

XIAOHUANEIKE JIBING

临床医师速成手册

LINCHUANG YISHI
SUCHENG SHOUCHE

消化内科 疾病

■ 主编 王琦

速成

军事医学科学出版社

《临床医师速成手册》系列丛书

消化内科疾病

顾 问 郭文栋

主 编 王 琦

副主编 师水生 邓志华

编 委 肖晋美 韩子岩 周秀彦 武希润

张 瑞 赵心恺 朱月莲

军事医学科学出版社

·北 京·

图书在版编目(CIP)数据

消化内科疾病/王奇主编. - 北京:军事医学科学出版社,2003.6

(临床医师束成手册系列丛书)

ISBN 7-80121-492-7

I.消… II.王… III.消化系统疾病-诊疗-手册 IV.R57-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 2003 第(022741)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)66931034

66931048

编辑部: (010)66931127

传 真: (010)68186077

E-MAIL: mmsped@nic.bmi.ac.cn

印 刷: 潮河印装厂

装 订: 春园印装厂

发 行: 新华书店总店北京发行所

开 本: 850mm×1168mm 1/32

印 张: 14

字 数: 357 千字

版 次: 2003 年 8 月第 1 版

印 次: 2003 年 8 月第 1 次

印 数: 1-4000 册

定 价: 20.00 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

《消化内科疾病》是临床医师速成手册系列丛书之一,分总论和各论两部分。总论着重介绍消化系统的基本理论、基础知识和基本技能,常用的诊断及治疗方法,部分消化系统危重疾病的抢救治疗。各论内容丰富,包含消化系统常见疾病的诊断标准、诊断思维程序和诊断治疗原则。本书条理清晰,具有较强的实用性,特别适用于医学院校学生和基层医院医师使用。

《临床医师速成手册》 系列丛书编辑委员会

主 编 王 峻 萧传实

副主编 樊瑞华 贾林山

编 委 (以姓氏笔画为序)

王来远 王凤芝 王 琦 王 丽

刘素筠 乔振华 李小峰 李光来

李荣山 赵宝珍 鹿育萨 梁安国

策 划 樊瑞华 贾林山 王国晨

前 言

随着现代科学技术的发展,基础医学尤其是免疫学及分子生物学的深入,新知识、新技术层出不穷,使医学诊疗技术不断提高,从而使医学知识的更新周期明显缩短,临床医师必须不断地学习、补充新的医学知识才能跟上医学发展的步伐;同时,随着我国医疗制度的改革,以及执业医师法的出台,客观上对临床医师的要求越来越高,为了适应新时期对临床医学的更高要求,提高广大临床医师的技术水平,特组织临床工作多年且具有丰富医疗经验的临床各科中青年专家、教授编写了这套《临床医师速成手册》系列丛书。

本书在编写中力求突出以下特点:内容新,起点高,简洁明了,深入浅出,科学实用。对每一种病症从概念、诊断依据、诊断思维程序、治疗方法、预后等方面进行了详细论述,从而使广大临床医师能迅速掌握所学知识并应用于临床,尽快成为一名合格的临床医师,这是我们编写此套丛书的初衷,也是我们的最终目的。相信此套丛书的出版一定会使广大临床医师受益,并成为他们的良师益友、得力帮手。

由于此套丛书的作者是工作在临床第一线的中青年专家,时间紧,任务重,书中错误难免,希望广大读者批评指正。

《临床医师速成手册》系列丛书编辑委员会

2003年6月

目 录

第一篇 总 论

第一章 消化系统的形态和结构	(1)
第一节 消化系统的局部解剖	(1)
第二节 消化系统的组织结构	(14)
第二章 消化系统的生理功能	(23)
第一节 消化系统的运动功能	(23)
第二节 消化液的分泌及其调节功能	(25)
第三节 消化系统的吸收功能	(33)
第三章 抑酸药和胃黏膜保护药的合理应用	(36)
第一节 抑酸药	(36)
第二节 胃黏膜保护药	(41)
第四章 消化系恶性肿瘤化学治疗	(44)
第一节 常用化疗药物	(44)
第二节 生物调节剂及免疫增强剂	(47)
第三节 化疗适应证及不良反应的处理	(49)
第四节 常用化疗方案	(51)
第五章 消化系统疾病症状学	(55)
第一节 反酸、胸骨后烧灼感和胸痛	(55)
第二节 吞咽困难	(57)
第三节 恶心及呕吐	(60)
第四节 消瘦和食欲不振	(64)
第五节 腹 痛	(67)

第六节	腹 泻	(73)
第七节	腹 水	(77)
第八节	黄 疸	(83)
第九节	上消化道出血	(88)
第十节	下消化道出血	(95)
第十一节	便 秘	(98)
第六章	消化系统检查	(102)
第一节	实验室检查	(102)
第二节	特殊检查	(107)
第三节	消化系统影像学检查	(108)
第四节	内镜检查	(115)
第七章	消化系统疾病临床诊断思维程序	(120)
第八章	消化系急症	(125)
第一节	上消化道出血	(125)
第二节	急性重症胰腺炎	(129)
第三节	肝性脑病	(136)
第九章	肠内外营养	(143)
第一节	正确选择营养支持疗法	(143)
第二节	肠内营养支持疗法	(146)
第三节	肠外营养支持疗法	(149)
第十章	消化系统疾病的内镜治疗	(151)
第一节	消化道异物取出术	(151)
第二节	消化道息肉切除术	(154)
第三节	食管、贲门狭窄的扩张与支架置入术	(156)
第四节	上消化道出血的内镜治疗	(158)
第五节	消化道肿瘤的内镜治疗	(162)
第六节	十二指肠乳头肌切开术与胆道结石的 内镜治疗	(165)
第七节	经皮内镜胃造瘘术	(167)

第二篇 各 论

第一章 食管疾病	(171)
第一节 先天性疾病.....	(171)
第二节 食管感染和炎症.....	(174)
第三节 食管运动障碍.....	(182)
第四节 食管肿瘤.....	(185)
第五节 食管的其他疾病.....	(189)
第二章 胃的疾病	(194)
第一节 胃的先天性疾病和遗传性疾病.....	(194)
第二节 胃的感染及炎症.....	(197)
第三节 消化性溃疡.....	(206)
第四节 胃的肿瘤.....	(210)
第五节 胃的运动障碍.....	(218)
第六节 胃的其他疾病.....	(221)
第七节 胃手术后远期并发症.....	(223)
第三章 小肠疾病	(226)
第一节 先天性疾病.....	(226)
第二节 炎症和感染性疾病.....	(229)
第三节 动力障碍性疾病.....	(234)
第四节 小肠肿瘤.....	(237)
第五节 小肠其他疾病.....	(239)
第四章 结肠和直肠疾病	(246)
第一节 先天性疾病.....	(246)
第二节 炎症和感染性疾病.....	(250)
第三节 动力障碍性疾病.....	(264)
第四节 大肠肿瘤.....	(269)
第五节 肠梗阻.....	(272)
第六节 结肠其他疾病.....	(274)

第七节 直肠、肛门疾病	(277)
第五章 肝脏疾病	(281)
第一节 病毒性肝炎	(281)
第二节 非乙醇性脂肪肝	(289)
第三节 乙醇性肝病	(294)
第四节 药物性肝病	(298)
第五节 肝硬化	(302)
第六节 原发性胆汁性肝硬化	(311)
第七节 自身免疫性肝炎	(314)
第八节 门静脉高压症	(318)
第九节 肝硬化腹水的处理	(326)
第十节 肝肾综合征	(331)
第十一节 Budd - Chiari 综合征	(337)
第十二节 肝脓肿	(340)
第十三节 原发性肝癌	(349)
第十四节 肝脏肉芽肿	(355)
第十五节 肝脏代谢性疾病	(360)
第六章 胆系疾病	(376)
第一节 胆囊炎及胆石症	(376)
第二节 胆道肿瘤	(381)
第三节 原发性硬化性胆管炎	(384)
第四节 急性梗阻性化脓性胆管炎	(386)
第五节 胆道蛔虫病	(388)
第六节 胆道出血	(390)
第七节 胆道功能障碍性疾病	(394)
第八节 胆系先天性疾病	(398)
第七章 胰腺疾病	(402)
第一节 急性胰腺炎	(402)
第二节 慢性胰腺炎	(406)

第三节 胰腺癌·····	(411)
第八章 腹膜、肠系膜、网膜疾病·····	(416)
第一节 腹膜疾病·····	(416)
第二节 肠系膜疾病·····	(425)
第三节 网膜疾病·····	(428)

☆ 第一篇 总 论 ☆

第一章 消化系统的形态和结构

第一节 消化系统的局部解剖

一、食管的局部解剖

(一)位置、毗邻和分段

食管是扁平肌性管道,从距门齿 15 cm 起到 40 cm 止,长 25 cm;起于第 6 颈椎水平的环状软骨下缘与咽部梨状窝汇合的狭窄段相接,止于第 8 胸椎水平与胃连接的贲门,其前后经 1.5 ~ 2.5 cm。食管分为 3 段,第一段颈段,从食管起始部到胸骨切迹上缘,共长 4 ~ 5 cm,前方为气管;第二段胸段,长 18 ~ 20 cm,位于后纵隔,脊柱前方,气管、心脏后方,在第 10 胸椎水平穿过膈肌的食管裂孔;第三腹腔段,长 1.5 cm,位于肝左叶后方,主动脉和横膈右

脚。食管颈椎和胸段周围由纤维组织所固定。食管有 3 个生理性狭窄区。

(1)食管入口部,即上食管括约肌所在处。

(2)第 4~5 胸椎处,相当于气管分叉处,距门齿 25 cm。

(3)食管穿过膈食管裂孔和贲门交接处,距门齿 40 cm。

上述 3 个狭窄常易出现异物嵌顿,同时也是肿瘤、憩室和瘢痕性狭窄的好发部位。

食管上、下两端有括约肌,使食管除吞咽时以外均处在关闭状态。这两端在解剖上有薄弱区:①食管入口处,两侧斜行的咽下缩肌与下方横行的环咽肌所围成的三角区(Killian 三角)缺少肌纤维,异物或内镜操作不当可引起此处穿破,另外易形成 Zenker 憩室。②食管下段左后侧壁近横膈处,食管自发性破裂常发生在此处。

食管下括约肌(lower esophageal sphincter, LES)长 3~5 cm,此处并非真正的解剖学括约肌,仅由食管环肌呈螺旋状排列,不对称增厚,形成卵圆形半环,和胃斜肌共同形成一个生理性高压带,在生理上可有效地阻止胃内容物反流,起生理括约肌作用。此外,膈-食管裂孔管、膈-食管膜、食管-胃角(His 角)和胃黏膜的活瓣作用均有助于防止胃内物反流。

(二) 血供、淋巴和神经支配

1. 动脉供应 血供来源多支,颈段主要由甲状腺下动脉供应,胸段由胸主动管的食管支、3~6 肋间动脉的分支和支气管动脉供应,腹段由胃左动脉及左膈下动脉供应,各动脉间吻合支并不丰富。

2. 静脉回流 上段食管静脉经甲状腺下静脉回流上腔静脉,中段经奇静脉、半奇静脉流入上腔静脉,下段经胃冠状静脉、胃短静脉回流入门静脉。3 段静脉间相互吻合形成食管黏膜下静脉丛和食管周围静脉丛。当肝硬化门脉高压或脾静脉血栓形成,门脉血经胃冠状静脉、胃短静脉流入食管静脉,引起食管下段静脉和

胃底静脉曲张。

3. 淋巴回流 食管壁各层均有丰富毛细淋巴管网互相沟通,黏膜和黏膜下淋巴液经肌层注入食管旁局部淋巴结。故此食管癌可通过黏膜下淋巴网侵至远处食管,或不经局部淋巴结而直接注入胸导管引起远处器官的转移。食管淋巴结分为3组:①颈部食管的淋巴液注入颈深淋巴结;②胸段食管的淋巴液注入气管周围淋巴结和上纵隔淋巴结;③腹段和食管下部淋巴液流入贲门淋巴结。这些对食管癌手术治疗中淋巴结清扫有指导意义。

4. 神经支配 食管由迷走神经和交感神经所支配,在食管周围构成食管前、后神经丛,由神经丛发出分支,在食管肌层、肌层间和黏膜下形成食管壁内神经丛,支配胃肠道的运动和分泌功能。迷走神经与食管的运动神经、交感神经和食管腺分泌有关。

二、胃的局部解剖

胃是消化管中内腔最大的器官,上接食管,下连十二指肠。胃可分泌大量的消化酶、盐酸、黏液等,主要功能是贮存食物,并进行初步消化。

(一)胃的形态、位置与毗邻

胃是消化道的最膨大部分,有很强的伸缩力。位于腹腔左上方,由贲门、幽门、胃大弯、胃小弯、前壁和后壁组成。胃分3个部分。胃底:即贲门左侧向上膨隆部分为胃底,其上界为左肺,下界为左肋下缘,右侧为肝左外叶,后左为脾脏,左侧胸膜壁层的肋膈反折形成肋膈角。故当有左侧胸腔积液,肝、脾肿大时,正常鼓音均可缩小或消失。胃小弯距幽门4~6 cm处形成一切迹,称胃角,胃角以上与胃底之间为胃体,其相邻关系(图1-1-1-1)。

胃体前壁左侧半的下部为游离面,因此当胃前壁有溃疡时不易形成粘连,当溃疡发生穿孔时,可引起严重的腹膜炎。胃后壁是小网膜囊前壁的一部分,与胰腺、左肾上腺、脾、横结肠及其系膜,以及膈肌脚等结构相毗邻,因此发生在后壁的溃疡穿孔时可导致

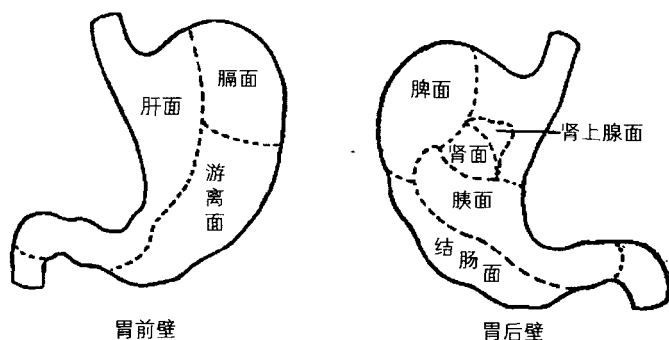


图 1-1-1-1 胃的毗邻关系

局限性腹膜炎。还有部分溃疡因其后有胰腺，溃疡在向浆膜层发展时则与胰腺粘连，穿入胰腺中，形成穿透性溃疡。同样由于上述毗邻关系，胃大弯附近的恶性肿瘤常累及横结肠及其系膜，因此行胃癌切除术时，常须一并切除横结肠。胃角以下部分称之为幽门部，幽门前静脉是区分胃和十二指肠的标志线。幽门部借大弯侧的中间沟分为幽门窦和幽门管两部分，近幽门处胃环形肌发达增厚形成幽门括约肌称之为幽门管，长 0.5 ~ 2 cm，该处黏膜层向腔内凸出形成环形皱襞，构成幽门瓣。幽门括约肌和幽门瓣协同作用，防止十二指肠液反流及控制胃内食物进入肠道。

(二)胃的血管、淋巴和神经支配

1. 胃的血液供应 胃的血液供应极其丰富，血流量在消化道中占首位，由腹腔动脉的 3 个分支供应，沿胃大、小弯形成两个动脉弓(图 1-1-1-2)。

胃左动脉即胃冠状动脉，发自腹腔动脉，向左上方走行到贲门，发出食管支后转向胃小弯上方分出许多小支供血。在第 1、2 分支间常作为胃大部切除术切断胃壁在小弯侧的标志。

胃右动脉是肝动脉分支，在幽门上缘附近沿胃小弯发生许多

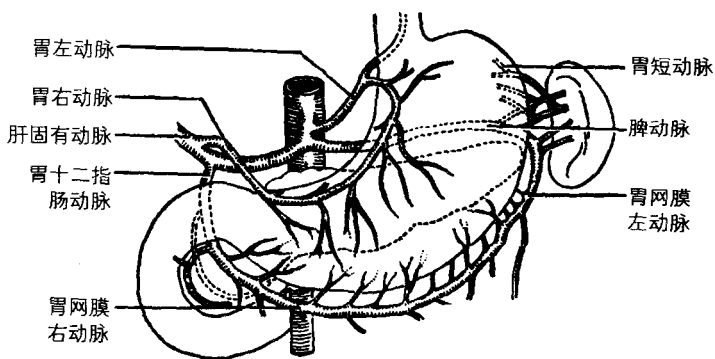


图 1-1-1-2 胃的动脉

小支供胃前后壁血液,最终与胃左动脉吻合形成胃小弯动脉弓。

胃网膜右动脉和胃网膜左动脉分别是胃十二指肠动脉分支和脾动脉分支,沿途发生分支供胃大弯侧前、后壁血液,并且相互吻合形成胃大弯动脉弓。胃网膜左、右动脉最终吻合恰相当于胃大弯中点,是行胃大部切除术时的标记点。

胃短动脉由脾动脉发出,分布于胃底中的前、后壁,是胃底部的主要动脉。胃短动脉很短,特别在巨脾时明显,行脾切除时应注意。

胃静脉与同名动脉伴行,最后汇入门静脉系统,但胃网膜右静脉汇入肠系膜上静脉,胃网膜左静脉及胃短静脉流入脾静脉。在门静脉高压时,胃左静脉与奇静脉食管支在食管下端吻合,形成食管静脉曲张,后期常出现静脉曲张,严重时可致上消化道出血。

2. 胃的淋巴 胃的淋巴管起至胃黏膜而分布于黏膜下和肌层中,淋巴管相互吻合,故几乎任何部位癌症均可累及到其他淋巴结。然后引流到区域淋巴结,包括胃上淋巴结、幽门上淋巴结、胃下淋巴结和脾淋巴结,4组淋巴结注入腹腔淋巴结。

3. 胃的神经 胃的神经由交感和副交感神经支配,前者对胃

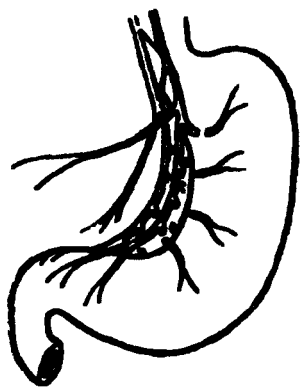


图 1-1-1-3 胃的神经分布
“鸦爪支”

的运动和分泌功能起抑制作用,后者则起促进作用。副交感神经形成迷走神经前干和后干,经膈肌裂孔进入腹部,前干腹段在食管右前方,后干腹段在食管右后方走行在浆膜于食管肌层之间,因此行食管下段或贲门癌手术切除时可能因伤及此神经影响幽门功能,术后出现功能性幽门梗阻表现。迷走神经前干又分作肝支和胃前支,迷走神经后干支分为腹腔支和胃后支,其中胃前支和胃后支继续分支分布在胃前后壁并在胃角处形成“鸦爪支”(图 1-1-1-3)。故在治

疗十二指肠球部溃疡时采用高选择性迷走神经切断术,切断迷走神经时除保留肝支、腹腔支外,还要保留“鸦爪支”,避免出现术后幽门梗阻的现象,且能达到抑酸促进溃疡愈合的目的。

三、小肠的局部解剖

小肠分泌消化酶且与肝、胆、胰共同完成消化吸收功能,同时也具有较强的内分泌和免疫功能。

(一)十二指肠

十二指肠介于胃与小肠之间,食糜在此由高渗转为等渗、酸性转为中性,同时接纳胆汁、胰液,故十二指肠在食物消化吸收中起重要作用。十二指肠疾病也影响肝、胆和胰腺。

十二指肠位于第 1~3 腰椎之间,紧贴于腹后壁,多数在腹膜后位。十二指肠呈“C”形包绕胰头,分为 4 段,即球部、降部、下部和升部。