

21

消化内科分册



21世纪医师丛书

消化内科分册

主编 赵景涛 刘玉兰

21st Century Physician Series
GASTROENTEROLOGY

中国协和医科大学出版社

1257
ZJT
C.3

111168

21 世纪医师丛书编委会

主任委员：方 圻

副主任委员：张之南 罗慰慈

编委：（按姓氏笔画为序）

任祖渊 孙衍庆 朱晓东 朱 预

张友会 邵孝铨 高润霖 潘国宗

消化内科分册

赵景涛 刘玉兰 主编

编委（按姓氏笔划为序）

王智峰 刘玉兰 张国艳 何晋德

吴晶新 邹 磊 赵景涛

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

21 世纪医师丛书: 消化内科分册/赵景涛, 刘玉兰主编. - 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000.5

ISBN 7-81072-066-X

I. 21… II. ①赵…②刘… III. ①医药学-丛书②消化系统疾病-诊疗 IV. R-51

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 69929 号

1134/34
02

消化内科分册——21 世纪医师丛书

主 编: 赵景涛 刘玉兰

责任编辑: 陈永生

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65228583)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京迪鑫印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 1/16 开

印 张: 25.25

彩 图: 8 页

字 数: 618 千字

版 次: 2000 年 6 月第一版 2000 年 6 月第一次印刷

印 数: 1—6000

定 价: 45.40 元

ISBN 7-81072-066-X/R·060

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其它质量问题, 由本社发行部调换)

内 容 简 介

本书重点介绍近年来消化系统疾病中研究较多，进展较快的一些疾病和综合征，如酸和幽门螺杆菌相关疾病，胃肠道肿瘤，胃肠运动功能疾病以及与免疫功能有关的肝病、胰腺病，艾滋病等。以国内外最新的理论（从分子生理学和基因水平）阐述一些疾病的病因和发病机制。以当前最先进的技术融会于一些疾病的诊断和治疗之中。本书不求面面俱到，不是一本完整的消化病学，而是删繁就简，有所侧重，突出一些其他消化病专著着墨稀少的部分，如消化道淋巴瘤、门脉高压性胃粘膜病和免疫性胰腺炎等。提示了疾病谱的变化。本书图文并茂，编入了一些较少见的食管测压，X线钡餐造影和病理图片，可作为21世纪的消化疾病工作者认识主要的消化系统疾病，并进行医疗、教学、科研的必要参考。

作者名单(以姓氏笔画为序)

王爱霞	中国医学科学院北京协和医院感染科	教授
王雪梅	北京医科大学人民医院消化内科	主治医师
王智峰	北京医科大学人民医院消化内科	副教授
邓咏梅	北京医科大学人民医院消化内科	主治医师
冯百芳	北京医科大学人民医院肝病研究所	教授
刘玉兰	北京医科大学人民医院消化内科	副教授
吕愈敏	北京医科大学第三医院消化内科	教授
朱元民	北京医科大学人民医院消化内科	主治医师
朱继业	北京医科大学人民医院普外科	副教授
何晋德	北京医科大学人民医院消化内科	副教授
吴晶新	北京医科大学人民医院消化内科	教授
张 正	北京医科大学人民医院检验科	教授
张 冲	北京医科大学人民医院消化内科	主治医师
张国良	北京医科大学人民医院胸外科	教授
张国艳	北京医科大学人民医院消化内科	副教授
张树基	北京医科大学第一医院消化内科	教授
李世荣	北京军区总医院消化内科	教授
李晓波	北京医科大学人民医院内镜外科	主治医师
李锦云	北京医科大学人民医院儿科	教授
杨少奇	北京医科大学人民医院肝病研究所	硕士研究生
肖文斌	北京医科大学人民医院消化内科	硕士研究生
邹 红	北京医科大学人民医院消化内科	副教授
邹 磊	北京医科大学人民医院消化内科	主治医师
林三仁	北京医科大学第三医院消化内科	教授
周莉雅	北京医科大学第三医院消化内科	教授
祝学光	北京医科大学人民医院普外科	教授
赵景涛	北京医科大学人民医院消化内科	教授
钱家鸣	中国医学科学院北京协和医院消化内科	教授
黄雪彪	北京医科大学第三医院消化内科	副教授
彭吉润	北京医科大学人民医院普外科	副教授
程西奎	北京医科大学人民医院普外科	博士研究生
蒋 绚	北京医科大学人民医院消化内科	主治医师

序

在新世纪来临的时候,《21 世纪医师丛书消化内科分册》的出版,是向消化学界的同仁献上一份世纪之交的礼物。

作为一部 21 世纪医师丛书,它具有什么样的特点呢?它最主要的特点就是内容新,符合新世纪读者的要求。本世纪,特别是后 20 年,是科技飞速发展的时代,也是医学科学飞速发展的时代,从临床医学到分子生物学,从认识疾病的“生物学”模式到“生物、心理、社会医学”模式,医学科学起了很大的变化。其发展信息量之大和规模之快速,都是空前的。本书将努力反映消化疾病的新概念和新进展。例如,“幽门螺杆菌相关性疾病”,就是近十余年来提出的一个新概念,它对消化性溃疡和慢性胃炎的病因和发病机制,做出完全不同于传统观念的新解释,并通过根除细菌而明显提高了疗效。本书对胃肠动力性疾病的介绍也用了较多篇幅,如第一章的 6 篇文章中,5 篇都涉及胃肠动力性疾病。曾几何时,胃肠动力性疾病的研究在国内尚属空白,少为人知;在即将进入 21 世纪的时候,这方面的研究动态已如烂漫的春花,盛开于祖国的大地。此外,经济的发展使人们的生活环境、生活方式和饮食内容发生变化,也导致人类疾病谱发生进一步的变化,使过去有些少见病成为常见病,也出现了一些新疾病。本书所介绍的“艾滋病引起的胃肠道病变”、“抗生素相关性腹泻”、“病毒性肝炎”、“自身免疫性肝炎”、“胃食管反流性疾病”、“Barrett 食管”、“傍乳头憩室综合征”等,即属新疾病或人们对疾病的新认识。本书力求让读者更多了解这些进展和新的认识,以图赶上时代的步伐,符合时代的要求。

本书的写作也不同于一般的教科书或胃肠病学专著。它突出实用性,突出重点,注重横向联系,多写进展较快的部分和大家不熟悉的内容。书的最后一章写了消化系统的 30 个综合征,对其中的一些,读者可能不太熟悉,有的过去少见而现在已较常见。在写作上,这种“突出重点,补遗拾缺”的做法也是一种新的尝试。

本书主要由北京医科大学人民医院的同道们编写,也有外院专家的参与和协作。写作班子由老、中、青相结合组成。其中有名医、知名专家和学术带头人,把他们积累的丰富经验加以总结,奉献给读者;也有本专业的新秀,他们是学科的中坚力量,对新鲜事物敏感,不辞劳苦,努力吸取中外知识宝库的精华,以负责的精神写作,力求为广大读者提供一部优秀的读物。

我衷心祝贺这部《21 世纪医师丛书消化内科分册》的出版,希望它得到读者的喜爱。

北京协和医院 潘国宗

1999 年 9 月

前 言

为了迎接 21 世纪现代医学的发展,使医学科学步入分子生物学和近代临床医学模式领域,需要培养跨世纪的医学人才。基于此点,我科根据中国协和医科大学出版社“21 世纪医师丛书”编辑组的稿约,通力合作编写了这本《消化内科分册》,希冀在新世纪教育工程中略添杯水车薪。

按照编写宗旨,本书读者为 21 世纪内科消化专业医师,但亦可作为毕业后继续教育的辅助教材。与一般的教科书和消化系专著不同,本书着重于阐述近年来消化系疾病中理论发展比较快,诊疗技术更新较多的内容,如幽门螺杆菌相关性疾病、胃肠和胆囊动力障碍,病毒性肝炎,肝硬化和门脉高压症,胃肠道类癌,消化系统肿瘤(病因学说)及亚临床型肝性脑病等。对于消化系霉菌病,抗生素相关性腹泻和 AIDS 病引起的胃肠道损害亦有涉及。其中大部分参照了国内外最新文献。根据编辑组的要求,本书不求内容上的面面俱到,而是有所取舍,重点在一些尚不为读者熟知的角落,补充一些新鲜的知识 and 观点。

本文共分九章,计 48 个专题,有些题目属综合性。最后一章简述了 30 个常见的消化系统临床综合征,便于读者查阅。

本书主要由老、中、青医师协力完成,尽管一些中青年医师有经验和学识的限制,但他们思维敏锐,查阅文献很多,不厌其烦的数易其稿,奉献精神十分可贵。此外,本书得到了协和医院、北大医院、北医三院、北京军区总医院、本院肝炎研究所及外科许多专家的鼎力帮助,他们在百忙中潜心撰写了凝聚着毕生经验和最新信息和精彩篇章,为本书增色,也使我们的编写工作受到了极大的鼓舞和鞭策,在这里谨向他们致以深切的谢意!

尽管如此,由于本书完稿仓促,编著经验不足,以及学识水平所限,难免会有谬误,权且作为抛砖引玉之举,以期引起同道们在消化系统和相关领域内研讨的兴趣。

敬希医学前辈和同道们不吝指正!

赵景涛 刘玉兰

1999 年 6 月

目 录

第一章 食管疾病	(1)
胃食管反流病	邹 红 (1)
咽异感症	朱元民 (7)
弥漫性食管痉挛	赵景涛 (11)
贲门失弛缓症和胡桃夹食管	邹 磊 (14)
食管裂孔疝	赵景涛 (19)
食管肿瘤	张国良 (22)
第二章 胃和十二指肠疾病	(39)
幽门螺杆菌及其相关性疾病	王智峰 (39)
胃轻瘫和功能性消化不良	邹 磊 (58)
巨大肥厚性胃病	何晋德 (63)
门脉高压性胃病	杨少奇 (65)
胃石	何晋德 (67)
消化道出血的少见原因	刘玉兰 (70)
胃癌	周丽雅 林三仁 (73)
第三章 小肠疾病	(91)
急性出血坏死性肠炎	杨少奇 (91)
小肠细菌过度生长	何晋德 (94)
慢性假性肠梗阻	赵景涛 (99)
小肠肿瘤	何晋德 (105)
第四章 大肠疾病	(114)
溃疡性结肠炎	邹 红 (114)
Crohn 病	吕愈敏 (121)
缺血性肠病	王智峰 (131)
结肠息肉	朱元民 (138)
结肠息肉病	朱元民 (142)
大肠癌	李世荣 (146)
先天性巨结肠症	李锦云 (158)
第五章 其他胃肠疾病	(162)
原发性消化道淋巴瘤	黄雪彪 (162)
消化系统类癌	王智峰 (179)
消化道憩室病	邹 磊 (192)
嗜酸细胞性胃肠炎	刘玉兰 肖文斌 (195)
真菌性肠炎	张 正 (198)

艾滋病消化道病变的临床表现	王爱霞 (202)
抗生素相关性腹泻	张 正 (205)
第六章 肝胆疾病	(214)
病毒性肝炎	冯百芳 (215)
自身免疫性肝炎	杨少奇 (235)
肝硬化及门脉高压	刘玉兰 肖文斌 (240)
原发性胆汁性肝硬化	肖文斌 (256)
亚临床肝性脑病	邓咏梅 (261)
酒精性肝病	张 冲 (267)
脂肪肝	张 冲 (270)
肝豆状核变性	肖文斌 (274)
遗传性血色病	肖文斌 (277)
原发性肝癌	彭吉润 朱继业 (284)
原发性硬化性胆管炎	肖文斌 (298)
胆石病	程锡奎 祝学光 (302)
胆囊息肉样病变	程锡奎 祝学光 (305)
胆囊腺肌增生	程锡奎 祝学光 (306)
胆总管囊肿	程锡奎 祝学光 (306)
胆囊炎	程锡奎 祝学光 (308)
胆系运动功能障碍	赵景涛 (309)
第七章 胰腺疾病	(316)
急性胰腺炎	张国艳 (316)
慢性胰腺炎	蒋 绚 (332)
自身免疫性胰腺炎	蒋 绚 (339)
胰腺癌	张树基 (343)
胰腺内分泌肿瘤	李晓波 钱家鸣 (354)
第八章 腹膜、肠系膜及网膜疾病	(366)
自发性细菌性腹膜炎	吴晶新 (366)
结核性腹膜炎	吴晶新 (368)
腹膜间皮瘤	吴晶新 (372)
吞噬性组织细胞性脂膜炎	赵景涛 (374)
第九章 消化系统疾病相关综合征	(378)
贲门粘膜撕裂综合征	王雪梅 (378)
Barrett 食管综合征	王雪梅 (379)
输入袢综合征	王雪梅 (379)
输出袢综合征	王雪梅 (380)
盲袢综合征	王雪梅 (380)
短肠综合征	王雪梅 (380)
倾倒综合征	王雪梅 (381)

傍乳头憩室综合征	王雪梅 (381)
肠系膜上动脉压迫综合征	王雪梅 (381)
结肠脾曲综合征	王雪梅 (382)
肠易激综合征	王雪梅 (382)
黑色素斑-胃肠道息肉综合征	王雪梅 (383)
缺铁-吞咽困难综合征	王雪梅 (383)
吸收不良综合征	王雪梅 (383)
卓-艾综合征	王雪梅 (384)
胰霍乱综合征	王雪梅 (384)
肝静脉下腔静脉阻塞综合征	王雪梅 (384)
肝血管瘤综合征	王雪梅 (385)
肝炎-再生障碍性贫血综合征	王雪梅 (385)
克-鲍综合征	王雪梅 (386)
胆囊切除术后综合征	王雪梅 (386)
脑病-脂肪肝综合征	王雪梅 (386)
低血糖综合征	王雪梅 (387)
泪、腮腺肿大综合征	王雪梅 (388)
梅格综合征	王雪梅 (388)
夏-柯综合征	王雪梅 (389)
Dubbin-Johnson 综合征	王雪梅 (389)
Roter 综合征	王雪梅 (389)
Gilbert 综合征	王雪梅 (390)
胆管缺失综合征	王雪梅 (390)

第一章 食管疾病

胃食管反流病

发病机制和病理生理 临床表现 辅助检查 诊断 治疗

咽异感症

病因及发病机制 临床表现 诊断 治疗

弥漫性食管痉挛

概述 病因和发病机制 临床表现 诊断和鉴别诊断 治疗

贲门失弛缓症和胡桃夹食管

贲门失弛缓症（病因和发病机制 临床表现 并发症 辅助检查 诊断与鉴别诊断 治疗） 胡桃夹食管（临床表现 诊断与鉴别诊断 治疗）

食管裂孔疝

概述 病因及分类 临床表现及并发症 诊断和鉴别诊断 治疗

食管肿瘤

食管良性肿瘤（分类 临床表现 诊断 治疗） 食管癌（发病率和死亡率）
病因 病理 临床表现 诊断 治疗

胃食管反流病

胃食管反流病（gastroesophageal reflux disease, GERD）是指胃十二指肠内容物反流入食管产生的症状和并发症。它可引起反酸、烧心、胸痛等症状，并可导致食管和食管以外的咽喉、喉、气管等组织损害，表现为咽喉炎、哮喘、咳嗽或胸痛等。酸（碱）反流导致的食管粘膜破损称为反流性食管炎（RE）。消化内镜是 RE 的主要诊断方法。GERD 广义地包括粘膜破损或无破损，因此，可分为内镜阳性 GERD 和内镜阴性 GERD。内镜检查食管粘膜有破损者为 RE。GERD 在西方国家十分常见，人群中有 10%~20% 存在胃食管反流（GER）。胃食管反流病在我国成年人中也较常见，北京、上海两地人群的流行病学调查表明，有反流症状者北京（10.19%）GERD，多于上海（7.76%）。北京的男性病人、体力劳动者及农村的患病率均高于上海。40 岁以上的患病率增多。GERD 的患病率为 5.77%，反流性食管炎（RE）的患病率为 1.92%，两者的比值为 3:1。

一、发病机制和病理生理

GERD 是上消化道动力障碍性疾病。正常人有少量短暂的反流，常见于饭后直立位。但这种生理性 GER 为短暂的，不损害食管粘膜，常无症状。GERD 发病的基本机制是抗反流的

防卫机制下降及反流物对食管粘膜攻击作用加强的结果。

(一) 抗反流的防御功能下降

1. 食管下括约肌 (LES) 功能失调 LES 是一组位于食管下端的环形肌。它具有括约肌的功能, 长度约 2.0cm~3.5cm, 静息时为高压区, 北医大人民医院测定的正常功能压为 $1.5 \pm 0.45\text{kPa}$ 。吞咽时 LES 松弛, 使食团通过进入胃内。因此, 当 LES 压力 (LESP) 低下, 或 LES 频繁发生松弛时可引起反流; 当腹内压上升时, 引起膈压差增加也可引起反流。肠神经丛的损害、药物的影响或食管本身病变及血管活性肠肽 (VIP) 增加均可导致 LES 功能压下降。有人认为高脂肪饮食、吸烟等也可使 LES 压力下降。但近来也有研究者认为与等热量的平衡饮食相比, 高脂饮食并不能改变 LES 的动力学状态, 也不能促使 GER 发生, 提示在反流性疾病中, 脂餐促使反流的机制比过去想象的更为复杂。

2. 食管体部清除功能下降 正常吞咽后食管体部出现推进性蠕动, 如有反流, 食管会出现继发性蠕动而达到清除作用。由于食管蠕动收缩, 大部分的食物进到胃内, 贴在食管壁的残余酸由咽下的唾液中和。当食管体部蠕动减弱时, 对于反流物的清除能力则下降, 以及唾液分泌的减少将影响反流物中酸的清除。一般来说, 酸反流越重, 食管的酸清除越差, 反流性食管炎越重。夜间酸反流与反流性食管炎的发生更为密切, 但也有研究者认为, 立位比卧位的反流更为显著。一方面可能因立位包括了餐后的反流; 另一方面也可能因立位时腹内压较高, 容易出现反流。立位反流时间的百分比与一过性 LES 发生松弛有关; 而卧位时则不相关。餐后 LES 出现一过性松弛, 尤其是 GERD 患者, 餐后 LES 松弛后蠕动压低于正常人。

3. 胃排空延缓 胃排空延缓、胃内压增加易促发 GER。研究发现 GERD 有胃电节律紊乱, 这可能是胃动力低下的原因。此外, GERD 既存在消化期的动力减缓, 也存在消化间期移行性复合运动 (MMC) 的异常, MMCⅢ期的发生数明显减少。

4. 食管组织抵抗力 食管粘膜表面有粘液附着, 对胃酸和胃蛋白酶起屏障作用。粘膜表面还有 HCO_3^- , 能中和一部分反流的 H^+ , 这些组成了食管部分防御机制。GER 可伴有或不伴有反流性食管炎, 提示食管组织抵抗力在防止反流性食管炎中有重要的作用。

(二) 反流攻击因子增加 反流物对食管粘膜的攻击以胃酸和胃蛋白酶的作用最强。如果存在十二指肠内容物反流, 攻击因子则以胆酸、胰酶为主。反流物的质和量与粘膜损伤程度有关。轻度的反流, 肉眼观察食管仅有粘膜的轻度充血、水肿或红斑改变, 显微镜下有上皮基底层增厚、乳突层延长、固有膜内炎症细胞浸润; 重度的反流炎症则累及深层, 出现糜烂、溃疡、狭窄、Barrett 食管等。近来有人应用超声内镜技术观察到, 反流性食管炎的管壁出现水肿、增厚, 最终可以导致纤维化。反流性食管炎与食管裂孔疝常合并存在, 多数研究人员认为裂孔疝影响 LES 的关闭, 或因其增强感觉刺激而导致 LES 松弛引起反流。各种原因所致胆碱能神经支配受损, 使迷走神经活动受抑制, 可能也是发病机制中的重要因素。

(三) GERD 与咽喉疾病的关系 有关专家发现咽喉部的某些症状如咽喉痛、声嘶、发音困难、咽异物感、吞咽不畅等, 随着 GERD 有效治疗后咽喉部症状即可缓解, 且可获得组织学完全恢复, 这提示了 GER 与咽喉病有一定联系。胃食管反流性咽喉病, 指的是因胃食管反流而产生的咽喉部病变及其相应的临床症状。人们利用酸吞咽、X 线食管摄片及食管近段或 24 小时便携式 pH 监测, 均证实了咽喉部有异常酸反应, 并认为不明原因的慢性咽喉炎

可能是胃食管反流的一种食管外表现。胃食管反流物中的胃酸和胃蛋白酶若反流到咽喉部,可导致咽喉部持久性慢性炎症,最终形成声带溃疡和息肉。GER 同样是咽喉或声门下狭窄的一种可能致病因子,同时也可能是喉癌发生的一个危险因素。因此,对慢性咽喉病患者,除考虑吸烟、感染等常见因素引起外,还应想到有 GER 的可能,尤其是那些临床上难以处理,原因又不明的咽喉疾病。

(四) GERD 与非心源性胸痛 反复发作的胸骨下或胸骨后疼痛,怀疑“心绞痛”的患者,经冠状动脉造影检查,约 26% 无阳性发现,称为非心源性胸痛,其中大约 50% 的胸痛属于食管源性胸痛。最常见的病因是原发性食管运动功能障碍和胃食管反流。食管测压时发现,在有或无冠状动脉病变者中,分别有 10% 和 44% 患者存在食管运动功能异常,可表现为食管体部高幅蠕动性收缩;“胡桃钳”食管;弥漫性食管痉挛;强力型贲门失弛缓症等。研究人员还发现与疼痛相关的动力异常或 GER,在冠状动脉造影正常或异常时发生的频率相同,冠状动脉狭窄患者的 ST 段偏移与 GER 或动力异常显著相关,显然食管源性胸痛确实存在于冠心病患者,也同样见于冠状动脉正常者,而存在反流则是关键因素。有研究者提出,对冠心病患者进行酸灌注试验可诱发心肌缺血并降低心绞痛阈值。酸刺激食管引起食管异常收缩并可导致冠状动脉血流量减少,同时进行的 pH 监测和 EKG 记录表明,冠心病患者 ST 段偏移与胃食管反流有显著的相关性。他们认为由于食管疼痛的交感神经反应增加了心脏的需氧量,同时由于心脏缺血又可激惹绞痛的发生。因此冠心病患者胸痛发作有些可能是由于 GER 所引起。24 小时食管 pH 和压力监测已成为非心源性胸痛的标准检测方法,还可应用酸激发试验 (Bernstein's test) 或球囊扩张的机械性刺激试验等。

(五) GERD 与呼吸系统疾病 大约 10% GERD 患者发现伴有呼吸道症状。有文献表明,上气道阻塞可诱发和加重 GER。酸反流可能导致某些气道症状及疾病已被证实,如哮喘、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 (OSAS)、慢性咳嗽及慢性肺部疾患等。研究人员发现哮喘患者 GER 检出率高达 60%, 呼吸系统疾病患者约有 50% 有食管动力异常。慢性哮喘病人有 61.8% 伴有消化道症状。大约 34.3% GERD 患者伴 OSAS, 经抗 GER 药物或手术治疗后呼吸道症状得到改善。日前认为 GER 与呼吸系统疾病发生可能与下列机制有关: ① GER 导致酸的肺吸入增加,造成支气管肺的直接损伤和感染,如急、慢性肺炎、支气管扩张、肺纤维化、肺脓肿等,此外吸入酸可直接刺激咽喉及支气管痉挛导致哮喘; ② GER 微酸吸入,有人认为微量的酸吸入所引起的支气管痉挛比食管内高浓度酸所诱发的支气管痉挛更为明显; ③ 食管和呼吸道之间存在迷走神经调节反射。研究表明咽部的化学感受器对酸的超敏感性是通过迷走神经反射起作用,推测迷走神经反射为导致支气管痉挛 (GER-哮喘相关) 的重要机制; ④ β 肾上腺素能受体激动剂和茶碱类药物可使 LES 下降,并促发 GER; ⑤ 部分 GERD 患者食管括肌压力下降易使反流物发生气道吸入。有人报告急性气道阻塞时,由于横膈压升高可将胃内容物泵入食管。LES 功能压下降导致 GER, GER 与哮喘可能互为因果关系。

(六) GERD 与 GER 过多反流物刺激食管上皮,破坏上皮层的保护机制引起食管粘膜的炎症、糜烂、溃疡和纤维化等病变。近来有人应用超声内镜技术发现,反流性食管炎的管壁水肿、增厚如不及时治疗可导致纤维化。临床上常常发现反流性食管炎只发生在部分有反流症状的患者,有的反流症状明显,内镜下却未能发现有食管炎的表现,这显然是与食管体部清除能力及食管壁的抵抗力强有关。根据 Savary 和 Miller 分级标准,反流性食管炎的炎症

病变可分为4级：Ⅰ级为单个或几个非融合性病变，表现为红斑或浅表糜烂；Ⅱ级为融合性病变，但尚未弥漫成环周；Ⅲ级病变弥漫环周，有糜烂但无狭窄；Ⅳ级呈环周性病变，表现为溃疡、狭窄、纤维化、食管缩短及 Barrett 食管。

(七) GERD 与遗传 有报道 GERD 的发生有家庭集聚现象，是否与遗传有关有待进一步研究和证实。

(八) GERD 与其他 此外，年龄、劳累、精神情绪、肥胖、妊娠及排便困难等亦与反流有关。

二、临床表现

临床上，GERD 症状轻重不一。轻者只有烧心、胸部不适、反酸、反胃、嗝气、胸痛、咽部不适等。重者有不同程度食管炎，甚至食管炎症的继发损害如：吞咽困难、溃疡、出血、狭窄穿孔、食管瘢痕、憩室及 Barrett 食管。还可引起食管外刺激症状如咳嗽、气喘及咽喉炎；也有在入睡后引起呛咳、气喘、甚至窒息感、夜间呼吸暂停。反流可致肺部感染、肺间质纤维化等。咽部受刺激时有咽痛、咽炎、声嘶、咽部梗塞及异物感、甚至息肉。癔球 (globus hystericus) 则是酸反流引起 UES 压升高的缘故。还可有牙痛、吞咽时胸痛，有的胸痛酷似心绞痛。婴儿和儿童过多的反流易继发呼吸道感染并发缺铁性贫血及发育障碍等。GERD 的临床表现涉及五官科、呼吸科、心内科及小儿科常见症状。

三、辅助检查

(一) 钡餐 反流少见，除非在强烈的刺激下。影像学未见到反流，并不表明患者没有 GERD。但钡餐可发现食管狭窄、溃疡、糜烂等。

(二) 24 小时食管 pH 监测 可由一便携式装置完成，患者日常生活不受妨碍，在长时间的监测中可确定症状 (烧心、疼痛、喘息等) 和反流的关系，并可计算反流的次数和食管酸化 ($\text{pH} < 4$) 时间的长短。正常人可有少量的反流，尤其是在餐后，反复和延长的酸暴露表明存在异常的 GER，见图 1-1。

(三) 食管测压 可了解食管动力是否正常，确定动力异常及其类型，以及其与胸痛关系，能提示 LES 压、LES 松弛，食管体部蠕动情况等，见图 1-2。

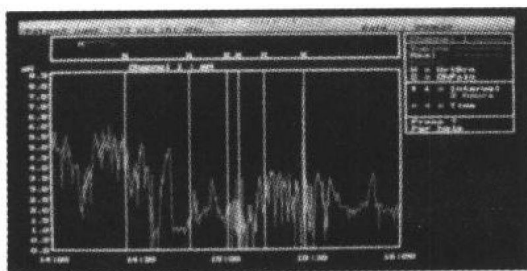


图 1-1 GERD 的食管 PH 监测结果
24 小时食管 pH 水平大部分在 4.0 以下并有许多酸反流曲线。

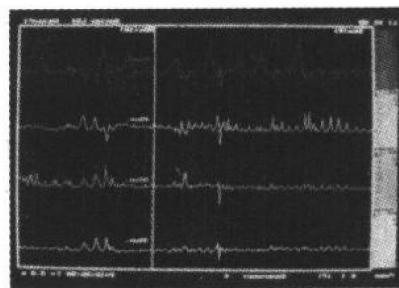


图 1-2 GERD 的食管测压表现
示 LES 功能压低下，接近基线。

(四) 内镜 可提示不同程度的反流性食管炎, 明确食管良、恶性病变及 Barrett 食管, 但内镜下食管显示正常不除外 GERD。

(五) 食管核素 GER 检查 显示在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, 疼痛即缓解, 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 型 2000 监测) 可提示食管内有无碱反流, 明确 GER 类型。

四、诊断

病史和 GERD 的临床表现对诊断最有帮助, 客观检查用来衡量病情的范围和严重性。诊断包括: ①明确有无反流症状, 以烧心、胸痛及反酸为常见; ②有无反流性食管炎; ③客观检查发现有反流的证据及食管炎的表现, LES 松弛的证据; ④诊断性治疗, 如有心绞痛样症状, 而又无冠心病证据, 或反复发生哮喘, 不易缓解的慢性咳嗽, 或肺部感染时, 须进行有关的检查以证明有无过多的 GER。

1999 年 8 月 25 日烟台会议制定了反流性食管炎诊断及治疗方案 (试行) 如下:

(一) RE 的诊断标准 有典型的 GERD 症状如明显的烧心、反酸、胸骨后灼痛等, 而无报警症状者需具备下列 RE 的依据:

反流性食管炎的内镜诊断及分级

分级	内 镜 下 表 现	积分
0	正常 (可有组织学改变)	0
I	点状或条状发红, 糜烂, 无融合现象	1
II	有条状发红, 糜烂, 并有融合但非全周性	2
III	病变广泛, 发红, 糜烂, 融合呈全周性或溃疡	3

注: 必须说明各病变部位 (食管上、中、下段) 和长度; 狭窄部位、形成直径和程度; Barrett 食管改变部位, 有无食管裂孔疝。

(二) RE 的基本病理改变 ①食管的鳞状上皮增生, 包括基底细胞增生超过 3 层和上皮延伸; ②粘膜固有层乳头向表面延伸达上皮层厚度的 2/3, 浅层毛细血管扩张、充血或 (及) 出血; ③上皮层内中性粒细胞和淋巴细胞浸润; ④粘膜糜烂或溃疡形成, 炎细胞浸润, 肉芽组织形成和 (或) 纤维化; ⑤齿状线上 > 3cm 出现 Barrett 食管改变。RE 的病理分级:

反流性食管炎时, 可有鳞状上皮细胞假上皮瘤性增生, 伴一定程度的细胞异型性, 应防止误诊为癌或肉瘤。

(三) GERD 的动力诊断依据 根据食管 24 小时 pH 监测的有关数据测算酸反流计分, 大于 15 分为阳性; 15~50 分为轻度 GERD; 50~100 分为中度 GERD; 大于 100 分为重度 GERD。对碱反流可用 Bilite C-2000 型监测。

RE 的病理分级

病变	分 级		
	轻度	中度	重度
鳞状上皮增生	+	+	+
粘膜固有层乳头延伸	+	+	+
上皮细胞层内炎细胞浸润	+	+	+
粘膜糜烂	-	+	-
溃疡形成	-	-	+
Barrett 食管改变	-	-	+/-

(四) 质子泵抑制剂 (PPI) 试验 如洛塞克 20mg, bid, 共 7 天, 患者症状消失或明显好转, 提示为明显的酸相关性疾病, 在除外消化性溃疡等疾病后, 考虑 RE 的诊断。

GERD 的临床分级: 以食管的内镜表现为判断 RE 级别的标准。内镜下食管粘膜病变 0 级为正常, I 级为轻度 RE, II 级为中度 RE, III 级为重度 RE。内镜下食管粘膜病变 0~I 级为轻度 GERD。

对诊断 GERD 的病人应考虑: ①发病类型: 是初发型、复发型或是持续型, 后两者应注意病情是否进展; ②反流方式: 是卧位型、餐后型或混合型, 可针对反流类型采取相应治疗; ③严重程度; ④有无并发症; ⑤有无引起反流的继发性病因, 如硬皮症等。

五、治疗

GERD 治疗原则: ①减轻症状; ②预防和治疗并发症; ③预防复发。

(一) 一般治疗 大多数轻、中度的患者在改变食管反流的频率种类后, 症状可得到改善。抬高床头 10~20cm, 是一个简单有效抗反流方法; 避免肥胖、便秘及前倾位有利于减少腹压上升。饮食方面则需避免进食高脂饮食, 如巧克力、咖啡等食物。睡前至少 3 小时不要摄入食物和饮料可减少夜间反流; 此外戒烟、酒和避免饮食过多也是极其重要的。如果这些简单的方法无效, 则需要系统性药物治疗。

(二) 促动力剂的应用 西沙必利 (cisapride) 是一个非多巴胺类全胃肠道促动力剂。它选择性地刺激肠壁纵行肌与环行肌之间的神经节细胞, 增加胆碱能神经释放乙酰胆碱, 促进消化道的活动。西沙必利能增加 LESP 和食管蠕动, 缩短食管酸暴露的时间, 加快胃排空, 减少反流。常用剂量 10mg, tid 口服, 其副作用主要为腹泻。多潘立酮 (吗叮啉, motilium) 是通过阻断外周多巴胺受体发挥其促进胃动力作用的。多巴胺受体主要存在于胃, 因此可用于有胃排空延缓的 GERD。剂量 10~20 mg, tid 口服, 用量过大可引起乳房胀痛和泌乳。胃复安为中枢、周围神经多巴胺受体拮抗剂, 常 8~10mg, tid 口服, 有一定效果, 但因其引起中枢神经系统副作用, 故限制了该药的使用。红霉素抗反流作用尚待评价。对轻、中度病例可首选促动力剂。

(三) 粘膜保护剂 目前较常用硫糖铝, 用时宜碾成粉末加水调成粘稠的糊状物, 使口服后能粘挂在食管壁上。此外, 磷酸铝凝胶如吉福士等效果也很好。盖胃平为一海藻酸盐类保护剂, 与唾液及粘液共同形成浮游的粘液胶质层, 成为阻止反流物作用的屏障, 使粘膜免遭胃酸侵袭。此外, 胶体次枸橼酸铋也可能有一定疗效。

(四) 抗酸剂的应用 H_2 受体拮抗剂西咪替丁 400mg, bid、雷尼替丁 150mg, bid 或法莫替丁 20mg, bid 等可更有效地控制症状和治愈食管炎。使用 H_2 受体拮抗剂治疗食管糜烂, 一般需要 12~16 周。质子泵抑制剂奥咪唑唑 20mg, qd 或 bid 通常能显著的缓解症状, 病程 8 周, 维持量 10~20mg, qd, 至少 6 个月。如果不坚持服药, 复发率达 80%, 食管炎的维持治疗一般要求足量的 H_2 受体拮抗剂或长疗程的质子泵抑制剂。

(五) 食管扩张治疗 有严重的食管狭窄时, 患者进食困难, 可考虑食管(气囊或探条)扩张治疗。

(六) 手术治疗 如果经上述治疗 36 个月无效的顽固性 GERD, 可考虑手术治疗。手术适应证: ①经上述保守治疗后, 患者的症状仍十分严重; ②停药后症状很快出现; ③有严重的并发症且治疗无效。手术近期疗效尚满意, 但远期疗效尚难定论。目前有报道在腹腔镜下进行贲门胃底折叠术加抗反流术有较好的效果。

(七) 并发症的治疗 反流的肺部并发症治疗, 除原有的肺部疾病治疗方法外, 可使用抑酸药和促动力药物。

(八) 治疗疗程和维持治疗 间隙或按需治疗适用于轻症食管炎, 中、重度病例或停药后症状反复发作, 或持续不缓解的患者适用于长期用药维持, 一般应维持治疗 1 年。

(邹 红)

参 考 文 献

1. R. Penagini M, et al. Effect of increasing the fat content but not the energy load of a meal on gastro-oesophageal reflux and lower esophageal sphincter motor function. *Gut*, 1998, 42:330~333
2. 郑岳, 等. 胃食管反流病的胃内 pH 和胃动力研究. *中华消化杂志*, 1998, 18:113~114
3. 潘国宗, 等. 北京、上海胃食管反流症状的流行病学调查. *中华消化杂志*, 1999, 19:223~226
4. 褚行琦, 等. 胃食管反流性咽喉病. *中国实用内科杂志*, 1998, 18:50~51
5. Young IL, et al. Laryngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease endoscopic appearance and management. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1996, 43 (3) :225
6. Schan CA. What are the optimal length and Setting for esophageal pH testing. In: Richter JE. eds. *Ambulatory esophageal pH monitoring*. New York: Igaku-Shoin, 1991, 51~54
7. Jacob P, et al. Proximal esophageal PH-Metry in patients with reflux laryngitis. *Gastroenterology*, 1991, 100:305
8. 刘明, 等. 食管 24 小时 pH 监测. *国外医学消化疾病分册*, 1993, 13, 22~24
9. 柯美云. 胃食管反流病的病理生理、诊断和处理对策. *北京医学*, 1998, 20:1~2
10. Liu H M, et al. Transient Low esophageal sphincter relaxation during fasting and postprandial stages in health subjects and reflux esophagitis. *Gastroenterol*, 1997, 112 (4-Suppl) :A777

咽 异 感 症

咽异感症(pharyngeal abnormal sensation)是指病人咽部有刺、痰、球、草梗、毛发等异物感。多在空咽时明显, 吞咽食物时反不明显。该病又称癭球症(globus hystericus)、咽球症(globus pharyneus)等。早在公元六世纪隋朝巢元方等著《诸病源候论》中, 即有类似此病的