

CHANGJIAN WEICHANG JIBING
SHIYONG ZHENLIAO SHOUC

常见胃肠疾病 实用诊疗手册

赵洪川◎主编

中国医药出版社有限公司
CHINA MEDICINE & PHARMACEUTICAL PUBLISHING CO., LTD.

常见胃肠疾病 实用诊疗手册

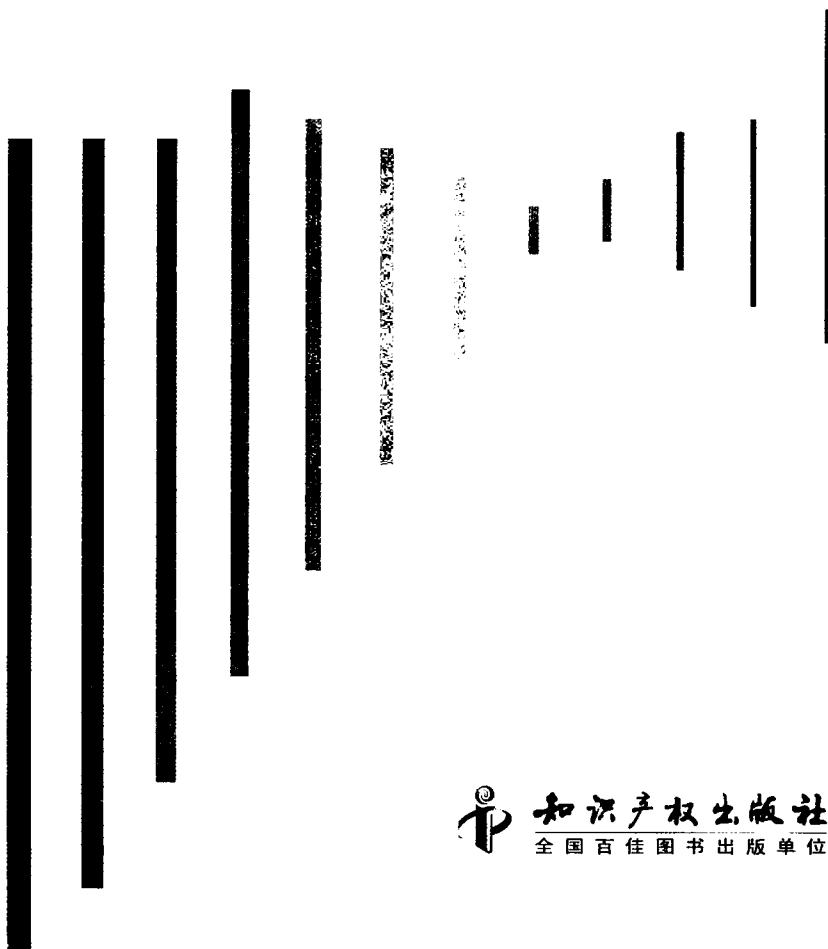
张俊 主编

中国医药出版社
CHINA MEDICINE & PHARMACEUTICAL PUBLISHING CO., LTD.

CHANGJIAN WEICHANG JIBING
SHIYONG ZHENLIAO SHOUC

常见胃肠疾病 实用诊疗手册

赵洪川◎主编



知识产权出版社
全国百佳图书出版单位

内容提要

本书是一本常见胃肠疾病的实用诊疗手册,结合了国内外医疗发展动态,重点就临床工作中实际需要解决的问题进行了深入浅出的阐述和探讨。对于胃食管反流性疾病以指南为主,达到明了概括之效;而对于幽门螺杆菌相关疾病则结合专家意见及基础研究,达到点面结合,行之有效;对于肝脏疾病以常见病为主,务求实用;对于炎症肠病及肿瘤以欧美国家文献为主,结合国内进展,是本书的亮点;同时根据临床实际需要,增加了专题篇,对于一些相对少见而专科医师需要掌握的疾病进行了阐述。

责任编辑:牛洁颖

责任校对:董志英

装帧设计:张冀

责任出版:卢运霞

图书在版编目(CIP)数据

常见胃肠疾病实用诊疗手册 / 赵洪川主编. —北京:

知识产权出版社, 2012. 5

ISBN 978-7-5130-1112-9

I. ①常… II. ①赵… III. ①胃肠病-诊疗-手册

IV. ①R573-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第028144号

常见胃肠疾病实用诊疗手册

Changjian Weichang Jibing Shiyong Zhenliao Shouce

赵洪川 主编

出版发行: 知识产权出版社

社址: 北京市海淀区马甸南村1号

网 址: <http://www.ipph.cn>

发行电话: 010-82000860 转 8101/8102

责编电话: 010-82000860 转 8109

印 刷: 北京雁林吉兆印刷有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

版 次: 2012年5月第1版

字 数: 415千字

邮 编: 100088

邮 箱: bjb@cnipr.com

传 真: 010-82005070/82000893

责编邮箱: niujieying@sina.com

经 销: 新华书店及相关销售网点

印 张: 24.25

印 次: 2012年5月第1次印刷

定 价: 45.00元

ISBN 978-7-5130-1112-9/R·045 (3997)

出版权专有 侵权必究

如有印装质量问题,本社负责调换。

《常见胃肠疾病实用诊疗手册》

编写委员会

主 编 赵洪川

副 主 编 刘继喜

编写成员 （按姓氏笔画顺序）

马军宇	王慧芬	王晓娣	白如雪
艾正琳	李艳梅	李靖涛	宋振梅
吴海玲	孙 钢	刘继喜	赵洪川
郭新珍	秦 耿		

《常见胃肠疾病实用诊疗手册》

作者分工

第一篇

第一章	马军宇	赵洪川
第二至六章	李艳梅	
第七章	宋振梅	

第四篇

第一至四章	郭新珍	
第五章	郭新珍	刘继喜
第六章	艾正琳	刘继喜
第七章	刘继喜	王晓娣
第八章	刘继喜	

第二篇

第一章	艾正琳	赵洪川
第二章	王慧芬	赵洪川
第三章	王慧芬	
第四章	李靖涛	
第五章	宋振梅	
第六章	宋振梅	赵洪川

第五篇

第一章	吴海玲	
第二章	吴海玲	赵洪川
第三章	吴海玲	刘继喜
第四章	吴海玲	赵洪川
第五章	孙 钢	
第六章	艾正琳	刘继喜
第七章	赵洪川	

第三篇

第一章	白如雪	
第二至五章	刘继喜	
第六章	刘继喜	王晓娣
第七章	刘继喜	
第八章	刘继喜	王晓娣
第九章	刘继喜	孙 钢
第十章	刘继喜	

第六篇

第一至二章	刘继喜	
第三章	刘继喜	赵洪川
第四至五章	孙 钢	
第六章	艾正琳	刘继喜
第七章	秦 耿	

前 言

随着科学技术的进步及医学模式的转换，人们对疾病的认识更加深入。消化内科基础研究、临床诊治手段和介入技术的突飞猛进尤为突出。从事胃肠疾病工作的临床医生面对日新月异的发展新形势，面对日益提高的患者要求，非常需要一本既有新理论又密切结合实际临床工作的手册，以充实和提高自己的实践水平。作者根据多年来从事医疗、教学与科研工作的体会，结合近年来国内外在此领域的进展，特编写本书。

本书系统论述了消化内科常见胃肠疾病的常见症状、诊断流程与治疗策略，既解答了临床实际问题，又对新技术、新进展进行了阐述，力求做到密切结合临床实践，关注当今医疗发展动态，遵循循证医学程序，深入浅出，纵横结合，以飨读者。

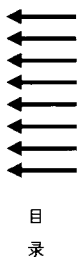
本书注重实用性与新颖性，是消化内科医生、进修生、研究生、实习医生的一本颇有价值的实用参考书。同时，随着信息时代的进步，患者要求知情并参与治疗决策的呼声越来越强，本书浅显易懂，实用性强，相信对希望了解相关疾病知识的非专业人员也会有很大的帮助。

本书由中日友好医院消化内科工作在临床一线的教授及医生精心编写，并邀请了北京协和医院消化科的孙钢教授等参加。编写过程中得到了知识产权出版社的关心支持，以及医院领导和有关科室同志们的大力支持，在此表示衷心的感谢。限于编者水平，加之时间仓促，本书不当之处在所难免，欢迎同道批评指正。

中日友好医院消化内科 赵洪川

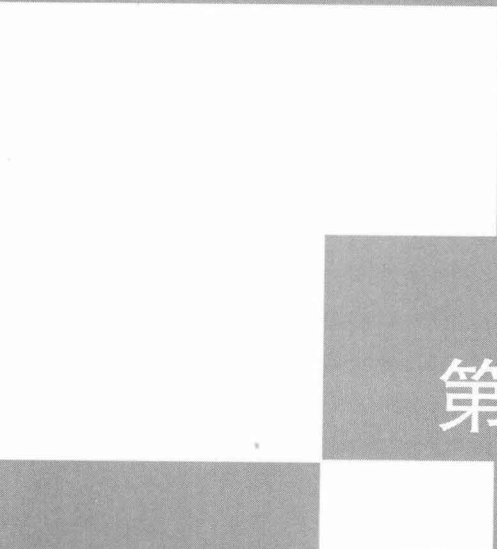
目 录

第一篇 胃食管反流病	1
第一章 概述	3
第二章 胃食管反流病的药物治疗	8
第三章 胃食管反流病的维持治疗	17
第四章 胃食管反流病的外科治疗	21
第五章 妊娠期胃食管反流病	26
第六章 Barrett 食管	28
第七章 幽门螺杆菌、胃食管反流病、Barrett 食管 及食管下段腺癌	34
第二篇 幽门螺杆菌相关性疾病	41
第八章 概述	43
第九章 诊断性试验	49
第十章 Hp 感染的治疗	60
第十一章 消化性溃疡的并发症	76
第十二章 儿童	83
第十三章 关于未来的思考：疫苗与研究趋势	89
第三篇 炎症性肠病	93
第十四章 溃疡性结肠炎总论	95
第十五章 基础治疗措施	105
第十六章 暴发性溃疡性结肠炎和中毒性巨结肠 的处理	114
第十七章 外科处理	118
第十八章 肠外表现	122
第十九章 结肠癌监测	127
第二十章 妊娠与哺乳	131
第二十一章 儿童及老年患者	134
第二十二章 未确定型结肠炎	139
第二十三章 克罗恩病	143





第四篇 肝脏疾病	153
第二十四章 慢性乙型肝炎	155
第二十五章 肝硬化	166
第二十六章 肝性脑病	181
第二十七章 脂肪性肝病	194
第二十八章 酒精性肝病	202
第二十九章 药物性肝病	210
第三十章 自身免疫性肝炎	218
第三十一章 原发性胆汁性肝硬化	229
第五篇 消化道肿瘤	237
第三十二章 食管癌	239
第三十三章 胃癌	256
第三十四章 肝细胞癌	267
第三十五章 胰腺癌	284
第三十六章 大肠癌	296
第六篇 专题	305
第三十七章 急性胰腺炎	307
第三十八章 慢性胰腺炎	316
第三十九章 嗜酸粒细胞性胃肠炎	324
第四十章 肠结核	330
第四十一章 急性坏死性小肠结肠炎	337
第四十二章 原发性硬化性胆管炎	341
附录 共识与指南	347
参考文献	365



第一篇

胃食管反流病

第一章 概述

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是常见的上胃肠道动力障碍性疾病, 与酸或胆汁反流相关。据报道, 西方国家人群中 7%~15% 的人有胃食管反流症状; 我国 1997 年对北京、上海两地区样本量为 5 000 人的随机调查表明, 8.7% 的人反流症状评分大于 6 分, 并通过抽样经胃镜和 24h 食管 pH 监测预测, GERD 患病率为 5.77%, 反流性食管炎患病率为 1.99%。GERD 有反流及刺激症状, 可伴有食管外表现。GERD 分为三个类型, 即非糜烂性胃食管反流病 (non erosive reflux disease, NERD)、反流性食管炎 (reflux esophagitis, RE) 和 Barrett 食管。约 1/3 的 GERD 有 RE。深入了解 GERD 的病理生理特征, 提高对本病的认识, 能使患者及时得到诊治。

第一节 发病机理

GERD 的发病机理是食管对胃、十二指肠内容物反流的防御机制下降, 引起攻击因子酸以及胃蛋白酶、胆盐、胰酶等对食管粘膜的攻击作用。包括胃食管交界抗反流能力减弱, 食管对反流物的清除及组织对反流物攻击作用的抵抗力降低。

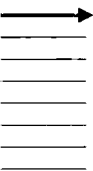
一、下食管括约肌功能不全

胃食管交界处 (esophagogastric junction, EGJ) 功能减弱: EGJ 的组织结构包括下食管括约肌 (LES)、膈脚、膈食管韧带、His 角等, 在功能上起抗反流的屏障作用, 其中以 LES 和膈脚尤为重要, 在 GEJ 形成一高压带, 有效地防止胃内容物反流。

一过性下食管括约肌松弛 (TLESR): TLESR 是指与吞咽无关的一过性 LES 松弛, 其持续时间达 10s 以上, 伴随食管基础压稍有上升, 但缺乏食管体部蠕动收缩。研究表明, 没有食管裂孔疝的患者约有 70% 的反流发生于此期。发生 TLESR 的神经传导通路可能通过胃底、咽或喉部的感受器接受刺激, 经迷走神经传入纤维将刺激传递到脑干的孤束核和迷走神经运动背核, 然后通过迷走神经的传出纤维促发 TLESR。NO 和 VIP 是促发 TLESR 的重要神经递质, 膈脚也参与 TLESR 的发生。

二、食管裂孔疝

食管裂孔疝 (hiatal hernia, HH) 合并反流性食管炎的机制与



膈脚对 EGJ 的张力低下、加强作用减弱或消失有关，同时也与频繁出现的 TLESR 有关，膈脚不再对 LES 区域高压带产生作用，食管裂孔疝可影响 LES 关闭或增加胃底的感觉刺激以致触发 TLESR。引起食管裂孔疝的原因可以是先天性的，但更多的是随着年龄的增加（大于 50 岁以上者），膈食管韧带萎缩、松弛。长期腹腔内压增高也可诱发食管裂孔疝。

三、食管酸清除能力降低

（一）食管的排空能力下降

在生理状态下，吞咽后食管体部出现原发性蠕动，由近端食管向远端推进。遇有反流时，食管扩张，通过神经反射出现继发性蠕动，达到容量清除作用。GERD 患者食管体部的这种清除功能常减弱，导致食管粘膜酸暴露时间延长。食管体部动力异常有以下三种形式：（1）食管体部对湿咽的有效收缩率小于 80%；（2）非蠕动性收缩（非传导性收缩和同步收缩）大于 30%，甚至大于 50%；（3）食管远端收缩波幅降低，通常小于 3.99kPa（30mmHg）。

（二）唾液分泌能力下降

唾液能有效地中和胃酸，达到食管化学清除作用。各种原因导致的唾液分泌减少，都可导致食管酸暴露时间延长。如口腔干燥症患者，食管酸暴露时间明显延长，食管炎的发病率高。大规模的调查显示，GERD 患者静息状态下唾液分泌量与其年龄匹配的健康对照组比较，无显著性差异。

四、近端胃扩张及胃的排空功能延缓

GERD 患者中，约 1/2 胃排空延缓。研究显示，近端胃扩张可通过迷走神经反射途径引起 LES 松弛。因而，餐后较长时间的近端胃扩张，容易诱发 LES 松弛，特别是 TLESR。近端胃扩张还可使 LES 腹段变短，降低 LES 的屏障作用。

五、食管壁抵抗力下降

临床上反流性食管炎仅仅发生在部分有反流症状的患者。有的反流症状虽然突出，却不一定有明显的食管组织损害，提示组织损害是攻击因子和组织抵抗力消长的结果。食管组织抵抗力在防止反流性食管炎中具有重要的位置。

六、反流物的攻击作用

在防御机制下降的基础上反流物刺激食管粘膜，损伤食管粘膜。受损的程度与反流物的质和量有关，也与粘膜接触的时间、体位有关。其中损害食管粘膜最强的是胃酸和胃蛋白酶，尤其在 pH < 3 时致使粘膜上皮蛋白变性，同时胃蛋白酶呈活化状态消化上

皮蛋白。近年来研究显示，在普通内镜下观察食管粘膜无明显损害，但在放大内镜下观察仍可发现有粘膜破损，或在组织电镜下观察可见细胞之间紧密连接的间隙扩大，易使反流物损伤食管粘膜或粘膜下组织，称之为微小病变。研究表明，当胃液的 pH 为酸性时，氢离子是主要的攻击因子，非结合胆盐不溶解，胰酶未被活化，而当胃内 pH 为碱性时，非结合胆盐和胰酶则成为主要的攻击因子。夜间的容量清除和化学清除显著下降，反流物接触食管粘膜的时间延长，易并发较重的食管炎。

第二节 临床表现、辅助检查、诊断

一、临床表现

（一）反流症状为主

反酸、反食、反胃、嗝气等，多在餐后明显或加重，平卧或躯体前屈时易出现；因反流物多呈酸性，反酸常伴烧心，是胃食管反流病最常见的症状。反胃是指胃内容物在无恶心和不用力的情况下涌入口腔。

（二）反流物刺激食道引起的症状

烧心、胸痛、吞咽困难等。烧心是指胸骨后或剑突下有烧灼感，常由胸骨下段向上伸延，常在餐后 1 小时出现，卧位、弯腰或腹压增高时可加重。反流物刺激食管痉挛导致胸痛，疼痛发生在胸骨后或剑突下。严重时可为剧烈刺痛，可放射到后背、胸部、肩部、颈部、耳后。有的酷似心绞痛；部分患者有吞咽困难，可能是由于食管痉挛或功能紊乱，症状呈间歇性，进食固体或液体食物均可发生。少部分患者吞咽困难是由食管狭窄引起，此时吞咽困难可呈持续性进行性加重。有严重食管炎或并发食管溃疡者，可伴吞咽疼痛。

（三）食管以外的刺激症状

如咳嗽、哮喘及咽喉炎。少部分患者以咳嗽与哮喘为首发或主要表现，反流引起的哮喘无季节性，常有阵发性、夜间咳嗽与气喘的特点。个别患者可发生吸入性肺炎，甚至出现肺间质纤维化。这是由于反流物吸入气道，刺激支气管粘膜引起炎症和痉挛所致。反流物刺激咽喉部可引起咽喉炎、声嘶。

（四）其他

一些患者反映咽部不适，有异物感、棉团感或堵塞感，但无真正吞咽困难，称为癔球症，其中部分患者可能与酸反流引起食管上



段括约肌压力升高有关。

（五）并发症

1. Barrett 食管

在食管粘膜的修复过程中，食管贲门交界处的齿状线 2cm 以上的食管鳞状上皮被特殊的柱状上皮取代，称为 Barrett 食管。约见于 10% 的慢性反流患者。Barrett 食管发生溃疡时，又称 Barrett 溃疡。Barrett 食管是食管腺癌的主要癌前病变，其腺癌的发生率较正常人高 30 ~ 50 倍。

2. 上消化道出血

反流性食管炎患者，因食管粘膜炎症、糜烂及溃疡可以导致上消化道出血，临床表现可有呕血和黑粪以及不同程度的缺铁性贫血。

3. 食管狭窄

食管炎反复发作致使纤维组织增生，最终导致瘢痕狭窄，这是严重食管炎的表现。

二、辅助检查

（一）内镜检查

内镜检查是诊断反流性食管炎最准确的方法，并能判定反流性食管炎的严重程度以及有无并发症，结合活检可与其他原因引起的食管炎和其他食管病变（如食管癌）作鉴别。内镜下无反流性食管炎并不能排除胃食管反流病。根据内镜下所见食管粘膜的损害程度进行反流性食管炎分级，有利于病情判断及指导治疗。

目前国外通常采用洛杉矶分级法：正常，食管粘膜没有破损；A 级，一个或一个以上食管粘膜破损，长径小于 5mm；B 级，一个或一个以上粘膜破损，长径大于 5mm，但没有融合性病变；C 级，粘膜破损有融合，但小于 75% 的食管周径；D 级，粘膜破损融合，至少达到 75% 的食管周径。

（二）24 小时食管 pH 监测

这种方法目前已被公认为诊断胃食管反流病的重要诊断方法。应用便携式 pH 记录仪在生理状态下对患者进行 24 小时食管 pH 连续监测，可提供食管是否存在过度酸反流的客观证据，有助于鉴别胸痛与反流的关系。常用的观察指标为：24 小时内 pH < 4 的总百分时间、pH < 4 的次数，持续 5 分钟以上的反流次数以及最长反流时间等指标。但要注意，在进行该项检查前 3 日应停用抑酸药与促进胃肠动力的药物。

（三）食管吞钡 X 线检查

该检查对诊断反流性食管炎的敏感性不高，但不愿接受或不能耐受内镜检查者可进行该检查，其目的主要是排除食管癌等其他食管疾病。严重反流性食管炎可发现阳性 X 线征。

（四）食管滴酸试验

在滴酸过程中，出现胸骨后疼痛或烧心的患者为阳性，且多在滴酸的最初 15 分钟内出现。

（五）食管测压

可测定 LES 的长度和部位、LES 压、LES 松弛压、食管体部压力及食管上括约肌压力等。LES 静息压为 10 ~ 30mmHg，如 LES 压小于 6mmHg 易导致反流。当胃食管反流病内科治疗效果不好时可作为辅助性诊断方法。

三、诊断与鉴别诊断

胃食管反流病的诊断应基于：（1）有明显的反流症状；（2）内镜下可能有反流性食管炎的表现；（3）食管过度酸反流的客观证据。如患者有典型的烧心和反酸症状，可作出胃食管反流病的初步诊断。内镜检查如发现有反流性食管炎并能排除其他原因引起的食管病变，本病诊断可成立。对有典型症状而内镜检查阴性者，可进行 24 小时食管 pH 监测，如证实有食管过度酸反流，诊断成立。

若无法进行 24 小时食管 pH 监测，可用质子泵抑制剂（PPIs）作试验性治疗（如奥美拉唑每次 20mg，每天 2 次，连用 7 天），如有明显效果，本病诊断一般可成立。对症状不典型的患者，常需结合内镜检查、24 小时食管 pH 监测和试验性治疗进行综合分析以作出诊断。

第二章 胃食管反流病的药物治疗

尽管胃食管反流病（GERD）与胃酸分泌增高有关，但多数 GERD 病人的胃酸分泌正常。由于 GERD 与食管的酸负荷有关，传统的以及新的治疗药物主要着眼于中和或抑制胃酸的产生。多数 GERD 病人病变较轻，为非糜烂性，非处方药物如抗酸剂、海藻酸/抗酸混合制剂、 H_2 受体拮抗剂及 H_2 受体拮抗剂/抗酸剂混合制剂可以快速、安全、有效地缓解症状。与此对应，对于有频繁而严重的烧心症状，或存在糜烂、狭窄，或为 Barrett 食管，则需要更有效地控制胃酸分泌， H_2 受体拮抗剂和质子泵抑制剂是现代药物治疗的两大基础。

一、抗酸剂和海藻酸

美国常用的抗酸剂参见表 2-1。液体剂型或片剂的抗酸剂能快速、安全、有效地预防及缓解偶发的反流症状。这是基于它们立即中和胃酸的作用，可用中和能力来衡量。胃内 $pH > 4$ 也能使胃蛋白酶失活。各种药物的中和能力不同，以每 10cc 的中和能力来计算。20 世纪 80 年代进行了 3 个随机对照试验来观察抗酸剂的作用（参见表 2-2），结果令人失望，但这些研究样本数小。近期的研究主要集中观察抗酸剂包括 H_2 受体拮抗剂的作用，与安慰剂对照，抗酸剂的益处很明显。

单独用抗酸剂来治疗糜烂性食管炎的效果很差，需要长期以一定的剂量和频度应用，这迫使它退出了对糜烂性食管炎的治疗。频繁用药产生的其他问题包括药物的口感，以及镁/铝合剂相关的排便习惯的改变。含镁抗酸剂（如 Maalox[®]）可引起腹泻，而含钙（如 Tums[®] Extra-Strength）和含铝（Amphojel[®]）抗酸剂则可引起便秘。超负荷的钠和镁、铝的毒性限制了它们在心血管疾病和肾脏疾病患者中的应用。大剂量的碳酸钙能引起酸反跳，如过量使用，可导致高钙血症。而碳酸氢钠可引起系统性碱中毒和乳-碱综合征。