

借

临床疾病诊疗常规丛书

LINCHUANG JIBING ZHENLIAO CHANGGUI CONGSHU

总主编 / 余传隆

Xiaohua Xitong Jibing
Zhenliao Changgui

消化系统疾病诊疗

常 规

■ 主编 张云萍 靳广书
李少玺 于四永

本书主要介绍了消化系统常见疾病的常规诊断与治疗，涉及疾病约70种。书中就每一种消化系统常见疾病从概念、临床表现、检查、诊断、鉴别诊断到治疗原则及治疗方案进行了详尽的阐述。全书条理清晰、重点突出，逻辑性和实用性强。可供消化内科专业的各级临床医师参考阅读。

 军事医学科学出版社

△临床疾病诊疗常规丛书△

总主编/余传隆

消化系统疾病诊疗常规

主 编 张云萍 靳广书 李少玺 于四永

军事医学科学出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疾病诊疗常规/张云萍,靳广书,李少玺,于四永主编.

-北京:军事医学科学出版社,2008.6

(临床疾病诊疗常规丛书/余传隆总主编)

ISBN 978-7-80245-074-5

I. 消… II. ①张…②靳…③李…④于… III. 消化系统疾病-
诊疗 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 036598 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,86702315,86702759

86703183,86702802

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmisp.cn>

印 装:三河佳星印装有限公司

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:12.375

字 数:305 千字

版 次:2008 年 6 月第 1 版

印 次:2008 年 6 月第 1 次

全套定价:300.00 元 每册定价:30.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内容提要

本书主要介绍了消化系统常见疾病的常规诊断与治疗,涉及疾病约70种。书中就每一种消化系统常见疾病从概念、临床表现、检查、诊断、鉴别诊断到治疗原则及治疗方案进行了详尽的阐述。全书条理清晰、重点突出,逻辑性和实用性强。可供消化内科专业的各级临床医师参考阅读。

《消化系统疾病诊疗常规》

编委会

主 编 张云萍 靳广书 李少玺 于四永
副主编 任丽霞 李兰卿 张改茹 汪 燕
贾兴泽

编 委 (按姓氏笔画排序)
于四永 任丽霞 汪 燕
李少玺 李兰卿 张云萍
张改茹 贾兴泽 靳广书

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科,临床医师的诊疗技术直接影响着人民身体的安康。为使临床疾病的诊断与治疗更趋规范化、标准化,全面提高医疗质量,我们组织编写了本套《临床疾病诊疗常规丛书》。

本套丛书共 10 分册:《妇产科疾病诊疗常规》、《儿科疾病诊疗常规》、《呼吸系统疾病诊疗常规》、《消化系统疾病诊疗常规》、《神经系统疾病诊疗常规》、《心血管系统疾病诊疗常规》、《外科疾病诊疗常规》、《五官科疾病诊疗常规》、《临床疾病用药常规》和《影像学诊断常规》。各分册以各科系常见疾病为纲,各疾病按基本概念、临床表现、检查、诊断常规及治疗常规这一流程展开阐述,尤其突出了治疗中用药常规,对临床治疗更具指导性。全书贯穿了各科系疾病的基本理论、基本知识,集多年临床诊疗经验于一体,展现了疾病诊断与治疗的规范程序,有利于规范各级各类医院的医疗行为,使医务人员在医疗实践中有章可循。

本套丛书突出以下特点:①强调实用性。本书所涉及内容为临床常见、多发病,便于临床医师的临床操作。②简明扼要。凡教科书上已阐明的内容,如病因、发病机理、病理生理等基础性内容,作为已知不再赘述,只就临床表现、体征特点、检查结果等与临床工作直接相关的内容进行阐述。③突出常规指导性。本书由一线医务人员编写,在结合各自临床经验的同时,更突出其临床操作的可行性,对年轻医师规避医疗纠纷等有很好的帮助。

本套丛书可作为临床医师、进修医师、实习医师和在校医学生的辅助、参考资料,具有临床实用性。

编者

2008 年 2 月

第一章 食管疾病	(1)
第一节 胃食管反流病	(1)
第二节 真菌性食管炎	(10)
第三节 贲门失弛缓症	(13)
第四节 食管裂孔疝	(18)
第五节 食管贲门黏膜撕裂综合征	(22)
第六节 食管癌	(26)
第七节 非心原性胸痛	(31)
第二章 胃肠疾病	(36)
第一节 急性胃炎	(36)
第二节 慢性胃炎	(40)
第三节 功能性消化不良	(46)
第四节 消化性溃疡	(49)
第五节 胃黏膜脱垂症	(59)
第六节 胃癌	(61)
第七节 原发性胃淋巴瘤	(67)
第八节 上消化道出血	(69)
第九节 胃泌素瘤	(80)
第十节 十二指肠壅滞症	(84)
第十一节 急性出血坏死性肠炎	(87)
第十二节 慢性腹泻	(93)
第十三节 乳糜泻	(106)
第十四节 下消化道出血	(110)
第十五节 原发性小肠肿瘤	(115)
第十六节 痢疾	(118)

目 录

第十七节	便秘	(133)
第十八节	肠易激综合征	(141)
第十九节	嗜酸性胃肠炎	(146)
第二十节	胃肠道憩室	(149)
第二十一节	克罗恩病	(156)
第二十二节	溃疡性结肠炎	(164)
第二十三节	缺血性肠炎	(182)
第二十四节	伪膜性肠炎	(187)
第二十五节	结肠息肉病	(192)
第二十六节	肠结核	(196)
第二十七节	大肠癌	(209)
第三章	肝胆疾病	(214)
第一节	药物性肝病	(214)
第二节	非酒精性脂肪性肝病	(219)
第三节	酒精性肝病	(225)
第四节	肝硬化	(229)
第五节	原发性胆汁性肝硬化	(246)
第六节	自身免疫性肝炎	(253)
第七节	慢性乙型肝炎	(260)
第八节	原发性肝癌	(267)
第九节	肝肾综合征	(275)
第十节	柏 - 查综合征	(283)
第十一节	肝性脑病	(286)
第十二节	肝豆状核变性	(293)
第十三节	肝脓肿	(299)
第十四节	慢性胆囊炎	(308)
第十五节	急性胆囊炎	(311)
第十六节	胆汁淤积症	(316)

目 录

第十七节	急性梗阻性化脓性胆管炎	(319)
第十八节	胆管蛔虫症	(324)
第十九节	壶腹周围癌	(330)
第二十节	胆石症	(334)
第二十一节	胆道肿瘤	(340)
第四章	胰腺疾病	(346)
第一节	急性胰腺炎	(346)
第二节	慢性胰腺炎	(356)
第三节	胰腺癌	(363)
第五章	腹膜疾病	(370)
第一节	结核性腹膜炎	(370)
第二节	自发性细菌性腹膜炎	(375)
第三节	腹膜间皮瘤	(380)

第一章 食管疾病

第一节 胃食管反流病

【概述】

胃食管反流病(gastro-esophageal reflux disease, GERD)是指胃、十二指肠内容物反流入食管而产生灼热、泛酸等症状的病态,该病亦可引起反流性食管炎及咽喉、气管炎症等食管以外的病症。反流物以胃酸、胃蛋白酶多见,也可为十二指肠液、胆酸、胰液等,反流可由于胃大部切除后、胃肠吻合术后、胃食管吻合术后、食管肠吻合术后导致。患者可无食管炎症的内镜表现而仅有的临床症状。有食管炎者,临床表现与炎症程度不平衡。胃食管反流病的发病主要是抗反流防御机理减弱和反流物对食管黏膜攻击作用的结果。本病欧美国家较常见,人群中有 10% ~ 20% 的人有胃食管反流症状,国内报道胃食管反流病占胃镜检查的 5.8%,男女均可患病,常以中年人居多。

【临床表现】

包括食管内症状和食管外症状。

1. 食管内症状包括

(1) 胃灼热和泛酸:胃灼热和泛酸是 GERD 常见的症状,50% 以上的患者有此症状,多为上腹部或胸骨后的一种温热感或烧灼感。卧位、季节变换、某些特殊食物可诱发或加重症状,立位、饮水或服抗酸剂可缓解。

(2) 胸痛:反流物刺激食管痉挛导致胸痛,疼痛位于胸骨后、剑突下或上腹部,可向左臂、胸、背、肩、颈、下颌和耳部放射,有时类似心绞痛。

(3) 吞咽困难:也是 GERD 患者的常见症状。早期为炎症刺

激致食管痉挛引起而呈间歇性发作。晚期因炎症、溃疡致食管瘢痕形成、管腔狭窄而呈进行性加重。

2. 食管外症状包括

(1)咽喉部症状:部分患者可出现咽部异物感、发音困难、咳嗽、憋球感、喉痛、经常清喉和声音嘶哑等。

(2)肺部表现:GERD 患者可出现肺部表现,可有呛咳、支气管炎、哮喘样发作、吸入性肺炎、肺间质纤维化、哮喘等。

【检查】

(一)体格检查

(1)一般可无明显体征。

(2)如并发黑便和(或)呕血,则有贫血貌。

(3)对表现为反复咳嗽、哮喘的,如疑及本病,则需肺部听诊,通常可闻及哮鸣音、细湿啰音。此时,应通过病史询问与支气管哮喘鉴别。

(二)辅助检查

1. 实验室检查

(1)血常规:如患者并发黑便和(或)呕血,则血红蛋白下降。

(2)粪常规:如患者并发黑便和(或)呕血,则大便潜隐血试验阳性。

2. 特殊检查

(1)X线检查:平卧或头低脚高位吞钡 X 线透视是了解有无胃食管反流的简易方法,诊断的敏感性不高。有食管下段黏膜皱襞粗乱、食管蠕动减弱、运动不协调或不规则收缩等表现者,可诊断为反流性食管炎。此项检查还可证实有无憩室、裂孔疝和肿瘤等病变。

(2)内镜检查:是诊断反流性食管炎的重要手段。半数以上患者内镜下可见食管黏膜充血、糜烂、溃疡等病变,结合病理活检有利于明确病变性质。部分患者有胃食管反流病的症状,而内镜

检查无反流性食管炎的征象,目前称为内镜阴性的胃食管反流病。

(3)24 小时食管 pH 监测:便携式 pH 记录仪对患者进行 24 小时食管下段 pH 连续检测,被认为是诊断本病的金标准。目前常用的观察指标有:24 小时食管内 $\text{pH} < 4$ 的总时间的百分比(正常值 $< 4\%$)、 $\text{pH} < 4$ 的反流次数(正常 < 66)、反流持续 ≥ 5 分钟的次数(正常 ≤ 3)、最长反流持续时间(正常值 < 18 分钟)。为避免假阳性和假阴性,检查前 3 日应停用抑酸剂和促胃肠动力药。

(4)食管测压:凡食管下段括约肌(LES)压力 $< 10\text{mmHg}$ (1.3kPa),可提示本病。

(5)核素扫描:上述诊断有困难时,可行此检查。诊断敏感性较高,检出率可大于 $60\% \sim 90\%$ 。

(6)便携式 24 小时胆红素监测:常采用 Bilitec 2 000 检测,其测得的光吸收值与胆红素浓度一致,将 < 0.14 作为正常值的标准,此项检查是目前诊断胃食管反流中碱性反流的主要方法。

【诊断常规】

(一)诊断要点

(1)患者有明显的泛酸、烧心等反流症状,内镜下有反流性食管炎的表现,并排除其他疾病所致的食管炎。

(2)有明显的泛酸、烧心等反流症状,虽无反流性食管炎的内镜诊断依据,但 24 小时食管 pH 监测提示胃食管反流。

(3)质子泵抑制剂试验性治疗使症状缓解、疗效显著者。即患者有典型症状,但无法行内镜和食管 24 小时 pH 检测,给予奥美拉唑(洛赛克)每次 20mg ,每日 2 次,口服,如治疗 1 周后症状消失或基本好转,即可诊断。

(4)目前我国反流性食管炎的诊断标准(1999 年中华消化内镜学会于山东烟台制订),以食管的内镜表现作为判断食管炎症的依据:内镜下正常者为 0 级,有点状或条状发红、糜烂、无融合现象者为 I 级(轻度);有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性者,

为Ⅱ级(中度);病变广泛、发红、糜烂融合呈全周性或为溃疡者,为Ⅲ级(重度)。

(5)患者如出现咽痛、声音嘶哑、咳嗽等食管外症状,反复发作,对症治疗效果不明显,应疑及本病,可行内镜、食管 24 小时 pH 监测或质子泵抑制剂试验性治疗等予以证实。

(二)鉴别诊断

1. 感染性食管炎 好发部位为食管的中段,病原菌检查阳性。

2. 药物性食管炎 一般常有服药史,部位以近段食管为多见。

3. 消化性溃疡 常有规律性的上腹痛,伴有泛酸,胃镜或 X 线钡餐检查可明确。

4. 胆系疾病 常有右上腹痛,进食油腻食物可诱发,B 超检查可证实。

5. 贲门失弛缓症 X 线食管钡剂提示食管下段呈对称性漏斗状狭窄,结合胃镜检查可以鉴别。

6. 功能性消化不良 有上腹痛或饱胀不适,伴有泛酸、嗝气等消化不良症状,内镜、X 线钡餐无明显品质性病变。

7. 心绞痛 胸痛发作多以运动时出现,心电图和运动试验可明确。

8. 支气管哮喘 发作往往有季节性,常有诱发因素,内镜或 X 线钡餐均无明显异常。

【治疗常规】

治疗原则为缓解症状、治愈食管炎、预防和治疗重要的并发症、防止复发。

(一)一般治疗

改变生活方式。嘱患者抬高床头,睡眠时床头抬高 15 ~ 20cm;避免饱食;避免过食及睡前进食;避免进食降低 LES 压力的食物(脂肪、咖啡、巧克力、薄荷、汽水)以及高酸性食物(柠檬果汁、番茄汁);忌烟、忌酒。

改变生活方式是 GERD 治疗的第一步,且应贯穿在整个治疗过程中。研究发现 20%~30% 患者通过改变生活方式,减少药物维持治疗的剂量,增强治疗效果。忌用抗乙酰胆碱药、茶碱、钙通道阻滞剂、地西洋、麻醉剂、黄体酮等药物。

(二) 用药常规

目前对于反流性食管病的药物治疗多主张采用递减法,即一开始首先使用质子泵抑制剂加促胃肠动力药治疗,以求迅速控制症状,快速治愈食管炎,待症状控制后再减量维持,对于治疗药物的选择,GERD 患者就诊时宜先按症状分为轻、中、重三类。一般来说,症状轻、食管黏膜损害不严重的患者常选用常规剂量作用比较温和的抑酸药物(H_2RA),有时为了快速缓解症状亦可选用作用比较强的抑酸药物(PPIs)。对症状重、食管黏膜损害严重的患者则应选用强效的抑酸药物,如雷贝拉唑或埃索美拉唑,标准剂量为每日 2 次,必要时加用促胃肠动力药。

1. 用药方式

(1) 递增法(step up): I 期治疗,即基础治疗,主要为改变生活方式,症状发作时可加用抗酸药或小剂量 H_2RA 。II 期治疗,适用于 I 期治疗无缓解的 GERD 患者,可在 I 期治疗的基础上加用标准剂量 H_2RA 或促胃肠动力药。III 期治疗,即药物强化治疗,可联合应用 H_2RA 和促胃肠动力药,或加大 H_2RA 用量,或 PPI 加用促胃肠动力药。药物动力学研究发现该给药方法并不比一次性给予 PPI 治疗优越,临床操作时患者满意率较低。

(2) 一步法(step in):也称递减法(step down),即一开始即选用足量 PPI 加促胃肠动力药治疗,待症状控制后再减量维持。该给药方法症状控制快,临床操作时患者满意率高。目前国内大多采用一步法给药。

(3) 按需治疗(ondemand):即采用足够的治疗剂量,1~2 周或 2~3 周,临床症状消除后停药,当症状复发时再使用足够的剂

量进行治疗;或间歇 2~3 日给药 1 次,严重时也可每日给药 1 次。总之,以能控制症状为原则。按需治疗的适应证多为非糜烂性反流性食管炎(NERD),首选药物为 PPI。该方法更经济、方便,因此为更多的 GERD 患者所接受。

药物治疗的目的是增强抗反流屏障的作用,提高食管的清除能力,改善胃排空和幽门括约肌的功能,防止十二指肠反流,抑制酸分泌,减少反流物中酸或胆汁等含量,降低反流物的损害性,保护食管黏膜,促进修复。

2. 制酸药 主要作用是中和胃酸,减弱或解除胃酸对溃疡面的刺激和腐蚀作用,价格便宜,多为复方制剂,使用于轻、中度 GERD,能有效缓解症状,但愈合作用有限。

(1)氧化镁:每次 0.2~1.0g,每日 3 次,口服。

(2)氢氧化铝凝胶(aluminium hydroxide gel),每次 5~8ml,每日 3 次,餐前口服。

(3)复方氢氧化铝片(alumini hydroxide comp),每次 0.6~0.9g,每日 3 次,餐前口服。

(4)铝碳酸镁、铝碳酸钙、碳酸钙等:其中铝碳酸镁的作用日益引起重视。铝碳酸镁(hydrotalcite,胃达喜),每次 1.0g,每日 3~4 次。

3. 抑酸药 抑制胃酸分泌的药物,抑酸治疗是 GERD 患者缓解症状和治愈食管炎最有效的措施,抑酸治疗的有效性常由胃内 pH 值来判定。

(1)H₂受体拮抗剂(H₂RA):是临床常用的抑酸药,其价格便宜,适用于浅表性胃炎和轻型的 GERD。肝、肾疾病患者或高龄人群慎用。

①西咪替丁(cimetidine):每次 400mg,每日 2 次,口服;或者每次 0.2g,稀释后静脉滴注,每 4~6 小时 1 次。

②雷尼替丁(ranitidine):每次 150mg,每日 2 次,口服。

③法莫替丁(famotidine):每次 20mg,每日 2 次;或者每次 40mg,每日 2 次,静脉滴注。

(2)质子泵抑制药(PPI):具有抑制壁细胞泌酸的最后环节 $H^+ - K^+ - ATP$ 酶的活性,使 H^+ 不能由壁细胞内转运到胞外,抑制胃酸形成。PPI 抑酸作用可持续 18~24 小时或以上,抑酸作用强度为西咪替丁的 8~20 倍,是目前最强的抑酸药,并能迅速缓解症状。临床主要用于治疗消化性溃疡、非食管静脉曲张破裂上消化道出血(治愈)和 GERD 等疾病。临床上常用的质子泵抑制剂:

①奥美拉唑(omeprazole,losec,洛赛克):每次 20mg,每日 1~2 次,口服;或必要时每次 40mg,每日 1~2 次,静脉注射。

②兰索拉唑(lansoprazole,达克普隆):每次 30mg,每日 1~2 次,口服。

③泮托拉唑(pantoprazole,诺森):每次 40mg,每日 1~2 次,口服;或必要时每次 40mg,每日 1~2 次,静脉注射。

④雷贝拉唑(rebeprazole,波利特):每次 10~20mg,每日 1~2 次,口服。

⑤埃索美拉唑(esomeprazole,Nexium,耐信):每次 20mg,每日 1~2 次,口服。

4. 促动力药 促进胃肠道蠕动,减少反流,单独使用疗效差,与 H_2RA 及 PPIs 合用则疗效明显增强。

(1)甲氧氯普胺(metoclopramide,胃复安,灭吐灵):多巴胺受体拮抗剂,可以使下食管括约肌压力升高,促进胃排空,但其可进入血脑屏障引起锥体外系反应。一般需与抗酸药同时使用,目前在临床上已经较少使用。常用剂量为每次 5~10mg,每日 3 次,饭前服用,或每次 10~20mg 肌内注射或静脉滴注。

(2)多潘立酮(domperidone,吗丁啉):外周性多巴胺拮抗剂,能增强食管下括约肌张力,促进食管和胃排空,无锥体外系反应。长期使用有报道可引起血中泌乳素水平增高,临床上非哺乳期患

者出现泌乳现象。常用剂量为:多潘立酮每次 10 ~ 20mg, 每日 3 次, 饭前服用。

(3) 西沙比利 (cisapride, 普瑞博思): 为 5-HT 受体激动剂, 可加强并协调胃肠运动, 防止食物滞流与反流, 加强胃与十二直肠的排空。该药在美国已被 FDA 撤消, 目前在中国尚可用于反流性食管炎治疗, 但也做出严格的限制, 要求剂量在每日 15mg 左右, 定期复查心电图。对年龄较大, 有冠心病、心血管疾病病史的患者慎用。常用剂量为: 每次 5 ~ 10mg, 每日 2 ~ 3 次。

(4) 莫沙比利 (mosabillum, 加斯清): 作用与西沙比利类似, 可减少 GERD 患者反流次数和时间, 而且不引起 Q-T 间期延长。作用是多潘立酮的 10 ~ 12 倍。常用剂量为每次 5mg, 每日 3 次, 饭前服用。

5. 黏膜保护药 此类药物适用于 GERD 引起的食管糜烂、溃疡者, 具有明显保护胃及食管的黏膜细胞作用, 并可轻度抑制胃酸分泌。

(1) 硫糖铝 (sucralfate): 该药可在黏膜表面形成一层屏障, 中和胃酸并吸附胃蛋白酶和胆酸, 促进炎症的修复和愈合。常用剂量是每次 1g, 每日 3 次, 餐前半小时及睡前服。不良反应有便秘、口干和头晕等。

(2) 米索前列醇 (misoprostol, cytotec 喜克溃): 每次 200 μ g, 每日 4 次, 口服。

(3) 麦滋林 (marzulene-S): 每次 0.67g, 每日 3 次, 口服。

(4) 胶体铋剂 (colloidal bismuth): 每次 2 粒, 每日 2 次, 口服。

(三) 手术治疗

一般采用胃底折叠术, 如同时并发食管裂孔疝, 可进行裂孔修补及抗反流术。胃底折叠术的手术指征为: ①严格内科治疗无效。②有严重的并发症而且内科治疗无效。外科治疗并发食管炎的患者宜定期复查胃镜, 伴有食管狭窄者, 可进行内镜扩张治疗。经内