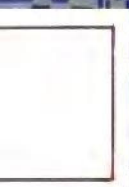
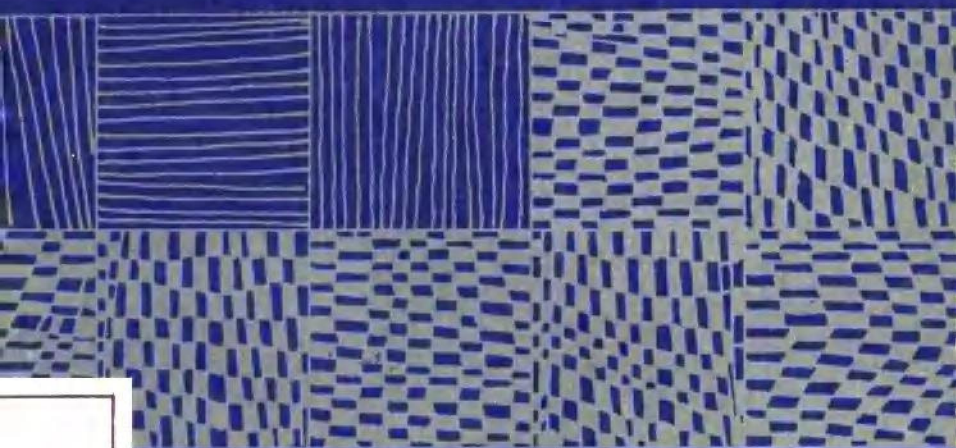


消化系统疾病

内蒙古人民出版社



SHAOHUAXITONGJIBING

消化系统疾病

M. Hobsley 著

本书翻译组译

王贤才校

*

内蒙古人民出版社出版

(呼和浩特市新城西街82号)

内蒙古新华书店经销 内蒙古新华印刷厂印刷

开本:787×1092 1/32 印张:6.375 字数:132千

1987年7月第一版 1987年8月第1次印刷

印数:1—3,640册

统一书号:14089·111 每册:1.00元

前 言

1983年夏，九江市卫生局主办的主治医师英语学习班邀我讲课。参加学习的是九江市和市属各县的主治医师(讲师)们共约40人。当时我正紧张地翻译《希氏内科学》第15版，几乎谢绝了一切社会活动，杜门不出。但盛情难却，在学习进入到最后阶段，学习内容转入医学专业资料时，我每天抽出半天时间，骑车到设在九江市中医院筹建处的学习班上课。这是一段不短的距离，要绕过大半个甘棠湖，最后一段路很不好走，赶到下雨，泥泞不堪，常常不得不把车子扛到背上，赤足涉泥过去。虽说颇为狼狈，但看到同学们遇到天雨就担心我不能来上课，一些人等候在楼前守望的情形，又深为感动。大家接着我，替我推车子，用树枝括下车上的黄泥巴。我在水龙头前冲净脚，就上讲堂。他们都是40开外的人了，但学得很认真。我们相处的时间不长，我又忙于译书，下课后就走，除了课间休息，也难得和同志们接触。但我的心情一直是很愉快的。一些同志至今还常常给我来信。

学习结束时，决定选一本小册子集体翻译，作为一次“临阵”测验。最后选中M·Hobsley教授的《消化系统疾病》(Disorders of the Digestive System)。这是英国爱德华·阿诺德公司为医学院校高年级学生、实习医师和住院医师们编写的一套学习丛书中的一本。它篇幅不大，但包含内容却很丰富，而且条理分明，深入浅出，系统性很强，可说充

分体现了英国学者治学著述时那种严谨、精辟、要言不繁的风格。本书的一个重要特色是：它是按临床情况而不是一个个的疾病来叙述的，即由像黄疸，大便异常这样一些常见的临床证候着手，深入剖析，使读者看到有经验的临床医师是怎样分析问题、处理问题的，因此提供的是十分可贵的临床思维方法。这本小册子的读者，主要当然是我们的广大医学院校学生和住院医生，但对资深医师们来说，本书的写作风格特别是叙事状物的方式，也是很有启迪的。

全书是由学习班学员们分头译述的；译成后，先由马品忠、李文君、李辉虎、余玲林、陆嘉祥、徐曼卿六位同志整理，由我对全稿进行了逐字逐句的对照、审校，最后又由九江医专外科主治医师（讲师）李辉虎和陆嘉祥同志整理。从组织翻译到联系出版，大量工作都是李、陆二位作的。

九江市党政领导的关怀，也是令人难忘的。市委书记兼市长江国镇同志和市委秘书长叶春同志都亲自过问过这本小册子的翻译和出版。九江市卫生局长王振华同志以及市属各县卫生局领导，都给予了很大的支持。没有这样的关怀和支持，这本小册子大约是很难问世的。

我还要感谢我的老搭档：内蒙古人民出版社科技编辑室主任、《希氏内科学》中文版责任编辑徐诚同志在本书出版中给予的大力协助。

我们诚恳地期待着广大读者的批评、指正。

王贤才

1986年2月10日，南昌

目 录

| | |
|------------------------------|------|
| 第一章 涎腺 | (1) |
| 机能障碍性症状 | (1) |
| 腮腺区的肿块 | (2) |
| 慢性或复发性两侧腮腺肿大 | (3) |
| 慢性或复发性单侧腮腺肿大 | (4) |
| 急性腮腺肿胀 | (5) |
| 颌下腺疾病 | (6) |
| 第二章 食管 | (8) |
| 咽下困难 | (8) |
| 缺铁性咽下困难 | (11) |
| 咽囊(咽憩室) | (11) |
| 食管失弛缓症 | (12) |
| 食管癌 | (14) |
| 第三章 上腹部症状 | (17) |
| 消化性溃疡 | (18) |
| 胆石症 | (20) |
| 回流性食管炎 | (24) |
| 一线检查 | (25) |
| 进一步处理 | (28) |
| 二线检查 | (36) |
| 第四章 消化性溃疡的病因和处理 | (50) |
| 病因学 | (50) |
| 胃酸分泌试验 | (51) |
| 处理 | (61) |

| | |
|----------------------------|---------------|
| 迷走神经切断术 | (66) |
| 胃泌素 | (67) |
| 第五章 胃手术后症状 | (70) |
| 复发性消化性溃疡 | (70) |
| 倾倒综合征及其有关情况 | (73) |
| 胃酸减少的后果 | (81) |
| 机械方面的问题 | (81) |
| 第六章 肝胆系统..... | (82) |
| 肝肿大 | (82) |
| 黄疸 | (88) |
| 肝细胞衰竭 | (107) |
| 腹水 | (113) |
| 门脉高压 | (115) |
| 肝移植 | (121) |
| 第七章 与消化道有关的急腹症..... | (123) |
| 弥漫性腹膜炎 | (123) |
| 局限性腹膜炎 | (132) |
| 肠梗阻 | (138) |
| 消化道出血 | (150) |
| 大量腹泻 | (155) |
| 第八章 大便异常..... | (160) |
| 病史 | (160) |
| 体征 | (163) |
| 特殊检查 | (169) |
| 诊断 | (170) |
| 未能作出诊断时 | (177) |
| 吸收不良 | (178) |
| 肠过敏 | (195) |

第一章 涎腺

涎腺分泌虽然是消化过程的开始，但是涎腺疾病并不都被认为是胃肠病学家的工作领域。很多其他专科医师，包括普通外科医师、耳鼻喉科医师、免疫学家和整形外科医师以及普通内科医师等，都可能处理过涎腺疾病；处理这些病人，大多都需要外科医师介入。就生理学观点而言，把涎腺疾病放在消化系统来考虑似乎是最为合适的。

机能障碍性症状

以这类症状为其主要现症表现的病人，包括那些口干和涎液过多的患者。他们中间，绝大多数在口腔检查时都找不出什么证实这种症状的客观依据。不带偏见的观察者往往认为：口干或明显流涎，都应看作是正常范围内的表现——这种正常范围本身就是包罗很广的。

涎腺分泌率的客观测试是很实用的，Curry氏提出的方法似乎是最合适的。该试验是在静脉内注射硝酸毛果芸香硷5毫克使涎腺分泌机能达到顶峰后，收集各个腮腺的5分钟分泌量。正常每一腮腺的分泌量是3~13毫升。如分泌量在此范围内，又没有提示涎腺疾病的其他证据，就可以安慰患者：无论他们主观感受的是口干还是涎液过多，都没有器质性病变基础，只是由于口腔粘膜感觉过敏所致。经过这样的

解释，症状一般都会减轻。极少数分泌量确有减少的病人，很可能患有某种形式的 Sjögren 氏综合症，而腮腺分泌量显然高于正常的情况亦有报道，但毕竟是极其罕见的。

腮腺区的肿块

腮腺区肿大如非起源于皮肤，就可能是涎腺内部的损害，也可能来自其它某种组织，如淋巴腺或皮下组织。但真正属于腮腺本身肿瘤的机率是 3 : 1。有四分之三的腮腺肿瘤是所谓多形性腮腺瘤 (pleomorphic salivary adenoma) (即原来所谓混合瘤，此名应予废除)；但是这种肿瘤以及涎腺的其它大多数良性瘤都有以多发性播种形式局部复发的不良趋势，如在初步活检或切除期间有瘤细胞流失，进入组织，则随着岁月的流逝，这些良性损害也有明显的恶变趋向。故腮腺区皮下肿块的合理处理对策就是彻底切除再事活检；即不经先期活检，留出充分正常组织边缘，广泛切除肿瘤。这样处理，由于在腺体内的面神经干及其分枝可能与肿瘤靠得很近；技术上可能是相当困难的。要解决这个问题，做切除术的外科医师要经过特殊训练。这种手术通称为保守性腮腺切除术（因为它保存面神经），如果肿瘤在腮腺内的位置是在面神经上，则为浅表性腮腺切除术；如果发现肿瘤在神经的深部，致使该部亦须一并切除，则为完全性腮腺切除术。切断面神经后将引起半侧面部的永久性瘫痪；这是一种令人痛苦的畸形。

腮腺恶性肿瘤约占整个腮腺肿瘤的10%。临床提示恶变的表现是：肿瘤的侵袭性生长突然加速或与骨骼固定；这样

的病人预后是不良的，确诊之后能活到五年的不到10%，治疗亦无良策，一般都须采取一些包括手术和放射治疗的联合疗法。有时，肿瘤没有恶性特征，按上述方法留出充分正常组织边缘进行切除，而由组织病理学检查回报的恶性程度却比预期要大，但这些病例的预后却显然好得多。有时外科医师在从事保守性腮腺切除术时，发现肿块已浸润到一个以上面神经枝甚至神经干，而不是把神经推到一边，这样，要保证在肿瘤周围正常组织边缘上切除，只有牺牲整个面神经（根治性）或一个以上分枝（半保守性腮腺切除术）。

慢性或复发性两侧腮腺肿大

如果腮腺由于慢性或复发性病变而整体肿大、变硬，则尚能保持其特定的形态。这样的急性疼痛和肿大，屡发不已；初次发作时一般都诊断为“流行性腮腺炎”，但以后如一再复发，或腮腺一直持续肿大质硬，就须对该诊断重新加以考虑。

到目前为止尽管对这类病人还没有很好的研究过，但活检标本中很多已表现出 Sjögren 氏病（又名良性淋巴上皮病）的组织学特征：腮腺导管小圆形细胞浸润以及普通上皮细胞和肌上皮细胞增生，致使管腔可能发生一定程度的闭塞。少数病人还有构成 Sjögren 氏综合征的其他临床特征，如口干（分泌减少，可由 Curry 氏试验所证实），眼干（由于间质性角膜炎）和各种风湿性证候。三分之二病人血液里有异常的自身抗体，包括作用于涎腺的抗体。Sjögren 氏病的放射线征是涎腺管的星点状扩张。

除了有人提出本病可能是一种自身免疫病的看法外，对其病原学还很少了解。任何年龄皆可发生，但婴儿和青年患本病，经过数年发展后，常有自限性。只有极少数发展成某种形式的非何杰金型淋巴瘤病。

治疗方面，多数病人只须给予安慰，说明本病就像燃尽的火把，自行熄灭，但也有少数病例大量类固醇治疗有效。个别病人症状严重，至需施行腮腺切除术。

少数双侧慢性腮腺肿大是结节病引起的。其它如碘化物和抗震颤麻痹剂等药物以及营养不良等，也可能引起本病，但其机理仍未明了。

慢性或复发性单侧腮腺肿大

此型病例中，五分之一证实是 Sjögren 氏病，虽然临床症状只限于一侧，但对侧涎腺导管亦常有星点状扩张，很多病例最后也都发展为双侧性。其余五分之四病人大多都有发作性腮腺肿痛，可能由于腮腺管内存在结石，导管反复受压和梗阻，致使腮腺近端分泌难以宣泄。

深入了解病史，常能使 Sjögren 氏病和腮腺结石区别开来。Sjögren 氏病的腮腺肿胀发生缓渐，持续数日逐渐消退，口腔干燥为一慢性征象，肿胀发作没有特定关系，而结石患者的起病和结束都是突发性的，有时发作期间感觉患侧半个口腔发干，而在症状缓解前，患侧常有大量涎液涌入口内，每次发作的整个病程持续不过数小时，最多一两天。但结石的发作时间虽比 Sjögren 氏病时为短，疼痛程度则更剧烈。

通过对腮腺管（Stensen氏管）的观察和触诊，特别注意其正对第二白齿的终末部分，即可确定是结石、局部炎症还是结石嵌顿所致畸形。为了明确结石所在部位和大小，放射线检查是必不可少的，因须由此决定治疗。X线平片，特别是前后位和口颊内摄影，即可显示结石，但也可能由于结石太小（正常腮腺管径不到1毫米）而未能显影，故涎腺造影甚为重要，即向涎腺导管系统的口腔开口处，注入不透线的造影剂。结石一般表现为主导管系统在充盈缺损近端的扩张或为明显狭窄。偶而也能见到主导管阴影的完全中断。这些现象都与 Sjögren氏病的“末梢导管星点状扩张征”完全不同。

如果在口腔的腮腺管口能触到结石或有迹象提示结石就嵌顿在管口，就须由口腔进行管口扩张术（腺管成形或管口切开术）；结石在距管口2厘米内嵌顿的，也宜作此手术，以利下次结石向前移动和嵌顿时，便于通过。再靠后的结石，首先应作观望治疗，因为直径在3毫米以下的结石，都很可能自行排出。更大的结石如发作频繁症状严重，应作手术切除。即使通过颊部触诊结石部位能够确定，切除结石也有危险性，因为面神经的两个颊分枝紧靠腺管，还可能在嚼肌前缘盘绕腮腺管，很易伤及。如结石未能触及，则只能作浅表性保守性腮腺切除术，将腮腺管切除一长段，连同结石及其相连涎腺一并切除。

急性腮腺肿胀

无论单侧或是双侧的急性疼痛性腮腺肿胀，一般都被诊

断为流行性腮腺炎。有时确实具有几乎可使诊断落实的某些特征，如并发睾丸炎或胰腺炎，正值本病流行期间，或在发病前10~14日与流行性腮腺炎病人有过接触。如由患者血清中查悉流行性腮腺炎抗体效价增高，即可证实诊断，但一般认为并无从事这项检查的必要。本病几乎都会自行消散，从无复发。这点本身也是对流行性腮腺炎的证实，但也不能除外某些单侧性病损可能是涎腺结石，首次发作时即自行排出而使炎症消散的可能。

腮腺管口引流的机械性障碍有时是由于局部病损引起的，如拔牙后牙槽的发炎和肿胀；消耗病患者，口腔卫生不良继发上行性感染，亦可诱发此症，但在护理质量优良的医疗中心里，这种情况是罕见的。

颌下腺疾病

颌下腺的常见病变是由于结石阻塞腺管所致某一腺体的屡发性肿痛综合征。进食时常因涎腺大量分泌而发作，但数小时内即可消退。和腮腺管结石相比，发作时间较短，可能由于颌下腺导管内结石嵌顿不像腮腺结石那样结实，因为颌下腺管内径比腮腺管大得多。结石很易在口腔底部的导管中触到，个别病例结石较大，又嵌顿于腺门的导管起始部，可能由颈部触到。几乎所有颌下腺结石都是不透X线的，只须摄取平片，特别是摄取口底张口位X线片，一般即可确诊，个别病例需作涎腺造影。腺管内结石只须在腺管壁及其外口底粘膜上作一小切口，即可切除结石，但如结石在腺体内，而腺体又因长期发炎，以致在非发作期质地亦甚坚硬，则须

作颈部切口，切除整个涎腺。

所有发生在腮腺的肿瘤，也都可能在颌下腺内发生。虽然颌下腺肿瘤总的发病率较低，但其恶性比例却高于腮腺。如在颌下腺区能触及肿物，而临床和放射线检查皆未发现腺体或腺管中有结石存在，即提示可能有肿瘤存在，应由颈部将整个涎腺及其周围正常组织作广泛性切除。（殷俊才、吴纪鹏译，徐曼卿整理）

第二章 食管

食管疾病的主要症状是咽下困难，必须注意咽下困难不一定伴有疼痛。再者，病人对该症状的定位也不可靠，因此如果患者诉述食物似粘附在胸骨下端后方，未必表示梗阻即在食管下端。

食管壁肌痉挛所致疼痛的特点是位于胸骨后方并向下放射到左臂，因而可能酷似心肌缺血性疼痛，但这种症状与咽下困难无关，也是食管疾病的罕见形式。

此外食管疾病别无其他直接症状，以下讨论的是由继发影响或有关病因引起的症状。

咽下困难

病史

由于食道器质性缩窄性病损所致咽下困难的患者，常诉说最初只是在吞咽固体食物时感到困难，故须多加咀嚼，但随着病情的发展，最后流汁亦难咽下，甚至陷于连自己的唾液都不能咽下的悲惨境地。

这种顽固进行性发展就是新生物性损害的典型表现。其它器质性损害如食管失弛缓症的肌肉收缩失调和炎症性狭窄之类，虽然整个病程也是每况愈下，但发作时病情还是有起有落的，有时虽亦可取进行性经过，但发展则极缓慢。吞咽

困难也可能是神经官能症的症状，但其典型表现是进流食比进固体食物更为困难。

有时根据病史中的某些特点，可以提示咽下困难的病因。胃食管反流病人与体位有关的烧心症状将在第三章讨论；如有吞食腐蚀性液体的病史，提示咽下困难是由于长段纤维疤痕性狭窄。口腔或咽部的急性炎症性病变可以引起咽下困难是显然易见的，咽囊的症状也是很有特征的：病人进食时咽下困难加重，可能感到咽喉或颈部有气过水声（咕罗声），但经过自发或诱导干呕，通过回流使咽囊排空后，又可继续进餐。

咽下困难造成的影响，有时在病史中即很突出，如表现为体重减轻和屡发性胸部感染。后者是由于咽下困难致使食物或唾液进入呼吸道，引起局限性或弥漫性炎症，还可能造成支气管肺段的萎陷。

体征

食管颈段前有气管，后有脊柱，临床医师几乎无法由视诊或触诊接触到，因此往往不能发现与咽下困难病因有关的体征。个别病例可能在食管上端或其附近见到炎症性病损征象，如咽炎、扁桃体炎、咽后壁脓肿以及罕见的急性甲状腺炎；也可能触及咽囊。

那些作为病因和后果的因素，更易引起体征。如缺铁性咽下困难时的铁缺乏即可引起贫血，伴有粘膜苍白以及匙状甲和舌痛、潮红。进食减少可使体重明显减轻而有消瘦征象，但如为流体摄入困难，则将出现脱水或细胞外液缺失，决

定于是单纯缺水还是水和氯化钠俱缺。触及颈淋巴结可能由于食道癌的转移性扩散，这是一种罕见的情况，但如原发损害是胃贲门部癌累及食道下端引起咽下困难，则触及锁骨上淋巴结不是那样罕见。食管内容物逸入支气管，可以引起胸部的异常体征。

检查

血象检查为缺铁性贫血，表现为小细胞和血红蛋白减少（淡染性），红细胞平均容量（MCV）和红细胞平均血红蛋白浓度（MCHC）等指数均减低。有时这些明显改变尚未发生，但由血浆游离铁浓度和铁结合力测定，仍能揭示早期铁缺乏的存在。另由血液和尿液检查，还能发现水和电解质匮乏的生化征象。但对咽下困难病人的决定性检查则是吞钡观察：请病人吞咽几口钡盐悬液，即由放射科医师在荧光屏前直接观察造影剂沿食管下行情形，并随时拍摄静态放射线像，留下特定瞬间的影象。有些专科医疗中心还能留下X线电影记录。

如吞钡检查正常，则食管存在严重病变的可能性很小，一般即可据此对病人进行安慰、解释。但如吞钡检查有任何异常，或由于其它某些情况的存在，使临床医师对该病人高度怀疑某种病变；或虽然吞钡检查正常并已作充分解释，而咽下困难症状依然存在，则应作内诊镜检查，并对可疑病损进行活检。旧式食管镜不能弯曲，比新式可屈胃镜发生食管穿孔的危险性虽较大，但窥视效果可能较好，活检的准确性也较高。

最后,测定食管下括约肌(LOS或LES)高压区(HPZ)对胃-食道反流和(或)裂孔疝病人的处理可能有助,但只有专科医疗中心才有条件进行。

以下对食管主要疾病及其处理作一扼述。

缺铁性咽下困难

(异名〔英〕: Paterson-Brown-Kelly氏综合征;
〔美〕: Plummer-Vinson氏综合征)

主要见于中年妇女,缺铁伴有咽下困难。这种联系尚无法加以解释,但咽下困难的直接原因似乎是食管上段(环状软骨后)粘膜皱襞(通常所谓“食管蹼”),即在咽钡检查早期出现的造影剂前切迹。食管镜检查即可破坏这种蹼结构,而使咽下困难得以治愈。伴随的贫血,有时口服铁剂治疗无效,故可能须予静脉或肌肉注射。

本病的实际重要性似在于环状软骨后的咽-食管区有发生癌的可能。现在还不清楚:矫治贫血对今后的癌发生率有何影响。

咽囊

(异名:咽憩室)

咽憩室是食管上端后壁粘膜通过环咽肌上缘咽-食管肌壁上缺陷(Killian氏裂隙)的突出。随着憩室的增大,逐渐偏向颈部一侧(一般都在左侧),最后出现于胸锁乳突肌上、中1/3连接处的颈前三角中。X线电影摄影研究提示环