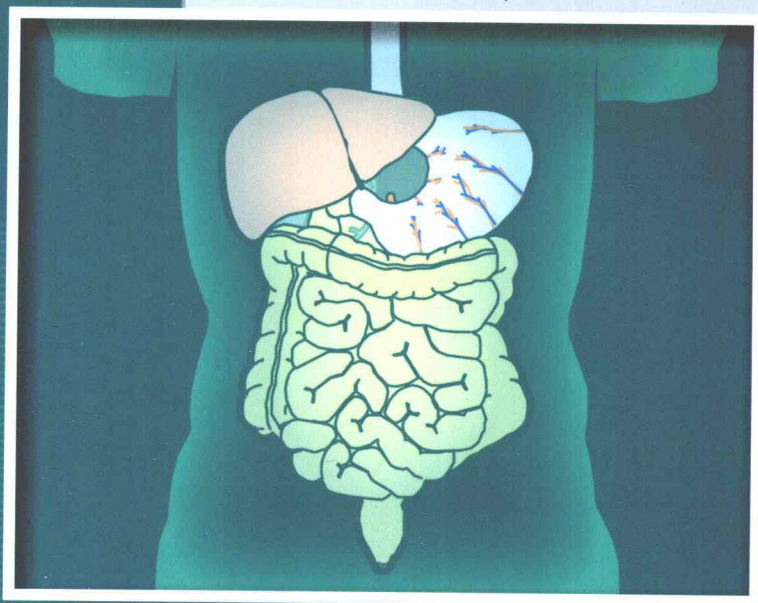




主编 刘 建 刘新光

消化疾病 新视野

——第五届北京国际消化疾病论坛



中国商务出版社

消化疾病新视野

2008

——第五届北京国际消化疾病论坛

刘 建 刘新光 主编

中国商务出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化疾病新视野 2008: 第五届北京国际消化疾病论坛/
刘建, 刘新光主编. —北京: 中国商务出版社, 2008.6
ISBN 978-7-80181-905-5

I. 消… II. ①刘…②刘… III. 消化系统疾病—诊疗—
文集 IV. R57-53

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 079859 号

消化疾病新视野 2008 ——第五届北京国际消化疾病论坛 刘建 刘新光 主编	北京中商图出版物发行有限 责任公司发行 廊坊市光达胶印厂 排版 印刷
中国商务出版社出版 (北京市东城区安定门外大街东后巷 28 号) 邮政编码: 100710 电话: 010—64269744 (编辑室) 010—64266119 (发行部) 010—64295501 010—64263201 (零售、邮购)	850 毫米×1168 毫米 32 开本 印张: 6.375 字数: 164 千字 2008 年 6 月 第 1 版 2008 年 6 月 第 1 次印刷 印数: 1300 册 ISBN 978-7-80181-905-5 Z · 119 定价: 40.00 元
网址: www.cctpress.com E-mail: cctp@cctpress.com	

版权专有 侵权必究

举报电话: (010) 64212247

前 言

作为第五届北京国际消化疾病论坛的学术成果之一，本书与大家又见面了。

前四届北京国际消化疾病论坛的成功举行，为此次大会的召开奠定了良好的基础。本次论坛继续秉承前四次大会以消化、内镜、肝病、外科相结合的特色，遵循纳百家之言、集各家所长的原则，同时邀请了国内外众多知名专家，开展联合论坛，就某一专题进行深入探讨，介绍本学科的最新进展，力求推动我国消化病学的发展。本次论坛充分展示我国消化病学领域的最新研究成果和学术水平，进一步促进我国消化病学学科的健康发展，为广大临床医师提供了一个继续教育、探讨学科发展方向、了解学科新进展新技术的综合性平台。

本书是在“第五届北京国际消化疾病论坛”专家讲座稿的基础上编辑整理而成的，从多学科、多方位探讨了消化疾病的临床诊治进展。

我们衷心感谢为此书付出心血和汗水的专家学者，同时也希望这种多学科联合的模式能够更好地为临床工作者服务。限于编者的学识水平以及成书时间紧迫，书中难免有疏漏、不当之处，恳请各位同仁不吝指正。

刘 建 刘新光

2008年6月

《消化疾病新视野—第五届
北京国际消化疾病论坛》
编委会

名誉主编 王宝恩 于中麟 王 宇
主 编 刘 建 刘新光
副主编 张澍田 贾继东 张忠涛

目 录

中国内镜下逆行性胰胆管造影操作指南	(1)
胃食管反流病的蒙特利尔定义、亚太地区共识与 中国共识意见的异同	袁耀宗 汤玉铭 (8)
Barrett 食管的诊断及问题点	周丽雅 (13)
吸烟与食管癌	张澍田 李 鹏 (17)
胃肠间质瘤的进展	汪鸿志 (22)
功能性消化不良与慢性胃炎	刘新光 (27)
血清胃蛋白酶原初筛联合胃镜活检的胃癌普查研究	于中麟 冀 明 杨 迅等 (30)
Hp耐药与根除的临床研究现状	林三仁 周丽雅 崔荣丽 (38)
经自然管壁的内镜手术 (NOTES) 研究现状	孙 刚 杨云生 李 闻 (41)
胰腺囊性病变鉴别诊断	陆星华 (45)
PTCS 诊断和治疗胆道疾病的现状	任 旭 (52)
回顾国内外肠外肠内营养学历程推进证据支持的 营养支持	蒋朱明 江 华 吴咏冬 (56)
功能性便秘诊断与治疗的新视野	柯美云 赵 威 (68)
乙型肝炎病毒耐药研究进展	成 军 吴淑玲 (74)
对肝肾综合征的新认识	胡品津 (80)
COX-2 的 mRNA 在人类食管鳞癌中的表达 以及 NSAIDs 对其的影响	刘 莹 李 鹏 张澍田等 (86)
中国人群 P53 基因 72 位密码子多态性与食管鳞癌的 关系	邵 颖 谭 文 张澍田 (96)

HIV 感染患者低幽门螺杆菌感染及上消化道内镜 检查结果分析	吕富靖 金瑞 孟欣等 (109)
阿司匹林通过 COX-2 途径来抑制烟草相关食管鳞 癌细胞株的增殖	周巧直 刘海波 丁新春等 (121)
反流性食管炎的临床和内镜特点分析	李巍 贾芳 张澍田等 (136)
4 例低位急性肠梗阻病人应用肠梗阻导管结肠冲洗 的观察与护理	田丽 贾春雨 (147)
肠内营养的临床应用	关玉霞 (154)
腹腔室隔综合征	韩斌茹 (161)
肝癌介入治疗中射频消融术及护理	孙盈红 (167)
护理科研方法与技巧	罗莎莉 (175)
胶囊内镜的临床应用与护理	韦键 (180)
消化内镜的清洗消毒与保养	孔金艳 (185)
经皮内镜下胃造瘘术病人的护理	卢世芳 (190)

中国内镜下逆行性胰胆管造影操作指南 (讨论稿)

内镜下逆行性胰胆管造影 (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, ERCP) 是技术要求最高、风险最大的消化内镜操作, 为保证操作成功及病人的安全, 所以需要 ERCP 操作的医师进行严格培训。培训要求见《中国消化专科医师培训规范》。

首先应该强调以下两点: 1. 由于 CT、超声内镜和核磁共振胰胆管成像技术的进步, 单纯诊断性的 ERCP 目前很少应用, 除非临床上高度怀疑某种疾病并且确实需要 ERCP 协助诊断时才考虑应用。2. ERCP 操作应该体现团队精神, 包括操作者、助手、X 线技师等, 对于诊断和治疗的顺利开展非常重要。

该指南从 ERCP 操作术前、术中和术后 3 个阶段分别进行阐述。术前阶段主要涉及检查的适应证、知情同意及必要的抗生素预防等方面; 术中阶段包括内镜检查和治疗的完成情况; 术后阶段包括病理随访、并发症的识别和处理。

1 ERCP 操作术前

该阶段包括确保病人有该项内镜检查的适应证, 术前病人及家属知情同意并签字, 病人的临床情况及危险评估, 操作困难情况评价, 为减少操作风险而进行的术前处理, 包括预防性的抗生素应用、内镜检查的时机把握等。

1.1 ERCP 检查和治疗的适应证

ERCP 检查和治疗的适应证应在其适应证范围内进行, 如果某项检查或治疗不在 ERCP 检查或治疗的适应证范围内, 应在术前充分权

衡利弊。

ERCP 检查及治疗适应证:

1. 胆道梗阻引起的黄疸;
2. 临床、实验室或影像学检查支持胰腺或胆道疾患;
3. 症状或表现提示胰腺恶性肿瘤而直接的影像学结果模棱两可或正常;
4. 原因不明的胰腺炎;
5. 慢性胰腺炎或胰腺假囊肿的术前评价;
6. Oddi 括约肌测压;
7. 由于胆总管结石、乳头狭窄、Oddi 括约肌功能不全、Sump 综合征、胆总管囊肿以及无手术适应证的壶腹癌需行内镜下乳头肌切开术;
8. 良恶性狭窄、瘻管、术后胆瘻或大的胆总管结石的支架治疗;
9. 胆管狭窄的气囊扩张;
10. 鼻胆引流管放置;
11. 胰腺假性囊肿引流;
12. 胰管或胆管的组织活检;
13. 胰腺疾病的一系列治疗。

而 ERCP 检查和非治疗的非适应证包括: 实验室或非侵袭性影像学检查未提示腹痛是由于胰胆疾病引起的。在这种情况下, 有意义的发现可能性很小, 而并发症的风险却很大。当考虑对这一类病人行 Oddi 括约肌测压时, 才可进行 ERCP; 胆囊切除术前的常规检查, 术前 ERCP 只对胆管炎、胆管梗阻可能性很大或者临床及影像学提示胆管结石的病人才考虑应用; 存在手术切除机会的胆管远端恶性梗阻为解决梗阻常规行 ERCP, 但没有证据支持术前的胆管减压治疗可改善手术预后, 而会引起术前及术后的并发症。在急性胆管炎或有严重瘙痒症状而手术可能会被推迟的病人可以手术前 ERCP 解决梗阻。

1.2 知情同意

检查和治疗前应获得病人及家属的知情同意并签字，告知内镜操作、无痛苦内镜、镇静药物的风险，知情同意书应列明操作最常见的并发症，应当包括以下 5 个可能的并发症：胰腺炎；括约肌切开术后出血；感染性并发症，胆管炎多见，也包括胆囊炎以及胰腺周围积液的感染；心肺不良反应，通常由于镇静药物引起；穿孔。应该告知病人，一旦出现并发症，可能会住院治疗。如果出现穿孔，可能需要外科修补。

ERCP 术后胰腺炎的发生率为 1%~7%，有些情况下发生率会更高。内镜医生应该告知病人 ERCP 术后胰腺炎可能很严重，可导致住院时间延长、需要手术治疗甚至死亡。病人和操作的因素都会影响 ERCP 术后胰腺炎的发病率，在设计操作方案及签署知情同意时都应该考虑到。术后胆管炎发病率不超过 1%，而胆囊炎的发病率为 0.2%~0.5%。出血是内镜下十二指肠乳头括约肌切开术最常见的并发症，发病率为 0.8%~2%。增加发病率的因素包括：合并凝血系统疾病、术前存在急性胆管炎，术后 3 天内应用抗凝治疗以及操作不熟练。然而，当采用其他治疗措施，包括壶腹切开术以及假囊肿的胃肠腔引流时，术后出血的风险也增加。即使病人采用抗凝治疗，单纯诊断性 ERCP 以及不行括约肌切开和经粘膜穿刺（比如单纯支架放置）者术后大出血的风险几乎为零。ERCP 术后穿孔的发病率为 0.3%~0.6%。穿孔可由于插镜所致的食管、胃、十二指肠的机械穿孔，或者由于括约肌切开、导丝置入或者其他治疗操作。手术导致的解剖改变增加穿孔的风险（比如既往毕 II 手术患者经输入袢插镜）。穿孔往往需要手术处理。

1.3 术前应了解病人病史及相应的体格检查

病史应强调 ERCP 操作的适应证、影响内镜检查的因素（如既往胃肠手术史）以及影响内镜治疗的因素（如心脏除颤装置植入史）。病史还应强调以下影响镇静或麻醉的方面：①重要脏器功

能不全；②既往镇静、局麻或全麻过程中曾出现过的不良反应；③药物过敏史、目前应用的药物以及潜在的药物相互作用；④最后一次进食的时间和食物的性质；⑤吸烟、饮酒史及药物、毒物滥用史。应对病人进行体检，包括重要生命体征、心肺听诊以及呼吸道评价。

1.4 评价操作的困难程度

一般来说，难度较大的操作成功率较低，而并发症发生率较高。对于较容易操作的病例，成功率应在 80%~90%。缺乏经验的 ERCP 医师不应尝试操作难度较高的病例。一般诊断性 ERCP 属于较容易操作的病例，而毕 II 胃大部切除术后及小乳头的插管属于较难的操作，而测压、Whipple 术后、Roux-en-Y 吻合术后及胆道镜检查都很难操作。胆管乳头肌切开、小于 1.0cm 的结石、瘘管或低位肿瘤的支架治疗操作较容易，大于 1.0cm 的结石、肝门部肿瘤的支架治疗及良性胆管狭窄相对较难，毕 II 胃大部切除术后、肝管内结石及胰腺疾病的内镜治疗操作都很困难。

1.5 高危病人进行高危操作前应用预防性抗生素

高危病人包括心血管异常病人，如人工瓣膜植入、有细菌性心内膜炎、体肺循环分流、人工血管移植术后少于 1 年以及复杂的紫绀性先天性心脏病病人，因内镜操作会增加细菌性心内膜炎或血管内感染的机会。高危操作是指那些增加术后菌血症机会的操作，包括已知或可疑的胆管狭窄，如原发性硬化性胆管炎、胆瘘或胰瘘、胰腺假性囊肿或胰腺坏死，此时操作引起的感染风险增加，需要应用预防性抗生素。

1.6 ERCP 操作的时机把握

内镜操作时机应根据病人情况、需要采取的内镜操作内容灵活掌握。

1.7 术前准备

因为 ERCP 操作出现过敏反应的病人很少，所以不强调术前必须进行碘过敏试验。术前 8 小时应禁食水，服用麻醉止痛剂的

患者禁食时间应延长，必须口服的药物可以同时服用，如降压药物等，对于行十二指肠乳头切开的病人，抗血小板药物以及抗凝药物应该停用，到作用基本消失前才可行手术，并且术前应该有正常的血小板和凝血指标结果。

2 ERCP 操作术中

本阶段从应用镇静药物及插镜开始，直到拔出内镜结束。包括内镜检查和治疗在内的各种技术方面的要求。

2.1 插管成功率

选择性插管是顺利进行 ERCP 诊断和治疗的基础。专家插管的成功率超过 95%，而 ERCP 训练的目标应大于等于 80%。因此，大多数 ERCP 医师插管成功率应大于 85%，而大于 90%是一合理的目标。因为麻醉不充分、既往腹部手术（Whipple 手术、毕 II 吻合、胃空肠吻合术、肝管空肠吻合术）以及十二指肠梗阻失败者应除外。

报告应该注明选择性深插管是否成功，以及插管采用的辅助器械。报告还应包括 X 线照片、以及内镜发现的异常情况。当常规插管失败后，乳头预切开可能会使插管成功，而乳头预切开会增加 ERCP 术后并发症。大多数专家应用该技术的比例不超过 10%~15%，不应将其视为常规插管的替代方法。

对于最常应用的技术，比如取石、缓解胆管梗阻、瘻管支架放置，成功率应大于 85%，失败的 ERCP 可能会导致并发症（胆管炎、胰腺炎），需要进一步处理。

2.2 胆总管取石

急性胆管炎和严重的急性胆源性胰腺炎需要快速解除胆道梗阻。要求 ERCP 医师通过括约肌切开、气囊或网篮取石技术，对 85% 以上的病人完成取石操作。如果以上操作失败，机械碎石可将成功率提高到 90% 以上，而只有少数病人需要电动液压、激光、体外微波碎石术，可将取石成功率提高至接近 100%。

2.3 胆管分叉处以下部位梗阻的支架放置

原因包括胰腺癌、难以取出的或大的胆总管结石和良性狭窄（慢性胰腺炎、胆管术后）。胆管炎以及器械或造影剂接触胆系的临床黄疸病人，应该解除胆系梗阻。胆管分叉以下部位的梗阻，与肝门部梗阻相比，操作相对容易，ERCP 医师对非肝门部位胆管梗阻支架放置成功率应大于 80%~90%。

2.4 图片记录

主要的异常发现应该有图片记录。这是内镜质量控制的一项重要内容。

2.5 病人监护

应该对病人进行血氧饱和度、心率、血压监测，尤其对于镇静或麻醉下的病人尤为重要。

3 ERCP 操作术后

应该对病人提供 ERCP 操作术后指导、完成操作记录、识别并记录并发症、病理追踪。

3.1 病人指导

应该对病人提供以下指导，包括饮食限制情况、是否可恢复术前用药、是否进行某些行为限制，如开车等。提醒病人可能会出现并发症情况及应对措施。

3.2 内镜报告

应包括以下内容：检查日期、病人姓名、性别、年龄、内镜操作医师及助手、内镜操作过程、内镜型号、采用的药物（镇静剂和麻醉剂）、术中取得的组织以及液体标本情况、内镜发现、内镜诊断、相关的荧光照片以及内镜照片、介入治疗结果（如果有的话）、并发症（如果有的话）、下一步建议。

3.3 并发症

应该记录是否发生 ERCP 相关的胰腺炎、出血、穿孔等。

3.4 病理随访

病理结果经常改变或决定随后的治疗方案，比如是否需要再次内镜检查、以及是否需要手术治疗。

(参照美国 ASGE Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography 制定, 李鹏、冀明执笔, 张澍田审校, 2007 年 6 月 16 日中国医师协会消化医师分会第一届委员会第二次全体会议通过。)

胃食管反流病的蒙特利尔定义、 亚太地区共识与中国共识意见的异同

袁耀宗 汤玉铭

(上海交通大学医学院附属瑞金医院消化科)

1934年,美国胃肠病学家 Winkelstein 首次将烧心症状与反流导致的食管炎联系起来,从而逐渐建立了胃食管反流病(GERD)这一概念。近几十年来,人们对于GERD的认识逐渐深入,在诊断和治疗方面有了重大的突破,但仍有许多问题需要解决:(1)尽管许多国家都有胃食管反流病的诊断和治疗指南,但GERD的定义和各国的语言不同,对GERD进行比较性流行病学研究很困难;(2)GERD的症状和并发症经常被混淆;(3)Barrett食管定义的混淆;(4)对于Barrett食管的监测和致癌风险也不甚明确;(5)许多已提出但未被证实的食管外症状等。

2006年来自北美洲、南美洲、亚洲、欧洲及澳洲的18个国家的44位专家通过历时2年的反复讨论和投票,最终制定了胃食管反流病的最新全球定义——蒙特利尔定义和分类。2006年和2007年,中华医学会消化病学分会专家和消化病学分会动力学组的专家先后根据GERD蒙特利尔定义,参考了美国等地区有关GERD的诊断、治疗共识,结合中国国情,讨论制定了中国胃食管反流病共识意见及胃食管反流病治疗共识意见。与此同时,亚太地区的专家对2003年制定的亚太地区GERD诊断、治疗共识进行了修改,

并发表在 2008 年的 *J Gastroenterology and Hepatology*。现将近几年连续发表的不同地区有关 GERD 共识意见的异同作简要介绍。

1 GERD 的食管症状综合征

蒙特利尔定义认为，GERD 是由胃内容物反流引起不适症状和/或并发症的一种疾病。指出 GERD 的主要症状为烧心和反流，烧心和反流是典型反流综合征的特征性症状。新定义认为，典型的烧心和反流症状如果使患者感到不适就足以诊断 GERD，而无需依赖其他的检查手段。亚太地区与中国的治疗共识中也提出对于有典型反流症状的患者，即可给予 PPI 标准剂量进行治疗。在这一点上不同地区的专家意见相同。

蒙特利尔定义中，GERD 的食管症状综合征除以上提到的典型反流综合征外，还有反流性胸痛综合征。胸痛与缺血性心脏病的疼痛非常相似，有时难以鉴别，而且有明显的睡眠障碍。这部分病人可以没有烧心和反流症状。由此提醒临床医生，当患者存在无法诊断的胸痛或无法解释的睡眠障碍时要考虑可能为 GERD。对于此类患者可以给予 PPI 经验性治疗 1~2 周，如症状迅速缓解，则 GERD 的诊断较为可靠。亚太地区和我国的治疗共识基于亚太地区和我国国情，指出经验性治疗并不排除内镜检查，对于出现报警症状的患者应首先行内镜检查，而蒙特利尔定义则对做内镜检查的推荐程度不如亚太地区和我国的共识那么积极，在这一点专家之间有不同观点。

三个定义或共识均同意，非糜烂性反流病（NERD）的定义是出现不适的反流相关症状但缺乏内镜下粘膜损害的依据。这提示临床医生，GERD 症状的严重程度与食管炎症的严重程度并不相关。各地区制定的诊断、治疗共识均认为 PPI 是治疗 NERD 的主要药物，但推荐疗程为 4 周或 8 周不等，或更长时间。各地区专家均认为 PPI 对 NERD 的疗效不如反流性食管炎。

2 GERD 的食管并发症

GERD 的食管并发症包括反流性食管炎、出血、狭窄、Barrett

食管和腺癌。反流性食管炎定义为内镜下可见远端食管粘膜破损。由于临床上有典型症状的 GERD 患者内镜下发现食管炎不到 50%，因此，食管糜烂或反流性食管炎不能代表 GERD 的主要临床表现，而是代表食管损伤最常见的后果，所以将反流性食管炎定义为 GERD 的食管并发症。这一观点将改变我们对 GERD 分型的认识。曾有学者将 GERD 可分为三种类型：非糜烂性反流病（NERD）、反流性食管炎（RE）和 Barrett 食管（BE），并认为以上三者各自存在独特的病理生理机制及临床表现，相互之间相对独立，并且可能与遗传因素有关。而有随访研究提示，NERD 和 RE 之间在一定程度上可以相互转变，并非绝然不同的两组疾病。至今这个问题在学术界仍然颇具争论。对于反流性食管炎的治疗，中国的共识意见认为首选 PPI，并推荐采用标准剂量，疗程 8 周，之后以 PPI 原剂量或减量维持治疗，预防食管炎复发。

Barrett 食管可能是最具争议的话题。自 1950 年，Barrett 首先详细报告了食管远端柱状上皮化的现象后，人们逐渐认识到 Barrett 食管是一种胃食管反流引起的黏膜化生，并与食管腺癌的发生密切相关。美国胃肠病学会 1998 年将 Barrett 食管定义为：食管远端组织活检有肠化生柱状粘膜存在。受累长度不足 3cm 的，称为短段 Barrett 食管（Short-segment Barrett's Esophagus, SSBE）。受累长度 $\geq 3\text{cm}$ 的称为长段 Barrett 食管（Long-segment Barrett's Esophagus, LSBE）。但有学者不主张限定只有发现肠上皮化生才诊断 Barrett 食管，因为诊断肠上皮化生的假阴性率很高，而且严格限定只有肠上皮化生才诊断 Barrett 食管不能反映习惯使用的 Barrett 食管所包含的范围。

在蒙特利尔定义中引入了一个概念：内镜疑似食管化生（Endoscopic Suspected Esophageal Metaplasia, ESEM）。ESEM 是 Barrett 食管内镜下表现，但确诊有待组织学证实。蒙特利尔定义认为，当内镜疑似食管化生活检发现柱状上皮时，应诊断为 Barrett 食管，并具体说明是否存在肠型化生。同时也明确了 Barrett 食管