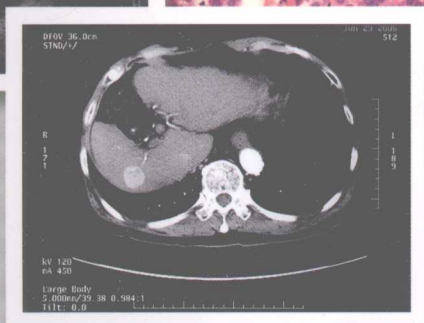
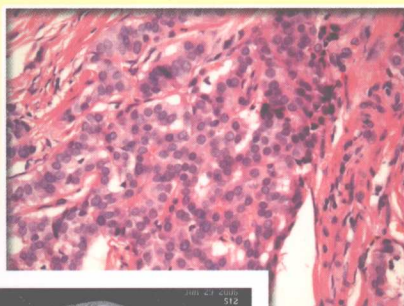


老年消化病 诊断治疗 图谱

主编 吴本俨
王孟薇
张子其



 人民卫生出版社

老年消化病 诊断治疗图谱

主 编 吴本俨 王孟薇 张子其

副主编 杨 立 赵 坡 惠 萍 吴道宏

编者名单 (以姓氏笔画为序)

万 军	王 节	王刚石	王孟薇	石 卉
令狐恩强	朱 敏	伍银桥	苏斌斌	李 园
李英男	李婷婷	杨 立	杨少波	吴本俨
吴道宏	张子其	张文辉	陈 孝	罗 莹
赵 坡	宫 媛	徐世平	高利利	常 青
葛伏林	惠 萍	蔡昌豪		

学术秘书 陈 孝 夏琦怡



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

老年消化病诊断治疗图谱 / 吴本俨等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2009. 5

ISBN 978-7-117-11189-8

I. 老… II. 吴… III. 老年病: 消化系统疾病—
诊疗—图谱 IV. R57-64

中国版本图书馆CIP数据核字 (2009) 第003376号

老年消化病诊断治疗图谱

主 编: 吴本俨 王孟薇 张子其

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 11.75

字 数: 290 千字

版 次: 2009 年 5 月第 1 版 2009 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11189-8/R·11190

定 价: 72.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序 言

医学的进步、生活水平的提高已使我国提前步入老龄社会。老年人常存在多脏器功能的随龄变化，多并有一定的基础病变，而临床表现往往不典型，诊断治疗中常常遇到许多错综复杂的问题。因此，老年医学拥有其独特而重大的医学地位和社会意义。

现代医学的进步很大程度上得益于科学技术的飞速发展。近几年，解放军总医院医疗仪器设备进行了大规模更新，为疾病诊断和治疗水平的进一步提高奠定了较为坚实的基础。PET-CT、螺旋CT、MRI、双气囊小肠镜、胶囊内镜、超声内镜等先进设备已在消化系统疾病的诊疗工作中得到广泛应用，并发挥着重要作用。在这些丰富的实践过程中，解放军总医院从事老年消化病专业的医务人员通过精心诊治、密切随访，积累了丰富的老年消化疾病诊治经验及大量翔实的一手医学图谱资料。为了能使更多的同仁分享这些宝贵的医学资料，共同推进我国老年医学的进步，他们经过悉心挑选，共整理出500余幅高质量的医学图像，其中包括内镜、病理、超声内镜、B超、X线、CT、MRI、DSA、PET-CT等影像学资料，并采用图像结合、病例介绍的形式进行编排。难能可贵的是，书中除了疾病典型图片外更有长期随访的图像资料，有的达数十年，这在当下琳琅满目的医学书籍是比较少见的。

希望本书能成为立志从事老年医学专业同道们的床头书、参考书，也希望总医院的医务工作者能够锐意创新、与时俱进，以更加饱满的热情迎接新的挑战 and 机遇，为创建国际一流的现代化研究型医院作出新的贡献。

秦银河

2009年3月

前 言

我国已步入老龄化社会，因此重视老年人病理生理特点，提高老年消化系统疾病的诊断治疗水平有着十分重要的意义。本书编写者为长期从事老年消化系统疾病的临床诊断和治疗工作的医师。经过长期的临床研究和随访，积累了丰富的老年消化系统典型和少见病例的治疗经验。通过与消化病专业与病理、影像学等多学科专家的通力合作，编写了这本以图像指导为主的老年消化系统疾病诊断治疗图谱。书中的图像资料全部来源于中国人民解放军总医院的就诊病例。难能可贵的是，书中的病例均为编写者在临床工作中亲手诊治，资料翔实、可信性强。而且病例经过长时间的随访验证，经得起推敲和实践检验。

本书以典型病例个案分析的方式，剖析了老年消化疾病诊断程序 and 治疗方法、内镜和放射学特点以及与临床和病理组织学关系。希望为从事老年医学和消化疾病专业的医师提供借鉴。需要指出的是，本书按照图谱的方式进行编排，而药理学特点不适宜以图像表示，因此与药物治疗有关的内容篇幅较少。

中国人民解放军总医院秦银河院长在百忙中亲自为本书作序，在此表示衷心的感谢。

吴本俨

2009年3月

目 录

第一章 上消化道疾病

第一节	胃食管反流病.....	3
第二节	药物性食管损伤.....	10
第三节	真菌性食管炎.....	11
第四节	食管狭窄.....	14
第五节	贲门失弛缓症.....	18
第六节	膈疝.....	22
第七节	萎缩性胃炎.....	28
第八节	NSAIDs相关胃肠道黏膜损伤.....	32
第九节	消化性溃疡.....	34
第十节	早期胃癌.....	39
第十一节	进展期胃癌.....	47
第十二节	胃神经内分泌肿瘤.....	53
第十三节	胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤.....	58
第十四节	胃脂肪瘤.....	63
第十五节	十二指肠息肉.....	67

第二章 下消化道疾病

第一节	肠系膜上动脉栓塞.....	75
第二节	缺血性结肠炎.....	78
第三节	溃疡性结肠炎.....	86
第四节	放射性胃肠炎.....	88
第五节	抗生素相关性肠炎.....	93
第六节	大肠息肉.....	98
第七节	结直肠癌.....	104

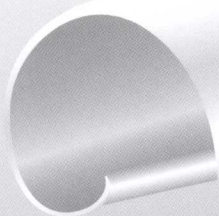
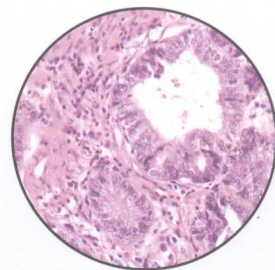
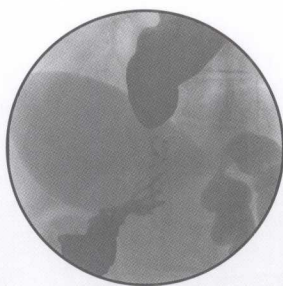
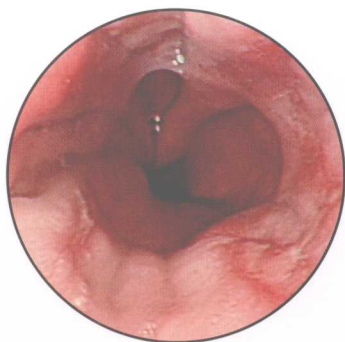
第八节	直肠类癌.....	112
第九节	胃肠间质瘤.....	117
第十节	结肠憩室病.....	121
第十一节	肠道血管发育不良.....	126
第十二节	肠梗阻.....	128

第三章 肝胆胰疾病

第一节	细菌性肝脓肿.....	137
第二节	肝硬化.....	139
第三节	原发性肝癌.....	145
第四节	肝血管肉瘤.....	155
第五节	下腔静脉阻塞.....	158
第六节	化脓性胆管炎.....	161
第七节	壶腹周围癌.....	164
第八节	急性胰腺炎.....	167
第九节	胰腺癌.....	171

第一章

上消化道疾病



第一节 胃食管反流病

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是指胃内容物反流入食管引起不适症状和 (或) 并发症的一种疾病。胃食管反流病可分为三种类型: 非糜烂性反流病 (non-erosive reflux disease, NERD)、糜烂性食管炎 (erosive esophagitis, EE) 和 Barrett 食管 (Barrett esophagus, BE)。胃食管反流病三种类型相对独立, 相互之间不转化或很少转化。其中: ①糜烂性食管炎: 亦常称为反流性食管炎 (RE), 指内镜下可见食管远段黏膜破损, 食管有明确的炎性组织学改变; ②非糜烂性反流病: 指存在反流相关的不适症状, 但内镜下未见 Barrett 食管及食管黏膜破损, 该型通过客观方法可证实存在症状性胃食管反流, 但未见组织学改变; ③Barrett 食管: 指食管远段的鳞状上皮被柱状上皮取代。胃食管反流病的三种疾病形式中, 非糜烂性反流病最常见, 反流性食管炎可以合并食管狭窄、溃疡和消化道出血, Barrett 食管有可能发展为食管腺癌。胃食管反流的临床表现为反酸、烧心、胸痛等, 部分患者可出现食管外症状, 如咳嗽、气喘及咽喉炎等症状。中国香港电话问卷调查 2209 例 40 岁以上成年人反流相关症状发生率。每周有反流相关症状者占 2.5%, 而每月有反流症状者占调查人群的 8.6%。中国内地北京、上海一组 5000 例成年人胃食管反流相关症状调查, 反流相关症状的发生率为 5.7%。美国退伍军人医疗机构对 194 527 人胃食管反流病调查, 结果表明随年龄增加, 糜烂性食管炎、食管溃疡和食管狭窄的患者增加。吴本俨对北京城区 2000 例 60 岁以上的老年人胃食管反流相关症状问卷调查表明, 烧心、反酸等反流相关症状发生率为 8.63%。北京大学第三医院总结 1995 ~ 2004 年间 50 901 例胃镜检查结果, 其中糜烂性食管炎 2088 例, 检出率 4.1%。解放军总医院对 3048 例 60 岁以上老年人行胃镜检查并对其中 2048 例进行随访, 结果为糜烂性食管炎 172 例, 检出率占 5.6%, 伴食管裂孔疝者 95 例, 占 55.3%。上海华东医院对 1997 ~ 2003 年 2067 例不同年龄糜烂性食管炎分析表明, 非老年人糜烂性食管炎检出率为 4.3%, 老年人为 8.9%。

食管 24 小时 pH 监测被认为是诊断胃食管反流的金标准。该方法反流性食管炎患者中的阳性率 > 80%, 非糜烂反流病患者的阳性率为 50% ~ 75%。相对于传统的 24 小时经鼻导管 pH 监测方法来说, 新的无导管 BravoTM pH 系统更为方便, 更符合生理状态, 且易于接受。对碱反流可用 24 小时胆汁监测仪 (Bilitec-2000) 测定。胃镜检查可用于反流性食管炎的诊断, 食管炎内镜下分类法较多, 最常用为 1994 年制定的洛杉矶分类法 (LA 分类, 图 1-1-1 ~ 图 1-1-11): A 级: 黏膜破损不融合, 病变 < 5mm; B 级: 黏膜破损无融合, 但至少有一处病变 > 5mm; C 级: 黏膜破损融合, 但小于食管周径之 75%; D 级: 黏膜破损融合, 且大于食管周径之 75%。将有无溃疡、狭窄、Barrett 食管记在附记中。质子泵抑制剂 (PPI) 试验方法简单, 适用于基层单位, 但有时与消化性溃疡等酸相关性疾病易混淆。

胃食管反流病治疗以质子泵抑制剂治疗为主, 尤其适用于伴有食管炎的胃食管反流病患者。糜烂性食管炎初始治疗目前多推荐应用降台阶疗法。少部分患者通过改变生活方式可减轻症状。在抑酸药物治疗效果不佳时, 可考虑联合应用促动力药物。手术与内镜治疗应综合考虑, 慎重决定。胃食管反流病是一种慢性疾病, 停药后半年的食管炎与症状复发

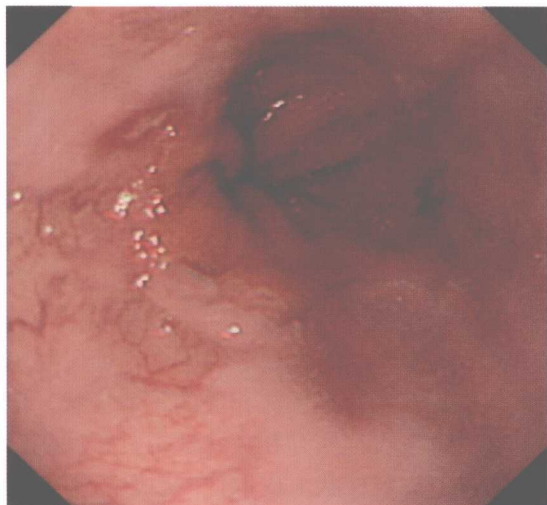


图1-1-1 反流性食管炎（LA-A级）内镜所见之一
齿状线上方食管可见3处非融合性短条片状黏膜破
损，表面覆淡苔

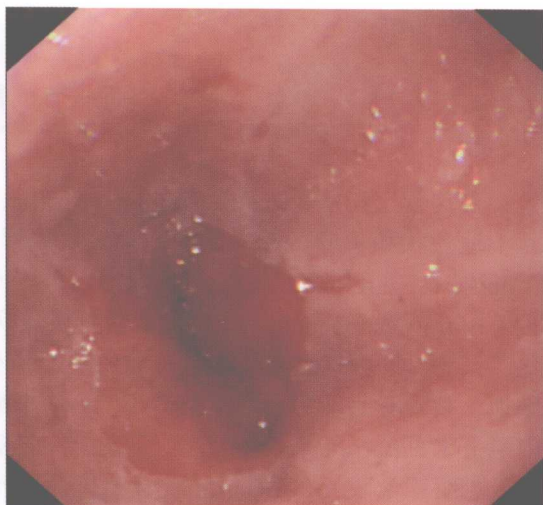


图1-1-2 反流性食管炎（LA-A级）内镜所见之二
齿状线上方食管后壁可见1处短条状黏膜破损，表
面覆淡苔

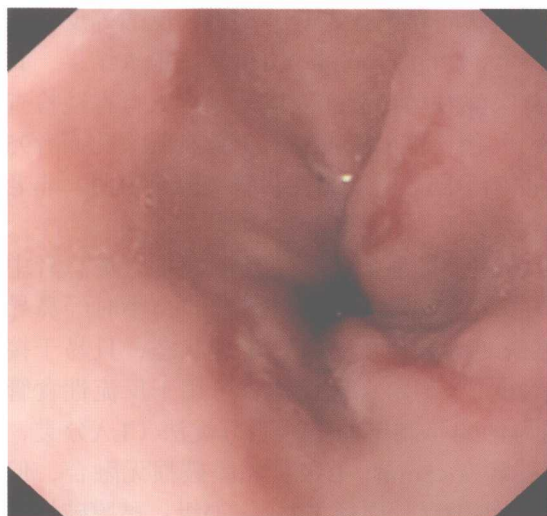


图1-1-3 反流性食管炎（LA-A级）内镜所见之三
食管下段可见4处短条片状黏膜破损，部分表面覆淡苔

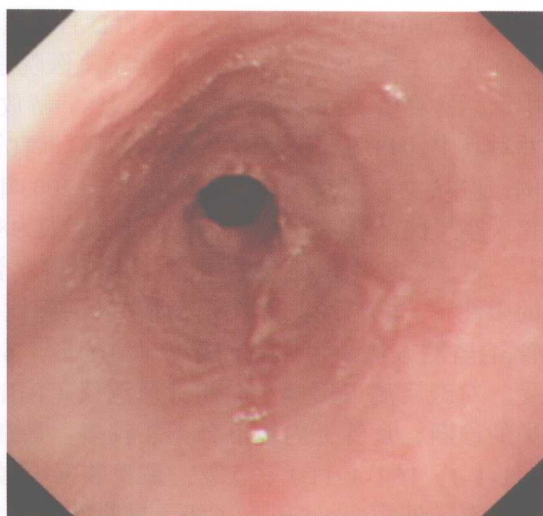


图1-1-4 反流性食管炎（LA-B级）内镜所见之一
食管下段可见3处非融合性长条状黏膜破损，部分表
面覆淡苔

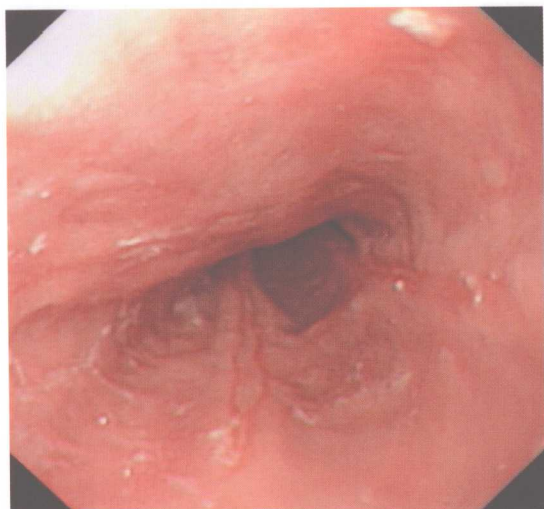


图1-1-5 反流性食管炎 (LA-B级) 内镜所见之二食管中段可见2处非融合性长条状黏膜破损, 表面覆淡苔

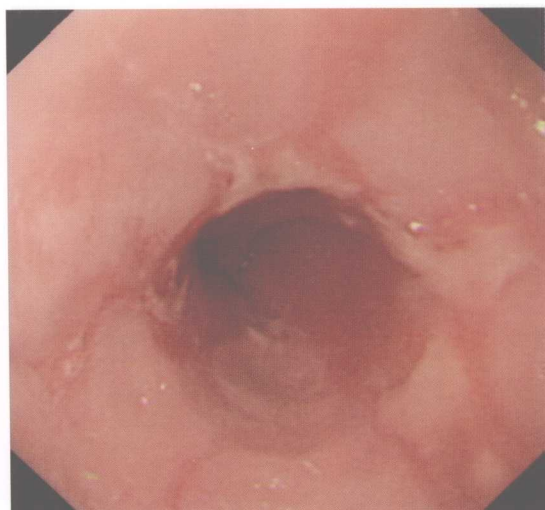


图1-1-6 反流性食管炎 (LA-C级) 内镜所见之一食管下段黏膜呈融合性破损, 部分表面覆淡苔, 范围未超过3/4管腔

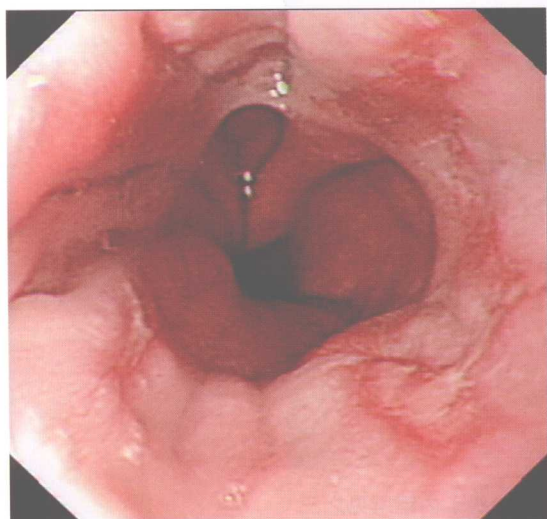


图1-1-7 反流性食管炎 (LA-C级) 内镜所见之二食管下段黏膜呈融合性破损, 部分表面覆淡苔, 范围未超过3/4管腔

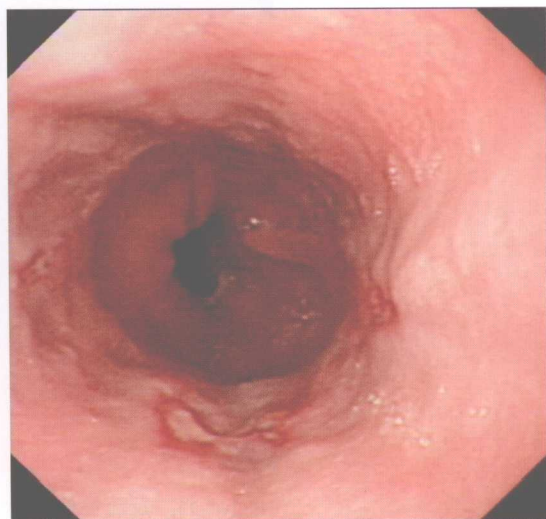


图1-1-8 反流性食管炎 (LA-C级) 内镜所见之三食管下段黏膜呈融合性破损, 部分表面覆淡苔, 范围未超过3/4管腔

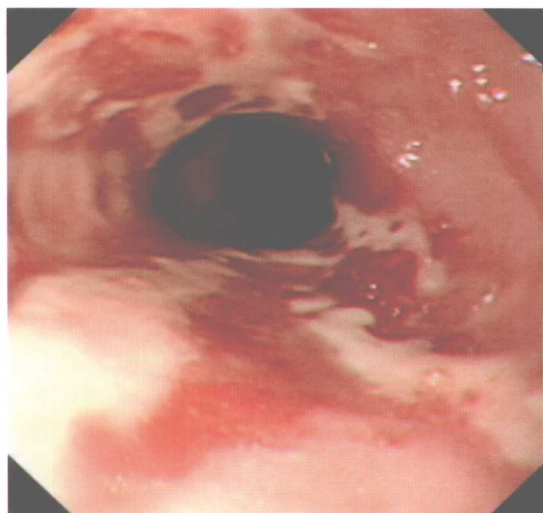


图1-1-9 反流性食管炎 (LA-D级) 内镜所见之一
食管下段黏膜呈融合性破损, 表面充血, 部分覆白苔, 累及食管全周

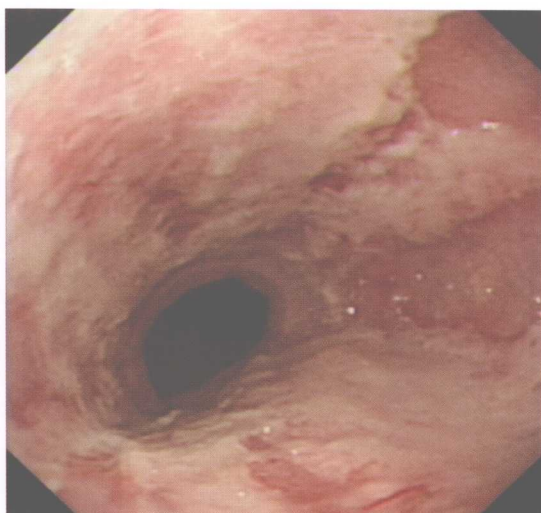


图1-1-10 反流性食管炎 (LA-D级) 内镜所见之二
食管下段黏膜呈融合性破损, 表面覆白苔, 累及食管全周

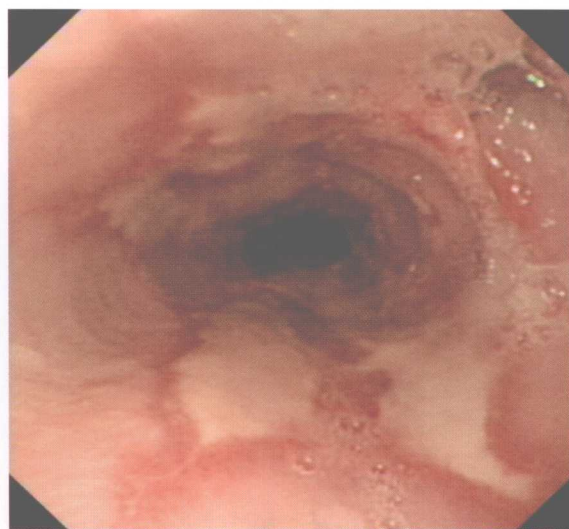


图1-1-11 反流性食管炎 (LA-D级) 内镜所见之三
食管下段黏膜呈融合性破损, 表面覆白苔, 范围超过3/4食管腔

率分别为80%和90%, 故经初始治疗后, 通常需要维持治疗, 方法有3种: 维持原剂量或减量、间歇用药、按需治疗。通常严重的糜烂性食管炎 (LA-C、D级) 需维持治疗, 非糜烂性反流病可采用按需治疗。

病例

患者男性，84岁。因间歇性反酸、烧心13年，加重2个月行胃镜检查。胃镜见食管下段黏膜呈融合性破损，表面覆白苔，范围超过3/4食管腔（图1-1-12）。24小时食管pH监测可见较多pH<4反流事件（图1-1-13），患者开始长期服用质子泵抑制剂，2年后复查胃镜见食管下段黏膜片状融合性破损，表面覆白苔，范围不超过3/4食管腔（图1-1-14），3年后胃镜检查见食管下段黏膜可见一处条片状破损，表面覆白苔（图1-1-15①），4年后胃镜检查见食管下段黏膜可见多处非融合条状破损，表面覆白苔（图1-1-15②），6年后胃镜检查见食管下段黏膜可见多处短条片状破损，表面覆白苔（图1-1-15③），上消化道钡餐造影可见食管下段滑动型疝囊及钡剂反流（图1-1-16①~③）。

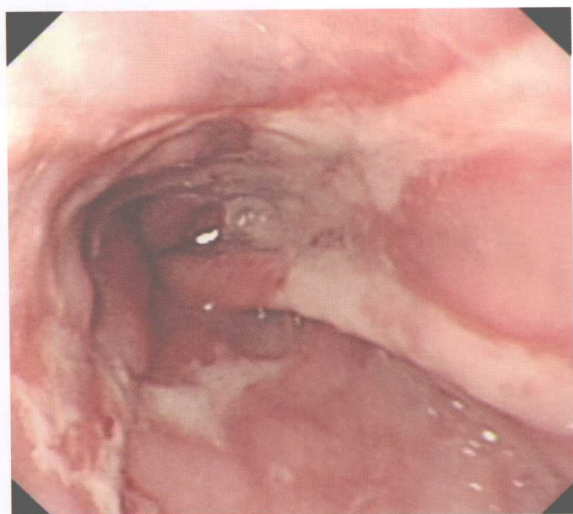
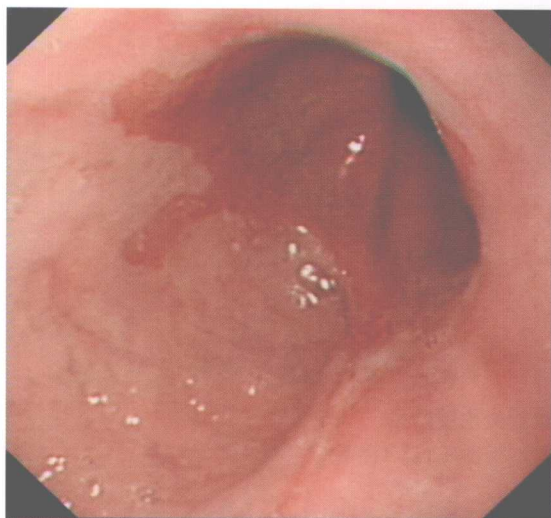
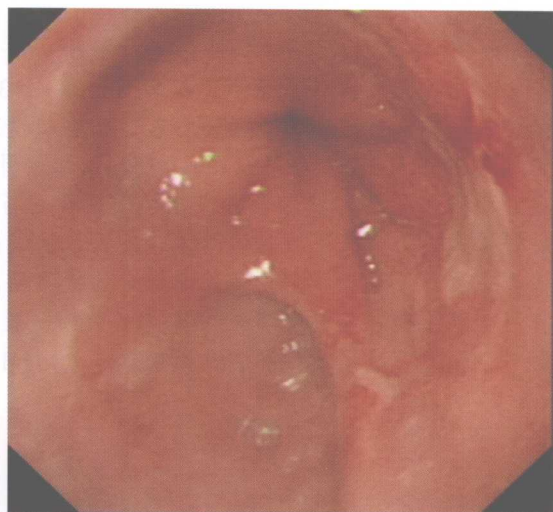


图1-1-12 反流性食管炎内镜所见
食管下段黏膜呈融合性破损，范围超过3/4食管腔

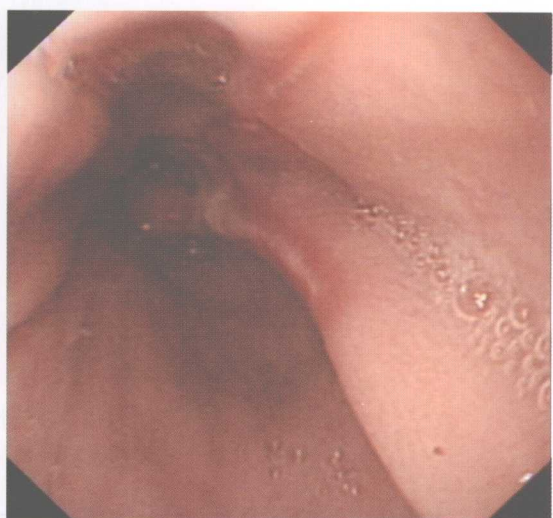


图1-1-13 反流性食管炎食管pH监测图
24小时食管pH监测可见较多pH<4反流事件

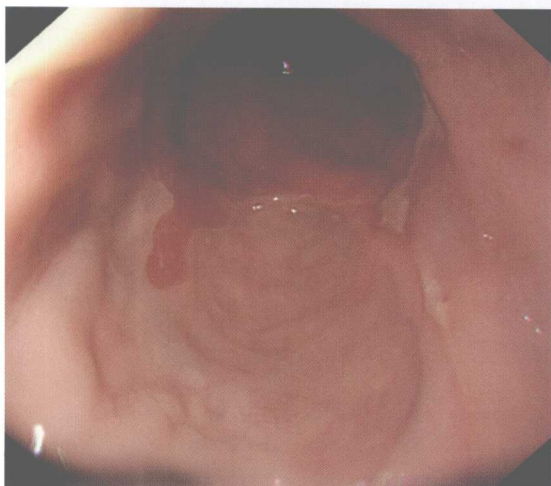
图1-1-14 反流性食管炎内镜所见
食管下段黏膜呈片状融合性破损，范围不超过3/4食管腔



①



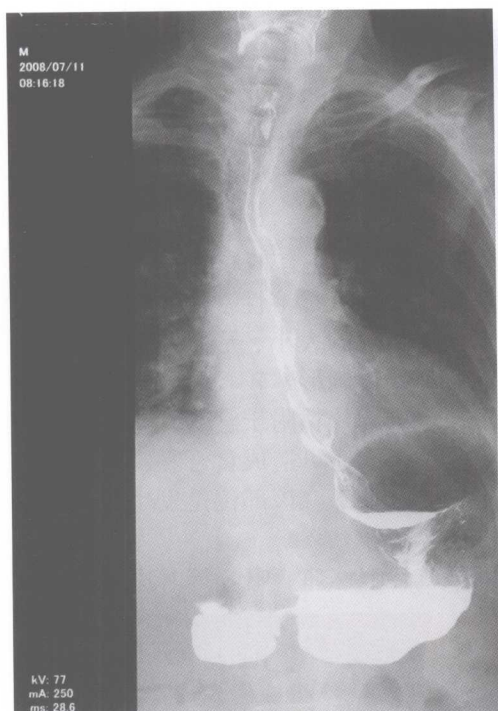
②



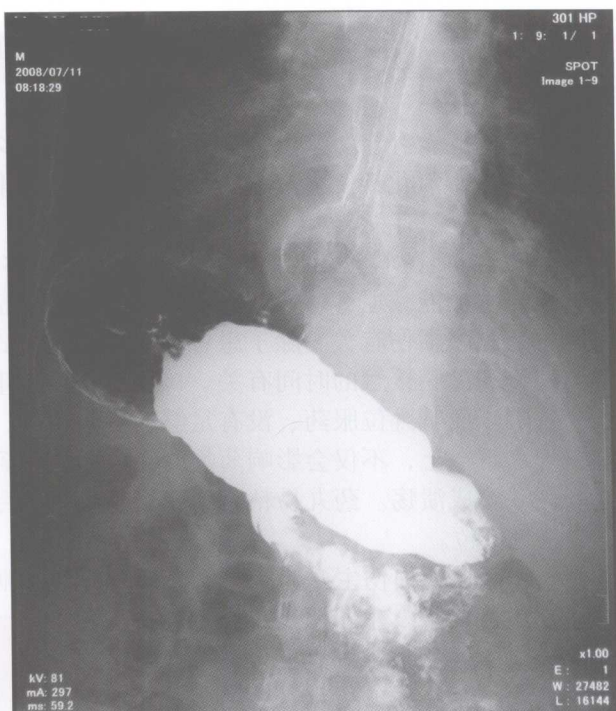
③

图1-1-15 反流性食管炎内镜所见

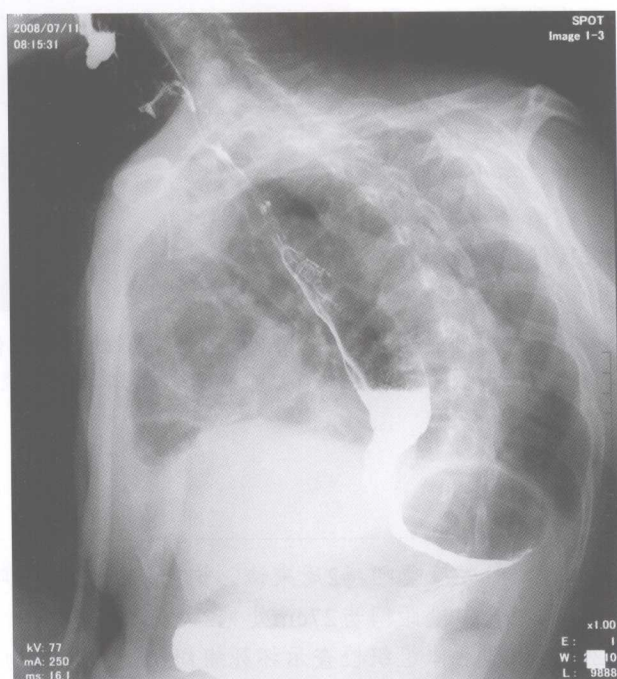
- ①食管下段黏膜可见一处条片状破损
- ②食管下段黏膜可见多处非融合条状破损
- ③食管下段黏膜可见多处短条片状破损



①



②



③

图1-1-16 反流性食管炎钡餐造影

①食管下段黏膜尚光滑 ②食管下段可见滑动型疝囊 ③可见钡剂反流入食管

第二节 药物性食管损伤

文献报道能引起食管黏膜损伤的药物种类很多。大约90%的药物性食管黏膜损伤病例报告与抗生素、氯化钾（尤其是氯化钾缓释片）、非甾体类消炎药、奎尼丁、铁剂和抗胆碱能药物依镁溴铵有关。

药物性食管损伤多见于老年人，而女性又多于男性，常合并有糖尿病、缺血性心脏病、甲状腺功能减退等疾病。药物本身的特点包括其化学作用、可溶性、药物与黏膜接触时间也与黏膜损伤有关。除了患者吞服药物的方式以外，药丸的大小、形状和药丸的包衣都与药物和黏膜接触的时间有关。口服较小、较重的药片相比圆形、较轻、较大的药片更容易吞咽。而躺卧位服药、没有足够的水送服等，可使口服药片粘附于食管管壁上。药物粘附于食管壁上，不仅会影响药物的吸收，达不到治疗效果，还可造成食管黏膜损伤，甚至糜烂并形成溃疡。药丸易粘附于相当于主动脉弓水平的食管部。该部位是发生药物性食管炎常见部位。

药物性食管损伤主要症状有胸骨后疼痛、吞咽困难或吞咽疼痛、呕吐等。进食或饮水时症状加重，常发生于服药后1~8小时内。睡前服药者常常因胸痛发作而从睡眠中惊醒，年龄大的可误认为心绞痛。少数人还会出现呕血、发热等。一般症状诊断不难，症状严重的应及时到医院进行内镜检查以明确诊断。药物性食管损伤在内镜下主要表现为黏膜红斑、黏膜糜烂、溃疡（图1-2-1），少数可表现为对吻溃疡，甚至溃疡伴出血和食管狭窄。预防措施为服药应采取立位或坐位，服药后不能立即躺下，至少应保持站立姿势1~2分钟。对病情严重不能取立位或坐位者，应考虑其他途径给药或服水剂；服药时要饮水，至少要饮水50ml，不可干吞药片或胶囊；患者睡觉时不要给药。



图1-2-1 药物性食管损伤内镜所见
食管下段黏膜呈片状烧灼样改变

病例

患者男性，83岁。因进食时轻度哽咽感2周来诊。询问病史长期服阿司匹林已2年，50mg每日1次。胃镜检查见食管中段距门齿27cm处见2处充血糜烂灶，约0.2~0.3cm大小，上覆白苔（图1-2-2）。病理活体组织检查示坏死组织及炎性渗出物，其中见少许退变的上皮细胞。食管24小时pH监测无病理性胃食管反流征象（图1-2-3）。临床诊断为药物性食管损伤。予以停用阿司匹林，口服蒙脱石散3.0g，每日3次。治疗28天后复查胃镜，食管充血糜烂消失。