

临床鉴别诊断与治疗系列

现代 消化科 手册

主编 王吉耀
刘文忠



LINCHUANG
JIANBIE ZHENDUAN
YU ZHILIAO XILIE

上海科学技术文献出版社

临床鉴别诊断与治疗系列

现代消化科手册

主 编 王吉耀

副主编 刘文忠

上海科学技术文献出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代消化科手册/王吉耀主编. —上海: 上海科学技术文献出版社, 2003. 7

ISBN 7-5439-2144-8

I. 现… II. 王… 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(2003)第 027264 号

责任编辑: 何 蓉

封面设计: 何永平

现代消化科手册

主编 王吉耀 副主编 刘文忠

★

上海科学技术文献出版社出版发行

(上海市武康路 2 号 邮政编码 200031)

全国新华书店经销

上海中华印刷有限公司印刷

★

开本 850×1168 1/32 印张 15.25 字数 499 000

2003 年 7 月第 1 版 2003 年 7 月第 1 次印刷

印数: 1—3 100

ISBN 7-5439-2144-8/R·562

定价: 32.00 元

内 容 提 要

《临床鉴别诊断与治疗系列——现代消化科手册》从临床实践出发,根据近年来最新资料,对消化系统常见疾病的诊断、鉴别诊断和治疗作了详尽的介绍。全书共分两个部分:症状篇和疾病篇。前者主要介绍了消化系统疾病的常见症状和体征,以症状体征为主线,对有该症状体征的疾病进行比较、鉴别;后者主要介绍了食管疾病、胃十二指肠疾病、肠道疾病、肝脏疾病和胰腺及胆道疾病,以疾病为中心作纵向描述并注意与其他疾病的横向鉴别,以及介绍最新治疗原则。本书内容丰富,力求涵盖消化系统疾病方面的最新进展,具有一定的先进性、实用性。本书适合各级医师特别是消化科医师及临床研究生阅读参考。

主 编	王吉耀	
副主编	刘文忠	
编 委	王吉耀	复旦大学附属中山医院
	王兴鹏	上海交通大学附属第一人民医院
		医院
	刘文忠	上海第二医科大学附属仁济
		医院
	邱德凯	上海市消化疾病研究所
	钦伦秀	复旦大学肝癌研究所
	侯晓华	华中科技大学同济医学院协
		和医院

序

消化系统疾病在临床上很常见,据统计在内科门诊中,因消化系统疾病就诊的患者约占40%。疾病的诊断、鉴别诊断和治疗是临床医生的基本功,其掌握程度直接关系到临床医生的诊疗水平。临床医生诊疗水平的提高主要通过两条途径,即吸取别人经验和本人实践经验的积累。医学是一门不断发展的学科。在当今这一“知识爆炸”的时代,每年都有浩瀚的文献发表和大量的专著出版,这无疑为消化专业的临床医生吸取别人经验提供了丰富的源泉,但繁忙的工作往往使多数临床医生无暇充分吸取。发挥专家特长,从丰富的源泉中浓缩出精华,编写出内容新颖、文字简明的手册供临床医生阅读,是吸取别人经验的好方法。王吉耀教授主编的《临床鉴别诊断与治疗系列——现代消化科手册》正是基于这一目的。

本书的主编和编委均是事业上卓有成效的中青年专家,他们在编写本书过程中参考了大量的最新资料,特别是国内外有关的诊治指南和专家共识,并充分结合了自己的临床经验,从而保证了本书有很高的水平和质量。

全书共分两个部分,即症状体征篇和疾病篇。前者对消化系统疾病常见症状体征的诊断和鉴别诊断作了横向描述,提出了治疗原则;后者主要对常见疾病的诊断作了纵向描述,注意与其他疾病鉴别的横向联系,并详述了治疗方法和有关细节。这样的编排有助于读者抓住疾病诊断、鉴别诊断和治疗的要害。本书的

出版为普内科医生、消化科医生及有关研究生提供了一本内容
丰硕的参考书。我衷心祝贺本书成功出版,并乐意将其推荐给
广大读者。

上海市消化疾病研究所名誉所长
卫生部内科消化重点实验室主任
中华医学会消化病学会主任委员

萧树东

2003年1月于上海

前 言

如何接触患者、采集完整病史、完成全面的体格检查,在此基础上通过分析发现问题,选择进一步诊断方法和鉴别措施,对疾病进行诊断与鉴别诊断是临床医师一个十分重要的基本功,也是医师对患者进行治疗的前提。在临床实践过程中不断总结培养诊断思维和治疗思维,在诊断和治疗过程中强调循证医学的原则,使每位临床医师在处理患者时有据可依,这是编写本书的初衷。

本书尽量收集最新资料,特别是诊治指南和专家共识,并结合作者临床经验着重诊断和鉴别诊断进行编写。最终以手册形式出版,希望本书能成为在医师手边能解决临床问题的一本实用的参考书。

本书所邀编委均为各教学医院消化科的学科带头人、博士生导师,是事业上卓有成就的中青年专家。他们善于吸取国内外最新信息,又有丰富的临床和著书经验。由于他们的鼎力合作,使本书在保证质量情况下早日出版。

本书出版还得到上海科学技术文献出版社的大力支持,消化界前辈萧树东教授为本书作序,在此一并表示衷心感谢。

临床上,由于患者个体差异和现代医学的迅速发展,治疗方法和药物剂量都可能发生变化。因此在决定治疗方案时,本书提供资料仅作参考,不负法律责任。

本书内容新颖、实用性强,适合各级临床医师、医学生和临床研究生参考,但由于编写时间短促,加上水平有限,书中如有错误之处祈盼广大读者不吝指正。

王吉耀

2002年9月

目 录

症 状 篇

第一章	烧心	(3)
第二章	非心源性胸痛	(8)
第三章	吞咽困难	(16)
第四章	恶心和呕吐	(23)
第五章	呃逆	(32)
第六章	厌食	(37)
第七章	腹胀	(44)
第八章	腹痛	(52)
第九章	腹泻	(64)
第十章	便秘和排便困难	(73)
第十一章	腹部肿块	(82)
第十二章	消化道出血	(89)
第一节	上消化道出血	(89)
第二节	下消化道出血	(99)
第三节	不明原因消化道出血	(105)
第十三章	腹水	(109)
第十四章	黄疸	(120)

疾 病 篇

第十五章	食管疾病	(133)
第一节	胃食管反流病	(133)
第二节	食管裂孔疝	(144)

第三节	食管憩室	(150)
第四节	食管癌	(153)
第五节	贲门失弛缓症	(160)
第六节	食管-贲门粘膜撕裂综合征	(168)
第十六章	胃、十二指肠疾病	(173)
第一节	胃炎	(173)
一、	急性胃炎	(173)
二、	慢性胃炎	(175)
第二节	消化性溃疡	(179)
第三节	功能性消化不良	(194)
第四节	胃癌	(202)
第五节	胃泌素瘤	(207)
第六节	十二指肠壅滞症	(213)
第七节	胃十二指肠憩室	(217)
第十七章	肠道疾病	(221)
第一节	克罗恩病	(221)
第二节	肠结核和结核性腹膜炎	(231)
一、	肠结核	(231)
二、	结核性腹膜炎	(235)
第三节	吸收不良综合征	(239)
一、	吸收不良综合征	(239)
二、	小肠细菌过度生长综合征	(244)
第四节	小肠肿瘤	(247)
一、	小肠肿瘤	(247)
二、	原发性小肠淋巴瘤	(251)
第五节	肠梗阻	(252)
第六节	肠易激综合征	(257)
第七节	溃疡性结肠炎	(266)
第八节	肠缺血症	(276)

一、急性肠系膜缺血症	(277)
二、慢性肠系膜缺血症	(282)
三、结肠缺血症	(284)
第九节 结肠憩室	(288)
第十节 结肠息肉	(291)
第十一节 大肠癌	(298)
第十二节 肠道血管畸形	(302)
第十八章 肝脏疾病	(309)
第一节 慢性肝炎	(309)
一、慢性病毒性肝炎	(309)
二、自身免疫性肝炎	(314)
第二节 药物性肝病	(319)
第三节 酒精性肝病	(324)
第四节 非酒精性脂肪肝	(330)
第五节 肝硬化	(336)
第六节 肝性脑病	(348)
第七节 急性肝功能衰竭	(356)
第八节 原发性肝癌	(363)
第九节 肝脏其他占位性病变	(372)
一、细菌性肝脓肿	(372)
二、肝囊肿	(377)
三、肝血管瘤	(381)
四、肝细胞腺瘤	(386)
五、肝包虫病	(389)
第十节 Budd-Chiari 综合征	(394)
第十一节 原发性胆汁性肝硬化	(401)
第十二节 原发性硬化性胆管炎	(407)
第十三节 遗传性血色病	(409)
第十四节 肝豆状核变性	(414)

第十九章 胰腺与胆道疾病	(421)
第一节 急性胰腺炎.....	(421)
第二节 慢性胰腺炎.....	(431)
第三节 胰腺癌.....	(439)
第四节 胰腺内分泌肿瘤.....	(444)
一、胰岛素瘤.....	(444)
二、胰高血糖素瘤.....	(445)
三、血管活性肠肽瘤.....	(446)
四、生长抑素瘤.....	(448)
五、生长激素瘤.....	(449)
六、无功能性胰腺内分泌瘤.....	(449)
七、其他胰腺内分泌肿瘤.....	(450)
第五节 胆石病.....	(450)
第六节 胆囊炎.....	(456)
第七节 胆道肿瘤.....	(463)
一、胆囊癌.....	(463)
二、胆囊良性肿瘤.....	(465)
三、胆管癌.....	(466)
四、胆管良性肿瘤.....	(469)
五、壶腹部癌.....	(469)
第八节 肝胰壶腹括约肌功能不全.....	(472)

症 狀 篇

第一章 烧 心

烧心或胃灼热是指在剑突或胸骨下的一种烧灼或发热的感觉,有时呈烧灼样疼痛。此为胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)的特征性症状。通常被描述为胸骨后的烧灼感,常在餐后 1 h 出现,尤其是饱餐后。躯体前屈、卧位或用力屏气时加剧,并从上腹部放射至颈部。患者可能使用许多其他的同义词来描述,包括“不消化”和“反酸”。当烧心是因胃内的酸性内容物反流到食管所致时,一般可通过饮水或服用制酸药物来缓解,多见于胃食管反流病。而烧心与反酸同时存在,常见于溃疡病。反酸是指突发的或自发的小量呈酸味的物质反流入口腔,多发生于餐后,特别易发生于弯腰时或夜间,约有一半的成人也可间断性地发生。其与呕吐的区别在于没有恶心或干呕。偶尔发生烧心并无临床意义,如仔细询问病史几乎很多人曾有过此症状。如烧心严重而且持续时间长,则应找出病因。

【发病机制】

烧心通常被认为是胃酸分泌过多或者是含有胃酸的胃内容物反流到食管引起。但无胃酸的患者也可出现烧心症状,因此烧心的发病机制不仅是胃酸引起,可能与下列因素有关。

1. 食管运动功能异常

有人作实验以气囊扩张食管的下 1/3 处,有半数人可在剑突附近出现烧心的感觉。如快速将水或低浓度的碳酸氢钠溶液注入食管内时,也可产生烧心感觉,这说明扩张食管可引起烧心症状。

2. 胃内容物反流至食管

在正常情况下,食管有 3 种方式防止胃内容物反流:①食管下端括约肌是抗反流的主要屏障之一,它是一段位于食管远端的长 1.0~3.5 cm 特化的环形肌,通过维持超过胃内压的静息压来防止反流。②正常情况下,食管通过 3 个重要机制清除反流的胃内容物:重力、蠕动和碳酸氢盐。当胃内容物反流入

食管,其中的大部分由重力和蠕动的联合作用清除,遗留的少量胃内容物被食管内产生的碳酸氢盐中和。③大量分泌和经常吞咽下的碱性唾液可中和反流到食管内的小量胃酸或酸性内容物。当这些功能发生障碍时,胃内容物可反流到食管内引起烧心感觉。引起烧心不一定是酸性胃内容物,在胃全切除的患者,胆汁、胰液这些碱性分泌液反流到食管内时,也可引起烧心。有些内分泌激素、药物、食物,可影响食管下端括约肌,使其张力减低,如促胰液素、缩胆囊素、胰高糖素、多巴胺、咖啡、巧克力等。吸烟由于尼古丁的作用也可使食管下括约肌松弛。

3. 食管粘膜敏感性增加

罹患食管炎时,食管粘膜对刺激敏感性增加,易发生烧心。胃酸、胆汁、胰液都是对食管粘膜有刺激性的物质。这些物质如反流到食管,不仅对食管粘膜有刺激作用,同时可使食管蠕动延缓及食管下端括约肌松弛,进一步促使胃内容物反流。反流物损害食管粘膜上皮使其脱落。若脱落的速度大于再生的速度时就会发生食管炎及溃疡,使粘膜对刺激的敏感性增加而产生烧心症状。当粘膜未被破坏时,反流物中的酸与胆汁向粘膜内渗透,刺激食管深层上皮感觉神经末梢,亦可引起明显的烧心症状。故烧心的严重程度与食管粘膜的破坏程度无关,而与食管粘膜的敏感性增加有关。

【病因】

烧心症状的出现有两种可能性:①器质性疾病,如反流性食管炎、溃疡病、幽门不全梗阻、贲门手术后、膈疝、食管溃疡。②食管功能紊乱,如进食过快、大量咽下空气、精神紧张。腹内压增加,如晚期妊娠、大量腹水、甲状腺功能低下,皆可使下食管括约肌障碍而发生烧心。某些激素、药物、食物也可引起下食管括约肌障碍而发生烧心。

常见的病因如下:

- (1) 酸相关性疾病 消化性溃疡、胃泌素瘤、反流性食管炎、食管溃疡。
- (2) 胃食管反流性疾病 食管裂孔疝、幽门不全梗阻、巴雷特食管(Barrett食管)、食管憩室、贲门及胃切除术后、妊娠。
- (3) 上消化道炎症 食管炎、急性胃炎、慢性胃炎、十二指肠炎。
- (4) 上消化道肿瘤 食管癌、贲门癌和胃癌。

(5) 功能性疾病 功能性消化不良,其中以食管反流型多见;贲门失弛缓症;神经官能症。

【诊断要点】

1. 症状特征

(1) 烧心与饮食的关系 烧心多发生于餐后,在饱餐之后更容易发生,能降低下食管括约肌的食物和药物,如白薯、酒、热咖啡、阿司匹林,皆可诱发烧心或使其加重。

(2) 烧心与体位的关系 卧位时症状诱发或加重,提示胃食管反流病。

(3) 伴随症状 烧心可伴随有胸痛、反酸、反食、吞咽疼痛、吞咽困难、腹胀。

2. 实验室检查

(1) 24 h 食管内 pH 及胆汁测定 24 h 食管内 pH 及胆汁测定是定量及动态测量食管内酸度及胆红素的一项技术,能反映胃食管酸和胆汁反流。将 pH 电极和胆汁检测探头放置在食管下端距下食管括约肌 5 cm 处,监测 24 h,以 $\text{pH} < 4$ 及 $\text{abs} > 0.14$ 确定为酸和胆汁反流。食管内 pH 监测的观察指标有: $\text{pH} < 4$ 总的时间和百分时间; $\text{pH} < 4$ 发生的次数;立位和卧位的 $\text{pH} < 4$ 的时间和百分数; $\text{pH} < 4$ 持续 5 min 以上的时间和百分数; $\text{pH} < 4$ 持续最长的时间;酸反流指数,常用 DeMeester 计分表示。食管内胆汁监测的观察指标有: $\text{abs} > 0.14$ 总的时间和百分时间; $\text{abs} > 0.14$ 发生的次数;立位和卧位的 $\text{abs} > 0.14$ 的时间和百分数; $\text{abs} > 0.14$ 持续 5 min 以上的时间和百分数; $\text{abs} > 0.14$ 持续最长的时间。此项检查的目的在于了解是否存在病理性酸反流和病理性胆汁反流。此项检查对仅有烧心症状而上消化道内镜检查及 X 线检查阴性的胃食管反流病有较高的诊断价值。此外,还可以通过症状计分了解症状是否与酸和胆汁反流有关。

(2) 酸灌注试验(Bernstein test) 将胃管下到食管下端并滴入生理盐水,3~4 min后,再滴入 0.1 mol/L 盐酸,如发生烧心表明食管粘膜敏感性增高。此项检查对鉴别食管炎及心绞痛有帮助,也是诊断食管疾病的方法之一。

(3) 内镜检查 内镜检查为诊断食管疾病最有价值的方法之一,可以观察到粘膜病变的情况。