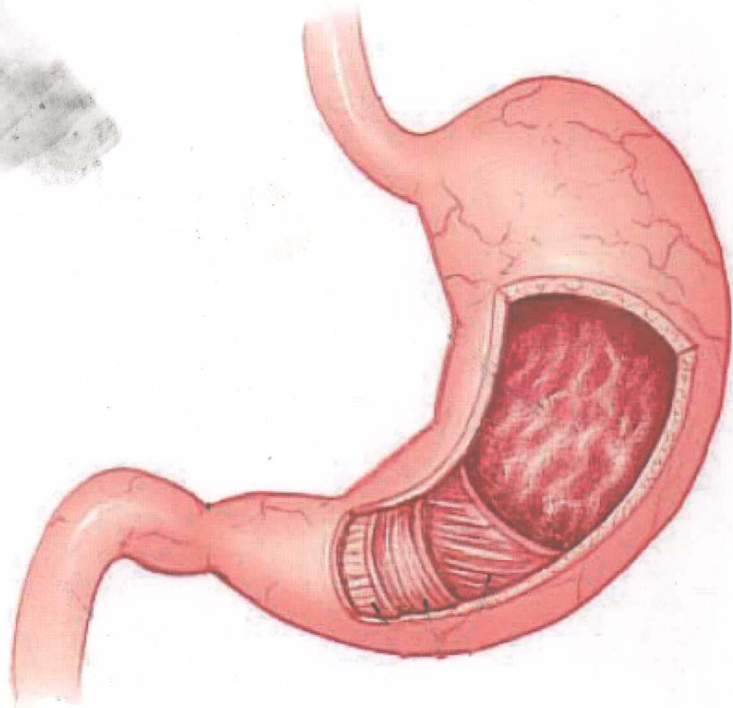


XIAOHUA XITONG JIBING
LINCHUANG ZHENDUAN YU ZHILIAO

消化系统疾病 临床诊断与治疗

主编 方念 李中艳 张健 熊愷兵



消化系统疾病临床诊断与治疗

主编 方念 李中艳 张健 熊愨兵

 科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

·北京·

图书在版编目 (CIP) 数据

消化系统疾病临床诊断与治疗 / 方念等主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2014.1
ISBN 978-7-5023-8524-8

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

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第305738号

消化系统疾病临床诊断与治疗

策划编辑: 薛士滨 责任编辑: 孙江莉 责任校对: 赵文珍 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官 方 网 址 <http://www.stdp.com.cn>
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 天津午阳印刷有限公司
版 次 2014年1月第1版 2014年1月第1次印刷
开 本 787×1092 1/16
字 数 607千
印 张 25.5
书 号 ISBN 978-7-5023-8524-8
定 价 88.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

《消化系统疾病临床诊断与治疗》编委会

主 编

方 念 李中艳 张 健 熊慷兵

副主编

易 默 孙修勇 冯建设 李 捷

郝玉霞 侯 慧 李 一

编 委 (按姓氏笔画排序)

方 念	南昌大学第四附属医院
冯建设	湖北省荆门市第二人民医院
孙修勇	青岛市第三人民医院
张 健	陕西省人民医院
李 一	漯河市第一人民医院
李中艳	三峡大学第一临床医学院宜昌市中心人民医院
李文忠	山西长治和平医院
李 捷	无锡市第四人民医院
易 默	陕西省人民医院
侯 慧	新疆医科大学第五附属医院
郝玉霞	山西省人民医院
黄 根	南昌大学第四附属医院
熊慷兵	湖北省枝江市人民医院

前 言

消化系统疾病是内科较为常见的疾病，近 20 年来消化内科科学发展日新月异，诊断和治疗水平有了极大提高。《消化系统疾病临床诊断与治疗》融合消化系统疾病的医学基本理论、消化系统常见疾病、实验室检查与诊疗、消化系统疾病治疗研究进展与临床应用等相关内容于一体，为消化专业临床药师提供基础理论知识及实践指导。

本书分为总论与各论两篇。其中总论分为 5 章，各论分为 10 章。总论包括对消化系统结构及功能、消化系统疾病的主要临床表现、诊断技术、影像学检查、治疗技术分别进行了阐述，各论按消化器官分类，分别对食道、胃、肠、肝、胆、胰等器官常见疾病分述，对每种疾病首先作一简要概述，再指出其诊断、鉴别诊断和治疗技术。本书重点在于介绍消化系统疾病的诊断要点及治疗方案，对消化系统疾病研究的临床医生（包括中医、西医以及中西医结合医生）、研究生和进修生在医、教、研方面均有重要的参考价值。

尽管各位编委用心编著本书，但由于时间仓促，而该领域发展又十分迅速，疏漏、不妥、错误在所难免，诚请广大同道批评指正。

《消化系统疾病临床诊断与治疗》编委会

2013 年 11 月

目 录

第一篇 总 论

第一章 消化系统结构及功能	1
第二章 消化系统主要临床表现	3
第一节 腹痛	3
第二节 吞咽困难	5
第三节 反酸与胸骨后烧灼感	7
第四节 恶心及呕吐	10
第五节 便秘	12
第六节 腹泻	14
第七节 食欲不振	17
第八节 消瘦	18
第九节 上消化道出血	19
第十节 下消化道出血	23
第十一节 黄疸	24
第十二节 腹部肿块	26
第十三节 腹水	28
第三章 消化系统疾病的诊断技术	31
第一节 常规检查	31
第二节 胃镜检查	32
第三节 结肠镜	35
第四节 全小肠镜	37
第五节 十二指肠镜	38
第六节 超声内镜检查	40
第四章 影像学检查	44
第一节 X 线检查	44
第二节 电子计算机 X 线体层显像检查	47
第三节 磁共振成像	51
第四节 超声检查	53
第五章 消化系统疾病的治疗	61
第一节 营养支持治疗	61
第二节 药物治疗	67

第三节	腹腔镜技术	75
第四节	内镜治疗技术	83

第二篇 各 论

第六章	消化道出血	102
第一节	上消化道出血	102
第二节	下消化道出血	107
第七章	食管疾病	110
第一节	胃食管反流病	110
第二节	Barrett 食管	114
第三节	贲门失弛缓	117
第四节	食管化学损伤和瘢痕狭窄	121
第五节	食管憩室	123
第八章	胃部疾病	127
第一节	急性胃炎	127
第二节	慢性胃炎	129
第三节	消化性溃疡	133
第四节	胃黏膜脱垂症	144
第五节	胃潴留	146
第六节	急性胃扩张	147
第七节	胃息肉	149
第八节	功能性消化不良	151
第九章	肠道疾病	155
第一节	溃疡性结肠炎	155
第二节	急性出血性肠炎	160
第三节	肠结核	164
第四节	伤寒肠穿孔	169
第五节	克罗恩病	170
第六节	细菌性痢疾	176
第七节	阿米巴痢疾	180
第八节	肠易激综合征	182
第九节	粘连性肠梗阻	188
第十节	肠套叠	190
第十一节	肠扭转	191
第十二节	肠系膜血管缺血性疾病	193
第十三节	短肠综合征	195

第十四节	肠痿	201
第十章	肝脏疾病	206
第一节	病毒性肝炎	206
第二节	酒精性肝病	211
第三节	药物性肝病	216
第四节	肝硬化	222
第五节	自身免疫性肝炎	230
第六节	原发性胆汁性肝硬化	235
第七节	非酒精性脂肪性肝病	240
第八节	Wilson 病	245
第九节	门脉高压症	253
第十节	肝性脑病	270
第十一章	胰腺疾病	275
第一节	急性胰腺炎	275
第二节	慢性胰腺炎	282
第三节	胰腺囊肿	286
第十二章	结肠、直肠和肛管疾病	290
第一节	结肠憩室病	290
第二节	结肠扭转	294
第三节	溃疡性结肠炎	297
第四节	直肠癌	303
第五节	直肠息肉	309
第六节	肛裂	311
第七节	肛管直肠周围脓肿	314
第十三章	消化系统常见肿瘤	317
第一节	食管癌	317
第二节	胃癌	324
第三节	小肠肿瘤	336
第四节	大肠癌	339
第五节	原发性肝癌	346
第六节	胰腺癌	356
第十四章	胆道疾病	364
第一节	胆石病	364
第二节	急性胆囊炎	372
第三节	慢性胆囊炎	375
第四节	急性胆管炎	377
第五节	原发性硬化性胆管炎	380
第六节	胆道肿瘤	382

第十五章 腹膜及肠系膜疾病.....	389
第一节 结核性腹膜炎.....	389
第二节 自发性细菌性腹膜炎.....	391
第三节 腹膜后脓肿.....	396
参考文献.....	399

第一篇 总论

第一章 消化系统结构及功能

【结构】

消化系统主要是由消化管和消化腺所组成。消化管是一条起自口腔延续为咽、食管、胃、小肠、大肠、终于肛门的很长的肌性管道，包括口腔、咽、食管、胃、小肠（十二指肠、空肠、回肠）和大肠（盲肠、结肠、直肠）等部。消化腺有小消化腺和大消化腺两种。小消化腺散在于消化管各部的管壁内，大消化腺有三对唾液腺（腮腺、下颌下腺、舌下腺）、肝和胰，它们均借导管，将分泌物排入消化管内。其主要功能是对事物进行消化和吸收，同时能分泌多种激素参与神经体液的调节。消化系统的结构如图 1-1 所示。

消化系统疾病包括食管、胃、肠、肝、胆、胰以及腹膜、肠系膜、网膜等脏器的疾病。每个人生中都会患过某种消化系统疾病，是内科门诊最常见疾病之一，严重危害人类健康，给社会造成了极大的负担。在我国，胃癌和肝癌的病死率在恶性肿瘤病死率排名中分别位于第二位和第三位，近年大肠癌、胰腺癌患病率有明显上升趋势。因此，如何防止消化系统疾病，对改善人民生活质量，延长寿命具有重大的意义。

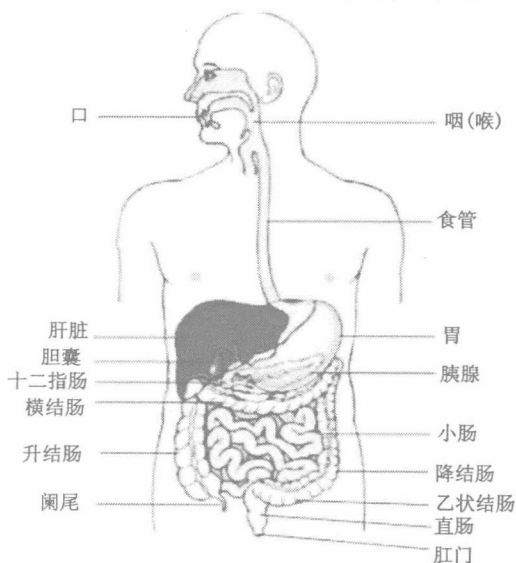


图 1-1 消化系统的结构

【功能】

消化系统的功能是消化食物，吸收养料、水分和无机盐并排出残渣（粪便），包括物理性消化和化学性消化。物理性消化是指消化管对食物的机械作用，包括咀嚼、吞咽和各种形式的蠕动运动以磨碎食物，使消化液充分与食物混合，并推动食团或食糜下移等。化学性消化是指消化腺分泌的消化液对食物进行化学分解，如把蛋白质分解为氨基酸，淀粉分解为葡萄糖，脂肪分解为脂肪酸和甘油，这些分解后的营养物质被小肠（主要是空肠）吸收，进入血液和淋巴。残渣通过大肠排出体外。此外，口腔、咽等还与呼吸、发音和语言活动有关。

（黄根）

第二章 消化系统主要临床表现

第一节 腹 痛

腹痛是临床上最常见的症状之一，也是促使患者就诊的重要原因。腹痛与消化系统关系密切，多由腹部脏器疾病所引起，但腹腔外疾病及全身性疾病也可引起腹痛。病变性质多为器质性，亦可为功能性。临床上一般将腹痛按起病缓急、病程长短分为急性腹痛与慢性腹痛。其中属于外科范围（须做外科紧急处理）的急性腹痛称“急腹症”，其特点是发病急、病情重、变化快，内科、外科、妇科、儿科均可见。

【病因】

1.急性腹痛

(1) 腹腔脏器的急性炎症：如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性出血坏死性肠炎、急性胆囊炎等。

(2) 空腔脏器阻塞或扩张：如肠梗阻、肠套叠、胆道结石、胆道蛔虫病、泌尿系结石梗阻等。

(3) 脏器扭转或破裂：如肠扭转、肠绞窄、肠系膜或大网膜扭转、卵巢扭转、肝破裂、脾破裂，异位妊娠破裂等。

(4) 腹膜炎：多由胃肠穿孔引起，少部分为自发性腹膜炎。

(5) 腹腔内血管阻塞：如缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤和门静脉血栓形成。

(6) 腹壁疾病：如腹壁挫伤、脓肿及腹壁皮肤带状疱疹。

(7) 胸腔疾病：如肺炎、肺梗死、心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、胸膜炎、食管裂孔疝。

(8) 全身性疾病：如腹型过敏性紫癜、糖尿病酸中毒、尿毒症、铅中毒、血卟啉病等。

2.慢性腹痛

(1) 腹腔脏器的慢性炎症：如反流性食管炎、慢性胃炎、胃和十二指肠溃疡、慢性胆囊炎及胆道感染、慢性胰腺炎、结核性腹膜炎、溃疡性结肠炎、克罗恩病等。

(2) 空腔脏器的张力变化：如胃肠痉挛或胃、肠、胆道运动障碍等。

(3) 腹腔脏器的扭转或梗阻：如慢性胃、肠扭转，十二指肠壅滞，慢性假性肠梗阻等。

(4) 脏器包膜的牵张：实质性器官因病变肿胀，导致包膜张力增加而发生的腹痛，如肝淤血、肝炎、肝脓肿、肝癌等常引起右上腹持续性胀痛。

(5) 中毒与代谢障碍：如铅中毒、尿毒症等。

(6) 肿瘤压迫及浸润：以恶性肿瘤居多，可能与肿瘤逐渐长大而压迫与浸润感觉神经有关。

(7) 胃肠神经功能紊乱：如胃神经官能症、肠易激综合征、胆道运动障碍等。

【发生机制】

腹痛发生可分为三种基本机制，即内脏性腹痛、躯体性腹痛和牵涉痛。

1. 内脏性腹痛 胃肠对脏器扩张、缺血、痉挛、炎症、化学刺激或机械刺激比较敏感，因而黏膜发炎、平滑肌扩张或痉挛、肠系膜根部牵拉等常引起胃肠痛。内脏感觉纤维的数目较少，且多为 C 传导纤维，传导慢，痛阈也较高，故一般强度的刺激不引起主观感觉，痛觉发生较慢而持续，且痛感模糊，多为痉挛、不适、钝痛或灼痛；由于内脏痛的传入神经往往进入几个脊髓节段，故内脏痛定位不明确，痛区的边缘难以确定。

2. 躯体性腹痛 来自腹膜壁层及腹壁的痛觉信号，含有 A 和 C 两种传导纤维。躯体痛一般疼痛较剧烈，定位准确，可有局部腹肌强直，腹痛可因咳嗽、体位变化而加重。

3. 牵涉痛 牵涉痛是腹部脏器病变引起的疼痛，疼痛刺激经内脏神经传入，痛觉牵涉到相应的脊髓后根所支配的皮肤区域。牵涉痛多发生于远离病变的部位，一般定位较明确。如胆囊的内脏感觉神经纤维进入脊髓 T₅~T₉ 节段，而进入相同节段的体神经支配右肩与肩胛区，故胆囊疾病可出现右肩背部的牵涉痛。

【诊断】

1. 腹痛部位 一般腹痛部位多为病变所在部位。如胃、十二指肠、胰腺疾病疼痛多在中上腹部；肝胆疾病疼痛多在右上腹；小肠疾病疼痛多在脐周；结肠疾病疼痛多在左下腹部；膀胱炎、盆腔炎及异位妊娠破裂疼痛在下腹部。弥漫性或部位不定的疼痛见于急性弥漫性腹膜炎（原发性或继发性）、机械性肠梗阻、急性出血性坏死性肠炎、血卟啉病、铅中毒、腹型过敏性紫癜等。胆囊疾病除了病变所在部位疼痛外，还可出现右肩背部的牵涉痛。急性阑尾炎可出现转移性的右下腹部疼痛，早期疼痛部位多在脐周或上腹部。胸腔疾病引起腹部牵涉痛多位于上腹部。

2. 腹痛性质和程度 消化性溃疡常有周期性、节律性中上腹部刺痛或灼痛，如疼痛突然加剧常提示胃、十二指肠溃疡穿孔。中上腹持续性剧痛或阵发性加剧应考虑急性胰腺炎。胆石症或泌尿系结石常为阵发性绞痛，疼痛相当剧烈，致使患者辗转反侧。阵发性剑突下钻顶样疼痛是胆道蛔虫症的典型表现。持续性、广泛性剧烈腹痛伴腹肌紧张或板样强直，提示急性弥漫性腹膜炎。隐痛或钝痛多为内脏性疼痛，多由胃肠张力变化或轻度炎症引起。胀痛可能为实质脏器的包膜牵张所致。

3. 诱发、加重或缓解因素 胆囊炎或胆石症发作前常有进食油腻食物史。而急性胰腺炎发作前则常有酗酒、暴饮暴食史；腹部受暴力作用引起的剧痛并有休克者，可能是肝、脾破裂所致。胰体癌患者仰卧位时疼痛明显，而前倾位或俯卧位时减轻。反流性食管炎患者烧灼痛在躯体前屈时明显，而直立位时减轻。急性腹膜炎时腹部加压或咳嗽、深呼吸可使腹痛加重，双下肢屈曲可使腹痛减轻。胃黏膜脱垂患者左侧卧位可使疼痛减轻。十二指肠壅滞症患者膝胸或俯卧位可使腹痛、呕吐等症状缓解。肠炎引起的腹痛常于排便后减轻。幽门梗阻腹痛于呕吐后减轻或缓解。肠梗阻腹痛于呕吐或排气后缓解。进食后腹痛缓解者见于十二指肠溃疡患者。

4. 既往腹痛史 肠梗阻患者多有腹部手术史。消化性溃疡、胆囊炎、胰腺炎等多有反复发作病史。

(方念)

第二节 吞咽困难

吞咽困难是指食物从口腔至胃的运行过程中受到阻碍的一种症状，进食后即刻出现咽部、胸骨后或剑突下黏着停滞或梗塞感。可由咽部、食管或贲门的功能或器质性梗阻引起。

吞咽动作是神经控制的协调运动。当食物开始被吞咽时，通过口咽肌与舌肌的随意运动，将食物向后推入咽部，食物刺激咽部，引起吞咽反射运动，即咽部肌肉一系列反应性收缩，随即食管上括约肌（UES）松弛，咽缩肌收缩将食物推入食管。吞咽中枢在延髓和脑桥下部网状结构。IX、X、XII对颅神经作为吞咽反射的传出神经对吞咽尤为重要，由于其神经核都在延髓，出现损害时的临床综合征称为延髓麻痹，吞咽困难是其主要表现。

【发病机制】

1.机械性吞咽困难 机械性吞咽困难指吞咽食物体积过大或食管腔狭窄引起的吞咽困难。正常食管壁具有弹性，管腔直径可扩张超过4cm。管腔扩张后直径不超过2.5cm时，即可出现吞咽困难，小于1.3cm则必有吞咽困难。食管病变引起的管腔狭窄分为管腔周径狭窄及偏心性狭窄，前者更容易导致吞咽困难。食管外压迫所致食管狭窄多属偏心性狭窄，不易发生吞咽困难或症状较轻。

2.运动性吞咽困难 运动性吞咽困难是指随意控制的吞咽与（或）随后一系列吞咽反射运动的障碍，食物不能从口中顺利地运送到胃。最常见的是各种原因引起的延髓麻痹，也可由肌痉挛（如狂犬病等）或吞咽性神经抑制失常（如上食管括约肌失弛缓症、贲门失弛缓症等）引起；另外，食管平滑肌蠕动减弱（如系统性硬化症、肌萎缩）或异常收缩（如弥漫性食管痉挛）也可导致运动性吞咽困难。有时机械性吞咽困难与运动性吞咽困难同时存在，只是一种较为突出。如口咽部病变既可引起吞咽始动困难与吞咽反射障碍，同时也可引起食物通道狭窄；食管癌主要是管腔狭窄所致的机械性吞咽困难，但也可因病变浸润邻近管壁，该处食管蠕动可减弱或消失。

【病因】

1.口咽部病变

(1) 口咽部炎症：由细菌、病毒、真菌感染引起，见于急性咽炎、疱疹性咽炎、白喉、急性扁桃体炎、咽旁脓肿等。咽部受到炎症刺激，常伴有咽部疼痛。

(2) 口咽部损伤：（机械性、化学性）、咽异物、咽部肿瘤等。

(3) 其他：口咽麻醉、涎液缺乏、舌肌瘫痪、癔球症等。

2.食管病变

(1) 食管感染性炎症：如真菌性食管炎、病毒性食管炎、食管结核、化脓性食管炎、食管梅毒、食管寄生虫感染等。

(2) 食管损伤：如放射性食管炎、药物性食管炎、食管静脉曲张硬化剂治疗、机械压迫、腐蚀性食管炎等。

(3) 食管运动功能障碍：如上食管括约肌失弛缓症、贲门失弛缓症、弥漫性食管

痉挛、“胡桃钳”食管、反流性食管炎等。

(4) 食管压迫：如纵隔肿瘤、血管畸形、大量心包积液、主动脉瘤、左心房增大、甲状腺肿大、食管裂孔疝、颈椎病等。

(5) 食管肿瘤：食管癌、淋巴瘤、转移癌等恶性肿瘤；息肉、脂肪瘤、血管瘤、平滑肌瘤等良性肿瘤，均可导致食管狭窄。

(6) 其他：如食管瘢痕狭窄、先天性食管狭窄或闭锁、缺铁性吞咽困难、食管憩室等。

3.食管以外的神经肌肉病变

(1) 中枢神经与脑神经疾病：见于延髓麻痹，如脑血管病（如椎-基底动脉闭塞）、延髓型脊髓灰质炎、脑干炎、多发性神经炎、颅底肿瘤、延髓空洞症等。研究表明，脑卒中是吞咽困难的首要原因，51%~73%的患者可出现吞咽困难。

(2) 肌肉疾病：如重症肌无力、眼咽肌型肌病、急性甲状腺毒性肌病、皮肌炎、多发性肌炎、硬皮病等。

(3) 全身性感染、中毒：如破伤风、狂犬病、肉毒素中毒、有机磷中毒、有机汞中毒等。

【诊断】

1.病史

(1) 年龄：出生后或哺乳期即有频繁反食者，主要考虑先天性食管疾病，如先天性食管狭窄、食管过短等；儿童突然出现吞咽困难，多为食管异物引起；老年人出现吞咽困难考虑食管癌。

(2) 既往病史与诱发因素：既往有食管、胃手术史，应考虑食管疤痕狭窄；有较长期食管胃置管史或食管刺、划伤史应考虑食管损伤；放射性食管炎、药物性食管炎常有放疗或不合理服药史；腐蚀性食管炎则有误服腐蚀剂的情况；吞咽困难与精神紧张有关者应考虑弥漫性食管痉挛、精神性贲门失弛缓症。

(3) 吞咽困难与饮食的关系：食管机械性狭窄引起的吞咽困难，随着食管狭窄的程度逐渐加重，进食也更加困难，从普食、软食、半流食、流食，最后可能滴水不入，最典型的是食管癌引起的进行性吞咽困难。咽神经肌肉失常者，进食流质饮食可能比进食固体饮食更为困难，进流食时立即反流至鼻腔并发生呛咳。如进食酸性饮食即刻出现疼痛，多见于食管炎症或溃疡；进食过冷或过热饮食诱发疼痛，多为弥漫性食管痉挛。

(4) 伴随症状

1) 食管反流：有长期胃病史或有反酸、烧心、胃液或胆汁反流等应考虑反流性食管炎、食管消化性溃疡；还可见于咽神经肌肉失常、食管憩室、贲门痉挛等；食管癌反流物多为血性黏液样。

2) 吞咽疼痛：指吞咽时发生胸骨后疼痛，使进食受限，胸骨后可呈锐痛或钝痛，通常是由食管黏膜的糜烂性病变引起。最常见的原因是念珠菌、疱疹和巨细胞病毒感染引起的食管炎，特别是艾滋病患者；也可见于腐蚀性损伤、药物性溃疡、反流性食管炎等。不吞咽时也可有疼痛，多见于食管极度扩张或晚期食管癌等。

3) 胸痛：弥漫性食管痉挛可引起间歇性胸骨后疼痛，酷似心绞痛发作。

4) 声音嘶哑：提示喉返神经受累，如食管癌引起的纵隔浸润累及喉返神经，也可

由主动脉瘤、纵隔肿瘤或纵隔淋巴结结核压迫喉返神经引起。还可见于肉毒素中毒。

5) 呛咳: 见于食管癌、贲门癌、贲门痉挛或食管憩室等, 严重者应考虑咽神经肌病变或食管癌并发食管气管瘘。如还伴有构音障碍、舌麻痹、软腭不能上举等则提示延髓麻痹。

6) 伴突发剧烈头痛、呕吐及其他神经系统症状, 提示急性脑血管病。

2. 体格检查 应注意一般营养状况, 有无面色苍白等贫血貌, 有无淋巴结肿大, 有无口咽炎、溃疡或外伤, 有无舌和软腭麻痹, 有无甲状腺肿大或其他颈部包块, 有无肌无力、肌肉萎缩等。注意神经系统检查, 尤其是中枢神经系统、颅神经、脑膜刺激征等。

3. 实验室及其他辅助检查

(1) X 射线检查: 胸透或胸片可了解有无纵隔增生、主动脉瘤、左房增大、心包积液; 钡餐透视可检查咽部、食管、贲门部位有无占位性病变及狭窄, 适用于不愿接受或不能耐受食管镜检查者。

(2) 食管镜检查: 经食管镜检查, 可直接观察到病变部位、大小、外观形态, 并直接取活组织做组织病理学检查即可确诊, 对食管癌、食管异物、反流性食管炎、弥漫性食管痉挛、食管裂孔疝、食管真菌感染、贲门癌、贲门痉挛等可作出明确的鉴别诊断。

(3) 食管脱落细胞学检查: 食管脱落细胞学检查是诊断早期食管癌和食管癌前病变的可靠的检查方法, 最适合于食管癌的人群筛查。

(4) 食管测压检查: 食管测压检查是诊断食管动力障碍性疾病的重要手段, 可测定食管体部压力及食管上括约肌压力等。可了解食管体部蠕动波幅、持续时限与食管运动功能, 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。

(5) 24h 食管 pH 监测: 可为食管是否有过度酸反流提供依据, 是诊断反流性食管炎的重要方法。

(方念)

第三节 反酸与胸骨后烧灼感

反酸是指酸味胃内容物反流入口腔的感觉, 可为酸水也可为带酸味的食物。胸骨后烧灼感为胃食管酸性或碱性反流物刺激食管黏膜下感觉神经末梢所致, 俗称“烧心”。反酸和烧心常在餐后 1~2h 发生, 均提示胃食管反流。正常人偶有胃食管反流现象, 但无食管黏膜损伤, 不产生症状, 但各种原因导致反流量增加或反流时间增加, 则可出现症状, 引起胃食管反流病。

【病因】

1. 生理性胃食管反流 生理性胃食管反流是指食管下端括约肌 (LES) 出现反射性松弛而使食物进入食管内, 或胃内过多的气体通过食管排出体外。正常健康人均有胃食管反流现象, 偶尔发生在餐时或餐后, 因反流量少、时间短, 并不引起食管黏膜损伤, 无任何不适。常见于睡眠、妊娠期、食用某些食物 (如红薯、咖啡、茶、饮料等)、吸烟、饮酒等情况。若反流的胃内容物在食管内清除太慢, 则可以引起反酸、烧心、胸痛

症状。

2.病理性胃食管反流 病理性胃食管反流是指十二指肠、胃的内容物反流入食管并引起食管黏膜损害,称为胃食管反流病。引起胃食管反流病的因素有以下几种。

(1)食管裂孔疝:由于食管裂孔疝造成LES关闭不全,则产生胃食管反流。据统计,反流性食管炎的患者85%有食管裂孔疝,在食管裂孔疝病例中有半数以上发生反流性食管炎。因此食管裂孔疝是胃食管反流性疾病最常见的原因。

(2)腹压增大的疾病:如过度肥胖、腹水、妊娠后期、呕吐等原因引起腹内压增高,可引起胃食管反流。部分患者是由于腹内压增高发生裂孔疝而引起胃食管反流。

(3)胃轻瘫:常见的原因是糖尿病、胃手术、迷走神经切断术、药物等。但通常原因不清,胃轻瘫者胃排空延迟。

(4)先天性畸形:如食管上段胃黏膜异位症、食管腹段过短等,多见于小儿。

(5)十二指肠溃疡或卓-艾综合征:与高胃酸分泌、反流物侵袭力增强及胃窦痉挛有关。

(6)食物与药物:某些食物或药物可引起LES松弛而引起胃食管反流。食物如高脂肪餐、巧克力、酒精、薄荷糖、咖啡因、尼古丁等,药物如抗胆碱能药物、 β -肾上腺素能受体激动剂(异丙基肾上腺素)、钙拮抗剂(如维拉帕米、硝苯地平、硫氮蒽酮)、阿片等。

(7)其他全身性疾病:LES由内脏平滑肌构成,任何影响平滑肌的全身性疾病均可引起胃食管反流,如硬皮病、甲状腺功能减退、糖尿病、淀粉样变等。

(8)其他:如插胃管、麻醉后、长期呃逆和昏迷等。

【发病机制】

1.LES功能不全 在食管下端有一个可紧可松的“食管下端括约肌(LES)”,正常情况下,LES处于收缩状态,静息压力为10~30mmHg,为一高压带屏障,是防止胃食管反流的最重要的功能结构。进餐吞咽时,LES松弛,使食物顺利入胃。各种原因引起的LES松弛,LES压力降低,均可引起胃食管反流。食管与胃连接处是一复杂的解剖区域,除了LES外,膈肌脚、膈食管韧带、食管与胃底间的锐角(His角)等也具有抗反流作用。上述因素出现任何一种功能障碍均可导致胃食管反流,如食管裂孔疝、外科手术等。

2.食管廓清能力下降 一旦发生胃食管反流,食管内的反流物可通过重力作用及食管的蠕动排入胃内,此即是食管廓清的主要方式,可减少食管内反流物的容量及与食管黏膜接触的时间,剩余的酸由唾液中和。当食管蠕动减弱,食管廓清能力下降,则容易导致食管炎。唾液分泌减少也是影响反流物化学清除作用的因素。

3.胃排空延缓 胃排空延迟,使胃内容量增大,导致LES腹内功能段长度缩短;而胃内压增高,也可诱发一过性LES松弛。胃运动功能减弱或幽门梗阻时,胃排空延缓;十二指肠胃反流一方面可增加胃容量,另一方面可引起胃窦部炎症,影响幽门括约肌功能而导致胃排空障碍。

4.食管黏膜的屏障作用 食管表层的复层鳞状上皮细胞、黏膜表面的黏液、静水层及 HCO_3^- 、良好的黏膜血供共同构成食管黏膜的保护层,可防止胃酸、胃蛋白酶的消化作用,促进黏膜修复,此即食管黏膜的防御屏障。因此,部分患者有反流症状但无食管黏膜损害。胃食管反流主要是胃内容物(胃酸、胃蛋白酶等)及十二指肠液(胆盐和胰