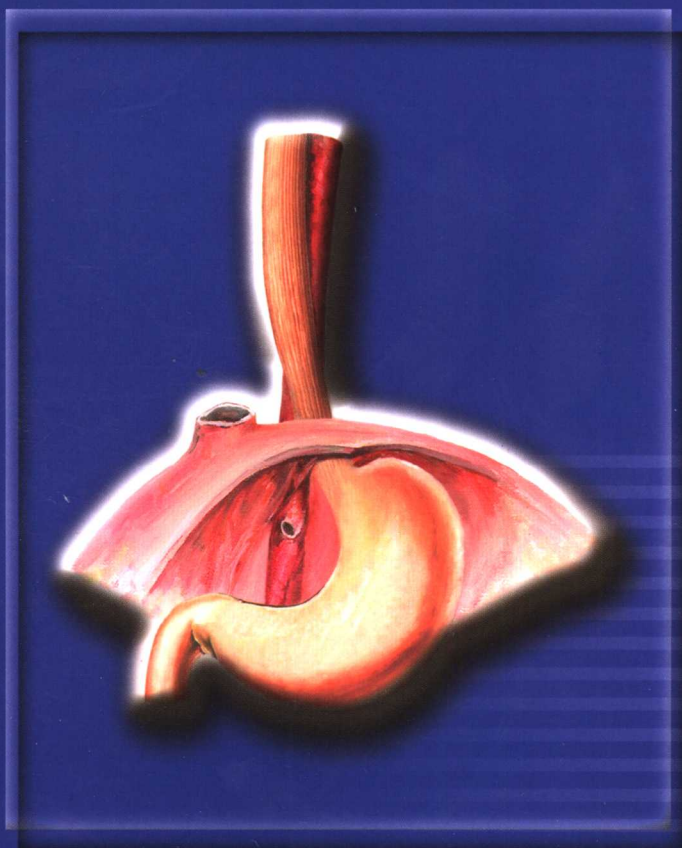


Gastroesophageal Reflux Disease

胃食管反流病



主 编 周丽雅 陈旻湖
名誉主编 林三仁 胡品津

北京大学医学出版社

胃食管反流病

主 编 周丽雅 陈旻湖
名誉主编 林三仁 胡品津

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

胃食管反流病 / 周丽雅, 陈旻湖主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2007.4
ISBN 978-7-81116-232-5

I. 胃… II. ①周… ②陈… III. 食管反流—诊疗 IV. R571

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 024346 号

胃食管反流病

主 编: 周丽雅 陈旻湖

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京瑞达方舟印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 刘 燕 责任校对: 杜 悦 责任印制: 郭桂兰

开 本: 787mm × 1092mm 1/16 印张: 9.75 插图: 10 字数: 255 千字

版 次: 2007 年 4 月第 1 版 2007 年 4 月第 1 次印刷 印数: 1-3000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-232-5

定 价: 32.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)



周丽雅，女，消化病学专家，1957年出生，北京大学第三医院消化科主任、教授、主任医师、博士生导师。1982年毕业于北京医科大学，自1992年至1998年曾先后在日本顺天堂大学医院、洛杉矶医学中心以及香港中文大学学习。现任中华医学会消化病学分会常委、中华医学会消化内镜学分会常委、《中华消化杂志》、《中国临床药理学杂志》等多家杂志编委。主要研究方向是胃肠道疾病的诊断与治疗，尤其是胃肠道早癌的诊断与治疗、幽门螺杆菌（*Helicobacter Pylori*, Hp）感染及相关疾病。1992年，她在国内率先开展了早期胃癌的EMR治疗。近年来，她在放大内镜诊断NERD方面取得了很好的结果。她承担了多项国家级及部委级课题。在山东开展的“Hp与胃癌关系的人群干预研究8年随访结果”在2005年美国DDW学术周上大会报告并被选为最佳40篇(Top40)学术研究成果之一。



陈昱湖，男，教授，博士生导师。1984年毕业于中山医科大学，1990年获医学博士学位，曾在澳大利亚新南威尔士大学作博士后研究两年余。现为中山大学附属第一医院内科主任兼消化内科主任。中国医师协会消化病分会副主任委员，中华医学会消化病学分会委员，胃肠动力学组委员，炎症性肠病协作组成员，广东医学会消化病学分会及消化内镜学分会常务委员。为《消化病学论坛杂志》的副主编，《中华消化杂志》、《中华全科医师杂志》等多家杂志编委。主持包括国家自然科学基金、教育部新世纪优秀人才基金、卫生部临床学科重点项目、教育部博士点基金等10多项科研项目。在国内外杂志发表论文130多篇，研究成果获教育部自然科学奖一等奖、原国家教委科技进步二等奖、广东省科技进步二等奖、中华医学奖三等奖各一项。主编出版专业书籍5本，参编10余本。近年来致力于胃食管反流病的临床研究，已在国内外杂志发表相关文章多篇。

本书由

北京大学医学部科学出版基金

资助出版

作者名单

(以姓氏笔画为序)

王 锐	王爱英	刘 诗	刘 红	刘建军
孙 刚	孙晓红	汤玉茗	齐 颖	李延青
杨云生	邹多武	陈昱湖	周丽雅	房殿春
郑 娟	侯晓华	柯美云	段丽萍	胡品津
夏志伟	秦鸣放	袁耀宗	郭 旭	崔荣丽
熊理守	薛 艳			

序

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD)的发病率在世界范围内呈逐年上升趋势。但当前我国对 GERD 的基本概念认识不足且没有达成一致,这种情况影响着我国在 GERD 方面的诊疗和研究进展,有关 GERD 研究和诊断治疗的总体水平不尽人意,因此有必要形成统一的认识基础。

当前世界上相继产生了五个有关 GERD 的共识意见,很多基本概念已经广泛达成共识。我国必须尽快接受这些观点,广泛宣传,尽快采用,以便与国际接轨。但对于那些尚未完全达成一致的方面,我国学者应尽快加入该领域的工作,以便开展更为深入的研究。

2006年8月26日在海南三亚召开了全国胃食管反流病学术研讨会,有关反流的症状群和定义在此次会议上已基本明确并达成共识:GERD是指胃内容物反流引起不适症状和/或并发症的一种疾病;它的典型症状是烧心和反流;反流相关的症状对患者生活质量产生明显负面影响时就称为不适(troublesome)。这些对于我们在GERD的鉴别诊断上有很大的帮助。

有关GERD常用的诊断方法世界各国不尽相同。我国GERD流行病学的研究文献较为丰富,我国在GERD诊断方面也有自己的特点,不同于世界各国的是强调了对拟诊GERD的患者首选内镜检查,它可以尽早确诊糜烂性食管炎(erosive esophagitis, EE)、Barrett食管以及相关炎性狭窄和食管腺癌。而对于国内尚未广泛开展的比较复杂的操作如24小时pH监测一般在临床的一些基本检查如内镜及PPI试验不足以做出诊断时才采用。这样就大大缩短了GERD的整体确诊时间。

当前临床工作中常用的相关检查应包括:①症状;②内镜;③PPI试验;④24小时pH监测。明确了PPI试验的本质是充分强调了症状与酸之间的关系,它也是属于反流相关的检查。

在NERD的研究方面,我国和世界各国都充分重视食管下段鳞状上皮细胞间隙增宽(dilated intercellular spaces, DIS)的研究,抑酸可以使DIS恢复,认为它可以作为胃食管反流病非常重要的指征,灵敏性及特异性均较高,有望在将来成为反流病诊疗中重要的临床指标。但由于近期有文献提出在应激等其他情况下也存在DIS的现象,故有关DIS在GERD中的作用今后仍需继续深入研究。

世界各国对于Barrett食管的诊断存在两大主流意见,即以食管远端黏膜被柱状上皮所取代为诊断标准或柱状上皮必须存在肠上皮化生为标准。由于我国关于Barrett食管的研究不够深入,目前建议采用的定义为:食管下段的鳞状上皮被柱状上皮所替代的一种病理现象。但鉴于肠上皮化生在Barrett食管的重要性,尤其是它与食管腺癌的重要关系,因此在诊断时必须注明Barrett食管是胃上皮化生型抑或是肠上皮化生型。鉴于内镜下观察胃食管交界处的定位方法及食管下段柱状上皮病变黏膜的确定是内镜下正确诊断Barrett食管的重要根据,明确上述指标是提高Barrett食管诊断水平的重要一环。

在治疗方面,一旦确诊为GERD,要给予足量的PPI治疗,疗程至少8周,且要观察疗

效；而关于动力药在其中所起的作用，目前认为仅起辅助作用。仅有少数病例需外科手术
治疗，一般由较熟练的医师操作。但对于外科手术治疗尚需进一步长期追踪观察其疗效。

我国在GERD方面研究的尚不充分，今后我们的任务仍然很重，需要我们在多个领域
做更为深入的研究，例如应继续进行关于我国GERD的大宗人群发病率的流行病学调查研
究，以得出我国GERD的真实发病率；GERD相关发病机理有待进一步研究；有关GERD
的诊疗标准仍需进一步完善；应加强无线pH监测、特殊内镜检查等新技术的临床应用研
究；加强Barrett食管的发病情况、诊断方法及其与食管腺癌关系等相关方面的研究；继续
研究GERD治疗方法及疗效观察；继续研究内镜治疗和外科手术的疗效及追踪中远期转归
等。相信在不远的将来我国在 GERD 方面会有突出的进展。

本书编者为我国消化界后起之秀，在GERD方面都有很深的造诣，所有参写作者也都
有很丰富的临床研究经验和诊治水平；因此本书具有很高的学术水平和实用价值，是当
今国内最为全面的一本有关 GERD 的专著，无疑本书将对我国 GERD 的研究和临床诊治水
平的提高有重要影响。

名誉主编 林三仁 胡品津

2007年1月10日



图 5-2 24 小时食管 pH 监测系统



图 5-3 放置于食管壁的 Bravo 胶囊

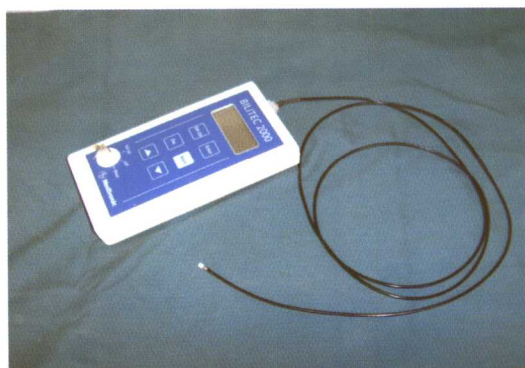


图 5-4 Billtec2000 胆汁监测系统

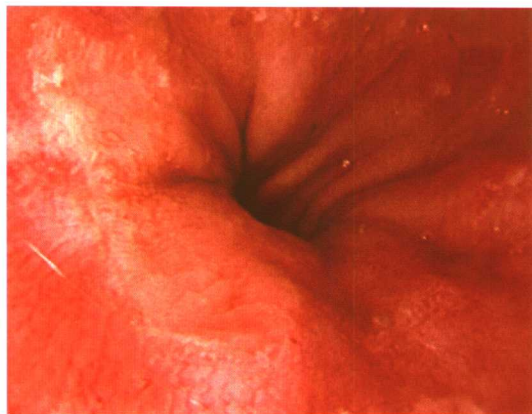


图 15-1 食管贲门正常解剖结构

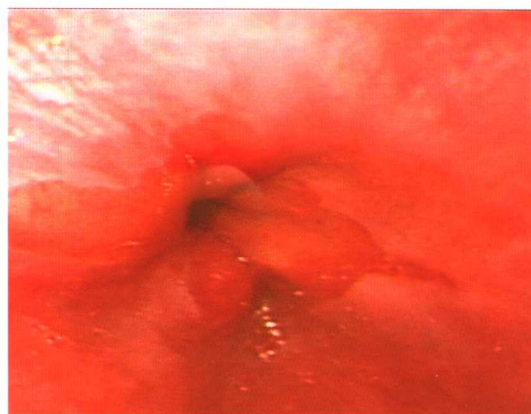


图 15-2 反流性食管炎 LA-A 级

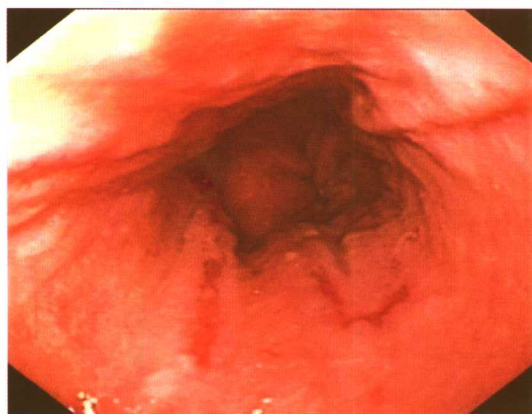


图 15-3 反流性食管炎 LA-B 级

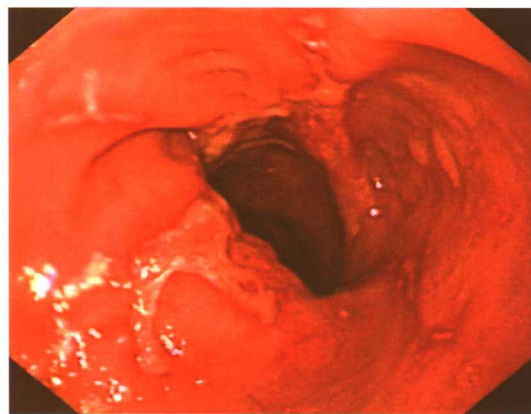


图 15-4 反流性食管炎 LA-C 级

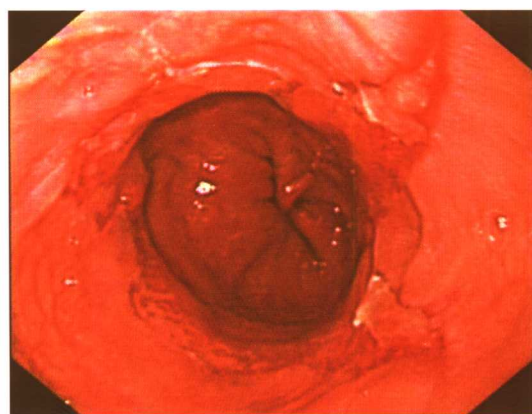


图 15-5 反流性食管炎 LA-D 级

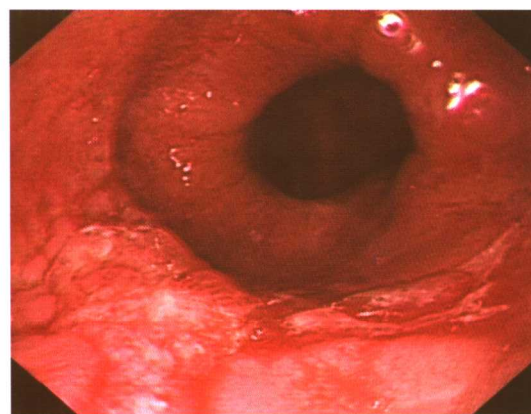


图 15-6 反流性食管炎 LA-D 级合并食管溃疡



图 15-7 反流性食管炎 LA-D 级合并食管狭窄

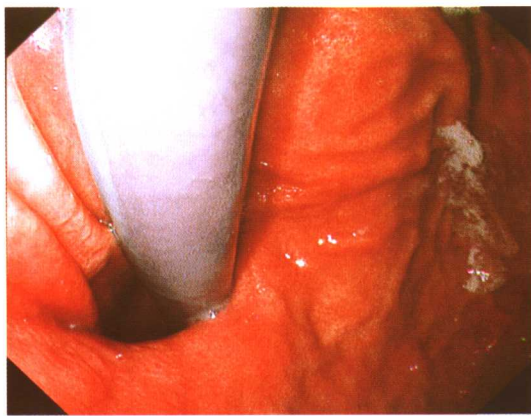


图 15-8 贲门松弛：轻-中度

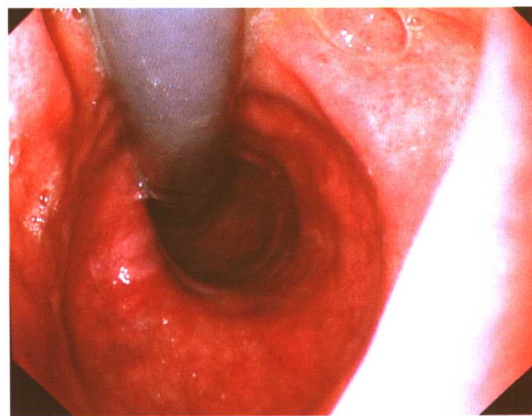


图 15-9 贲门松弛：重度

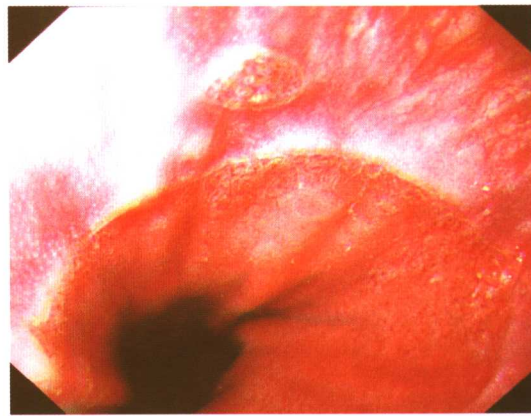


图 15-10 Barrett 食管（岛状）

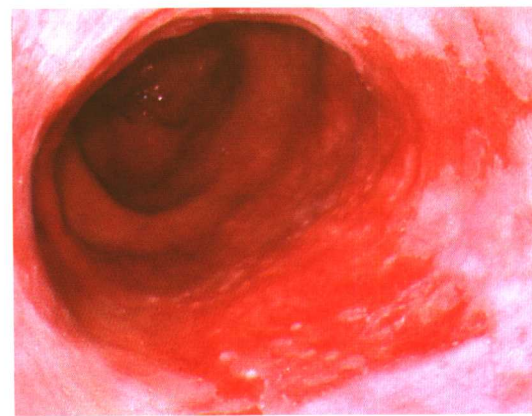


图 15-11 Barrett 食管（环周型伴食管裂孔疝）

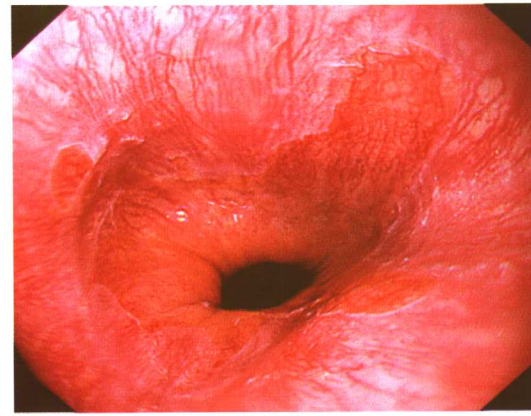


图 15-12 Barrett 食管（舌型）



图 15-13 反流性食管炎：胃内钡剂向食管反流，食管轻度狭窄

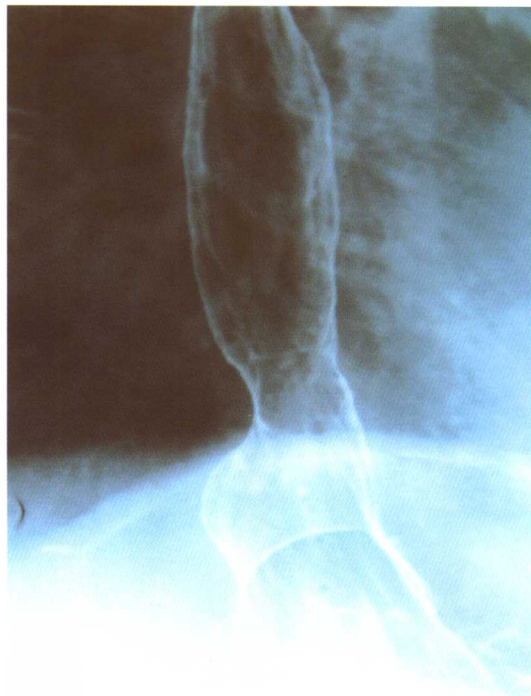


图 15-14 反流性食管炎：食管下段轻度狭窄、黏膜表面粗糙



图 15-15 反流性食管炎：食管下段黏膜粗糙不平

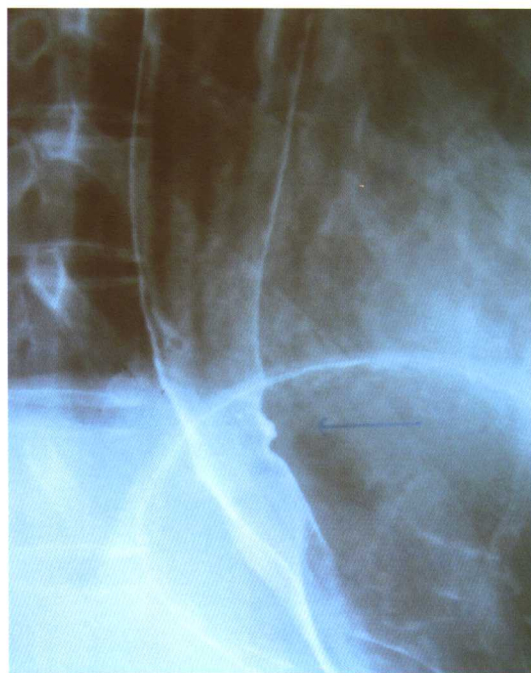


图 15-16 反流性食管炎：食管下段溃疡

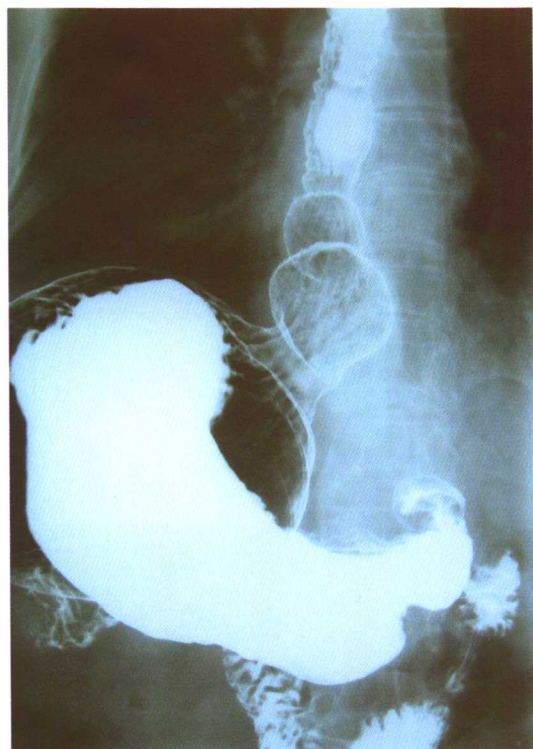


图 15-17 食管裂孔疝：短食管型

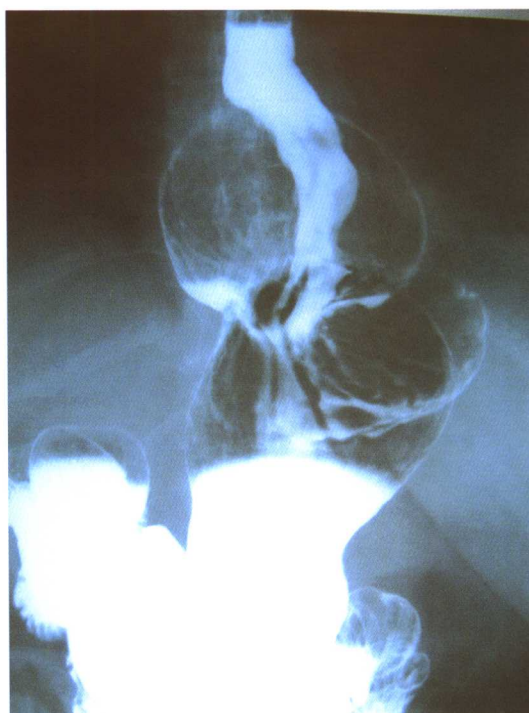


图 15-18 食管裂孔疝：食管旁型

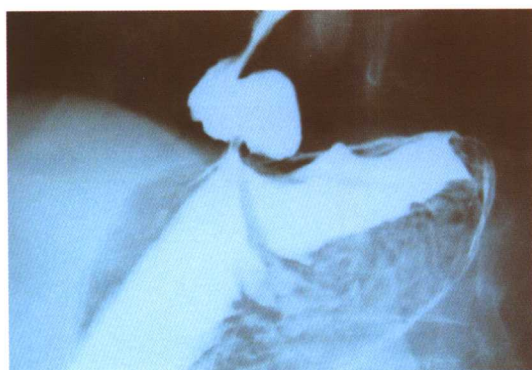


图 15-19 食管裂孔疝：混合型

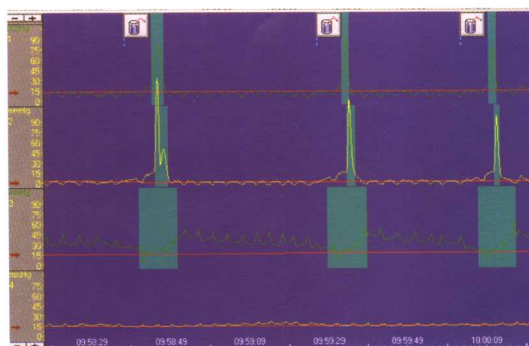


图 15-26 第三通道位于LES，基础压正常，湿咽后松弛良好

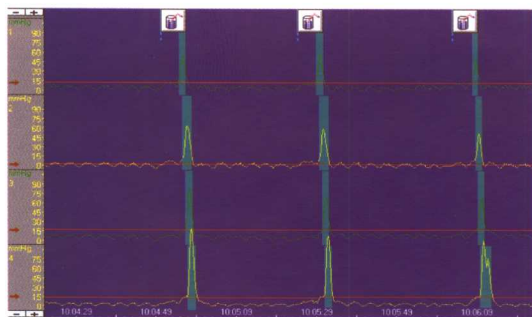


图 15-27 食管体部基础压力低于胃内压，湿咽后，出现有力的前向性蠕动波，波幅>10mmHg

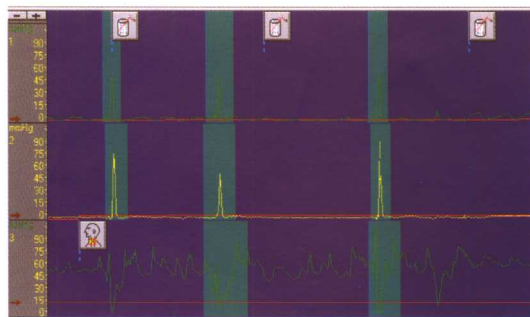


图 15-28 干咽后 UES 松弛良好

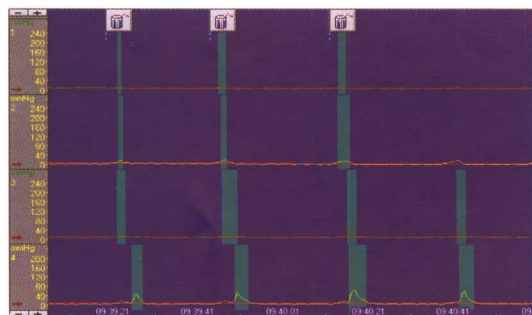


图 15-29 湿咽后，食管体部低幅收缩

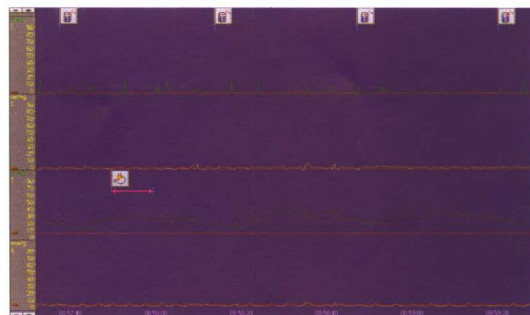


图 15-30 远端第二通道位于LES，湿咽后LES松弛不完全，基础压高，食管体部前向性蠕动差

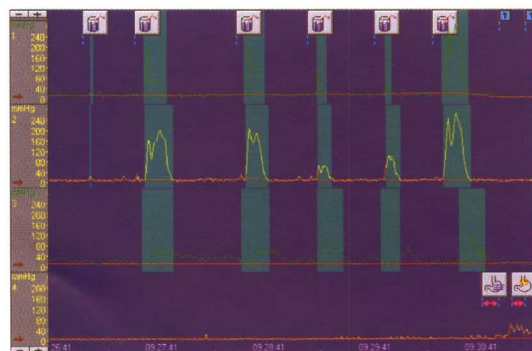


图 15-31 食管远端高幅收缩，波幅超过180mmHg，呈同步收缩

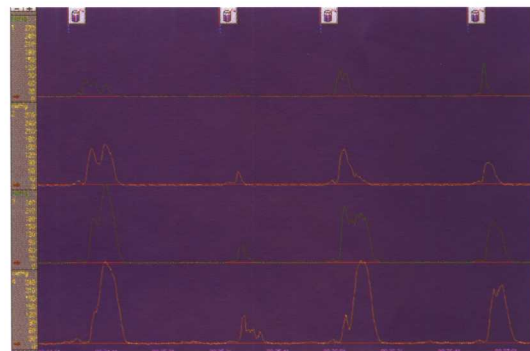


图 15-32 食管体部高幅收缩，波幅>180mmHg，蠕动呈前向性

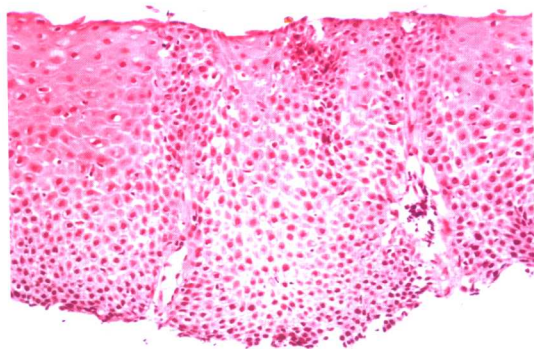


图 15-33 鳞状上皮细胞间隙不均匀扩大

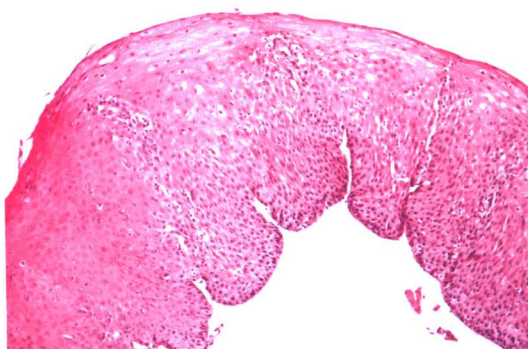


图 15-34 基底细胞增生超过上皮层厚度的 15%

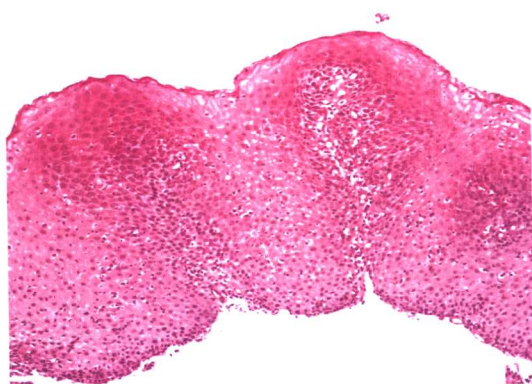


图 15-35 固有层乳头增多、伸长，达上皮表面。上皮内可见淋巴细胞及嗜酸性粒细胞浸润

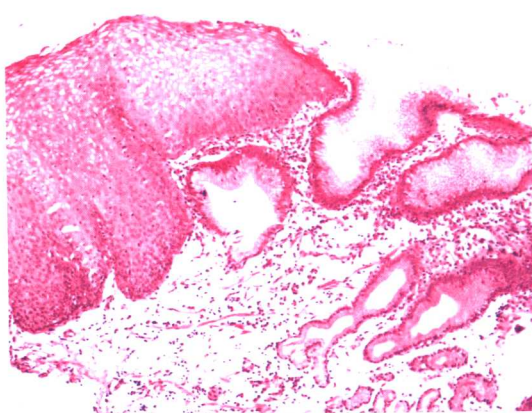


图 15-36 BE 贲门型

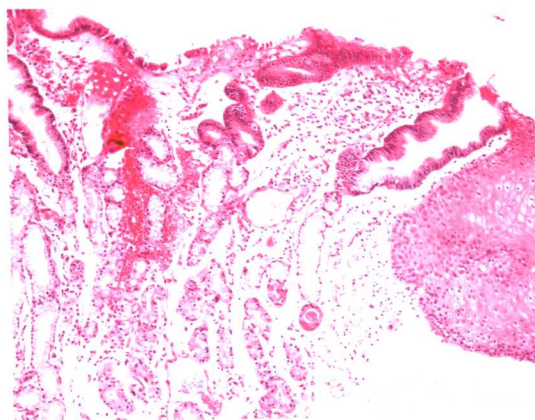


图 15-37 BE 胃底腺型

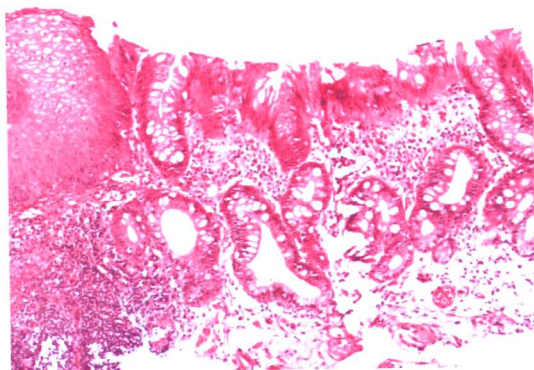


图 15-38 BE 肠化生型

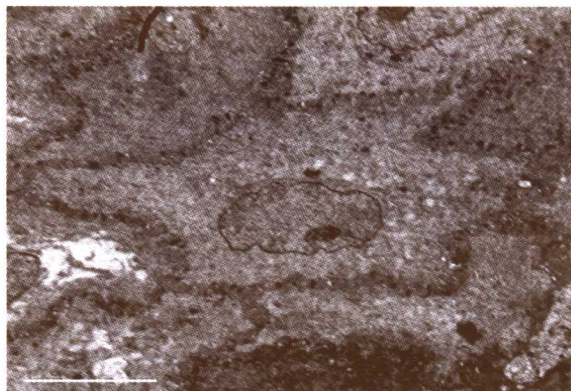


图 15-39 正常对照者食管下段鳞状上皮细胞间隙
× 6000 (左下标尺长度为 5mm)

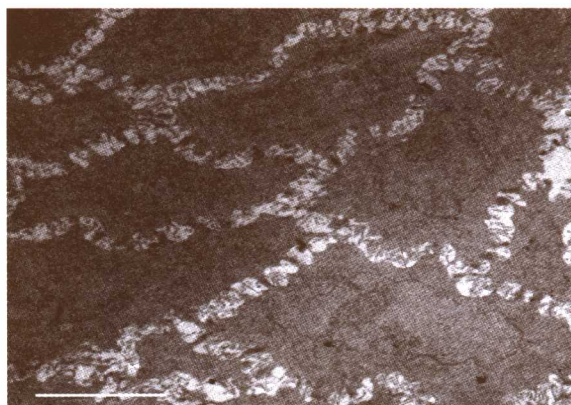


图 15-40 NERD 患者食管下段鳞状上皮细胞间隙
× 6000 (左下标尺长度为 5mm)

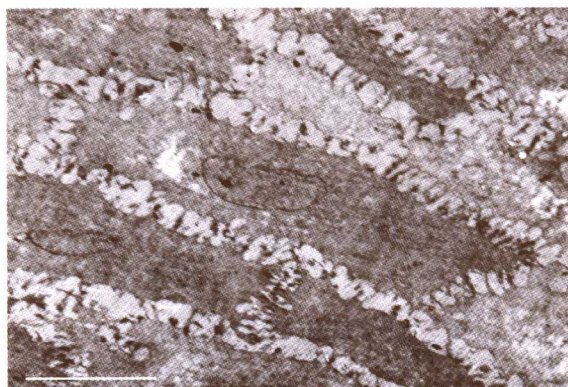


图15-41 糜烂性食管炎患者食管下段鳞状上皮细胞间隙
× 6000 (左下标尺长度为 5mm)