜剥脱症的必要手段。内镜下可见食管黏膜纵行条索状肿胀、隆起、剥脱，甚至游离于食管腔内，色泽灰白或呈暗紫红色。

2. 自发性食管破裂

常发生于呕吐、咳嗽后，少数无明显诱因，多见于中老年男性，破口部位多数在食管中下段。患者表现为呼吸困难、持续胸痛，少数可出现发热、皮下气肿。胸片、CT 可发现胸腔积液，食管造影可发现造影剂外溢，胸腔引流出食物残渣可确定诊断。对此少见疾病，内科医生尤其要注意鉴别。

(二) 胃十二指肠疾病

胃十二指肠疾病所致的呕吐较为多见，常有恶心的先兆，吐后常感到轻松。吐出物为咽下的食物、胃液、胆汁等，也可含有血液或为纯血（呕血）。

1. 胃黏膜刺激或炎症

胃黏膜受刺激或急性胃（肠）炎或慢性胃炎的急性发作时，均可引起恶心、呕吐。病因可为：① 细菌性，如细菌性食物中毒（参见第 73.1 节）；② 化学性，如某些化学物品（如烈酒）或药物（如阿司匹林、磺胺类、氨茶碱、抗生素、化疗药物等）的刺激；③ 物理性，如胃过度充盈时对胃黏膜的直接刺激。药物、食物过敏所致呕吐常与个体耐受性有关。

嗜酸性粒细胞性胃肠炎（eosinophilic gastroenteritis, EG）是一种以胃肠道某些部位局限性或弥漫性嗜酸性粒细胞浸润为特征的疾病，病变可累及全消化道各层。可分为：① 黏膜病变型：黏膜内大量嗜酸性粒细胞浸润，以恶心、呕吐、腹痛、腹胀等为主要表现；② 肌层病变型：浸润以肌层为主，以幽门或小肠梗阻为主要表现；③ 浆膜病变型：主要累及浆膜，多表现为腹水。EG 患者上述三型可单独或同时出现，临床上黏膜型最多见，其诊断标准为：① 有腹痛、腹泻、恶心、呕吐等症状；② 消化道活检或腹水检查有嗜酸性粒细胞浸润；③ 除外继发性疾病引起的胃肠道 EOS 浸润，如寄生虫感染、风湿病，该病极易误诊，因此对有消化系统症状者，注意询问过敏史，重视血及腹水的 EOS 计数，必要时重复检查、人工计数；对常规抑酸等治疗效果不佳时，注意复查胃肠镜，多部位活检，请病理医生认真阅片。

2. 各种原因的幽门梗阻

幽门梗阻所致呕吐常呈周期性发作，于餐后一段时间出现，可呈喷射性。病因为消化性溃疡、胃癌、胃黏膜脱垂症、胃肉芽肿（嗜酸性或血吸虫病引起）、异位胰腺以及罕见的胃肿瘤等。梗阻可能由于：① 幽门括约肌痉挛，多发生于消化性溃疡、胃癌，患者多为中年或中年以上，伴有或不伴有幽门管黏膜充血与水肿，而单纯性幽门括约肌痉挛所致的梗阻少见；② 幽门管瘢痕性狭窄，一般由消化性溃疡引起，常不致引起完全性梗阻；③ 幽门管被肿瘤、脱垂的胃黏膜、异位胰腺或肉芽肿所梗阻。

幽门痉挛所致呕吐通常在进食后几小时内发生，痉挛可在解痉剂注射之后缓解，胃排空障碍得以解除，呕吐也停止，这种情况可见于消化性溃疡活动期与慢性胃炎急性发作时。幽门器质性狭窄所致的呕吐，常并发胃

扩张与胃潴留，常在餐后 6~12 小时左右发生，有时呈喷射性，呕吐量大，甚至含有隔宿的食物。器质性狭窄大多由于溃疡病瘢痕狭窄引起，发病多在中年，呕吐物中不含胆汁；少数由胃癌引起，发病多在中年以上，少部分胃癌浸润胃体、胃窦甚至全胃（皮革胃）致胃蠕动减少，虽无幽门梗阻，也可有呕吐、腹胀表现。由于罕见的胃肿瘤（肉瘤、淋巴肉瘤、霍奇金淋巴瘤等）、胃肉芽肿等引起者更为少见。

胃黏膜脱垂症时，脱垂的胃黏膜可阻塞幽门，并可继发脱垂胃黏膜的发炎、糜烂与溃疡形成，引起间歇性上腹痛、恶心、呕吐，甚至上消化道出血，临床上需与消化性溃疡相鉴别。胃镜检查可明确诊断。

3. 功能性消化不良

主要表现为慢性持续或复发性中上腹痛或不适，有时可伴恶心、呕吐。功能性消化不良的诊断参见第 81.2 节。

4. 肠系膜上动脉综合征

本综合征并非少见。发病以体型瘦长的女性为多，罹患年龄多在 20~40 岁。任何原因导致肠系膜上动脉与腹主动脉之间的距离变小，致夹在其中的十二指肠受压而造成排空困难，即可产生本综合征的病象。主要表现为逐渐发生的上腹胀痛、恶心与呕吐，于餐后数小时或更短时间发作，采取俯卧位或左侧卧位时可使症状缓解。X 线钡餐透视检查可见十二指肠近段扩张，钡剂淤滞，胃与十二指肠排空延缓，十二指肠水平段与上升段交界处压迫征象可见典型“笔杆征”。通过放射科医生多体位反复观察可减少漏诊本症。

5. 输出袢综合征

本综合征以周期性大量胆汁性呕吐为临床特征，由于部分胃切除术后空肠输出袢的功能性梗阻引起，发生原理未明。典型症状常于手术后第 8~12 天出现，表现为上腹部饱胀或胀痛，特别在餐后，伴恶心、呕吐。呕吐后或插入胃管抽空胃内容物后症状缓解，但几小时后症状又可再现。X 线钡餐透视检查显示胃内有大量空肠滞留液。多数病例经对症治疗后症状缓解。由于手术瘢痕收缩、手术误差等引起的空肠输出袢器质性狭窄，如反复出现机械性肠梗阻的表现，则往往需手术治疗。

6. 其他原因的十二指肠梗阻

十二指肠梗阻可因肠外病变压迫或肠内病变阻塞所引起，表现为十二指肠病变部位肠腔的局限性狭窄及其上部的肠段扩张，最常见的症状是间歇性腹痛与呕吐。腹痛多位于上腹正中或偏右，可为间歇性隐痛乃至阵发性剧痛，伴恶心、呕吐，有时呕血与便血。上腹部可出现蠕动波、振水音，有时出现腹部包块。

十二指肠癌少见，易漏诊，内镜检查是诊断本病的主要手段。患者常有不同程度的呕吐、纳差、消瘦、腹胀、腹痛、消化道出血。

其他原因所致的十二指肠梗阻，如非特异性炎症性粘连或肠腔狭窄、隔膜畸形、环状胰、肉瘤、肉芽肿性变等均少见，诊断须根据 X 线钡餐检查、十二指肠镜检查与剖腹探查。近年小肠镜的应用对本病的诊断有很大的帮助。胃十二指肠克罗恩病（CD）少见，临床上极易漏诊或误诊。其临床表现无特殊，可有恶心、呕吐、腹痛、腹胀、上消化道出血，累及胃窦、十二指肠，内镜表现为反复发作或不易愈合的溃疡，临床上可有幽门梗阻及十二指肠梗阻的症状。对于胃或十二指肠溃疡，特别是年轻且伴有幽门梗阻的患者，常规抗溃疡治疗效

果不佳时,要考虑胃及(或)十二指肠 CD 的可能,做超声内镜和腹部 CT 检查,在保证安全的前提下,内镜下深取活检或黏膜下层切除活检。对有手术指征患者,可行外科手术治疗并可明确诊断。

(三) 其他消化系统疾病

1. 腹腔脏器急性炎症

急性腹膜炎早期呕吐轻微而时发时止,但病情发展时则呕吐成为持续性,早期的呕吐为反射性,继之则为中毒性,最后则由于麻痹性肠梗阻所引起。急性阑尾炎早期常有脐周或中上腹痛,伴恶心、呕吐与纳差,易被误诊为急性胃炎。急性胆囊炎、胆石绞痛及胆道蛔虫病,也常常有恶心、呕吐,但多不严重,呕吐物可为食物、胃液、胆汁,有时可见蛔虫(不仅可见于胆道蛔虫病,也可见于肠道蛔虫病),呕吐后病情未见减轻。急性胰腺炎也常常有恶心、呕吐,但多不严重,常有上腹部持续性疼痛并可向腰背部放射,进食后可加重。由于呕吐并非上述疾病的主要表现,诊断参见第 78.1 节。

2. 急性病毒性肝炎

本病可有纳差、乏力、厌油、恶心、呕吐、腹痛,可误诊为急性胃炎、消化不良等;如急性肝炎病情加剧,重新出现呕吐,黄疸加深,须考虑急性或亚急性重症肝炎的可能性。

3. 肠梗阻

本病的主要症状是呕吐、肠绞痛与停止排便排气。呕吐常剧烈,并伴恶心。早期的呕吐为神经反射性,呕吐物初为食物、胃液,继而为黄绿色的胆汁。反射性呕吐停止后,隔一段时间而出现典型肠梗阻的反流性呕吐。两种呕吐间隔时间的长短,取决于梗阻部位的高低。梗阻部位愈高,间隔时间愈短。低位回肠梗阻时,时间间隔较长。反流性呕吐是由于肠内积液不能通过梗阻部位,积聚于梗阻上部的肠段,达到相当大量时形成肠逆蠕动而吐出所致。呕吐物早期呈胆汁样液体,继而呈棕色或浅绿色,晚期呈较稠厚而带粪臭气的液体,这是由于食物在低位肠道内有较长时间的潴留,受肠内细菌作用而腐败分解所致。病因可为肿瘤、炎症、先天性畸形、结石、大块食物、肠扭转、肠套叠等。

肠旋转不良临床少见,多发生于小儿,成人偶可见到。因肠的位置先天异常,造成肠扭曲、压迫、粘连而导致肠梗阻,常需剖腹探查确立诊断。

4. 假性肠梗阻

假性肠梗阻(intestinal pseudo obstruction, IPO)是由于肠道肌肉神经病变引起的肠道运动障碍性疾病。具有反复发作的肠梗阻症状及体征,而无肠内外机械性肠梗阻因素存在的一种综合征。根据病变部位不同,分为小肠假性梗阻和结肠假性梗阻;根据病程不同,可分为急性和慢性梗阻。根据病因可分为原发亦可继发于结缔组织病,如系统性红斑狼疮、皮炎、干燥综合征、未分化结缔组织病,继发性 IPO 还可出现肾盂输尿管积水、腹水、血液等其他系统受累,并且多见于女性。小肠假性梗阻因小肠动力低下肠内容物通过缓慢,肠腔扩张达到一定程度,可产生肠梗阻的临床表现,如腹胀、呕吐。腹部平片、腹部 CT、小肠镜、小肠测压和小肠通过时间测定有助于诊断。如剖腹探查,病理检查注意有无肌间神经丛病变。临床上对原因不明的 IPO,尤其是女性,需注意有无腹水、肾脏、血液等系统受累,尽早行免疫学检查,排除风湿疾病,以期早期诊断,并避免不必要的外科手术。

二、急性中毒

参见第 74 节。

三、呼吸系统疾病

急性肺炎在发病初期可有呕吐，小儿尤多见。百日咳的痉挛期，在痉挛性咳嗽发作之后，常有反射性呕吐，将胃内食物全部吐出。急性扁桃体炎因细菌毒素刺激，患者可呕吐胃内容物，小儿尤多见。

四、泌尿系统疾病

急性肾炎的高血压脑病，呕吐常突然发生（中枢性呕吐）。急性肾盂肾炎以恶心呕吐而起病者约占 30%～36%，特别是在女性。肾结石绞痛发作，呕吐多与绞痛同时出现。

五、循环系统疾病

急性心肌梗死的早期，特别是当疼痛剧烈时，常发生恶心、呕吐，可能由于心肌病灶的刺激引起迷走神经对胃肠的反射性作用所致。偶尔疼痛定位于上腹部而呕吐剧烈者，可被误诊为急性胃炎或其他急腹症。少数以恶心、呕吐为主要症状的心梗尤要注意鉴别。主动脉夹层动脉瘤破裂也可引起上腹痛与呕吐，甚至猝死。

充血性心力衰竭有时发生呕吐，可能与肝淤血有关，但在洋地黄治疗时还须警惕洋地黄的毒性作用所致。在低血压伴昏厥或休克的初期，也常有恶心、呕吐，伴苍白、心悸、出冷汗等自主神经失调症状。

六、妇科疾病

妇女内生殖器官的急性炎症（急性附件炎等）时，炎症刺激经由自主神经的传入纤维，将冲动传入呕吐中枢而引起反射性呕吐。炎症扩散则引起急性盆腔腹膜炎，出现高热、下腹痛与压痛、白细胞增多，并有腹胀、鼓肠、便秘、排尿困难等症状。宫外孕破裂、卵巢囊肿扭转也可有呕吐，但还有腹痛、休克、尿路刺激症、腹泻以及阴道后穹隆穿刺出不凝血等表现。

七、青光眼

闭角型青光眼是原发性青光眼较常见的一种类型，患者以女性为多，发病多在 40 岁以后。患者头痛常剧烈，可因眼压增高，经三叉神经的反射作用而引起呕吐。有时可因忽略眼科检查而被误诊为内科疾病。

64 中枢性呕吐

一、中枢神经系统疾病

(一) 脑血管病变

高血压脑病时，由于血压急剧升高，脑血液循环急剧障碍，导致脑水肿与颅内压力升高，出现剧烈头痛、眩晕、恶心、呕吐，甚至惊厥、昏迷等症状。

高血压动脉硬化症患者突然发生剧烈头痛与呕吐，须警惕脑出血的发生。

脑出血，特别是小脑出血，常出现剧烈头痛、呕吐。呕吐是由于出血穿透第四脑室，或血肿压迫第四脑室、直接刺激呕吐中枢所致。以暴发性后脑部疼痛、呕吐为前驱症状，继而出现脑膜刺激征，脑脊液呈血性者，可诊断为蛛网膜下腔出血。Wallenberg 综合征发病通常在 40 岁以上，病变主要由于椎动脉血栓闭塞引起，有眩晕、恶心、呕吐等前庭神经刺激症状（参见第 158 节）。

椎-基底动脉供血不足大多发生于中年以上，男性发病高于女性一倍以上。临床表现多种多样，最常见者为眩晕，或伴恶心、呕吐，提示前庭功能障碍（参见第 158 节）。

(二) 中枢神经感染

颅内感染可因炎症性渗出导致颅内压增高，而有头痛、呕吐等症状。乙型脑炎大多累及小儿，常有恶心呕吐，多发生于病程第 1~2 天，呕吐次数不多，仅少数呈喷射性，如不注意可诊断为急性胃炎。其他原因的病毒性（脑膜）脑炎发生恶心呕吐者也不少见，诊断参照流行病学史、临床表现与有关的病毒学、脑脊液检查。

脊髓灰质炎的前驱期与麻痹前期，也常有头痛、咽痛、恶心、呕吐，与流行性感冒相似。流行性脑脊髓膜炎常以高热、寒战、头痛、恶心、呕吐急性起病，呕吐是由于颅内压增高、呕吐中枢受刺激，以及脑膜受刺激而产生的反射性作用引起，在本病流行期间不难确定诊断。结核性脑膜炎或真菌性脑膜炎并非罕见，遇不明原因发热、头痛、呕吐的病例要提高警惕。

脑脓肿常为继发性，大多由于邻近化脓性病灶的直接蔓延，例如耳源性脑脓肿，起源于慢性化脓性中耳炎或乳突炎；少数病例则起源于血行性或外伤性感染。耳源性脑脓肿多位于颞叶或小脑，多为单发性。血行性脑脓肿常为多发性。如有颅内压增高及（或）脓肿直接刺激呕吐中枢时，则除感染症状之外，还有头痛、呕吐等症状。

脊髓痨是晚期神经梅毒，当发生胃危象时，有闪电样痉挛性胃痛、呕吐等症状。艾滋病侵犯神经也可有类似表现，临床上需注意排除。

(三) 偏头痛

本病以阵发性半侧头痛为临床特征，女性罹患较多，多于青春期开始，至中年或闭经后自行停止。病因未明。30 岁以前起病者多有遗传性。精神刺激、妊娠、饮酒、吸烟等均可作为发病诱因。发作前常有乏力、嗜睡或烦躁不安等症状，头痛前常有同侧偏盲、眼前闪动性光点和颜面感觉异常等前驱症状。头痛剧烈时出现恶心、呕吐，吐后头痛减轻。麦角制剂治疗可使症状迅速缓解（参见第 154 节）。

（四）脑肿瘤

脑肿瘤常有三种主要症状：① 呕吐；② 头痛；③ 视力障碍，眼底检查常见有视乳头淤血。此外还常有不同程度颅神经损害的症状等。呕吐原因由于：① 肿瘤发生在脑脊液通路或其附近，引起颅内压迅速增高；② 肿瘤直接压迫和刺激延髓呕吐中枢，或前庭神经、迷走神经等。幕下脑瘤引起呕吐者较幕上脑瘤早而多见。脑肿瘤所致的呕吐，和饮食关系不大，常发生于头痛剧烈之时，呕吐后头痛可暂时减轻。无明显消化系疾病的顽固性呕吐，须考虑颅内尤其是脑室占位性变的可能性。早期脑瘤常易被误诊为神经症。小儿脑瘤患者，往往表现为不伴有头痛的喷射性呕吐。CT、MRI 对诊断帮助最大。

（五）脑畸形性疾病

脑积水常由于脑脊液循环阻塞所引起，以脑室扩张与脑脊液量增多为特征。发生原由于：① 脑脊液循环通路受阻；② 脑脊液吸收的缺陷；③ 脑脊液产生过多。由此引起一系列颅内压增高所致的症状，如头痛、呕吐、视力障碍、视乳头水肿等。成年人脑积水由于骨缝已闭合，常于早期即出现上述症状。脑超声检查、头颅平片、CT、MRI 等常有助于诊断。

（六）癫痫

极少部分癫痫患者表现为自主神经症状的发作，包括上腹疼痛不适、呕吐、出汗、面色潮红、苍白、瞳孔散大等，个别患者以呕吐表现为主，既往曾称之为呕吐型癫痫。其特征为：① 长期反复呕吐无诱因；② 呕吐常突然发作，呈阵发性发作，严重时一天多次；③ 无消化系统器质性病变；④ 脑电图有异常；⑤ 抗癫痫药治疗有效。

（七）头部外伤

脑震荡之后，如意识障碍在 6 小时内消失，则可出现头痛、呕吐、眩晕，这并非脑有器质性损伤，而是呕吐中枢受物理刺激所致。

脑挫裂伤常引起明显的头痛、呕吐。持续性剧烈头痛伴喷射性呕吐与意识障碍加重者，须考虑有颅内血肿形成。

二、药物毒性作用

吗啡、洋地黄、雌激素、甲睾酮等，以及氮芥、环磷酰胺、丙卡巴肼、氟尿嘧啶、丝裂霉素 C 等化疗药物，均可兴奋化学感受器触发区，引起呕吐。

洋地黄疗程中最早的中毒症状常是纳差、恶心、呕吐，如兼有心律失常，更可肯定洋地黄中毒的诊断。

三、代谢障碍、内分泌疾病、放射性损害

(一) 低钠血症

重度低钠性失水患者常有乏力、恶心、呕吐、肌肉痉挛、腹痛等症状，甚至神志淡漠、嗜睡、血压下降与昏迷。病因多为急性胃肠炎、大面积烧伤、肾上腺危象、糖尿病酮症酸中毒、失盐性肾炎等。

稀释性低钠血症（如中毒、抗利尿激素分泌异常症）也常引起频繁呕吐。

(二) 尿毒症

尿毒症患者常较早出现头痛、恶心、呕吐。如并发尿毒症性胃炎，则呕吐更为严重。有一些患者因为恶心呕吐验血检查肾功能而诊断患尿毒症。

(三) 糖尿病酮症酸中毒

糖尿病酮中毒的诱因多为感染、创伤、手术、麻醉、中断胰岛素治疗等，患者常以厌食、恶心、呕吐等为早期症状。由于厌食、呕吐与多尿，致加重了失水与失钠，又使呕吐加剧，促进酮症性昏迷。

(四) 糖尿病胃轻瘫 (diabetic gastroparesis, DGP)

DGP 是糖尿病常见并发症，发生率达 50%~76%，主要表现为胃排空延迟，临床可见厌食、恶心、呕吐、早饱、腹胀等症状，严重影响患者的生活质量。DGP 的诊断标准为：① 糖尿病史；② 存在持续性早饱、腹胀、厌食、恶心、呕吐等临床症状；③ 内镜和钡餐检查排除机械性梗阻；④ 放射性核素标记试验、胃排空试验、实时 B 超、胃压测定术、胃电图提示胃排空延迟，大部分学者认为糖尿病患者在高血糖基础上可致内脏的自主神经病变、胃肠激素异常及微血管病变，使胃张力减弱和运动减慢。

(五) 甲状腺功能亢进症 (甲亢)

甲亢的临床表现错综复杂，典型者表现在消化系统为多食易饥、体重下降、大便次数增多，严重者有肝功能异常。以顽固性呕吐为突出表现者临床较少见，极易误诊、漏诊。老年甲亢患者以厌食、恶心、呕吐、消瘦为突出表现者稍多。对无明显诱因的呕吐，排除消化系统和中枢神经系统疾病后，注意有无心率增快，即使无甲状腺肿大、甲状腺无震颤及血管杂音，即使为妊娠期女性，也应及早行甲状腺功能检查，以确定是否有甲亢。

(六) 甲状腺危象

本症是甲状腺功能亢进症的严重并发症，诱因为感染、创伤、未经充分准备而施行手术、精神刺激等，¹³¹I 治疗甲状腺功能亢进症时也偶尔诱发。主要症状为高热或过高热、心动过速、不安或谵妄、大汗、呕吐与腹泻等，如不及时救治，可因周围循环衰竭而引起死亡。

（七）甲状旁腺功能亢进症

原发性甲旁亢临床少见，主要临床表现有骨痛、关节痛、泌尿系结石表现，胃肠道症状有恶心、呕吐、腹胀、食欲下降、便秘，甚至有消化性溃疡，也可出现消瘦、乏力、贫血、血沉增快。故临床上对不明原因呕吐、腹胀、便秘、食欲下降患者，注意患者是否有骨痛或骨质改变及泌尿系结石，检查血钙、磷、尿钙、血清甲状旁腺素，进一步可行甲状旁腺超声、CT 或 ECT 检查，以明确甲旁亢的诊断。

（八）甲状旁腺危象

甲状旁腺功能亢进症在应激情况下当血清钙增高至 13mg/dl 以上时，即可产生甲状旁腺危象（高血钙危象），临床表现为口渴、多尿、厌食、乏力、恶心、呕吐、便秘、肌肉软弱等症状。严重者发生昏迷与死亡。应立即补充生理盐水，注意电解质及酸碱平衡，注射降钙素，必要时予血液透析。

（九）肾上腺危象

慢性肾上腺皮质功能减退症（艾迪生病）可因感染、创伤、手术、过度劳累、中断糖皮质激素治疗等而诱发危象（肾上腺危象）。主要临床表现为体温降低、恶心、呕吐、失水、血压下降与周围循环衰竭，最后可陷入昏迷。由于患者常有吐泻发作，可被误诊为急性胃肠炎。

（十）腺垂体功能减退症

是由部分或全部垂体前叶被破坏，而产生单一或多种内分泌靶腺功能继发性减退的疾病，如性腺、甲状腺、肾上腺。除不明原因的恶心、呕吐外，还有性欲减退、阴毛脱落、精神萎靡、反应迟钝、怕冷、贫血、闭经、低血糖、低血压、皮肤干燥、心率慢等临床表现。测定皮质醇、甲状腺、性激素以及垂体 MRI 可明确诊断。及时补充皮质激素等靶腺激素，可防止垂体危象的发生。

（十一）妊娠呕吐

素来健康的已婚生育期妇女，忽于清晨起床后呕吐，连续多天，须注意妊娠呕吐。妊娠呕吐约见于半数的孕妇，多发生于妊娠期 5~6 周左右，但最早可见于妊娠第 2 周，一般持续数周而消失。发生原理未明，有认为与血中雌激素水平增高有关，精神因素可起一定的作用。患者常有困倦、思睡，嗜食酸味的食品。呕吐之前常有恶心。呕吐与精神因素有一定的关系，分散患者的注意力可使呕吐减轻。体检乳头颜色加深。尿液妊娠试验反应阳性。症状轻重各有不同。轻症者不影响日常生活与健康，称妊娠呕吐。重症者可引起失水、电解质紊乱、酸碱平衡失调、营养障碍，则称为妊娠剧吐。

妊娠毒血症发生于妊娠期第 24 周以后，多见于年轻初产妇，主要症状为血压升高、蛋白尿、水肿与视力减退，恶心与呕吐常是先兆子痫的表现。

（十二）急性全身性感染

许多急性全身性感染性疾病，可发生恶心、呕吐，尤以重症病例。可能由于发热与毒血症状态时，胃蠕动与胃分泌减少，消化功能减退，未消化的食物易积存于胃内，并易于呕出。儿童的呕吐中枢兴奋阈限低，在急性传染病时尤易发生呕吐。

最常引起呕吐的急性感染，首先是中枢神经急性感染、胃肠道急性感染、腹腔脏器的急性感染、泌尿系感染等。病原体可为细菌性、病毒性、真菌性、疟原虫等。细菌性食物中毒时，呕吐多发生于腹泻之前；霍乱与副霍乱时，呕吐多发生在腹泻之后。近年艾滋病的发病呈上升趋势，临床有艾滋病引起呕吐的报道，需要我们高度警惕。

（十三）放射性损害

在深部 X 线治疗，镭照射治疗、钴照射治疗等之后，均可发生食欲减退、恶心、呕吐。急性放射病的初期表现为神经系统的过度反应，致出现头晕、头痛、乏力、恶心、呕吐、腹泻等症状。

65 前庭障碍性呕吐

一、迷路炎

本病是急性与慢性化脓性中耳炎的常见并发症，临床病理学上可区分为迷路周围炎、局限性迷路炎、弥漫性浆液性迷路炎与弥漫性化脓性迷路炎四种类型，而后者的病情最严重。主要临床表现为发作性眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤等，诊断主要根据病史与耳科检查。

二、梅尼埃病

本病以男性罹患较多，发病多在中年。典型表现为突然发作的旋转性眩晕（多为水平性）、耳聋与耳鸣。眩晕发作时意识清醒，常伴有面色苍白、出冷汗、恶心、呕吐、血压下降等反射性迷走神经刺激症状。发作历时数分钟乃至数小时以上，间歇期也各有不同（参见第 157 节）。

三、晕动病

本病症状发生在航空、乘船、乘汽车或火车时，以苍白、出汗、流涎、恶心、呕吐等为主要表现。原因未充分明了。由于反复的俯仰运动、旋转、或上下颠簸所致的迷路刺激，明显地起重要的作用。迷路功能丧失的人常不致罹患晕动病。遗传和精神因素可能有重要关系。有些身体健康的人对乘车乘船完全不耐受，有的虽能耐受乘船乘车，但在车船中嗅到不愉快的气味或听到震耳的噪音等不良刺激，即可发生恶心、呕吐。

66 神经性呕吐

呕吐可为胃神经症或癔症症状之一。其特点是呕吐发作和精神刺激有密切的关系。呕吐可于食后立即发生, 呕吐全不费力, 每口吐出量不多, 吐毕又可再食, 虽长期反复发作而营养状态影响不大。嗅到不愉快的气味、听到震耳的噪音、或见到厌恶的食物而出现的呕吐, 称条件反射性呕吐, 也属神经官能性呕吐范畴。对神经官能性呕吐须小心除外一切器质性病因方能确定诊断。女性和神经不稳定的人, 其呕吐中枢兴奋阈限较低, 受各种刺激作用时易发生呕吐。

参考文献

1. 陈元芳. 恶心呕吐. //潘国宗, 曹世植. 现代胃肠病学. 北京: 科学出版社. 1994
2. 唐光佐, 等. 肠系膜上动脉综合征. 中华外科杂志, 1982, 20: 476
3. 张铁梁. 输出袢综合征. 中华医学杂志, 1978, 58: 435
4. 顾雁, 等. 原发性十二指肠癌误诊分析. 中华内科杂志, 1998, 37 (1): 4
5. 黄祥成, 等. 成人肠扭转不良 1 例. 中华普通外科杂志, 2001, 16 (3): 163
6. 曹辛. 先天性十二指肠隔膜 9 例. 中华消化杂志, 2001, 21 (5): 262
7. 吴斌, 等. 成人十二指肠隔膜畸形致不完全性肠梗阻一例. 中华普通外科杂志, 2002, 17 (3): 170
8. 方秀才, 等. 慢性假性肠梗阻的临床特征和诊断. 中华内科杂志, 2001, 40 (10): 666
9. 杨维良, 等. 成人肠套叠 150 例临床总结. 中华普通外科杂志, 2004, 19 (9): 547
10. 黄卫, 等. 反复呕吐、胸骨后烧灼痛. 中华内科杂志, 2003, 42 (9): 671
11. 焦洋, 等. 食管粘膜剥脱症内镜及临床诊断分析. 新医学, 2013, 44 (1): 45
12. 周丽荣, 林征. 糖尿病胃轻瘫的治疗进展. 国际内科杂志, 2008, 35 (10): 589
13. 冯静梅, 董玉宝. 以呕吐为主要症状的甲状腺功能亢进症 26 例分析. 中国误诊学杂志, 2010, 10 (5): 3225
14. 李春艳, 等. 以消化道症状为首表现的原发性甲状旁腺功能亢进症三例. 中华内科杂志, 2007, 46 (5): 411
15. 任青娟, 等. 腺垂体功能减退症 11 例误诊分析. 临床误诊误治, 2013, 26 (2): 13
16. 杨艳英, 等. 干燥综合征合并慢性假性肠梗阻的临床特征分析. 胃肠病学, 2013, 18 (3): 166
17. 吴长才, 等. 57 例肠系膜上动脉综合征诊治分析. 胃肠病学, 2013, 18 (3): 169
18. 张晓梅. 未定型结缔组织病, 假性肠梗阻 1 例. 临床消化病杂志, 2013, 25 (2): 117
19. 江勇, 等. 嗜酸性粒细胞性胃肠炎的诊治分析 67 例. 世界华人消化杂志, 2013, 2 (11): 1035
20. 高敏, 等. 胃十二指肠克罗恩病二例. 中华内科杂志, 2009, 48 (5): 419
21. 任权, 等. 自发性食管破裂 22 例临床分析. 中华临床医师杂志 (电子版), 2012, 21: 6952

第二十一章 急性上消化道出血

急性上消化道出血是指食管、胃、十二指肠、胃空肠吻合术后的空肠以及胰腺、胆道的急性出血，是常见的急症，迅速确定出血部位、病因并及时处理，对预后有重要的意义。

【如何确定急性上消化道出血】

急性上消化道出血的主要临床表现是呕血与黑便，以及由于大量失血而引起的一系列全身性症状。出血量在 60ml 以上时则可出现柏油样黑便。一般而论，幽门以下出血时常引起黑便，而幽门以上出血则往往兼有呕血。如幽门以下部位出血量多，血液反流入胃，也可引起呕血；又如幽门以上出血量少，或出血速度缓慢，血液在胃内不引起呕吐反射，则全部血液流入肠内，自肛门排出，黑便患者可无呕血，而呕血患者则几乎均有黑便。呕出血液的性状主要决定于出血量及其在胃内停留的时间，如出血量较少或（及）血液在胃内停留时间较长，由于胃酸的作用，呕出的血液呈棕黑色咖啡渣样；反之则可呈鲜红或暗红色。上消化道出血时，粪便的颜色主要决定于出血量、出血速度及其在肠道停留的时间，其次是出血位置的高低。一般情况下，上消化道出血时，血中血红蛋白的铁与肠内硫化物结合成为硫化铁，大便呈柏油样黑色；但如出血量大，肠蠕动过快，则出现暗红色甚至鲜红色的血便。少数急性上消化道出血患者早期并无呕血或黑便，仅表现为软弱、乏力、苍白、心悸、脉搏细数、出冷汗、血压下降、休克等急性周围循环衰竭征象，须经相当时间才排出暗红色或柏油样黑便。凡患者有急性周围循环衰竭，排除急性感染、过敏、中毒及心源性等所致者，提示可能有内出血。如患者无宫外孕破裂、动脉瘤破裂、自发性或外伤性肝脾破裂等可能时，必须考虑急性上消化道出血，直肠指检可能较早发现尚未排出的血便。

确定为上消化道出血之前，必须排除口腔、牙龈、鼻咽等部位的出血。这些部位的出血常可在局部见到出血痕迹与损伤。呕血又须与咯血相鉴别（参见第 4 章）。此外，有些曾有上消化道出血史的患者，由于进食大量动物血、活性炭、某些中草药或铁剂、铋剂等而出现黑色便时，顾虑甚大，须注意区别之。

【如何估计急性上消化道出血的出血量】

急性上消化道出血症状的轻重，与失血的速度和量有关。在大出血时，患者一般有软弱、乏力、眩晕、眼花、苍白、手足厥冷、出冷汗、心悸、不安、脉搏细数，甚至昏倒等急性失血症状。少数严重失血患者早期可出现躁动、嚎叫等精神症状。综合临床表现和实验室检查，提示成人严重出血的征象是：① 患者须卧床才不头晕；② 心率每分钟超过 120 次；③ 收缩压低于 90mmHg 或较基础血压降低 25% 以上；④ 血红蛋白

值低于 70g/L。急性大出血血容量减少时,首先出现的临床表现是心搏加快,其次是血压下降,而红细胞总数与血红蛋白量下降较迟,故早期不能片面根据后两者估计失血的程度。

【如何确定出血的部位与原因】

急性上消化道出血大多数是上消化道疾病所致,少数病例可能是全身性疾病的局部出血现象,须进一步明确鉴别。前者的临床征象主要表现在上消化道局部;后者则全身症状较显著,除上消化道出血外,往往合并有其他部位出血现象。详细的病史、体检及其他检查,对出血的部位与原因有重要鉴别诊断意义。

(一) 病史

多年慢性上腹痛病史或溃疡病病史,提示出血最大可能来自胃、十二指肠溃疡。肝炎、黄疸、血吸虫病或慢性乙醇中毒病史,有利于食管与胃底静脉曲张破裂出血的诊断。胆道蛔虫、胆石、胆道化脓性感染是胆道出血的主要原因。溃疡病出血大都发生于溃疡病活动期,故出血多见于症状发作或加重时,且多见于冬、春季节。出血时上腹痛缓解,有利于溃疡病的诊断;在右上腹剧烈绞痛缓解之后出现呕血与便血,有利于胆道出血的诊断。出血后上腹痛仍无明显缓解,常见于胃癌。食管静脉曲张破裂出血往往突然发作,血色新鲜,涌吐而出,甚至呈喷射状。伴有吞咽困难的呕血多起源于食管癌与食管溃疡。某些药物如肾上腺皮质激素、非甾体消炎药或水杨酸制剂、萝芙木制剂治疗引起的上消化道出血,往往突然发生,通常见于剂量大、疗程长的病例。

(二) 体格检查

蜘蛛痣、肝掌、脾大、腹壁静脉怒张、腹水等病征有助于肝硬化并发食管与胃底静脉曲张破裂出血的诊断。如有左锁骨上淋巴结转移,则出血常见于胃癌。上消化道出血伴有可触及胀大的胆囊,常提示为胆道或壶腹周围癌出血。遗传性出血性毛细血管扩张症所致出血,往往可发现皮肤与口腔黏膜毛细血管扩张。

(三) 化验检查

各项肝功能试验(包括血氨测定)有助于食管与胃底静脉曲张破裂出血的病因诊断。血细胞比容测定、红细胞计数与血红蛋白测定可估计失血的程度。出血时间、全血凝血时间、凝血酶原时间、血小板计数等出血、凝血试验及血细胞学检查,有助于出血性疾病所致的上消化道出血的病因诊断。

(四) X 线检查

诊断未明的急性上消化道出血,吞钡检查一般均在出血停止后一段时期进行,以免诱发再次出血。细致的、特殊体位的 X 线检查,可能发现某些容易漏诊与罕见的病因。如采取使球后部暴露清楚的不同程度的右前斜位检查,较易发现十二指肠球后溃疡;采取头胸低位或俯卧位腹部加压、食管吞钡检查,较易发现食管裂孔疝。

（五）急诊内镜检查

随着内镜的普及，急性上消化道出血的病例大部分可以查明病灶，对于有明确上消化道出血的患者，在积极补充血容量、生命体征稳定的基础上，应尽快行胃镜检查以明确病因。消化性溃疡约占出血原因的 50%，其次为食管胃底曲张静脉破裂出血、各种原因引起的急性胃黏膜损伤及胃癌。虽然 95% 的患者可以找到出血原因，但仍有约 5% 的患者经过各种手段检查仍无法明确出血病因。对这些出血原因不明的患者，应注意较为隐蔽或细小的病灶，如 Dieulafoy 病、胃肠道血管发育不良、憩室、异位胰腺等，采用各种检查手段，包括内镜、选择性腹腔动脉造影等手段尽量查明病因，为治疗提供依据。

对于出血量不大且病因未明的患者，可随访追踪观察，重复检查，直到找出病因。对出血量大且有活动性出血证据的患者，必要时可行剖腹探查加术中内镜检查以查明病因，为外科手术治疗提供依据。

胃、十二指肠镜检查目前广泛应用于上消化道出血疾病。急诊内镜检查多在出血后 24~48 小时举行，内镜检查不仅可观察到出血部位，还可发现新的浅表性病变与同时存在的其他病变。例如患有食管静脉曲张的病例，可能由于急性糜烂性胃炎引起出血。急诊胃十二指肠镜检查对急性糜烂性胃炎、食管贲门黏膜裂伤、应激性溃疡、吻合口溃疡、十二指肠炎等出血的诊断有决定性意义。此外还有助于出血的局部治疗，如应用局部注射、热探头、止血夹等方法止血。

（六）其他器械检查

床边超声检查对患者干扰甚少，有助于提示肝硬化、胆囊肿大与脾大。静脉注入放射性核素⁵¹ 铬示踪红细胞，并结合腹部扫描显像，显示出血部位的放射性浓集区，有助于肠道活动性出血灶的定位诊断。

选择性动脉造影用于诊断隐源性急性上消化道出血，有较好的评价。在这种情况下，X 线钡餐检查的诊断错误率为 10%~50%，胃镜检查有些部位观察不到，虽剖腹探查也有 6%~8% 未能找到出血部位，因此最适宜作选择性动脉造影术。原因未明的上消化道出血可作腹腔动脉造影，在静脉充盈期可使曲张的食管静脉显影。如怀疑出血部位较低，则作肠系膜上或下动脉造影，出血程度愈大，则诊断的成功率愈高，其操作快速而相当安全。禁忌证是进行性腹主动脉硬化。在胃次全切除术后患者又发生出血，此时再次手术与非手术治疗进退两难，而动脉造影有助于明确出血的部位。动脉造影能直接显示出血的病灶（肿瘤、溃疡基底），以及由于造影剂向肠腔凝聚而提示出血的部位。动脉造影发现有活动性出血时可即时进行局部填塞或滴入药物进行止血。

【急性上消化道出血的原因】

见表21-1。

表 21-1: 急性上消化道出血疾病的分类

I 消化系统疾病所致的急性上消化道出血	
一、食管疾病	3. 胃血吸虫病
(一) 食管与胃底静脉曲张破裂	4. 胃嗜酸性肉芽肿
(二) 其他食管疾病	5. 少见的胃肿瘤
1. 食管炎	(六) 十二指肠憩室
2. 食管憩室炎	(七) 十二指肠恶性肿瘤
3. 食管消化性溃疡	(八) Dieulafoy 病
4. 食管癌	三、胆道、胰腺疾病
5. 食管异物	(一) 胆道疾病
6. 食管贲门黏膜裂伤出血(Mallory-Weiss 综合征)	(二) 胰腺癌与壶腹周围癌
二、胃及十二指肠疾病	(三) 胰管出血、胰管结石出血
(一) 胃、十二指肠溃疡(消化性溃疡)	(四) 异位胰
(二) 急性胃黏膜损伤	(五) 急性胰腺炎
(三) 胃癌	(六) 药物损伤
(四) 胃黏膜脱垂症	II 全身性疾病所致的急性上消化道出血
(五) 少见的胃疾病	一、血液病
1. 胃扭转	二、尿毒症
2. 胃结核	三、应激性溃疡(stress ulcers)
	四、心血管疾病
(一) 心脏病	七、弹性假黄瘤
(二) 腹主动脉瘤向肠腔穿破	八、药物所致的上消化道损伤
(三) 血管瘤	(一) 肾上腺皮质激素
(四) 遗传性出血性毛细血管扩张症	(二) 非甾体消炎药
五、钩端螺旋体病	(三) 萝芙木制剂
六、结缔组织病	

67 消化系统疾病

67.1 食管疾病

一、食管与胃底静脉曲张破裂

食管与胃底静脉曲张破裂出血是肝硬化门脉高压症的严重并发症，在上消化道出血疾病中，其发病率仅次于溃疡病与出血性胃炎。临床诊断上须参考下列各项：

1. 出血的表现

食管与胃底静脉曲张破裂出血最突出的主诉常为呕血。呕出的血往往为鲜红色，量很多，涌吐而出，有些病例呈喷射状。患者呕血前大多有上腹部饱胀感。部分病例可呕血少而便血多，或全无呕血而仅有黑便，这是由于血液没有引起呕吐反射而按正常方向往胃肠道下行所致。有时甚至引起胃肠蠕动增强，致血液迅速从肛门

排出，类似下消化道出血。一般而论，食管与胃底静脉曲张破裂出血比其他出血严重。患者有急性上消化道出血而迅速发生休克，通常多见于食管与胃底静脉曲张破裂出血或胃动脉硬化出血。

2. 病史

如患者过去曾有肝炎、黄疸、血吸虫病或慢性乙醇中毒历史，则对诊断肝硬化有一定的提示，但有些患者可无明确的上述病史而突然出血。另一方面，具有上述病史的患者，也可无肝硬化，仅因罹患其他上消化道疾病而致出血。

3. 体征

如患者有明显的肝功能损害与门脉高压病征，如巩膜黄染、蜘蛛痣、肝掌、脾大、腹壁静脉怒张、腹部移动性浊音等，则很有助于食管与胃底静脉曲张破裂出血的诊断。但须注意，轻度脾大可因大出血而暂时缩小，蜘蛛痣在大出血后也往往消失。这些情况均可使诊断困难。

肝硬化引起的食管静脉曲张破裂出血多伴有较明显的鼓肠、腹壁静脉怒张，或甚至出现腹水，而胃十二指肠溃疡出血时腹部多低平，甚少胀满。

4. 肝功能试验

某些肝功能检查，如血清蛋白与球蛋白比例倒置、血清蛋白电泳丙种球蛋白明显增加，均有利于肝硬化的诊断，但这些试验需时较长，对急诊病例无帮助。

5. 急诊内镜检查

目前应用急诊胃镜检查急性上消化道出血，在呕血停止之后即可进行，一旦发现食管静脉曲张出血，还可作硬化剂注射或静脉套扎等止血治疗。国外文献报道肝硬化与门脉高压症并发急性胃损伤出血者颇多，这时出血灶在胃而不在食管，只有经胃镜检查才能与食管静脉曲张破裂出血相鉴别。

特发性非硬化性门脉高压症甚少见，病因未明，主要表现为脾大伴脾功能亢进、食管胃底静脉曲张与反复破裂出血，而并无肝硬化的组织学改变，肝功能大多正常。

二、其他食管疾病

如上消化道出血前，患者有吞咽困难、食物反流、胸骨后或心窝部烧灼痛等症状，提示病变最大可能在食管。如临床提示有食管疾病急性出血，在病情许可时，须作胃镜检查以协助诊断。

（一）糜烂性食管炎

弥漫性糜烂性食管炎或食管溃疡多由胃酸反流引起，其他引起食管溃疡的疾病尚有白塞病、克罗恩病等，真菌感染也可引起糜烂性食管炎。糜烂性食管炎可引起上消化道出血，以呕血为主，一般较慢而量少，但也有少数是大量而突然的出血，可被误诊为溃疡病出血。

表层剥脱性食管炎是少见的食管疾病，病因尚未明了。一般均有不同程度的胸骨后闷痛、呕出食物和鲜血，在反复剧烈呕吐之后突然吐出完整的管型膜状物，往往一端尚与下咽部连接，间也有完全吐出者，其构造与正常食管黏膜相同，最长可超过 20cm。发病大多认为与吞咽粗糙过硬食物或鱼骨刺伤食管黏膜等有关。

（二）食管憩室炎

食管憩室并发炎症或溃疡时，可发生急性出血，以呕血为主。

（三）食管癌

食管癌出血往往在较晚期出现。一般为小量的持续性出血，以呕血为主，但少数病例也可发生急性大出血。

（四）食管异物

食管大出血可为食管异物的严重并发症，乃由于损伤大血管所致，但大多为小量的出血。

（五）食管贲门黏膜撕裂

食管贲门黏膜裂伤出血（Mallory-Weiss 综合征），最多见的是由剧烈呕吐而诱发，间有因剧烈咳嗽、喷嚏等引起。凡患者在剧烈呕吐或干呕之后有呕血时，须注意此综合征的可能性，其主要表现是：① 反复发作的剧烈呕吐或干呕之后出现呕血；② 胃镜检查可见胃与食管交界处有黏膜裂伤，与胃、食管的纵轴相平行。但大出血时可因血液掩盖视野而胃镜检查观察不到病变，故诊断有时不易确定。国外文献报道此综合征多见于酗酒者。

67.2 胃及十二指肠疾病

一、胃、十二指肠溃疡（消化性溃疡）

据我国临床资料，上消化道出血约 7%~52% 由于溃疡病所致，其中以十二指肠球部溃疡出血占多数。出血多发生于冬春两季。大多数（可达 90%）患者有长期节律性胃痛史，此点对食管静脉曲张破裂出血鉴别诊断有重要意义。反复的出血史对诊断溃疡病出血也甚有价值。如患者过去曾经 X 线或胃镜检查确定为溃疡病，对诊断意义尤大。

溃疡病出血常在病情恶化时发生，许多患者在饮食失调、过度精神紧张、体力劳累、受寒或感染之后突然发生出血。非甾体消炎药、肾上腺皮质激素、萝芙木制剂、磺胺类药物、抗凝剂等，均可作为溃疡病出血的诱发因素。

临床症状在鉴别诊断上往往有重要的提示。多数溃疡病患者在出血前数天上腹痛加剧，对碱性药物的止痛效果不佳，出血后疼痛方见减轻。部分病例于出血前有上腹饱胀不适、食欲不振与情绪不安。呕血时多有强烈的恶心感。食管静脉曲张破裂出血则无此前驱症状，呕血时通常也无恶心感。急性胃溃疡患者有短促的胃痛史，疼痛在出血前达到最高峰，以便血兼有呕血为最常见。十二指肠溃疡以单纯便血为多见。

如上消化道出血之前有剧烈的上腹部绞痛，应注意胆道出血的可能性。胆道出血与溃疡病出血的不同点为上腹痛呈绞痛样，出血常于腹痛缓解后出现。

溃疡病出血患者过去可无胃痛史。有报道 3124 例溃疡病中无胃痛史而突然大出血者有 48 例（约占 15%）。诊断较为困难，尤其难与无肝脏病史又缺乏相应临床表现的肝硬化食管静脉曲张破裂出血相区别。急诊胃镜检查鉴别诊断价值较大。

临床上有些特殊类型的溃疡病较一般溃疡病容易发生上消化道急性大出血，如巨大溃疡、复合性溃疡、十二指肠球后溃疡、吻合口溃疡等。主要依靠钡餐 X 线检查或胃镜检查鉴别。

十二指肠球后溃疡：出血机会比胃、十二指肠球部溃疡高两倍多，出血量多，常反复出血，便血多于呕血，因其病变多位于后壁，易侵蚀胰十二指肠上动脉之故。

吻合口溃疡出血是胃空肠吻合术后一种严重的并发症。出血发生率较一般溃疡病为高。如胃大部分切除术后不久又发生顽固的间歇性上腹痛与上消化道出血，应考虑吻合口溃疡出血的可能性，而卓-艾综合征也须考虑。

二、急性胃黏膜损伤

急性胃黏膜损伤（糜烂性胃炎、急性胃溃疡）作为上消化道急性出血的原因近年受到重视，且不少由于药物刺激所引起。由于损伤表浅，钡餐检查难以发现，甚至在手术时也不能明显地看到。胃镜检查是最好的诊断方法。国外个别报告称急性胃损伤占上消化道出血 30% 之多。急性胃黏膜损伤愈合可以较快，有时可在 24 小时内愈合，故胃镜检查须在出血后不久施行。

三、胃 癌

胃癌在我国常见，出血也常见，典型的呕吐物为咖啡渣样。呕血或（及）黑便可发生于任何时期，但也可为首发的症状。一般溃疡病在出血后疼痛即显著减轻或消失，而胃癌在出血后疼痛缓解往往不显著。发病在 40 岁以上，尤其是胃病史较短者，其出血量与贫血程度不相称时，更支持胃癌。溃疡病出血经积极治疗 2~4 周后，大便潜血反应转为阴性，如大便潜血持续阳性也支持胃癌的诊断。X 线钡餐与胃镜检查有助于诊断（参见第 81.2 节）。

四、胃黏膜脱垂症

胃黏膜脱垂症是较常见的胃病，由于幽门前庭过于松弛，胃黏膜经幽门管脱入十二指肠所致。上海第二医学院附属广慈医院报告的 47 例中，过半数（27 例）并发急性上消化道出血，多为少量的出血，以呕血为主，少数仅有便血，多同时伴有腹痛。凡急性上消化道出血患者，以往无胃病史或有不规则的胃痛史，无明显诱因与前驱症状而突然出血，或出血前几天有恶心、呕吐、腹痛加剧等前驱症状，提示胃黏膜脱垂症出血的可能性，X 线钡餐或胃镜检查有助于明确诊断（参见第 67.2 节）。

五、少见的胃疾病

（一）胃扭转

胃扭转胃扭转临床上少见，多为慢性型。患者多有节律性胃部疼痛，于餐后 1~4 小时出现，伴恶心、呕吐、反酸，持续 2~3 小时而消失。有些病例有与进食时间有关的上腹部疼痛，又可并发上消化道急性出血，这种情况和溃疡病的临床表现相似。慢性胃扭转发作时常有三大症状：剧烈的呕吐；上腹部局限性疼痛；胃管不能放入胃内。胃扭转颇常并发上消化道出血，可能由于扭转部血管与黏膜损伤所致。X 线检查能明确诊断。

（二）胃结核

胃结核一般为继发性，临床上很少见。患者多为 30 岁左右的青壮年。此病可并发出血，但急性大出血少见（参见第 81.2 节）。

（三）胃血吸虫病

胃血吸虫病可见于血吸虫病流行区。血吸虫卵可从胃静脉逆流侵入胃壁，在黏膜与黏膜下层引起炎症与纤维组织增生。病变多位于幽门部，常引起幽门梗阻现象，或可触及上腹部包块。或因黏膜层的虫卵的机械作用和食物通过胃时的摩擦，致浅表性溃疡，并引起出血。常表现为黑便或伴有呕血。出血可严重，甚至发生休克。

胃血吸虫病并非血吸虫病的晚期现象，此时尚无肝硬化征象，且 X 线钡餐检查常可证明幽门梗阻和龛影，术前最易被误诊为溃疡病合并幽门梗阻或胃癌。在血吸虫病地区，患者有感染血吸虫的病史而无肝硬化的证据时，如出现上腹痛、呕吐、反酸与上消化道大出血，X 线诊断为“溃疡病”，但按溃疡病积极治疗仍继续出血，应考虑胃血吸虫病出血的可能性。胃镜直视下作病理活检能确定诊断。胃次全切除术与吡喹酮治疗是有效的治疗措施。

（四）胃嗜酸性肉芽肿

胃嗜酸性肉芽肿少见，临床症状、X 线以及内镜下表现，均与胃癌相似，故极易误诊。有学者提到，胃溃疡、上消化道大出血、幽门梗阻、息肉样变是该病的常见并发症，主张进行胃黏膜剥离活检或深取黏膜下组织作病理学检查，以期确定诊断。

（五）少见的胃肿瘤

当胃淋巴瘤、胃平滑肌肉瘤和胃霍奇金淋巴瘤发生破溃或溃疡形成时，均可引起急性出血，表现为黑便或呕血与黑便。这些胃肿瘤在临床上很少见，患者以壮年或中年居多，无特征性临床表现，但常有不规则的上腹痛。X 线检查也难与其他胃内恶性肿瘤相区别。最可靠的诊断方法为胃内肿瘤组织或病变淋巴结的病理活检。

六、十二指肠憩室

十二指肠憩室出血一般少见，临床上与溃疡病出血不易区别，但十二指肠憩室疼痛的发生虽与饮食有关，然无一定时间性与周期性，与溃疡病不同。上消化道出血患者有类似溃疡病的症状，而 X 线检查无其他上消化道器质性病变发现，仅有十二指肠憩室者，应考虑十二指肠憩室出血。诊断主要依靠 X 线钡餐检查。憩室常位于十二指肠降段，十二指肠镜能观察到。

七、十二指肠恶性肿瘤

十二指肠恶性肿瘤的十二指肠镜诊断率甚高，一组报道显示其症状发生的几率依次为：消化道出血（58.8%）、腹痛（55.9%）、体重下降（52.9%）、黄疸（32.4%）、腹块（23.6%）。

八、Dieulafoy 病

Dieulafoy 病（Dieulafoy 溃疡）是由于胃肠道黏膜下层曲张的小动脉瘤破裂所致，由此可引起不同程度的出血。动脉性出血可相当严重。它最多发生在胃，少数病例可见于空肠、十二指肠与结肠。内镜直视下，

出血点可呈一个帽针头大小，或为一个喷血的弯曲小血管。病变外观颇似一个部分愈合的消化性溃疡，故又名 Dieulafoy 溃疡。国内一组报告 7 例，其中 6 例为男性，年龄在 48~76 岁之间。

本病罹患大多为中、老年人。文献提到最常见于胃高位，少数见于食管、空肠、十二指肠与结肠。可发生大出血，以往多经开腹探查手术治疗。自从应用急诊内镜直视下局部注射硬化剂、无水乙醇等治疗以来，一般不需外科治疗而获得满意的止血疗效。

67.3 胆道、胰腺疾病

一、胆道疾病

胆道疾病的出血比较少见，国内文献报道多因胆道感染、蛔虫及结石所引起。其他原因为肿瘤、创伤等。国内一组 23 例中，病因最多者为肝内化脓性感染。本病的主要临床表现是剑突下或右上腹部阵发性绞痛，疼痛缓解后出现便血或兼有呕血。如合并胆道感染则有寒战、发热。疼痛可向右肩部放射。呕出的血可混有细长条状小血块，是胆道出血所具有的特征；由于绞痛是由于血凝块堵塞胆道，引起胆道平滑肌痉挛所致，故血凝块一旦排出胆道，疼痛即缓解。约 1/4~1/3 患者有黄疸。胆道出血时如胆囊正常，胆囊可被血液充盈而胀大，在右上腹可触及，也是诊断胆道出血的重要体征。上述的症状常呈周期性发作与缓解，于数天或十几天之后再发。

自发性胆内瘘少见，由此引起出血者更少见。患者多为老年女性，有长期确诊的慢性胆囊炎病史，常伴有巨大结石（> 2.5cm）。发作时均有一过性腹部剧痛、黄疸及发热。但出血很少影响生命体征。超声扫描提示慢性胆囊炎胆石症，须依靠开腹探查确诊。

急性胆道出血可误诊为溃疡病合并出血或胃癌合并出血。提示胆道出血的 3 个常有的特点是：① 右上腹部或心窝处剧痛，类似胆绞痛，有时波及右侧胸部，大量呕血及便血常在腹痛减轻后出现，并出现休克症状；② 可触到胀大的胆囊，往往伴有感染征象如恶寒、高热；③ 症状及体征消退后，一部分患者在数天或十几天内再发。B 超提示胀大的胆囊。

二、胰腺癌与壶腹周围癌

胰腺癌引起出血者罕见，且发生出血时已属晚期，失去手术时机。壶腹周围癌出血比较多见，且可发生于较早期，并可出现严重的症状，但非手术的禁忌证。出血多表现为黑便，但也可伴有呕血。慢性上腹痛、营养不良、阻塞性黄疸等征象，对提示胰头癌与壶腹周围癌的诊断有重要意义。纤维十二指肠镜检查，可直接观察到 Vater 乳头并采取活组织作病理学诊断。B 超与 CT 检查对胰腺癌诊断帮助甚大。

三、胰管出血、胰管结石出血

胰管出血较为罕见。病程迁延，多为上腹痛反复发作伴柏油样便，可呕吐咖啡样液体，发作时可持续数日。胰管出血的病理基础为慢性胰腺炎，胰蛋白溶解酶破坏血管壁，出血流入胰管，排入肠道。如患者既往有胰腺炎病史，伴贫血、柏油样便，便前有腹痛，反复发作，若除外胃肠道其他出血性疾病，应考虑本病。有诊断意义的检查为 B 超，可发现胰腺积血或积液的囊肿，也可发现胰腺搏动性包块。CT 扫描可得到一个完整胰腺及其

周围组织的解剖图像。内镜检查可发现出血来自胆道口壶腹。ERCP 可发现胰管内血块充盈缺损，胰管中断。选择性腹腔动脉造影可发现假性动脉瘤改变。高度怀疑而出血不止的病例宜及早剖腹探查。

胰管结石是慢性胰腺炎的并发症，由结石引起的出血罕见，国内仅有个案报告。诊断方法与上述的胰管出血诊断方法相同。

四、异位胰

异位胰也称迷走胰，临床上少见。异位胰通常为单个的肿块，直径 1~6cm，但也可为多发性。胃、十二指肠异位胰可在胃肠钡餐检查时发现，但多被误诊为溃疡病、良性肿瘤或胃癌。超声内镜对诊断异位胰有价值。国外文献综合 589 例中，异位于十二指肠 30%，胃 25%，空肠 15%，回肠 3%，梅克尔憩室 6%，此外也可异位于肠系膜、大网膜等处。异位胰有时可发生急性或慢性胰腺炎、囊样扩张、恶性或良性肿瘤而导致出血。

五、急性胰腺炎

急性重症胰腺炎可并发胃肠道黏膜出血与灶性坏死，主要发生于小肠以上的消化道，临床表现为呕血与便血。

67.4 药物所致的上消化道损伤

一、肾上腺皮质激素

肾上腺皮质激素治疗加重原有的胃、十二指肠溃疡的病情，甚至引起出血、穿孔等并发症。肾上腺皮质激素性溃疡发生于长期大剂量肾上腺皮质激素的疗程中，即所谓类固醇性溃疡，与阿司匹林并用时尤易发生。疼痛无明显的节律性，常为隐袭性发展，呈所谓“无症状性”，待病变已相当严重，甚至出血或穿孔时方被发现。出血常为临床唯一的症状，且常为大量，可威胁生命。溃疡的发生无固定部位，但一般认为胃窦部多见。胃镜检查可以检出溃疡。

二、非甾体消炎药

非甾体消炎药，特别是阿司匹林（乙酰水杨酸），引起急性胃出血或胃溃疡出血者并不少见。在出血前，患者可有烧灼感、反酸与腹部不适或疼痛等症状，但也有不少患者出血前无任何消化道症状。阿司匹林对胃黏膜有刺激作用，病变局限于药物接触的胃黏膜及其周围，水杨酸制剂对出、凝血机制也有影响，故可引起相当严重的出血。

三、萝芙木制剂

萝芙木制剂，特别是利血平，不论长期的口服或注射给药，均可激发上消化道溃疡。

四、抗生素

某些抗生素，特别是口服给药时可引起胃肠反应，严重者可引起出血。曾有报告，口服青霉素由于过敏性水肿引起上消化道出血，患者可伴有急性腹痛、荨麻疹及紫癜等。曾有报告，多黏菌素引起胃肠道出血。

五、其他药物

国内外文献报道，辛可芬、组胺、咖啡因、抗癌药（如氟脲嘧啶）、甲状腺素、甲苯磺丁脲（D860）、呋喃妥因、吗啡、可待因、氨茶碱、洋地黄、抗凝剂、胰岛素、脱敏剂、白喉类毒素、雌激素，以及用于抗休克的血管收缩药如肾上腺素、去甲肾上腺素等，均可加重溃疡病或引起胃肠道黏膜损害，导致不同程度的出血。

68 全身性疾病

一、血液病

各类型紫癜、白血病、再生障碍性贫血、血友病等，均可引起消化道出血。

二、尿毒症

尿毒症晚期可由于胃肠分泌液中氮质代谢产物含量增加，其中尿素分解后所产生的氨与铵盐，对黏膜有刺激与腐蚀作用，导致消化道黏膜糜烂与溃疡形成，并引起急性出血。血小板减少也起一定的作用。常伴有其他器官的出血现象。

三、应激性溃疡

应激性溃疡是急性浅表性溃疡，通常为多发性，最常发生于胃体与胃底部。在胃窦部与十二指肠通常少见。应激性溃疡大多发生于外伤后、败血症或低血压状态，往往合并黄疸、肾衰竭与呼吸功能衰竭。最常见的临床表现是无预兆的出血，但引起穿孔与梗阻者甚少。缺血与胃酸的存在是本病发病的先决条件。在这些病例中，常有胃黏膜屏障对酸类通透性增高，这种现象也可明显地参与损害的产生。溃疡可发生在重度损伤或败血症发病几小时之内，但最常见的临床病征是大出血，常发生于第 2~12 天之内。

应激性溃疡临床上主要见于急重症患者，因此是危险的并发症。由于大面积烧伤后发生的溃疡（Curling 溃疡）曾常被认为是急性应激性溃疡的典型示例。有人将这些病例又区分为两组，最多的一组（见于 14.4% 的大面积烧伤 30% 以上的病例）溃疡在烧伤后最初数天内发生，为急性多发性浅表性溃疡形成，位于胃底部。这种溃疡似乎就是一般所提到的真性应激性溃疡。第二组溃疡发生较晚，常发生于烧伤的恢复期，通常位于十二指肠（见于 8.9% 的烧伤病例）。在显微镜检查时，第二组溃疡显示较为慢性，很少有穿孔，有人认为是原有消化性溃疡的活动或恶化，或溃疡病素质者的溃疡形成。

由于颅内损伤、脑瘤或颅脑手术后发生的溃疡（Cushing 溃疡）也曾被认为是应激性溃疡的示例。Cushing 溃疡可见于食管、胃与十二指肠。这种溃疡通常深而为穿透性，偶尔整个局部胃肠壁完全溶解，引起穿孔。

有人发现头部外伤时颅内压愈增高,胃液的酸度愈高。又有人发现下丘脑前核兴奋时,增加胃左动脉的血流量与胃酸分泌。研究这些患者的胃黏膜屏障对酸类的通透性,结果为正常,但胃酸分泌增加。这些观察强力揭示颅内损害所致的典型库欣溃疡,并非真正的应激性溃疡。

脑出血并发消化道出血的发生率甚高,且预后严重,由乙型脑炎引起的急性上消化道出血比其他中枢神经系统疾病所致者为多,出血与昏迷有密切关系。

应激性溃疡主要须与各种药物(如阿司匹林)或乙醇所致的糜烂性胃炎(erosive gastritis)相区别。虽然糜烂性胃炎在临床上与病理学上和真性应激性溃疡相同,但不应列入应激性溃疡范畴。药物所致糜烂性胃炎大出血时的治疗效果,较真性应激性溃疡好得多。胃黏膜屏障的崩溃均可参与两者的发病机制。但在应激性溃疡时,胃黏膜屏障的崩溃可能由于黏膜缺血与十二指肠内容物反流入胃所致。

四、心血管疾病

(一) 心脏病

曾有报告,急性心肌梗死合并休克、心律失常、充血性心力衰竭患者出现胃肠道出血。常为急性或死亡前出血。国外报告的370例尸检结果显示,123例(33%)有死亡前胃肠道出血,病理解剖所见为胃、十二指肠瘀斑、糜烂或急性溃疡形成,或全肠道的广泛性黏膜出血。动脉硬化性、肺源性或心瓣膜病所致重症充血性心力衰竭的死亡病例中,常可见到广泛的肠道出血,曾有人将其命名为“死亡前出血性坏死性肠病”。

肺气肿、慢性肺源性心脏病并发胃、十二指肠溃疡的发生率颇高,其发病机制尚未完全明了。有人认为与呼吸性酸中毒所致的高碳酸血症及缺氧有关,诊断主要根据X线钡餐检查。此型溃疡的特点是隐袭性,无典型的溃疡病症状,国内报告的一组病例仅有上腹部不适感,上腹部压痛多不明显,可发生严重的大出血。

(二) 腹主动脉瘤

腹主动脉瘤向肠腔穿破可引起出血,国外曾有多例腹主动脉瘤向十二指肠穿破的报告。但很少在初次发作时有血呕出。有人报告只有27%的病例从出血至死亡时为6小时或更短。这是一个接受诊断与适当手术治疗的时机。出血可为小量或大量,常反复发作。中腹部搏动性肿块常存在,但这并非诊断必备的条件。

(三) 胃肠道血管瘤(hemangioma)

可分为四种类型:①多发性静脉扩张;②海绵状血管瘤(弥漫性浸润型、息肉样型);③毛细血管瘤;④广泛性胃肠道血管瘤病(Osler-Rendu-Weber病的一种类型)。

反复的出血是胃肠道血管瘤最常见的症状。胃肠道血管瘤最常发生于小肠,但也可弥漫性分布于胃肠道或仅局限于结肠,可采用胃十二指肠镜或结肠镜观察之。X线钡餐检查有时可类似小肠的良性肿瘤,临床上有类似出血性消化性溃疡的表现。

(四) 遗传性出血性毛细血管扩张症

遗传性出血性毛细血管扩张症 (Osler-Rendu-Weber 病) 在国内曾有一组 30 例报告, 5 例有呕血。消化道出血是遗传性出血性毛细血管扩张症的严重症状, 且常反复发作, 有时可发生急性大出血。在颜面皮肤、口腔、鼻咽部黏膜、上肢皮肤等处发现有多发性毛细血管扩张。家族中往往有同样的病史。胃镜检查可发现高出黏膜表面、色鲜红或深红的毛细血管扩张与出血灶, 并有助于除外其他原因的胃与食管出血。胃肠部分切除不能根治本病的出血, 因病变为广泛性, 局部治疗或偶尔雌激素治疗有效, 输血对出血的治疗也有帮助。

五、钩端螺旋体病

钩端螺旋体病可引起胃肠道出血, 但同时尚有其他器官的出血现象。

六、结缔组织病

肠穿孔、梗死与出血, 作为系统性红斑狼疮、皮炎与结节性多动脉炎的胃肠道并发症, 国外文献常有报告。这些并发症可出现于肾、心或肺的临床病征出现之前。

七、弹性假黄瘤

弹性假黄瘤是一种罕见的有遗传倾向的全身结缔组织病, 主要病变为动脉中层弹性纤维变性以及内膜代偿性增厚。患者多为女性。当胃肠道血管受累时可发生上消化道大出血, 尤其在妊娠期间。大多数病例的出血部位不明, 不少经反复剖腹探查也未能发现。此病的特点是皮肤病变、眼底血管样条纹和视网膜损害, 以及内脏广泛性血管病变。皮肤松弛, 隐约可见条纹皱起, 其中可见淡黄色小点状隆起, 沿皮纹排列。国内文献曾报告一例并发急性上消化道出血。

参考文献

1. 洪流, 等. 胃嗜酸性肉芽肿的临床内镜及病理特征. 中国内镜杂志, 2000, 6 (3): 29-30
2. 郭春光, 等. 原发性十二指肠恶性肿瘤 64 例临床分析. 中国肿瘤临床, 2008, 35 (4): 193-195
3. 李峻岭, 等. 胰管结石引起反复上消化道大出血一例. 中华内科杂志, 1996, 35 (7): 488
4. 徐俊超, 等. 胰管出血的诊治进展. 中华外科杂志, 2012, 50 (1): 77-78
5. 王志益, 等. 表现为上消化道出血的自发性胆内瘘三例. 中华内科杂志, 1994, 33 (2): 86
6. 席智文, 等. Mallory-Weiss 综合征 26 例临床分析. 中国内镜杂志, 2004, 10 (11): 78-79
7. 陈丸, 等. 上消化道出血内镜检查 567 例分析. 中华消化内镜, 1999, 16 (3): 184
8. 刘俊, 等. 联合应用内镜注射和热凝治疗消化性溃疡出血. 中华消化内镜, 1999, 16 (1): 10
9. 李军婷, 等. 非甾体消炎药致上消化道出血的临床特征. 中华消化内镜, 2001, 18 (3): 151
10. 黄业斌, 等. 急诊内镜诊治上消化道出血 183 例分析. 北京医学, 2005, 27 (9): 531