

实用老年消化系统疾病



93606

实用老年消化系疾病

SHI YONG LAO NIAN XIAO

HUA XI JI BING

周 兰 主编

张学庸 审阅

参加编写人员（以姓氏笔划为序）

王苑本 丛云辉 刘端祺

李 跃 李世荣 邢联平

张 彤 张 禹 翟岫生

人民军医出版社

1988·北京

内 容 提 要

从生理学角度看,老年人犹如儿童一样,是一个特殊群体。就消化系统疾病而言,老年人消化器官的生理功能以及患病后的临床表现乃至处理方法均与青壮年人不同。故此,老年消化病学应视为消化系统疾病中的一个特殊医学领域予以重视。从这点出发,编者收集近年国内有关老年消化系统疾病方面的研究成果,结合编者的经验并参考L Brantd的《Gastrointestinal disorders of the elderly》一书的重点章节编著本书。在内容上全书包括食管、胃、小肠、大肠、肝、胆、胰、腹膜、腹腔血管等脏器的疾病,以老年消化系统常见病的发病、病因、病理、诊断及治疗为主,适当介绍一些少见疾病的临床特点。本书适于基层内科医师和老年病工作者参考,也可供具备一定医学知识的老年人阅读。

2183/35
06

实用老年消化系统疾病

周 兰 主编

人民军医出版社出版

(北京复兴路22号甲3号)

北京市大兴孙中印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

开本: 787×1092毫米1/16·印张: 16.5·字数: 393千字

1988年5月第1版 1988年5月第1次印刷

印数: 1-10,700

定价: 4.25元(平) 4.55元(压膜)

〔科技新书目: 167-150⑧〕

ISBN 7-80020-050-7/R·49

序

随着我国人民生活水平的提高和医疗预防工作的发展，人的寿命大幅度延长，为了适应老年人医疗保健工作的需要，广大临床工作者急迫盼望着老年医学各科专著。现在，我国第一部老年消化系统疾病的专著《实用老年消化系疾病》出版了，这对消化专科医师、老年病专科医师以及广大老年人都是一个喜讯。

通读本书之后，我深为它的内容所吸引。它从老年医学的观点叙述消化系统疾病的诊断和处理，材料丰富，内容新颖，对临床上常见的病种、病因病理方面新的概念和新的诊断治疗方法均作了较详细的介绍，使读者能了解有关问题的进展情况，用以指导医疗实践，保持知识更新。在取材方面既包罗国外已被公认的内容，又注意收集国内有关资料，因此更加切合实用。为了使实际临床工作与基础理论密切结合，每篇篇初扼要叙述了有关消化器官的生理及解剖知识，可供临床医生于工作繁忙之际随时参阅，作为案头必备的参考书。我相信，本书必将受到广大读者的欢迎。

本书主编周兰主任多年来从事于消化系统疾病的防治研究，理论知识和临床经验丰富，近来虽健康情况欠佳，但她以极大毅力，带病坚持工作，对本书的每一章节详细审阅、修改补充，力求在内容、编排、文笔等方面合理完善。

感谢编者对我的信任，使我有机会先读本书。爰为之序，并向读者推荐。

第四军医大学 张学庸

一九八七年三月

前 言

随着人类寿命普遍延长, 高龄人群在人口中所占比例相应增加, 因而老年人的医疗保健问题愈益受到重视, 老年医学已成为临床医学中的一个重要分支。

消化系统疾病较为常见, 老年人由于机体功能的改变和病理生理的特点, 消化系统疾病的表现与治疗处理原则也有与青壮年患者不同之处。《实用老年消化系统疾病》正是应临床工作的需要编写的。

本书主要参考美国 Brandt L J 所著《Gastrointestinal Disorders of the Elderly》和国内有关资料以及编写者个人经验而成, 共分十章, 每章以一个消化器官为中心, 基本上包括了常见的消化系统疾病。为了使它更切合临床实用和我国的情况, 在编写中尽量体现下述四个特点:

一、在每章之前, 专门对各该器官(如胃、肠、肝脏、胰脏等)的老年解剖生理要点进行了简述, 以便利临床医生参阅。

二、内容始终以临床工作者为主要对象, 切合临床实用, 对于空泛理论不作论列, 而对于与临床关系密切的机理学说则结合实际给予适当介绍, 使读者对于有关临床现象得以深入了解, 从而提高诊断和治疗水平。此外, 更注意到当前医学的新进展, 举凡新的检查技术, 新的治疗手段, 新的药物业经证明切合实用者, 均广予收集, 以供临床工作者酌情选用。

三、充分体现我国的特点。书中除采用国外老年、消化病学中具有普遍意义的内容外, 尽量收集了国内有关资料, 诸如疾病的发病情况、临床特点、诊断技术、治疗方法等方面均选择了近年来新发表的材料, 力争反映我国的情况, 增强了本书的实用性。

四、文章力求流畅, 语句力求通俗, 俾能适合各类读者需要, 不但可供从事消化内科、普通外科、老年保健的各级医生及一般临床工作者参阅, 而且对于具有一定医学知识和文化程度的中老年读者, 也可作为一册卫生保健知识性读物。

本书编写过程中曾得到安家丰、李虹义、张乐京、郑力、徐幼月、顾亚琦、郭佐、晨智敏、薛淑锦等同志的大力协助, 谨此志谢。

由于时间仓促, 更限于我们的水平, 疏漏错误之处, 在所难免, 我们诚恳地欢迎同行专家和广大读者给予批评指正。

周 兰

1987年1月

目 录

序.....	1
前言.....	2
第一章 老年消化疾病研究概述张 禹	1
一、关于老年人消化器官解剖和生理的改变.....	1
二、关于老年人消化道疾病的诊治特点.....	2
三、关于老年人消化道症状的临床意义.....	3
四、关于老年人消化疾病的临床特点.....	4
第二章 食管张 彤	6
第一节 老年人食管的解剖生理变化.....	6
一、老年性食管的概念.....	6
二、组织结构和运动功能变化.....	6
三、食管下括约肌的变化.....	6
第二节 老年人常见的食管形态和运动功能异常.....	6
一、症状性弥漫性食管痉挛.....	6
二、下食管环.....	8
第三节 返流性食管疾病.....	9
一、返流性食管炎.....	9
二、柱状上皮食管 (Barrett's 食管).....	10
第四节 食管裂孔疝.....	12
一、直疝.....	12
二、食管旁疝.....	13
第五节 食管憩室.....	14
一、中段食管憩室 (牵拉型).....	14
二、膈上憩室 (推出型).....	14
三、壁内假憩室病.....	15

第六节 食管癌	16
一、流行病学.....	16
二、病因.....	17
三、癌前病变.....	17
四、病理改变.....	18
五、临床表现.....	18
六、诊断.....	19
七、治疗.....	21
〔附〕少见类型食管癌.....	22
第七节 其他食管肿瘤	23
一、良性肿瘤.....	23
二、转移性肿瘤.....	23
第八节 老年人常见医源性食管损伤	23
一、药物性食管炎.....	23
二、放射性食管炎.....	24
第九节 老年人常见感染性食管疾病	25
一、食管念珠菌病.....	25
二、食管疱疹病毒感染.....	26
第十节 累及食管的全身性疾病	27
一、结缔组织病.....	27
二、皮肤疾病.....	27
三、代谢性和内分泌疾病.....	28
四、淀粉样变.....	28
第三章 胃李世荣	29
第一节 老年人胃组织学和生理功能特点.....	29
一、运动功能.....	29
二、分泌功能.....	29
第二节 慢性胃炎.....	31
一、病因与发病.....	31
二、发病率.....	31
三、病理.....	32
四、临床表现.....	33
五、诊断.....	33

六、治疗	33
七、预后	34
〔附〕特殊型胃炎	35
第三节 慢性消化性溃疡	37
一、消化性溃疡的流行情况	38
二、溃疡病的发病因素	38
三、发病机制	40
四、老年人溃疡病的临床特点	43
五、老年消化性溃疡的合并症	44
六、老年人特殊型消化性溃疡	44
七、消化性溃疡的诊断	45
八、消化性溃疡的治疗以及老年患者治疗特点	46
九、老年消化性溃疡的预后	51
第四节 上消化道出血	51
一、病因及发病机制	51
二、临床表现	52
三、诊断	53
四、治疗	54
五、预后	56
第五节 胃癌	56
一、流行情况	56
二、病因	57
三、病理	57
四、老年人胃癌的临床特点	60
五、诊断	60
六、鉴别诊断	63
七、残胃癌	64
八、治疗	64
第六节 胃泌素瘤 (Zollinger-Ellison 综合征)	65
一、病因与发病机制	65
二、病理	66
三、临床表现	66
四、诊断	66
五、治疗	67

第七节 胃的其他恶性肿瘤	67
一、胃平滑肌肉瘤	67
二、胃恶性淋巴瘤	68
第八节 胃良性肿瘤	69
一、胃息肉	69
二、胃间质性肿瘤	70
第九节 胃的其他病变	71
一、胃石症	71
二、胃扭转	72
三、胃憩室	73
四、胃的血管病变	73
五、全身性疾病和胃	73
六、少见的胃其他增生性病变	74
第四章 小肠和阑尾 邢联平	76
第一节 小肠的老年性变化	76
一、老年期小肠的解剖学改变	76
二、老年期小肠吸收功能改变	76
第二节 老年人的小肠吸收不良	77
一、细菌过多繁殖综合征	77
二、吸收不良综合征	79
第三节 十二指肠憩室	80
第四节 小肠假性梗阻综合征	80
一、病因及发病机制	80
二、临床表现	81
三、诊断和治疗	81
第五节 腹主动脉小肠瘘	81
第六节 小肠梗阻	82
一、胆石性肠梗阻	82
二、小肠套叠	82
三、小肠溃疡和狭窄	82
第七节 小肠恶性肿瘤	83
一、病因	83
二、分类	83
第八节 糖尿病性腹泻	85
一、病因和发病机制	85
二、临床表现	85
三、诊断和治疗	85
第九节 阑尾	85
一、急性阑尾炎	85
二、阑尾肿瘤	86
三、阑尾粘液囊肿	86

四、腹膜假性粘液瘤.....	86	二、克隆氏病.....	125
第五章 大肠.....刘端祺	87	第九节 缺血性大肠炎.....	127
第一节 便秘.....	87	一、病因及临床分型.....	127
一、便秘的判断.....	87	二、诊断.....	128
二、与便秘有关的生理病理问题.....	88	三、鉴别诊断.....	129
三、便秘的分类.....	89	四、治疗.....	130
四、与便秘有关的并发症.....	90	第十节 与抗生素有关的大肠	
五、便秘的治疗.....	92	炎症.....	130
第二节 大肠胀气.....	94	一、伪膜性结肠炎.....	130
一、肠道气体的成分及来源.....	94	二、金黄色葡萄球菌感染性结肠炎.....	132
二、大肠气体过多的原因.....	95	三、真菌性大肠炎.....	132
三、临床表现.....	95	第十一节 放射性直肠结肠炎.....	133
四、治疗.....	96	一、发病情况.....	133
第三节 大肠憩室.....	96	二、病理解剖.....	134
一、憩室的成因.....	96	三、临床表现.....	134
二、临床表现.....	97	四、辅助检查.....	134
三、诊断和鉴别诊断.....	98	五、诊断和鉴别诊断.....	135
四、并发症.....	98	六、治疗.....	135
五、治疗.....	98	七、预后.....	135
第四节 大肠息肉.....	99	第十二节 结肠血管扩张症.....	136
一、大肠息肉的分类.....	99	一、病因及病理解剖.....	136
二、新生物性息肉(腺瘤).....	100	二、临床表现.....	136
三、炎症性息肉.....	104	三、辅助检查.....	136
四、化生性(增生性)息肉.....	104	四、诊断.....	137
五、几种与大肠息肉有关的综合		五、治疗.....	137
征.....	104	第十三节 大肠与全身疾病.....	137
第五节 大肠癌.....	105	一、糖尿病.....	138
一、与大肠癌发病有关的因素.....	105	二、巴金森氏病.....	138
二、临床病理.....	108	三、粘液性水肿.....	138
三、临床表现.....	111	第六章 肠道缺血性疾病.....邢联平	139
四、诊断和鉴别诊断.....	112	第一节 肠系膜缺血的病理生理改变.....	139
五、治疗.....	114	一、解剖学基础.....	139
第六节 大肠良性肿瘤.....	116	二、血液动力学改变.....	139
一、脂肪瘤.....	116	三、病理改变.....	139
二、平滑肌瘤.....	116	第二节 急性肠系膜缺血.....	139
三、血管瘤.....	117	一、病因.....	140
第七节 大肠扭转.....	117	二、临床表现.....	140
一、乙状结肠扭转.....	117	三、诊断.....	140
二、盲肠扭转.....	120	四、治疗.....	140
三、横结肠扭转.....	121	五、预后.....	142
第八节 炎症性肠病.....	122	六、分型.....	142
一、溃疡性结肠炎.....	122	第三节 局限性小肠缺血.....	143

五、临床表现.....	195	四、治疗.....	238
六、对肝功能的影响.....	196	第二节 胆囊炎.....	238
七、治疗.....	197	一、急性结石性胆囊炎.....	238
八、并发症.....	198	二、急性无结石性胆囊炎.....	241
第六节 肝肾综合征.....	209	三、慢性胆囊炎.....	242
一、分类.....	209	第三节 胆囊与胆管恶性肿瘤.....	243
二、病因.....	209	一、肝外胆管癌.....	243
三、发病机理.....	210	二、胆囊癌.....	245
四、临床表现.....	210	三、胆囊的其他恶性肿瘤.....	246
五、治疗.....	210	第四节 急性胆管炎.....	246
第七节 原发性肝癌.....	212	一、病因与发病机理.....	246
一、流行病学.....	212	二、临床表现与诊断.....	247
二、病因.....	212	三、治疗.....	247
三、发病机理.....	215	第五节 糖尿病胆囊.....	248
四、病理学.....	216	第六节 胆道出血.....	249
五、临床表现和有关检查.....	217	一、原因.....	249
六、诊断和鉴别诊断.....	222	二、临床表现与诊断.....	249
七、治疗.....	224	三、治疗.....	250
第十章 胆囊和胆系疾病.....王苑本	231	第七节 胆囊扭转.....	251
第一节 胆石症.....	231	第八节 自发性胆肠瘘.....	251
一、分类及发病机理.....	231	一、病因及发病机理.....	251
二、临床表现.....	233	二、临床表现与诊断.....	251
三、诊断.....	235	三、治疗.....	252

第一章 老年消化疾病研究概述

张 禹

自新中国成立以来，人民的生活和健康水平不断提高，我国人口的平均寿命有了显著增长。20世纪40年代，我国人口平均寿命只有35岁左右，1957年已达57岁，1981年为67.88岁（其中男性66.43岁，女性69.35岁）。与此同时，随着医疗卫生条件的改善、人口死亡率减低、计划生育的开展、人口出生率的下降，我国的人口年龄结构也发生了明显变化，主要表现为老年人口比例显著增加。根据人口预测，我国在2000年以后，人口老化速度更将增快，面临着由成年型国家进入老年型国家的局面，人们对老年医学的需要也日益迫切。我国的老年病学便是在这种前提和背景下产生和发展起来的，特别是近年来，无论是基础还是临床研究都有了较快进步。

老年病学是在一般医学的基础上发展起来的一门新兴医学专业，老年消化病学是老年医学的重要组成部分，如同其它系统的老年疾病一样，年龄的增长对消化疾病的发生、发展、诊断和治疗也有着重要影响。老年消化患者有许多特点，如：衰老的消化器官的解剖和生理功能与青年人有许多不同之处，表现在吸收、代谢和排泄等等方面有着明显差别，因而治疗和用药对老年人与青年人必须有所区别，老年人往往患多种疾病，因此在治疗消化病时，必须兼顾同时存在的其他疾病，包括年龄对患者心理、精神的影响。

目前，对老年消化疾病研究已经基本阐明的主要有以下方面。

一、关于老年人消化器官解剖和生理的改变

随着年龄的老化，消化器官可出现一系列解剖学和生理学的改变，这些改变是老年消化疾病发生的基础。

（一）运动功能

在对90岁以上老年人的食管蠕动机能的研究发现，老年人食管蠕动仅占吞咽动作的50%，而青年人则占90%。结论是：老年人吞咽机能欠佳、贲门括约肌松弛、食管排空延迟、食管扩张和无推动力的收缩增加。大肠也有类似的机能减退现象，有20%的老年人排空次数增加，其中部分原因是功能性的。尽管患者便次增加，但直肠对内容物膨胀的感觉仍然是减退的。肛门指诊括约肌表现为紧张度降低。

（二）吸收机能

实验证明，老年人的小肠对木糖吸收障碍，可能是由于肠道血管粥样硬化供血欠佳，或由于心脏疾病血流量灌注不足所致；实验还证明，老年人的肠道对脂肪吸收不好，这是由于衰老造成的胰脂肪酶减少的缘故。有人发现，老年人乳糜微粒有持久性升高，认为这种情况与年龄无关，而与体力活动减少有关，而不活动或活动量减少却是老年人的生活特点。钙的吸收与胃酸分泌成正比，随着年龄的变老而吸收减少。铁的吸收亦受胃酸分泌的影响，实验证明，老年动物放射性铁的吸收明显降低。维生素B₁、B₁₂的吸收亦可出现障碍。

（三）分泌机能

老年人的胃酸、胃蛋白酶和唾液腺分泌减少。胰腺外分泌功能可下降，各种酶活性减低。淀粉酶分泌亦减少，酶的活力下降约2/3但仍够供给碳水化合物消化之用。脂肪酶分泌量约下降原来的1/3，但活力正常，除非一次摄入大量脂肪，否则对脂肪消化也无影响。

（四）组织学改变

口腔粘膜有过度角化现象（75岁以上老人与儿童比较，味觉功能单位几乎丧失80%），有牙齿磨损、脱落和牙周组织退行性变；有消化道各种腺体和平滑肌纤维萎缩、胃粘膜变薄和肠上皮化生及主细胞减少、胃及结肠扩张；还易出现内脏下垂（特别是胃下垂）征象。由于肌纤维萎缩，食管、小肠和结肠等处易发生憩室。并可有胆囊及胆管壁变厚，胆汁变浓，胆汁中胆固醇含量增多，故老年人易发生胆石症。

（五）肝脏的变化

老年人肝脏的体积缩小，重量减轻。年龄在70岁以上者，肝脏重量下降尤为显著。正常肝脏的重量约占体重的2.5%，100岁者约仅占1.6%左右。据研究，老年人肝脏有如下组织学改变：①有巨大实质细胞；②有巨大、深染、不规则的异形核；③在巨大的核中有多个核仁；④核内有大的包涵体；⑤有双核细胞；⑥有清晰的核周围带；⑦实质细胞体积、核的体积和核染色呈多变性。上述改变与青年人肝脏有显著不同。用碘溴酞钠（B. S. P）方法测定65岁以上老年人的肝功能，发现26% B. S. P有异常滞留。白蛋白和球蛋白比值在青年人和老年人间也有一定差异。老年肝脏的细胞数减少和结缔组织增加，并有肝细胞酶活性、解毒功能及蛋白合成能力降低。由此可见，老年人肝脏可有某种程度的组织学和生理学改变，但其功能通常尚仍可保持在正常范围内。

二、关于老年人消化道疾病的诊治特点

老年人器官功能减退，储备能力降低，罹患胃肠道疾病后，在疾病的表现、病程和预后上与青年人有所不同，这就为老年消化道疾病的诊治带来了特殊性。

（一）症状和体征不典型

老年人神经反应迟钝，患病后常缺乏典型症状和体征，即使病情很严重，临床表现却往往很轻，甚至症状、体征缺如。不同老年人患同样疾病，其症状表现差异很大，这就给早期诊断和及时正确治疗带来了很大困难。

就以常见的腹痛而言，老年人痛阈高，因而往往缺乏疼痛感觉或感觉轻微，致使不容易对以疼痛为主要症状的疾病及时做出正确诊断。老年人的急腹症疼痛也较轻，就连老年人的急性腹膜炎也常缺乏典型症状，有人统计误诊率高达40.9%。在体征方面也不典型，例如老年人在感染时白细胞数的升高常不明显，甚至有严重感染存在时，白细胞数也可正常；再如某些健康老年人的血沉可达35~40mm/h。相反，患恶性肿瘤或其他严重疾病的老年人，有25%血沉在20mm/h以下，所以不能将血沉快慢作为老年人是否有严重疾病或恶性肿瘤存在的依据。溃疡病穿孔时，腹部有时可无明显压痛；急性胆囊炎时，莫菲氏征阴性，如此等等，不胜枚举。

（二）病程长、恢复慢、并发症多、死亡率高

老年消化疾病和其它老年病一样，一般病程较长。原因是老年病发病较隐匿，开始时常无感觉，当症状明显时，已发病多时，因此老年人诉说的病程往往不可靠不准确。

病程长也说明老年消化疾病不易恢复，同样是患一种疾病，青年人就容易治愈，老年人

则相反。以溃疡病为例，老年患者治愈时间往往比青年人长一倍甚至更多，这主要与老年人机体衰老，溃疡修复愈合能力差有关。

并发症多是老年胃肠病的另一特点，如阑尾炎并发穿孔发生率可高达35%。之所以如此，除了因症状不明显，诊断不及时外，老年人阑尾腔多狭窄或有堵塞、粘膜变薄、肌层纤维化，脂肪浸润和血管硬化也是造成阑尾穿孔的重要条件。老年病并发症多主要与老年人机体免疫力降低有关。很能说明这个问题的例子是，当局部感染时很易发展成全身感染，出现中毒性休克。类似的例子在临床上比比皆是，屡见不鲜。正因老年消化疾病并发症多，所以死亡率亦高，如老年人腹膜炎比中年人死亡率高10~15倍。老年人一般常患有多种慢性病，这样就使症状表现更为复杂，病程更为迁延，预后也就更差。

（三）正确的病史采集不易

老年人因常有脑萎缩、脑动脉硬化和脑梗塞等颅脑疾病，记忆力和理解力都明显减退，有时加上听觉较差，故对医生的提问（采集病史），常不能确切的回答，甚至可将次要症状说成是主要症状，而真正的病情被掩盖。还有，即使是严重的老年消化道疾病，症状也多不特殊，或只是诉说有不适感。医生在采集病史时对老年患者的上述特点应予以重视，否则，可因病史失真而导致诊断错误。

（四）用药易出现毒副反应

老年人脏器出现的衰老改变，可使药物的吸收、分布、代谢和排泄与青年人不同，如胃酸分泌减少，可使口服药溶解度降低；肠血流量减少、小肠吸收面积缩小、肠粘膜酶系统损坏、胃排空时间延缓和肠蠕动减慢，可影响药物的崩碎及溶解度，从而使药物的吸收时间延长。许多药物在肝脏经氧化酶或微粒体药物氧化酶的作用进行代谢，老年人微粒体酶活性下降，某些口服后首先通过肝脏代谢的药物吸收率会增大，这样首次药物剂量就会使血中有较高的浓度，因而增加了药物急性中毒的可能性。此外，因老年人白蛋白降低所致的血药浓度增高，肾血流量减少（排尿少）所致的药物半衰期延长等，也都是易造成毒付反应的原因。因此，老年人用药剂量一般较成人量略小，特别是高龄者，给药剂量首先考虑老年人的年龄，其次才应考虑体表面积和体重。

三、关于老年人消化道症状的临床意义

老年人的消化道症状常由某种疾病引起，或是某些疾病的特殊表现，如临床上遇到这些症状，应有正确的认识和判断，以便能及时作出诊断，避免误诊和漏诊。

（一）吞咽困难

以前认为，老年人吞咽困难与年龄有关，系因老年人的食管运动功能缺陷即所谓老年食管（presbyesophagus）所致。但近年来对70岁以上老年男性研究，发现食管推进收缩幅度虽明显减小，但其它复合蠕动和自然收缩的发生率与青年人基本相同，因此老年吞咽困难并非年龄所致，而是病理因素所造成。老年人主诉吞咽困难时，应予以高度重视，必须加以彻底检查，以确定是否因器质性病变所致，引起吞咽困难的病因有：食管癌、Zenker憩室、脑血管疾病（假性延髓麻痹）和食管旁疝（翻转胃）等。

（二）便秘

是老年人常见的消化道症状，遇此症状时，不应仅仅考虑是年龄增长的自然结果，而应考虑是病理现象，尽管老年人因肠管蠕动缓慢等原因亦可造成便秘。引起便秘的病因有：结肠癌、结肠憩室、功能性肠道疾病、肛裂、前列腺肥大、胰腺癌、糖尿病、甲状腺功能低

下、高血钙症和缺血性结肠炎等。

(三) 腹泻

长期腹泻常预示患者有严重的隐匿性疾病，必须认真对待，彻底查明。老年人常见的腹泻病因有：直肠乙状结肠癌、溃疡性结肠炎、克隆氏病、缺血性结肠炎、结肠息肉、口炎性腹泻（Sprue）、糖尿病和甲状腺机能亢进等。

(四) 胃肠道出血

发生在老年人的胃肠道出血，是有严重疾病存在的信号，其发生率和危险性远较青年人为大。老年人上消化道出血主要见于：胃溃疡、出血性胃炎、十二指肠溃疡、胃癌、胃肉瘤、食管胃底静脉曲张破裂、胃肠道息肉、食管贲门粘膜撕裂症、食管炎、食管癌和出血性十二指肠溃疡等；老年人下消化道出血主要见于：痔疮、直肠乙状结肠癌、结肠息肉、缺血性结肠炎、结肠憩室病、急性出血坏死性肠炎、Meckel氏憩室炎或溃疡、小肠恶性肿瘤、peutz-Jeghers综合征、肠结核、溃疡性结肠炎、痢疾（细菌性和阿米巴性）和粘膜下血管扩张池等。

(五) 急性腹痛

65岁以上的老年患者有1/3需作手术，比青年人多两倍。临床医生进行诊断时，必须注意急性腹痛是内科疾病引起抑或是外科疾病所致。常见的老年急性腹痛病因有：急性胆囊炎、胆结石、肠梗阻、结肠扭转、急性阑尾炎、急性胰腺炎和急性肠系膜栓塞等。

(六) 黄疸

是老年消化系疾病常见的症状之一，常见于胆管结石、胰头癌、肝癌、胆囊炎、乏特氏壶腹癌和原发性胆汁性肝硬化等疾病。有人统计一组65~89岁的老年黄疸患者，其中属于梗阻性黄疸者占80%，肝细胞性黄疸者占16%，溶血性黄疸者占4%。在梗阻性黄疸中，44%由恶性肿瘤引起，其中尤以胰头癌为最多见。

四、关于老年人消化疾病的临床特点

消化道疾病在我国是常见病多发病，在老年人中也是如此。据统计，在1500例老年尸解资料中，直接死于严重消化道疾病的占20%。此外，在老年人中，致命的恶性肿瘤位于消化道者占50%。老年消化道疾病的临床表现有其特点，正确认识这些特点，并掌握其规律性，对疾病的诊治有利。下面就较常见的一些老年消化道疾病，简述其临床特点。

(一) 溃疡病

1. 胃溃疡：老年胃溃疡比十二指肠溃疡多见。据国外一组报告，10%的胃溃疡发生在60岁以后，男性略多于女性。根据尸解资料，胃溃疡发生在65~70岁者占5.2%，70岁以上者占8.5%。过去认为胃巨大溃疡几乎均为恶性，目前则认为胃溃疡是否为恶性，与溃疡大小无关，而是与溃疡部位有关，恶性溃疡多位于胃大弯侧。老年人患胃溃疡时症状比较少，也比青壮年人表现轻。有的病人平时没有症状，可突然以出血或穿孔为首表现，病情遽然恶化。老年溃疡病并发穿孔比青壮年高2~3倍。胃溃疡发生癌变者约占4~5%，发生出血者比青壮年高两倍。无论是胃溃疡还是十二指肠溃疡出血，因老年人常并存血管硬化，故出血后不易止血，往往由于出血量大而导致休克。因老年人的心、肺和肾脏功能较差，故溃疡出血的死亡率远较青壮年为高。

2. 十二指肠溃疡：老年十二指肠溃疡的发生远较青壮年为少，也较老年胃溃疡少。十二指肠溃疡发生癌变者虽有报导，但极为罕见。十二指肠溃疡的症状上腹压痛较少见。60岁以上老年人的溃疡病，约有10%合并幽门梗阻，这主要是幽门附近溃疡愈合形成瘢痕或因发生

水肿和痉挛所致。

（二）胃癌

是老年人最常见的恶性肿瘤之一，症状常不典型，甚至全无症状，常在体检时偶而发现，或病情进入晚期，癌灶全身转移时始被注意，误诊者时有发生。上述临床表现与青壮年有所不同。

（三）憩室病

1. 十二指肠憩室：症状很不典型，有的只是在发生出血后，进行上消化道钡剂造影或纤维内镜检查时方被发现；部分患者可有腹痛、腹泻、消化不良、贫血和体重减轻等症状。憩室的部位多在十二指肠第二段附近，可以是单个憩室，也可多个憩室同时存在。此病常并发溃疡和出血。

2. 结肠憩室：国外有人从无症状的健康志愿者检查中发现有结肠憩室者109例，其发病年龄40~59岁组为18.5%，60~79岁组为29%，80岁以上者为42%，提示结肠憩室年龄越大发病率越高。此病发病率有明显的地理差别，欧美地区高发于亚非地区。主要症状有腹泻、便秘、腹泻和便秘交替、便血、腹痛、恶心呕吐、腹胀和胃灼热感等。并发症有穿孔所致的腹膜炎、局部脓肿形成以及与膀胱、阴道相连形成的瘘管等。20%的病例有憩室出血，出血患者86%发生在60岁以上。

（四）缺血性结肠炎

本病主要见于老年人，是由于上下肠系膜动脉粥样硬化等原因发生严重闭塞而引起。主要症状有进食后腹痛（常因此害怕进食）、大便稀薄或便血等。

（五）吸收不良综合征

系小肠粘膜因细菌移植损害等原因，不能有效地履行其正常吸收功能所致。特别是老年人因代偿能力差，肠粘膜稍有损害即很快发生营养缺乏。本病的主要症状是贫血、脂肪泻、消瘦、皮肤粗糙、表皮过度角化、颜面苍白、头晕、心悸和食欲不佳等。

（六）食管裂孔疝

正常人的食管下端和胃底部应位于横膈之下，如食管下端和胃底从食管旁的裂孔进入胸腔时，就称为食管裂孔疝。此病多发生在老年人，患者多为肥胖者。发病原因是：①先天因素：食管裂孔比正常人宽大或松弛。此种先天不足当进入老年期后，因横膈肌的张力减退，就更增加了裂孔的宽度。②后天因素：肥胖、腹内肿瘤、便秘、咳嗽、腹部受压等，造成的腹腔内压力增高。以上两种因素同时作用，可使食管下端和胃底均进入横膈以上的纵膈腔内而发生症状。主要症状有：上腹部或剑突下不适、烧灼感、嗝气、反酸、进食时或饭后上腹部疼痛和食管贲门粘膜撕裂出血等。

上面所述，仅是对老年消化疾病的研究概况和一般现状的扼要介绍。本书以后各章将以主要消化器官为重点，对有关老年疾病作详细阐述。

我国老年消化病学的研究起步较晚，尚有许多问题有待研究、探索、解决。相信经过广大医务人员的艰苦劳动，我国老年消化病学专业知识和技术将日臻完善。让我们为建立和发展我国老年消化病学而共同努力。

第二章 食管

张 彤

老年人食管在结构、机能以及代谢等方面,发生了一系列不同于青年人和成年人的变化。而且,老年人对疾病的反应能力减低,加之许多并存症的干扰,给老年人食管疾病的诊断带来一定困难。在老年人食管疾病的诊断和治疗中,必须考虑到这些特殊性。

第一节 老年人食管的解剖生理变化

一、老年性食管的概念

老年人的食管下段常同时发生很多无推进力的收缩,这种运动功能异常一般无症状,仅偶而引起胸痛和吞咽困难。有人认为这是由于老年人食管肌肉发生了退行性变化,并称之为“老年性食管”。对没有食管疾病的老年人进行的尸体解剖证明,老年性食管的神经节细胞数目减少,而且神经丛中有大量淋巴细胞浸润,可能神经节细胞的减少与免疫功能改变有关。

二、组织结构和运动功能变化

到目前为止,对老龄所致的食管解剖学变化所知不多。组织学方面的改变包括粘膜固有层弹力纤维增加,食管腺腺体的周围出现中青年所没有的弹力纤维。

老年人食管的蠕动性收缩较弱,约50%看不到吞咽后的食管蠕动运动。老年人上段食管蠕动速度也较慢。中段和下段食管与青年人无明显区别。老年人,尤其女性,食管静止压较高,提示老年人由于食管收缩减弱或紊乱,导致食管排空不完全。

三、食管下括约肌的变化

食管和胃腔内压力测定证明,食管下段有一高压区,长度约为4~6cm,该段压力比胃内压力高,起着防止胃内容物返流的作用,即所谓食管下括约肌。据测定,我国正常成人的食管下括约肌压力为 17 ± 4.7 mmHg。部分老年人食管下括约肌位置上移,但其长度及静止压与青年人无明显差别。

约20%的老年人食管下括约肌吞咽后反应异常。吞咽后食管下括约肌可完全无收缩或收缩幅度降低。有人观察到,老年人食管下括约肌的生理性弛缓出现障碍,食管内容物向胃内输送过程往往延迟。但也有报道认为,老年人和青壮年人吞咽后食管下括约肌的松弛幅度是同样的。

第二节 老年人常见的食管形态和运动功能异常

一、症状性弥漫性食管痉挛

症状性弥漫性食管痉挛是一种综合征,主要表现为吞咽困难和胸痛,有特征性的食管压

力改变。部分患者食管钡餐造影可见明显改变。各年龄组均可发生本病，但老年人可以表现为胸部绞痛，且可用硝酸甘油缓解，与心绞痛难以区分。因此，有必要熟悉本病的各种表现，并与冠心病鉴别。

（一）病因及病理

本病病因未明。电子显微镜观察，仅见平滑肌的微小异常，及传入迷走神经纤维的变性。

（二）临床表现

主要症状为胸痛和吞咽困难。多数患者这两种症状同时出现，少数仅有一种症状。

1. 胸痛：痉挛痛的类型多种多样，一个患者多表现一种类型，如钝痛、锐痛、绞痛或挤压样痛等。程度轻重不一，呈间歇性或持续性发作。部分患者疼痛可向颈部、颌部、背部或上肢放射。因此，有的患者被误诊为心脏病。疼痛可突然发作，甚至夜间痛醒，但更常见在有某些诱因，如进食、精神紧张、情绪激动时发作。有时，饮冰冷液体也可诱发疼痛。此点颇为特殊，因为一般认为疼痛是食管痉挛引起，而饮用冷液体可以明显抑制食管蠕动的幅度和频率。摄取冷溶液诱发疼痛时的观察发现，患者的食管完全无运动；钡餐检查见食管扩张，而无痉挛。

2. 吞咽困难：吞咽困难是一个次要症状，通常位于胸骨下。有些患者在快速饮一大杯水后缓解，另一些则可通过特殊体位或诱发呕吐而缓解。也有食管痉挛患者吞咽时发生晕厥的报导，并认为是心律不齐所致，可能与迷走神经反射有关。

（三）X线检查

食管钡餐检查可以正常，也可见各种食管变形，如卷曲样、小泡样、螺旋样、串珠样、指节样、假憩室样及第三期收缩等改变。通过X光观察到，吞咽的钡剂被限制在食管内，并被上下推动，有人称之为“升降机”食管。也有很多老年患者，X线下食管可见明显异常，但没有吞咽困难、胸痛和食管压力的改变。

（四）食管压力改变

典型的食管痉挛患者在吞咽后，食管收缩波幅增大，反复收缩和同步收缩均增加，尤其通过下2/3食管时更为明显。偶而出现持续的强直性收缩，多数伴胸痛。一般认为胸部绞痛发作期间，最常见的食管运动功能紊乱是弥漫性痉挛，但国外发现，它仅占20%。更多见的是收缩压力幅度增加，有时与患者的胸痛程度直接相关。如果怀疑弥漫性食管痉挛病，而测压正常时，可以通过服用抗胆碱能制剂、注射五肽胃泌素或麦角新碱诱发病状和特征性的压力变化。因麦角新碱可以引起冠状动脉痉挛，故不应作为常规临床测压药物使用。

（五）食管内酸度测定

胃、食管返流也可引起食管痉挛。因此，多数胸痛患者除测定食管压力外，还应同时进行食管酸灌注及食管pH测定，以确定胸痛是否与胃酸返流有关。这一点对患者的治疗很重要，因为食管酸消化性疾病与原发运动功能紊乱的治疗完全不同。

（六）与冠心病的鉴别诊断

食管疾病引起的疼痛，临床上很难与心绞痛或心肌梗塞区别。近年来，冠状血管造影术的应用日益广泛，为这两种疾病的鉴别提供了新的方法。临床上考虑有冠心病，而冠状动脉造影正常者并非少见，心脏病学家称之为“不典型胸痛”，而这些不典型胸痛实际上极有可能是食管痉挛的一个非常典型而具有特征性的症状。国外有人测定了58例绞痛样胸痛患者的