



高等医学院校临床医学系统整合课程教材
供临床、口腔、预防等专业使用

消化系统疾病

主编 唐承薇 程南生



人民卫生出版社



中国医药出版社
CHINA MEDICAL PUBLISHING HOUSE

消化系统疾病

（第2版）

人民卫生出版社

高等医学院校临床医学系统整合课程教材

供临床、口腔、预防等专业使用

消化系统疾病

主 编 唐承薇 程南生

副主编 王一平 文天夫 王春晖 王自强 吴俊超

编 者 (以姓氏拼音为序)

陈 斌	陈龙奇	陈卫霞	陈晓理	陈志新
程南生	甘 涛	甘华田	何洪波	胡 兵
胡建昆	胡仁伟	黄 颖	黄丽彬	黄兴兰
雷文章	李 波	李 静	李 肖	刘续宝
卢 强	鲁昌立	罗 燕	马洪升	麦 刚
宋 彬	唐 红	唐承薇	田伯乐	童 欢
万学红	王 存	王春晖	王威亚	王文涛
王一平	王玉芳	王自强	魏 兵	温忠慧
文天夫	吴 浩	吴俊超	伍晓汀	向 波
谢 艳	徐明清	严 瑾	杨 丽	杨锦林
杨正兵	叶 辉	易智慧	于永扬	张 燕
张文燕	赵 颖	庄 文	左 卓	

秘 书 高 琴 李 静

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疾病 / 唐承薇等主编. —北京: 人民卫生出版社, 2011.11

临床医学系统整合课程教材

ISBN 978-7-117-14777-4

I. ①消… II. ①唐… III. ①消化系统疾病—诊疗—医学院校—教材 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 184101 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

消化系统疾病

主 编: 唐承薇 程南生

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 26

字 数: 633 千字

版 次: 2011 年 11 月第 1 版 2011 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14777-4/R·14778

定 价: 90.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

编写说明

半个世纪以来,“细分”成为了推动医学科学发展的重要力量——分子生物学在医学领域的深入研究与渗透,使医学研究从细胞水平进入分子水平,而迅猛发展的自然科学、社会科学、人文科学、工程技术也不断与医学科学交叉融合,许多与医学相关的横断型、综合型、边缘型的交叉学科不断产生。医学分科越来越细,庞大的医学体系逐步形成,随之产生的问题是医学课程越来越多,教材和各种医学专著越来越厚,年轻医生的视野却越来越窄……。在这样的背景下,医学家和医学教育家要求“课程整合”的呼声越来越高,从1952年美国西余大学以器官系统为基础的整合课程模式,到加拿大麦克玛斯特大学以问题为基础的学习(PBL)的课程模式,从美国哈佛医学院的“新途径”(New Pathway),到日本筑波大学综合医学课程的“筑波模式”,尽管各国各校的课程整合程度和具体方法有所不同,但都体现出了一些共同的特点,即打破固有的学科界限,建立整合课程,调动学生主动学习的积极性,学习目标从“学知识”改变为“学习并综合应用知识”,增强其解决实际问题的能力。

2007年起,四川大学华西临床医学院/华西医院开始探索以器官系统为基础的整合课程教学模式,在神经科学模块初步实施的经验基础上,于2009年起正式针对临床医学八年制开设“系统整合临床课程”。临床内科、外科、放射科等多学科教师通力合作,编写了各器官系统整合模块的教学大纲、讲义、教案、幻灯片、综合病案等,并在整合理念的指导下,打破传统的以治疗手段划分的学科界限,编写了与系统整合临床课程配套的新型教材,即《临床医学系统整合教材——××系统疾病》,每个系统单独成书,共分九本教材,包括:呼吸系统疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、内分泌与代谢疾病、血液系统疾病、风湿免疫系统疾病、骨骼肌肉运动系统损伤与疾病、神经系统疾病。

“偏重实用、强调能力”是本套教材的重要特征。遵照“授人以渔”的教学理念,本套教材不追求内容的“全面”,而是在国家医师资格考试大纲的基础上,以循证医学的视角,将临床上的常见病、多发病和重要疾病的诊治作为主要教学内容,特别是在治疗部分,充分体现了多学科专家协作的特点。在体例安排上,本套教材以案例为基础,通过简洁的表格,罗列出临床特点、检查手段、鉴别诊断、治疗方法等要点,方便学生归纳和比较。本套教材期望学生能以问题为导向、以案例为基础进行学习和讨论,培养临床问题处理能力和科学的临床思维。

本套教材适用范围包括临床医学专业的五、七、八年制学生及其他医学相关专业学生,尤其适合采用器官系统整合课程、病案为基础的教学(CBS)、以问题为基础的学习(PBL)的医学院校;也可作为住院医师规范化培训学员及各级临床医师的参考用书。



序

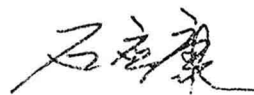
随着社会人口和疾病谱的变化,医学社会功能、健康服务体制和手段的不断发展,医学科学和医疗服务日益呈现出“整合”趋势。2009年11月,由北京大学等21所大学和《医学与哲学》杂志社发起、中华医学会等6个学会在北京举办的“医学发展高峰论坛”就是以“医学整合”为主题,会后发表《北京共识》,认为“医学整合是实现全民健康宏伟目标的重要方略”,“专科深入与多学科整合(协作)两翼并飞,是今后临床医学发展的大趋势”。同年12月,由人民卫生出版社主办的第二届北京国际医学院校长高峰论坛,主题之一也是医学系统整合教学改革。

近10余年来,四川大学华西临床医学院/华西医院根据疾病诊治规律、学科特点,在推进“高级医生细分专业”的同时,积极探索临床科室协作重组的创新模式。新门诊大楼和住院大楼均以系统疾病为基础来进行空间规划。在人员整合方面,先后组建了“心血管疾病综合病房”等8个综合病房,积极倡导和实践“医生跟着病人走”,由内科、外科等多学科专家共同制定规范的临床路径和诊疗方案;成立了以单病为基础的多学科诊疗团队67个,如脑血管病诊治学组、癫痫诊疗学组、糖尿病足学组、骨质疏松诊疗学组等。2009年,华西医院神经内科、神经外科、精神科以及放射科神经影像亚专业正式成立了“华西医院神经精神疾病中心”,进一步优化资源配置,深化多学科融合。

这种“以病人需求为导向”的整合医疗模式显示出强大的优势,促进了医院医疗和科研的跨越发展,也为整合式教学改革奠定了坚实的基础。在广泛吸取北美、我国香港特别行政区及内地部分兄弟医学院校经验的基础上,从2007年开始,华西临床医学院在临床医学专业8年制试行“神经科学”整合模块课程;2009年正式以“系统整合临床课程”替代传统的内科学、外科学课程,并将以问题为基础的教学(PBL)、案例教学等方法融入教学过程,以能力为导向培养创新医学人才。

为配合整合式教学改革,在人民卫生出版社的支持和帮助下,华西医院启动了临床医学系统整合教材的编写工作,主编、参编人员绝大多数来自华西医院内科、外科、放射科、病理科,也有国内兄弟院校相关领域的专家。他们具有丰富的医疗、科研和教学经验,不拘传统,渴望变革。这些不同学科专家围坐讨论、沟通协作、突破旧框、碰撞思维、着眼国际最新发展、立足本土医疗和教学实际,他们共同的心愿,就是为华西、为全国的医科师生奉献一套宜教易学、贴近临床、符合医学规律的教学用书。

感谢人民卫生出版社为中国医学教材创新搭建的优质平台，让我们有机会抛砖引玉，为中国医学教育改革，为培养具有系统、综合和融会贯通的整体医学思维的新型医学人才，尽到华西人的绵薄之力！



2010年10月

前言

消化系统疾病是临床医学的重要内容之一。如同其他临床医学,过去以药物为治疗手段的部分演化为今日的消化内科,而以手术为主要治疗手段的部分,形成了今日普外科中的消化分支。这样的学科划分对医院的管理和治疗方法的发展曾具有积极的意义。随着细胞生物学、分子生物学、现代制药业、医疗器械和生物材料科学等学科的迅猛发展,以往很多需要通过外科手术而达到治疗目的的疾病,目前完全可以通过药物或其他方法,如介入、内镜等治疗而治愈;一些疾病需要消化内外科医师甚至其他多科医师的共同参与,使患者能得到最好的治疗效果;各种微创手术(minimally invasive surgery)不断推陈出新,发展速度越来越快,涉及的范围也越来越广。因此,从治疗方法来说,传统的消化内外科界限变得越来越模糊,而对疾病的认识也达成了更多的共识。

对于消化系统疾病患者,尽管现代医疗手段可为他们提供多种治疗选择,但患者很难理解学术之争,而是希望听到内外科医师意见比较一致的上、中、下策,从而作出抉择。对于具有医学基础知识,立志成为医术精湛、医德高尚的全面发展的医学人才的学生,展现在他们面前的医学教育模式应是多方面的。但多年来,临床医学教育基本上是依靠内外科及各种诊断学科教研室进行,各教研室在不同程度上重复着内容相近的病因、发病机制、临床表现及诊断,重叠却不精辟、密集而常伴遗漏,学生疲于强记,甚至到毕业时还没有专业志向。随着多学科的融合,本书的对象——临床医学生,需要的是以系统为主线,以各科知识整合为基础的、整体教育的新教学体系。因此,突破原有学科界限,重新设计消化系统教学模式,才有望提高医学生的学习效率,激发他们在学习消化系统疾病的热情,树立整体观念,而不仅仅满足于掌握某一方面的医疗技能。消化系统教学上的整合,也可反哺医疗服务,患者也将因此受益。

经历了2年消化系统疾病整合课程的教学实践,这种新型的教学模式受到了学生的广泛欢迎,专业的医学教育评价给予消化系统疾病整合课程教学以充分的肯定。在这一背景下,系统整合临床课程教材《消化系统疾病》经过2年的酝酿、查阅文献、收集图片和写作,今天得以出版。它将与目前广泛使用的规划教材《内科学》和《外科学》互为补充,纵横交错的教材风格,有助于鼓励学生理解和探索疾病的原理,避免停留于僵硬的标准答案。

本教材的编写是一次全新的探索,既有医疗和教学经验丰富、富于探索的消化内外科医师,也有擅长消化系统疾病诊断的病理及影像学专家参与,有些章节是由3~4个传统临床学科的教师共同写作而成。消化系统是一个包含器官最多的系统,同一症状可能涉及

消化系统的多个器官,因此在分别介绍各器官疾病时,本教材先介绍了一些消化系统主要临床表现的诊断及处理。各疾病的写作深度仍坚持以基础理论、基本知识和基本技能为原则。为便于学生理解,本书摒弃了单纯枯燥的文字叙述,采用了大量图片和表格,尽量做到文字上删繁就简、图文并茂。

本教材系统介绍了消化系统疾病的重要诊疗技术、最新诊治指南和肿瘤最新的分类标准等;对于一些传统教材没有涉及的疾病也做了初步介绍;本教材还列出了一些少见疾病的中英文病名,以方便医学生检索。这些工具性的章节和突破本科生教学大纲要求了解的内容,可满足有志于从事消化专业医学生的知识需求。本教材末介绍了一些病例的诊治过程,穿插其间的点评及提出的思考将有助于培养医学生的临床思维。

为适应医学学科医疗、教学、科研及管理的需求,学科的细分与不同形式的整合可能同时并存。在这种分中有合、合中有分的观念引导下,本教材的设计者几易其稿,编者们的本书的成稿倾注了大量的心血,付出了艰苦的劳动,作为主编,我们在此表示深深的谢意!当这本全新的消化疾病教科书呈现在您的面前时,编者们的两年来在繁忙的医疗工作之余、在寂静的夜晚、在放弃与家人共享的周末和节假日,键盘上忽快忽慢的敲击声都化作丝丝慰藉,在文字间轻轻流淌。

本书的编写无以往的经验参考,缺点或不足还望读者反馈;文字、图表等虽经反复校对,诸多疏漏可能难以杜绝,敬请读者不吝指正。

唐承薇 程南生

2011年7月

目 录

第一章 消化系统主要临床表现的诊断及处理	1
第一节 吞咽困难	1
第二节 消化道出血	4
第三节 消化吸收不良	10
第四节 慢性腹泻	13
第五节 便秘	16
第六节 胆汁淤积	20
第七节 胆囊息肉样病变	26
第八节 门静脉高压	27
第九节 肝占位性病变	32
第十节 肝衰竭	37
第十一节 急性腹痛	40
第十二节 腹水	46
第十三节 腹部包块	49
第十四节 腹部损伤	52
第十五节 急性化脓性腹膜炎	66
第二章 消化系统重要诊疗技术	72
第一节 胃肠镜	72
第二节 ERCP、EST、胆道镜	79
第三节 腹腔镜	85
第四节 消化血管介入治疗	88
第五节 消化系统超声诊治	90
第六节 CT 及 MRI 在消化系统疾病诊断中的应用	93
第七节 幽门螺杆菌检测	94
第八节 肝功能评估	95
第九节 乙肝感染诊断	99
第十节 肠外、肠内营养	101
第十一节 消化系统器官移植	107

第三章 食管疾病..... 117

第一节 胃食管反流..... 117

第二节 食管化学损伤和瘢痕狭窄..... 124

第三节 贲门失弛缓..... 127

第四章 胃部疾病..... 131

第一节 急性糜烂性胃炎..... 131

第二节 慢性胃炎、胃癌前疾病、胃癌前病变 133

第三节 消化性溃疡..... 136

第五章 肠道疾病..... 148

第一节 克罗恩病..... 148

第二节 肠结核..... 154

第三节 肠梗阻和肠套叠..... 158

第四节 急性阑尾炎..... 165

第五节 肠痿..... 171

第六节 溃疡性结肠炎..... 173

第七节 结肠息肉..... 179

第八节 痔、肛裂、肛管直肠周围脓肿、肛痿..... 184

第九节 功能性消化不良..... 193

第十节 肠易激综合征..... 195

第六章 肝脏疾病..... 201

第一节 肝硬化..... 201

第二节 肝性脑病..... 215

第三节 病毒性肝炎..... 219

第四节 脂肪性肝病..... 234

第五节 药物性肝病..... 238

第六节 自身免疫性肝病..... 245

第七节 肝脓肿..... 249

第八节 肝包虫病..... 253

第七章 胆道疾病..... 259

第一节 肝内胆管结石及感染..... 259

第二节 肝外胆管结石及胆管炎..... 262

第三节 胆囊结石及胆囊炎..... 265

第四节 胆道蛔虫病..... 269

第五节 Oddi 括约肌功能障碍 270

第六节 肝外胆道损伤..... 273

第八章 胰腺疾病	281
第一节 急性胰腺炎.....	281
第二节 慢性胰腺炎.....	290
第九章 消化系统肿瘤	300
第一节 概论.....	300
第二节 食管癌.....	303
第三节 胃癌.....	313
第四节 MALT 淋巴瘤.....	320
第五节 胃肠间质瘤.....	324
第六节 消化系统神经内分泌肿瘤.....	329
第七节 小肠肿瘤.....	333
第八节 结直肠癌.....	336
第九节 原发性肝癌.....	346
第十节 胆道恶性肿瘤.....	356
第十一节 胰腺癌.....	363
第十二节 消化系统肿瘤的分级及分期.....	370
第十章 腹壁、腹膜及其他疾病	377
第一节 腹外疝.....	377
第二节 结核性腹膜炎.....	384
第三节 消化系统其他疾病名称.....	390
附 消化系统病案诊治分析与思考	393
英中文名词对照及缩略词表	400

第一章 消化系统主要临床表现的诊断及处理

第一节 吞咽困难

吞咽困难(dysphagia)是指患者的正常吞咽功能发生障碍所导致的吞咽食物或饮水时有梗阻感觉或发噎感,它可由口咽部、食管或贲门的功能或器质性病变引起,它是常见的消化道症状之一。常见的原因有食管癌、贲门癌、食管狭窄和食管动力性疾病(如贲门失弛缓症)等。

【病因】

根据病变部位不同,吞咽困难分为口咽性和食管源性吞咽困难,根据梗阻原因不同分为机械性梗阻和动力障碍性梗阻。常见原因列于表 1-1。

表 1-1 常见吞咽困难病因

口咽性吞咽困难	食管源性吞咽困难
口炎、外伤、咽炎、咽后壁脓肿、咽喉结核、急性化脓性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、咽喉部肿瘤、中枢神经系统疾病(脑血管意外、帕金森病、肌萎缩性侧索硬化症、脑干肿瘤等)、周围神经系统疾病(脊髓灰质炎、周围神经病变等)、肌肉疾病(原发性肌病、代谢性肌病、重症肌无力、皮肌炎、多发性肌炎等)、全身感染中毒性疾病(破伤风、狂犬病等)、环咽肌失弛缓症	急慢性食管炎、食管憩室炎、食管结核、Barrett 食管、食管黏膜下脓肿、食管癌、贲门癌、手术后吻合口狭窄、放疗后、酸碱烧伤瘢痕、食管先天性疾病(食管蹼、先天性食管闭锁、先天性食管狭窄)、食管良性肿瘤、食管内异物、食管裂孔疝、食管受压(纵隔疾病、心血管疾病、甲状腺肿大)、风湿免疫性疾病(皮肌炎、硬皮病等)、贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛

【发病机制】

正常吞咽过程是指食物在口腔内咀嚼后经过口咽部进入食管,再通过食管进入胃内的过程。包括口咽部吞咽、食管上括约肌(upper esophageal sphincter, UES)松弛、食管原发性蠕动和食管下括约肌(LES)松弛四个阶段,其中任何一个阶段发生障碍,均可引起吞咽困难。

(一) 口咽性吞咽困难

是指食团不能或难以从咽部进入食管。主要影响的是吞咽的前两个阶段。当口咽部有炎症或创伤时,患者可因疼痛不敢吞咽。脑血管意外时,由于损伤了吞咽中枢或控制咽下部及食管上段横纹肌的运动神经节而引起吞咽困难。重症肌无力患者由于咽部肌肉、UES 和食管横纹肌运动终板病变,反复吞咽引起横纹肌疲劳,进而导致吞咽困难。皮肌炎、多发性肌炎可累及咽肌和食管横纹肌,导致咽肌收缩减弱或无力,进而引起吞咽困难。

(二) 食管源性吞咽困难

是指食团在食管内通过困难,不能顺利达到胃内。主要影响的是吞咽的后两个阶段。

食管的梗阻性病变是其主要原因。当食管腔内机械性梗阻或闭塞,如食管癌、贲门癌、食管良性狭窄等;或食管壁外来性压迫,如纵隔肿瘤、主动脉瘤等;以及食管蠕动减弱、消失或异常,如弥漫性食管痉挛、皮肤炎、硬皮病等,均可引起吞咽困难。食管下括约肌(lower esophageal sphincter, LES)引起吞咽困难的主要机制是食管下括约肌松弛障碍,多见于贲门失弛缓症。

【诊断】

对吞咽困难的患者应仔细询问病史、查体并结合相关检查,首先确定病变部位,是口咽性吞咽困难还是食管源性吞咽困难;对后者应进一步确定其是梗阻性还是动力性;并确定病变性质是良性还是恶性。

(一) 病史

1. 年龄 出生后或哺乳期即有频繁反食者,要考虑先天性食管疾病,如先天性食管狭窄、先天性食管闭锁;先天性食管过短等;儿童突然出现吞咽困难,多考虑食管异物可能;青壮年出现吞咽困难,要考虑动力障碍性疾病,如贲门失弛缓症;老年人出现吞咽困难,应考虑有无食管癌等恶性疾病。

2. 前驱病史 患者有反流、反食、胸骨后疼痛等病史应考虑反流性食管炎;既往有食管、胃手术史,应考虑食管胃吻合口狭窄;吞咽困难同情绪有关,应考虑弥漫性食管痉挛或贲门失弛缓症。

3. 与饮食的关系 进行性吞咽困难应考虑食管恶性肿瘤,进干食和流质均有梗阻感则应考虑动力障碍性疾病。

4. 吞咽疼痛 口咽部的炎症、溃疡或外伤,进食时吞咽疼痛;食管源性吞咽困难伴有轻重不一的疼痛,部位亦不确切,涉及胸骨后、剑突下、肩胛区、背部、肩部、颈部等处。如果进食酸性饮食或酒精,即刻引起疼痛,多见于食管炎症和溃疡;如进食过冷或过热饮食诱发疼痛,多为弥漫性食管痉挛。

5. 食物反流 进流质饮食立即反流至鼻腔及呛咳者,应考虑咽部神经肌肉病变;餐后较久才有反流,多为食管梗阻的近段有扩张或食管憩室内有潴留引起;贲门失弛缓反流物量常较多,常在夜间平卧位时出现,并引起呛咳。

6. 声音嘶哑 吞咽困难伴有声音嘶哑,应考虑食管癌引起的纵隔浸润侵及喉返神经;或主动脉瘤、纵隔肿瘤或纵隔淋巴结结核压迫喉返神经。

7. 呛咳 吞咽困难伴发呛咳,应考虑是否患有食管癌、贲门癌、贲门失弛缓症或食管憩室等疾病;呛咳较重者须考虑咽部神经肌肉病变或食管癌并发食管气管瘘。

(二) 体格检查

体格检查时应注意患者的营养状况,有无消瘦、贫血,有无浅表淋巴结肿大、甲状腺肿大、颈部包块,有无口咽炎、溃疡或外伤,有无舌和软腭麻痹等,必要时做神经系统检查以确定与吞咽有关的脑神经(第Ⅸ、Ⅹ、Ⅻ对脑神经)功能有无障碍。

(三) 辅助检查

1. X线检查 胸部X线片可以了解有无肺部炎症、纵隔增大、主动脉瘤、左心房增大或心包积液。食管钡餐造影有助于鉴别机械性梗阻和动力性梗阻,腔内梗阻或食管外压迫。

2. 内镜检查 内镜检查可直接观察到病变部位、范围、形态,结合病理组织学检查可确定病变的良恶性,确定病变是黏膜内还是黏膜下,对食管癌、食管良性肿瘤、食管良性狭

窄、食管异物、食管裂孔疝、食管结核、食管真菌感染等疾病具有鉴别诊断意义。

3. 超声内镜检查 可确定病变来自黏膜下还是食管外,并可确定恶性病变的浸润深度。

4. 食管测压检查 食管测压检查对判断食管的运动功能十分重要。对一些运动功能异常的疾病具有诊断价值。

5. CT 或 MRI 检查 有助于发现有无纵隔占位性病变,以及食管癌或贲门癌的浸润情况和淋巴结转移情况;头颈部 CT 或 MRI 还可发现颅内病变。

【治疗】

引起吞咽困难最常见的原因是各种食管疾病,其次是口咽部疾病、与吞咽有关的神经肌肉病变及某些全身性疾病,由于病因不同,因此治疗的措施也不尽相同,但总的原则是减轻或缓解症状,治疗原发病,预防并发症,提高生活质量。

(一) 生活方式指导

有机械性梗阻的患者应进少渣食物或流质食物;有动力障碍性梗阻的患者应进食温热食物,避免不良刺激;有反流的患者应避免睡前进食,睡觉时抬高床头;口咽部吞咽困难,由于易引起气道吸入或鼻咽反流,患者宜进较稠食物,严重者需经胃管鼻饲。

(二) 药物治疗

1. 动力药物 对反流性食管炎、系统性硬化病可应用多潘立酮、莫沙必利、伊托必利等促胃肠动力药物促进食管蠕动;对贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛等可选用硝酸异山梨酯(消心痛)10mg,每日3次,或硝苯地平(心痛定)10mg,每日3次,有助于改善症状;对重症肌无力可予以新斯的明0.5mg,肌肉注射,能迅速缓解症状。

2. 抑酸剂 对反流性食管炎及 Barrett 食管患者应用质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)或 H_2 受体拮抗剂,可降低反流物的酸度,有助于黏膜修复、症状缓解。

3. 其他 肿瘤患者应用化疗药物,可使部分患者肿瘤缩小,皮肤炎等风湿免疫性疾病应用糖皮质激素治疗可明显减轻吞咽困难等症状,严重贫血导致的吞咽困难应积极纠正贫血,贫血改善后,吞咽困难即可消除。

(三) 内镜治疗

1. 食管扩张治疗 分为探条扩张、水囊扩张和气囊扩张等方法。前两者适用于机械性梗阻(如各种炎性狭窄等),后者适用于动力障碍性狭窄(如贲门失弛缓症等)。

2. 肉毒杆菌毒素注射 内镜直视下 LES 注射肉毒杆菌毒素治疗贲门失弛缓,有较好的近期疗效。

3. 食管支架 对失去手术机会的食管贲门恶性病变,置入食管支架可缓解梗阻症状,改善生活质量。对食管炎性狭窄、术后吻合口狭窄反复扩张效果不佳、合并食管-胸腔或气管、支气管瘘的患者以及反复扩张效果不好的贲门失弛缓症患者,置入食管支架,有助于病变的修复及巩固内镜扩张治疗的效果。

4. 内镜下食管息肉、黏膜下良性包块切除术 在内镜下采用氩气刀、高频电刀及激光等器械切除包块,一般适用于<3cm的包块,但如果包块未侵及外膜层,内镜下切除的指征不严格限于包块的大小。

(四) 营养支持

鼻胃管适于短期(几周内)应用,根据患者的耐受程度,营养液可通过注射器注入,也可用泵持续滴注。经皮内镜下胃造瘘术能减少胃食管反流机会及鼻咽不适,可在家中管饲,

操作简单、创伤小，临床应用甚广。

(五) 手术治疗

主要用于食管癌或侵及外膜的间质瘤切除，对内镜扩张效果不佳和(或)支架治疗效果不佳的贲门失弛缓症及炎性狭窄的患者以及严重的食管酸碱烧伤患者，也可考虑手术解除梗阻。

(马洪升)

第二节 消化道出血

消化道出血(gastrointestinal bleeding)是指从食管到肛门之间消化道的出血，是消化系统常见的危急重症，严重者危及生命，死亡率高达 5%~12%。轻症可无症状，仅在慢性贫血寻找病因时才得以发现。部分患者出血可以自行停止，但 40% 的患者可以反复出血，5%~10% 的患者需要内镜下或手术治疗，随着消化内镜的发展，目前可将消化道出血部位大致分为上消化道出血、小肠出血和下消化道出血，其分界见表 1-2。

表 1-2 消化道出血部位划分

上消化道出血	从食管至屈氏韧带(Treitz ligament)
小肠出血	从屈氏韧带至回盲瓣
下消化道出血	从回盲瓣至肛门

【病因】

引起消化道出血的病因众多，可由消化道本身的炎症、血管病变、机械损伤、肿瘤等因素引起，也可因邻近器官或全身疾病累及消化道所致。按消化道病变部位分述如下：

(一) 上消化道出血

消化性溃疡、食管胃底静脉曲张、出血糜烂性胃炎及食管、胃恶性肿瘤等是上消化道出血的最常见病因。其他常见原因有：贲门黏膜撕裂伤、食管炎、恒径动脉溃疡、胆道和胰腺出血、胸或腹主动脉瘤或纵隔肿瘤或脓肿破入消化道。全身疾病，如凝血机制障碍、尿毒症、结缔组织病等亦可引起出血。

(二) 小肠出血

见于肠血管畸形、小肠炎症性疾病、小肠平滑肌瘤、缺血性肠病、肠系膜动脉栓塞、肠憩室、肠套叠、肠寄生虫病(血吸虫及钩虫病等)以及一些全身出血性疾病等。

(三) 下消化道出血

痔、肛裂是最常见的原因，其他常见的病因有结肠癌、肠息肉、肠道炎症性病变(感染性肠炎、溃疡性结肠炎、缺血性肠病等)、肠道憩室、血管病变等。

【临床表现】

消化道出血的临床表现取决于失血量及速度、出血部位及性质，与患者的年龄、心肾功能等全身情况也有关。

(一) 呕血、黑便、血便、隐血

呕血、黑便及血便是消化道出血的明确临床表现。如急性上消化道出血，出血量大且

速度快,可呕鲜红色血;如出血后血液在胃内潴留时间较长,与胃酸作用生成酸化血红蛋白,呕血常呈咖啡色。黑便是血红蛋白经肠内硫化物作用形成硫化铁所致,典型者呈柏油样,见于上消化道、小肠或少量右半结肠出血。鲜红色或暗红色血便多来自下消化道或急性上消化道大量出血。消化道少量出血($<5\text{ml}$)时,大便颜色无明显变化,隐血试验可呈阳性。

(二) 贫血、体循环失代偿

贫血常表现为乏力、活动后心悸、头晕、耳鸣以及皮肤、甲床苍白。急性大出血导致的贫血症状容易识别,贫血严重时可导致器官功能障碍。慢性少量消化道出血所致贫血症状常不明显,易被忽略。当患者无明确黑便而以贫血就诊时,应进行大便隐血试验,协助其分析病因。

大量失血初期交感神经兴奋,患者有出冷汗、心悸、口渴等表现,随着失血量进一步增加,各器官灌注减少,可有头晕、晕厥,甚至休克。体循环失代偿的发生个体差异较大,老年、体弱患者发生较早,有些甚至可无呕血、黑便、血便等症状。

(三) 氮质血症

消化道出血时血红蛋白的分解产物在肠道被吸收,致血中尿素氮升高,形成肠源性氮质血症,但一般不超过 14.2mmol/L ,持续 3~4 天可恢复正常。如果升高的 BUN 持续不降,提示活动性出血。

【诊断】

(一) 判断是否为消化道出血

根据上述临床表现,对大多数患者诊断消化道出血并不困难。值得注意的是,对于呕血,应注意与口腔、鼻、咽喉出血以及咯血(表 1-3)鉴别。对于黑便:①应注意患者描述是否正确,必要时请患者摄下照片或医师亲自观看;②注意有无进食动物血、服用铁剂或铋剂等经历;③大便隐血试验阴性,可排除消化道出血。当患者以体循环失代偿为突出表现时,应注意与感染性休克、过敏性休克、心源性休克、重症急性胰腺炎以及腹腔内实质脏器破裂等疾病相鉴别。

表 1-3 呕血与咯血的鉴别

	呕血	咯血
病因	消化性溃疡、肝硬化、急性胃黏膜出血、胃癌等	肺结核、支气管扩张、肺脓肿、肺癌、心脏病等
出血前症状	上腹不适、恶心、呕吐等	咳嗽、胸闷、喉头发痒
出血方式	呕出	咯出
血色	棕褐色、暗红色,有时呈鲜红色	鲜红色
血中混合物	食物残渣、胃液	痰、泡沫
pH	酸性	碱性
黑便	有,柏油样	少有
痰的性状	无痰	血痰数日

(二) 评估失血量及严重程度

当失血量 $<400\text{ml}$ 时,由于轻度的血容量减少可很快被组织间液和脾脏贮血所补充,一般无症状。失血量 $>500\text{ml}$ 、失血速度快时,患者可有直立性低血压,即立位较卧位血压低