

XIAOHUAXI JIBING ZHENZHI XINGAINIAN

消化系统疾病

诊治新概念

王伟岸 岳恒志 主编

 科学技术文献出版社

消化系统疾病诊治新概念

主 编 王伟岸 岳恒志

副主编 李昌平 张 赞 巴明臣

主要参编人员

巴明臣	邓明明	丁一娟	李昌平	欧阳钦
钱小顺	石碧坚	王纯巍	王 煊	王伟岸
王延欣	武艳霞	岳恒志	杨蜀峨	张 赞
张建军	张希德	赵玉琴		

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疾病诊治新概念/王伟岸,岳恒志主编.-北京:科学技术文献出版社,
2003.4

ISBN 7-5023-4210-9

I. 消… II. ①王… ②岳… III. 消化系统疾病-诊疗 IV. R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 099985 号

出 版 者:科学技术文献出版社

地 址:北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038

图书编务部电话:(010)68514027,(010)68537104(传真)

图书发行部电话:(010)68514035(传真),(010)68514009

邮 购 部 电 话:(010)68515381

网 址:<http://www.stdph.com>

E-mail:stdph@istic.ac.cn;stdph@public.sti.ac.cn

策 划 编 辑:张金水

责 任 编 辑:张金水

责 任 校 对:唐 炜

责 任 出 版:王芳妮

发 行 者:科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印 刷 者:北京国马印刷厂

版 (印) 次:2003 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

开 本:787×1092 16 开

字 数:491 千

印 张:20.75

印 数:1~5000 册

定 价:32.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书结合近几年国内外遵循循证医学原则建立的一些消化系疾病的诊治共识意见和作者自己的临床体会,将与功能性胃肠病(含儿童功能性胃肠病)、幽门螺杆菌相关疾病、酸相关疾病、肝炎病毒相关疾病、胰腺炎症性疾病、自身免疫性消化疾病、消化系肿瘤、药物相关的胃肠病和介入治疗等领域临床诊治相关的最新进展奉献给读者。重在拾遗补缺,并在多数章节后列出了近两年反映国外相关疾病研究进展的重要综述文题,以供读者参考。本书适合内科医生、儿科医生,尤其是消化专科医生阅读,也可作为继续教育的补充材料。

我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干

科学技术文献出版社是国家科学技术部所属的综合
性出版机构,主要出版医药卫生、农业、教学辅导,以及科技
政策、科技管理、信息科学、实用技术等各类图书。

前 言

消化系疾病是人群中的常见病和多发病,近几年,消化系疾病的诊断和治疗都有显著的进步,如功能性胃肠病新的国际分类标准、经内镜消化疾病的微创治疗、胃食管反流治疗的“夜间酸突破”、自身免疫性消化系疾病等;与此同时,幽门螺杆菌和病毒性肝炎仍是重要的临床课题。这些进展既增加了我们诊治消化系疾病的手段,又延伸了消化系疾病诊治的内涵,例如对功能性胃肠病的治疗,我们不再注重药物的“特效”作用,而更加关注在“生物—心理—社会”医学模式指导下的个体化综合治疗。这就要求广大医生尽快掌握消化专科理论和技术的新进展,从而更好地为临床服务。而目前社会上提供的参考书无外乎两类,一类是大部头的消化系疾病专著,这类书可以囊括所有消化系疾病,但最大的缺点是缺乏对具体疾病的详细阐述;另一类是针对消化系疾病某一问题的专著,而这类书又过于专业化,不符合临床实用要求。

本书以临床实用为编写原则,既不像教科书那样重视系统性,也不像一般手册类读物追求简单化。本书着重结合近几年国内外遵循循证医学原则建立的有关消化系疾病的诊治共识意见和新近对一些以前未受重视疾病的认识,结合作者自己的临床体会,将与消化系疾病临床诊治相关的最新进展奉献给读者。重在拾遗补缺,突出对临床诊治有指导意义的新进展,并在多数章节后列出了近两年反映国外相关疾病研究进展的重要综述文题,以供读者参考。而对现有教科书重点讲述的内容不再重复。

本书的作者来自多家知名医学研究中心,均是直接从事相关疾病研究的临床专科医师,基本上按在消化专业的临床研究方向分工撰写,以保证本书的质量。尽管如此,肯定还存在一定的缺陷,请读者指正。本书涉及的一些药物剂量可能是作者本人的经验或他人所报道,请读者在应用时一定慎重,最好结合最新药典和药品使用说明应用。

我们希望本书的出版,能对读者医学概念的更新有所裨益。

目 录

第一章 功能性胃肠病概论	(1)
第二章 非心源性胸痛	(7)
第三章 功能性消化不良	(14)
第四章 肠易激综合征	(25)
第五章 便秘	(40)
第六章 胆道功能性疾病	(54)
第七章 儿童功能性胃肠疾病	(64)
第八章 胃食管反流病	(82)
第九章 幽门螺杆菌相关疾病	(91)
第十章 慢性胃炎.....	(105)
第十一章 十二指肠胃反流.....	(111)
第十二章 炎症性肠病的诊治规范.....	(114)
第十三章 显微镜下结肠炎.....	(126)
第十四章 大肠癌早期诊断新观念.....	(135)
第十五章 隐性和不明原因胃肠道出血的评估及处理共识意见.....	(142)
第十六章 重症急性胰腺炎的现代诊断与治疗.....	(146)
第十七章 慢性胰腺炎的诊治新观念.....	(156)
第十八章 自身免疫性胰腺炎.....	(161)
第十九章 胰腺癌和肝癌诊断相关问题.....	(165)
第二十章 病毒性肝炎实验室检查.....	(175)
第二十一章 病毒性肝炎的治疗.....	(184)
第二十二章 重型肝炎的病理生理及其治疗.....	(191)
第二十三章 妊娠伴发病毒性肝炎.....	(197)
第二十四章 门静脉高压性胃肠病.....	(200)

第二十五章	门脉高压症药物治疗的病理生理及治疗进展·····	(205)
第二十六章	肝硬化患者食管曲张静脉出血的处理指南·····	(213)
第二十七章	自身免疫性肝炎和原发性胆汁性肝硬化·····	(222)
第二十八章	自发性细菌性腹膜炎的诊断、治疗和预防·····	(234)
第二十九章	黄疸的诊断与鉴别诊断·····	(241)
第三十章	药源性消化系疾病·····	(248)
第三十一章	非甾体类抗炎药在胃肠道疾病中的作用·····	(258)
第三十二章	胃肠病相关的皮肤病变·····	(268)
第三十三章	获得性免疫缺陷综合征的消化系病变·····	(278)
第三十四章	消化系疾病的介入治疗·····	(281)
第三十五章	腹腔镜在腹部疾病诊治中的应用·····	(300)
第三十六章	临床消化专科医生的思维培养·····	(306)
中文索引	·····	(315)

第一章 功能性胃肠病概论

功能性胃肠病,相对于器质性胃肠病而言,其特征是具有典型的胃肠道症状的一组异质性症状群,但又缺乏解释症状的结构异常和明确的生化标志物。随着病源性胃肠病的控制,功能性胃肠病对人类健康的影响日益明显,引起了医学界的广泛重视。尽管我国中医典籍中对现代功能性胃肠病相关的症征有详尽的描述,近二十年我国学者在功能性胃肠病研究领域做了大量工作,提出了肠易激综合征和功能性消化不良的诊断程序,但是尚无完整的功能性胃肠病分类系统。1999 年国际功能性胃肠病工作组公布的功能性胃肠病的分类方法和标准,日益成为国际间学术交流和临床研究的病例选择标准,因此,本章简要介绍该标准,以期推动我国功能性胃肠病研究的规范化。

一、功能性胃肠病的研究回顾

临床上,不少患者有明显的胃肠道症状,如腹痛、恶心、呕吐、腹胀、腹泻以及便秘等,但经过一系列的检查和随诊,并未发现器质性疾病。这些症状以往被视为“神经官能症”,而近年来认为是功能性胃肠疾病(functional gastrointestinal disorder, FGID)。对功能性胃肠病的现代研究可以追溯到 20 世纪中叶,但在罗马标准制订前,有关功能性胃肠病的定义和诊断标准并未达到广泛共识,临床采用的诊断标准非常混乱。随着科学技术的研究和发展,出现两个重要的认识转变。第一,胃肠功能紊乱症状是生物—心理—社会综合模式,而不是以单一疾病为基础的简化模式。第二,FGID 是有动力和感觉异常的脑-肠轴调节障碍所致。这一重要观点的提出,自然是和先进的科学研究技术,例如 PET、功能性核磁共振等的发展密切相关。1980 年,国际上已经对 FGID 进行研讨。1995 年,由 Aldo Torsili 发起,研讨有关 FGID 罗马 II 诊断标准,经过国际研究和临床鉴定工作组的努力和反复讨论,历经 4 年,于 1999 年推出了 FGID 罗马 II 诊断标准。和罗马 I 诊断标准比,罗马 II 诊断标准的理论依据更为充实和可靠。

二、功能性胃肠病的分类

要进行疾病的研究,就必须对疾病有公认的定义和明确的诊断标准,具体而言,要有客观的标志物来判明患者是否存在要研究的疾病。因此,功能性胃肠病的定义和诊断标准对流行病学和临床流行病学研究至关重要。不同学者对功能性胃肠病的定义和诊断标准认识差异很大,严重影响了国际学术交流。关于 FGID 的罗马 II 诊断标准的原则和分类如下(表 1-1)。

1. 提出以症状为基础的诊断标准 如精神病学和风湿病学那样,FGID 也采取以症状为基础的诊断标准,这种标准将有助于指导诊断和治疗,减少不必要的检查。且临床研究和治疗也需要 FGID 有诊断标准。

2. 按部位对 FGID 进行分类 罗马Ⅱ标准提出按不同的部位进行分类,将 FGID 分为功能性食管、胃十二指肠、肠、胆道、肛门直肠疾病以及功能性腹痛,此外对儿童的 FGID 另作分类。由于不同部位的症状有其特点,因而不难分辨。

3. 对诊断 FGID 的时间予以规定 除功能性腹痛(需达到 6 个月以上)外,其他 FGID 的病程需要在诊断前 1 年中至少有 12 周的时间有症状,同时强调有症状的时间不一定连续,也就是说可以间断,这更符合 FGID 的特点。对临床试验要求,可以选择最近 3 个月作为时间标准。

4. 注意共病和重叠病现象 前者是指功能性疾病和器质性疾病的共存现象,应首先处理器质性疾病;后者是指不同的功能性疾病有重叠现象,处理时以关键症状为主。

5. 心理社会标准不包括在诊断分类内 这主要是由于 FGID 的患者均可能有心理因素的影响,但心理疾患对功能性胃肠病发病并无特异性。

表 1-1 功能性胃肠病的罗马Ⅱ分类及诊断标准

A. 食管疾病

A1. 癔球症

- (1) 喉部有持续或间断性团块或异物感
- (2) 异物感出现在进餐间期
- (3) 无咽下困难和吞咽疼痛
- (4) 无病理性胃食管反流、贲门失弛缓症或其他病理性食管运动障碍,如硬皮症的食管表现

A2. 反刍综合征

- (1) 刚摄入的食物持续或反复地反流到口腔,随后伴有再咀嚼和吞咽
- (2) 无恶心和呕吐
- (3) 当反流物质变为酸性时,反胃停止
- (4) 无病理性胃食管反流、贲门失弛缓症或其他病理性食管运动障碍

A3. 食管源性功能性胸痛

- (1) 胸部正中有疼痛或不适感,且并非烧灼性质
 - (2) 无病理性胃食管反流、贲门失弛缓症或其他病理性食管运动障碍
- 注:① 疼痛或不适并伴有烧心者应予排除,以免与功能性烧心诊断标准重叠
② 应排除心胸疾病引起的胸痛

A4. 功能性烧心

- (1) 胸骨后烧灼样不适或疼痛
 - (2) 无病理性胃食管反流、贲门失弛缓症或其他病理性食管运动障碍
- 注:24h 食管 pH 监测有酸反流并伴有症状者,如食管酸暴露时间正常,仍可诊断为功能性烧心

A5. 功能性咽下困难

- (1) 固体和(或)液体食物通过食管有梗塞、停滞或通过异常的感觉
 - (2) 无病理性胃食管反流、贲门失弛缓症或其他病理性食管运动障碍
- 注:应仔细排除食管器质性病变所引起的咽下困难

A6. 非特异性功能性食管病

- (1) 有难以解释而又符合以上范畴的食管症状
- (2) 无病理性胃食管反流、贲门失弛缓症或其他病理性食管运动障碍

B. 胃十二指肠疾病

B1. 功能性消化不良

- (1) 持续性或反复性消化不良(上腹部痛或不适感)
- (2) 不存在可能解释这些症状的器质性疾病证据(包括上消化道内镜检查)
- (3) 排便后消化不良无缓解,或消化不良发作与大便次数或性状改变无关(即:不是肠易激综合征)

注:仅仅以症状类型不足以将器质性与功能性消化不良加以鉴别。必须作相应的检查以排除有关的器质性疾病。

因此,功能性消化不良诊断属排除诊断

B1a. 溃疡样消化不良:腹痛集中在上腹部,是其主要而又最苦恼的症状

B1b. 运动障碍样消化不良:不愉快或困扰的不适感(不是疼痛)集中在上腹部,是其主要症状。这种感觉可能被描述为或伴有上腹饱胀、早饱、气胀或恶心

B1c. 非特异性消化不良:患者有消化不良的症状,但不符合溃疡样或运动障碍样消化不良的诊断标准

B2. 吞气症

- (1) 客观上观察到吞咽空气
- (2) 令人烦恼的反复嗳气

B3. 功能性呕吐

- (1) 呕吐频繁发作,1周内至少有3d发生
- (2) 不存在有进食障碍、反刍或主要的精神疾病(依据DSM-IV)
- (3) 不存在有自我诱导或药物诱导性呕吐
- (4) 不存在有可能解释反复呕吐的肠道或中枢神经系统异常和代谢疾病

C. 肠道疾病

C1. 肠易激综合征(IRS)

腹部不适或疼痛,并有以下3项中的2项特征

- (1) 排便后缓解和(或)
- (2) 发作伴有排便次数改变和(或)
- (3) 发作伴有粪便性状改变

注:以下症状加强支持IRS的依从:①排便<3次/周;②排便>3次/d;③粪便坚硬或呈羊粪状;④粪便松散(糊状)或水样;⑤排便费力;⑥排便急迫感;⑦排便不尽感;⑧粘液(白色物质)便;⑨腹胀、气胀

腹泻型:具有第②、④、⑥项中的一项或一项以上,而无第①、③及⑤项

便秘型:具有第①、③、⑤项中的一项或一项以上,而无第②、④及⑥项

C2. 功能性腹胀

- (1) 腹部胀感、气胀或可以看到的腹部膨胀
- (2) 不符合功能性消化不良、IRS或其他功能性疾病的诊断标准

C3. 功能性便秘

- (1) 排便费力(至少每4次排便中有1次)
- (2) 羊粪状或坚硬粪便(至少每4次排便中有1次)
- (3) 排便不尽感(至少每4次排便中有1次)
- (4) 肛门直肠阻塞/阻滞感(至少每4次排便中有1次)
- (5) 需要用手操作(如:指挖排便、支撑骨盆底)以促使排便(至少每4次排便中有1次)
- (6) 排便<3次/周。不会出现松散粪便,也不符合IRS诊断标准

C4. 功能性腹泻

- (1) 糊状或水样粪便

(2) $>3/4$ 的时间内有以上症状

(3) 没有腹痛

注:①应排除假性腹泻(成形大便而伴有排便频次增加和急迫感);②应作必要的诊断性检查,以排除其他病因引起的慢性腹泻;③排粪便量多、直肠出血、营养不良及体重减轻者,应对肠道结构及功能作更详细的检查

C5. 非特异性功能性肠病

系指有功能性肠道症状而又不符合以上范畴的诊断标准者

D. 功能性腹痛

系指持续性或近乎持续性或经常反复发作的腹部疼痛,而与肠道功能的关系不大

D1. 功能性腹痛综合征(FAPS)

至少是 6 个月有以下表现

(1) 持续性或近乎持续性腹痛

(2) 与一些生理因素(如:进食、排便或月经)无关或仅偶然相关

(3) 对日常生活有一定的影响

(4) 腹痛不是假装的(如装病)

(5) 不符合可能解释腹痛的其他功能性胃肠疾病的诊断标准

D2. 非特异性功能性腹痛

有功能性腹痛而又不符合 FAPS 诊断标准者

E. 胆系疾病

E1. 胆囊功能障碍

右上腹及上腹肯定而较重的疼痛发作,并伴有以下各点

(1) 发作持续 30min 或以上

(2) 在过去的 12 个月中有一次或多次发作

(3) 疼痛是稳定不变的并影响日常活动或需就医

(4) 无足以解释这些症状的结构异常证据

(5) 有胆囊排空功能异常

E2. Oddi 括约肌(SO)功能障碍

右上腹和上腹肯定而较重的疼痛发作,并伴有以下各点

(1) 发作持续 30min 或以上

(2) 过去 12 个月中有一次或多次发作

(3) 疼痛持续,性质固定,并影响日常活动或需就医

(4) 没有足以解释这些症状的结构方面异常的证据

注:①SO 功能障碍可分为胆型 SO 功能障碍和胰型 SO 功能障碍;②疼痛伴有血清转氨酶、碱性磷酸酶或结合胆红素和(或)胰酶(淀粉酶)增高有助 SO 功能障碍的诊断;③疼痛伴有急性复发性胰腺炎,可能提示胰型 SO 功能障碍;④SO 功能障碍可能见于胆囊或胆道完整的患者,但更多见于胆囊切除术后;⑤胆囊功能障碍和 SO 功能障碍两者在症状上很难鉴别,如系胆囊切除术患者则通常诊断为 SO 功能障碍,或在少数情况下通过正规检查排除胆囊异常后亦可诊断为 SO 功能异常。

F. 肛门直肠疾病

F1. 功能性大便失禁

粪便排出不能控制反复发作至少 1 个月,发育成长期患儿至少是 4 岁,并伴有

(1) 粪便嵌塞或

(2) 腹泻或

(3) 非器质性肛门括约肌功能障碍

注:应排除神经系统损伤、大便从脱垂的直肠粘膜旁渗漏、个人卫生不良以及故意污染等

F2. 功能性肛门直肠疼痛

F2a. 提肛肌综合征

又称为提肛肌痉挛、耻骨直肠肌综合征、慢性肛部痛、梨状肌综合征以及骨盆肌张力性疼痛等

(1)慢性或复发性直肠疼痛(如隐痛、钝痛或压力感,在坐久或卧久后加重

(2)持续 20 min 或更长

(3)排除引起直肠疼痛的其他原因,如缺血、炎症性肠病、肛隐窝炎、肌间脓肿、肛裂、痔、前列腺炎及孤立性直肠溃疡等

F2b. 痉挛性肛部痛

(1)反复发作的肛门或低位直肠疼痛

(2)发作持续数秒钟至数分钟

(3)发作间期没有肛门直肠疼痛

F3. 盆底肌协调障碍

(1)患者必须符合功能性便秘的诊断标准(C3)

(2)在反复试图排便的情况下,经压力测量、肌电图或放射学检查证实盆底肌有不适当的收缩或不能松弛

(3)在试图排便的情况下,证明有足够的肠推动力

(4)必须有不完全性排便的证据

G. 功能性儿科疾病

G1. 呕吐

G1a. 儿童反胃

G1b. 儿童反刍综合征

G1c. 周期性呕吐综合征

G2. 腹痛

G2a. 功能性消化不良

G2b. 肠易激综合征

G2c. 功能性腹痛

G2d. 腹型偏头痛

G2e. 吞气症

G3. 功能性腹泻

G4. 排便障碍

G4a. 儿童排便困难

G4b. 功能性便秘

G4c. 功能性粪便停滞

G4d. 非停滞性粪便污染

* 儿科诊断标准见本书“儿科功能性胃肠病”一章。

三、功能性胃肠病研究内容

尽管每一组疾病的症状和发生部位不一,但其动力和感觉的生理以及和中枢神经系统的关系及治疗方法却有共性。因而,提出对 FGID 研究和治疗的可供观察的指标。

1. 动力异常的指标 FGID 患者接受生理刺激或心理刺激时的动力反应和健康人不同,例如胃电图、压力测定的收缩波以及胃肠通过时间等。

2. 内脏敏感性增高 FGID 患者的腹痛,例如功能性消化不良的上腹痛、肠易激综合征的腹痛以及功能性腹痛等症和动力变化的关系不确定,但和内脏痛觉高敏却密切相关。而内脏痛觉高敏的病理生理基础有三种可能性,即内脏自身受体敏感性改变,脊髓背角神经元兴奋性增高,以及感觉的中枢调节变化。FGID 的痛觉高敏也可能和长期运动亢进、胃肠道感染等刺激使其致敏有关。

3. 注意炎症和症状的关系 炎症使症状加重,肠道感染(包括痢疾)后可发展成肠易激综合征,而 Hp 感染和 FD 发病的关系仍在研究和争议之中。

4. 注意脑-肠相互作用 FGID 的症状是胃肠运动、感觉和中枢神经活动(脑-肠轴)相互作用的结果。应用 PET 或功能性 MRI 等能帮助了解来自外部和内部的刺激对中枢神经活动的影响。

5. 重视心理社会因素对 FGID 的影响 心理测评和治疗方法已应用于功能性胃肠病的治疗实践。

四、FGID 罗马 II 标准的意义

由于 FGID 在临床上非常多见,以往的教科书强调诊断这类疾病是通过系统排除之后才能给予诊断,因此必然会造成医疗资源的浪费和诊断的延误。FGID 的罗马 II 标准这一分类系统采用的是以阳性症状为基础的分类系统,以症状和部位为主线进行诊断,病程延长到过去的 12 个月中,累积时间至少 3 个月,使器质性疾病错诊为 FGID 的几率减少。循证研究显示,结合警报症状的阳性症状为基础的诊断标准作出的诊断是可信的。只要严格按照功能性胃肠病诊断标准进行诊断有较高的特异性和敏感性,不仅使大部分反复发作的患者不必接受各种各样的检查,也大大降低成本效益比(cost effect ratio)。有利于国际和国内的学术交流。相信 FGID 诊断标准还会得到不断完善。

无疑,许多器质性胃肠病可有与功能性胃肠病类似的临床特征,增加了采用以阳性症状为基础的临床标准应用的困难。根据症状特征,有针对性地选择检查项目,一般认为所有患者都应作血常规(血细胞记数、分类)、红细胞沉降率(血沉)、血生化和粪便检查(常规、潜血和虫卵)。另外,功能性胃肠病中,除符合症状标准外,还需进行特殊的检查。

(王伟岸 赵玉琴)

参 考 文 献

Drossman DA, et al. The functional gastrointestinal disorders: Rome II. Allen Press, Inc, Lawrence, KS, 2000

第二章 非心源性胸痛

胸痛是一种常见的临床症状,在国外的急诊病人中,因胸痛就诊者位居第二,仅次于腹痛病人。许多胸痛病人因害怕患心脏病而感到焦虑,并反复就诊。但心源性胸痛仅占胸痛病因的一部分,排除了心脏病变的胸痛,统称为非心源性胸痛(non-cardiac chest pain,NCCP)。NCCP病人中,约有 50%~60% 为食管疾病所致,称为食管源性胸痛(esophageal chest pain)。其病因主要为胃食管反流病(GERD)和某些食管动力疾病(esophageal motility disorders)。食管器质性疾病如食管癌、感染性食管炎、食管异物等亦可导致胸痛。此外,还有一部分为食管源性功能性胸痛(functional chest pain of presumed esophageal origin),这是一种功能性食管疾病。由于食管源性胸痛是 NCCP 最为常见的病因,其症状与心绞痛相似,有时仅凭症状难以鉴别,因此,是本章讨论的重点。NCCP 的其他病因尚有食管外消化系统疾病、胸壁疾病、呼吸系统疾病、纵隔疾病等(表 2-1)。这些疾病所致的胸痛特征有别于心源性胸痛和食管源性胸痛,在本章不作详细讨论。

表 2-1 非心源性胸痛的病因

食管源性胸痛	食管外消化系统疾病
胃食管反流病	消化性溃疡
食管动力疾病	肠易激综合征
胡桃夹食管	胆道炎症或结石
非特异性食管动力障碍	肝脓肿
弥漫性食管痉挛	呼吸系统疾病
下食管括约肌高压症	肺炎、肺癌、肺梗死
贲门失弛缓症	胸膜炎
功能性食管源性胸痛	胸壁疾病
其他食管疾病	肋软骨炎
感染性食管炎症	肋间神经炎
食管癌	带状疱疹
食管异物或外伤	纵隔疾病
	纵隔炎、纵隔肿瘤

一、食管源性胸痛的特点

食管源性胸痛的基本特征是间歇性前胸或胸骨后疼痛,呈钝痛、痉挛痛、压榨感或烧灼感,

可向背部、颈部、下颌或手臂放射,部分病人在运动后可诱发胃食管反流,产生类似于心绞痛样症状,有时易误诊为心绞痛。胸痛不一定与吞咽相关,但过热或过冷的液体食物可诱发胸痛。疼痛发作每次持续数分钟至数小时,甚至可间歇性地持续数天。病人常在夜间痛醒,情感方面的应激有时亦会加重症状。在疼痛剧烈时病人可出现脸色苍白、出汗。胸痛常可自行缓解,用抗酸剂后可加速症状缓解,但严重的胸痛要用止痛药或硝酸甘油。

如果仔细询问病史,食管源性胸痛病人还伴有或曾有过烧心、咽下困难、反食(regurgitation)、咽下疼痛等其他食管症状。Hewson 等报道在 100 例由心内科转至消化科的 NCCP 病人中,74%有烧心,67%有反食,49%有咽下困难,14%有咽下疼痛,仅 11%无其他的食管症状。

二、食管源性胸痛的病因

1. 胃食管反流病 是 NCCP 最常见的病因,正常人在餐后亦有短暂的胃食管反流(gastroesophageal reflux, GER),但 24h 食管 pH<4 的次数、百分比在正常范围,称为生理性反流(physiological reflux)。而 GERD 病人食管 pH 监测的参数超过正常范围,称为病理性反流(pathological reflux)。如果反流物造成食管粘膜充血、水肿、糜烂和溃疡等损害,则称为反流性食管炎(reflux esophagitis)。

2. 食管动力疾病 食管动力疾病(esophageal motility disorders)亦能导致 NCCP,其中又以胡桃夹食管(nutcracker esophagus)最为常见,占 48%,依次为非特异性食管动力障碍(nonspecific esophageal motility disorder, NEMD)占 36%,弥漫性食管痉挛(diffuse esophageal spasm, DES)占 10%食管下括约肌高压症(hypertensive LES)占 4%,贲门失弛缓症(achalasia)占 2%。

3. 食管源性功能性胸痛 是一种反复发作的胸骨后疼痛,它起源于食管,但又没有食管的器质性病变。因此,在诊断此病前必须排除 GERD 和有病理基础的食管动力紊乱。易激性食管(irritable esophagus)是由于食管的痛觉阈值降低,对酸反流、气囊扩张和动力障碍高度敏感,容易产生胸痛症状,这与肠易激综合征有些相似。

4. 其他食管疾病 还有一些其他的食管疾病如食管的感染、肿瘤、异物等亦可导致胸痛,但胸痛多半呈持续性,不呈心绞痛样胸痛。感染性食管炎以霉菌感染最为常见,主要是白色念珠菌感染,容易在机体免疫力低下如放疗、化疗、使用皮质激素等状态下发生。主要表现为咽下困难、咽下疼痛、胸痛,内镜检查可见食管粘膜表面覆盖白色伪膜。其他食管感染还有病毒性炎症、结核等,但很少见,亦表现为吞咽时胸骨后疼痛。食管癌在早期症状不明显,进展期以进行性咽下困难为主要表现,可伴有持续性胸痛。此外,食管异物和外伤亦可导致胸痛。

三、辅助检查方法

1. 食管 pH 监测 目前可使用便携式食管 pH 监测器作 24h 非卧床 pH 监测(ambulatory prolonged pH monitoring),其方法是把一个 2mm 的 pH 的探头置于 LES 5cm 之上,并与系在腰带上的记录器相连。病人要记录饮食和症状的日记,如有症状可按一下记录器的按钮。这种检查可记录 24h 直立位、仰卧位的食管酸暴露(即 pH<4 的总时间、次数、持续时间和间隔

时间)。24h 食管 pH 监测诊断 GERD 的敏感性和特异性分别为 85% 和 95%。

2. 食管测压和动力监测 食管腔内测压(intraesophageal manometry)对于诊断各种食管动力疾病所致的 NCCP 具有重要意义,它可检测上食管括约肌(UES)和 LES 的压力,食管收缩和蠕动状态。

3. 激发试验 虽然许多 NCCP 病人有酸反流或动力异常,但是能否把这些异常作为其病因尚难以定论。激发试验(provocative tests)是用各种药物、物理、化学的刺激来复制病人的胸痛,在鉴别食管源性胸痛和心源性胸痛上具有重要的意义。但是激发试验受到病人主观因素的影响,亦有一定的局限性。

(1)麦角新碱试验(ergonovine test):静脉注射 0.5~1.0mg 麦角新碱可诱发胸痛症状和食管动力紊乱。麦角新碱是一种非特异性的刺激药物,可导致冠状动脉痉挛和心律失常,目前已很少使用。

(2)贝胆碱试验(bethanechol test):贝胆碱是一种胆碱能激动剂,可增加弥漫性食管痉挛者的食管收缩幅度和持续时间。使用剂量为 40~50 μ g/kg 皮下注射,在 NCCP 病人中有 12%~33% 的阳性率。其不良反应有注射部位烧灼感、出汗、唾液增多、腹部绞痛等,严重者需要用阿托品缓解不良反应。

(3)依酚氯铵试验(edrophonium test):依酚氯铵亦称腾喜龙(tensilon),是一种胆碱酯酶抑制剂,可增加食管动力疾病和健康人的食管收缩幅度和持续时间。静脉注射 80 μ g/kg 依酚氯铵可使 18%~55% 的 NCCP 病人诱发胸痛。此试验的特异性好,试验结果阳性往往可提示食管源性胸痛。

(4)食管气囊扩张试验(intraesophageal balloon distension):这是一种物理激发试验,也是最早用于鉴别食管源性胸痛和心源性胸痛的方法。其方法为在 LES 上方 10cm 处放置一个聚乙烯气囊,注入 1~10ml 的空气,在注气过程中出现胸痛症状即为阳性。

(5)阻抗面积测量仪(impedance planimetry)是一种带电脑分析的气囊扩张,其探头为带有气囊和电极的纤维塑胶管,可检测食管内压力、顺应性、横截面积改变等生物机械特性。

(6)酸灌注试验(acid perfusion test, Bernstein test):其方法是将导管插入食管内,灌注 0.1N 的 HCl 或生理盐水,速度为 6~8ml/min。灌注盐水时不会产生胸痛,而在灌注 HCl 时产生胸痛判为阳性。此试验主要看胸痛是否与酸反流相关,可用于 GERD 和功能性胸痛的诊断。酸灌注试验的敏感性要比 24h pH 监测差一些。酸灌注试验阳性提示胸痛是反流造成的,而阴性者则不能排除食管源性胸痛的可能,需要作 24h pH 监测。

4. 内镜检查 内镜检查有助于诊断食管炎症(反流性或感染性)、食管肿瘤、消化性溃疡等病因所致的胸痛,并能作活检取得病理诊断。但对于尚未造成炎症的酸反流(GERD 或功能性胸痛)以及食管动力疾病的诊断作用不大,虽然内镜检查可诊断后期贲门失弛缓症,但在早期难以诊断。

5. 食管吞钡 X 线检查 食管吞钡 X 线检查可诊断某些器质性疾病,如食管炎、肿瘤、食管裂孔疝、溃疡病等。此外,还能诊断某些食管动力疾病如贲门失弛缓症,弥漫性食管痉挛等。

四、诊断

(一) 诊断程序

对于反复发作的胸骨后疼痛,首先应除外心脏病。年轻人仅作心电图、心脏超声、运动试验即可;老年人还要作冠状动脉造影。检查胸壁有无压痛可以排除胸壁的肌肉骨骼疾病。上述疾病排除后,要初步考虑为食管源性胸痛,可作内镜检查或X线钡餐除外食管炎、肿瘤和溃疡病。如果这两项检查未见异常,可作酸灌注试验或24h pH监测,用以诊断酸相关性胸痛(GERD和功能性胸痛)。接下来可作食管测压或动力监测、药物激发试验或食管气囊扩张,确定有无食管动力疾病。如有可能可同时监测24h食管pH和食管动力,这两项结果均阴性者要考虑食管源性功能性胸痛。不要忽略精神因素,可询问有关病史,作一些心理测试如诊断性交谈计划、明尼苏达多项人格调查表、症状调查表-90R、Millon行为健康调查表等。

亦有人主张食管源性胸痛可先用H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂作试验性治疗。如果治疗8~16周症状改善说明胸痛与酸反流相关,可继续治疗,无需作其他检查。如果用药无效,可再按上述程序作检查(图2-1)明确胸痛的病因。Borzecki等用费用-效益分析法对试验性治疗后再作检查和一开始就作检查进行比较,结果表明试验性治疗组的费用更低。但Richter认为还是应该按照正常检查程序作检查,这样可以为治疗提供准确的依据。

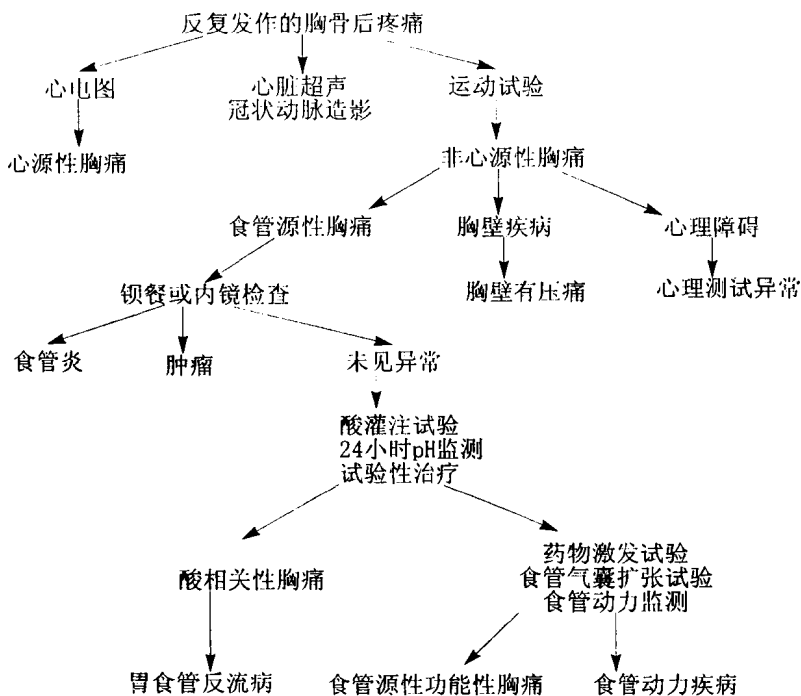


图 2-1 非心源性胸痛的诊断程序

(二) 诊断标准

1. 胃食管反流病 内镜和X线钡餐检查可发现反流性食管炎,内镜检查表现为充血、水肿、糜烂和溃疡,还可作病理活检。X线检查可见粘膜紊乱、粗糙。不论有无食管炎,24h食管