

医学临床诊疗技术丛书 ▼

XIAOHUAKEJIBING

消化科疾病

临床诊疗技术

主编◎ 高敬国 魏绍武 王素英

中国医药科技出版社

消化科疾病

临床诊疗技术

高敬国 魏绍武 王素英 主编

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书共分为七章,涉及疾病近 50 种,包括了消化科的常见病和多发病。本书针对各疾病的临床表现、辅助检查、鉴别诊断和治疗等方面的知识进行了较为系统、全面的介绍;重点突出了诊断和治疗处理上的临床经验的介绍;特别强调了如何做好病情记录、医患沟通等方面的问题,以帮助年轻医生更好地构筑和谐的医患关系。本书立足临床实践,内容全面、翔实,重点突出,力求深入浅出,方便阅读,实用性很强。适合消化科专业人员以及基层医务工作者使用。

图书在版编目 (CIP) 数据

消化科疾病临床诊疗技术/高敬国,魏绍武,王素英主编.
—北京:中国医药科技出版社,2016.5

(医学临床诊疗技术丛书)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 8334 - 7

I. ①消… II. ①高… ②魏… ③王… III. ①消化系统
疾病 - 诊疗 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 058545 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行:010-62227427 邮购:010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092mm $\frac{1}{32}$

印张 12 $\frac{1}{8}$

字数 261 千字

版次 2016 年 5 月第 1 版

印次 2016 年 5 月第 1 次印刷

印刷 北京市昌平百善印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 8334 - 7

定价 38.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话:010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编 委 会

主 编 高敬国 魏绍武 王素英

副主编 李国安 李 红 唐占军

王利兴

编 者 (以姓氏笔画为序)

王利兴 王英海 王素英 王聪敏

石 娜 白 冰 米晓强 祁凤茹

毕雁茹 李 红 李国安 沈彦军

张 辉 张金良 高敬国 郭秀清

唐占军 康 薇 魏绍武

前 言

消化系统疾病是临床常见病、多发病，已成为影响人类和我国人民健康的重要疾病。消化系统疾病的临床表现除消化系统本身的症状及体征外，也常伴有其他系统或全身性症状，有的消化系统症状还不如其他系统的症状突出。近年来，国内外消化病学领域科研成果精彩纷呈，众多高质量的基础实验、临床研究层出不穷，胃肠病学相关学会及专家制订或更新了诸多指南及共识。这些指南和共识的颁布，进一步规范了消化系统疾病的诊治，为临床工作的开展提供了极大的便利。为了在广大临床医师中普及和更新消化科疾病诊断和治疗指南知识，满足消化科相关专业人员的临床需要，并最终提高临床疾病的诊断率与治愈率，编者在参阅国内外相关研究进展的基础上，结合临床经验编写了此书。

本书涉及消化科临床中各种常见疾病，内容包括消化科临床工作中遇到的常见疾病诊断和治疗的要点，并对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述，包括临床表现、辅助检查、诊断、治疗方案和临床经验。同时，随着人们法律意识的不断提高，各医疗单位的医疗纠纷发生率呈现上升趋势。为此，本书重点突出诊断和治疗处

理上的临床经验介绍，把有丰富临床经验的高年资医生的临床思维方法和经验介绍给年轻医生，让他们不走弯路。在临床经验介绍中，书中特别强调了如何做好病情记录、医患沟通等方面的问题，以帮助年轻医生更好地构筑和谐的医患关系。

本书立足临床实践，内容全面翔实，重点突出，力求深入浅出，方便阅读，是一部实用性很强的关于消化科疾病诊断的医学读本。适合消化科专业人员以及基层医务工作者使用。

本书在编写过程中，得到了多位同仁的支持和关怀，其在繁忙的医疗、教学和科研工作之余参与撰写，在此表示衷心的感谢。

由于编者水平所限，文中不足之处在所难免，望广大读者诚恳赐教。

编 者

2016 年 2 月

目 录

第一章 食管疾病 / 1

第一节	胃食管反流病	1
第二节	贲门失弛缓症	13
第三节	真菌性食管炎	20
第四节	食管憩室	24
第五节	食管癌	31
第六节	食管贲门黏膜撕裂综合征	39

第二章 胃疾病 / 46

第一节	急性胃炎	46
第二节	慢性胃炎	52
第三节	消化性溃疡	58
第四节	功能性消化不良	68
第五节	胃黏膜脱垂症	73
第六节	胃癌	77
第七节	上消化道出血	86
第八节	下消化道出血	98

第三章 肠道疾病 / 106

第一节	慢性腹泻	106
第二节	肠易激综合征	108
第三节	肠结核	117
第四节	克罗恩病	128
第五节	急性出血坏死性肠炎	138
第六节	十二指肠壅滞症	147
第七节	小肠肿瘤	151
第八节	大肠癌	157
第九节	阑尾炎	165
第十节	肠梗阻	173
第十一节	乳糜泻	179
第十二节	伪膜性肠炎	186
第十三节	缺血性肠炎	192

第四章 肝脏疾病 / 200

第一节	病毒性肝炎	200
第二节	自身免疫性肝炎	218
第三节	脂肪性肝病	227
第四节	药物性肝病	232
第五节	肝硬化	241
第六节	原发性肝癌	252
第七节	肝性脑病	262
第八节	肝脓肿	272
一、	细菌性肝脓肿	272

二、阿米巴肝脓肿	279
----------------	-----

第五章 胆系疾病 / 287

第一节 胆石症	287
第二节 胆囊炎	295
一、急性胆囊炎	295
二、慢性胆囊炎	302
第三节 急性梗阻性化脓性胆管炎	307
第四节 胆汁淤积症	314
第五节 胆管蛔虫症	319
第六节 胆道肿瘤	326
一、胆道良性肿瘤	326
二、胆道恶性肿瘤	329

第六章 胰腺疾病 / 336

第一节 胰腺炎	336
一、急性胰腺炎	336
二、慢性胰腺炎	345
第二节 胰腺癌	352

第七章 腹膜及肠系膜疾病 / 361

第一节 结核性腹膜炎	361
第二节 自发性细菌性腹膜炎	368

第一节 胃食管反流病

胃食管反流病（GERD）是指由于胃十二指肠内容物反流至食管，刺激食管黏膜或造成损伤，从而引起的临床症状（嗝气、泛酸、胸痛、咳嗽等）或食管炎症，临床表现为内镜阳性 GERD，即有食管黏膜的破溃、糜烂、溃疡等形成反流性食管炎（RE），也可表现为内镜阴性 GERD，即无糜烂性食管炎（NERD）。NERD 无食管黏膜损伤，pH 值试验亦正常，即无异常的酸暴露，其症状产生原因尚不很清楚，可能与食管黏膜高敏有关。广义的 GERD 还包括系统性硬化症，妊娠或长期放置胃管、三腔管引起的继发性 GERD 等。

【诊断】

（一）症状

1. 反流症状 如泛酸、反食、嗝气。嗝气频繁时可伴有反食、泛酸。有时反流物味苦，为胆汁，也有的反流物为无味的液体。饱餐后容易出现上述反流症状，在食管下段括约肌压力（LES）低下的患者，体位也是发生反流和反食的诱因。

2. 食管刺激症状 如烧灼感、胸痛、吞咽疼痛等。反

流物刺激食管黏膜上皮内的神经末梢，常引起烧灼感、胸骨后痛。严重时食管黏膜损伤，可引起吞咽疼痛。少数患者有吞咽时发噎感，这可能由于食管体部蠕动收缩波幅低下或体部无蠕动收缩，不一定存在食管炎性狭窄。

3. 食管外刺激症状 如咳嗽、气喘、咽喉炎、口腔溃疡、副鼻窦炎等。咽喉炎患者常在晨起时有咽异物感、清喉，声音沙哑；临床上遇有少数患者仅表现为恶心、咽部异物感，各项检查并无异常。食管测压显示食管括约肌压力（LESP）低下。抗反流治疗后，症状可缓解。支气管炎或哮喘者表现为咳嗽、气喘；有的表现为肺炎；也有在熟睡时，反流物吸入气道，引起呛咳、气喘甚至窒息感。还有唾液分泌过多，这是由于酸反流至食管，反射性地引起唾液分泌过多。此外，还有表现为口腔溃疡、鼻窦炎等。

4. 并发症 严重反流或反复发作的食管炎可发展成食管狭窄，患者吞咽困难，尤其进干食时。出现食管狭窄后，泛酸、反胃、烧灼感等反流症状减轻或不明显。严重的 RE 患者在反胃时常有咖啡样物或血性物，有的患者则仅表现为慢性贫血。严重者并发食管穿孔。

（二）体征

1. 一般可无明显体征。

2. 如并发黑便和（或）呕血，则有贫血貌。

3. 对表现为反复咳嗽、哮喘的，如疑及本病，则需肺部听诊，通常可闻及哮鸣音、细湿啰音。此时，应通过病史询问与支气管哮喘鉴别。

（三）检查

1. 实验室检查 如患者并发有黑便和（或）呕血，则血红蛋白下降，大便隐血试验阳性。

2. 食管钡餐检查 与内镜检查有类似作用，能显示黏膜病变、狭窄以及有无食管裂孔疝，有无胃十二指肠病变。

钡餐检查无须插管，且能直接显示胃内钡剂向食管反流，能动态观察食管、胃十二指肠的动力变化。钡餐检查可作为可选择的诊断方法之一，尤其是患者不愿意接受内镜或插管作反流检查时。如发现异常，常需进一步作内镜检查，以明确诊断。不少 GERD 患者在钡餐检查时不能显示食管黏膜异常。

3. 内镜检查 诊断反流性食管炎的重要手段。半数以上患者内镜下可见食管黏膜充血、糜烂、溃疡等病变，结合病理活检有利于明确病变性质。部分患者有胃食管反流病的症状，而内镜检查无反流性食管炎的征象，目前称为内镜阴性的胃食管反流病。

4. 24 小时食管 pH 值监测 用便携式 pH 值记录仪对患者进行 24 小时食管下段 pH 值连续检测，被认为是诊断本病的金标准。目前常用的观察指标有：24 小时食管内 $\text{pH} < 4$ 的总时间（正常值 $< 4\%$ ）、 $\text{pH} < 4$ 的反流次数（正常 < 66 ）、反流持续 ≥ 5 分钟的次数（正常 ≤ 3 ）、最长反流持续时间（正常值 < 18 分钟）。为避免假阳性和假阴性，检查前 3 日应停用抑酸剂和促胃肠动力药。

5. 便携式 24 小时胆红素监测 常采用 Bilitec2000 检测，其测得的光吸收值与胆红素浓度一致，将胆红素吸收值 < 0.14 作为正常值的标准，此项检查是目前诊断胃食管反流中碱性反流的主要方法。

6. 胆汁反流监测 24 小时食管胆汁监测用于检查有无十二指肠胃食管反流。由于 GERD 是上胃肠道动力障碍疾病，因而，其反流物可能有胃内容物或同时有十二指肠内容物。同步进行食管 pH 值和胆汁监测结果表明，GERD 患者反流有 4 种情况：酸反流、胆汁反流、同时有酸和胆汁反流、酸和胆汁反流阴性。

7. 核素胃食管反流检查 可用于检查有无过多的胃食

管反流，本检查不受酸反流或是胆汁反流的影响。其方法简便，采取仰卧位，静息状态时和腹部加压后，观察有无胃食管核素反流现象。本检查将反流的程度和胃食管反流的影像结合起来，并能反映在腹内压增高时有无出现反流，具有定量指标。

8. 食管测压 测压不直接反映反流，但所提供的信息对评估反流有意义。凡食管下段括约肌（LES）压力 $< 10\text{mmHg}$ (1.3kPa)，可提示本病。

9. PPI 试验性诊断 对有泛酸、烧灼感等反流症状的患者，应给予足量 PPI 治疗，至少 1~2 周。如能有效缓解症状，则支持 GERD 的诊断，国内外均已用于临床。对那些不能接受有关反流检查的患者，PPI 试验能帮助 GERD 的诊断和治疗。

（四）诊断要点

1. 患者有明显的泛酸、烧灼感等反流症状，内镜下有反流性食管炎的表现，并排除其他疾病所致的食管炎。

2. 有明显的泛酸、烧灼感等反流症状，虽无反流性食管炎的内镜诊断依据，但 24 小时食管 pH 值监测提示胃食管反流。

3. 质子泵抑制剂试验性治疗使症状缓解、疗效显著者。即患者有典型症状，但无法行内镜和食管 24 小时 pH 值检测，给予奥美拉唑（洛赛克）每次 20mg，每日 2 次，口服，如治疗 1 周后症状消失或基本好转，即可诊断。

4. 目前我国反流性食管炎的诊断标准（1999 年中华消化内镜学会于山东烟台制订），以食管的内镜表现作为判断食管炎症的依据：内镜下正常者为 0 级；有点状或条状发红、糜烂、无融合现象者为 I 级（轻度）；有条状发红、糜烂，并有融合，但非全周性者，为 II 级（中度）；病变广泛、发红、糜烂融合呈全周性或为溃疡者，为 III 级（重度）。

5. 患者如出现咽痛、声音嘶哑、咳嗽等食管外症状，反复发作，对症治疗效果不明显，应疑及本病，可行内镜、食管 24 小时 pH 值检测或质子泵抑制剂试验性治疗等予以证实。

（五）鉴别诊断

1. 感染性食管炎 好发部位为食管中段，病原菌检查阳性。

2. 药物性食管炎 一般常有服药史，部位以近段食管为多见。

3. 消化性溃疡 常有规律性地上腹痛，伴有泛酸，胃镜或 X 线钡餐检查可明确。

4. 胆系疾病 常有右上腹痛，进食油腻食物可诱发，B 超检查可证实。

5. 贲门失弛缓症 X 线食管钡剂提示食管下段呈对称性漏斗状狭窄，结合胃镜检查可以鉴别。

6. 功能性消化不良 有上腹痛或饱胀不适，伴有泛酸、嗳气等消化不良症状，内镜或 X 线钡餐检查无明显器质性病变。

7. 心绞痛 胸痛发作多以运动时出现，心电图和运动试验可明确。

8. 支气管哮喘 发作往往有季节性，常有诱发因素，内镜或 X 线钡餐检查均无明显异常。

【治疗】

（一）一般治疗

改变生活方式。嘱患者抬高床头，睡眠时床头抬高 15 ~ 20cm；避免饱食；避免过食及睡前进食；避免进食降低 LES 压力的食物（脂肪、咖啡、巧克力、薄荷、汽水）以及高酸性食物（柠檬果汁、番茄汁）；忌烟、忌酒。

改变生活方式是 GERD 治疗的第一步，且应贯穿在整个

治疗过程中。研究发现 20% ~ 30% 患者通过改变生活方式，减少药物维持治疗的剂量，增强治疗效果。忌用抗乙酰胆碱药、茶碱、钙通道阻滞剂、地西泮、麻醉剂、黄体酮等药物。

（二）用药常规

目前对于反流性食管病的药物治疗多主张采用递减法，即一开始首先使用质子泵抑制剂加促胃肠动力药，以求迅速控制症状，快速治愈食管炎，待症状控制后再减量维持。对于治疗药物的选择，GERD 患者就诊时宜先按症状分为轻、中、重三类。一般来说，症状轻、食管黏膜损害不严重的患者常选用常规剂量作用比较温和的抑酸药物（ H_2RA ），有时为了快速缓解症状亦可选用作用比较强的抑酸药物（PPIs）。对症状重、食管黏膜损害严重的患者则应选用强效的抑酸药物，如雷贝拉唑或埃索美拉唑，标准剂量为每日 2 次，必要时加用促胃肠动力药。

1. 用药物方式

（1）递增法：Ⅰ期治疗，即基础治疗，主要为改变生活方式，症状发作时可加用抗酸药或小剂量 H_2RA 。Ⅱ期治疗，适用于Ⅰ期治疗无缓解的 GERD 患者，可在Ⅰ期治疗的基础上加用标准剂量 H_2RA 或促胃肠动力药。Ⅲ期治疗，即药物强化治疗，可联合应用 H_2RA 和促胃肠动力药，或加大 H_2RA 用量，或 PPI 加用促胃肠动力药。药物动力学研究发现该给药方法并不比一次性给予 PPI 治疗优越，临床操作时患者满意率较低。

（2）一步法：也称递减法，即一开始即选用足量 PPI 加促胃肠动力药治疗，待症状控制后再减量维持。该给药方法症状控制快，临床操作时患者满意率高。目前国内大多采用一步法给药。

（3）按需治疗：即采用足够的治疗剂量，经 1 ~ 2 周或

2~3周，临床症状消除后停药，当症状复发时再使用足够的剂量进行治疗；或间歇2~3日给药1次，严重时也可每日给药1次。总之，以能控制症状为原则。按需治疗的适应证多为非糜烂性反流性食管炎（NERD），首选药物为PPI。该方法更经济、方便，因此为更多的GERD患者所接受。

药物治疗的目的是增强抗反流屏障的作用，提高食管的清除能力，改善胃排空和幽门括约肌的功能，防止十二指肠反流，抑制酸分泌，减少反流物中酸或胆汁等含量，降低反流物的损害性，保护食管黏膜，促进修复。

2. 制酸药 主要作用是中和胃酸，减弱或解除胃酸对溃疡面的刺激和腐蚀作用，价格便宜，多为复方制剂，使用于轻、中度GERD，能有效缓解症状，但愈合作用有限。

(1) 氧化镁：每次0.2~1.0g，每日3次，口服。

(2) 氢氧化铝凝胶（aluminium hydroxide gel），每次5~8ml，每日3次，餐前口服。

(3) 复方氢氧化铝片（compound aluminium hydroxide comp），每次0.6~0.9g，每日3次，餐前口服。

(4) 铝碳酸镁、铝碳酸钙、碳酸钙等：其中铝碳酸镁的作用日益引起重视。铝碳酸镁（hydrotalcite，胃达喜），每次1.0g，每日3~4次。

3. 抑酸药 抑制胃酸分泌的药物，抑酸治疗是GERD患者缓解症状和治愈食管炎最有效的措施，抑酸治疗的有效性常由胃内pH值来判定。

(1) H_2 受体拮抗剂（ H_2RA ）：是临床常用的抑酸药，其价格便宜，适用于浅表性胃炎和轻型的GERD。肝、肾疾病患者或高龄人群慎用。

①西咪替丁（cimetidine）：每次400mg，每日2次，口服；或者每次0.2g，稀释后静脉滴注，每4~6小时1次。

②雷尼替丁（ranitidine）：每次150mg，每日2次，

口服。

③法莫替丁 (famotidine): 每次 20mg, 每日 2 次; 或者每次 40mg, 每日 2 次, 静脉滴注。

(2) 质子泵抑制药 (PPI): 具有抑制壁细胞泌酸的最后环节 H^+ , $K^+ - ATP$ 酶的活性, 使 H^+ 不能由壁细胞内转运到胞外, 抑制胃酸形成。PPI 抑酸作用可持续 18 ~ 24 小时以上, 抑酸作用强度为西咪替丁的 8 ~ 20 倍, 是目前最强的抑酸药, 并能迅速缓解症状。临床主要用于治疗消化性溃疡、非食管静脉曲张破裂上消化道出血 (治愈) 和 GERD 等疾病。临床上常用的质子泵抑制剂有:

①奥美拉唑 (omeprazole, losec, 洛赛克): 每次 20mg, 每日 1 ~ 2 次, 口服; 或必要时每次 40mg, 每日 1 ~ 2 次, 静脉注射。

②兰索拉唑 (lansoprazole, 达克普隆): 每次 30mg, 每日 1 ~ 2 次, 口服。

③泮托拉唑 (pantoprazole, 诺森): 每次 40mg, 每日 1 ~ 2 次, 口服; 或必要时每次 40mg, 每日 1 ~ 2 次, 静脉注射。

④雷贝拉唑 (rebeprazole, 波利特): 每次 10 ~ 20mg, 每日 1 ~ 2 次, 口服。

⑤埃索美拉唑 (esomeprazole, nexium, 耐信): 每次 20mg, 每日 1 ~ 2 次, 口服。

4. 促动力药 促进胃肠道蠕动, 减少反流, 单独使用疗效差, 与 H_2RA 及 PPI 合用则疗效明显增强。

(1) 甲氧氯普胺 (metoclopramide, 胃复安, 灭吐灵): 多巴胺受体拮抗剂, 可以使下食管括约肌压力升高, 促进胃排空, 但其可进入血脑屏障引起锥体外系反应。一般需与抗酸药同时使用, 目前在临床上已经较少使用。常用剂量为每次 5 ~ 10mg, 每日 3 次, 饭前服用, 或每次 10 ~ 20mg 肌肉