



基层医生诊疗必备系列

J ICENGYISHENGZHENLIAO
BIBEIXILIE

消化科

疾病诊疗手册

主编 郭永泽 张美莲 韩新峰 张凤英



第四军医大学出版社

基层医生诊疗必备系列

消化科疾病诊疗手册

主 编 郭永泽 张美莲 韩新峰 张凤英

副主编 刘忠山 靳红娥 安 静

编 委 (以姓氏笔画为序)

白桂芝 安 静 安秀平

刘忠山 张凤英 张美莲

郭永泽 韩新峰 靳红娥

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

消化疾病诊疗手册—西安:第四军医大学出版社,2009.7

基层医生诊疗必备系列

ISBN 978-7-81086-625-5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 105939 号

消化疾病诊疗手册

主 编 殷宜文 胡 鹏 崔冬梅

责任编辑 土丽艳

责任校对 黄 璐

出版发行 第四军医大学出版社

地 址 西安市长乐西路 17 号(邮编:710032)

电 话 029-84776765

传 真 029-84776764

网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>

印 刷 西安力顺彩印有限责任公司

版 次 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷

开 本 850×1168 1/32

印 张 13.75

字 数 340 千字

书 号 ISBN 978-7-81086-625-5/R·525

定 价 22.00 元

(版权所有 盗版必究)

前 言

临床医学是门实践性很强的学科。近年来随着医学科学技术的发展,国内医学领域新理论、新技术、新方法不断涌现,使各科疾病的基础理论研究、临床诊断和治疗均取得了巨大进展。为了便于广大临床医师尤其是基层医疗单位的医务工作者在较短时间内,系统、全面地了解掌握各科疾病的基础理论、临床诊断与治疗,我们特组织有丰富临床经验的一线专家编写这套《基层医生诊疗必备系列》。

本系列包含八分册:《呼吸科疾病诊疗手册》《消化科疾病诊疗手册》《心内科疾病诊疗手册》《外科疾病诊疗手册》《五官科疾病诊疗手册》《传染科疾病诊疗手册》《骨科疾病诊疗手册》和《临床疾病护理手册》。各分册以各科常见疾病为纲,各疾病按基本概念、临床表现、检查、诊断与诊断思维、治疗与治疗思维依次展开阐述。全书贯穿了各科疾病的基本理论、基本知识,集临床多年来的诊疗经验于一体,展现了疾病诊断与治疗过程中不同角度的思维方式,以及容易引起误诊的疾病的鉴别点及治疗中应注意的事项等,对医务人员提升医疗实践能力有很大帮助。

全套书突出了以下特点:①强调实用性,涉及内容多为临床常见病、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

已知我们不再赘述,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实际内容进行阐述。③突出临床经验,每个分册均由一线医务人员编写,在疾病的诊断与治疗中融入了各自的临床经验、思维方式,对年轻医师的提升有很好的帮助。

尽管各位编者均尽最大努力编写,但限于时间和经验,书中仍有误漏之处,请广大读者谅解,并提出宝贵意见。

编 者

2009年5月

目 录

第一章 绪论	1
第二章 消化系统疾病的诊断	5
第一节 诊断的基本步骤	5
第二节 诊断的思维方法	9
第三节 诊断的依据和方法	13
第四节 诊断的形式和内容	16
第三章 消化系统疾病的治疗	19
第四章 消化系统疾病常用诊疗技术	23
第五章 食管疾病	46
第一节 胃食管反流病	46
第二节 贲门失弛缓症	55
第三节 食管裂孔疝	60
第四节 真菌性食管炎	67
第五节 食管癌	69
第六节 食管憩室	78
第七节 食管贲门黏膜撕裂综合征	84
第六章 胃及十二指肠疾病	89
第一节 急性胃炎	89
第二节 慢性胃炎	93

第三节	消化性溃疡	99
第四节	十二指肠壅滞症	107
第五节	功能性消化不良	110
第六节	胃黏膜脱垂症	115
第七节	胃癌	117
第八节	幽门螺杆菌感染	126
第九节	上消化道出血	130
第十节	下消化道出血	137
第七章	肠道疾病	143
第一节	慢性腹泻	143
第二节	肠易激综合征	145
第三节	肠结核	153
第四节	克罗恩病	159
第五节	急性坏死性小肠结肠炎	165
第六节	小肠肿瘤	171
第七节	大肠癌	177
第八节	阑尾炎	183
第九节	肠梗阻	191
第十节	便秘	197
第十一节	炎症性肠病	199
第十二节	伪膜性肠炎	217
第十三节	缺血性肠炎	222
第八章	肝胆疾病	228
第一节	病毒性肝炎	228
第二节	脂肪性肝病	244
第三节	酒精性肝病	250
第四节	药物性肝病	258

第五节	肝硬化	269
第六节	原发性肝癌	281
第七节	肝性脑病	289
第八节	肝脓肿	296
第九节	肝囊肿	309
第十节	黄疸	313
第十一节	胆石症	323
第十二节	胆囊炎	330
第十三节	急性梗阻性化脓性胆管炎	338
第十四节	肝结核	342
第十五节	胆管蛔虫症	345
第十六节	胆囊癌	352
第九章	胰腺疾病	358
第一节	胰腺炎	358
第二节	胰腺癌	375
第十章	腹膜疾病	385
第一节	结核性腹膜炎	385
第二节	自发性细菌性腹膜炎	391
第三节	腹膜间皮瘤	396
参考文献		400

第一章 绪 论

消化系统疾病是发生在口腔、唾液腺、食管、胃肠、肝、胆、胰腺、腹膜及网膜等脏器的疾病。临床上将口腔及唾液腺疾病列为口腔科疾病，其余多为内外科疾病。

消化系统疾病是常见病、多发病，总发病率为 30%。各大医院门诊患者中有 1/2 是这个系统的疾病，其中需急诊入院治疗者约占急诊入院患者的 25%。在世界范围内因消化系统疾病死亡的人数占总死亡人数的 14%。

（一）特点

1. 慢性病较多 如慢性胃炎、慢性肠炎及慢性肝炎等都是反复多年不愈的慢性病。

2. 诊断难 患者常诉说腹痛多年，此外无其他特殊症状，虽经详细询问病史及全面体格检查但终难确诊。20 世纪 70 年代以来，增加了一些实验室的检验方法和诊查仪器，使诊断方法提高了一步。如纤维胃镜应用于临床后，早期胃癌的检出率逐日增高，手术后五年存活率可达 95% 以上；此外超声检查也在临床上广泛应用，其使用方便，患者无痛苦，对诊断肝癌、胆石症和胰腺癌帮助较大；CT 也可用以检查腹部的软组织，与超声检查的效果相似。

3. 各脏器的慢性炎症均有癌变的可能性 如慢性萎缩性胃炎观察 5~10 年后可能有 5% 左右的癌变率；慢性肝炎特别是长期病毒携带者有可能转为肝硬化，最后少数变为肝癌，因此积极

治疗各种慢性炎症是防癌的重要环节。

4. 有些疾病有地区性和季节性 如食管癌在中国河南省林县发病率最高；胃癌则自西北的甘肃、陕西到东北的辽宁，然后南下到山东、浙江等省发病较多。另有些病有季节性，如肠道传染病（肠炎痢疾等）多在夏季发生。

（二）分类

1. 先天性疾病和遗传性疾病 本系统的先天性疾病多属畸形，即各脏器的粗细、数目、形态及位置的异常。如有的人有两条食管；有的人结肠明显较粗以致蓄便很多，十多日有一次大便；有的人肝脏在左侧，有的人肝内有或多或少的囊肿。常见的遗传性疾病如小肠息肉合并皮肤黏膜色素斑（黑斑息肉综合征）、组织异位（如胃黏膜发生在肠黏膜或胰腺组织发生在胃黏膜上），这些疾病多数不影响身体健康，但少数（如锁肛）也要进行手术治疗。

2. 传染病 最常见的消化系统传染性疾病是细菌性痢疾和胃肠炎，夏季尤为多见。细菌引起的急性化脓性胃炎非常少见。细菌还能侵犯胆管和肝而形成肝脓肿及胆管感染；其次是病毒引起的肠炎，因为病毒难以查出所以确诊比较困难。肝炎也是病毒传染的，有甲、乙、丙、丁及戊型，目前认为以乙型最多。此外还有一些全身性病毒疾病如传染性单核细胞增多症，也可侵犯肝脏引起肝炎。消化道寄生虫病也占很大比重，如蛔虫、蛲虫、钩虫、鞭毛虫、绦虫、姜片虫、线虫、阿米巴吸虫等引起的疾病，以蛔虫病、蛲虫病最多见。酵母菌属真菌，一般情况不引起疾病，但在年老体弱者、长期应用抗癌药或肾上腺皮质激素治疗的患者，易患真菌感染而产生口炎、胃炎、肠炎及胆管炎等。

3. 炎症性疾病 指原因不明的一些炎症，如慢性胃炎、局限性肠炎（也称克罗恩病），病变多在小肠末端。溃疡性结肠炎自直肠发病逐渐向上蔓延形成溃疡，服药无效时只能手术切除结

肠。欧美各国比较多见。

4. 消化性溃疡 详见消化性溃疡部分内容（第六章第三节）。

5. 肿瘤 消化系统各个部位均可发生肿瘤，可分为两类。

(1) 良性肿瘤：如纤维瘤、脂肪瘤、肌瘤、良性息肉等，除息肉在肠内多见外，其他均属少见。良性肿瘤多局限在一处（脂肪瘤例外），有包膜，与正常组织有明确界限，不向他处转移。肿瘤较小时患者无感觉；生长到一定程度压迫血管或神经时可以出现症状。

(2) 恶性肿瘤：如癌、肉瘤及恶性淋巴瘤，其中以癌最为多见。与良性肿瘤相反，它与正常组织之间无明显界限，无包膜，可以转移到附近或全身各组织，常见于食管和胃。中国大肠癌的发病率比欧美国家低，无明显的地区性。以上恶性肿瘤若定期作胃镜或肠镜检查可能早期诊断。手术后五年存活率可达90%以上。肝癌和胰腺癌对人体的危害较大。

胆囊、胆管癌多发生在慢性胆囊炎的基础上，早期诊断比较困难。慢性胆囊炎和胆石症的患者，定期作超声波检查有助较早诊断。

胃肠道淋巴系统恶性肿瘤常见于胃及小肠。胃内者又可分为三型，即胃淋巴肉瘤、胃网状细胞肉瘤和胃淋巴网状细胞瘤（胃霍奇金病）；小肠肿瘤的分类更复杂，有霍奇金病型（淋巴网状细胞瘤）及非霍奇金病型，后者又分为分化良好的淋巴细胞型和分化不良的淋巴母细胞型（以上合称淋巴肉瘤）。未分化淋巴干细胞瘤、网状细胞肉瘤及巨滤泡性淋巴瘤等这类肿瘤总的特性是病情发展快，早期无症状，一旦发生转移或肿瘤长大，则可以出现全身症状，如消瘦、无力、低热等。此外又有胃部痛、腹痛、呕血、腹水、腹块等表现。诊断依靠CT及胃肠镜。少数局限性病例手术后可以痊愈，但总的来讲术后五年存活率大致为

30% ~ 50%。

6. 结石病 消化道内结石较少见。偶尔可见胃结石，多因吃柿子或黑枣等引起，也有因吃甘薯及香蕉引起胆总管、胆囊甚至肝内胆管结石。在西方国家胆石症常见于肥胖女性，以胆固醇结石为主，而在中国多系感染后的混合结石，以胆色素及钙盐为主。胆囊结石数目可以很多由数十块至数百块。若不堵塞胆管患者无症状，一旦堵塞胆管，胆汁流通不畅，患者即出现黄疸并发生剧烈右上腹绞痛，同时伴有发冷、发热，必要时需行手术治疗。

7. 消化道功能异常性疾病 消化道各部分的组织（如肌肉黏膜等）并无损伤，但其功能不正常。食管发生痉挛时，患者感到胸骨后剧痛同时有吞咽困难；胃痉挛时可以反复呕吐或厌食；结肠功能不正常时，患者排便次数增多至一日数次，相反也可以便秘。这类疾病一般无生命危险，但需要做一套周密的检查方可作出诊断，治疗也不容易。

其他系统疾病对消化系统的影响：①结缔组织病，如硬皮病、红斑狼疮、结节性动脉周围炎、风湿性关节炎和贝赫切特病等，可影响胃肠道及肝脏；②各种心脏病引起的心力衰竭可导致消化道淤血、肝脏肿大；③肾衰竭可导致胃肠道黏膜充血甚至出血，出现食欲不振、恶心、呕吐、腹泻、呕血或便血；④血液病患者的凝血功能障碍可引起胃肠道出血。

第二章 消化系统疾病的诊断

诊断是将病史、体格检查、实验室检查及其他各项检查所获得的资料，经过整理、分析、综合和推理判断的思维过程，对疾病的本质和名称所作出的结论。诊断是临床医学最根本的任务之一。正确的诊断是治疗和预防疾病的先决条件和重要依据。因此，必须重视对疾病的诊断。建立正确的诊断，要有广博而精深的医学理论知识，熟练的诊断检查技术，丰富的临床实践经验以及掌握诊断的基本步骤和辩证的思维方法。如此，才能正确诊断，避免误诊、漏诊，提高诊断水平。

第一节 诊断的基本步骤

临床诊断过程，就是具体认识疾病本质的过程。疾病的诊断过程一般有三个环节：调查研究，收集资料；分析综合，推理判断；反复实践，验证诊断。

1. 调查研究，收集资料 调查研究，收集完整和确实的资料是诊断疾病的第一步。正确的诊断来源于完善、周密的调查。病史、体格检查、实验室检查及器械检查的结果是调查研究、收集资料的重要内容，是诊断疾病的原始资料和依据。在收集资料时，应该重视其真实性、系统性和完整性。只有真实的、系统的和完善的资料才是建立正确诊断的先决条件和基础。

(1) 真实性：患者叙述的病史和进行各项检查时，必须要

从患者的自觉症状和客观体征的实际出发，实事求是，严肃认真。唯有客观、真实、可靠的资料，才能真正反映疾病的本质，作出符合临床实际的判断。因此，切忌主观臆测，对具体事实随心所欲，任意取舍。对调查获得的资料，要运用医学理论知识进行辩证分析，是否真实、夸大、含糊、隐瞒、虚报，以便去伪存真，作出判断。主观片面和不真实的病史及体格检查常常是导致错误诊断的主要根源。

(2) 系统性：患者叙述的病史可能零乱片面，缺乏条理性，医师应随时考虑可以引起所述症状的发展过程和相互的联系，逐一深入询问。在进行体格检查时，必须系统和全面，并取得患者合作，以防止遗漏。同时又要注意体征与症状之间的关系，找出进一步深入检查的线索，全面有重点地进行必要的检查，以保证资料的系统性。

(3) 全面性：调查既要客观，又要全面。病史是反映疾病发生、发展及其演变规律的重要资料，体格检查所发现的征象是疾病的客观表现。临床许多疾病，是通过症状、体征的发现而作出初步诊断，甚至是确立诊断的。应当指出，某些症状和体征，有时可能是疾病的部分表现，不能反映疾病的全貌或本质，因而不能根据个别、短暂出现的症状、体征，就轻易作出诊断。因此，根据症状体征提出的线索，进行必要的实验室检查、器械检查和功能检查，借以了解患者的整体情况。从患者的整体出发，才能作出全面而正确的诊断。对病史和各种客观检查不宜有所偏废或忽视。根据详细可靠的病史资料，结合系统全面的体格检查，是诊断疾病最基本的方法，其关键在于调查要实事求是，要全面。

诊断技术的飞跃发展，给临床医师极大的帮助，主要有以下几方面：①内镜的发明与改进，目前国内已普遍使用的各种电子内镜如纤维胃十二指肠镜、纤维结肠镜、纤维支气管镜等，新型

制品口径小，可屈度高，操作安全便利，还可配合附件作相应的诊断和治疗；②快速超微量生化学分析技术的应用，如酶联免疫吸附测定法、免疫荧光测定法、特异性单克隆抗体诊断技术等方法已应用于临床；③影像学诊断技术的进步，如B超、CT、MRI均已应用于临床。

上述各项新型诊断技术的应用，无疑大大地丰富了诊断学的内容，解决了许多临床问题。尽管如此，实验室检查和器械检查仍要结合临床表现有目的地进行。首先应选用有效而又简便的检查方法。在安排某项检查时，应考虑以下几点：①该项检查的特异性如何；②该项检查的敏感性如何；③检查和标本采集的时机是否合适，能否按规定的要求进行；④标本的选送、检验过程有无误差；⑤患者体质的强弱、病情的起伏、诊断的处理等对检查结果有无影响；⑥对于可能造成患者负担的检查还应权衡其利弊并考虑患者能否接受。

实验室检查和器械检查的结果，必须结合临床情况来考虑，才能作出正确的评价。要防止片面依靠实验室检查或器械检查作出诊断的错误做法。

由于尖端诊断技术目前尚未普及，而大多数常见病的诊断又不需要复杂的技术进行，因而，临床上还需重视诊断疾病时详细询问病史和全面体格检查的基本功，以及结合常规化验和简单的器械检查来诊断大多数疾病。

2. 分析综合，推理判断 问诊、体格检查、实验室检查和各项器械检查的过程，就是诊断疾病的过程。将调查、搜集得到的资料，加以归纳整理，运用分析综合、推理判断的方法，提出对疾病诊断的依据。临床常用推理方法有直接诊断法（亦称类比诊断法）和排除诊断法（或称鉴别诊断法）。

（1）直接诊断法：本法是应用类比推理的形式，根据要肯定的某个疾病存在的诊断条件或依据，对照患者的临床资料是否

符合某个疾病的诊断条件或依据，而作出直接诊断，称为直接诊断法。疾病的诊断条件或依据，主要来自临床实践经验的总结和有关专业会议制定提出的诊断标准。

直接诊断法适用于有临床典型表现的疾病。其最大的优点是能直接、快速地对疾病作出初步诊断，便于统一诊断标准。其不足之处是思路狭窄，易形成思维活动的惰性，对缺乏临床经验者，或某些少见病、疑难病、不典型的疾病易导致误诊或漏诊。

(2) 排除诊断法：本法不是直接寻找所要肯定的某个疾病存在的条件或依据，而是根据调查得到的诸多资料（阳性表现）及某些缺乏资料（阴性表现），通过逐个否定排除不存在的疾病，从而间接肯定某个疾病的存在，最后作出诊断。这种通过鉴别诊断的推理形式，称为排除诊断法。

排除诊断是通过鉴别诊断的方法，逐步缩小诊断范围。临床常用于原因不明、病情复杂、临床表现不典型的疾病。由于本法思路宽广，认识、分析问题全面、系统，而且有利于对资料的进一步收集、检查与鉴别，所以是临床常用而有效的一种诊断方法。其不足之处是应用起来较繁琐，难于直接、快速地作出诊断。

鉴于直接和排除诊断法在临床诊断思维形式中，各有其优越性及局限性，故二者互相结合、灵活运用，形成正确、系统、科学的思维方法。临床如遇病情复杂、表现不典型或几种疾病同时存在时，可联合运用直接和排除诊断两法，逐步深入、全面系统地认识疾病的本质，尽快作出正确的诊断。

3. 反复实践，验证诊断 一个正确的认识往往需要反复实践才能达到目的。通过以上步骤，确立初步诊断以后，需要反复临床实践、观察，验证诊断是否正确，是否完善，是否符合疾病的发展规律及本质以及治疗和预防是否达到预期效果。如果收集的资料欠真实、不完整、不系统，体格检查不细致，分析判断主

观片面，不符合实际；或限于对疾病认识的水平，疾病的临床表现不典型，病情复杂，多种疾病或并发症同时存在；或者疾病本身的阶段性和症状互相转化等因素，都可能造成误诊、漏诊，或诊断不及时、不完整。因此，在临床实践过程中要不断观察病情的变化，不断修改或更正诊断。对于病因不明的复杂病例，作出初步诊断以后，可通过试验性治疗，观察疗效，确定诊断。对于临床死因不明的病例，可通过尸体的病理解剖检查或临床病理讨论会及时总结经验，提高诊断水平。

必须强调指出，为了能及时指导防治工作，特别对于急重患者，在临床资料尚不足以建立确定诊断之前，也要找出可能性最大的疾病，作为临时诊断，迅速采取治疗措施，同时再进行深入的检查，而不应仅仅纠缠在诊断问题上，以致贻误治疗时机。

第二节 诊断的思维方法

（一）运用辩证唯物观点指导临床诊断

诊断的思维方法，由形成概念、运用推理、构成判断、反复论证等辩证逻辑形式组成。疾病的临床表现因人而异，可有不同的“临床型”；一个患者可以有几种病同时存在；已确诊的病，也可以在原有的基础上出现新问题，各种资料有可能彼此矛盾。面对这些错综复杂的情况，如何识别真伪，分清主次，作出合理的诊断，需要临床医师通盘考虑。在分析综合、推理判断和论证的思维过程中，要运用辩证唯物主义的观点，处理好如下几个关系。

1. 临床表现与疾病本质 患者的症状、体征和其他检查结果都是疾病的临床表现，一定的临床表现具有一定的临床意义。如在心尖部听到雷鸣样舒张期杂音，这是一个临床表现，其疾病