

第一章

吞咽困难的诊断与处理

吴春燕

吞咽困难是指食物从口到胃运行过程中受阻的一种感觉。表现为在进食后即刻或 8~10s 内, 在咽部、胸骨后或剑突后的黏着、停滞感, 严重时甚至不能咽下食物。患者常可明确指出吞咽困难的梗阻部位, 对于口腔、咽喉部和食管病变的定位诊断有重要意义。

吞咽行为分为 4 个阶段: 口腔准备期、口腔转运期、咽期和食管期, 在颅神经的支配下完成吞咽功能, 上述任何期的异常均会引起吞咽困难。吞咽困难必须与吞咽痛(吞咽时疼痛)和球状感(异物感、紧张感或喉部胀满感, 可被吞咽动作暂时缓解)相区别。

一、常见病因

吞咽困难是常见的消化道症状, 多种疾病均可引起吞咽困难, 如假性吞咽困难(癔症球)、咽炎、扁桃体周围脓肿、食管癌、纵隔肿瘤、胸主动脉瘤、食管憩室、食管贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、反流性食管炎、重症肌无力、多发性肌炎、皮炎、各种脑炎和脑膜炎、脑血管病、急性甲状腺疾病、舌咽部肿瘤等。一旦出现吞咽困难, 表明患者食管和(或)咽部有器质性病变或有动力障碍性疾病。常见的器质性病变有食管癌、贲门癌和食管狭窄, 动力性疾病中贲门失弛缓症最常见, 其次是胃食管反流性疾病。

二、诊断和鉴别诊断

(一) 病史

病史的收集应采取无拘束的交流方式进行, 医师应查明症状的部位和性质, 起始时间和位置, 加重或缓解因素及任何伴随症状, 必须考虑心理应激因素的作用。

1. 首先将吞咽困难和球状感（癥症球）区别开：球状感是一种咽部有肿块的感觉，与吞咽无关，不影响食物的输送；癥球常与焦虑或悲伤有关，其病因多为情绪性。

2. 通过询问病史定位吞咽困难发生的病变部位，是在口咽部还是在食道：定位于口咽部的吞咽困难，发生在吞咽过程中，常伴有流涎、哽噎、咳嗽吸入或头部摇摆以协助吞咽等症状。定位于食道的吞咽困难，常发生在吞咽后，感觉胸骨后或剑突下疼痛或出现反食。颈部病变引起的吞咽困难尚难以从病史上区分。

3. 病史中应询问吞咽困难的发生是否有诱因：如是否因进食匆忙或未充分咀嚼而咽下鱼刺、肉骨、鸡鸭骨，老人假牙脱落误吞和小儿将口含小玩具误吞等意外，其引起吞咽困难（病情轻者尚可进食半流质，重者或合并感染者甚至发生饮水困难）伴有吞咽疼痛甚至呼吸压迫症状。

4. 通过询问病史初步判定吞咽困难的病因是器质性的还是神经肌肉性的：食管器质性病变引起的吞咽困难在发病初期进食固体食物时才会出现，病程进展至管腔极度狭窄时进流食也会有吞咽困难，表现为进行性加重，常见的病因为食道癌。食管神经肌肉异常引起的吞咽困难在发病开始时进流食和固体食物均出现吞咽困难，表现为间歇性发作，常见病因为贲门失弛缓症。表 1-1 为贲门失弛缓症与食管贲门癌的鉴别要点。

表 1-1 贲门失弛缓症与食管贲门癌的鉴别要点

项目	贲门失弛缓症	贲门及食管下段癌
年龄与性别	见于各年龄组，男女均有发病	多见于 40 岁以上，以男性为主
症状时限	1~5 年或更长	较短
吞咽困难	间歇性发作	进行性加重
饮食性质	对流食和干食均困难	先对干食，渐对流食也困难

5. 询问吞咽困难发生时的伴随症状也可提供一些线索：如：贲门失弛缓症常伴随营养不良、消瘦、贫血、心口疼痛、咳嗽及咳痰。而反流性食管炎，往往伴有反流症状，如反酸、反食、打嗝以及烧心和胸痛等。颈椎病引起的吞咽困难与颈部的位置变化有关，平卧时可

使症状减轻。食管癌多伴有消瘦和营养障碍。震颤麻痹伴有典型的震颤。中枢神经系统病变常伴有意识改变和肢体运动障碍。

(二) 体格检查

系统的体格检查很重要，检查中着重注意营养状态，浅表淋巴结是否肿大，是否有皮疹，口腔、咽部、甲状腺和肺部是否有阳性体征，神经系统是否有阳性体征。

(三) 辅助检查

吞水试验、胸片、颈椎片、食管钡餐透视、食管测压检查、食管酸灌注试验、食管 pH 测定、胃镜、超声内镜、核素扫描、肺 CT 和头 CT。

通过上诉详细、系统的病史收集、体格检查和辅助检查，吞咽困难基本可以明确诊断。

三、处理原则

首先应该让患者明确该病多数不能治愈。治疗目的是为治疗原发病，改善症状，防止并发症和纠正营养不良。

(一) 一般治疗

- (1) 食管、贲门机械性狭窄时，进食少渣食物，甚至只进流食。
- (2) 食管动力性狭窄时，要有良好的进餐环境，进食温热多汁的液体，避免大块食物和与他人共同进餐。
- (3) 发生在口咽部的吞咽困难，进食较稠食物，必要时胃管或螺旋胃管给予鼻饲，以防止和减少吸入性肺炎的发生。

(4) 有反流或食管潴留的，少食多餐，多吃素食，餐后不要立即仰卧，减少脂肪的摄取，戒烟戒酒，咖啡和巧克力应少用或禁用，睡前禁饮水，睡眠时床头可适当抬高 15~20cm，肥胖者应积极减轻体重。

(二) 药物治疗

1. 松弛平滑肌：口服消心痛（5mg，每天 3 次）、心痛定（10mg，每日 3 次）或静脉注射解痉灵 20mg。
2. 动力性药物：莫沙必利（5~10mg，每天 3 次）、多潘立酮（10mg，每天 3 次）、胃复安（5mg，每天 3 次）、黏膜保护剂（硫糖铝、果胶铋、洁维乐等）。

3. 抑酸剂： H_2 受体拮抗剂、质子泵抑制剂。

4. 其他：新斯的明 0.5mg 肌肉注射，可明显改善重症肌无力引起的吞咽困难，盐皮质激素对于皮炎和多发性肌炎等疾病引起的吞咽困难有很好的疗效。

(三) 胃镜治疗

(1) 通过探条、水囊和气囊进行食管扩张和食管内置入金属支架，对药物治疗无效的吞咽困难可以起到一定的作用。

(2) 对食管和贲门的肿瘤，可进行胃镜下激光、电凝切除和注射化疗药物，在一定时期内可以缓解吞咽困难。

(3) 胃镜下将螺旋胃管通过狭窄的食管，进入胃之后进行鼻饲，可暂时缓解吞咽困难引起的营养不良。

(四) 手术治疗

上述三种方法均无法彻底治疗，手术是彻底治疗的唯一方法。如肿瘤的切除、贲门食管肌层切开术，对贲门失弛缓症的效果较好，成功率高达 75%~98%。也可通过胸腔镜行微创手术。咽缩肌切除和扩大咽腔的方法对鼻咽癌放疗引起的吞咽困难效果较好。