



中老年

消化系统疾病 诊疗指南



刘志发 王燕滨 编著

科学普及出版社

05
R57
17
2

85
R57
17
2

XA944/8

中老年消化系统疾病诊疗指南

刘志发 王燕滨 编著



3 0109 4095 9

科学普及出版社

· 北 京 ·



C524193

(京)新登字 026 号

图书在版编目 (CIP) 数据

中老年消化系疾病诊疗指南/刘志发,王燕滨编著. 北京:
科学普及出版社, 1994. 6

ISBN 7-110-03217-5

I. 中… II. ①刘…②王… III. ①中年-消化系统疾病-
诊断②中年-消化系统疾病-治疗③老年-消化系统疾病-诊断
④老年-消化系统疾病-治疗 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (94) 第 04921 号

科学普及出版社出版

北京海淀区白石桥路 32 号 邮政编码: 100081

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京光华印刷厂印制

*

开本: 787×1092 毫米 1/32 印张: 4.75 字数: 106 千字

1994 年 5 月第 1 版 1994 年 5 月第 1 次印刷

印数: 1—3000 册 定价: 4.90 元

内 容 提 要

按自然规律，人由中年进入老年时，各种组织、器官必然会退化，这就是老年人易患病的主要因素。本书系统论述了中老年常患的食管、胃肠、肝胆和胰腺等消化道疾病近 40 种。每种病均有病因、临床表现、检查、诊断、治疗、预后等。

本书内容知识性、实用性较强，可供医务工作者、中老年读者学习参考。

责任编辑：许 英

封面设计：王温和

正文设计：马慧萍



目 录

第一章	食管	(1)
	一、弥漫性食管痉挛	(1)
	二、食管裂孔疝	(3)
	三、反流性食管炎	(6)
	四、食管贲门粘膜撕裂综合征	(11)
第二章	胃、十二指肠	(15)
	一、急性胃炎	(15)
	二、慢性胃炎	(16)
	三、非溃疡性消化不良	(20)
	四、消化性溃疡	(22)
	五、急性胃粘膜病变	(29)
第三章	炎症性肠病	(33)
	一、溃疡性结肠炎	(33)
	二、克隆病	(39)
第四章	肠道缺血性疾病	(44)
	肠道缺血综合征	(44)
第五章	消化道憩室病	(49)
	一、食管憩室	(49)
	二、胃憩室	(53)
	三、十二指肠憩室	(55)
	四、结肠憩室	(56)
第六章	消化道息肉病	(59)

	一、胃息肉	(59)
	二、大肠息肉	(61)
第七章	肝脏	(68)
	一、肝硬变	(68)
	二、门脉性肝硬变	(69)
	三、原发性胆汁性肝硬变	(75)
	四、肝性脑病	(78)
	五、肝肾综合征	(81)
第八章	胆囊	(86)
	一、急性胆囊炎	(86)
	二、慢性胆囊炎	(91)
	三、胆石病	(93)
第九章	胰腺	(98)
	一、急性胰腺炎	(98)
	二、慢性胰腺炎	(104)
第十章	消化道肿瘤	(107)
	一、食管癌	(107)
	二、胃癌	(115)
	三、原发性肝癌	(123)
	四、大肠癌	(132)
	五、胆囊癌	(138)
	六、胰腺癌	(140)

第一章 食管

一、弥漫性食管痉挛

弥漫性食管痉挛是主要发生在中下段的食管病变，其特点是在同一时间内有重要的非蠕动性的强烈食管收缩。食管动力学研究证明，它是一种非共济食管运动亢进的疾病。本病可发生于任何年龄，50 岁以上者较多见。男女发病无明显差异，其症状为疼痛和吞咽困难。

〔病因〕

病因迄今尚不明确，其发病可能与下列因素有关。

1. 迷走神经的分布与作用异常 部分病人的迷走神经食管支有神经丝的断裂、胶原增加和线粒体的断裂等改变，Auerbach 神经丛可有炎症细胞浸润；某些神经节变性的疾病可伴有本病的发生。

2. 神经肌肉病变 组织病理学检查发现本病有食管环行肌的肥大，是继发于神经病变的改变；糖尿病或嗜酒者并发周围神经病变时，亦可发生食管痉挛。

3. 精神因素 如精神创伤、情绪激动等均可诱发本病。

4. 食管器质性病变 食管粘膜受到刺激时也可发生食管痉挛，如反流性食管炎、腐蚀性食管炎、食管念珠菌病等；也可见于贲门梗阻性病变，如贲门癌等。

5. 原因不明 多见于老年人，老年人食管第三期收缩的发生率高，故有人认为本病是老年性正常生理的延伸，称老年食管。

[临床表现]

1. 胸痛 胸痛的程度不一，轻者只觉下胸骨不适，重者呈绞痛或挤压样痛，疼痛可突然发生，甚至夜间痛醒，有时甚为剧烈，可放射至颈、肩、背及上臂。常发生于进食、精神紧张、情绪激动时，临床表现酷似心绞痛。硝酸甘油可缓解症状。

2. 吞咽困难 吞咽困难程度一般较轻，病人自觉食管中下段有梗阻感，多为间歇性，与进食冷和稠厚食团及精神因素有密切关系。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。也有的食管痉挛患者在吞咽时发生晕厥，是食团扩张痉挛食管时引起血管迷走反射产生窦性心动过缓和结性节律之故，可用阿托品消除。

[辅助检查]

1. X 线检查 食管钡餐检查可见正常，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、假憩室样改变。其典型 X 线表现为下部分食管张力过高，活动亢进，呈现单纯性狭窄或节段性痉挛，有第三收缩波的出现使食管呈螺旋状，但可迅速松弛，食管即恢复正常形态，钡剂顺利排入胃内。

2. 食管压力改变 至少 25%~30% 的吞咽有异常收缩。食管收缩波幅度增大，反复非蠕动性高幅度持久的食管收缩，尤其通过下 2/3 食管时更为明显。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症状和特征性的压力变化。

[诊断]

- (1) 吞咽困难，胸骨后疼痛，呈间歇性。
- (2) 疼痛发生与情绪有关。

- (3) 常在进食或饮水后诱发。
- (4) 症状发作时心电图无变化。
- (5) 食管吞钡可见蠕动加速。
- (6) 食管动力学检查，可见异常，振幅较大之蠕动。

[治疗]

1. 内科治疗

- (1) 病情轻者，避免诱发性食物或因素。
- (2) 病情中等者，疼痛发作时含服硝酸甘油（0.3mg，舌下）或二硝酸异山梨醇（5mg，舌下）有效，近年来采用口服硝苯吡啶、异搏停等钙通道阻滞剂取得良好疗效。使用方法为每餐前 15 分钟口服硝苯吡啶 10mg，共 2 周，可使胸痛及吞咽困难症状改善。
- (3) 药物治疗无效者行下食管气囊扩张术。

2. 外科治疗

病情重、上述措施无效者宜行食管肌切开术，约 2/3～3/4 病人有良好效果。

[预后]

该病不是恶性病，并不危及生命。内科治疗无效者，手术后大部分患者症状得以缓解，或偶而发作。但部分患者效果不佳，症状持续存在或狭窄形成。

二、食管裂孔疝

食管裂孔疝是指部分胃囊经正常横膈上的食管裂孔凸入胸腔。裂孔疝约占因腹部不适而就医患者的 1/4，但由裂孔疝引起症状的仅占 1/5，其发生率女多于男，随年龄增高而增加；40 岁以下者为 10%，50 岁以上者达 42.6%，而 70 岁以上者高达 70%。临床上可表现为疼痛，吞咽困难，心前区有

压迫感，甚至出现上消化道出血等症状。

〔病因〕

疝的产生可因胃在腹腔内的位置不稳定和食管裂孔疝过宽所致。由于体质原因或年龄与其他因素致使膈肌环索萎缩，食管横膈变性导致裂孔组织松弛，裂孔增大，下食管括约肌功能不全。疝的形成可因慢性便秘排便困难导致腹压增加。咳嗽、体力劳动、肥胖、妊娠及腹水等因素而诱发。老年人进行胃次全切手术、胃肠吻合术后，由于手术时的牵拉，裂孔组织松弛及胃正常解剖关系的改变，His 角的变钝等，均可引起食管裂孔疝。

〔分类〕

1. 滑动型 最多见，约占裂孔疝的 85%~90%，其特征为食管与胃连接部在膈上方，胃的一部分疝入膈上。

2. 食管旁型 胃底和大弯通过扩大的膈肌食管裂孔疝入到胸腔内，但食管连接部仍在膈肌以下的正常部位。

3. 混合型 很少见，即有食管、胃连接部高于膈肌，又有胃底和大弯侧疝入胸腔。

〔临床表现〕

(1) 疼痛为最常见的症状，胸骨后或剑突下疼，为隐痛或钝痛，有时呈牵拉痛或绞痛。

(2) 进食易饱且饭后上腹饱胀。

(3) 有反流性食管炎的症状，如反酸、胸骨后烧灼感，梗阻感或吞咽困难等，常有下端食管括约肌松弛。

(4) 出血：疝入的部分胃粘膜溃疡可引起大量出血，亦可因胃炎慢性出血等导致缺铁性贫血。有时贫血作为食管裂孔疝的第一症状。

(5) 巨大裂孔疝可压迫心、肺和纵膈，引起气急、心悸、

紫绀、咳嗽等。

[辅助检查]

1. X线钡餐检查 吞钡后,钡剂很快进入胃内,即可明确诊断。重要的是需要判明食管、胃连接的位置,以确定裂孔疝的类型。小的滑动性裂孔疝复位后,X线检查难以发现,吞钡后取头低足高位或增加腹压等方法,可见食管、胃连接部在膈肌上方。食管旁裂孔疝发生嵌顿时,钡剂不能通过远端食管进入胃内。

2. 内镜检查

(1) 滑动性疝的食管、胃连接部上移,齿状缘不规则。

(2) 可见胃内食物反流入食管,让病人恶心动作时可见桔红色胃粘膜如核桃样疝入食管内(滑动型)。

(3) 食管旁型裂孔疝可见胃粘膜疝囊腔随吸气、呼气而膨出和缩小。

(4) 有反流性食管炎的内镜表现。轻者皱襞粗大,表面发红,重者糜烂或溃疡。

3. 食管动力学检查 裂孔疝时末端食管括约肌的压力低于正常水平。

[诊断]

(1) 可无症状,仅于X线检查时发现。

(2) 烧心、胸痛、反酸、暖气等返流性食管炎症状。

(3) 疝嵌顿或扭转所产生症状,吞咽困难、呕吐、胸痛等。

(4) 食管吞钡检查可明确诊断,并可根据食管、胃连接部位的位置确定疝的类型,小的滑动性裂孔疝容易忽略,常需用头低足高位方法检查。

(5) 食管压力测定可了解下食管括约肌的部位及功能。

[治疗]

1. 内科治疗

(1) 清淡少脂饮食，避免过饱或大量饮水，饭后不宜平卧，睡时床头抬高 15~25cm，戒烟酒。

(2) 降低腹内压力，降低体重，避免过累（内衣腰带不宜过紧）。

(3) 防止或减少食管返流，胃复安 10mg 或吗丁啉 10mg 3 次/日。制酸药泰胃美 400~800mg 睡前服或质子泵抑制剂，奥美拉唑 20mg 1 次/日，不宜用抗胆碱药（如阿托品等）。

2. 外科治疗

(1) 手术治疗指征 严重食管炎、溃疡、狭窄及反复出血等；疝囊较大，且经常嵌顿，并引起压迫症状者；疝囊扭转或狭窄造成急腹症者。

(2) 手术方法 主要有食管裂孔修复术，食管胃固定术加胃底折叠术等。

[预后]

裂孔疝可破坏贲门的正常保护机制而发生胃酸返流。后期有食管狭窄，下食管环狭窄或食管下端溃疡，可发生吞咽困难或吞咽时疼痛。疝囊永久地固定于横膈之上，疝囊的胃粘膜充血、炎症和腐烂，形成胃溃疡或发生大出血。

三、返流性食管炎

返流性食管炎是指胃及/或十二指肠液返流入食管引起的炎症。食管下端长期暴露于返流的胃内容物中，其中主要的因素是下食管括约肌松弛，下食管括约肌压力（LESP）低下或缺乏，或者是这两种因素共同的作用。胃排空迟缓可加

重胃食管返流，一旦发生返流，返流物清除不足。减慢食管内 pH 恢复到正常水平，这是造成食管酸化及继发粘膜损害的原因。损害的直接因素是胃酸、胃蛋白酶，有时可能是胆盐。长期的食管炎可致疤痕形成或狭窄。此病 40~60 岁较多见。

[病因]

继发性疾病，包括食管病在内的其他疾病（见表 1-1）

返流性病的病因，目前认为是由于 LES 功能失调和机械因素两个方面所致。胃食管返流是由多种因素引起的病理现象，食管下段括约肌功能失调所引起的可称为原发性，有明确病因的则称为继发性。

表 1-1 返流的原因（根据 Blum 与 Siebert）

病理生理因素	示 例
年龄因素	老年人
外科手术	Heller 食管贲门切除术、贲门切除术、全胃切除术、迷走神经切断术
伴有减弱或损坏下食管括约肌功能的疾病	硬皮病、其他结缔组织病、神经系统疾病（如假性延髓淋、糖尿病性神经病）、恶性贫血
胃插管	胃管留置
长期呕吐	慢性酒癖、妊娠剧吐
腹腔内压增高	妊娠、腹水、肥胖、便秘
体位	长期不动的体位
十二指肠食管返流	溃疡病、远端胃切除
减弱括约肌张力的药物	抗胆硷能药物， β -肾上腺素能阻端剂，前列腺素 E_1 、 E_2 、 A_2 、茶硷、胃酸剂
消化道激素	胰泌素、胰升高血糖素、缩胆囊素—促胰酶素
食物	巧克力、咖啡、脂肪、烟草、酒精

[临床表现]

1. 烧心 烧心是返流性食管炎最常见的症状，常位于胸骨后及心窝部，平卧、弯腰等可使其加重，多在饭后1小时左右出现。

2. 返吐 多见于有严重返流的病人。病人自觉有液体进入食管甚至口内，返吐之内容物多为酸性胃液，但也可能是绿色胆汁，在夜间尤为严重，常因返流入气管引起咳嗽而惊醒，同时常见枕头上有返流之粘液、胆汁和胃内容物。

3. 疼痛 常位于胸骨下方，有时向背部肩胛方向放射，在进食发生或进食后使原有疼痛加重。

4. 吞咽困难 一般症状较轻的病人常诉咽下时有异物感，或食物停滞于食管内，并多次吞咽才能咽下，严重的吞咽困难多表示食管已有狭窄。

5. 出血 食管炎引起的出血常是少量的，呕血甚为罕见，偶尔严重的溃疡性食管炎可引起大出血。

6. 呼吸道症状 返流可发生误吸，并可引起呼吸系统的损害，包括反复发作的肺炎、支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘及肺脓肿等，而反复发生误吸又可引起肺纤维化。

[辅助检查]

1. 食管压力测定 正常人静止时食管下括约肌压力 $>2\text{kPa}$ ，或食管下括约肌压力与胃内压比值 >1 。若食管下括约肌压力 $<1.33\text{kPa}$ 或两者比值 <1 ，则提示食管下括约肌功能不全，可能发生返流；食管下括约肌压力 $<0.8\text{kPa}$ ，则均有返流。

2. 食管内 pH 检测 将微型 pH 电极放在食管下括约肌上4~5cm处，正常 pH 为6，当 pH <4 时，说明有返流，阳性率约80%。也有作24小时动态记录者。

3. 食管滴酸试验 自鼻孔插入胃管至下食管（约 30～35cm 处），以每分钟 100～200 滴的速度滴入生理盐水 15～30 分钟，随后以同样的速度滴入 0.1mmol/L 的盐酸 30 分钟，如在滴酸时患者有胸骨后痛或烧灼感，换生理盐水时缓解则为阳性。

4. 酸廓清试验 服 0.1mmol/L 盐酸 15m 后，每隔 30 秒钟吞咽唾液 1 次，正常时吞咽 4 次后食管 pH 恢复到 4.0 以上，如吞咽 10 次以上，pH 才达到 4.0 以上则为阳性。

5. 食管吞钡检查 可见粘膜正常，或粘膜皱襞不规则、紊乱、增粗、痉挛，重者有食管溃疡或狭窄，头低足高位检查可见钡剂从胃返流至食管，但应注意部分有返流性食管炎的病人，X 线检查不能证明有返流。有人采用水虹吸试验（water siphon test）以提高检查效果。其方法是病人吞服较大量的钡剂后，置于头低位。同时嘱病人不断呷水（因不断呷水能有效的引起括约肌松弛），如钡剂返流入食管，即为阳性。

6. 内镜检查 内镜下返流性食管炎的分类国际上使用 Savary—Miller 四级分类法（见表 1-2）。

表 1-2 返流性食管是 Savary—Miller 分级法

分期	内 镜 表 现
I	一处或多处贲门上方非融合性粘膜损害，红斑伴/或不伴有渗出或表浅糜烂
II	融合性糜烂，渗出病变，但未完全累及食管环形圈壁
III	融合性糜烂，渗出病变，已完全累及食管环形圈壁，导致食管壁炎性浸润，但未引起狭窄
IV	慢性粘膜病变，如溃疡、壁纤维化、狭窄、食管短缩、瘢痕化、伴 Barrett's 食管

7. 胃-食管闪烁扫描 病人取仰卧位，吞入含标记同位素的溶液，增加腹压后进行扫描，如食管内可见放射性物质，为

阳性。

8. 酸、硷性返流性食管炎的鉴别标准 返流性食管炎虽然大多数由酸性返流引起,但仍有少许病例由硷性返流所致,因而在诊断中尚应区别酸性返流还是硷性返流。用以下标准可判定为硷性返流。

- (1) 有呕吐或返流胆汁的历史;
- (2) 内镜检查证实食管内有胆汁;
- (3) 有胃炎及食管炎的组织学证据(由幽门窦、胃小弯、贲门及食管所取的活检标本);
- (4) 胃酸分析酸排出减低,胃液 $\text{pH} > 3$ 或 4;
- (5) 有大量胆汁在胃内的证据;
- (6) 胃及食管 pH 值监测: pH 探头放入胃内,所见的 $\text{pH} > 4$,可能是硷性返流的一个早期征象,亦可在胃内连续监测 6 小时,再退回至食管监测 6 小时。

[诊断]

- (1) 胸骨后或剑突下疼痛,烧心或进食痛,平卧或进食刺激性食物时加重。
- (2) 有反酸及嗝气。
- (3) 食管下段括约肌压力降低。
- (4) 食管酸度测定异常,酸灌注试验阳性。
- (5) 食管吞钡检查食管粘膜可能正常或可见粘膜皱襞不规则、紊乱、增粗;重者可有溃疡/或狭窄,头低足高位检查可能有钡剂返流入食管。
- (6) 食管镜检查可明确诊断。

[治疗]

1. 改善食管下段括约肌功能,减少返流

- (1) 低脂饮食,忌:浓茶、咖啡、烟、酒和巧克力,禁