

LINCHUANG ZHUYUAN YISHI CONGSHU NEIKEJUAN

临床住院医师丛书

总主编 黄从新



消化内科

XIAOHUA NEIKE ZHUYUAN YISHI SHOUC

住院医师手册

■主编 罗和生

科学技术文献出版社

临床住院医师丛书

消化内科住院医师手册

主 编 罗和生

副主编 (以姓氏笔画为序)

丁一娟 邓 涛 泽诗云

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁一娟 于红刚 邓 涛 孙 军

刘诗权 李军华 沈 磊 陈明锴

陈继红 罗和生 於亮亮 胡顺霖

赵 亮 贺 磊 曹绍岐 董卫国

谭诗云 操寄望

科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化内科/罗和生主编.—北京:科学技术文献出版社,2005.1

(临床住院医师丛书)

ISBN 7-5023-4829-8

I.消... II.罗... III.消化系统疾病—诊疗

IV.R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 112473 号

出 版 者:科学技术文献出版社

地 址:北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话:(010)68514027,(010)68537104(传真)

图书发行部电话:(010)68514035(传真),(010)68514009

邮 购 部 电 话:(010)68515381,(010)68515544-2172

网 址:<http://www.stdph.com>

E-mail:stdph@istic.ac.cn;stdph@public.sti.ac.cn

策 划 编 辑:刘若利

责 任 编 辑:孙江莉

责 任 校 对:晓 则

责 任 出 版:泽 育

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:北京金特印刷有限责任公司

版 (印) 次:2005 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

开 本:850×1168 32 开

字 数:275 千字

印 张:10.75

印 数:1~6000 册

定 价:22.00 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。

《临床住院医师丛书》

总编委员会

总 主 编	黄从新			
副总主编	唐其柱	曾庆杏	陶译璋	王卫星
编 委	黄书岚	董卫国	张 杰	唐世琪
	陈国忠	张炳宏	罗和生	江 洪
	胡苏萍	高清平	李 竞	丁国华
	张孝斌	贾汝汉	毛志福	刘修恒
	刘世清	陈谦学	陕声国	张训臣
	洛若遇	杨 菁	黄星源	李承晏
	王高华	魏 捷	邢怡桥	华清泉
	丁顺清	朱珊珊	何 勇	张一桥

前 言

近年来，随着我国医学教育专业的不断发展，每年都有大量的青年学子走上医疗岗位，对于这些刚从课堂进入临床的年轻医务工作者，怎样实现课本知识向临床知识的过渡，尽快地胜任本职工作是各级医疗机构及青年医师亟待解决的课题。有鉴于此，武汉大学人民医院的专家教授以临床科室住院医师阶段所应掌握的知识技能为基础，以新颖、规范、简明、实用为原则，编写了这套《临床住院医师丛书》。

本丛书涵盖了临床医学的各个专业，第一批次出版的有内科卷和外科卷，其中内科卷包括呼吸内科、消化内科、血液内科、胸心内科、肾内科、内分泌科 6 个分册；外科卷亦包括胸心外科、泌尿外科、神经外科、普外科、整形外科、骨外科 6 个分册。

丛书以疾病为纲，每病又按病因及发病机制、临床表现、入院检查、诊断与鉴别诊断、治疗原则、治疗措施、疗效评价、出院医嘱等栏目次第编写。全书采撷了近年最新的医技成果与理念，并融汇了作者多年的临床与教学经验，使本书极具科学性、可操作性的特点。

部分分册还根据专业需要，对有关疾病的症状、诊断及检查技术、治疗原则及有关诊疗标准给以详尽的说明，以使读者能对本专业的知识有一个全面的了解。是住院医师、进修医师、实习医生阶段一套难得的临床参考书。

书中疏漏之处难免，恳请同仁指正。

目 录

第一章 胃食管反流病	(1)
第二章 腐蚀性食管炎	(7)
第三章 食管癌	(11)
第四章 食管贲门黏膜撕裂症	(17)
第五章 贲门失弛缓症	(22)
第六章 急性胃炎	(27)
第七章 慢性胃炎	(31)
第八章 消化性溃疡	(35)
第九章 急性胃黏膜病变	(46)
第十章 胃癌	(51)
第十一章 功能性消化不良	(57)
第十二章 胃石症	(62)
第十三章 十二指肠淤滞症	(64)
第十四章 上消化道出血	(68)
第十五章 慢性腹泻	(77)
第十六章 下消化道出血	(81)
第十七章 细菌感染性肠炎	(86)
第十八章 病毒性胃肠炎	(89)
第十九章 霉菌性肠炎	(92)
第二十章 急性出血坏死性小肠炎	(94)
第二十一章 伪膜性肠炎	(99)
第二十二章 吸收不良综合征	(104)

第二十三章 嗜酸细胞性胃肠炎	(110)
第二十四章 肠结核	(113)
第二十五章 克隆病	(118)
第二十六章 溃疡性结肠炎	(128)
第二十七章 缺血性肠病	(138)
第二十八章 放射性肠炎	(143)
第二十九章 大肠癌	(148)
第三十章 痔	(152)
第三十一章 肠易激综合征	(154)
第三十二章 酒精性肝病	(158)
第三十三章 药物性肝病	(163)
第三十四章 脂肪肝	(168)
第三十五章 肝硬化	(181)
第三十六章 肝性脑病	(188)
第三十七章 肝肾综合征	(194)
第三十八章 肝脓肿	(199)
第三十九章 布查综合征	(206)
第四十章 原发性肝癌	(215)
第四十一章 先天性黄疸	(228)
第四十二章 急性胆囊炎	(234)
第四十三章 慢性胆囊炎	(237)
第四十四章 胆石症	(240)
第四十五章 原发性硬化性胆管炎	(243)
第四十六章 急性化脓性胆管炎	(247)
第四十七章 胆道运动功能障碍	(253)
第四十八章 急性胰腺炎	(257)
第四十九章 慢性胰腺炎	(264)
第五十章 胰腺癌	(270)

第五十一章 消化病诊疗技术	(272)
第一节 食管胃 24 小时 pH 监测	(272)
第二节 24 小时胃内胆红素浓度监测	(279)
第三节 食管测压检查	(281)
第四节 胃电图	(285)
第五节 肠通过时间	(287)
第六节 胃镜检查	(288)
第七节 上消化道息肉高频电切除术	(297)
第八节 肠镜检查	(298)
第九节 大肠息肉高频电摘除术	(308)
第十节 经内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)	(313)
第十一节 经内镜十二指肠乳头切开术(EST)	(317)
第十二节 经内镜消化道狭窄扩张术	(320)
第十三节 经内镜消化道狭窄支架置入术	(325)
第十四节 食管胃底静脉曲张内镜治疗	(328)
第十五节 上消化道异物取出术	(335)

第一章 胃食管反流病

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 指由于胃、十二指肠内容物反流进入食管引起的烧心、胸骨后疼痛等症状, 还包括其导致的食管炎和咽、喉、气道等组织损害, 其中内镜下食管黏膜发生糜烂、溃疡等炎性病变者称为反流性食管炎; 内镜下无反流性食管炎者称为内镜阴性的胃食管返流病。

【病因与发病机制】

总的来说, 胃食管黏反流病是消化道动力障碍导致食管抗反流防御功能下降, 胃酸、胆酸、胰酶等反流物对食管黏膜造成损伤的结果, 其发病机制涉及以下几个环节:

1. 管下段扩约肌 (LES) 压力下降和一过性 LES 松弛。
2. 食管酸廓清功能下降。
3. 食管黏膜屏障防御功能削弱。
4. 胃十二指肠功能失调。

【临床表现】

1. **烧心和反酸** 为胃食管反流病最常见症状, 常在进食后、弯腰、酗酒、饮茶、咖啡、穿紧身衣和服用某些药物时诱发。

2. **吞咽困难和吞咽疼痛** 前者可由食管痉挛或运动功能紊乱而产生。少数患者呈持续性加重, 进食固体尤为明显, 常提示已发生食管狭窄。后者常在摄入酸性或过烫的食物时发生, 常提示已发生较重的食管炎和食管溃疡。

3. **胸骨后疼痛** 推测与酸性反流物刺激食管黏膜敏感神经纤维有关, 严重时表现为剧烈疼痛, 伴放射痛, 应警惕穿透性溃疡和食管周围炎的发生。

4. **其他常见消化道表现** 包括嗝气、上腹饱胀、多涎、咽异物感、噎球症等与上消化道运动功能失调、酸反流、食管上段括

约肌压力升高。

5. 消化道外表现 近年来研究发现部分非季节性哮喘、反复发生的不明原因的肺炎，慢性咽喉炎、声嘶、夜间呼吸暂停的发生与胃食管反流病有关，容易误诊或治疗不当而经久不愈。

6. 并发症

(1) 上消化道出血：少数反流性食管炎因食管黏膜糜烂、溃疡而发生呕血和（或）黑便。

(2) 食管狭窄：严重、反复发作的食管炎使食管纤维结缔组织增生，导致管腔发生疤痕狭窄，引起吞咽困难、呕吐、胸痛等症状。

(3) Barrett 食管：指食管鳞状上皮被胃或小肠的柱状上皮所取代，提示慢性炎症的长期刺激。Barrett 食管可发生消化性溃疡，亦是食管腺癌的主要癌前病变。其腺癌的发生率较正常人高 30~50 倍，应注意随访。

【入院检查】

1. 内镜检查 内镜检查能直接窥见食管黏膜损害，能判断反流性食管炎的严重程度和并发症，被认为是诊断反流性食管炎的金标准，可与其他原因的食管病变相鉴别。

(1) 内镜分级标准很多，其中 Savary-Miller 分级法沿用已久，标准如下：

I 级 为单个或几个非融合性病变，表现为红斑或浅表糜烂；

II 级 为融合性病变，但未弥漫至环食管全周；

III 级 环食管全周的糜烂或渗出病变，但未发生狭窄；

IV 级 呈慢性病变，表现为溃疡、狭窄、食管缩短及 Barrett 食管。

(2) 1999 年全国反流性食管炎研讨会制定的分级标准为：

1 级：内镜下正常（可有组织学改变）；

2 级（轻度）：点状或条状发红、糜烂，无融合现象；

3 级 (中度): 有条状发红、糜烂, 并有融合, 但非全周性;

4 级 (重度): 病变广泛, 发红, 糜烂, 融合呈全周性或伴溃疡。

2. 24 小时食管 pH 值检测 可提供食管酸反流的客观证据, 明确患者症状与反流的关系及反流的客观证据, 对症状不典型、内镜下无反流性食管炎、治疗无效的患者更具诊断价值。

3. 食管吞钡 X 线检查 对反流性食管炎的诊断敏感性不高, 主要目的在于了解有无食管狭窄、溃疡、憩室、食管裂孔疝以及排除贲门失弛缓症、食管癌等其他疾病。也可用于不能接受内镜治疗者。

4. 食管测压检查 常与 24 小时 pH 值检测同步进行, 可明确食管运动功能的紊乱及其对反流的影响, 具有辅助诊断价值。

5. 食管滴酸实验 有助于确定烧心、胸痛是否与反流有关, 并与其他引起胸痛的原因相鉴别。

6. 食管 24 小时胆红素监测 用于检测胆汁反流和酸、胆汁混合反流, 适用于抑酸治疗效果欠佳、可疑发生胆汁反流者

【诊断与鉴别诊断】

(一) 诊断标准

1. 明显的烧心、反酸等反流症状。
2. 内镜下有反流性食管炎表现并能排除其他原因。
3. 24 小时食管 pH 值检测、测压检查、食管滴酸实验发现胃、食管反流的客观依据。
4. 内镜检查阴性但试验性治疗 (如奥美拉唑 20mg, 每次 2 次, 连用 7 天) 有效。

(二) 鉴别诊断

1. 以胸痛为主要表现 应与心源性胸痛及其他非食管源胸痛, 如胸膜炎、纵膈肿瘤等相鉴别。首先作心电图、心肌酶谱、心电图负荷试验、胸片排除非食管源性胸痛, 再做食管 pH 值检测、测压检查、食管滴酸实验等进行确诊。

2. 以吞咽困难为主要表现 应与食管癌和其他食管动力性疾病，如贲门失弛缓症、食管弥漫性痉挛相鉴别，可通过内镜检查、吞钡X线检查及食管动力学检查进行鉴别。

3. 以吞咽疼痛为主要表现 应与感染性食管炎和药物性食管炎相鉴别，可结合病史、内镜活组织、细胞刷片等进行鉴别

4. 以消化不良为主要表现 应为消化性溃疡、胆道疾病和其他食管动力性疾病相鉴别，可通过内镜、胆道超声、食管动力学检查进行鉴别。

【治疗原则】

1. 控制和缓解症状。
2. 治愈反流性食管炎。
3. 减少反流的复发。
4. 防止重要并发症。

【治疗措施】

(一) 一般治疗

1. 主要为生活方式的改变。床头抬高 15~20cm 可减少卧位、夜间反流。不宜睡前进食和进食后立即卧床。
2. 穿宽松衣服，保持大便通畅。肥胖患者控制体重。
3. 避免进食高脂食物、巧克力、咖啡、浓茶并戒烟、酒。
4. 避免使用某些影响 LES 压力的药物。保持心情舒畅，减少精神压力。

(二) 其他治疗

1. 药物治疗

(1) H_2 受体抑制剂：适用于轻、中症患者。按常规治疗消化性溃疡剂量给予口服可减少胃酸分泌，但不能有效抑制进食后刺激的胃酸分泌。增加剂量可提高疗效，但增加不良反应。

常用西米替丁 400mg，雷尼替丁 150mg，法莫替丁 20mg，每日 2 次，疗程 8~12 周。效果好可改半量维持或根据症状加以调整，效果欠佳者可考虑改用质子泵抑制剂。

(2) 质子泵抑制剂：适用于重度反流性食管炎或 H_2 受体抑制剂无效者。常用奥美拉唑 40mg，兰索拉唑 30mg，潘托拉唑 40mg，雷贝拉唑 10mg，埃索美拉唑 20mg，每日 1~2 次，疗程 8~12 周。效果好可改半量维持或根据症状加以调整，效果欠佳者可考虑剂量加倍或与胃动力药物合用。

(3) 胃动力药物：适用于轻、中症患者或重症与质子泵抑制剂合用。目前主要推荐使用西沙比利 5~15mg，每日 3 次，疗程 8~12 周。单用效果与 H_2 受体抑制剂相仿。

(4) 抗酸药物：仅用于症状轻、间歇发作的患者暂时缓解症状。常用硫糖铝 1.0mg，每日 4 次；盖胃平 2 片，每日 3 次；铝碳酸镁 2 片，每日 3 次。其中铝碳酸镁具有结合胆酸的作用，适用于胆汁反流性胃食管反流病患者。

2. 手术治疗 手术治疗通过腹腔镜、内镜下各种术式的胃底折叠术，以胃的上部包绕食管下括约肌防止反流。其手术适应症为：

- (1) 内科治疗难以治愈的顽固性食管炎。
- (2) 难以耐受长期服用药物。
- (3) 反流引起的严重呼吸道疾病。
- (4) 扩张治疗后仍反复发作的食管狭窄。

目前主要将反流引起的严重呼吸道疾病作为绝对指征。

3. 并发症的治疗

(1) 食管狭窄：内镜下食管扩张术包括金属探条扩张和气囊扩张，是治疗食管狭窄的主要方法。具体方法为：在内镜下用一根金属导丝通过狭窄部，然后以探条扩张器或气囊通过导丝到达狭窄部进行扩张，保持一定时间和压力致狭窄部管径明显扩大且感吞咽困难明显缓解为止。少数扩张术无效或复发的患者可考虑手术治疗。扩张术后给予质子泵抑制剂长期维持治疗或行抗反流手术防止狭窄复发。

(2) Barrett 食管：其治疗包括预防 Barrett 食管的发生和 Barrett 食管向腺癌的发展。长期质子泵抑制剂维持治疗可减少

Barrett 溃疡的发生，缩短 Barrett 食管黏膜长度，使复发率下降。此外可考虑手术治疗。其他方法如氩光凝固、多极电凝、激光和光动力治疗的效果尚有待进一步观察。应加强随访和早期识别异型增生以预防 Barrett 食管癌变。Barrett 食管伴重度异型增生或癌变应及时手术治疗。

【疗效评价】

根据 1999 年全国反流性食管炎研讨会制定的标准，反流性食管炎患者应根据内镜复查的积分改变判断疗效。

1. 痊愈 内镜积分为 0。
2. 好转 内镜积分减少 1~2 分。
3. 无效 内镜积分无变化或增加。

内镜阴性的胃食管返流病可对主要症状严重程度和发生频率进行评分和计算积分，根据治疗前后积分的改变判断疗效。

【出院医嘱】

1. 照护原则

- (1) 避免进食高脂食物、巧克力、咖啡、浓茶并戒烟、酒。
- (2) 改变不良生活方式。床头抬高 15~20cm。

2. 注意事项

(1) 不宜睡前进食和进食后立即卧床。穿宽松衣服、保持大便通畅。

(2) 肥胖患者控制体重。保持心情舒畅，减少精神压力。

(3) 避免使用某些影响 LES 压力的药物。

3. 常规用药

(1) 坚持用药并根据症状加以调整。

(2) Barrett 食管应加强随访和复查

第二章 腐蚀性食管炎

腐蚀性食管炎是指误饮或有意吞服腐蚀性物质，造成食管严重的损伤而引起的化学性炎症。损伤重的可以产生食管破裂，并发纵隔障炎，轻的则引起不同程度的食管疤痕狭窄。腐蚀剂包括强酸（如硝酸、硫酸、盐酸和石炭酸等）和强碱以及来苏、氨水、石灰水等。

【病因与发病机制】

1. 吞咽腐蚀剂是食管黏膜被腐蚀的最常见原因。食管化学性灼伤在儿童大多因误服家用酸性或碱性化学品；成年人大多因企图自杀所致，但亦可为误服。

2. 强酸有很强的脱水性，可使食管黏膜呈黑色或棕色坏死。强碱具有很强的吸水性和穿透性，能与脂肪起皂化作用并使蛋白溶解，从而导致黏膜及其下层水肿、溃疡和组织坏死甚至引起食管穿孔，其引起的水肿较酸性腐蚀剂为重，但酸性腐蚀剂对胃黏膜损伤较重。

【临床表现】

1. 于吞咽腐蚀剂后，患者可立即出现口腔及胸骨后剧痛，接着发生反射性呕吐，口唇、口腔黏膜、舌和咽部有烧伤的溃疡或白膜，咽下疼痛和困难，流涎，可因唾液潴留或喉水肿而呼吸困难。

2. 最初数日内不能进食或仅进流食，可致脱水、酸中毒。严重者可呈现高热、呕血、昏迷等中毒症状。5~7天后，烧伤面黏膜修复，症状渐减轻，饮食渐恢复正常。3~6周后因食管疤痕狭窄又出现吞咽困难，并有逐渐加重的趋势，引起部分性和完全性梗阻。

3. 因食物反流常常咳嗽，反复发作气管炎或呼吸道吸入性感

染。

【入院检查】

1. X线钡餐检查 应在急性炎症消退后，患者能够吞服流食的情况下进行食管造影。如疑有食管穿孔，造影剂可能流入呼吸道，最好用碘袖造影。病变的程度和发展阶段不同，X线表现也不一致。

(1) 急性期 (1~3天)：因黏膜水肿、出血，管壁蠕动减弱或消失，可产生阵发性痉挛。因黏膜脱落，造影剂在黏膜面附着不好，并可见不规则浅钡斑。但黏膜纹理尚清，也可轻度增粗、扭曲，后期不留疤痕。

(2) 中期 (3~10天)：食管呈收缩、狭窄状态，不能扩张，可见多发浅或深之溃疡，黏膜纹理不规则呈锯齿状或串珠状。

(3) 晚期：主要表现为管腔明显狭窄，其范围一般较长，也可以生理性狭窄部位为主。其造影剂难以通过。食管缩短，狭窄以上可见扩张。狭窄部分可见溃疡龛影或有假性憩室形成。

2. 内镜及黏膜活检病理学检查 有人主张尽早进行，以判断病变范围提出早期预防狭窄形成的措施，但有休克或可能引起穿孔者不宜应用。以后需要定期检查，并借此扩张狭窄的食管。

食管损伤的范围和程度与腐蚀性性质、浓度、数量和接触停留时间有密切关系。组织损伤程度一般分为三度：

(1) 一度：损伤病变仅限于食管壁浅层黏膜，急性期食管黏膜充血水肿，上皮脱落，同时肌层组织痉挛产生食管梗阻。伤后1~2周急性炎性反应消退，组织出现坏死、脱落，梗阻减轻。伤后2~3周组织修复，如治疗恰当可不遗留食管疤痕性狭窄。

(2) 二度：损伤较深，达浅肌层，早期即有黏膜溃疡，愈合后产生疤痕狭窄。

(3) 三度：损伤食管全层受累，并累及食管周围组织，出现食管壁穿孔，继发纵膈炎。

【诊断与鉴别诊断】

(一) 诊断要点

1. **症状** 有较明确的服毒史，服毒后发生口、咽、胸骨后或背部的剧烈疼痛，继之流涎、咽下困难、恶心、呕吐，根据临床症状，可分3期。

(1) 急性期：全身症状常在服毒后2~3日内出现，如昏睡、失水、高热或休克等，可致死亡。局部症状出现疼痛，表现在口咽、胸骨后剧烈痛、咽下困难、恶心、呕吐血性分泌物。合并喉水肿者可出现吸气性呼吸困难。

(2) 症状缓解期：经急救及治疗1~2周后，食管内炎症消退，上述症状好转。轻症病人，此后日趋痊愈；重症者，这一缓解期可历时数周以上。

(3) 狭窄期：始于服毒后3~6周，见于食管严重受伤或未予适当治疗的病例。此期病人又感吞咽困难或进食后常发生呕吐。

2. **体征** 检查时，病人口腔有异味，唇、舌、口腔、咽腔黏膜红肿、表面糜烂或伪膜覆盖。间接喉镜检查可发现下咽部类似的腐蚀伤，但须注意，凡咽部无严重损害可见者，也不能排除食管腐蚀伤。

(二) 鉴别诊断

1. **食管癌** 患者逐渐出现典型的进行性吞咽困难，多具有症状出现时间短（往往<6个月）、年龄大（常50~60岁）、体重减轻等特点，并可出现消瘦、营养不良、贫血等全身症状。进一步X线钡餐和内镜检查及黏膜组织活检病理学检查可确诊。

2. **食管贲门失弛缓症** 患者多见于年轻女性，病程长，症状时轻时重。食管钡餐检查可见食管下端呈光滑的漏斗型狭窄，应用解痉剂时可使之扩张。内镜下可见食管腔内大量滞留食物，食管腔扩大，贲门口狭窄，稍加压，镜身容易通过进入胃内。

3. **食管良性肿瘤** 主要为少见的平滑肌瘤，病程较长，咽下困难多为间歇性。X线钡餐检查可显示食管有圆形、卵圆形或分叶状的充盈缺损，边缘整齐，周围黏膜纹正常。