



LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS
SPIRAL[®]
MANUAL

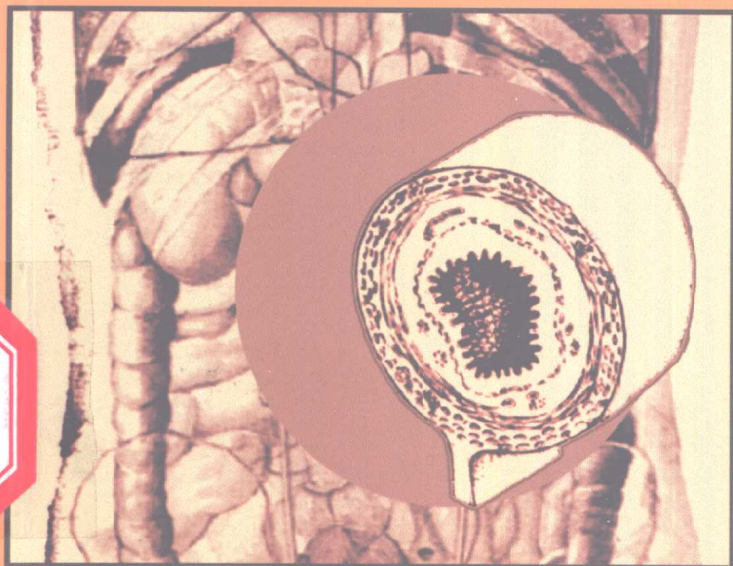
消化病手册

Handbook of Gastroenterology

主编 Tadataka Yamada

主译 周吉民 于中麟

审校 李 游



辽宁科学技术出版社

LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

消化病手册

Handbook of Gastroenterology

主编 Tadataka Yamada

主译 周吉民 于中麟

审校 李 游

辽宁科学技术出版社

沈 阳

©Lippincott Williams & Wilkins 2001

Publish the exclusive right to print, publish and sell a simplified Chinese language version of the work (translation) by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins, 227 East Washington Square, Philadelphia, PA 19106 - 3780 U.S.A.

本书中文简体字版由 Lippincott Williams & Wilkins 授权辽宁科学技术出版社独家出版。

图书在版编目 (CIP) 数据

消化病手册/Tadataka Yamada 主编; 周吉民, 于中麟主译. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2003.1

ISBN 7 - 5381 - 3703 - 3

I .T… II .①周… ②于… 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 (2002) 第 048580 号

出 版 者: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编: 110003)

印 刷 者: 沈阳新华印刷厂

发 行 者: 各地新华书店

开 本: 850mm × 960mm 1/32

字 数: 685 千字

印 张: 22

印 数: 1 ~ 4 000

出版时间: 2003 年 1 月第 1 版

印刷时间: 2003 年 1 月第 1 次印刷

责任编辑: 倪晨涵 版式设计: 于 浪

封面设计: 庄庆芳 责任校对: 蔡桂娟

定 价: 45.00 元

联系电话: 024 - 23284360

E - mail: lkzsb@mail.lnpgc.com.cn

邮购咨询电话: 024 - 23284502 <http://www.lnkj.com.cn>

原作者名单

- 主 编** Tadataka Yamada 医学博士 密歇根大学医学院
助教授
- 副 主 编** David H. Alpers 医学博士 华盛顿大学医学院
威廉孔茨讲座教授
- Chung Owyang 医学博士 密歇根大学医学院胃
肠病学教授
- Don W. Powell 医学博士 德克萨斯大学医学部
内科学、生理学及生物物理学教授
- Fred G. Silverstein 医学博士 华盛顿大学医学
院临床医学 教授
- 专业编辑** William L. Hasler 医学博士 密歇根大学医学中
心胃肠病学及内科副教授
- Peter G. Traber 宾夕法尼亚大学医学院医学系
主任, 讲座教授
- 助理编辑** William M. Tierney 俄克拉贺马大学健康科学中
心 医学副教授

译校者名单(按姓氏笔画为序)

于中麟	于继红	王 艳	王炳元	王轶淳
尹向儒	吕 森	刘 飒	刘维新	纪红丽
何凤云	何向民	吴亦江	吴春艳	李世荣
李异玲	李红宇	李虹义	李 游	李 琳
范如英	周吉民	周 旭	周 晶	张 伟
张学梅	赵金满	赵威伯	徐秀英	聂宏光
莫志成	郭晓钟	崔 巍	韩建平	温艳惠
翟力平	樊翠珍			

内 容 简 介

《消化病手册》的撰写方法不是按疾病顺序及较严格地按病史、体格检查、诊断、治疗的格式论述，而是选择临床常见的症状、疾病等共计设定了 76 个专题，以专家笔谈或综述形式加以阐述。其中以症状为主线展开来结合临床实际加以探讨 14 个专题，如恶心，呕吐，吞咽困难，腹痛等；围绕一个病或一类疾病讨论约 48 题；消化系统疾病与全身性疾病为题者 8 题；理化检查 2 题及少数其他题目。本书内容广泛，实用性强，适合医学生、实习医生及年轻医生特别是消化专业人阅读。当然，书中也涉及外科、儿科、妇产科，传染，遗传，免疫等内容。

序 言

过去 20 年随着消化系统疾病科学迅猛发展，新的诊断和治疗方法日新月异地充实着临床的知识宝库，消化系统疾病的基础，内镜及临床实践也有了巨大进展，因此有必要丰富该学科的教学及临床资料，把新的知识归纳进来，故着手编辑这本《消化病手册》。

消化病学教材第一版和第二版的编著成功，说明了对消化病学临床实践方面的信息及参考资料有着广泛的需求，由于该学科教材涵盖了临床实际的主要内容，深受欢迎。为满足培训人员、低年级医学生对新知识和新技术的迫切需要，编辑了本手册，目的在于以简洁、易理解、便携带的形式，将信息先进、内容精湛、阐述透彻、高质量、有深度，而且非常实用的教材提供给读者，尤其对所有从事消化病科医生更有应用价值。

我和副编辑们对担任本手册专业编辑的威廉·赫斯特博士、威廉·特厄尼博士和彼得·特拉得博士表示深深的谢意！他们精心细致的工作精神和对消化病学的临床实践经验，使本手册对广大读者将是一本有益的指导读物。

周吉民 赵威伯 译
李 游 审校

目 录

序 言	
译后记	
第 1 章	心理社会因素与消化系疾病 1
第 2 章	吞咽困难 5
第 3 章	非心源性胸痛 11
第 4 章	消化道大出血 17
第 5 章	隐匿性消化道出血 30
第 6 章	不明原因的体重减轻 37
第 7 章	恶心与呕吐 44
第 8 章	慢性腹痛 52
第 9 章	急性腹痛 62
第 10 章	胃肠胀气 71
第 11 章	肠梗阻 77
第 12 章	腹泻的分类及鉴别诊断 86
第 13 章	便秘 99
第 14 章	回肠造口术与回肠袋 108
第 15 章	黄疸 113
第 16 章	肝功生化指标异常 123
第 17 章	腹水 134
第 18 章	消化疾病相关的皮肤病变 145
第 19 章	老年消化疾病 154
第 20 章	女性腹痛与消化病 163
第 21 章	营养不良与治疗 173
第 22 章	酒精和药物依赖 185
第 23 章	旅游相关问题 191
第 24 章	院内感染 199
第 25 章	先天与后天食管病变 207
第 26 章	食管运动异常 219
第 27 章	反流性食管炎和食管感染 231
第 28 章	食管癌 245
第 29 章	胃的结构和功能异常 253

第 30 章	胃排空异常	261
第 31 章	酸消化性疾病与卓 - 艾综合征	270
第 32 章	消化性溃疡术后并发症	285
第 33 章	非溃疡性消化不良	293
第 34 章	胃炎、十二指肠炎和溃疡	297
第 35 章	胃肿瘤	305
第 36 章	小肠的结构异常及其他小肠疾病	313
第 37 章	小肠动力异常和细菌过度生长	326
第 38 章	肠道细菌和病毒感染	336
第 39 章	小肠慢性感染	347
第 40 章	乳糜泻 (Celiac Sprue)	354
第 41 章	小肠上皮转运失调	359
第 42 章	短肠综合征	366
第 43 章	小肠肿瘤	372
第 44 章	结肠结构异常及憩室病	380
第 45 章	结肠功能紊乱和肠易激综合征	389
第 46 章	结肠的细菌感染	398
第 47 章	炎症性肠病	407
第 48 章	结肠炎性疾病和其他病变	425
第 49 章	结肠息肉和息肉病综合征	436
第 50 章	结肠恶性肿瘤	450
第 51 章	肛门直肠疾病	460
第 52 章	胰腺结构异常和遗传性疾病	472
第 53 章	急性胰腺炎	479
第 54 章	慢性胰腺炎	487
第 55 章	胰腺癌	494
第 56 章	胰腺内分泌肿瘤	501
第 57 章	腹腔结构异常、疝、脓肿、瘘	507
第 58 章	肠系膜、网膜、腹膜、腹膜后疾病	517
第 59 章	胆道结构异常、肿瘤和其他胆道疾病	528
第 60 章	胆道结石和胆囊切除术后综合征	536
第 61 章	淤胆综合征	545
第 62 章	药物性肝损害	551
第 63 章	肝炎	559
第 64 章	自身免疫性肝病	575
第 65 章	酒精性肝病	580
第 66 章	肝硬化、门脉高压和末期肝病	587
第 67 章	原发性肝癌	596

第 68 章	获得性免疫缺陷病并发的消化系统疾病	602
第 69 章	寄生虫感染	610
第 70 章	系统性疾病的消化系统表现	624
第 71 章	免疫性病变的消化系统表现	644
第 72 章	胃肠血管扩张、肿瘤及畸形	653
第 73 章	肠系膜血管供血不足	661
第 74 章	放射损伤	669
第 75 章	内镜诊断与治疗	674
第 76 章	影像学检查	686

第 1 章

心理社会因素与消化系统疾病

1 疾病的多因素模式

人类疾病是生物学、心理和社会多因素复杂作用的结果。医生对这些相互作用的各种因素的理解是做好诊断和治疗消化系统疾病的关键。本书大部分是关于胃肠和肝脏疾病的生物学方面的内容。与生物因素相比,心理因素的调查结果变异更大,因此更难于理解。

1.1 心理生理因素

健康人在精神紧张的时候会有腹部不适和排便习惯的改变,这与实验模型所显示的紧张刺激引起的肠道血管、分泌、运动和痛觉的改变相关。这些紧张因素能改变人的行为,引起惊人的自发反应和情感变化(如焦虑)。反之,排便功能的改变也能影响调节情感的中枢神经系统。各种紧张因素可改变体液免疫和细胞免疫,包括延迟对有丝分裂原和抗原的反应、降低淋巴细胞介导的细胞毒作用、降低迟发过敏反应,因而增加了对炎症或感染性疾病的易感性。

以上这些作用是由一个双向相互联系的通路调节,特定的脑-肠神经递质将脑中的感知、情感中心与神经内分泌轴、肠神经系统和免疫系统连接起来。一种假说认为功能性肠病(如肠易激综合征 irritable bowel syndrome, IBS)是脑-肠神经肠道系统调节障碍引起的。例如,IBS对进食、激素刺激和肠腔扩张表现出过激反应,睡眠时症状消失说明了中枢神经系统在IBS中起作用。人们推测精神免疫因素可改变炎症性肠病的临床特征。尽管免疫调节障碍不是由精神紧张因素引起的,但后者能降低机体清除或抑制激活免疫反应的物质或刺激的能力,从而加重炎症反应和感染。

1.2 疾病体验

患病后,文化程度、家庭信仰、个性、恶习、精神紧张史和既往史等,都会影响病人对新的疾病的反应,并对症状

的严重性、精神状态、生活质量和是否进行保健也会有影响。医生对这些社会心理因素的注意，可能会改善临床治疗的效果。因此，首先应对非生物因素加以评估。

2 会见胃肠或肝病病人

会见病人是医生对消化系病人进行诊断、指导治疗和决定预后、获得初步材料的方法。医生应首先尽力从病人的角度去理解疾病，然后将这些材料组织成与疾病相关的诊断依据、线索，从而为确定正确诊断打下基础。与病人会面时，医生必须以委婉的、不受限制的方式提出问题，特别是对有解释不清或慢性症状的病人。有导向地提问仅在为明确答案、紧急情况或需及时治疗时使用。

因为病人常不能将情感反应同产生临床疾病的生物学因素严格区分开，因此同时获得社会心理资料和生物学资料会提高诊疗效率。而且询问病人的情感状态和潜在的焦虑有助于医生同病人建立积极的治疗关系。

当获得医疗和社会资料后，必须判定其对疾病的生物学成因的意义。对一个有长期不能解释症状的病人，应考虑主要用精神因素解释疾病。消化道疾病病人肠道外主诉的频率和就诊的次数增加提示患有器质性疾病，也是病人需要到特定的内科或外科治疗的重要线索。近期或既往受过外伤或性挫伤会影响临床症状出现的时间和严重性。作为会见的一部分，医生必须理解病人的期望。许多慢性疾病病人对治愈有着不现实的期望。一些有持久不消退症状的病人会产生不正常的病态行为，拖延或加重了症状群，如不同程度地对可觉察的疾病不能觉察、把责任推卸给医生、觉得应该被人照顾、回避促进健康的活动以及做出使病情恶化的行为。

对于任何疾病，临床医生必须决定是否需要或何时需要对病人的行为方式进行干预。对慢性疾病，这个问题最好在病人的行为对日常生活有影响的情况下提出。诊断时，考虑同时存在精神疾病的可能性是重要的，因为精神症状出现时总是非常不明显。由于精神疾病能够改变病人内科疾病的症状，所以对器质性疾病的治疗应包括精神治疗，如药物（抗抑郁药）治疗或行为干预，并应考虑文化和道德的影响、家人的支持和病人因人而异的社会心理协调机制。

3 社会心理疗法

任何社会心理干预的最初步骤都是建立治疗性的医患关系。医生了解并引导病人的信仰,理解病人的焦虑和期待,在他们需要情感帮助的时候给予感情投入,提供教育、澄清错误概念,最终制定病人能够积极参与的治疗方案。这时,就可以认为建立了医患关系。医生设计诊断计划时,应讲究技巧,在排除或诊断器质性疾病时,不提多余的问题,否则会降低病人对医生的信任程度。在对医患双方都觉得合适的时候,再提出社会心理干预疗法的话题。

3.1 药物治疗

三环类抗抑郁药和5-羟色胺再摄取抑制剂除了治疗重症抑郁外,还有助于治疗慢性疼痛综合征和相关的植物神经症状(如睡眠紊乱、恶心、体重减轻和活动减少)。三环类药物(如阿米替林 amitriptyline)和多虑平(doxepin)控制疼痛并且于睡前给药可促进睡眠。去郁敏(desipramine)和去甲替林(nortriptyline)有镇静和抗胆碱能作用,其副作用较少,并能减轻慢性疼痛。5-羟色胺再摄取抑制物氟西汀(floxetine)和舍曲林(sertraline)比三环类药物副作用少,但治疗胃肠疼痛综合征的有效性还没完全确定。这些药物应用2~3周后可增加到治疗量,维持用药3~6个月。药量不足时临床反应欠佳。其他精神治疗药物也曾用于胃肠疾病。

较新的药物如丁螺环酮(buspirone)有缓解焦虑的特性,但作用还不确凿。这些药物能够引起药物依赖性,并且可能使潜在的抑郁恶化。强效镇静剂和安定药如酚噻嗪(phenothiazine)或丁酰苯(butyrophenone)通常在患者出现思维混乱时才使用。鸦片制剂因为具有成瘾性,在治疗慢性腹痛时根本不用。

3.2 行为治疗

心理学家、社会工作者、护士或内科医生对病人实施行为治疗能减少他们的不安和疼痛。教导病人提高自己的健康水平,使他们控制自己的治疗过程。放松技巧,包括生物反馈、药物和自发训练,能减少部分造成临床疾病的紧张因素。生物反馈就是监视病人的生理活动,然后用视觉或听觉暗示改变其生理活动。这种技术对诸如便秘或顽固性便秘

的肠道紊乱特别有用。行为改变可用于有长期不适应疾病行为的病人，也可用于对麻醉药成瘾病人的戒药和严重便秘病人的肠道再训练项目。

3.3 心理治疗

如果病人有可治疗的精神病或有影响日常生活的疾病以及有其他原因时，应考虑心理疗法。治疗形式应个体化：对有病态心理的病人进行顿悟导向治疗；对受益于人与人打交道工作的病人进行集体治疗；对最近有紧张情绪的病人采取转换期干预疗法；对受家庭或婚姻问题影响的疾病的病人进行忠告劝导。

周 晶 莫志成 译
周吉民 李 游 审校

第2章

吞咽困难

1 鉴别诊断

吞咽困难指食物从口到胃运行过程中受阻的一种感觉。吞咽行为分为4个阶段——口腔准备期、口腔转运期、咽期和食管期，在颅神经的支配下完成吞咽功能。上述任何期的异常都会引起吞咽困难。吞咽困难必须与吞咽痛（吞咽时疼痛）和球状感（异物感、紧张感或喉部胀满感，可被吞咽动作暂时缓解）相区别。吞咽困难分为两类：（1）涉及口腔的准备期、转运期和咽部吞咽期的疾病；（2）食管期的各种病变（表2-1）。

表2-1 吞咽困难的病因

口咽部吞咽困难

神经肌肉疾病

- 脑血管意外
- 帕金森病
- 肝豆状核变性
- 肌萎缩性侧索硬化
- 脑干肿瘤
- 延髓型脊髓灰质炎
- 周围神经病变
- 重症肌无力
- 肌营养不良
- 多发性肌炎
- 代谢性肌病
- 淀粉样变性
- 系统性红斑狼疮

局部机械性障碍

- 炎症（咽炎、脓肿、结核、放射性咽炎、梅毒）
- 恶性肿瘤
- 先天性蹼
- Plummer-Vinson 综合征
- 外部压迫（甲状腺肿大，颈椎骨质增生，淋巴结肿大）

口咽的手术切除
食管上括约肌 (UES) 异常
UES 压力过高
UES 压力过低
UES 松弛异常 (环咽肌失弛缓、中枢神经系统淋巴瘤、眼咽肌营养不良、环咽肌障碍、咽食管憩室、家族性自主神经功能异常)
食管期吞咽困难
动力障碍
贲门失弛缓症
硬皮病
弥漫性食管痉挛
胡桃钳食管
食管下括约肌高压
非特异性食管动力异常
其他风湿性疾病
Chagas 病 (南美洲锥虫病)
内部机械性障碍
良性狭窄 (由消化性因素、碱液、放疗等引起)
Schatzki 环
食管癌
食管蹼畸形
食管憩室
良性肿瘤
异物
外部机械性障碍
血管压迫
纵隔异常
颈部的骨关节炎

1.1 口咽部的吞咽困难

1.1.1 口腔准备期障碍

口腔准备期, 在口唇、颌、颊和面部肌肉、舌和软腭的协同作用下, 食物分解并与唾液混合成为适合吞咽的食团。神经性疾病可减弱口面部的协同作用; 口腔肿瘤不利食物咀嚼分解; 牙齿功能不佳以及唾液减少均能影响口腔准备期。

1.1.2 口腔转运期异常

口腔转运期由舌部向上和向后将食团推至腭部, 快速的协同动作将食团推进入咽部, 这段时间不超过 1 秒钟。神经

性疾病和肿瘤会造成食团从口腔部清除不彻底,食物在口腔的停留时间延长,产生吞咽困难症状。

1.1.3 咽部的异常

咽期咽部和舌的协调运动使食团通过环咽部(食管上括约肌[UES])进入食管,反应快,时间不超过1秒钟。这个过程要求呼吸停止,腭咽和喉关闭,咽蠕动和喉向前向上运动。这个阶段如果出现咽部的神经性或者结构性疾病,会产生吞咽困难。食管上括约肌高压综合征在某些球麻痹及胃食管反流中可以见到。原发环咽的失弛缓症可见钡剂从咽部到上段食管的转送能力减弱。食管上括约肌高压的病因多数是中枢神经系统淋巴瘤和眼咽肌营养不良。咽食管憩室是食管上括约肌以上部位由食管的一层或多层膨出形成的,可引起咽部吞咽困难及咳嗽、反食、吸入等症状。放射线检查和压力测定均显示咽食管憩室可能与食管上括约肌适应性差有关。

1.2 食管吞咽困难

食管期吞咽动作包括食管本身的蠕动和同时发生的食管下括约肌(LES)的松弛,这段时间需要7~15秒,称为原发蠕动,它推动食团入胃。二期蠕动性收缩是食管体推进食管残留食物的收缩。如果出现第三次收缩则表明食管运动不协调,缺乏推动食物的动力,此现象常见于食管的神经肌肉疾病。

1.2.1 阻塞性食管病变

最常见食管源性吞咽困难的原因是结构异常,阻碍食团通过入胃。由于长期酸反流引起食管酸消化性损害,进而导致远段食管狭窄,造成吞咽困难。Barrett食管引起的狭窄发生在粘膜化生处。Schatzki环指的是在食管胃的连接处有一个薄的环状粘膜性结构,往往在大量摄入咀嚼不充分的肉类食物时出现发作性、非进行性的吞咽困难。食管鳞癌出现进行性吞咽困难与消化性狭窄相似,但肿瘤病人往往年龄较大,有长期吸烟和饮酒史,既往无胃灼热等症状。食管腺癌多发生于Barrett化生部位,常由于胃食管连接处长期受到胃酸反流的侵害而形成。其他的病变(如异常的解剖结构,纵隔淋巴结肿大和颈椎骨质增生)很少导致吞咽困难。

1.2.2 功能性食管疾病

其他引起食管性吞咽困难的疾病包括原发性和继发性食管动力障碍。原发性贲门失弛缓症时食管体蠕动停止,吞咽时食管下括约肌不能松弛,一些病人还伴有食管下括约肌压

力增高。继发性贲门失弛缓症临床表现与原发性贲门失弛缓症相似，在影像学与压力计测压结果也相近。其原因往往为食管胃连接处的恶性肿瘤或其他部位的肿瘤、副癌综合征的一种表现，或者是感染了克鲁斯氏锥虫后患南美洲锥虫病。全身性疾病（例如硬皮病和其他风湿性疾病）因为影响到食管运动功能，也会造成吞咽困难。其他原发性的食管动力障碍（例如胡桃钳食管、弥漫性食管痉挛、严重的贲门失弛缓症、食管下括约肌高压和非特异性的食管动力减弱等）均与吞咽困难有关。

2 诊查步骤

2.1 病史

通过询问病史寻找吞咽困难的病因和估计引起吞咽困难的病变定位，是源于口咽部还是在食管，病因是结构性的还是神经肌肉性的。如果吞咽困难发生在吞咽过程中，而且伴有流涎、梗噎、咳嗽、吸入或头部摇摆以协助吞咽等症状则极有可能是口咽部吞咽困难。相反，大多数食管吞咽困难常见于吞咽食物以后，吞咽后感觉胸骨后或剑突下疼痛，或出现反食。而颈部病变引起的吞咽困难，则很难区分是口咽性还是食管源性的。食管结构异常发病初始在进食固体食物时才会有吞咽困难，当管腔极度狭窄时进流食也会有吞咽困难。与此相反，食管神经肌肉异常在发病开始时即主诉进流食和固体食物时都出现吞咽困难症状。

2.2 体格检查

头颈部检查包括颅神经的感觉和运动功能检查，头部是否有肿块、淋巴结肿大或者是否有脊柱畸形。让病人饮水可以观察到面部和颈部肌肉运动是否协调及对称。并应检查是否有全身性疾病的体征，如指（趾）硬皮病、毛细血管扩张和钙质沉着等硬皮病体征；神经性疾病或者以肌肉无力为特征的神经肌肉疾病；肝脏是否肿大以及食管癌患者是否出现淋巴结肿大等。

2.3 辅助检查

口咽部吞咽困难较好的诊断手段是X线钡餐检查，它能很快显现吞咽时解剖结构出现的各种变化（图2-1）。如果