

急性消化病学

JU XING XIAO HUA BING XUE

姚希贤 主编

河北科学技术出版社

急性消化病学

姚希贤 主编

河北科学技术出版社

急性消化病学

姚希贤 主编

河北科学技术出版社出版 (石家庄市北马路45号)
法律出版社印刷厂印刷 河北省新华书店发行

787×1092毫米 1/32 31.25印张 730,000字 1989年4月第1版
1989年4月第1次印刷 印数: 1—3,500 定价: 12.50元

ISBN 7-5375-0228-5/R·39



· 主编简介 ·

姚希贤 1930年生于河北省衡水县，1955年毕业于河北医学院。中华医学会会员，现为河北医学院附属二院内科主任医师、教授。中华医学会消化系病学会常务委员。华北区消化系病协作组组长。中华医学会河北分会消化系病学会主任委员。石家庄市内科学会理事，消化系病学会主任委员。河北省中西医研究会常务理事，石家庄分会副理事长。

《中华消化杂志》《临床肝胆病》《河北医药》《河北医学院学报》编委。河北省医疗事故鉴定委员会委员。河北省药物审评委员会西药组主任委员。

姚教授长期从事内科学临床、教学工作，致力于消化病的研究，尤其在肝病方面负有盛誉。研制了治疗慢性肝病的有效药物“益肝冲剂”并获省级奖励。发表论文数十篇，参与了《临床医学问答》等书的编写工作，著有《病毒性肝炎》《病毒性肝炎问答》等书。

· 急性消化病学 ·

主 编

姚 希 贤

编 委

(按姓氏笔画排列)

叶维法 刘兰亭 许我先

陈宝善 陈 笠 罗延平

姚希贤 徐大毅 夏玉亭

贾博琦 黄象谦



编写人员

丁明先	河北医学院附属四院	副教授
王宝恩	北京友谊医院	教授
王玉辛	河北省医学科学院	主任医师
王荣杰	河北医药杂志	副编审
王瑞中	石家庄市人民医院	副主任医师
叶维法	长春白求恩医科大学第一临床学院	教授
白文元	河北医学院附属二院	主治医师
刘兰亭	河北省邢台市一院	副主任医师
刘仲兰	天津第二医学院第二中心医院	教授
刘明瑜	河北医学院附属四院	副教授
刘起旺	山西医学院附属一院	副主任医师
吕大劳	天津第二医学院第一中心医院	教授
任锡玲	河北医学院附属二院	副教授
齐华阁	河北医学院附属二院	主治医师
安子元	山西医学院附属一院	讲师
许我先	河北医学院附属二院	主治医师
何绮娜	石家庄白求恩国际和平医院	主任军医
李乐天	河北医学院附属三院	教授
陈程	河北医学院附属二院	副教授
陈宝善	河北医学院附属二院	教授
陈笠	沈阳医学院附属中心医院	副教授
张秀清	河北医药杂志	编辑
罗延平	石家庄白求恩国际和平医院	主任军医
侯广昌	河北医学院附属二院	副教授
姚希贤	河北医学院附属二院	教授
赵清源	河北医学院附属二院	副教授
夏玉亭	沈阳军区总医院	主任医师
徐大毅	山西医学院附属一院	教授
贾博琦	北京医科大学附属一院	教授
黄象谦	天津医学院附属医院	教授
蒋贻康	河北医学院附属二院	教授
黎国屏	河北医学院附属二院	教授
葛尾彰	河北医学院附属二院	主任医师

前 言

消化系统急症是一些常见的疾病，在医院急诊患者中占有很高的比例。因其发病急剧、病情变化快，如不及时正确的诊治，往往导致不良的后果。随着分子生物学、免疫学、超微结构、放射免疫检测技术、纤维内镜、声学检查、X线电子计算机断层扫描等现代科学技术在消化道疾病中日益广泛地应用，及时学习这些新理论、新技术并正确运用到消化道疾病的诊治中，对每个临床、科研、教学工作者来说，是十分必要的。但目前国内尚缺乏一部从基础理论到临床实践以及新技术在消化系统急症中应用的专著，为此著者在总结经验的基础上，邀请了国内著名消化病学专家编写了这部《急性消化病学》。

本书共分两大部分，总论概括阐述了胃肠道的病理生理，并介绍了与消化道急症有关的诊断性影像检查和内镜诊治术。各论部分对消化系统急症的发病机制、诊断技术、治疗方法进行了详细介绍，又对新发现的一些消化道急症、综合征作了较大篇幅的叙述。本书还根据老年人消化系统的特點，专门编写了老年人消化系统急症一章。此外，对药物所致的消化道急症等也都一一作了介绍。因此，本书是一部适合广大临床工作者及医学院校师生学习参考的理论联系实际的书藉。

在编写过程中，虽然力求尽量做到体例统一，文风一致，但由于作者众多，水平所限，书中难免有一些缺点和错误，殷切期望同道给予批评指正。

河北医学院附属二院内科 姚希贤

1988年9月1日

目 录

上篇 总论	(1)
第一章 消化系统的生理与病理生理	(3)
第一节 免疫与胃肠道疾病	(3)
第二节 肠菌与胃肠道功能	(6)
第三节 消化道激素	(7)
第四节 水、电解质和胃肠道	(15)
第二章 肝脏的超微结构与微循环	(18)
第一节 肝细胞的超微结构与功能	(18)
第二节 肝脏的微循环	(22)
第三章 诊断性影像检查技术在急性消化病中的应用	(25)
第一节 腹部超声诊断	(25)
第二节 急性消化系统疾病的X线诊断	(34)
第三节 选择性腹腔内脏动脉造影和数字减影血管造影在消化道急症中的应用	(41)
第四节 X线及B型超声指引下经皮肝穿胆管造影术	(48)
第五节 十二指肠镜逆行性胰胆管造影	(51)
第六节 消化系统放射性核素显影检查	(54)
第七节 急性消化系统疾病的CT诊断	(65)
第四章 消化道急症内镜诊断、治疗术	(72)
第一节 紧急纤维胃镜检查术	(72)
第二节 纤维内镜引导治疗术	(74)
第三节 纤维结肠镜检查术	(80)
第四节 腹腔镜检查术	(86)
第五章 某些消化道急症的检查治疗术	(92)
第一节 三腔管气囊压迫止血术	(92)
第二节 自身腹水浓缩回输术	(93)
第三节 肝穿刺活体组织检查的临床应用	(94)
第四节 十二指肠引流术	(96)
第五节 胃灌洗术	(99)
第六节 灌肠法	(100)
下篇 各论	(103)
第一章 食管疾病	(105)

第一节 食管解剖与生理特点	(105)
一、食管解剖	(105)
二、食管生理特点	(105)
第二节 贲门失弛缓症	(105)
第三节 返流性食管炎	(109)
〔附〕巴瑞特 (Barrett) 食管	(112)
第四节 食管裂孔疝	(113)
第五节 腐蚀性食管炎	(117)
第六节 贲门粘膜撕裂综合征	(118)
第七节 自发性食管破裂	(122)
第二章 胃肠疾病	(126)
第一节 胃肠解剖与生理特点	(126)
一、胃肠解剖	(126)
二、胃肠生理特点	(130)
第二节 急性胃炎	(132)
一、急性单纯性胃炎	(132)
二、急性腐蚀性胃炎	(133)
三、急性感染性胃炎	(134)
四、急性化脓性胃炎	(135)
第三节 急性胃粘膜病变	(135)
第四节 巨大胃粘膜肥厚症	(138)
第五节 急性胃扩张	(140)
第六节 胃扭转	(142)
第七节 胃套叠	(145)
第八节 特殊类型消化性溃疡	(146)
一、幽门管溃疡	(147)
二、复合性溃疡	(148)
三、巨大溃疡	(148)
四、多发性溃疡	(148)
五、十二指肠球后溃疡	(149)
六、胃泌素瘤	(149)
七、应激性溃疡	(150)
八、儿童及老年消化性溃疡	(151)
九、类固醇性溃疡	(151)
第九节 消化性溃疡急性穿孔	(152)
〔附〕后壁溃疡穿透	(154)
第十节 急性炎症性肠病	(155)
第十一节 肠损伤	(163)

第十二节 肠梗阻	(165)
一、粘连性肠梗阻	(173)
二、肠扭转	(174)
三、肠套叠	(176)
四、肠堵塞	(178)
五、腹内疝	(179)
六、腹外疝	(180)
七、肠系膜血管栓塞	(181)
八、先天性肠道畸形	(183)
九、痉挛性肠梗阻	(184)
十、麻痹性肠梗阻	(185)
第十三节 急性肠道缺血综合征	(186)
一、急性肠梗塞	(186)
二、缺血性结肠炎与直肠炎	(189)
第十四节 急性出血坏死性小肠炎	(191)
第十五节 急性阑尾炎	(196)
第十六节 伪膜性肠炎	(199)
第十七节 肠易激综合征	(202)
第十八节 急性中毒性痢疾	(206)
第三章 肝胆疾病	(212)
第一节 肝胆的解剖与生理特点	(212)
一、肝脏的解剖与生理特点	(212)
二、胆囊与输胆管道系统的解剖与生理特点	(214)
第二节 细菌性肝脓肿	(215)
第三节 阿米巴性肝脓肿	(218)
第四节 急性肝静脉阻塞综合征	(221)
第五节 肝硬化顽固性腹水	(222)
[附] 肝硬化腹水发生机制的某些进展——肝硬化腹水与血管舒缓素、前列腺素、利纳激素的关系	(225)
第六节 肝损伤	(228)
第七节 暴发性肝功能衰竭	(231)
第八节 急慢性脂肪肝	(240)
第九节 肝昏迷	(247)
第十节 肝肾综合征	(257)
一、肝肾综合征	(257)
二、假性肝肾综合征	(263)
第十一节 急性脾梗塞	(265)
第十二节 外伤性脾破裂	(265)

第十三节	脾脓肿	(268)
第十四节	急性胆囊炎	(269)
第十五节	胆石症	(272)
第十六节	胆道蛔虫病	(279)
第十七节	急性胆囊扭转	(281)
第十八节	急性梗阻性化脓性胆管炎	(282)
第十九节	胆道出血	(285)
第二十节	先天性胆总管囊肿	(289)
第四章	胰腺疾病	(296)
第一节	胰腺解剖与生理特点	(296)
一、	胰腺的解剖	(296)
二、	胰腺的生理特点	(297)
第二节	急性出血坏死型胰腺炎	(297)
第三节	胰腺脓肿	(304)
第四节	胰石症	(305)
第五节	胰岛细胞瘤	(309)
一、	胃泌素瘤	(309)
二、	血管活性肠肽瘤	(310)
三、	胰高糖素瘤	(311)
四、	生长抑素瘤	(312)
五、	胰岛素瘤	(313)
六、	胰多肽瘤	(314)
七、	异位性ACTH综合征	(314)
八、	胆囊收缩素腹泻综合征	(314)
九、	肠胰胃肽腹泻综合征	(314)
十、	多发内分泌腺瘤	(314)
第五章	腹膜、肠系膜和网膜疾病	(317)
第一节	腹膜、肠系膜和网膜的解剖与生理特点	(317)
第二节	急性腹膜炎	(317)
一、	继发性化脓性腹膜炎	(317)
二、	原发性(自发性细菌性)腹膜炎	(320)
第三节	肠系膜脂膜炎	(323)
第四节	大网膜扭转	(324)
第六章	横膈与腹膜后腔疾病	(326)
第一节	横膈与腹膜后腔的解剖与生理特点	(326)
第二节	膈下脓肿	(326)
第三节	腹膜后感染与脓肿	(328)
第四节	腹膜后出血	(329)

第七章 其他消化系统急症	(331)
第一节 急性上胃肠道出血	(331)
第二节 重度下胃肠道出血	(335)
第三节 急性消化系统过敏性疾病	(339)
第四节 特发性胃肠道嗜酸性细胞浸润综合征	(341)
第五节 复发性或急性肠假性梗阻	(345)
第六节 肠道气囊肿病	(349)
第七节 肝性血卟啉病	(351)
第八节 水、电解质与酸碱平衡失调	(358)
一、水与电解质平衡	(358)
二、水与电解质平衡失调	(362)
三、酸碱平衡	(368)
四、酸碱平衡失调	(370)
第八章 与消化系统急症有关的疾病	(377)
第一节 与急性腹痛有关的内科疾病	(377)
第二节 与消化系统急症有关的其他系统疾病	(382)
第三节 与消化系统急症有关的综合征	(393)
一、腹绞痛 (Abdominal angina) 综合征	(393)
二、腹卒中 (Abdominal apoplexy) 综合征	(394)
三、腹型癫痫 (Abdominal epilepsy) 综合征	(394)
四、输入袢 (Afferent loop) 综合征	(395)
五、主动脉瘤一下腔静脉瘘 (aneurysm of the aorta-inferior vena cava fistula) 综合征	(396)
六、巴瑞特 (Barrett) 氏综合征	(396)
七、蓝色橡皮泡痣 (blue rubber bleb nevus) 综合征	(396)
八、波哈夫 (Boerhaave) 氏综合征	(397)
九、胆石性肠绞塞 (Bouveri) 综合征	(397)
十、柏一查 (Budd-Chiari) 氏综合征	(397)
十一、类癌 (Carcinoid) 综合征	(398)
十二、血栓性炎症性脾大 (Cauchois-Eppinger-Frugoni) 综合征	(399)
十三、克隆 (Crohn) 氏综合征	(399)
十四、多发性消化道息肉 (Cronkhite-Canada) 综合征	(399)
十五、克一鲍 (Cruveilhier-Baumgarten) 氏综合征	(400)
十六、空肠新生物 (Dudley-Klingenstein) 综合征	(401)
十七、倾倒 (Dumping) 综合征	(401)
十八、十二指肠—结肠 (duodenum-colon)	(402)
十九、肠气肿 (Duvernoy) 综合征	(402)
二十、食管扩张运动异常 (esophageal dilatation and motility disorder) 综合	

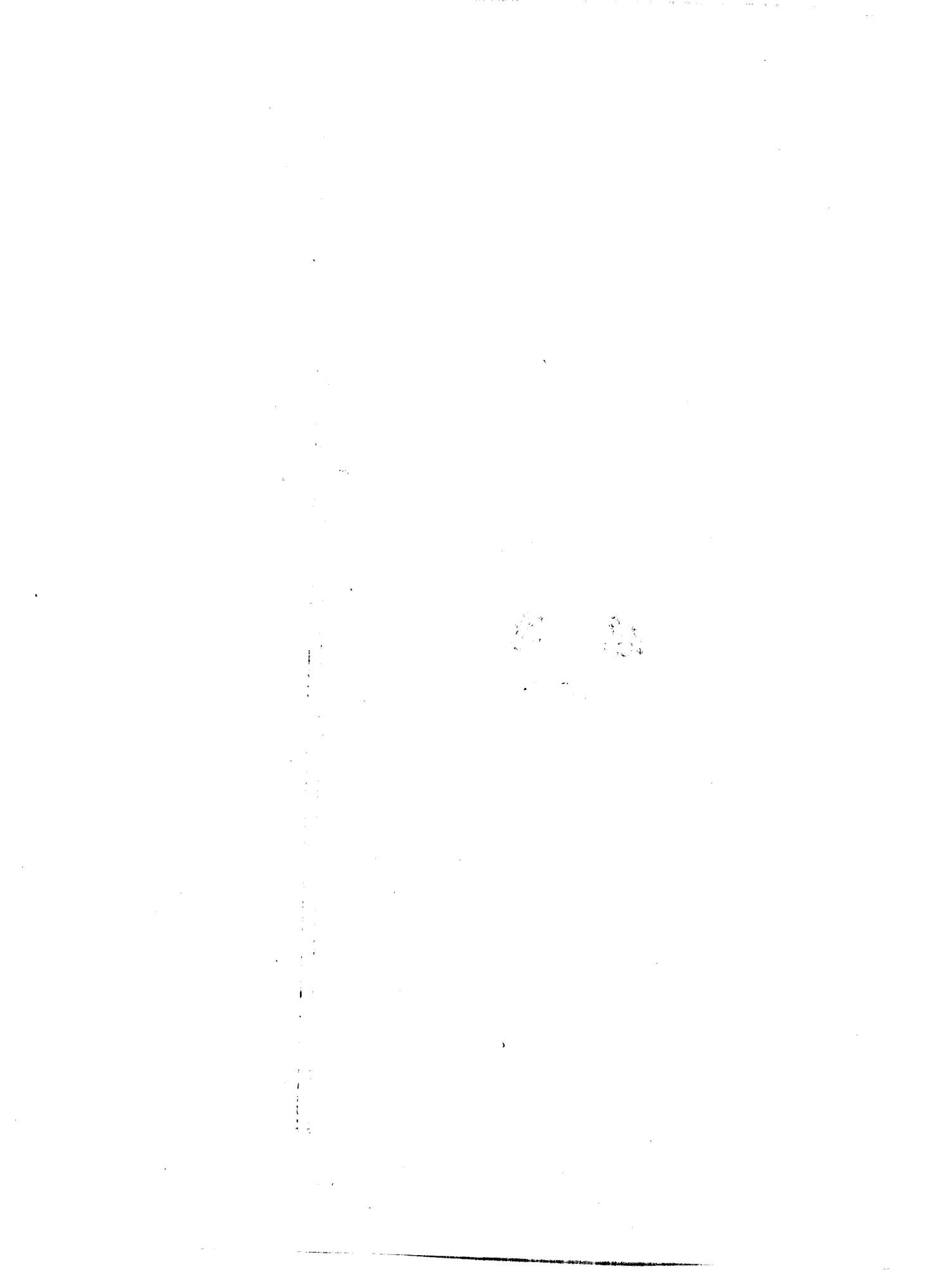
征	(403)
二十一、菲兹 (Fitz) 氏综合征	(403)
二十二、暴发性肝炎样 (Fulminant hepatitis like) 综合征	(403)
二十三、胃节律紊乱 (gastric dysrhythmia) 综合征	(404)
二十四、原发性肝内硬化 (Hanot) 综合征	(405)
二十五、急性原发性膈肌炎 (Heddlom) 综合征	(405)
二十六、肝 (脾) 曲综合征	(406)
二十七、回盲瓣 (ileocecal valva) 综合征	(406)
二十八、黑色素斑—胃肠多发性息肉 (inherited gastrointestinal-polyposis) 综合 征	(407)
二十九、结肠易激 (irritable bowel) 综合征	(409)
三十、霍乱样 (Janbon) 综合征	(409)
三十一、十二指肠憩室梗阻性黄疸 (Lemmel) 综合征	(409)
三十二、食管贲门粘膜撕裂 (Mallory-Weiss) 综合征	(410)
三十三、腹腔神经丛 (Marable) 综合征	(410)
三十四、巨大胃粘膜肥厚 (Ménétrier) 综合征	(410)
三十五、肝内胆管扩张 (Mirizz) 综合征	(411)
三十六、急性结肠假性梗阻 (Ogilvie) 综合征	(411)
三十七、大网膜粘连 (Omento-adhesion) 综合征	(411)
三十八、胆囊切除术后 (postcholecystectomy) 综合征	(412)
三十九、郎—奥—韦 (Rendu-Osler-Weber) 氏综合征	(413)
四十、过敏性紫癜 (Schoenlein-Henoch) 综合征	(413)
四十一、良性阵发性腹膜炎 (Seigal-Cattan-Mamon) 综合征	(415)
四十二、短肠 (Short Small intestine) 综合征	(415)
四十三、孤立性直肠溃疡 (Solitary rectal ulcer) 综合征	(418)
四十四、肝性血卟啉病 (Waldenström-I型) 综合征	(419)
四十五、肠系膜上动脉压迫 (Wilkie) 综合征	(420)
第四节 传染病所致消化系统急症	(421)
一、病毒感染性疾病	(421)
二、细菌感染性疾病	(424)
三、食物中毒	(429)
第五节 寄生虫病所致消化系统急症	(433)
一、肺吸虫病	(434)
二、华支睾吸虫病	(435)
三、急性结肠血吸虫病	(436)
四、蛔虫病	(437)
五、蓝氏贾第鞭毛虫病	(437)
六、隐孢子虫肠炎	(438)

七、猪巨吻棘头虫病	(439)
八、类圆线虫病	(439)
第六节 药物所致消化系统急症	(440)
一、药物性胃肠粘膜上皮细胞损伤	(440)
二、药物性胃肠运动功能障碍	(441)
三、药物引起消化腺体分泌异常	(442)
四、药物对胃肠道血管和淋巴管的影响	(442)
五、药物所致腹膜病变	(442)
六、药物性胰腺炎	(442)
七、药物性肝病	(443)
八、药物所致胆石症	(444)
第九章 老年人消化系统急症	(448)
第一节 老年人消化病概述	(448)
第二节 老年人常见消化道急症的特点	(452)
第三节 老年人用药的特点	(457)
〔附〕老年人消化系统疾病的合理用药	(458)
附录	(460)
一、胆系感染所致阴性杆菌败血症的中西医结合治疗	(460)
二、乙型病毒性肝炎抗原-抗体检测的临床意义与进展	(461)
三、消化系统疾病的合理用药	(466)
四、消化系统急症临床常用数据及计算公式	(469)
五、消化系统急症常用人体检验正常值新旧单位折算法	(471)
索引	(475)

上 篇

总 论

· 二 ·



第一章 消化系统的生理与病理生理

胃肠道的主要生理功能是消化食物、吸收营养和排泄废物。有关这方面的功能相当复杂，涉及胃肠道的外分泌、食物的消化和吸收、胃肠道的运动、神经体液的调节、血流和淋巴循环以及其相互默契配合等，下面将分节加以叙述。

第一节 免疫与胃肠道疾病

消化系统是一个重要的免疫器官，肠道淋巴组织是第一道防线，肝脏是第二道防线。其可阻止各种有害大分子的入侵，保证肠道的消化、吸收功能，并调节全身的免疫功能。

免疫学包括体液免疫和细胞免疫两个方面。前者是通过免疫球蛋白的作用实现的，免疫球蛋白与细胞免疫也有联系。免疫球蛋白减少者机体抵抗力降低，容易发生各种感染。对机体有益的免疫反应，在一定条件下，可以转化为有害的变态反应。在 I、II、III、V、VI 型变态反应中，免疫球蛋白起着重要的作用。

胃肠道是一个具有重要免疫活性的淋巴网状组织。有集合淋巴组织、粘膜固有层的淋巴细胞、上皮内淋巴细胞和肠腔内淋巴细胞四种：

(一) 集合淋巴组织：包括扁桃体、增殖体、Peyer 淋巴集结和阑尾。小肠粘膜下的淋巴集结称 Peyer 结，有 T 细胞与 B 细胞区。淋巴滤泡（生发中心）为 B 细胞区，生发中心间为 T 细胞区。覆盖于 Peyer 结表面的一层扁平细胞为 M 细胞，其功能将肠内抗原转运给 T、B 淋巴细胞。M 细胞与 Peyer 结连接处呈圆顶形，称圆顶区，含有很多 Ia⁺ 巨噬细胞，这是淋巴样细胞的交通区。各种抗原通过 M 细胞进入圆顶区，在该处与巨噬细胞和淋巴细胞相互发生作用。

(二) 粘膜固有层的淋巴细胞：散在分布于自咽喉至大肠的粘膜固有层内。在 B 细胞系统（包括浆细胞）中，65~90% 为免疫球蛋白 (Ig) A、B 细胞，少数为 IgM 和 IgG B 细胞。某些肠道疾病，IgA B 细胞减少，IgM B 细胞增加。固有层的 T 细胞中，60% 为辅助性 T 细胞 (T_H)，其余为抑制性和细胞毒性 T 细胞 (T_{s/c})。此外还有巨噬细胞，对肠内抗原进行处理加工；

(三) 上皮内淋巴细胞：90% 为 T 细胞，以 T_{s/c} 亚型为主，肥大细胞位于上皮间；

(四) 肠腔内淋巴细胞：为 T 细胞与 IgA B 细胞。胃肠道淋巴细胞大多能发育成为合成免疫球蛋白的浆细胞，因此，胃肠道局部免疫系统具有独特的重要作用，能防止微生物和其他有害物质侵入机体而引起疾病。

胃肠道局部免疫系统，由胃肠道固有膜的浆细胞控制，其能合成与分泌针对肠腔内各种抗原的特异性抗体，这些抗体含于 IgG、IgM、IgA、IgD、IgE 中，这些免疫球蛋白在防御系统内具有特殊作用：IgA 可保护体表；IgE 介导速发型变态反应；IgG 可保护体液；IgD 可

能包裹肿瘤的B细胞；同族血凝素和许多微生物（如伤寒O抗原）的天然抗体均存在于IgM内。在肠道固有膜中，合成IgA的浆细胞占85%，与合成IgM和IgG的浆细胞之比为20:3:1，合成IgE和IgD的浆细胞数目很少，故胃肠道是体内合成IgA的主要来源之一。

IgA分为血清型（IgA）及分泌型IgA（SIgA）两种。后者有分泌片，此分泌片具有抗蛋白酶的作用，能使SIgA在含蛋白酶丰富的外分泌液中不易破坏，而且分泌片有利于IgA通过粘膜到达分泌液中，因此，SIgA不受破坏，能充分发挥作用。

SIgA在粘膜上皮表面起调理作用和病毒中和作用。还能通过补体系统的替代途径直接激活C₃。与抗体、补体、溶菌酶三者共存时，溶菌作用显著。大肠杆菌可在SIgA与溶菌酶和补体共同作用下发生溶解。因此，SIgA尚有防止微生物及其抗原进入血循环的作用。此外，SIgA还可在消化道与非感染性抗原起反应，防止这些抗原进入机体引起疾病。

当抗原（包括病毒、细菌、内毒素）通过胃肠道进入身体后，可刺激肠道粘膜产生大量IgA抗体。因此，胃肠道的SIgA是保护机体和抵御致病原入侵的第一道防线。固有膜中的浆细胞和肝窦的枯否氏细胞（巨噬细胞）对调节免疫反应具有重要作用，肝脏是第二道防线。即使抗原未在第一道防线被阻止，也能在浆细胞所产生的抗体作用下被阻止进入血循环。巨噬细胞的吞噬作用是一种多方面的反应，包括细胞识别异物、吞噬异物和消灭异物。枯否氏细胞并不增强抗原的免疫源性，而能消除其抗原性并清除之，还可与Ts协同诱导免疫耐受性。抗体、补体以及其他加强因子的存在是吞噬过程的一部分。侵入的微生物只有在裹上补体和抗体后才能粘附到吞噬细胞表面。吞噬以后产生的过氧化氢和释放的杀菌酶是破坏被吞噬微生物的武器。吞噬作用中，由于激活了补体以及纤维蛋白的凝固和沉着，而发生炎症反应。当侵入物被消灭，此种炎症反应结束。慢性肝病时，由于枯否氏细胞功能减退以及侧枝循环，门脉血绕过肝脏，肝脏不能很好处理来自肠道的抗原，因而往往有高丙球蛋白血症和对肠菌或食物抗原的高滴度抗体。

肠腔分泌液中的IgM和IgG亦可起到一定的防御作用。由于IgM可与分泌片结合，故在SIgA缺乏时亦可在分泌液中发挥作用。IgG虽可为肠液所破坏，但当急性胃肠炎等粘膜炎症反应时，大量IgG扩散入肠腔，也能起到暂时的防御作用。高水平的IgE，导致组织胺类物质释放后，通过毛细血管通透性增加，有利于吞噬细胞及特异性、非特异性体液免疫因素到达局部。IgE能吸附在巨噬细胞表面以吞噬、消灭相应抗原。此外，它对肠道寄生虫也有一定驱除作用。此外还有许多非特异性免疫防卫系统。如肠道正常菌群，对肠内致病菌具有抑制作用；上皮表面的粘蛋白可防止抗原在细胞表面粘附；消化液可将大分子物质水解成小分子，便于吞噬细胞吞噬；溶菌酶在特异性抗体存在下，可使肠道革兰氏阴性菌发生裂解；备解素对某些肠道革兰氏阴性杆菌具有杀灭作用；高浓度胆盐可抑制肠内细菌；天然抗体的存在可能与肠道正常菌群寄居有关，对肠道致病菌有一定抑制作用。补体一方面在机体正常防御功能上，具有维持机体平衡的作用，另一方面在变态反应性疾病与自身免疫性疾病中，也参与炎症反应和组织损伤。总之，胃肠道的免疫反应主为对微生物产生局部和全身性免疫应答，起到抗感染作用；对食物抗原进行免疫排除，防止出现食物过敏。SIgA在局部免疫中，有着极为重要的作用。因而胃肠道免疫功能紊乱，IgA合成障碍或缺乏以及某些抗原发生的异常免疫反应，均可成为某些胃肠道疾病发病的原因。

原发性免疫缺陷病：本病可伴有胃肠疾病。T细胞缺陷者常有腹泻、吸收不良及消化道