

胃肠道功能紊乱 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E8_83_83_E8_82_A0_E9_81_93_E5_c22_302821.htm 名称胃肠道功能紊乱所属科室普通外科病因 本症的发病机理，迄今尚无统一的熟悉。精神因素在本症的发生和发展中起重要作用，如过度劳累、情绪紧张、家庭纠纷、生活和工作上的困难，若长期得不到合理的解决，均可干扰高级神经的正常活动，造成脑-肠轴的紊乱，进而引起胃肠道功能障碍。暗示和自我暗示是主要的发病因素，患者常有胃肠肌电活动和动力的紊乱。饮食失调，经常服用泻药或灌肠，均可构成不良刺激，促进本症的发生和发展。临床表现 起病大多缓慢，病程常经年累月，呈持续性或有反复发作。临床表现以胃肠道症状为主，可局限于咽、食管或胃，但以肠道症状最常见，也可同时伴有神经官能症的其他常见症状。 以下分述几种常见的胃肠道功能紊乱：（一）癔球症 癔球症（globus hystericus）是主观上有某种说不清楚的东西或团块，在咽底部环状软骨水平处引起胀满、受压或阻塞等不适感，很可能与咽肌或上食管括约肌的功能失调有关。祖国医学称为“梅核气”。此症多见于绝经期妇女。患者在发病中多有精神因素，性格上有强迫观念，经常作吞咽动作以求解除症状。实际上在进食时症状消失，无咽下困难，长期无体重减轻的表现。检查不能发现咽食管部有任何器质性病变或异物。（二）弥漫性食管痉挛 是食管中下段同期强烈的非推进性持续收缩，引起的弥漫性狭窄。典型症状为无痛性的缓慢或忽然发生的咽下困难和（或）胸骨后疼痛。进食场合有其他事情干扰，或饮食过冷或过热均易诱

发症状。症状多短暂，持续数分钟到十分钟，喝水或暖气常可缓解。胸痛可放射至背、肩胛区和上臂，偶有心动过缓和血管迷走性晕厥，有时难与心绞痛区别。X线吞钡检查可见食管下2/3段蠕动减弱，有强烈不协调的非推进性收缩，食管腔呈串珠样、螺旋状狭窄。食管测压在吞咽后食管上中下段出现同期收缩、重复收缩和高振幅非推进性收缩波，食管下括约肌压力多正常，可以弛缓。治疗可用钙离子通道拮抗剂如硝苯吡啶、硫氮卓酮等以及硝酸甘油类。内镜下用气体或流体静力扩张器对食管强力扩张，可使食管蠕动恢复正常，大多数病例不需要手术治疗。

（三）神经性呕吐 常发生在青年女性，由精神因素引起的慢性复发性呕吐，常于进食后不久忽然发生，一般无明显恶心，呕吐量不大，吐后即可进食，不影响食欲和食量，多数无明显营养障碍。可伴有癔病色彩，如夸张、做作、易受暗示、忽然发作、间歇期完全正常，因此也称为癔病性呕吐。精神治疗对部分病人有效。

（四）神经性暖气（吞气症）患者有反复发作的连续性暖气，企图通过暖气来解除患者本人认为是胃肠充气所造成的腹部不适和饱胀。事实上是由于不自觉地反复吞入大量空气才暖气不尽。此症亦有癔病色彩，多在别人面前发作。

（五）神经性厌食 是一种以厌食、严重的体重减轻和闭经为主要表现而无器质性基础的病症。西方青年女性中患病率为10%。患者常因害怕发胖破坏体形而节制饮食甚至拒食，在情绪上孤立，回避亲属，虽然体重减轻仍认为自己过胖，避免饮食，进行过度的体育活动，通过服药抑制食欲，甚至服利尿剂和泻药。体重减轻甚至达恶病质程度。患者常有神经内分泌功能失调，表现为闭经、低血压、心动过缓、体温过低以及贫血

水肿等。据Mayo Clinic研究组报道神经性厌食病人有多种胃电生理和神经激素的异常，如胃节律障碍的发生增加，胃窦收缩受损，固体食物的胃排空明显迟缓，这些紊乱可能与患者餐前饱感、早饱和餐后不适胃胀气等症状有关。（六）肠激惹综合征以大便习惯改变为主要特征，是最常见的胃肠道功能紊乱性疾病。在西方国家占胃肠病门诊的50%。患者年龄多在20~50岁，老年后初次发病者极少。女性多见（女：男2~5:1）。过去称此症为结肠痉挛、结肠激惹综合征、粘液性结肠炎、过敏性结肠炎、结肠功能紊乱等，现已废弃，因本症无炎性病变，也不限于结肠。1988年罗马国际会议提出肠激惹综合征（IBS）的定义应具备腹痛，排便后缓解伴有大便次数和性状的改变，或（和）排便异常，有下述表现2项以上：排便次数改变、大便性状改变、排便过程异常、排便不尽感、粘液便。患者常伴腹部胀气及不适。尽管IBS的发病机制尚不清楚，但临床和实验室证据均提示IBS是一种肠道动力紊乱性疾病。患者有特征性的结肠肌电活动异常，表现为3次/min的慢波增加。以腹痛和便秘为主者短峰电位（short spikebursts, SSB，与调节结肠节段收缩，延缓排便有关）增加，可达正常人的170%~240%；而以无痛性腹泻为主的患者SSB减少。以腹痛为主的IBS患者结肠腔内压力增高，可达正常的10倍，而无痛性腹泻者压力正常或降低。便秘、腹胀痛者小肠转运延迟，而以腹泻为主者加快，同时有移行性综合运动的增加。IBS患者结肠对刺激（包括食物、气囊扩张、神经激素如乙酰胆碱类、 β -受体阻滞剂及胃泌素等）的敏感性增高，进食后，乙状结肠直肠动力活动出现推迟但持续时间明显延长可达3小时（正常人50分钟）。患者对

直肠气囊扩张耐受性差，引起收缩的阈值及痛阈降低、收缩幅度大、持续时间长。对于精神紊乱的研究提示脑-肠轴的紊乱是肌电动力异常的基础。临床表现常有痉挛性腹痛（以下腹多见，痛时可扪及有压痛、坚硬的乙状结肠）和便秘，或有慢性便秘伴间歇发作的腹泻。腹痛常于排便后缓解。排便常发生在早餐后，睡眠中极少出现。排便可伴大量粘液，但无血便。症状发生常与精神紧张有关。患者一般情况好，无体重减轻。如患者有食欲不振、体重减轻、直肠出血、发热、夜间腹泻等常提示其他器质性疾病而不是IBS。诊断胃肠道功能紊乱的临床特点，非凡是病情常随情绪变化而波动，症状可因精神治疗如暗示疗法而暂时消退，提示有本症的可能性。必须强调指出，在诊断此症前必须排除器质性疾病，尤其是胃肠道的恶性病变。以IBS为例，多数患者情绪紧张、就医时述诉繁多，滔滔不止，有的将症状写在纸上，唯恐遗漏。医生首先应耐心听取和分析患者的陈述，仔细进行体格检查和常规化验，包括血常规、血沉、粪常规、粪隐血虫卵和细菌培养、纤维结肠镜及结肠气钡双重造影。除外结肠癌、炎症性肠病、憩室炎、痢疾等。有持续腹痛伴体重减轻者应作全消化道钡餐摄片除外克隆病，餐后持续上腹痛者作胆囊超声，怀疑胰腺疾患时作腹部CT及淀粉酶测定，怀疑乳糖酶缺乏症时应作乳糖耐量试验；小肠粘膜活检除外小肠粘膜疾病；结肠粘膜活检除外结肠炎。初步诊断为此症后，还须密切随访，经过一段时间，才能确保诊断无误。神经性呕吐须与慢性胃病、妊娠呕吐、尿毒症等鉴别，还应除外颅内占位性病变。神经性厌食须与胃癌、早期妊娠反应、垂体或肾上腺皮质功能减退鉴别。治疗（一）心理治疗对2/3病人有

效。治疗胃肠功能性疾病的要害在于解除心理障碍调整脏器功能。假如患者怀疑或忧虑自己患了某种疾病，医生进行针对性检查，解除疑虑稳定了情绪，这本身也是一种治疗手段。

（二）支持疗法 除非患者全身情况很差，一般不需卧床休息。生活有规律，适当体育活动，可增强体质，加速神经功能恢复。神经性厌食者伴严重营养不良、鼻胃管进食又引起腹泻的患者，需静脉输入营养。高纤维素食物可缓解IBS病人的症状。

（三）药物治疗 短期给予三环类抗抑郁药对具有明显精神症状的患者有用，在痉挛性腹痛的IBS患者，抗胆碱能药物双环维林（dicyclomine 10~20mg，3~4次/d）可减轻餐后腹痛和便意窘迫；钙拮抗剂得舒特50mg 3次/d可减少餐后锋电位活动的增加，薄荷油0.2ml饭前服用，可松弛平滑肌均对腹痛有一定缓解作用，洛哌丁胺（易蒙停2mg 4次/d）对腹泻型IBS有效。

（四）中医治疗 1.神经性呕吐 如除呕吐外无其他见证，可用小半夏茯苓汤加减以止吐，对轻症患者有效。 2.吞气症 可用旋复代赭汤加减治疗。 3.肠激惹综合征 若有腹痛而泻，胁肋满闷及脉弦，则为肝脾不和，可用痛泻要方加减。若天天于黎明前腹鸣而泻、腹凉肢冷，舌淡脉弦细，为脾肾阳虚，用附子理中汤合四神丸加减进行治疗。

（五）其他治疗 针灸、理疗等有时有效，可按具体情况采用。预防及预后 胃肠道功能紊乱经治疗好转后，仍有复发可能，但一般不会严重影响全身情况。严重营养不良呈恶病质的神经性厌食患者预后较差，死亡率达5%。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com