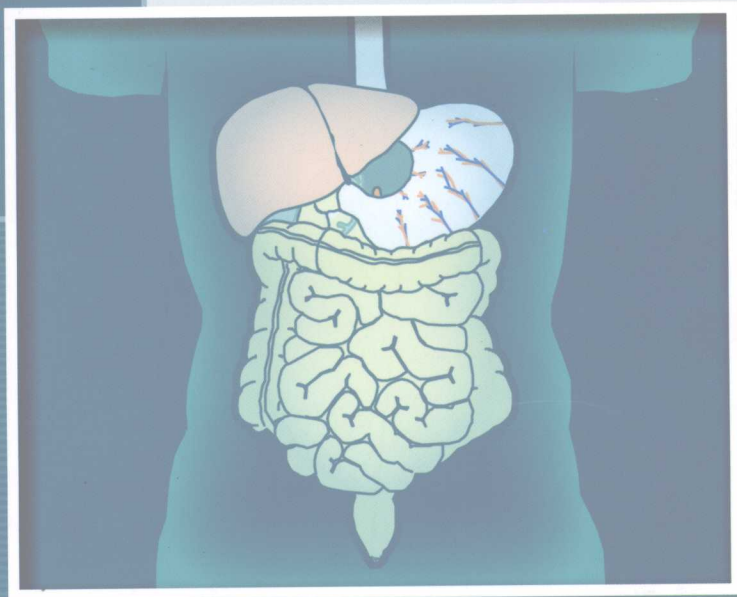




主编 刘 建 刘新光

消化疾病 新视野

——第四届北京国际消化疾病论坛



兵器工业出版社

消化疾病新视野

——第四届北京国际消化疾病论坛

刘 建 刘新光 主编

兵器工业出版社

内 容 简 介

本书是在“第四届北京国际消化疾病论坛”专家讲座稿的基础上汇编而成的,从多学科、多方位探讨了消化疾病的临床诊治进展,内容涵盖了消化、消化内镜、普外、肝病、病理和影像等学科,涉及反流性食管疾病、炎症性肠病、慢性肝病、慢性胰胆疾患等。

本书不仅展示了我国消化病学领域的最新研究成果和学术水平,还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。

图书在版编目 (CIP) 数据

消化疾病新视野/刘建,刘新光主编. —北京:兵器工业出版社, 2007. 6

ISBN 978 - 7 - 80172 - 877 - 7

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 084389 号

出版发行:兵器工业出版社

发行电话:010-68962596, 68962591

邮 编:100089

社 址:北京市海淀区车道沟10号

经 销:各地新华书店

印 刷:廊坊市光达胶印厂

版 次:2007年6月第1版第1次印刷

印 数:1—1250

责任编辑:宋丽华

封面设计:李 洋

责任校对:仝 静

责任印制:赵春云

开 本:850×1168 1/32

印 张:8.125

字 数:218千字

定 价:48.00元

(版权所有 翻印必究 印装有误 负责调换)

前 言

作为“第四届北京国际消化疾病论坛”的学术成果之一，本书与大家见面了。

前三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。本次论坛秉承前3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，邀请了国内外众多知名专家，就某一专题进行了深入探讨，介绍本学科的最新进展，力求推动我国消化病学的发展。本次论坛充分展示了我国消化病学领域的最新研究成果和学术水平，进一步促进了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。

本书内容涵盖了消化、消化内镜、普外、肝病、病理和影像等学科，包括反流性食管疾病、炎症性肠病、慢性肝病、慢性胰腺疾患等，向各学科的临床工作者传递了丰富的信息，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国内外专家学者，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

2007年5月16日

《消化疾病新视野——第四届 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

Update on Diagnosis and Management of Gastro-esophageal

- Reflux Diseases 王振宇 (1)
- GERD 与 Barrett 食管的内镜诊断进展 于中麟 孟凡冬 (3)
- 中国胃食管反流病共识意见 林三仁 (13)
- 中国幽门螺杆菌感染率与上胃疾病关系的研究 周丽雅 (29)
- 近半世纪胃癌外科治疗的变革与现状 陈峻青 (32)
- 胃癌外科的现状与发展趋势 季加孚 (42)
- 胃癌新辅助化疗临床资料采集的思考 刘荫华 陕 飞 (47)
- 胃肠道间质瘤的外科治疗进展 王 杉 (60)
- 十二指肠损伤外科处理 秦新裕 刘凤林 (71)
- 走出溃疡性结肠炎诊断的误区 潘国宗 (75)
- Cathelicidin: an Antibacterial Peptide for Ulcerative Colitis
..... CH Cho, Emily K K Tai (79)
- 中国克罗恩病诊断和治疗 陆星华 (81)
- 生物制剂在炎症性肠病治疗中的应用 胡品津 (93)
- 肠菌群与肠道黏膜屏障 杨小军 侯晓华 (109)
- 实体显微镜下靶向取材可提高早期大肠癌检出率
..... 姜 泊 潘新颜 张亚历 陈楚弟 (118)
- 不明原因消化道出血的诊断思路及处理原则 陈旻湖 (126)
- 乙型肝炎病毒的耐药 成 军 (130)
- 亚太地区丙型肝炎病毒感染的诊断、处理和治疗的共识
..... 魏 来 (136)
- 肝硬变合并肝癌的治疗特点 毛 羽 (149)

原发性肝癌的治疗原则	王小明 贾继东 (154)
肝癌的腹腔镜手术现状与发展	蔡秀军 王一帆 (161)
中肝叶切除术治疗中肝叶大肝癌: 经验与挑战 ...	杨连粤 (169)
肝胆管结石的临床病理类型与外科治疗方法的选择	董家鸿 郑树国 陈 平 韩殿冰 (173)
肝内外胆管结石的腹腔镜处理	胡三元 (184)
胆囊癌的治疗进展	全志伟 (192)
肝门部胆管癌国内外科治疗 40 年回顾	田雨霖 (199)
先天性与胆源性良性疾病在肝门部胆管癌诊治中的误区	周宁新 (212)
慢性胰腺炎的内镜治疗	李兆申 (218)
胰腺囊性肿瘤的外科治疗 (42 例经验总结)	郭克建 葛春林 郭仁宣 田雨霖 (227)
自体脾静脉移植在联合 PV/SMV 切除的胰十二指肠切除术中的 应用 彭承宏 程东峰 沈柏用 陶宗元 韩宝三 陈泉宁 邓侠兴 陈 皓 周光文 李宏为	(229)
肠外肠内营养在东、中、西部大城市医院的合理或不合理应用 情况分析研究 (一) 蒋朱明 陈 伟 詹文华 江 华 蔡 威 张澍田等	(236)
荧光技术在内镜诊断中的应用	杨云生 黄启阳 (244)
消化管急症的影像诊断	马大庆 (249)

Update on Diagnosis and Management of Gastro-esophageal Reflux Diseases

王振宇

(香港大学 香港)

There is no gold standard for diagnosing GERD. Diagnosis can be made by single or combination of four tests, including: ① clinical symptoms, ② upper endoscopy, ③ 24 hour esophageal pH monitoring test, and ④ proton pump inhibitor (PPI) tests. Clinical symptoms are useful in the western population because the population is familiar with the terminology. For Asian population, there is lack of direct translation of the word heartburn in most languages, making the diagnosis difficult. Validated symptom questionnaires have been developed in different languages for different population, including one for Hong Kong Chinese.^[1] Each Asian population should be encouraged to develop their own diagnostic questionnaire, which is quite useful for the diagnosis. Upper endoscopy has limited use in the Asian population because of the low prevalence of erosive esophagitis and other mucosal lesions in patients suspected to have GERD.^[2] The use of 24 hour esophageal pH monitoring test will be restricted to referral centers with the expertise in performing and interpreting the test. Finally PPI test by itself has high accuracy, is non-invasive, convenient and cheap and should be recommended both in the primary care physician and in specialist setting

for making the diagnosis of GERD. [3]

Treatment of GERD includes life style modification, medical therapy, endoscopic therapy and surgery. Proton pump inhibitor remains the most effective medicine for GERD. Endoscopic therapy is now in development phase. Surgery carries morbidity and mortality and some patients need to be re-started back on PPI therapy after surgery. The newly published Montreal Definition of GERD intends to assist doctors in diagnosing and managing GERD. [4]

References

- 1 Wong WM, Lam KF, Lai KC, et al. A validated symptoms questionnaire (Chinese-GERDQ) for the diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease in the Chinese population. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17 (11): 1407-1413
- 2 Wong BCY, Kinoshita Y. Systematic review on epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease in Asia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006 Apr 4; (4): 398-407
- 3 Wang WH, Huang JQ, Zheng GF, et al. Is PPI test a better diagnostic approach to non cardiac chest pain related to gastroesophageal reflux? A meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1222-1228
- 4 Vakil N, van Zanten S, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of GERD: A global evidence-based consensus. *Am J Gastro* 2006; 101: 1900-1920

GERD 与 Barrett 食管的内镜诊断进展

于中麟 孟凡冬

(首都医科大学附属北京友谊医院 北京市消化疾病中心 北京, 100050)

胃食管反流病 (Gastroesophageal reflux disease, GERD) 指食管下部黏膜破损呈界限清晰的条状发红或带有白苔。据其有无白苔或发红的破损分为两类^[1]: 有糜烂的称反流性食管炎 (RE); 无黏膜破损的称非糜烂性反流性食管病 (nonerosive esophageal reflux disease, NERD)。实际上, 这种分类只不过是肉眼所见的变化而已。临床症状 RE 与 NERD 两者极为相似^[2]: RE 有胃酸反流者占 90%; NERD 有胃酸反流者只占 70%, 其余的 30% 为酸以外的因素。对强胃酸抑制剂 PPI 的疗效两者有一定差异: RE 90% 以上症状可消失; NERD 只有 50% ~ 60% 的症状改善, 还有不少无反应者^[3]。消化内镜诊断的作用在于: ①了解病情、程度; ②判定疗效; ③准确做出 RE 的分级; ④诊断 NERD 则预计有可能无效者; ⑤判定有无 Barrett; ⑥ Barrett 有无可疑癌变; ⑦鉴别有无食管癌、食管裂孔疝、胃癌、胃淋巴瘤、消化性溃疡、嗜酸细胞浸润性食管炎。内镜筛查 GERD、NERD 犹如筛查无症状的早期癌一样占有同样重要的地位。

嗜酸细胞浸润性食管炎 (Eosinophilic inflammation of the esophagus, EE), 过去多认为是儿童的过敏性疾病, 近年成人发病并非少见, 常伴发哮喘, 周围血象嗜酸细胞增高, IgE 增高^[3]。它的临床症状极似 GERD, 有烧心、反酸、吞咽不适, 而强抑酸

药对症状改善不佳,黏膜活检嗜酸细胞浸润应在上皮内 >20 个/HP。内镜下所可见食管鳞状上皮有纵向凹陷沟样变化,形似气管所见的环形沟,称为 Trachealization 征。此外,尚可黏膜上皮混浊、肥厚,甚至出现多发性狭窄^[4,5]。所以,当临床上有 GERD 症状而内镜又看不到病变时,不能立刻诊断是 NERD,而应活检除外 GERD,然后方能诊断 NERD,但多块活检将会造成临床上和病人的负担,我国尚未明确此点。

1 如何判定 RE、NERD 与 EE

可从以下三个方面进行判断 RE、EE 与 NERD^[6,7]。见表 1。

表 1 RE、EE 与 NERD 的鉴别

	PPI 试验	血液及 常规检查	食管黏膜破损	活检病理
RE	90% 有效	—	纵向红斑/糜烂白苔	红斑处上皮乳头延长、微血管扩张,新生血管、肉芽、白苔处黏膜缺损,糜烂
NERD	50% 有效	—	—	—
EE	无效	嗜酸性 细胞增多, IgE 增高	无黏膜破损,纵状 凹陷沟黏膜可见肥厚 混浊,偶有狭窄	上皮内有嗜酸细胞浸润 20 个/HP 以上

2 关于 RE 病变程度分级

日本、美国和中国有不同的分级。国内多使用洛杉矶标准,但中国内镜学会标准仍值得推荐。见表 2。

表 2 RE 分级

Los Angeles (LA)		中国消化内镜学会标准 (1999, 烟台)
A 纵向破损	$<5\text{mm}$	将 A、B 合为轻度
B 纵向破损	$>5\text{mm}$	(因 5~6mm 内镜下估测不准确)
C 破损有融合	$<70\%$	同 LA 为中度
D 破损有融合	全周	同 LA 为重度

实质上, A、B 病变属于一类, 皆呈纵向发展, 仍保持动力和收缩功能, 白昼易形成异常带, TLESR 出现频率高, PPI 治疗有效率高, 且 90% 不治疗也不会发生太大变化, A 级贲门括约肌收缩正常, 膈脚从外部压迫, 致贲门左后方压力高, 而右前部内压低, 因此右前方食管末端易受损, 形成黏膜破损^[11]。C、D 级则病变呈横向发展、融合, 贲门收缩功能动力下降, 白天反流也多于 A、B, 且夜间反流 (NAB) 多于白天^[8,9], 因此 PPI 疗效不如轻症, 故夜间需加 H_2 -RA^[10,11]。因此, 可以认为中华消化内镜学会制定的标准更合理, 符合病变发展以及功能和 PPI 治疗预后上的差异。

3 关于 NERD 的定义

NERD 的定义为有 GERD 的症状, 但内镜检查无黏膜破损, 活检鳞状上皮内无嗜酸细胞浸润, PPI 治疗效果仅为 50% ~ 70%^[7,12]。日本食管疾病研究会的食管炎分级比 LA 分级多两期, 除 A、B、C、D 期外, 尚有正常 (N) 及呈白色浑浊 (M) 两期。此种 M 是否对 NERD 诊断有意义, 经 24h pH 监测, M 期酸反流多于 N^[13], 但一般医院尚难诊断, 对 PPI 治疗效果 M、N 之间无差异。国内也有人主张食管下端发白而混浊为慢性食管炎之内镜表现, 但深入研究尚不充分。

4 关于 Barrett 食管 (BE) 的内镜诊断

中华消化病学会于 2006 年 3 月在三亚举办食管反流病共识中对 BE 内镜诊断中认为明确区分鳞、柱状上皮 (SCJ) 和胃食管结合处 (EGJ) 是十分重要的。①SCJ 标志鳞、柱状上皮交界构成齿状 Z 线。②EGJ 标志食管与囊状胃交界, 内镜下在少量充气状态下胃黏膜皱襞的近侧缘和食管下端纵向栅状血管末端为标志。③BE 内镜下典型表现是 EGJ 近端出现橘红色柱状上皮, 即 SCJ 与 EGJ 分离, BE 长度从 EGJ 向上测量^[14]。(见图 1 ~ 图 6)。由于本病主要依内镜下诊断, 而内镜诊断肠化准确性低, 因此对本病在内镜诊断为 Barrett 黏膜或食管胃上皮化生比较合适。活检病

理证明有肠化再诊断 Barrett 食管更恰当。^[22]

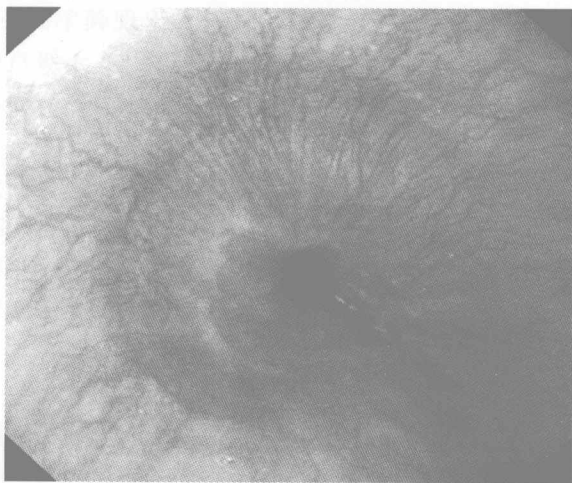


图1 正常

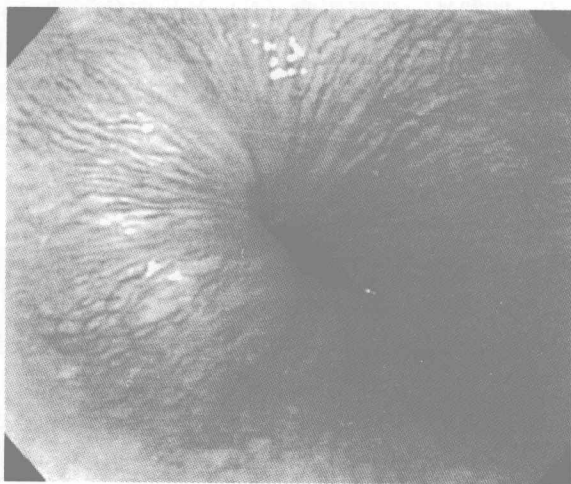


图2 食管胃结合部与栅状血管完全一致

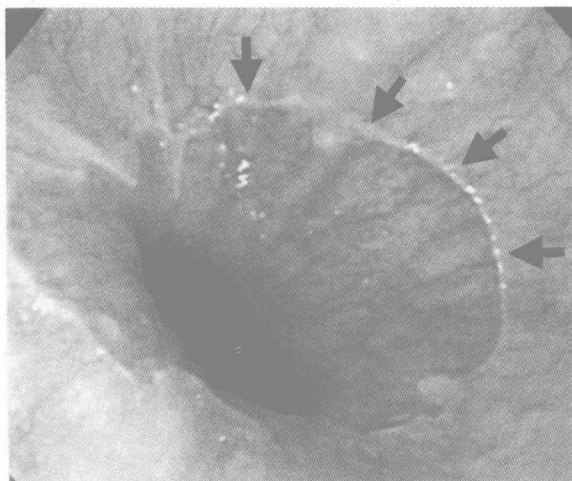


图3 齿状线远端见有栅状血管, 为 BE 黏膜

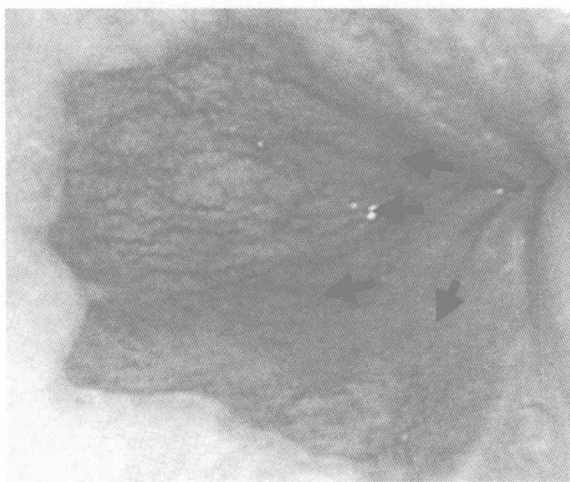


图4 胃皱襞末端与食管末端栅状血管相结合处的 BE 黏膜

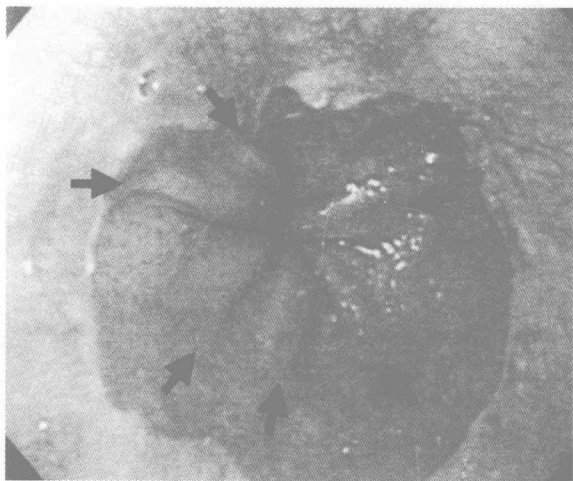


图5 食管末端栅状血管不清,以胃黏膜皱襞末端为标志。其近端口侧为BE黏膜

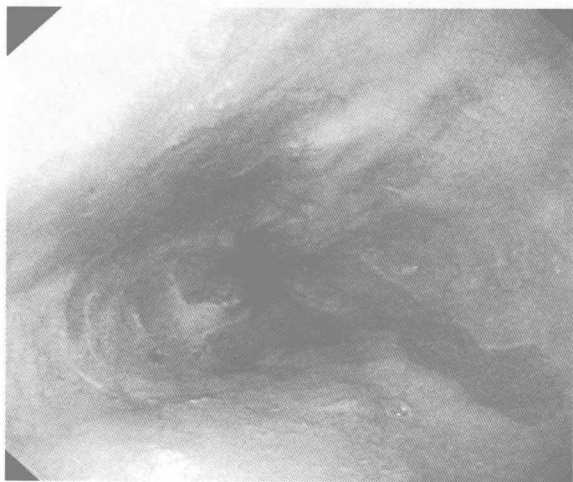


图6 舌形BE

EGJ 以胃皱襞口侧末端的识别一定要少注气,或吸些气,否则看不清。如若按上述意见国人 BE 并不少见,检查时应先测量长度,然后活检,否则影响靶目标活检。正是由于内镜下肉眼诊断肠化困难,所以才提出要在 4 个象限活检,甚至美国内镜学会提出间隔 1~2cm 以及大块活检。若 BE 较长,则病人经济负担加重,可能这也是没有办法中的办法。近年采用 NBI 放大色素内镜及喷 2% 冰醋酸的方法,有可能使活检靶目标更清楚准确。^[15~18]

尽管都在制定诊断标准方面做出了很多努力,但目前医师掌握 EGJ 方面仍存在不一致和诊断标准不够过硬的问题,造成临床诊断混乱。日本第 72 届消化内镜大会上,邀请 84 名有 2~35 年工作资历的内镜检查医师(平均 10.4 年),以看到栅状血管末端和胃黏膜食管终止点为 EGJ 标准播放胃食管结合部照片,每 20s 播放一张共 30 例,以 k 值统计阅片的一致性。结果,内镜诊断 BE 一致性很低($k=0.14$)。这 30 例中食管末端能看到栅状血管的 17 例($k=0.16$)。胃黏膜皱襞能显示的为 13 例,一致性的 k 值为 0.12,可见其一致性很低。内镜医师若进修过 Barrett 食管诊断,认识水平提高的医师其一致性有所增加, k 值由 0.17 提高至 0.35^[20]。可见应举办全国性的学习十分重要。日本国立癌中心中央医院草野央等研究^[21]了 2000 年 7 月至 2005 年 12 月内镜诊断及外科标本,详细分析 Z 线及内镜照片,可诊断 BE 的 48 例。以病理组织学为诊断标准:①柱状上皮处有食管固有腺、腺导管;②有岛状鳞状上皮残存;③黏膜肌层双重分离。三者有其一者诊断为 BE。结果:48 例中 29 例(60.42%)符合 BE,其中长段 4 例,短段 25 例。内镜诊断条件以栅状血管末端为胃连续的胃上皮所见的 13 例与组织学对比,敏感性 0.45,特异性 0.84,阳性符合率 81%,阴性符合率 50%;以胃黏膜皱襞末端为诊断标准 16 例与病理组织学对比,其敏感性 0.55,特异性 0.79,阳性符合率 80%,阴性符合率 54%,两者都存在只占 9/29 (31%)。可见目前这两个指标诊断准确性极差,今后应进一步以组织学所

见,活检部位黏膜背景进行前瞻性研究,以期达到 BE 诊断标准的统一和准确。

有肠化的 BE 癌变高,其内镜特点:①重型 BE;②BE 有溃疡形成;③BE 黏膜凹凸不平。有其一者癌变率可增加 7 倍以上。若有高度非典型性增生者应行内镜下治疗。^[19]

BE 的治疗方法、指征尚未达到统一,目前治疗有采用 PPI、阿司匹林、Cox-2 抑制剂、内镜下烧灼、切除以及手术等方法的。^[13]

参 考 文 献

- 1 木下芳一,古田贤司,足立经一. NERD (non-erosive reflux disease) の診断と治療. 日本消化器病学会志. 2005, 102: 1377-83.
- 2 Wiklund I, Bardhan KD, Muller-Lissner S, et al. Quality of life during acute and intermittent treatment of gastro-oesophageal reflux disease with omeprazole compared with ranitidine. Results from a multicentre clinical trial. The European Study Group. Ital J Gastroenterol Hepatol. 1998, 30: 19-27.
- 3 Adachi K, Hashimoto T, Hamamoto N, et al. Symptom relief in patients with reflux esophagitis: comparative study of omeprazole, lansoprazole, and rabeprazole. J Gastroenterol Hepatol. 2003, 18: 1392-8.
- 4 Remedios M, Campbell C, Jones DM, et al. Eosinophilic esophagitis in adults: clinical, endoscopic, histologic findings, and response to treatment with fluticasone propionate. Gastrointest Endosc. 2006, 63: 3-12.
- 5 Liacouras CA, Spergel JM, Ruchelli E, et al. Eosinophilic esophagitis: a 10-year experience in 381 children. Clin Gastroenterol Hepatol. 2005, 3: 1198-206.
- 6 Miner P Jr, Orr W, Filippone J, et al. Rabeprazole in nonerosive gastroesophageal reflux disease: a randomized placebo-controlled trial. Am J Gastroenterol. 2002, 97: 1332-9.
- 7 Vieth M, Haringsma J, Delarive J, et al. Redstreaks in the oesophagus in patients with reflux disease: is there a histomorphological correlate? Scand J