

SHIYONG LINCHUANG YIXUE (SHANGCE)

实用临床医学 (上册)

消化内科学

主编 唐志锋 樊红 崔涛 等

SHIYONG
LINCHUANG YIXUE (SHANGCE)



知识产权出版社

全国百佳图书出版单位

实用临床医学·上册

(消化内科学)

唐志锋 樊 红 崔 涛等 主编



知识产权出版社

全国百佳图书出版单位

责任编辑：许 波

图书在版编目（CIP）数据

消化内科学/唐志锋，樊红，崔涛等主编，—北京：
知识产权出版社，2013. 4
（实用临床医学；上册）
ISBN 978-7-5130-1984-2

I. ①消… II. ①唐…②樊…③崔… III. ①消化系
统疾病—诊疗 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2013）第 080027 号

实用临床医学·上册

——消化内科学

SHIYONG LINCHUANG YIXUE · SHANGCE

——XIAOHUA NEIKEXUE

唐志锋 樊 红 崔 涛等 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：010-82000893 转 8101

责编电话：010-82000860 转 8363

印 刷：知识产权出版社电子制印中心

开 本：185mm×260mm 1/16

版 次：2013 年 5 月第 1 版

字 数：520 千字

ISBN 978-7-5130-1984-2

邮 编：100088

邮 箱：yyzx189@163.com

传 真：010-82005070/82000893

责编邮箱：1040315347@qq.com

经 销：新华书店及相关销售网点

印 张：20

印 次：2013 年 5 月第 1 次印刷

定 价：180.00 元（全套 3 册）

出版版权专有 侵权必究

如有印装质量问题，本社负责调换。

《实用临床医学·消化内科学》

编委会

主 编 唐志锋 天水市第四人民医院

樊 红 兰州大学第二医院

崔 涛 北华大学附属医院

副主编 米日古丽·艾力 新疆克州人民医院

编 委 郭秋文 新疆石河子大学校医院

目 录

第一章 总论	(1)
第二章 食管疾病	(8)
第一节 胃食管反流病	(8)
第二节 贲门失弛缓症	(14)
第三节 食管贲门黏膜撕裂综合征	(18)
第四节 食管癌	(22)
第三章 胃肠道疾病	(33)
第一节 急性胃炎	(33)
第二节 慢性胃炎	(36)
第三节 其他特殊型胃炎	(39)
第四节 胃下垂	(40)
第五节 消化性溃疡	(42)
第六节 结核性腹膜炎	(54)
第七节 上消化道大量出血	(56)
第八节 胃癌	(63)
第四章 肝胆疾病	(73)
第一节 慢性肝炎	(73)
第二节 肝硬化	(76)
第三节 肝脓肿	(86)
第四节 急性肝功能衰竭	(91)
第五节 肝肾综合征	(100)
第六节 胆管蛔虫病	(103)
第七节 肝癌的治疗	(107)
第八节 肝性脑病	(148)
第五章 胆囊疾病	(159)
第一节 急性胆囊炎	(159)

第二节 慢性胆囊炎	(163)
第三节 胆结石	(166)
第四节 胆囊癌	(169)
第五节 胆囊息肉	(185)
第六章 肠道疾病	(192)
第一节 阑尾炎	(192)
第二节 溃疡性结肠炎	(198)
第三节 肠易激综合征	(203)
第四节 慢性腹泻	(209)
第六节 肠结核	(221)
第七章 胰腺疾病	(245)
第一节 急性胰腺炎	(245)
第二节 慢性胰腺炎	(258)
第三节 胰腺癌的治疗	(266)

第一章 总论

消化系统疾病主要包括食管、胃、肠、肝、胆、胰、腹膜等的疾病,临床颇为常见。

【消化系统的生理学与病理生理学】

消化系统是由消化道与消化腺组成,摄入的食物通过消化道的运动变成细小的食糜同时将其向肛侧推进,并经过主要来自于胰腺、胃肠腺分泌的消化酶,肝脏分泌的胆汁及肠菌酶的作用,分解为小分子物质被肠道吸收,进而在肝脏内加工成为体内物质供组织需要。未被吸收的残剩物则变成粪便排出体外。此为一系列复杂的生理生化过程。如其中某一环节障碍均可致消化系统疾病。消化道运动功能紊乱则可导致胃肠动力障碍性疾病。小肠先天性或后天性的酶缺乏、肠黏膜炎性及肿瘤性病变、小肠内细菌过度生长、肠段切除过多均可造成消化、吸收不良。各种因素导致大肠水分吸收障碍可产生腹泻。肠内容物停留时间过长、水分吸收过多或胃肠道动力减弱及各种原因所致梗阻,则可出现便秘。在肝脏内,被吸收的物质通过复杂的酶促反应进行代谢,如代谢酶缺乏、肝细胞损害、血液供应不足等因素可致各种肝病,并可使某些物质的代谢紊乱,如先天性非溶血性黄疸、各型肝炎、药物性肝病、肝性脑病等。消化系统的功能受植物神经系统的支配,后者通过下丘脑为中介与大脑有密切的联系,故忧郁、焦虑和应激等精神状态的变化对消化系统的功能都有很重要的影响。胃肠道及胰腺内存在多种分泌肽类激素的细胞,其所分泌的肽类激素也存在于脑内,为神经信息的传递物质,称脑肠肽,提示神经系统和消化系统之间可能有一定的关联。这些激素主要通过内分泌、旁分泌、外分泌、神经分泌和自分泌等途径来发挥其调节胃肠运动、分泌等生理功能的作用,故亦称之为调节肽,其分泌紊乱可致消化系统功能异常,如促胃液素(gastrin)的过多分泌可致 Zollinger—Ellison 综合征,血管活性肠肽(VIP)过多分泌可致胰性霍乱。一些肿瘤细胞可产生某种肽类激素,其细胞具有该类激素的受体,从而通过自身受体激活细胞内信息传导途径,发挥对肿瘤细胞生长的调节作用,此为肿瘤细胞自主性增殖的机制之一。消化道肿瘤还常表现某些胃肠激素受体表达的异常。

【消化系统疾病的病因】

消化系统疾病的病因多而复杂,有些疾病可由多种因素所致,某一因素亦可为多种疾病的病因。常见的病因有感染、理化因素、营养缺乏、代谢紊乱、吸收障碍、自身免疫、变态反应、先天性发育异常或缺陷、外伤、神经系统功能失调、遗传及医源性等。此外,尚有一些未明确的病因。

【消化系统常见疾病及其症状学】

消化系统疾病种类较多,以下按器官分类列出其常见疾病及症状特点。

一、食管疾病

胃食管反流病、Barrett 食管、食管癌、贲门失弛缓症及食管静脉曲张。主要表现为吞咽困难、反酸、反食、嗝气、胸骨后灼热感(烧心)、胸痛(非心源性)、音哑及咽喉部疼痛不适等。

二、胃、十二指肠疾病

急或慢性胃炎及十二指肠炎、消化性溃疡、胃癌及功能性消化不良等。主要表现为上腹

不适、灼热感或疼痛、上腹胀、早饱、厌食、反酸、嗝气、恶心、呕吐及消化道出血等。

三、小肠疾病

急性肠炎、肠结核、吸收不良综合征、Crohn 病、Meckel 憩室、急性出血性坏死性肠炎、小肠肿瘤等。主要表现为脐周腹痛、腹胀和腹泻、糊状或液状或果酱样粪便，消化或吸收障碍者粪中可见未完全消化的食物成分，可有全身性营养不良的表现。

四、大肠疾病

痢疾、结肠炎、肠易激综合征、炎症性肠病、大肠肿瘤、大肠结核、阑尾炎等。主要表现为腹部一侧或双侧疼痛、排便习惯改变、腹泻或便秘、黏液—脓血粪便或血便，累及直肠时可有里急后重。

五、肝脏疾病

各型病毒性肝炎、酒精性肝病、药物性肝病、脂肪肝、肝硬化，肝脓肿、原发性肝癌或转移性肝癌、Wilson 病(肝铜沉积)和血色病(肝铁质沉着)等，主要表现为肝区不适或疼痛、肝大、肝区压痛与叩痛、黄疸、门静脉高压征和营养代谢障碍等。

六、胆道疾病

胆囊炎、胆管炎、胆道蛔虫症、胆石症，以及胆道息肉和肿瘤等，主要表现为右上腹疼痛、局部触痛或叩痛及黄疸等。

七、胰腺疾病

急、慢性胰腺炎及胰腺癌。主要表现为上腹部疼痛，可向腰背部放射，胰腺分泌障碍所致的小肠吸收不良和代谢紊乱。

八、腹膜、肠系膜疾病

急或慢性腹膜炎(包括结核性腹膜炎)、肠系膜淋巴结炎和结核、腹膜转移癌及原发性腹膜肿瘤等。主要表现为腹痛与压痛、反跳痛、腹壁抵抗感、触诊揉面感及腹水等。

【消化系统疾病的诊断和鉴别诊断】

消化系统疾病的诊断应在对症状、体征、辅助检查的方面分析基础上来完成诊断，故掌握该系统的临床基础知识及有关的辅助检查等方面的知识十分重要。

一、病史

系指现症状至来诊时病情发展和演变的全过程，包括来诊前的诊治经过和结果，是疾病诊断的重要依据。通过询问病史要明确发病原因，起病情况及发病经过，检查和用药情况，要问清主要症状的部位、性质、程度、发作及持续时间、加剧及缓解的规律性，及伴随的其他症状等，还应了解有无有关的其他脏器的疾病。此外，患者的年龄、性别、籍贯、职业、性格、生活习惯、精神状况及遗传因素等对某些消化系统疾病的诊断有重要的参考价值。

二、症状

(一)吞咽困难 系指正常吞咽功能发生障碍，常出现进食后胸骨后不适，食物通过障碍。多见于神经系统的病变如球麻痹，以及咽、食管或食管周围疾病，如咽部脓肿、食管肿瘤、腐蚀性食管炎、胃食管反流病、食管裂孔疝、贲门失弛缓症，结缔组织病如系统性硬化症、皮肤炎等累及食管，以及纵隔肿瘤、主动脉瘤甚至明显扩大的心脏及肿大的甲状腺压迫食管。

(二)烧心 是胸骨和剑突后的烧灼感，主要由于酸性或碱性物刺激有炎症的食管、胃黏膜所致，多见于胃食管反流病(包括反流性食管炎、食管溃疡)、消化性溃疡，或 Zollinger-Ellison 综合征等。

(三)嗝气 是胃腔内气体自口腔溢出现象,常提示胃内气体较多或食管括约肌松弛,可见于胃食管反流病、胃十二指肠和胆道疾病。频繁嗝气多与精神神经因素、吞气和饮食习惯不良有关。

(四)食欲不振或厌食 对食物缺乏需求的欲望称食欲不振,此症状严重者称为厌食。多见于消化系统疾病如胃炎、胃肠道肿瘤、肝炎、胰腺癌及功能性消化不良,部分与神经精神因素有关如神经性厌食。另外,消化系统以外的疾病及营养代谢性疾病亦可出现该症状,如慢性肾衰竭、代谢性酸中毒等。此症应与惧食区分开,惧食为因某种疾病而于进食时出现不适或疼痛所致的无进食欲望。

(五)恶心与呕吐 恶心是一种紧迫欲吐的不舒适的主观感觉,呕吐则是指胃内容物或一小部分小肠内容物经食管逆行流出口腔的反射动作。呕吐常出现于恶心之后,但两者亦可单独发生。常见于胃癌、胃炎、幽门痉挛与梗阻,亦见于肝脏、胆道、胰腺、腹膜的急性炎症及管腔炎症合并梗阻如胆总管炎、肠梗阻等。

(六)反酸 是酸度较高的胃内容物经食管反流至口腔的现象,多与食管下括约肌功能不全和胃逆蠕动有关,多见于消化性溃疡和胃食管反流病。

(七)呕血、黑粪及便血 上消化道出血表现为呕血和黑粪或仅黑粪,出现柏油样黑粪提示每日出血量超过 50 mL。最常见于消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、急性胃黏膜损害及胃癌。出血量过多且胃肠道运动过快时,可出现血便。下消化道出血常排出暗红色或果酱样粪便,出血部位越近肛侧,粪便颜色越鲜红,甚至出现血便,常见于下消化道肿瘤、肠道血管疾病、肠道感染、炎症性肠病、急性出血性坏死性肠炎、Meckel 憩室及痔等。

(八)腹胀 其原因主要有胃肠积气、积食、胃肠道梗阻、腹水、腹内肿物、便秘、气腹以及胃肠道运动功能障碍等。

(九)腹痛 常为不同性质的疼痛和腹部不适感,多与消化器官的膨胀、肌肉痉挛、腹膜刺激、血液供应不足等因素有关,见于消化性溃疡、胃炎、阑尾炎、胃肠道感染、胃肠肿瘤、胆囊炎、胆道蛔虫症、肝癌、胰腺炎、胰腺癌、腹膜炎、缺血性肠炎、空腔脏器痉挛与穿孔等。腹痛亦可见于全身性疾病如卟啉病,泌尿、生殖道如输尿管或输卵管等的炎症或梗阻,以及肺部疾病。功能性消化不良、肠易激综合征等胃肠道功能性疾病也常出现腹痛。

(十)腹泻 是指排便次数增多,超出原有的习惯频率,粪质稀薄或呈水样。常由肠分泌增多和(或)吸收障碍,或肠蠕动加速所致,多见于肠道疾病。水样腹泻多提示小肠病变,或某些胃肠激素如 VIP 明显增多;结肠炎症、溃疡或肿瘤常出现脓、血和黏液便。肠易激综合征亦多出现腹泻。

(十一)里急后重 是直肠受刺激的症状,多为局部炎症或肿瘤所致。

(十二)便秘 指排便次数减少,低于原有习惯频率,粪质干硬伴有排便困难。多与结肠平滑肌、腹肌、膈肌及提肛肌张力减低,直肠反射减弱或消失,或是结肠痉挛而驱动性蠕动缺乏等有关。也可由肠腔内机械性梗阻或肠腔外肿瘤压迫所致。常见于患全身性疾病的身体虚弱者、肠梗阻、假性肠梗阻、习惯性便秘,以及结肠、直肠及肛门疾病或肠易激综合征等。

(十三)黄疸 指血胆红素增高所致巩膜、皮肤、黏膜黄染的现象。按病因学分为溶血性、肝细胞性和阻塞性黄疸。常见于肝炎、肝硬化、肝癌、胆道梗阻,以及某些先天性疾病如 Gilbert 综合征、Crigler—Najjar 综合征、Rotor 综合征、Dubin—Johnson 综合征。

三、体检

应作全面系统的体格检查,对与患者症状有关的部位要进行重点体检。舌炎常提示有慢

性萎缩性胃炎,尤其是胃体胃炎伴恶性贫血者,以及肠吸收不良等;黄疸、出血倾向、蜘蛛痣、肝掌及男性乳房发育等常提示肝硬化肝功能失代偿期;左锁骨上淋巴结大即所谓 Virchow 淋巴结常提示胃肠道恶性肿瘤晚期;腹壁静脉曲张多提示门-体静脉侧支循环的存在,此时应检查曲张静脉的血流方向,常见于肝硬化门静脉高压、肝静脉闭塞、Budd—Chiari 综合征及上腔静脉压迫综合征等;Cullen 征常提示急性坏死性胰腺炎;全腹凹陷者多提示有消耗性疾病,如肿瘤等;普遍胀大呈蛙状腹者提示有慢性腹水;局部隆起者多为脏器肿大、腹内肿瘤、炎症性包块等;胃肠型常提示胃肠道梗阻。

腹部触诊时动作要轻柔,对腹痛者的触诊要最后检查疼痛部位,同时确认有否压痛、反跳痛及腹肌强直。要注意固定压痛点情况如 McBurney 点压痛提示阑尾病变。如有脏器肿大,应明确其质地、有无压痛、叩击痛及活动度如何等。触到腹块时,应了解其位置、深浅、大小、形状、表面情况、硬度、活动情况、压痛和搏动情况等,注意不要与乙状结肠内粪块、充盈的膀胱、前凸的脊柱、腹主动脉、肾脏、妊娠子宫,以及卵巢囊肿、子宫肌瘤等相混淆。有震水声常提示幽门梗阻;移动性浊音常提示腹水的存在等。肠鸣音活跃常提示急性胃肠炎及消化道活动性出血。肝脏、胰腺,甚至胃窦部肿瘤于上腹部腹主动脉前可听到血管杂音。肛门指诊有助于直肠肿瘤的发现。

四、实验室和其他检查

(一)化验检查 血液常规检查可反映有无脾功能亢进、有无恶性贫血所出现的巨幼细胞贫血或缺铁所致的小细胞低色素贫血等,亦作为消化道出血程度的观测指标。粪便常规检查可了解粪便的性状、色泽,有无红、白细胞,及有无寄生虫卵等,对肠道感染、某些寄生虫病有确诊价值。粪便隐血试验可判断有无消化道的隐性出血。粪便的细菌学检查或培养和药物敏感试验,可确定致病菌并指导治疗。血清胆红素、血清酶学、蛋白质代谢、凝血酶原时间及色素排泄试验等的检测对黄疸和肝病的诊断及鉴别诊断有重要的意义。血清、尿液及胸、腹水淀粉酶测定有助于急性胰腺炎的诊断。放射免疫测定(RIA)、酶免疫测定(EIA)、聚合酶链反应(PCR)等技术对肝炎病毒标志物(抗原、抗体、病毒 DNA 及 RNA 等)进行检测可确定肝炎类型,并判断有否病毒的复制。甲胎蛋白(钼冲)对于原发性肝细胞癌有较特异的诊断价值,而癌胚抗原(CEA)、糖抗原如 CA₁₉₋₉ 等肿瘤标志物对结肠癌和胰腺癌具有辅助诊断、估计疗效和判断预后的价值。近来,对恶性肿瘤判断已可用基因表达及激素受体表达的方法进行。血清壁细胞抗体及内因子抗体等的检出提示恶性贫血。腹水的检测可判断其是漏出液或渗出液,有助于肝硬化、腹腔内恶性肿瘤及腹膜结核等的鉴别。十二指肠引流检查常用于胆道疾病,特别是感染性疾病的鉴别诊断。幽门螺杆菌为慢性胃炎的致病菌,与消化性溃疡的发生和复发有密切的关系,也是胃癌发生的危险因素,故对有关疾病应作常规检测,常用的方法有血清抗体测定,胃黏膜活检标本作尿素酶试验、细菌培养及组织学检查及 ¹³C 或 ¹⁴C 尿素呼气试验等。

(二)X 线检查 腹部透视及 X 线平片检查主要用于判断有无胃肠穿孔、肠梗阻、巨结肠、间位结肠及有无胆系的结石或其他腹部疾病的钙化等。上消化道的钡餐造影、小肠插管注钡造影、下消化道的钡剂灌肠检查可诊断相应部位的病变,采用气—钡双重对比造影技术能更清楚地显示黏膜表面的细小结构,可提高较微小病变的确诊率。通过这些检查可发现消化道的溃疡、肿瘤、炎症、静脉曲张、结构畸形以及运动异常等。口服或静脉注射 X 线胆道造影剂可显示胆道结石和肿瘤、胆囊浓缩和排空功能障碍,以及其他胆道病变,应注意因口服造影

剂需首先经小肠吸收,故幽门梗阻、呕吐及腹泻者可影响造影效果。经皮肝穿刺胆管造影术,主要用于了解和确定胆道阻塞的部位,对鉴别肝内胆汁淤积和肝外阻塞性黄疸、诊断胆管残余结石、肝外胆管狭窄或受压的定位和病因有一定的意义。此外还有经皮肝穿刺和经皮脾穿刺门静脉造影术,该检查有助于判断肝内抑或肝外门静脉阻塞、侧支开放部位与程度、门-腔分流术的效果等。选择性腹腔动脉造影主要用于肝脏和胰腺等腹内肿瘤的诊断和鉴别诊断,以及判断肿瘤切除的可能性与范围,也可用于消化道出血的定位和定性诊断。近年来数字减影血管造影(DSA)的应用大大提高了病变显示的清晰程度。

电子计算机 X 线体层显像(CT)具有很高的密度分辨率,可显示出各种组织的密度差异,有较好的病灶定位和定性效果,对肝、胰腺等实质脏器的占位性病变如肿瘤、囊肿、脓肿,以及弥漫性病变如脂肪肝、肝硬化、胰腺炎等均有较高的诊断价值。CT 能发现空腔脏器恶性肿瘤的壁内与腔外病变,及明确有无转移病灶,对肿瘤分期也有一定价值,此外,亦可诊断胆结石等疾病。

(三)内镜检查 应用内镜可直接观察消化道腔内的各类病变,并通过取活组织作病理学检查达到确诊的目的,经内镜黏膜染色对早期癌瘤的诊断有重要的意义。内镜现有纤维光束导光成像的纤维内镜及固体摄像器件(CCD)光电信号转换成像的电子内镜,后者与前者相比在基本性能、清晰度及亮度上都有很大的提高。变焦内镜可将所见黏膜放大 100~140 倍,使消化道疾病的诊断率得到进一步的提高。上消化道内镜检查可检出食管、胃、十二指肠的肿瘤、溃疡、炎症和血管病变等,大肠镜可深达回盲部,检出结肠及肛门的病变。小肠镜分为推进式、探条式及肠带诱导式,用于小肠病变的诊断。超声内镜(endoscopic ultrasonography, EUS)是顶端置有高频微型超声探头的内镜,能同时观察消化道管腔内和管壁及邻近脏器的病变,对黏膜下病变的定性诊断,癌瘤有无邻近脏器的浸润及淋巴结的转移等的判定有较大优势,还可在其引导下对可疑病变作细针穿刺活检,进行病理学检查。另有一种可通过活检孔进入的超小型超声探头,主要用于较狭窄的消化道病变,壶腹部及胰胆管病变的诊断。经十二指肠镜逆行胰胆管 X 线造影(ERCP)可观察胆道、胰管的情况。胆道镜为胆道疾病诊断和治疗的重要手段,包括经口胆道子母镜、术中及术后胆道镜、经皮经肝胆道镜等。腹腔镜则可观察肝、胆囊、脾、胰及腹膜、网膜、肠系膜的病变,确定腹水的病因等,腹腔镜超声(laparoscopic ultrasound, LUS)是近 10 年来发展起来的新技术,对腹腔内脏器的观察既有腹腔镜直观的视觉效果,又有超声波对深度、层次、结构性质和与周围关系等判断的特点,并可在超声引导下进行活组织检查,对确定诊断和治疗决策有重要的价值。

(四)超声显像 其原理是利用超声波在人体不同组织中传播的特性和差异,以静态和动态图像反映组织的特性。已由一维、二维发展到三维立体显像。超声显像可观察肝、胆囊、脾、胰腺的大小和轮廓等,对肝癌和肝脓肿、肝囊肿、胆道结石、胰腺癌等有较大诊断价值,对腹水的有无及腹水量的判断,以及腹腔内实质性肿块的大小、定位和定性等也有一定意义。此外,还可在其监视或引导下作经皮肝、脾诊断性穿刺等。

(五)活组织检查和脱落细胞检查

1.活组织检查 活组织检查是最可靠的诊断方法,消化系统的活组织检查主要是内镜下取材,如对食管、胃、结肠、直肠黏膜病变组织或腹腔镜下取病灶组织作病理学检查,或较盲目地穿刺取材,如采用一秒钟穿刺吸取法作肝穿刺活检、超声或 CT 引导下细针胰腺穿刺取材等。此外,对小肠病灶,除经小肠镜直视下取材外,还可经口导入活检器盲目钳取小肠黏

膜。手术标本的组织学检查也属此范畴。

2.脱落细胞检查 最好在内镜直视下,冲洗或拭刷胃肠道,尤其是食管和胃的管腔黏膜,收集脱落细胞进行检查,有利于肿瘤的发现。

(六)放射性核素检查 借助放射性核素的特性,可作脏器显像,其中肝脏显像使用最广,可对肝内占位性病变进行定位、定性和鉴别诊断,还可观察门体侧支循环的存在与否等。肝胆系统的动态显影,可评价肝功能,了解胆道通畅程度,对诊断急性胆囊炎和鉴别阻塞性黄疸有较大价值。亦可判断消化道有无活动性出血及出血灶的位置。此外,还可用于消化道运动功能的检查,如观察有否胃食管反流及胃排空功能异常等。

(七)磁共振显像(MRI)与CT比较 MRI不含放射线,其所显示的图像是反映组织的结构而不仅是密度的差异,故更清晰而层次感强,对占位性病变的定性诊断优于CT,常用于肝、胰腺、脾等实质性脏器疾病的诊断。磁共振胰胆管成像(MRCP)技术有助于胰胆管疾病的诊断。

(八)仿真内镜检查术(virtual endoscopy)采用螺旋CT或MRI容积数据为成像资料,经配有特殊软件的计算机系列处理后,得到类似于内镜检查所观察到的体内管腔的三维或动态影像。可发现全消化道内的溃疡、息肉、肿瘤及其浸润,甚至炎症性病变。这对内镜难以到达的小肠疾病的检查尤有价值。

(九)脏器功能试验 五肽促胃液素刺激胃液分析测定壁细胞的泌酸功能,对消化性溃疡、Zollinger-Ellison综合症的诊断与鉴别诊断有重要价值。D-木糖试验、脂肪平衡试验、维生素B₁₂吸收试验、氢呼吸试验等可测定小肠吸收功能。胰泌素刺激试验、Lundh试验、苯甲酰酪氨酸-对氨苯甲酸(BT-PABA)试验可测定胰腺外分泌功能。吲哚菁绿(ICG)清除试验可协助判定肝细胞受损程度。这些试验都可提供有关脏器疾病诊断和鉴别诊断的线索。

(十)胃肠及胆道运动功能检查 是诊断胃肠及胆道动力障碍性疾病的重要手段,临床上常作的有包括食管、胃、胆道、直肠等处的压力测定,食管和胃内pH测定或24小时持续监测,食管24小时持续胆汁监测、胃排空测定、胃电图检查、胃肠经过时间测定、胆囊排空检测等。

(十一)剖腹探查 对可疑重症器质性疾病而各项检查又不能肯定诊断者可考虑剖腹探查。

【消化系统疾病的防治原则】

要贯彻预防为主方针,注意饮食卫生,节制或戒除烟酒和避免辛辣等刺激性饮食。对于消化系统疾病应去除病因,消除诱因,积极治疗,防止并发症和后遗症,如对胃肠道感染的抗菌治疗、肿瘤的手术切除和化疗、肝性脑病的减少蛋白质摄入等。某些消化系统疾病的发生和发展常与精神因素有关,故应消除紧张心理,树立信心,配合治疗。有些消化系统疾病的发生可与其他系统的疾病有关,也可能对其他系统发生影响,应进行局部和整体相结合的治疗。对某些疾病,可给予中西医结合治疗。药物治疗是消化系统疾病治疗的重要组成部分,用药前必须了解各种药物的药理、适应证、用药时间、不良反应和禁忌证,并随病情变化和患者个体情况选用。要选择疗效高、经济、简便而不良反应少的药物,特别对需较长时间用药者。一些药物可引起或加重消化系统疾病,如糖皮质激素类及阿司匹林、吲哚美辛(消炎痛)等非甾体抗炎药可诱发和加重消化性溃疡,甚至造成消化道出血。异烟肼、双醋酚汀、氯丙嗪、甲睾酮(甲基睾丸素)等可引起肝损害,应予注意。有些对症治疗虽可减轻水肿症状,但亦可掩盖症状、延误诊断,如急腹症者应用强力镇痛药可能因腹痛暂时缓解而延误诊断和治疗导致病情恶化,甚至出现生命危险。对于急性疾病或病情危重者应积极给予支持治疗,如消化道

大量出血者需输血、补液等。借助器械的非开腹疗法是消化系统疾病治疗史的一次飞跃,以治疗消化道疾病为代表的内镜治疗技术近年发展迅速,且日趋成熟,如内镜下食管胃底静脉曲张的硬化治疗或套扎治疗、上消化道出血的内镜下止血、内镜下 Oddi 括约肌切开取石、腹腔镜下胆囊摘除、早期胃癌的内镜下切除、超声显像指引下注射乙醇治疗肝癌、介入疗法治疗肝癌和脾栓塞治疗门静脉高压,及经颈静脉肝内门体分流术(TIPS)治疗门静脉高压症。但对于某些不能内科治疗或疗效不佳的疾病必须尽早进行手术治疗。

(唐志锋)

第二章 食管疾病

第一节 胃食管反流病

胃食管反流病是指胃内容物,包括从十二指肠流入胃的胆盐和胰酶等反流入食管,分生理性和病理性两种。病理性反流是由于食管下括约肌的功能障碍和(或)与其功能有关的组织结构异常,以至食管括约肌压力低下而出现的反流,引起一系列临床症状和并发症。

一、流行病学

据有关资料报道,西方国家发病率较高,GERD 在成年人群中发病率可达 20%~30%,约有 7%的成人每日有 1 次反流。瑞士 2004 年一项电话调查发现,成人中反流疾病的患病率为 17.6%。2005 年我国 GERD 的发病率是 6.7%,从目前看,无论西方还是亚洲,本病的发病率呈上升趋势,且有年轻化趋向,部分患者得病后很容易忽视,不能得到及时治疗,使病情加重。本病已经成为一种常见病、多发病,严重影响着患者的健康和生活质量。

二、病因病机

(一)抗反流屏障功能低下

食管括约肌压力低下:食管括约肌压力降低是引起胃食管反流的主要原因。在生理情况下,当有吞咽动作时食管括约肌反射性松弛,压力下降,通过正常的食管蠕动推动食物进入胃内,然后又恢复到正常水平,并出现一个反应性的压力增高以防止食物反流;当胃内压和腹内压升高时,食管括约肌会发生反应性主动收缩使其压力超过增高的胃内压,起到抗反流作用。如因某种因素使这种正常的功能发生紊乱时即可引起胃内容物反流入食管。食管括约肌周围组织作用减弱如:缺少腹腔段食管,致使腹内压增高时不能传导腹内压至食管括约肌使之收缩达到抗反流的作用;小婴儿食管角(由食管和胃贲门形成的夹角、his 角)较大(正常为 30°~50°);横膈脚肌钳夹作用减弱;隔食管韧带和食管下端黏膜瓣解剖结构发生器质性或功能性病变时等,均可破坏其正常的抗反流功能。

(二)食管廓清能力降低

正常情况下,食管廓清能力是依靠食管的推动性蠕动、唾液的中和作用、食丸的重力和胃食管反流病检查单据食管黏膜下分泌的碳酸氢盐等多种因素发挥其对反流物的清除作用以缩短反流物和食管黏膜的接触时间;当食管蠕动振幅减弱、或消失、或出现病理性蠕动时,食管通过蠕动清除反流物的能力即下降,同时也延长了反流的有害物质在食管内的停留时间,增加了对黏膜的损伤。

(三)食管黏膜的屏障功能破坏

屏障作用是由黏液层、细胞内的缓冲液、细胞代谢及血液供应构成。反流物中的某些物质(主要是胃酸、胃蛋白酶、次为十二指肠反流入胃的胆盐和胰酶)使食管黏膜的屏障功能受损,黏膜抵抗力减弱,引起食管黏膜炎症。

(四)胃和十二指肠功能失常

①胃排空功能低下使胃内容物和压力增加,当胃内压增高超过食管括约肌压力时可诱

发食管括约肌开放;胃容量增加又导致胃扩张,致使贲门食管段缩短,使抗反流屏障功能降低。②十二指肠病变时,贲门括约肌关闭不全导致十二指肠胃反流。

三、临床表现

(一)呕吐

新生儿和婴幼儿以呕吐为主要表现。80%以上患儿生后第1周即出现呕吐,轻重程度不一,多数发生在进食后,有时在夜间或空腹时,严重各呈喷射状;呕吐物为胃内容物,有时含少量胆汁,也有表现为溢乳、反刍或吐泡沫。年长儿以反胃、反酸、嗝气等症状多见。

(二)反流性食管炎

1.烧灼感 见于有表达能力的年长儿,位于胸骨下端,饮用酸性饮料可使症状加重,服用抗酸剂症状减轻。

2.咽下疼痛 婴幼儿表现为喂食困难、烦躁、拒食,年长儿诉咽下疼痛,如并发食管狭窄则出现严重呕吐和持续性咽下困难。

3.呕血和便血 食管炎严重者可发生溃疡和糜烂,出现呕血或黑便症状。

(三)食管

即食管下端的鳞状上皮被增生的柱状上皮所替代。其主要合并症为食管溃疡、狭窄和腺癌。溃疡往往较深可发生食管气管痿。

(四)其他全身症状

1.吸入综合征 反流物直接或间接引发呼吸系统疾病,表现为反复呼吸道感染慢性呼吸疾病、难治性哮喘、反复发作的吸入性肺炎、早产儿呼吸暂停和窒息、婴儿猝死综合征等。

2.营养不良 见于80%左右的患儿,主要表现为体重不增和生长发育迟缓。

3.其他 如:声音嘶哑、中耳炎、鼻窦炎、反复性口腔溃疡、龋齿等。

部分患儿可出现精神、神经症状,①sandifer 综合征:是指病理性 ger 患儿呈现类似斜颈样的“公鸡头样”的姿势,同时伴有胃食管反流、杵状指、蛋白丢失性肠病及贫血;②婴儿哭吵综合征:表现为易激惹、夜惊、进食时哭闹等。

四、辅助检查

目前临床常用的辅助诊断方法包括内镜检查、食管 pH 监测、食管测压、食管 X 线检查及滴酸试验等。

(一)内镜检查

是诊断反流性食管炎最准确的方法,并能判断反流性食管炎的程度和有无并发症。结合活检病理学检查可与其他原因引起的食管炎和食管病变(如食管良、恶性肿瘤)进行鉴别。对出现吞咽困难、吞咽痛、呼吸困难、黑粪、体重减轻等或有肿瘤家族史者,应首选胃镜检查。

关于内镜下食管炎程度的判断,目前多采用洛杉矶分级法。

(二)食管 pH 监测

是判断有无酸反流的金标准,为有无食管内过度酸暴露提供客观证据。通过监测能够分析症状与酸反流的相关性。常用的观察指标有:pH<4 的总百分比、pH <4 的次数、持续 5 min 以上的反流次数以及最长反流时间等。应在进行该项检查前至少 3 d 停用抑酸剂、促动力剂和钙通道拮抗剂。

(三)食管 X 线检查

对 GERD 诊断的敏感性较低。

(四)食管滴酸试验

在滴酸过程中,出现胸骨后疼痛或烧灼感为试验阳性。

(五)食管测压

可测定食管括约肌压力、长度、松弛度、食管运动状态、食管体部压力及上食管括约肌功能等。

五、诊断

胃食管反流病临床表现复杂且缺乏特异性,仅凭临床症状难以区分生理性胃食管反流或病理性胃食管反流。目前,依靠任何一项辅助检查均很难确诊,必须采用综合诊断技术。凡临床发现不明原因反复呕吐、咽下困难、反复发作的慢性呼吸道感染、难治性哮喘、生长发育迟缓、营养不良、贫血、反复出现窒息、呼吸暂停等症状时都应考虑到胃食管反流存在的可能性,必须针对不同情况,选择必要的辅助检查,以明确诊断。

六、鉴别诊断

早期食管癌无典型症状时,需要与食管炎(尤其是反流性食管炎)、食管憩室和食管静脉曲张相鉴别。当出现咽下困难时,需要与食管良性肿瘤、贲门失弛症相鉴别。

(一)反流性食管炎

(二)食管胃底静脉曲张

1.概述 系门静脉系的胃冠状静脉和腔静脉系的食管静脉、肋间静脉、奇静脉等相沟通,经常出现在门静脉系统阻力增加和门静脉血流增多产生门静脉高压时,是肝硬化的常见并发症。

2.临床表现 多数有肝病史,常有脾大、腹水。上腹部饱胀不适,恶心、呕吐,还可以有呕血症状。

3.诊断 食管吞钡 X 线检查可见虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损,纵行黏膜皱襞增宽,胃底静脉曲张时可见菊花样充盈缺损。

(三)食管憩室

1.概述 食管壁的一层或全层局限性膨出,形成与食管腔相通的囊袋,称为食管憩室。可分为,①牵引型:大多发生在气管分叉附近,多因该处淋巴结炎症或淋巴结结核感染后与附近的食管壁发生粘连及瘢痕收缩所致。因系食管全层向外牵拉,故称真性憩室。②膨出型:则多因食管内外有压力差,食管黏膜经肌层的薄弱点或疝出而成,多发生于咽部和膈上 5~10 cm 处。因只有黏膜膨出,故称假性憩室。

2.临床表现 早期常无症状。若发生炎症水肿时,可有咽下哽噎感或胸骨后、背部疼痛感。当憩室增大,可在吞咽时有咕噜声。若憩室内有食物潴留,可引起颈部压迫感。淤积的食物分解腐败后可发生恶臭味,并致黏膜炎症水肿,引起咽下困难或食物反流。

体检有时颈部可扪到质软肿块,压迫时有咕噜声。巨大憩室可压迫喉返神经而出现声音嘶哑。如反流食物吸入肺内,可并发肺部感染。

3.诊断 主要依靠食管吞钡 X 线检查,可显示憩室囊、憩室颈的部位、大小、连接部位,及其位置方向。有时应做食管镜检查排除癌变。

(四)贲门失弛缓症

1.概述 贲门失弛缓症是指吞咽时食管体部无蠕动,贲门括约肌松弛不良。多见于 20~50 岁,女性稍多。病因至今未明。

2.临床表现 主要症状是咽下困难、胸骨后沉重感或阻塞感,病程较长,症状时轻时重,发作常与精神因素有关。热食较冷食易于通过,有时咽固体食物因可形成一定压力,反而可以通过。初为间歇发作,随着疾病进展,以后呈持续性进食困难。食管扩大明显时,可容纳大量液体及食物。在夜间可发生气管误吸,并发肺炎。

3.诊断 食管吞钡造影的典型特征是食管蠕动消失,食管下端及贲门部呈漏斗状或鸟嘴状,边缘整齐光滑,上端食管明显扩张,可有液面,钡剂不能通过贲门。吸入亚硝酸异戊酯或口服、舌下含服硝酸异山梨酯 5~10 mg 可以使贲门弛缓,受阻钡剂通过。纤维食管镜检查亦可以确诊,并可以排除癌肿。

(五)食管良性肿瘤

1.概述 食管良性肿瘤较少见,按组织发生来源可分为,①腔内型包括息肉及乳头状瘤;②黏膜下型有血管瘤及颗粒细胞成肌细胞瘤;③壁内型肿瘤发生于食管肌层,最常见的是食管平滑肌瘤,约占食管良性肿瘤的 3/4。

2.症状和体征 主要取决于肿瘤的解剖部位和体积大小,较大的肿瘤可以不同程度地堵塞食管腔,出现咽下困难、呕吐和消瘦等症状;部分患者可以有吸入性肺炎、胸骨后压迫感或疼痛感;血管瘤患者可发生出血。

3.诊断 不论有无症状,均需经 X 线检查和内镜检查,发病最多的食管平滑肌瘤因发生于肌层,故黏膜完整。肿瘤大小不一,呈椭圆形、生姜形或螺旋形。食管 X 线吞钡检查可出现“半月状”压迹。食管镜检查可见肿瘤表面黏膜光滑、正常。这时,切勿进行食管黏膜活检致使黏膜破坏。

七、治疗

(一)一般治疗

生活方式的改变应作为治疗的基本措施。抬高床头 15~20 cm 是简单而有效的方法,这样可在睡眠时利用重力作用加强酸清除能力,减少夜间反流。脂肪、巧克力、茶、咖啡等食物会降低食管括约肌压力,宜适当控制。烟草、酒精可削弱食管酸廓清能力,降低食管括约肌压力,削弱食管上皮的保护功能,故 GERD 患者应戒烟戒酒。避免睡前 3 h 饱食,同样可以减少夜间反流。25%的患者经改变上述生活习惯后症状可获改善。

(二)药物治疗

如果通过改变生活方式不能改善反流症状者,应开始系统的药物治疗。治疗目的为减少反流,缓解症状,降低反流物质对黏膜损害,增强食管黏膜抗反流防御功能,达到治愈食管炎,防止复发,预防和治疗重要并发症的作用。

1.H₂受体阻滞剂 H₂受体阻滞剂(H₂RAS)是目前临床治疗 GERD 的主要药物。此类药物与组胺竞争胃壁细胞上 H₂受体并与之结合,抑制组胺刺激壁细胞的泌酸作用,减少胃酸分泌,从而降低反流液对食管黏膜的损害作用,缓解症状及促进损伤食管黏膜的愈合。

目前有四种 H₂受体阻滞剂在临床上广泛应用,即西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁及尼扎替丁。IT-006 是目前正在研究中的受体阻滞剂,其和受体结合力较雷尼替丁、法莫替丁强,对泌酸的抑制作用也较强。

2. 质子泵抑制剂 在胃壁细胞的管池及分泌小管的细胞膜上分布着氢-钾三磷酸腺苷酶(ATPase),该酶是介导胃酸分泌的最终途径,能将细胞外的 K⁺泵入细胞内,而将 H⁺泵出细胞外,H⁺与 Cl⁻结合形成胃酸。质子泵抑制剂(PPI)通过非竞争性不可逆的对抗作用,抑制胃壁