

XISHI
NEIKE
XUE

希氏内科学

第七分册

内蒙古人民出版社

第15版

主 编

PAUL B. BEESON, M.D.

WALSH MCDERMOTT, M.D.

JAMES B. WYNGAARDEN, M.D.

希氏内科学



第七分册——消化系统疾病

王贤才 译

张明珊 校

内蒙古人民出版社

一九八四年·呼和浩特

希 氏 内 科 学

第七分册

消化系统疾病

主 编

Beeson McDermott Wyngaarden

王 贤 才 译

张 明 珊 校

*

内蒙古人民出版社出版

(呼和浩特市新城西街82号)

内蒙古新华书店发行 内蒙古新华印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/16 印张: 19.5 字数: 427千 插页: 2

1984年9月第一版 1985年8月第1次印刷

印数: 1—18,500册

统一书号: 14089·89 每册: 3.15元

出版者的话

世界医学名著《希氏内科学》自1927年初版问世以来，由于论述严谨、系统，特别着重于病理生理等科学原理的论述，一直受到好评。几十年来，屡经修订再版，现已扩大为美、英、法、西德、意、加等国共237位国际知名医学专家合作写成的巨著。风行世界各地，被誉为“标准参考书”。各国医学院校皆以此书为主要教材。五十年代初，我国曾翻译出版《希氏内科学》第9版，因此我国医学界对本书亦有深刻印象和好感。老一辈医学家当年几乎都是以它为蓝本，接受医学教育的。

鉴于本书的学术价值和对我我国医疗临床及医学教育界可能起到的积极作用，黄家驹教授生前，曾热情支持本书中文本的出版，并亲自为译本写了序言。

译本系按第15版原文译出。阅读本书，可以更好地指导临床实践，洞悉当前医学科学发展动向，对整个内科领域获有深刻、系统的了解。实为广大临床医师和医学院校学生、研究生必备的参考书。

考虑到读者选购和出书方便，中译本将分10个分册出版。第五分册《心血管疾病》，业已出版。本书是第七分册《消化系统疾病》，其他各分册将陆续出版。分册内容如下：

第一分册：医学本质、人的生长和发育、遗传原理、环境因素与疾病、急救医学、药物相互作用、重要检验项目的正常值

第二分册：传染病

第三分册：神经系统和行为疾病

第四分册：呼吸系统疾病、内科肿瘤

第五分册：心血管疾病

第六分册：肾脏疾病

第七分册：消化系统疾病

第八分册：血液和造血系统疾病

第九分册：内分泌系统疾病、代谢性疾病

第十分册：免疫疾病、结缔组织疾病、关节疾病、病因不明性肉芽肿、营养性疾病、骨骼疾病、某些具有明显系统表现的皮肤病、眼病

序

《希氏内科学》是现由P.B.Beeson和McDermott等主编的《医学教科书》的译本。该书原为美国学者R.Cecil主编，1927年初版，是集合各方面专家共同执笔的内科学教科书，内容丰富，水平较高，故立即为许多医学院所采用，并多次再版。由于医学的不断发展，特别是基础科学与临床医学结合的重要性日益明显，到了四十年代，该书由Cecil约请R.Loed共同参加主编。Cecil和Loed退休后，即由Beeson和McDermott主编；最近15版出版，又增加J.B.Wyngaarden主持编务，并重新命名为《希氏内科学》，以纪念Cecil的业绩。

本书原按1975年第14版译出，该版有作者200人；除美国人外，尚有英、法、西德、巴西、澳大利亚和加拿大等国的学者参加，可说是国际学者的集体创作。译稿方成，又收到最新版本第15版，内容大为革新。为保证译本质量，及时反映最新内容，译者和出版社又决定废弃原定译稿，改为按第15版内容重译。这种严肃认真精神是值得赞扬的。

本书是一部四百多万字的巨著，王贤才同志费时数载，全部译出，现由内蒙古人民出版社分册出版。在我国正在实现四个现代化，医学教育极需提高的时候，本书将是一部很有价值的参考用书。

中国医学科学院

董家驹

一九八一年六月于北京

译 者 的 话

第七分册即将发稿，有些情况要在这里交待一下：

这个分册也是三易其稿而后付梓的。十年浩劫期间在太原，译的是第13版；1980年底与内蒙古人民出版社议定出书时，已有第14版，内容更新甚多，决定废弃原稿，改按第14版重译。消化分册译成发稿时，又收到第15版《希氏内科学》，内容又有充实，整个篇幅扩大到约430万字。几经考虑，决定撤下原稿，再按第15版重译全书。这是1981年6月的事。当时我因落实政策滞留内蒙古呼和浩特。

这年7月初，我办完落实政策的有关事项，回到江西九江市，盛暑中开始工作。九月初，突然发现右眼失明！经查是视网膜脱离的凶症。我只好放下一切工作，先治眼疾。来到国内治疗网脱的“圣地”——上海市第一人民医院求治。不久，我在上海做了手术。

遭遇这场不幸时，消化分册刚按第15版译完，但我已不能再来系统整理一次了，只能由陪我到上海就医的妻子曾汉英帮我完成这份工作。当时她住在复兴中路亲戚家一个小亭子间里，每天晚上和上午，她伏案工作，下午坐一个多小时电车，赶到医院，料理一下我的生活琐事，就坐在床边，与我商讨整理中遇到的问题，把整理出来的译稿读给我听。这样，我虽不能用眼睛，但在汉英的帮助下，还能躺在病床上从事我心爱的工作。

所幸手术成功，使我免于失明之灾，还能继续工作。

但消化系统疾病分册毕竟是在视力丧失时完成的，以耳代目，圭误难免。江西医学科学研究所张明珊医生为我逐字逐句审校全稿，一些地方还得到挚友傅杰青副研究员的指点、帮助，才能顺利付印，这是我非常感激的。

我还要感谢上海市第一人民医院眼科张哲和吴迺川医师，没有他们的精心治疗，我也不能在这里饶舌。

我诚恳地期待着海内专家和读者同志们的批评、指正。

王贤才

1984.4.27于江西九江市

希氏内科学

第七分册 消化系统疾病

目 录

386. 绪论	(1)
---------------	-----

第一篇 诊断性影象检查技术在胃肠病学中的应用

387. 腹部超声检查	(5)
388. X线电子计算机断层摄影术	(7)
389. 放射性核素扫描	(8)
390. 内脏血管造影	(9)
391. 内窥镜逆行胆管胰腺造影术	(10)
392. 经皮、经肝的胆管造影术	(11)

第二篇 运动紊乱

393. 运动机能的正常生理	(13)
394. 胃肠运动紊乱与症状的关系	(15)
395. 胃肠运动紊乱的病理生理和主要症状	(16)
395.1. 疼痛	(16)
395.2. 呕吐	(17)
395.3. 吞咽病变	(18)
395.4. 腹泻	(20)
395.5. 便秘	(21)
395.6. 大便失禁	(24)
396. 食管运动性病变	(25)
横纹肌段	(25)
颈椎骨刺压迫	(25)
环咽失弛缓症	(25)
缺铁性咽下困难	(25)
平滑肌段	(25)
食管炎	(25)
膈疝	(27)

食管弥漫性痉挛	(28)
食管失弛缓症	(29)
食管下括约肌高压	(30)
食管下环	(30)
硬皮病	(31)
糖尿病性和酒精性神经疾患	(31)
397. 胃十二指肠运动性病变	(32)
正常运动	(32)
病理生理性运动	(32)
吞气症	(32)
急性胃扩张	(33)
胃扭转	(33)
幽门狭窄	(33)
398. 肠梗阻	(35)
399. 结肠运动性病变	(37)
正常运动	(37)
肠过敏综合征	(38)
巨结肠	(40)
先天性巨结肠	(40)
获得性巨结肠	(42)
糖尿病性腹泻	(43)
痉挛性肛部痛	(43)
假性肠梗阻	(43)
结肠假梗阻	(44)
左侧结肠过小综合征	(44)
400. 胃肠变态反应和食物不耐受症	(45)
儿童胃肠道变态反应	(46)
401. 胃肠道憩室	(47)
食管憩室	(47)
咽下憩室	(47)
食管中段憩室	(47)
膈上憩室	(47)
胃憩室	(48)
十二指肠憩室	(48)
空肠和回肠憩室	(48)
Meckel氏憩室	(48)
结肠憩室	(49)

第三篇 消化性溃疡

402. 消化性溃疡: 发病机制和病理生理.....	(51)
403. 消化性溃疡: 临床和内分泌观	(58)
临床表现.....	(58)
内分泌功能亢进和溃疡病.....	(59)
Zollinger-Ellison二氏综合征	(59)
404. 消化性溃疡: 诊断	(62)
405. 消化性溃疡: 药物治疗	(65)
406. 消化性溃疡: 合并症和外科治疗.....	(70)
合并症.....	(70)
外科治疗.....	(73)

第四篇 胃肠出血

407. 胃肠出血.....	(73)
----------------	--------

第五篇 吸收不良

408. 吸收不良	(81)
正常吸收机制.....	(81)
吸收不良综合征的病因.....	(84)
临床表现.....	(85)
临床征象的病理生理基础.....	(86)
诊断.....	(90)
化验诊断	(90)
各类吸收不良综合征的不同特征和治疗.....	(96)
第一类: 肠腔内水解或溶解缺陷.....	(97)
水解缺陷的治疗	(99)
第二类: 粘膜细胞异常和吸收面积不足	(100)
原发性粘膜细胞病变	(100)
小肠内病变	(101)
吸收面积不足.....	(106)
第三类: 淋巴管阻塞.....	(108)
第四类: 感染	(109)

第五类: 多发性缺陷	(110)
第六类: 原因不明	(111)
第七类: 药物诱发性吸收不良	(112)
吸收不良综合征和肠道蛋白流失	(113)
吸收不良综合征的预后	(114)

第六篇 胰腺疾病

409. 引言	(117)
410. 胰腺炎	(118)
410.1. 引言	(118)
410.2. 急性胰腺炎	(118)
410.3. 慢性胰腺炎	(123)
411. 胰腺癌	(128)
412. 胰腺囊肿性纤维增生	(131)

第七篇 肠管炎症性病变

413. 肠管慢性炎症性病变	(133)
413.1. 引言	(133)
413.2. 局限性肠炎	(133)
413.3. 溃疡性结肠炎	(142)
413.4. 结肠Crohn氏病	(153)
414. 肠管其它炎症性病变	(157)
414.1. 急性阑尾炎	(157)
414.2. 憩室炎	(161)
414.3. 放射性肠结肠炎	(163)
414.4. 伪膜性肠结肠炎	(164)
414.5. 小肠原发性非特异性溃疡	(165)
非肉芽肿性弥漫性回空肠炎和嗜酸细胞增多性胃肠炎	(166)

第八篇 肠血管病

415. 肠系膜循环的解剖、生理和病理生理	(167)
416. 慢性肠缺血综合征	(169)
417. 急性肠缺血综合征	(170)
418. 其它病变	(172)

第九篇 腹膜、肠系膜和网膜病变

419. 腹膜病变	(175)
腹水.....	(176)
腹膜感染.....	(178)
急性腹膜炎.....	(178)
膈下脓肿.....	(179)
自发性(“原发性”)腹膜炎.....	(179)
其他感染.....	(179)
腹膜肿瘤.....	(180)
原发性间皮瘤.....	(180)
腹膜伪粘液瘤.....	(180)
腹膜其它病变.....	(180)
420. 肠系膜和网膜病变	(182)

第十篇 消化道新生物

421. 引言	(183)
422. 食管新生物	(184)
食管癌.....	(184)
食管其它新生物.....	(186)
癌肉瘤.....	(186)
恶性淋巴瘤.....	(186)
平滑肌瘤.....	(186)
423. 胃的恶性新生物	(187)
胃癌.....	(187)
其它胃新生物.....	(190)
淋巴瘤.....	(190)
平滑肌肉瘤.....	(191)
424. 胃的良性新生物	(192)
腺瘤.....	(192)
平滑肌瘤.....	(192)
其它良性肿瘤.....	(192)
425. 小肠新生物	(193)
恶性新生物.....	(193)
良性新生物.....	(194)
426. 大肠新生物	(195)

大肠癌·····	(195)
绒毛样腺瘤·····	(199)

第十一篇 结肠、直肠和肛门的其它病变

427. 引言·····	(201)
428. 浅表性和深在性囊肿性结肠炎·····	(202)
429. 肠壁积气囊肿病·····	(203)
430. 子宫内膜异位症·····	(204)
431. 粘膜软化病·····	(205)
432. 结肠黑变病、泻剂结肠病、皂水性结肠炎·····	(206)
结肠黑变病·····	(206)
泻剂结肠病·····	(206)
皂水性结肠炎·····	(207)
滥用泻剂的系统性影响·····	(207)
433. 粪块嵌塞和粪性溃疡·····	(208)
434. 结肠非特异性或孤立性溃疡·····	(210)
435. 非特异性溃疡性直肠炎·····	(211)
436. 肛门病变·····	(212)
一般考虑·····	(212)
痔·····	(212)
肛门直肠脓肿和肛瘘·····	(212)
肛裂·····	(213)
肛门瘙痒·····	(213)
肛门恶性肿瘤·····	(214)
肛部痛·····	(214)

第十二篇 胆囊和胆管病变

437. 引言·····	(215)
胆石·····	(216)
鹅脱氧胆酸的胆石溶解作用·····	(218)
胆石症的病理生理·····	(218)
438. 黄疸的临床检查·····	(219)
439. 放射线检查·····	(221)
440. 无症状性胆石·····	(222)
441. 慢性胆囊炎和胆绞痛·····	(223)
442. 急性胆囊炎·····	(225)

443. 胆石性肠梗阻.....	(230)
444. 总胆管结石和胆管炎.....	(231)
化脓性胆管炎.....	(233)
445. 胆管狭窄.....	(235)
446. 胆管梗阻的罕见病因.....	(236)
447. 胆囊癌.....	(239)
448. 胆囊良性瘤和假瘤.....	(240)
449. 胆管恶性肿瘤.....	(241)
450. 胆管良性肿瘤.....	(243)
451. 胆囊切除术后综合征.....	(244)

第十三篇 肝脏疾病

452. 肝病机理.....	(245)
黄疸.....	(245)
胆红素代谢.....	(245)
黄疸的病理生理.....	(246)
黄疸的分类.....	(247)
粪和尿中胆色素的排出.....	(247)
病态肝脏的理学改变.....	(247)
门静脉高压.....	(248)
临床征象.....	(248)
肝病患者的神经精神症状.....	(250)
肝昏迷和昏迷前期.....	(250)
肝脏解毒功能障碍的临床表现.....	(251)
肝病时的营养和代谢异常.....	(251)
血液系统改变.....	(253)
肝病时的免疫现象.....	(254)
心血管改变.....	(254)
肾功能改变.....	(255)
肝病的皮肤征象.....	(255)
肝病的非特异性症状.....	(255)
453. 诊断技术.....	(257)
肝功能试验.....	(257)
肝脏针刺活检.....	(259)
胆道疾病的诊断技术.....	(260)
门静脉高压的诊断技术.....	(260)

肝扫描.....	(260)
454. 代谢性疾病.....	(262)
455. 急性病毒性肝炎.....	(265)
456. 暴发性肝炎.....	(272)
457. 其它病毒所致肝炎	(274)
非甲非乙病毒性肝炎.....	(274)
传染性单核细胞增多症.....	(274)
458. 细菌感染与肝病.....	(275)
459. 急性肝脓肿.....	(276)
460. 肝脏原虫和蠕虫病.....	(277)
461. 中毒性和药物诱发性肝病	(278)
461.1.中毒性肝炎	(278)
四氯化碳性肝损伤	(278)
酒精性肝损伤	(278)
性激素和肝	(278)
醋氨酚性肝损伤	(279)
异烟肼性肝炎	(279)
461.2.药物过敏反应所致肝脏病变.....	(280)
氯丙嗪黄疸	(280)
氟剂麻醉后肝炎	(280)
甲基多巴肝炎	(282)
462. 脂肪肝	(281)
463. 急性心力衰竭和休克时的肝脏.....	(284)
464. 肝静脉闭塞.....	(285)
465. 慢性肝病.....	(286)
465.1.慢性活动性肝炎.....	(286)
465.2.肝硬化.....	(288)
肝炎后和特发性肝硬化.....	(288)
酒精性肝硬化	(289)
肝硬化合并症的治疗.....	(290)
胆汁性肝硬化	(292)
心源性肝硬化	(293)
466. 先天性肝纤维化.....	(294)
467. 肝脏浸润性病变.....	(295)
肝肉芽肿.....	(295)

肝良性瘤.....	(295)
肝继发瘤.....	(295)
肝肉瘤.....	(295)
原发性肝癌.....	(296)

386. 绪 论

本版胃肠病学有关篇章,是在四年前出版的本书第十四版基础上充实完成的。对消化系统内有关脏器的讨论,作了重大调整;在病理生理方面,亦略有变动。象本书既往版本一样,对正常功能仍给予相当注意。

自本书第14版问世以来,胃肠病学无论在基础科学还是治疗技术方面,都已有了长足的进步。这些新知识,都将在以下篇章中得到适当反映。基础科学方面,近年来对肠激素(特别是胃泌素)的研究,方兴未艾;缩胆囊素(CCK)、肠促胰液素、高血糖素和血管活性肠肽(VLP)的研究,也受到广泛重视;此外,对胃肽(GIP)、胰多肽和P物质的研究,也在深入。就临床胃肠病学而言,血清胃泌素的准确测定及其在消化性溃疡研究中的应用,最为引人注目。特别是对胃泌素瘤合并恶性消化性溃疡病即所谓 Zollinger-Ellison 二氏综合征的诊断,尤其具有特殊意义。胃泌素瘤释出胃泌素究竟受何机制调节,虽尚未完全明了,但静脉注射钙剂和肠促胰液素(此物能促使胃泌素瘤分泌胃泌素)的激发试验,对本病的鉴别诊断意义则是毋庸置疑的。

CCK和肠促胰液素在调节胰液分泌上的协同作用,已经开始引起人们的注意,但目前尚无可靠方法,具体测定它们在血中的浓度;饭后检查血中肠促胰液素含量,虽未发现有何增长,但仍有大量资料提示它在促进胰液分泌上的重要作用。

胰腺其它非乙种胰岛细胞瘤,还能大量分泌具有强烈生物效能的激素和多肽物质,引起所谓“胰性霍乱”,主要表现为水泻、

血钾过低、胃酸缺乏或过低等症(WDHA综合征)。瘤细胞释出的主要物质是VIP,其它如降钙素等,亦有释出。甲状腺髓样癌亦可有剧烈腹泻,患者常伴有神经鞘瘤。甲状腺癌分泌大量降钙素和前列腺素,其并发的成神经细胞瘤则释出大量VIP。此种分泌型腹泻的确切机理,尚未明了,有人认为与霍乱一样,与小肠粘膜细胞的环腺苷酸(cAMP)增多有关。其它细菌(特别是产肠毒素的大肠杆菌)感染时,亦可伴有同样类型的小肠腹泻,其发生机理主要即与细胞cAMP增多有关。很多危害胃肠道的病毒,可能也是通过这种机制而引起腹泻症状的。

近来的研究表明:感染也能引起象Crohn氏病和溃疡性结肠炎这样一些慢性炎症性肠病。有些研究提示病原物可能是病毒,但要证实这种初步臆想,还有很多工作要做。

某些胃肠病变可能与膳食有关,此说虽尚未完全证实,但已唤起人们的重视。如膳食中缺乏纤维与结肠憩室病和结肠癌的关系,即颇瞩目。酒精中毒和胆道病在急性或慢性胰腺炎上的病因作用,虽甚突出,但其确切机制亦尚有待阐明。

消化性溃疡病的治疗虽已取得重大进展(见下文),但十二指肠溃疡的发生机理仍未明了;甚至对象“消化不良”和结肠过敏综合征这样一些重要紊乱发生的病理生理基础,都还有待阐明。它们可能部分反映中枢神经系统的自体免疫性功能失常,也可能由于体液性因素(如前列腺素、血清素等)的影响。对肝脏的两种主要病变:慢性活动性

(病毒性)肝炎和酒精性肝炎与肝硬化,也还未能提供合理的生物学解释。

但在胃肠病学的诊断技术方面,近年来确已发生重大改变。著者在这里有意避免使用“进步”、而只是说成“改变”,是因为这些新技术是否真能改进对病人的处理、改善病人的生活处境和延长病人生命,都还有待今后的证实。虽然如此,这些新技术既已引用于临床诊断,就应给予应有的重视;更重要的是应对它们进行周密的考核和估计。胃肠病变患者治疗费用的提高,与这有很大关系。可屈式内窥镜就是近年来发展起来的诊断工具之一,有用于食管、胃和十二指肠的上消化道内窥镜,和用于下消化道(结肠)的结肠镜。考虑到医科学生和内科实习医师将来都有机会见到这类器械,而详尽地介绍具体操作技术,又非本书的主旨,故只在讨论肠管上段和下段某些病变的鉴别诊断时,一并加以介绍。上消化道内窥镜的最突出作用,是在上消化道出血时的应用,本书将对其适应证和可能收到的效益,有所陈述。结肠镜检用于结肠癌的诊断和腺瘤型息肉的切除,已日见增多。

黄疸(特别是肝外型阻塞性黄疸)鉴别诊断的检查技术,也有发展,即内窥镜逆行胆管胰管造影术和经肝的胆管造影术。前者为内窥镜和放射线的联合检查法,后者则基本属于放射线检查。二者都能揭示胆管系统的扩张和梗阻所在部位,前者还能用于胰主导管及其属枝病变的诊断。应用超声图和X线电子计算机层面摄影(CT)等新技术,能对导致这种梗阻的病损(特别是胰腺癌)作出诊断。应用这类检查方法,虽能查悉胰内小肿物,但胰腺癌的根治性切除率并未有何提高。动脉造影在胃肠病变中的诊断意义,已获有更为深刻的认识;它对某些胃肠大出血,特别是上消化道病变和结肠憩室动脉出血的诊断,甚有价值。采用此法注入

血管收缩剂或以自体血凝块或其它物质造成栓塞,尚可用于治疗;从目前情况来看,灌注血管收缩剂的治疗方法,有减少趋势,而应用自体血凝块或其他物质栓塞法治疗胃十二指肠动脉性出血,则日见增多。

应用 H_2 阻滞剂抑制胃酸分泌,治疗消化性溃疡,是本书上版问世以来胃肠病治疗学上取得的一项重大进展。这类药物(与组织胺为同类物)能使各种情况下的胃酸分泌量(基础胃酸分泌量以及饭后和各种激发剂后的胃酸分泌量)减低。鉴于用药期间溃疡病变有明显愈合趋势,故已获得广泛应用,但仍有若干问题,尚未解决:由于问世未久,尚未能对其远期毒性进行充分观察;停药后“回跳性”溃疡的发生率,据报道为数颇多,而病人的顺应性对药物的治疗效果,亦有一定影响。 H_2 阻滞剂的问世,还使人们对通常铝-镁抗酸剂的溃疡病治疗作用,有了更为深刻的认识。近5年来对超选择性或壁细胞迷走神经切断术对十二指肠溃疡病的疗效,作了进一步评价,发现确为一种有效的外科疗法,未见有何不良副作用。与一般更常用的外科疗法比较,复发率虽稍高,但由于手术安全易行,且无副作用,故人们乐于选用。

结合胆酸对胆石症的治疗价值,尚待阐明。熟练的外科医师对具有手术条件的胆石症病人,仍愿选择手术治疗。慢性炎症性肠病的各种药物治疗,已有进一步的评价:短程大剂量类固醇对Crohn氏病和溃疡性结肠炎急性加剧的治疗价值,已经得到肯定。Crohn氏病的长期药物治疗效果,仍不满意,小量类固醇则略具效验。柳氮磺胺吡啶能减少溃疡性结肠炎的症状发作。由于手术方法的改进和新型回肠造瘻术的提出,对顽固性溃疡性结肠炎和病程久远的广泛性溃疡性结肠炎以及有合并症的溃疡性结肠炎,已更趋向于全结肠切除术治疗。