

消化道易误诊

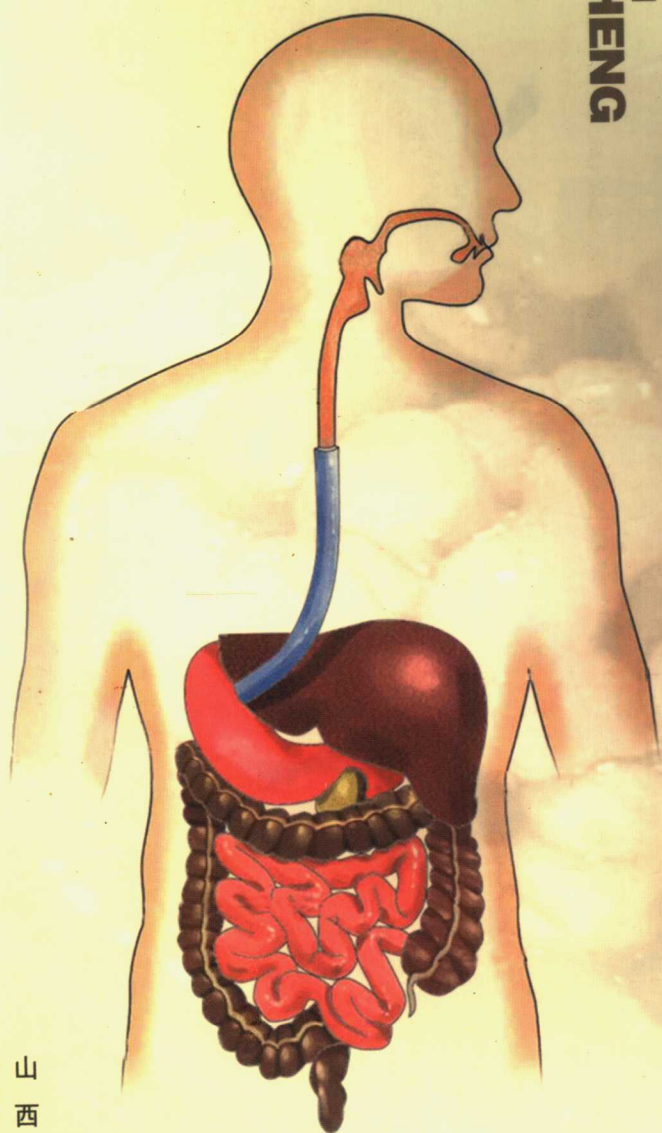
及疑难病症

XIAOHUADAO YI WUZHEN
JI YINAN BINGZHENG

徐大毅 顾问

李亮成 主审

霍丽娟 主编



山西出版集团
山西科学技术出版社

消化道易误诊疑难病症

顾 问 徐大毅

主 审 李亮成

主 编 霍丽娟

副主编 刘近春、殷云勤

编 委 (按姓氏笔画排序)

申凤俊 许翠萍 李晓丽 张健康

郭俊芝 赵 严 党小红 黄会芳

冀文敏

秘 书 黄会芳

山西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化道易误诊疑难病症 / 霍丽娟主编. — 太原:
山西科学技术出版社, 2007.7

ISBN 978-7-5377-2957-4

I. 消… II. ①徐…②霍… III. 消化系统疾病: 疑难病 - 诊疗
IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 058588 号

消化道易误诊疑难病症

主 编 霍丽娟 主编

出 版 山西出版集团山西科学技术出版社

(太原建设南路 21 号 邮编: 030012)

经 销 各地新华书店

印 刷 山西出版集团·山西新华印业有限公司美术印刷分公司

开 本 880 毫米×1230 毫米 1/16 印 张 27.25

字 数 810 千字

电子邮件 cbszzc2643@sina.com

编辑部电话 0351-4922073

发行部电话 0351-4922121

版 次 2007 年 7 月第 1 版

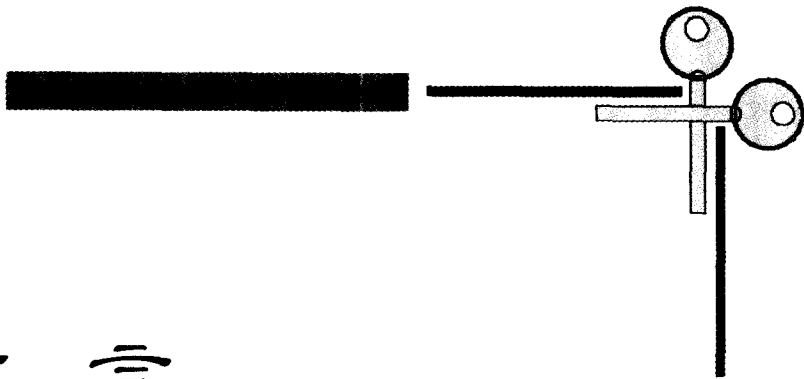
印 次 2007 年 7 月太原第 1 次印刷

印 数 3000 册

书 号 ISBN 978-7-5377-2957-4

定 价 60.00 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与发行部联系调换。



前言

消化系统包括的脏器较多，发生疾病时其症状常与其他系统疾病的症状混淆，特别是难与其他系统疾病的消化系统表现相鉴别，从而导致临床上误诊以致误治。另有一些少见、罕见疾病其临床表现大家不很熟悉，也不易想到，容易导致患者长时间待诊或不能确诊，从而延误治疗。

目前随着医学的发展，专业分科越来越细，一些年青医师缺乏大内科的临床经验，仅对本专业疾病的临床表现较为熟悉，而对其他专业病症的了解较少，甚至较生疏。一些疾病可有多个系统的临床表现，如消化系统疾病的症状可与心血管、呼吸、内分泌等系统疾病的临床表现相似；反之，艾滋病、血液病、风湿、免疫系统疾病等，也常以消化系统疾病的症状为首发表现。

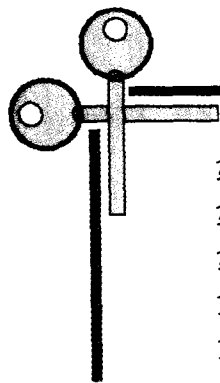
我们在日常的医疗工作中，常遇到一些疑难病症，通过查阅文献，可以得到帮助和启示。在此基础上结合我们多年的临床工作经验以及体会，收集近年来大量的资料编写了这本书，便于同道们查阅。本书共十一章，编写内容包括疾病的概述、临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断等。

由于笔者的业务水平有限，学识肤浅，书中的错误和不当之处望同道及读者批评、指正。

作者

目 录

第一章 食管疾病	1
第一节 食管先天畸形	1
先天性短食管	1
血管畸形性咽下困难	1
第二节 食管外压与牵拉	2
第三节 胃食管反流病	3
第四节 碱性反流性食管炎	6
第五节 Barrett 食管	7
第六节 食管感染性炎症	9
疱疹性食管炎	9
霉菌性食管炎	10
食管结核	11
化脓性食管炎	12
第七节 特殊性食管炎	13
放射性食管炎	13
肉芽肿性食管炎	14
腐蚀性食管炎	15
第八节 食管良性肿瘤	16
食管平滑肌瘤	16
食管乳头状瘤	17
食管血管瘤	18
食管脂肪瘤	18
食管囊肿	19
食管壁内囊肿	19
第九节 食管憩室	20
第十节 弥漫性食管壁内假憩室	22
第十一节 食管裂孔疝	22
第十二节 Saint 氏三联综合征	24
第十三节 食管贲门失弛缓症	24
第十四节 弥漫性食管痉挛	25
第十五节 环咽肌功能异常	26
第十六节 胡桃夹食管	27
第十七节 易激性食管	28
第十八节 食管白斑	29



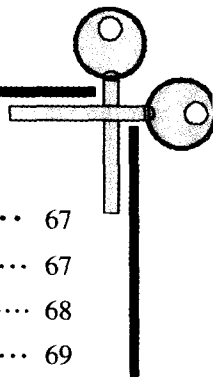
第十九节	食管特发性肌肉肥大	29
第二十节	食管管型	30
第二十一节	食管贲门黏膜撕裂综合征	31
第二十二节	食管自发性破裂	32
第二十三节	食管蹼	33
第二十四节	食管环	33
第二十五节	癭球症	34
第二十六节	缺铁性贫血 - 吞咽困难综合征	37

第二章 胃部疾病

39

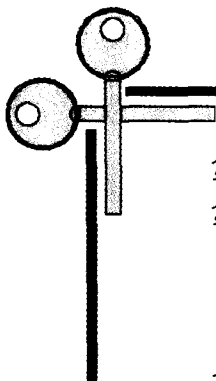
第一节	巨大胃黏膜肥厚症	39
第二节	胃结核	40
第三节	嗜酸细胞性胃肠炎	41
[附]	胃嗜酸细胞性肉芽肿	43
第四节	胃息肉	43
第五节	胃类癌	44
第六节	急性胃扩张	46
第七节	急性胃黏膜病变	47
第八节	胃手术后并发症	48
第九节	胃内隔膜	51
第十节	胃反应性淋巴样增生	51
第十一节	胃石症	52
第十二节	胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤	53
第十三节	门脉高压性胃病	54
第十四节	先天性肥厚性幽门狭窄	56
第十五节	成人肥厚性幽门狭窄	57
第十六节	胃真菌病	58
第十七节	胃血吸虫病	59
第十八节	胃良性肿瘤	59
第十九节	药物性胃病	60
第二十节	肉芽肿性胃炎	61
第二十一节	胃窦部血管扩张症	62
第二十二节	消化道血管发育不良	63
第二十三节	毛细血管扩张综合征	63
第二十四节	Dieulafoy 病	64
第二十五节	双幽门	65





第三章 肠道疾病	67
第一节 十二指肠炎	67
第二节 肠梨形鞭毛虫病	68
第三节 十二指肠白点综合征	69
第四节 十二指肠壅滞症	70
第五节 空肠综合征	72
第六节 空肠新生物综合征	72
第七节 肠道气囊肿症	73
第八节 肠道憩室及憩室病	74
第九节 吸收不良综合征	76
选择性吸收不良	78
药物所致吸收不良	79
第十节 小肠淋巴管扩张症	80
第十一节 肠缺血综合征	81
第十二节 小肠淋巴瘤	82
第十三节 小肠良性肿瘤	84
平滑肌瘤	85
腺瘤	85
Brunner 腺增生	85
血管瘤	86
脂肪瘤	86
神经元性肿瘤	86
纤维瘤	87
第十四节 回肠末端淋巴滤泡增生症	87
第十五节 原发性非特异性小肠溃疡	87
第十六节 慢性溃疡性空回肠炎	88
第十七节 小肠污染综合征	89
第十八节 结肠软化斑	89
第十九节 结肠子宫内膜异位症	90
第二十节 急性坏死性肠炎	91
第二十一节 回盲部炎性假瘤	93
第二十二节 药物性肠病	94
伪膜性肠炎	94
非甾体类抗炎药 (NSAID) 相关性胶原性结肠炎	95
药物所致肠穿孔及肠出血	96
药物性吸收不良综合征	97
药物所致功能性肠病	98
第二十三节 镜下结肠炎	98



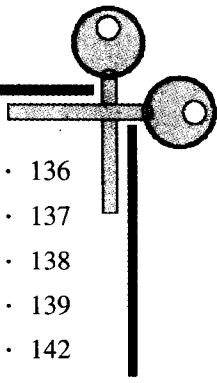


第二十四节	结肠黑变病	99
第二十五节	巨结肠综合征	100
	先天性巨结肠	100
	获得性巨结肠	101
	特发性巨结肠	101
第二十六节	膈下结肠嵌入综合征	101
第二十七节	肠结综合征	102
第二十八节	结肠曲综合征	102
第二十九节	回盲瓣综合征	103
第三十节	活动盲肠综合征	104
第三十一节	结肠息肉	104
第三十二节	结肠息肉病	106
第三十三节	类癌综合征	108
第三十四节	孤立性直肠溃疡	110
第三十五节	乙状结肠扭转	111
第三十六节	肠内灭菌综合征	111
第三十七节	门脉高压性肠病	112
第三十八节	胆囊结肠肝曲粘连综合征	113
第三十九节	Muir-Torre 综合征	113
第四十节	急性结肠假性梗阻	114
第四十一节	慢性假性肠梗阻	115
第四十二节	下消化道出血的少见原因	116

第四章 肝脏疾病

第一节	妊娠期脂肪肝	120
第二节	妊娠复发性黄疸	121
第三节	妊娠剧吐致肝损害	122
第四节	妊娠期自发性肝破裂	123
第五节	HELLP 综合征	123
第六节	克 - 鲍氏综合征	125
第七节	肝紫斑病	125
第八节	酒精性肝病	126
第九节	药物性肝病	128
第十节	肝血管瘤	131
第十一节	肝小静脉闭塞病	132
第十二节	肝细胞腺瘤	133
第十三节	肝脏肉芽肿病	134
第十四节	肝局灶性结节性增生	135





第十五节 肝脏炎性假瘤 136

第十六节 肝梅毒 137

第十七节 肝结核 138

第十八节 肝豆状核变性 139

第十九节 肝淀粉样变性 142

第二十节 原发性胆汁性肝硬化 142

第二十一节 血色病 144

第二十二节 糖原累积症 145

第二十三节 肝炎后综合征 146

第二十四节 肝炎后高胆红素血症 147

第二十五节 良性复发性肝内梗阻性黄疸 148

第二十六节 肝源性糖尿病 149

第二十七节 肝源性低血糖症 151

第二十八节 肝性血卟啉病 154

第二十九节 肝源性心肌病 156

第三十节 肝心综合征 157

第三十一节 亚临床肝性脑病 158

第三十二节 脑病脂肪肝综合征 159

第三十三节 慢性肝脑变性 161

第三十四节 肝性脊髓病 162

第三十五节 原发性肝癌伴瘤综合征 163

第三十六节 先天性肝纤维化 165

第五章 胆道疾病 168

第一节 胆囊憩室 168

第二节 胆管憩室 168

第三节 胆囊腺肌增生症 169

第四节 胆囊良性肿瘤 170

第五节 急性非结石性胆囊炎 171

第六节 慢性非结石性胆囊炎 172

 [附] 特殊类型的非结石性胆囊炎 173

第七节 黄色肉芽肿性胆囊炎 174

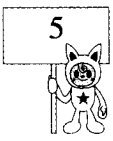
第八节 Mirizzi 综合征 175

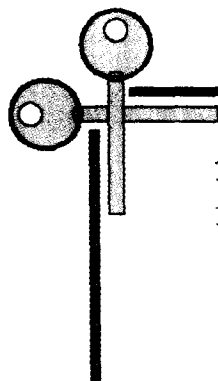
第九节 原发性硬化性胆管炎 176

第十节 胆囊管综合征 176

第十一节 先天性肝内胆管扩张症 177

第十二节 胆道蓝氏贾第鞭毛虫病 178





第十三节	陶瓷样胆囊	179
第十四节	胆囊数目异常及异位	180
双胆囊	180	
三胆囊	181	
先天性胆囊缺如	181	
肝内胆囊	181	
第十五节	胆道良性狭窄	182
第十六节	Oddi 括约肌功能失调	183
第十七节	胆囊息肉样病变	185
第十八节	胆囊切除术后综合征	186
第十九节	胆道运动障碍	186
第二十节	胆囊扭转	189
第二十一节	胆心综合征	190
第二十二节	胆道出血	191
第二十三节	先天性胆管扩张症	192
第二十四节	胆汁淤积症	193
[附] 淤胆型肝炎	198	

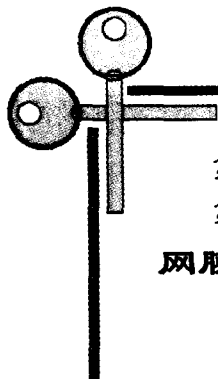
第六章	胰腺疾病	200
第一节	慢性胰腺炎	200
第二节	自身免疫性胰腺炎	203
第三节	急性复发性胰腺炎	206
第四节	慢性复发性胰腺炎	208
第五节	猝死性胰腺炎	210
第六节	遗传性胰腺炎	212
第七节	高龄者胰腺炎	214
第八节	代谢性胰腺炎	215
第九节	药物性胰腺炎	216
第十节	胰腺结核	217
第十一节	胰石症	219
第十二节	胰腺囊肿	221
第十三节	胰腺囊性纤维化	224
第十四节	胰腺分裂症	225
第十五节	环状胰腺	226
第十六节	胰性腹水	227
第十七节	胰性胸水	229
第十八节	胰性心包炎和心包积液	230
第十九节	胰性脑病	230



第七章 脾脏疾病	232
第一节 副脾	232
第二节 多脾综合征	233
第三节 无脾综合征	234
第四节 自发性脾破裂	235
第五节 医源性脾破裂	236
第六节 延迟性脾破裂	236
第七节 脾结石	237
第八节 脾囊肿	238
[附] 一 脾内胰源性囊肿	239
[附] 二 脾紫癜	239
第九节 脾动脉瘤	239
第十节 脾海绵状血管瘤	240
第十一节 孤立性脾静脉血栓	241
第十二节 炎性脾肿大	241
第十三节 肉芽肿性脾炎	243
第十四节 脾结核	244
第十五节 脾梗死	245
第十六节 原发性脾淋巴瘤	246
[附] 脾淋巴管瘤	248
第十七节 脾错构瘤	248
第十八节 脾热	249
第十九节 脾切除术后凶险感染	249
第二十节 游走脾及脾扭转	251
第二十一节 慢性充血性脾肿大	252

第八章 腹膜、网膜、肠系膜及后腹膜疾病	255
腹膜病	255

第一节 原发性腹膜炎	255
第二节 胆汁性腹膜炎	256
第三节 真菌性腹膜炎	257
第四节 原发性硬化性腹膜炎	258
第五节 乳糜性腹水	259
第六节 假性乳糜性腹水	260
第七节 腹膜良性间皮瘤	261
第八节 腹膜恶性间皮瘤	261



第九节 腹膜假性粘液瘤	263
第十节 继发性腹膜肿瘤	264

网膜病

265

第十一节 网膜炎	265
第十二节 网膜原发性节段性梗塞	265
第十三节 大网膜扭转	266
第十四节 小网膜囊肿(穿腹膜疝)	267
第十五节 网膜囊肿	267
第十六节 网膜肿瘤	268

肠系膜疾病

269

第十七节 急性肠系膜淋巴结炎	269
第十八节 肠系膜脂膜炎	269
第十九节 肠系膜淋巴结结核	270
第二十节 肠系膜乳糜囊肿	271
第二十一节 肠系膜囊肿	271
第二十二节 肠系膜肿瘤	272

后腹膜病

273

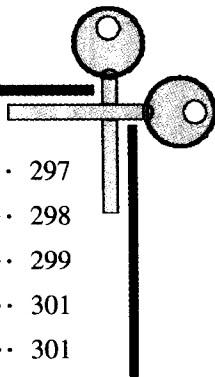
第二十三节 腹膜后淋巴结炎	273
第二十四节 腹膜后感染与脓肿	274
第二十五节 腹膜后出血	276
第二十六节 腹膜后疝	277
第二十七节 特发性腹膜后纤维化	279
第二十八节 腹膜后腔渗液	280
第二十九节 后腹膜肿瘤	281



第九章 内科疾病的消化系统表现

283

第一节 非内脏原因的慢性腹痛	283
第二节 呼吸系统疾病的消化系统表现	284
第三节 艾滋病与消化系统	286
第四节 以消化系为首发症的多发性骨髓瘤	288
第五节 恶性贫血所致的胃病	289
第六节 以大量腹水为首发症的急性白血病	289
第七节 肾源性肝功能不良综合征	290
第八节 垂体、肾上腺皮质疾病的消化系表现	291
第九节 甲状腺疾病的消化系表现	291
第十节 甲状旁腺疾病的消化系表现	293
第十一节 糖尿病的消化系统表现	294



第十二节	胰腺瘤的消化系统表现	297
第十三节	妊娠并发重症急性胰腺炎	298
第十四节	系统性红斑狼疮性胰腺炎	299
第十五节	白塞病的消化道表现	301
第十六节	干燥综合症的消化道表现	301
第十七节	结节性多动脉炎的消化道表现	302
第十八节	硬皮病性食管硬化症及胃肠症	303
[附]	CREST 综合征	305
第十九节	食物过敏	305
第二十节	腹型癫痫综合征	307
第二十一节	淀粉样变的消化系统表现	308
第二十二节	手术后胃瘫综合征	308

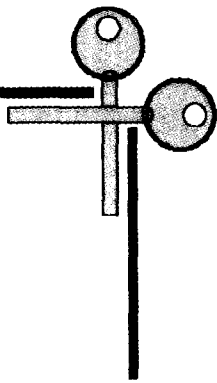
第十章 消化系疾病的全身表现 311

第一节	重症急性胰腺炎的全身并发症	311
第二节	急性胰腺炎与韦尼克脑病	314
第三节	克隆病的肠外表现	315
第四节	以尿路症状为主的盲肠和乙状结肠癌	317

第十一章 消化系统疾病症状的鉴别诊断 318

第一节	腹痛	318
第二节	腹水	332
第三节	腹部肿块	344
第四节	胃肠胀气 (腹胀)	348
第五节	腹泻	353
第六节	便秘	356
第七节	食欲不振	365
第八节	呃逆	368
第九节	烧心、反酸	371
第十节	不明原因的体重下降	373
第十一节	恶心与呕吐	376
第十二节	肝功生化指标异常	380
第十三节	消化道出血	387
第十四节	吞咽困难	398
第十五节	大便失禁	404
第十六节	肝肿大	406
第十七节	口臭	409
第十八节	黄疸	412





第一章 食管疾病

第一节 食管先天畸形

先天性短食管

一、概述

食管在胚胎期发育过程中，在某些致畸因素或其他原因作用下，其发育出现停滞，使食管长度增长赶不上呼吸器官的发育及横膈的下降，导致食管发育过短，贲门位于横膈的上部，胃的一部分也在胸腔内，从而形成胸胃和先天性短食管畸形。先天性短食管应符合两点：①胃的膈上部分由胸主动脉分支直接供血，而非来源于膈下血管。②胃前面上延的腹膜囊，膈食管裂孔部位的腹膜结构关系正常。由于胸胃缺乏胃食管前庭及横膈食管膜，则易引起食管反流。

本病甚少见，可有家族性，男性较女性多见，往往在 Marfan 综合征患者合并本症。有时 X 线检查偶然发现。

二、临床表现

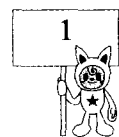
先天性短食管可长期无症状，但当胸胃变大，患者进食后出现反流、呕吐等症状或因此发生溃疡等，出现上腹不适检查时，始发现本病。

三、诊断及鉴别诊断

确定诊断主要依靠 X 线钡餐造影，首先立位胸腹平片显示，心脏阴影后方或右方有胃泡的气体影。

钡餐造影检查，食管变短呈线状，胸胃呈管状、圆筒状、圆锥状，显有粗大胃黏膜皱襞。不论在何种体位，贲门始终位于膈肌之上，食管胃交界处常在第 7-8 胸椎水平，并有轻度狭窄现象，狭窄的下部可见胃黏膜的皱襞。患者取头低足高位时，更有助于发现这种畸形。

食管镜检查可见高位食管胃连接处，且连接处下面见到胃黏膜。先天性短食管应与食管裂孔疝相鉴别。



血管畸形性咽下困难

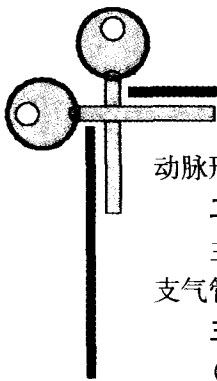
一、概述

血管畸形性咽下困难 (Vascular deformity induces dysphagia) 是由于食管外动脉瘤、食管异位等引起的咽下困难，可发生于儿童或成人。可由先天主动脉弓及其分支胚胎发育畸形所致。食管受压有三种：

(一) 锁骨下动脉畸形：畸形动脉起自主动脉弓的弯曲处，从其左侧走经食管后面至右侧，使约 10% 患者食管后壁和 (或) 气管受压而产生症状。

(二) 双主动脉弓压迫食管：胚胎期第四腮弓在左侧和右侧存留，即产生双主动脉弓。双主动脉弓、动脉导管 (韧带) 和肺动脉形成一环，包围并压迫食管和气管。

(三) 右位主动脉弓压迫食管：患者可无症状，有些患者右位主动脉弓、动脉导管 (韧带) 和肺



动脉形成一环，包围食管和气管，造成压迫。

二、临床表现

主要为咽下困难，部位可较高，常伴有食物回呛或吸入气道，液体流质食物尤易吸入。如气管、支气管受压，可有呼吸困难，间或有胸闷、胸骨后痛或背痛。有时可在颈或上胸部闻及血管杂音。

三、辅助检查

(一) 内镜检查 在咽食管段可发现腔外压迫形成局部隆起，有与脉搏一致的搏动。

(二) CT 检查 可于食管旁发现血管畸形。

(三) 钡餐 X 线检查 可见食管受压征。

四、诊断与鉴别诊断

(一) 应与 Forestier 氏综合征（颈椎骨刺压迫）、环咽肌功能异常、咽—食管憩室（Zenker 憩室）及瘰疬症等鉴别。

(二) 与先天性支气管囊肿压迫食管亦应鉴别。

五、治疗原则

诊断明确后应行手术治疗，切除血管瘤或纠正血管畸形。未手术前应注意进软食或半流食，如呼吸困难时应调整体位、吸氧改善呼吸困难。

(郭俊芝 徐大毅)

第二节 食管外压与牵拉

一、概述

食管外压与牵拉（extrinsic pressure and traction on the esophagus）系食管大部分位于后纵隔内，其上下两端相对固定。食管在其走行中经过和跨越许多结构和器官，当附近的结构和器官发生病变时，即影响食管，造成外压或牵拉。轻者仅有食管移位与变形，重者则出现吞咽困难。食管外压、牵拉有先天性和获得性，先天性有血管畸形如右锁骨下动脉畸形、双主动脉弓及右位主动脉弓等，还有先天支气管囊肿等。获得性有肿块压迫或邻近病变引起的粘连牵引，所致的食管变形、移位。在颈部的食管受压可由甲状腺肿或肿瘤、喉部肿瘤、颈椎骨赘病、颈椎结核等引起；胸部段受压可由胸椎过度弯曲、畸形、胸椎旁脓肿、左心房扩大、主动脉瘤、纵隔肿瘤或囊肿、淋巴结肿大等引起。以纵隔肿瘤或囊肿压迫较多见，如胸腺腺瘤、皮样囊肿、畸胎瘤、神经纤维瘤、淋巴瘤、胸内甲状腺等。此外，肺及胸膜病变如胸腔积液、气胸、胸部手术后、重度胸膜粘连肥厚、肺不张等亦可使食管移位受压。主动脉硬化增宽、原发性腹膜后纤维化也可致远端食管受压。

二、临床表现

移位、受压轻者，无症状，重度者出现咽下困难。

三、辅助检查

(一) 颈（胸）椎正侧位 X 线片 观察骨、关节病、骨结核、椎旁脓肿。

(二) X 线正侧位胸片 观察肺、胸腔、横膈、纵隔。

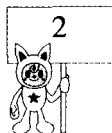
(三) X 线钡餐检查 观察左心房、主动脉压迹。

(四) 血管造影 观察血管畸形、血管瘤。

(五) 胸部 CT 进一步观察脊柱、心肺及纵隔病变。

四、诊断与鉴别诊断

凡有上述咽下困难者，排除食管本身病变，应想到食管外压与牵拉所致。先做 X 线食管钡餐检查，见到食管移位或变形，再做其他辅助检查，可确定诊断。



五、治疗原则

- (一) 仅见食管移位或变形，一般不需治疗。
- (二) 确定原发病后，进行适当治疗。

(郭俊芝 徐大毅)

第三节 胃食管反流病

一、概述

胃食管反流病 (Gastroesophageal reflux disease, GERD) 系由胃、十二指肠内容物反流入食管产生的临床症状和 / 或并发症。近年 Fass 将 GERD 分为三组独立的类型：非糜烂胃食管反流病、糜烂性食管炎和 Barrett 食管。

由反流导致食管黏膜损伤，内镜下可见充血、肿胀、糜烂、甚至溃疡、狭窄者，谓反流性食管炎 (Reflux esophagitis, RE) 或糜烂性食管炎 (Erosive esophagitis, EE)；有些患者具有典型 GERD 症状，但内镜下食管黏膜正常称非糜烂性反流性疾病 (Non-erosive reflux disease, NERD)。据调查报道，糜烂性食管炎并不像以前认为的那样多，大约只有 30% 伴烧心症状者患有 EE。而不少有症状的胃食管反流病患者，内镜检查食管黏膜属正常，为 NERD。这类患者对 PPIs 和 H_2 -RA 治疗效果明显低于 GERD。Barrett 食管是长期胃食管反流的并发症，食管鳞状上皮为化生的柱状上皮所取代，此类有发展为食管癌的危险。

GERD 的发病机制尚未完全阐明，一般认为 GERD 的发病是抗反流防御机制下降 (包括 LES 松弛，食管体部清除反流物能力下降，食管黏膜屏障功能削弱) 导致反流物 (胃酸、胃蛋白酶、胆酸和胰酶等) 对食管黏膜攻击作用占优势的结果。相关的主要观点：

(一) 短暂的下食管括约肌 (lower esophageal sphincter, LES) 松弛是大多数反流发生的主要条件。LES 静息压降低和腹压增高的反应性收缩功能异常也是 GERD 的主要发生机制。

(二) GERD 症状的发生和严重程度与食管酸暴露和持续时间有关，酸对黏膜的损伤起主要作用。在多项研究中，同时监测酸和胆红素的反流，发现酸和胆汁反流共同参与了食管黏膜的损伤，并且食管损伤程度越重，混合反流发生的比例越高。因此 GERD 治疗，应重视胆汁对黏膜损伤的影响。

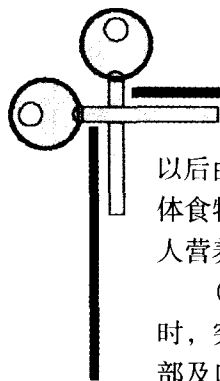
(三) 食管对反流物清除力降低，也是 GERD 发病的主要机制之一，因此内科治疗时，应用促动力药抗反流不可忽视。

(四) 关于幽门螺杆菌 (Hp) 与 GERD 的关系分歧很大，近年研究表明 Hp 与 GERD 无任何关联，根除 Hp 无助于 GERD 的治疗和预防。

二、临床表现

(一) 烧心和胸痛 于酸性物质刺激食管黏膜下感觉神经末梢引起的。常见于饱餐后，特别是进高脂肪食物更易发生，多表现为胸骨后或上腹的一种温热或烧灼感。典型者发生于餐后 1~2 小时，某种体位和一些饮食易诱发烧心症状，如平卧、弯腰、用力排便、紧束腰带以及喝咖啡、浓茶、饮酒、吃刺激性和粗硬食物等。如夜间反流较多，常因烧心惊醒。烧心程度与病变程度不平行，如并发 Barrett 食管，虽反流严重，一般也无烧心症状。如食管黏膜因慢性炎症而增厚形成狭窄，则烧心症状反而减轻。胸痛多在心窝和胸骨后，可向胸部两侧、背部、颈部、肩部、前臂及手部放散。这些症状在站立、走动或服用抗酸剂后能立即缓解。夜间发生的胃食管反流因平卧不能以重力作用排空，又无咽下的食物和唾液进行中和，反流物在食管存留时间延长，对食管黏膜腐蚀作用加大。由食管运动障碍引起的胸痛常较剧烈，易与心绞痛相混淆。

(二) 吞咽困难 在早期由于炎症的刺激使食管痉挛，产生轻度间歇性吞咽困难，伴有吞咽疼痛。



以后由于炎症发展,食管壁水肿、增厚纤维化,管腔狭窄,出现持续性吞咽困难或呕吐。开始进食固体食物有哽噎感,以后逐渐进流食亦不畅,进食时间延长。良性狭窄发展慢,病程长,狭窄段短,病人营养状态维持较好。

(三) 反胃 胃内容物可反流到食管的任何部位,甚至反流到口腔。较重者于餐后、弯腰或平卧时,突然或相对被动的,胃酸或胆汁反流入口腔,说明胃食管有反流,胃内容物可被吐出或咽下,咽部及口腔内留有一种酸、苦味,造成口臭或味觉损害。反胃可在夜间不知不觉中发生,醒后可发现枕上有胃液或胆汁,咽部不适感,口有臭味。

(四) 食管外症状 当胃食管反流物损伤咽喉部,可产生声音嘶哑、咽喉炎、癔球感。反流物误吸入呼吸道可引起肺部并发症,称胃肺反流(gastro-pulmonary reflux),如呛咳、窒息、支气管炎、哮喘样发作、吸入性肺炎、肺不张、肺脓肿、肺间质纤维化等。

(五) 出血 约半数 GERD 患者内镜下可见食管黏膜糜烂、溃疡等炎症病变,可致少量持久性出血而表现为贫血;合并溃疡时可致大出血等。

三、辅助检查

(一) X 线钡餐造影 很少见到反流,但不能表明患者没有 GERD。钡餐可发现食管狭窄、溃疡、糜烂。

(二) 24 小时 PH 监测 用便携式装置完成,不妨碍日常生活,在长时间监测过程中可确定症状(烧心、疼痛、喘息等)与反流的关系,并可计算反流次数和食管酸化($\text{PH} < 4$)即反流时间的长短。正常人食管内 PH 为 6,正常人可有少量反流,多见于餐后。反复和延长的食管酸化表明 GERD 的存在。

(三) 食管压力测定 正常人安静时食管下括约肌压力高于 1.999Kpa (15mmHg),而大多数 RE 患者压力低于 1.333Kpa (10mmHg)。食管下括约肌压力与胃内压比值大于 1。

(四) 内镜检查 可提示不同程度的 RE,明确食管良、恶性病变及 Barrett 食管,可见食管下段黏膜充血、水肿、糜烂、出血、“打洞样溃疡”,晚期有狭窄(见图 1-3-1)。

(五) 食管核素胃食管反流(gastroesophageal reflux, GER)检查 显示静息时及腹部加压时有无过多的 GER,肺内显示核素增强时,表明有过多的 GER 出现肺内吸入。

(六) 滴酸试验(bernstein test) 用输液瓶加入 Y 型管在食管内滴入盐酸 0.1mol/L,一般 4~5 分钟后,胸痛发作,改滴盐水后疼痛缓解,反复数次结果相同,表明症状由食管引起。

(七) 24 小时胆汁监测仪(Bilitec 2000 分光比色仪) 可提示食管内有无碱反流,明确 GER 类型。

四、诊断与鉴别诊断

诊断 根据病史、临床表现对诊断很有帮助,进一步参考辅助检查结果,可以确定诊断。实际工作中,可采用下述步骤。

(一) PPIs 试验(雷贝拉唑 Rabeprazole 或奥美拉唑 Omeprazole 或埃索美拉唑 Esomeprazole)对表现烧心、反酸等典型症状而疑为 GERD 者,可用 PPIs 一周。若症状明显缓解或消失,可临床诊断为 GERD。

(二) 内镜检查 有助于糜烂性食管炎的识别及其严重程度评估,并可早期发现 Barrett 食管。由于 GERD 病人内镜检查阳性率仅 50%左右,因此内镜检查阴性并不能排除 GERD。

(三) 食管 24 小时 PH 监测 目前多采用便携式食管 24 小时 PH 监测仪,可动态测得食管内 PH 情况,自动记录白天和夜间 PH,包括 PH < 4 总的时间百分比,直立位及卧位 PH < 4 的时间百分比,PH < 4 至少持续 5 分钟作为胃食管反流发生指标。正常人 PH < 4 长于 5 分钟次数少于 3 次,而反流发作最长时大于 9 分钟则为病理反流。每天站立位有反流者食管炎较轻,夜间卧位有反流者食管炎较

