

吞咽困难\_颈部\_症状库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/608/2021\\_2022\\_\\_E5\\_90\\_9E\\_E5\\_92\\_BD\\_E5\\_9B\\_B0\\_E9\\_c22\\_608860.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E5_90_9E_E5_92_BD_E5_9B_B0_E9_c22_608860.htm)

吞咽困难概述：正常吞咽功能发生障碍时称为吞咽困难即食物从口腔至胃运过程中受到阻碍的一种症状可由咽部食管或贲门的功能或器质性梗阻引起患者进食后即刻或8~10秒钟内在咽胸骨后或剑突后粘着停或哽塞感

吞咽困难病因：病因分类（一）口咽和喉疾病

- 1口炎外伤
- 2咽喉疾病：
  - 扁桃体周围脓肿；
  - 咽后壁脓肿；
  - 咽喉结核；
  - 咽喉白喉
- （二）食管疾病
- 1食管炎：
  - 非特异性食管炎；
  - 消化性食管炎
- 2食管溃疡
- 3食管癌
- 4食管良性肿瘤
- 5食管“良性”狭窄
- 6食管憩室炎
- 6食管结核
- 7Barrett食管
- 8食管裂孔疝
- 9食管内异物
- 10食管系膜下脓肿
- 11食管先天性疾病：
  - 食管蹼；
  - 先天性食管闭锁；
  - 先天性食管狭窄；
  - 先天性食管过短；
  - 先天性食管扩张
- 12食管受压：
  - 纵隔疾病；
  - 心血管疾病；
  - 甲状腺肿大
- （三）神经肌肉疾病或功能失常
- 1神经肌肉器质性疾病
  - 中枢神经系统脑神经疾病；
  - 肌肉疾病；
  - 结缔组织疾病；
  - 全身性感染和中毒
- 2神经肌肉功能失常
  - 贲门痉挛；
  - 缺铁性吞咽困难；
  - 弥漫性食管痉挛；
  - 精神性贲门失弛缓症

机理 正常吞咽动作包括口咽食管上扩约肌食管本身和食管下括约肌等四个阶段其中某一个阶段发生障碍时均可引起吞咽困难

1口咽阶段 吞咽动作的起始阶段食物通过口咽部正常情况下仅历时一秒种左右涉及口咽肌的随意运动当口咽部有炎症或创伤等病伤时患者可因疼痛不敢吞咽

当面肌（ 脑神经）舌肌（ 脑神经）腭弓和咽缩肌（ 脑神经）麻痹时均影响吞咽动作

后组颅神经（）脑神经）损害引起延髓麻痹出现吞咽困难

2食管上括约肌阶段 每次吞咽动作开始后食管上括约肌即行松弛然后出现食管蠕动食团顺利通过 当支配该部的迷走神经吞咽神经失常时可引起食管上括约肌功能失常出现吞咽困难的症状

3食管本身阶段 食管本身吞咽困难的原因主要是食管腔内机械性梗阻或闭塞如食管癌食管良性狭窄等；食管壁外来性压迫如胸内甲状腺肿大主动脉瘤等；食管蠕动减弱食管蠕动减弱消失或异常如弥漫性食管痉挛皮肌炎硬皮病等均可引起吞咽困难

4食管下括约肌阶段 食管下括约肌引起吞咽困难主要机理是由于食管下括约肌失弛缓多见于贲门痉挛；也见于食管下端机械性梗阻如食管下段癌贲门癌食管良性狭窄等

吞咽困难诊断：一 病史 1年龄 出生后或哺乳期即有频繁反食者要考虑先天性食管疾病如先天性食管狭窄先天性食管过短等；儿童突然出现吞咽困难者多因食管异物引起；老年人出现吞咽困难者多考虑患食管癌

2前驱病史 患者有长期胃病史或吞酸灼热胃液或胆汁反流等史应考虑反流性食管炎食管消化性溃疡与不良性狭窄等病；凡既往有食管胃手术史较长期食管胃内植管史误服腐蚀剂等患者应考虑食管炎或良性狭窄

3和情绪有关者应考虑贲门痉挛或弥漫性食管痉挛精神性贲门失弛缓症

3和饮食的关系 食管腔内或食管腔外因素造成的机械性梗阻患者均可出现吞咽困难的症状而且随着食管腔闭塞的程度不断加重饮食也随之逐渐困难从普食软食半流食流食最后可能滴水不入咽神经肌失常者进食液体饮食可能比进食固体饮食更为困难饮水会引起鼻反流或呛咳进食过冷过热过快或有刺激性事物诱发吞咽困难者多提示食管炎或食管痉挛

4吞咽疼痛 口咽部的炎症溃疡或外伤进食时

吞咽疼痛食管性吞咽困难伴有疼痛轻重不等其分布部位涉及胸骨后剑突下肩胛区背部肩部颈部等处如果进食酸性饮食即刻引起疼痛多见与食管炎症和溃疡如进食过冷或过热饮食诱发疼痛多为弥漫性食管痉挛在非吞咽期也有疼痛多为食管极度扩张引起晚期食管癌有纵隔炎 5 食管反流 进食流食立即反流至鼻腔及呛咳者诊为咽神经肌失常餐后较久才有反流多因食管梗阻的近段有扩张或有憩室内有潴留引起其反流物可为隔夜餐存留的食物残渣呈酸臭味贲门痉挛反流物量常较多也常在夜间平卧位时出现引起呛咳食管癌反流物多为血性黏液样 6 病期与病程发展 进行性吞咽困难者首先考虑是食管癌而且病程较短多为7-8个月病程进展缓慢多为良性狭窄病程较长吞咽困难症状时轻时重反复出现者多为贲门痉挛患者 7 声音嘶哑 吞咽困难伴有声音嘶哑者应考虑是食管癌引起的纵隔浸润侵及喉返神经；或是由于主动脉瘤纵隔肿瘤或纵隔淋巴结结核压迫喉返神经引起声音嘶哑 8 呛咳 吞咽困难伴发呛咳者应考虑是否患有食管癌贲门癌贲门痉挛或食管憩室等病；呛咳较重者须考虑咽神经肌病变或食管癌患者并发食管气管瘘 二 体格检查 应注意一般营养状况有无皮肤病或淋巴结肿大 有无口咽炎溃疡或外伤有无舌和软腭麻痹患者饮一口水后10秒钟内在剑突部可否听到喷射性杂音（患者取坐位听诊器置于剑突左侧令患者饮一口水后10秒钟内如能听到喷射性杂音说明贲门部无梗阻如此杂音延迟出现或不明显提示贲门有梗阻） 三 实验室检查 食管酸灌注试验（Bemstein），嘱患者取坐位经鼻孔插管深约30~35cm滴入生理盐水100~125滴/min,然后换用0.1mol/L盐酸以同样滴速灌注如出现胸骨后疼痛或胃灼热为实验阳性提示患 反流性食管炎各继发性食管痉挛 四 器械检查

1X线检查 胸透视或胸大片可以了解有无纵隔增大主动脉瘤左房增大或心包积液食管钡餐造影可检查咽部和食管全长和贲门部位有无病变 2拉网脱落细胞检查 食管拉网脱落细胞学检查是诊断早期食管癌和食管癌前变的经济简便易行安全可靠的一中方法最适合于门诊和食管癌高发区进行防癌普查阳性确诊率高达87.8%~94.2%可作为一中粗筛的检查手段 3食管镜检查 吞咽困难的患者应用食管镜检查可直接观察到病变部位范围形态和色泽并且做脱落细胞学刷检和病理组织学活检确诊如对食管癌贲门癌贲门痉挛食管良性肿瘤食管良性狭窄弥漫性食管痉挛食管异物食管裂孔疝食管结核食管真菌感染作出明确鉴别诊断 4食管测压检查 食管测压检查对判断食管的运动功能十分重要对一些运动功能失常疾病很有诊断价值如多发性肌炎皮肌炎可见食管上1/3蠕动波消失食管上括约肌静止压减低食管痉挛仅见非蠕动性小收缩波食管下括约肌不能松弛；食管弥漫性痉挛有食管强力和反复出现的收缩波而食管下括约肌弛缓功能良好吞咽困难鉴别诊断：一口腔咽喉疾病 1口腔炎症溃疡和外伤 各种口腔的疾病如炎症溃疡外伤等都可因疼痛和梗阻性病变都可引起吞咽困难如扁桃体周围脓肿咽后壁脓肿喉白喉咽喉结核等这些疾病临订诊断都不困难 二食管疾病 （一）食管炎食管炎可分非特异性食管炎和反流性食管炎食管炎的典型症状有：疼痛吞咽困难有的患者也可出现呕血的症状 1非特异性食管炎 早期阶段患者一般无症状或仅感胸骨后或剑下进食时不适感进而主诉吞咽食物时感觉胸骨后有刺痛或灼痛再进一步病情加重疼痛加剧且固定局部位但患者多数仅有梗阻感而能咽下普食也无反流或呕吐现象有的患者呕少量血丝非特异性食管炎发病多与营养饮食和

口腔卫生习惯有关一般食管癌高发区非特异性食管炎罹患率也相当高河北省涉县胃镜检查当地正常人群镜下所见13%患有病情轻重不等的食管炎症当地群众明显进食蔬菜水果少因此缺乏维生素A和核黄素也缺乏微量元素锌硒钼也有的作者认为与糖尿病脑部疾病和动脉硬化症有关非特异性食管炎主要与早期食管癌相鉴别食管炎口中虽虽有吞咽困难但食物咽下不受限制非进行性咽喉困难疑有食管癌应早期做食管镜检查鉴别嗜酸性粒细胞性食管炎（或嗜酸性肉芽肿）：其病因不清主要症状为吞咽困难伴胸骨后疼痛诊断主要根据食管镜下活检组织学诊断病理镜下可见呈弥漫性嗜酸性粒细胞浸润或呈嗜酸性肉芽肿

2反流性食管炎是指胃肠道内容物逆流入食管引起消化性炎症或溃疡因此也称消化性食管炎和消化性溃疡造成反流的病因多见于以下几种：食管裂孔疝；原发性食管下括约肌关闭不全；先天性食管畸形（发育不全或先天过短）；外科手术（如Hellcr手术迷走神经切断术和胃大部切除术）；幽门梗阻；妊娠；其它疾病（如脑部疾病硬皮症念珠菌病食管静脉曲张等）

食管炎大多位于食管下段早期食管黏膜充血水肿与痉挛进一步形成溃疡晚期发生瘢痕性狭窄和缩短因此Wolt和Lazar将食管炎分为6度反流性食管炎的主要症状有：新秩序烧心打嗝反胃吞咽困难和呕血反流性食管炎的诊断根据典型的症状X线食管镜腔内压力测定和酸度试验诊断并不困难特别在线上发现裂孔疝对诊断更有意义因为疝反流性食管炎最常见的病因反流性食管炎主要与食管癌和贲门癌鉴别其临床特点是：吞咽困难的病史多数较长无明显进行性加重的特点一般营养状况良好症状时轻时重间断发作X线钡餐检查发现食管下段狭窄边

缘光滑规则或稍粗糙两侧对称上下端无明显分界食管壁仍有相当程度张缩功能可伴有龛影上部食管扩张不明显同癌性狭窄不同对不易鉴别的病倒食管镜检查可咬取组织进行病理诊断反流性食管炎还须与以下疾病相鉴别：贲门失弛缓症X线检查食管钡餐造影显示贲门对称性狭窄呈鸟嘴状或鼠尾状食管镜检查黏膜正常硬皮症本病是全身性疾病有50%~80%伴有食管病变60%有吞咽困难35%有烧心症状主要表现食管平滑肌萎缩引起食管下狭窄食管下括约肌关闭不全胆道结石胆囊炎十二指肠溃疡和幽门梗阻胃神经能症均可引起贲门部痉挛性狭窄食管镜检查黏膜正常食管白色念珠菌病表现为弥漫性表浅食管黏膜破坏糜烂及小溃疡X线检查与反流性食管不易区别但本病口腔黏膜常有同样改变局部涂片和活检均能发现典型的白色念珠菌（二）食管癌我国是食管癌高发区尤以太行山的漳河流域苏北地区川西北地区梅州地区和伊犁地区的哈萨克居民男性发病一般高于女性个别地区女性高于男性（如梅州地区）患病年龄以中老年为主50-69岁约占食管癌死亡的60%以上.发病部位以中段为高,约占50%以上,其次为下段,上段较少.食管癌的病因近20多年来我国研究甚广,但目前仍无定论.主要的可疑病因台下：亚硝酸类化合物.霉菌的毒素致癌作用.微量元素病因.营养和饮食习惯遗传易感性食管癌典型临床症状是进行性吞咽困难但进行性吞咽困难在早期阶段不会出现早其阶段主要症状是：大口进硬食时有轻微的梗塞感；吞咽时食管内疼痛；吞咽时胸骨后闷胀隐痛不适感；吞咽后食管内异物感如果病变发展为中期绝大部分患者出现进行性吞咽困难同时可能伴有呕吐胸背疼痛体重减轻病变发展为晚期多数出现癌的并发症和压迫症

状患者出现压迫气管引起咳嗽呼吸困难等呼吸道症状；侵犯喉返神经发生声音嘶哑侵犯膈神经而致膈肌麻痹；癌远位转移时出现相应转移部位的症状最后出恶病质 食管癌的诊断主要根据临床症状X线检查拉网脱落细胞学和食管镜检查 凡患者出现进食不顺偶有梗塞感的都应进行 X线检查X线钡剂食管黏膜中断破坏腔内充盈缺损或狭窄管壁僵硬蠕动消失钡剂通过障碍等食管癌的X线表现对于较早期食管癌患者可进行食管拉网脱落细胞学检查可以发现早期食管癌的患者及癌前病变患者尤其是在医疗条件较差的农村边陲地区应用 目前食管镜和胃镜的广泛应用对于早期食管癌患者应进行食管镜检查以明确诊断特别是镜下取得细胞学和病理活检标本而进行细胞学各组织学诊断对于镜阴性者而临床上仍有可疑时应于4~5周内复查 (三) 贲门癌贲门癌是原发于或主要占据食管胃黏膜交界线以下2cm范围内的癌主要类型是腺癌其病因流行病学临床症状诊断方法和外科治疗原则基本和食管癌相似只是贲前些时候癌临床主要症状进行性吞咽困难出现更晚疼痛和秒适感部位表现在心窝或剑突下 (四)食管良性肿瘤 食管良性肿瘤为临床上少见的疾病占食管所有肿瘤的0.5%~0.8%其淡临床症状轻微或无症状易被患者或临床医师所忽视但食管良性肿瘤种类繁多主要有食管良平滑肌瘤息肉囊肿乳头状瘤纤维瘤血管瘤脂肪瘤腺瘤等食管平滑肌瘤约占食管良性肿瘤的72.7%患者大部分分为男性.发病年龄12~80岁半数以上的患者发生在21-40岁；食管平滑肌瘤可发生于食管的各段但多见于下段食管；其类型分为壁内型息肉型和纵隔型；肿瘤大小差别很大多数直径为2~5cm大于10cm者少见；多数为单发少数为多发；开关多数呈圆形或椭圆形；食管平滑肌瘤所引起

的症状一般说都比较轻微病程较长有的没有任何症状常见的症状是吞咽困难占病例总数约45%吞咽困难轻重不一多数是比较轻微或间断性很少影响正常饮食其他可能还伴有疼痛和消化功能紊乱等症状其病程多绵长有的达十几年患者症状虽轻但与X线诊断所见病变范围不相称钡餐造影可见边缘清晰而光滑呈半圆形的充盈缺损缺损与正常食管有清楚的分界两者之间呈锐角或阶梯状肿瘤部位黏膜皱襞消失但无黏膜破坏与龛影食管镜检查也有助于诊断可见肿瘤呈圆形椭圆开或腊肠样突入食管腔表面黏膜完整光滑平展皱襞消失呈淡红色半透明

**食管息肉：**在食管良性肿瘤中公次于食管平滑肌瘤食管息肉的发病男性多于女性发病年龄男女极不一致男性26~83岁女性21~65岁之间食管息肉的蒂长短不一据文献报道最长的1例25cm因此其临床症状比较特殊长蒂息肉可能在咳嗽呕吐或体位改变时肿瘤突然逆行自口腔中呕出少数病例因肿瘤误吸入呼吸道而造成窒息；吞咽困难也是其常见的症状为进行性加重或间歇性发作程度往往与肿瘤大小不成正比且进展缓慢病史长X线食管造影剂造影可见食管腔内病变呈梭开肿大钡剂在肿瘤表面有分流或偏一侧壁通过局部管壁扩张收缩功能良好食管镜检查有助于确定瘤蒂部位瘤体大小有真金不怕火炼性变或其他异常并可同时咬取活检做病理学确诊对于瘤体小而蒂又细者可在镜下切除

**（五）食管憩室** 食管憩室系食管壁局限的离心性外突占据纵隔一定的位置可单发或多发于食管的任何部位但最好发部位是咽与食管的连接部食管中段平气管分类是根据憩室形成的机制分为膨出型和牵引型膨出型憩室是由于食管腔内的压力使食管黏膜在管壁的某些薄弱点“疝”出形成囊袋；牵引型憩室系食管壁被外部向外牵拉所

致有些憩室可两种因素同时存在称为膨出-牵引型或混合型憩室文献报道患病率为1.4%（8 141例健康成人消化造影检查）

咽食管憩室（Zenker憩室）：是膨出型憩室据文献综述2 183例食管憩室中食管憩室占63.1%一般男性发病多于女性发病年龄多数在50岁以上咽食管憩室的病因多数学者认为解剖上的薄弱点或是吞咽肌群协调活动失调造成食管腔内压的增加所致憩室的临床症状主要是吞咽困难症状的轻重主要取决于憩室发展的程度初期多无症状或有咽喉异物感及瞬间食物停滞感口涎增多；随着憩室扩展内容物不易排空主要表现为缓慢的进行性下咽困难打嗝反胃所流出未经消化的食物及黏液并与体位改变有一定的关系于饮水进有的患者可以出现含漱声响（Boyce征）；憩室发展为巨大型可压迫气管引起呼吸困难 X线钡剂检查是诊断食管憩室的主要方法典型的X线表现充钡后呈半球形表面光滑尤其下缘更为清楚较大的憩室常呈下垂状压迫食管向一侧移位致使管腔狭窄0.5%~1.0%的憩室发生恶性变.憩室壁内一旦出现不规则应进一步行食管镜检查,进行刷检或活体组织检查,明确诊断.因食管镜检查有引起憩室穿孔的危险,因此不列为常规检查 食管憩室常因食物潴留和刺激而继发炎症与溃疡甚至发生出血或穿孔（六）食管异物 食管异物是常见的临床急症之一误吞误吸的异物中约80%进入食管仅20%进入气管多数是10岁以内的儿童因在“粗”心大意“的情况下发生的如在吃饭玩耍时卧位时；异物性质分为金属性动物性植物性和化学性4大类金属性 约占28.6%,以硬币为最常见,动物性以骨骼和肉块为最多约占18.4%植物性以枣核果实等常见约占9.2%.因地区地区,以各种鱼骨为最常见,北方及区以枣核多见. 食管异物的位置,可以发生于食管的任何部位,但因食

管的解剖关系,最易发生于食管的三个生理狭窄处,即环咽肌食管入口主动脉弓及左总支气管的食管压迹处和膈裂孔区食管异物几乎都有轻重不同的吞咽困难症状细小或圆形金属异物有时被食管的黏膜皱裂所包围可以长时间无明显吞咽困难症状咽下较大的异物则可完全堵塞食管流食变难咽下异物卡住于食管上端可压迫气管后壁而引起呼吸困难疼痛也是更加明显儿童患常见唾涎增多也提示异物存在于颈部而不在胸部 X线检查是诊断食管异物的主要方法之一不透X线的异物可以观察到异物的开关大小和部位部分用透过X线的异物钡剂造影也可显示异物的形状大小和部位特别注意斜位可以避开脊椎异物可经食管镜检查并取出 (七) 食管裂孔疝 食管裂孔疝是胃的一部分经膈肌的食管裂孔突入胸腔一般分为三型: 食管房疝; 滑脱疝 混合疝其发病率各学者报告相差甚大Postlethwait和Sealy统计50年的文献12给X线常元曲胃肠检查资料其发病率为5.7% (最低1.2%,最高15%),有的报告男略高于女,有的报道女性略高于男性,尤其是孕妇的裂孔疝发病率较一般人高,肥胖型人腹内肿瘤腹部受压长期咳嗽和便秘均易患食管裂孔疝 食管裂孔高常见的临床症状是疼痛打嗝暖气烧心和反胃当并发反流性食管炎和食管狭窄时出现吞咽疼痛和吞咽困难出血等 X线是诊断裂孔疝的主要方法钡剂造影可见膈上有胃泡并有典型胃黏膜象可以诊为裂孔高食管镜检查有助于进一步明确诊断和并发症的诊断 (八) 食管“良性”狭窄 食管良性狭窄是指癌以外的良管瘢痕性狭窄最常见的原因是咸服各种化学性腐蚀剂所引起的食管意外损伤此外还见于食管异物外伤手术以及反流性食管炎所致的瘢痕性狭窄 患者主要症状是逐渐加重的吞咽困难历时数周至数月由普食改为

软食软食改为半流食半流食再改为流食严重者滴水不入尤其是化学性烧伤患者多数最后造成严重的瘢痕狭窄滴水不入

诊断食管：良性“狭窄主要依据典型的病史进行性吞咽困难的主诉X线钡剂检查可明确狭窄的部位和程度化学性烧伤狭窄一般分为4度I度：无吞咽困难的主诉纤维化未波及食管全周公表现为短的食管狭窄 II度：狭窄呈环状狭窄区尚有一定扩张度虽有狭窄倾向但尚未引起困难 III度：狭窄外观状如哑铃狭窄壁坚韧管腔迂曲如线样窄细； IV度：长度大于1.5cm的管状狭窄伴有坚韧的纤维化粘连扩张困难如病史不明须进一步做食管镜检查以除外癌性狭窄文献报道1 792例食管癌中有29例（1.6%是在食管烧伤的基础上发生的,因此,良性狭窄也可以恶性变. (九)食管结核 食管结核与其他部位结核一样,是由结核杆菌所引起的一种特民性感染.分为原发性和断发性两类食管结核较为罕见作者所在医院27年间共收治食管疾患4 627例发现食管结核6例占0.13%食管结核的好发部位为食管胸段的气管分叉处病变较轻而局限可无症状如病变较重呈增殖性变或结核瘤形成则可阻塞食管而引起不同程度的吞咽阻塞感或吞咽困难；溃疡性病变多以咽下疼痛为其性咽下困难 根据结核病晚逐渐出现吞咽阻塞感或吞咽困难应考虑食管结核的可能性X线钡剂食管周围粘连或纵隔淋巴结压迫而致的不规则外形临床上尽管X线检查也有其特点但是食管癌鉴别食管镜检查直视下咬取活检病理检查是唯一可靠的方法 (十)食管真菌病 食管真菌感染发球罕见病然而近些年来由于广泛应免疫抑制剂和大剂量搞菌素治疗真菌感染已较为常见真菌感染最觉为念珠菌属的类酵母菌 食管真菌病的主要临床表现为下咽疼痛能放射到背部有时出现恶心呕吐和下咽困难等症状婴儿

因呕吐物吸入气管而引起窒息 食管真菌病常与口腔鹅口疮并存 食管真菌病的诊断X线食管钡剂造影显示食管黏膜纹理消失锯齿状充盈缺损浅表的龛影和管腔狭窄X线表现不能确诊仍怀疑食管真菌者可做食管镜检查镜检发现食管黏膜发红脆弱可有糜烂和溃疡不同大小直径的白色斑孤立存在或融合一起而形成假膜活检或拭子培养可找到真菌 (十一) Barrett食管 Barrett首先于1950年发现食管下段出现溃疡是移位的胃黏膜上皮有的学者认为食管鳞状上皮细胞被柱状上皮细胞替代是先天性食管新膜移位有些学者认为是反流性食管炎所引起的属后天性疾病Postlethwait (1976) 认为这种病变属于先天和后天性者都有可能Naef (1975) 认为食管柱状上皮化为后天性学说提供了可信的证据他长期内窥镜观察了140例患者发现两种类型: 食管部膜鳞状上皮与柱状上皮呈圆周形结合多位于主动脉弓水平这病例多在15岁以下他认为此类为先天性类型; 两种上皮不规则的结合发生在食管任何部位年龄绝大多数为55岁以上的成年人他认为此类是反流性食管炎长期作用引起的为后天性类型而Barrett (1957) 认为此病仅限于食管下段 临床上食管下段柱状上皮化生的患者一般无症状或一些轻微症状存在多年如烧心轻度呼吸窘迫剑突下不适如在鳞状上皮部位产生食管炎可出现疼痛吞咽困难反胃和呕血等吞咽困难可由进硬食开始逐渐发展为进流食时也感觉困难食管下段的溃疡称为Barrett溃疡可引起疼痛 X线检查多数发现位于主动脉弓处良性狭窄Barrett溃疡多位于贲门处显示较深的龛影食管镜检查活检可确诊 (十二) 食管先天性疾病 如出生后或哺乳期出现间歇性或经常性食后呕吐与吞咽困难应考虑是否患食管先天性疾患常见的是食管闭锁 1. 先天性食管闭锁 食

管闭锁是一种常见的先天性食管疾病它是胚胎期发育不全而形成的食管隔断与消化道不通连因此婴儿出生后常因不能进食和误吸人呼吸道而致早期死亡我国先天性食管闭锁占新生儿患病率0.05%与国外报道0.05%-0.1%很不一致临床表现主要是不能进食及口腔唾液积聚易引起吸人性肺炎体检发现其特征性舟状腹X线检查发现胃肠道无气体只见上纵隔有一个含气的食管盲端

2.先天性食管狭窄 先天性食管狭窄是指食管腔有不同程度的狭窄而食管本身组织结构正常临床上少见常发生在食管胸中段,即气管分叉处以下位置狭窄轻者无症状,严重者在出生后数天或数周即发生吞咽困难与呕吐狭窄上方食管扩张成囊状当充满食物时压迫气管或支气管产生哮鸣音

3 .先天性食管蹼 先天性食管蹼是从食管内壁四周伸向腔内的环形薄膜致使管腔变窄环形膜包括食管部黏膜和部分黏膜下层临床上极为少见食管蹼的临床症状主要是新生儿期出现吞咽困难吞咽困难的程度取决于蹼的狭窄程度如完全闭锁症状和食管闭锁症状相同如蹼的中央遗留小孔可以进流食但婴儿常营养不良消瘦发育不全X线钡剂造影可确诊食管镜检查可见珍珠状膜或正常黏膜聚集或玫瑰花环形狭窄

4 .先天性食管过短 先天性食管过短与裂孔疝很相似临床上不易鉴别二者均在X线上发现膈肌上出现胃泡影像新生儿时食后呕吐及吞咽困难成年人患者可能有轻度吞咽困难当合并溃疡时同时伴有胸骨后酸痛或放射到背部

5 .先天性食管扩张(先天性贲门痉挛) 症状见于新生儿或哺乳期主要表现间歇性吞咽困难直立后症状好转五六岁时症状可加剧引起营养不良瘦弱等X线和食管镜检查有助于诊断

(十三)食管受压

1 .纵隔疾病 各类型纵隔肿瘤其体积较大或进行性增大均可压迫食管引起吞

咽困难并可引起失音与吼哮样咳嗽

2. 心血管疾病 先天性上纵隔血管畸形如迷走右锁骨下动脉双主动脉弓右主动脉弓与左主动脉韧带等均可不同程度压迫食管而引起不同的吞咽困难大量的心包积液主动脉瘤和高度的左心房肥大均可压迫食管也可引起不同程度的吞困难X线检查或心血管造影检查做出诊断 由于高血压或主动脉粥样硬化造成主动脉伸长迂曲扩张同时伴有左心室增大压迫食管引起不同程度的吞咽困难临床表现多见老年人进食固体食物时有胸骨后胀满感食物通过缓慢或咽下困难X线钡剂造影可见食管受压的征象

3. 甲状腺肿大 巨大的甲状腺肿大压迫食管可引起吞咽困难

三 神经肌肉疾病或功能失常 (一) 神经肌肉器质性疾病 神经肌肉器质性疾病引起的吞咽困难症状常伴发神经肌肉损害的其他症状其原发病主要考虑如下:

1. 中枢神经系统脑神经疾病 当舌咽神经迷走神经舌下神经等后组脑神经的核性或核下性损害时则产生球麻痹(延髓麻痹) 球麻痹引起吞咽障碍早期表现为快速进食或饮水时易引起呛咳其后一般进食速度也引起呛咳液体从鼻孔反流出来重症患者晚期口常张开唾液外溢不能吞咽和讲话检查可见软腭麻痹讲话带鼻舌肌麻痹舌肌萎缩或有肌束震颤咽反射消失球麻痹常见于急性脊髓灰质炎白喉性神经炎多发性脑神经炎Guillain-Barre综合征颅基底脑膜炎等 双侧大脑皮质或皮质脑干束损害产生假性球麻痹(假性延髓麻痹) 临床症状和球麻痹相似但讲话困难比吞咽困难更为明显讲话缓慢而带有鼻音常有强哭强笑等感情反应掌颏反射与吸吮反射阳性吞咽反射存在甚至出现锥体束病征等多由脑炎脑干炎脑出血脑外伤等引起

2. 肌肉疾病 重症肌无力的患者常出现吞咽障碍的症状当累及延髓支配的肌肉时患者主诉吞

咽困难这种吞咽困难往往在夜间较为显著开始进食时尚未出现而在进食过程中出现重症肌无力常表现眼肌麻痹眼睑下垂重症时引起呼吸肌麻痹出现胸痛胸闷呼吸困难甚至窒息重症肌无力病因和胸腺瘤有一定关系 3 . 结缔组织病 结缔组织病的病因仍不十分清楚其基本病理变化为疏松结缔组织黏液样水肿和类纤维蛋白变性同时还经常伴有淋巴细胞浆细胞的浸润晚期可呈透明性变或硬化 (1) 皮肤炎与多发性肌炎：皮肤炎是一种急性或慢性的皮肤和肌肉炎症性疾病临床上主要表现为淡紫红色水肿性斑片以及肌无力自发痛和压痛有些患者皮损轻微甚至没有皮斑片而肌肉病变严重称为多发性肌炎皮肤炎与多发性肌炎引起吞咽困难者较为多见特别是慢性病例重症病例因不能进饮食而需胃管喂食X线钡剂食管造影检查：食管蠕动功能减退或消失；食管排空时间明显延长；食管远端狭窄其上端有继发性扩张 (2) 硬皮病：硬皮病分局限性和系统性两种类型在系统性硬皮病中平滑肌包括食管肌组织的肌纤维束呈均一性硬化和萎缩消化系统食管常受累表现吞咽困难伴有呕吐胸骨后或上腹部饱胀感或灼痛感如胃肠道也受累可出现食欲缺乏腹胀腹痛腹泻与便秘交替的症状X线检查可发现食管肌蠕动减慢食管下段痉挛痉挛上方食管扩张肠道出现节段性扩张 4 . 全身性感染 (1) 破伤风：破伤风杆菌毒素主要累及中枢神经系统而表现全身骨骼肌痉挛最早期症状是咀嚼肌紧张出现“苦笑”面容渐而出现强直性痉挛张口困难牙关紧闭咽喉肌痉挛则导致吞咽困难 (2) 狂犬病：狂犬病病毒所致的急性传染病当狂犬咬伤人后经 10 d~1年以上的潜伏期患者发病因病毒累及中枢神经系统表现全身肌肉痉挛饮水时常因咽喉肌痉挛而吞咽困难甚至看到水或

听到水声也会出现咽喉肌痉挛的症状故又称恐水病 5 . 中毒

(1) 肉毒中毒：肉毒中毒是由肉毒杆菌外毒素所引起的神经系统症状为主要临床表现的中毒性疾病本病是进食受污染肉类食物（多见于肉罐头也可见于发酵馒头家制臭豆腐和豆瓣酱等）潜伏期6~36 h长者8~10d起病突然以神经系统症状为主开始表现全身软弱疲乏头痛眩晕等继而眼肌瘫痪严重病例出现吞咽困难语言障碍呼吸困难失音和共济失调等四肢完全瘫痪者少见根据摄取可疑食物的病史和典型临床症状诊断并不困难对可疑食物做细菌学检查或动物接种实验可确诊本病与流行性乙型脑炎脊髓灰质炎毒蕈中毒等较易鉴别 (2) 土的宁中毒：热带植物马前子的种子所含的一种生物碱称为马前子碱又名土的宁番木鳖碱为二甲马前子碱口服或皮下注射每次不超过5为治疗剂量如果误服或注射剂量30 - 100以上引起中毒中毒多为口服开始出现症状为感觉过敏烦躁不安震颤咀嚼肌与颈肌有抽搐感及咽下困难继之任何小的刺激引起肌肉收缩直至出现典型的强直性脊髓性惊厥因屈肌和伸肌同时收缩伸肌较强呈现角弓反张牙关紧闭颜面肌痉挛呈痉笑状瞳孔散大心率增速如抢救不及时出现呼吸肌痉挛而致窒息或循环衰竭昏迷直至死亡 (二) 神经肌肉功能失常 从广义上讲贲门失弛缓症与普-文综合征均属于功能性吞咽困难范畴食管腔内测压研究更加详细地阐明了食管下括约肌的功能和贲门失弛缓症的发病机理有助于食管肌运动失常的诊断 1 . 贲门痉挛

(贲门失弛缓症) 贲门痉挛是指在吞咽动作时食管体部缺少蠕动贲门括约肌弛缓不良而致继发性食管扩张的一种疾病发病女多于男男多于女均有报道统计国内外1848例基本是男女相等好发年龄多见于20~50岁之间的中青年贲门痉挛的主要症

状是吞咽困难呕吐或反流胸骨后闷胀或上腹痛体重下降等根据病程的长短及病变发展的不同阶段其所产生的症状以及轻重程度也不相同吞咽困难在疾病早期阶段呈间歇性或一过性发作不经任何治疗也能缓解随着病程增长由间歇性变为持久性发作且常因暴饮暴食后或吃过冷过热饮食后发作发作期吞咽流食也很困难但在症状缓解期吃干硬食也顺利因此长期发作的患者也能维持必需的营养吞咽困难症状多数与患者的精神因素有关特别是女性患者当精神紧张或生气吵架以及受到外界刺激时发作有的患者吞咽困难饮水不能下咽相反吞咽成形的食物较容易这对提示诊断有一定意义 X线钡剂食管造影特征是食管有不同程度的扩张而贲门部受阻或通过很细线样钡剂显示出类似鸟嘴状鼠尾状萝卜根或漏斗状的阴影食管镜检查无特殊征象对于排除食管贲门其他良恶性疾病有意义 2

· 缺铁性吞咽困难 缺铁性吞咽困难又称普-文 (PanoVins) 综合征最早由普一文M氏描述患者多为40岁以上女性北欧一些国家流行我国有个别病例报告本综合征主要表现为颈段食管痉挛狭窄和缺铁性贫血及维生素缺乏等因为功能性颈段食管痉挛所致吞咽困难营养性口咽食管和胃部膜损害出现口角与口唇被裂浅表性舌炎和慢性低酸性或缺酸性胃炎；指甲营养不良眼角较裂眼哪结膜炎以及低色素性贫血与血清铁减少因体内缺乏铁与维生素B属有关补充铁剂和维生素B属治疗常改善症状 3 . 弥漫性食管痉挛 弥漫性食管痉挛又 (称非括约肌性食管痉挛是一种原因不明的原发性食管神经肌肉功能紊乱疾病之一多见于中老年人尤其是神经质的女性我国较少见病变范围常累食管的下三分之二部分并引起严重的运动障碍但食管胃连接处是正常的 . 而且该部对吞咽动作弛缓反应也良

好。临床上有的患者无任何症状有症状者常为阵发性胸骨后疼痛并放射到背颈部个别患者可向耳后及前臂放射类似胆石症及心绞痛疼痛发作与饮食无关多数患者疼痛发作时伴有程度不同的吞咽困难有的患者发作和精神因素有关但最近有人指出本病可有多种发病因素包括神经节变性各种刺激因素（腐蚀剂胃液反流X贲门梗阻以及神经肌肉病变等但是也有特发者因此不应仅仅考虑为功能性疾病

#### 4. 精神性贲门失弛缓症

精神性贲门失弛缓症多见于青年神经质的人在临床上很像贲门痉挛但在X线检查时很少有食管扩张亦有第三收缩波和鸟嘴状的贲门食管镜检查常属正常Vantrappen认为精神性贲门失弛缓症与贲门痉挛相似之点是均有吞咽困难反流疼痛和体重下降但疼痛比贲门痉挛重与弥漫性食管痉挛相似食管运动试验与贲门痉挛有明显差别

#### 吞咽困难预防：情绪压力管理(Emotion Stress Management)：

适当地处理生活中的种种压力学习放慢生活步调不要经常逼着自己要跟时间赛跑个性要求完美加上工作压力大生活作息不规律饮食喝水也不正常容易导致罹患「环境适应不良症」凡事缓则圆以免忙中有错凡事后的补救措施往往要付出很大的代价甚至个人的健康是很不划算的

#### 培养良好的人际关系：

人是社会动物每个个体都有其独特之思想背景态度个性行为模式及价值观建立良好的人际关系对每个人的情绪生活工作有很大的影响甚至对组织气氛组织沟通组织运作组织效率及个人与组织之关系均有极大的影响

#### 注意平日饮食及营养的吸收：

饮食应采四低一高(低蛋白低油质低糖低盐高纤维)多吃蔬菜水果五谷胚芽多喝白开水

#### 戒烟戒酒：

烟中有害物质可使小血管收缩痉挛减少血液供应酒量过多对肝脏损害较重降低机体免疫力对疾病恢复有严

重影响 体重控制：肥胖者因为器官的工作负担加重因此较易罹患心脏血管疾病肾脏病糖尿病痛风退化性关节炎高脂血症皮肤病呼吸功能失常忧郁症等疾病慢跑易筋控制体重：配合生血补钙调节骨代谢紊乱能抑制退变增强肌力稳定颞垂(Soft Palates)会厌软骨(epiglottis)消除滑膜组织炎性改变充血水肿肥厚能通经活络消除疼痛 上年纪的长辈们：醒过来在床上躺半分钟.坐起来后又坐半分钟.两条腿垂在床沿又等半分钟放松心情吞咽唾液经过这三个半分钟不花一分钱脑不会缺血心脏不会骤停减少了很多不必要的猝死不必要的心肌梗塞不必要的脑中风也是增加口腔神经的觉醒度促进吞咽功能的良方 「规律化的作息」：每天起床上床三餐和运动时间的固定因为毕竟我们的生理时钟和新陈代谢是和日出日落相关的乱了作息时间和长途旅行时的时差一样尤其是逐渐步入中老年的身体是无法很快适应而重新进入正常轨道的 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](http://www.100test.com)