

✚ 中西医结合临床实践丛书

消化内科中西医结合 诊·疗·手·册

黄贵华 陈国忠 主编

XIAOHUANEIKE
ZHONGXIYI JIEHE
ZHENLIAO
SHOUCE



化学工业出版社

+) 中西医结合临床实践丛书

消化内科中西医结合 诊·疗·手·册

黄贵华、陈国忠 主编

XIAOHUANEIKE
ZHONGXIYI JIEHE
ZHENLIAO
SHOUCE



化学工业出版社

·北京·

本书详细介绍了消化内科各种疾病的临床表现、辅助检查、诊断与鉴别诊断、西医治疗、中医治疗和医嘱等内容；在治疗部分将治疗处方、治疗方案、药物信息、辨证论治、方剂组成及用法等实用内容单独列出，并做重点介绍，同时按照典型病例列出了常规医嘱以供读者参考。本书适合消化内科医师及中西医结合专业、中医专业、西医专业等相关专业医师及基层医师参考阅读。

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科中西医结合诊疗手册/黄贵华, 陈国忠主编. —北京: 化学工业出版社, 2014.10
(中西医结合临床实践丛书)
ISBN 978-7-122-21742-4

I. ①消… II. ①黄…②陈… III. ①消化系统疾病-中西医结合-诊疗-手册 IV. ①R57-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 204342 号

责任编辑: 赵兰江
责任校对: 边涛

文字编辑: 何芳
装帧设计: 史利平

出版发行: 化学工业出版社
(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)
印 装: 北京云浩印刷有限责任公司
787mm×1092mm 1/32 印张 12½ 字数 275 千字
2015 年 1 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询: 010-64518888 (传真: 010-64519686)
售后服务: 010-64518899
网 址: <http://www.cip.com.cn>
凡购买本书, 如有缺损质量问题, 本社销售中心负责调换。

定 价: 38.00 元

版权所有 违者必究

《中西医结合临床实践丛书》编委会

主 任	唐 农	卢健棋		
副主任	黄贵华	李敏智	覃裕旺	岳桂华
	吴西西	桂雄斌	谢 胜	钟远鸣
委 员	(按姓氏笔画排序)			
	王力宁	王庆高	卢杰夫	卢健棋
	古 联	史 伟	石 玮	刘 泰
	刘春红	纪云西	许光兰	许建文
	朱智德	米 琨	但晓霞	何新兵
	吴 林	吴西西	吴金玉	张 华
	张玉梅	张家立	张晓春	李 娇
	李双蕾	李伟伟	李春姍	李桂贤
	李雪梅	李善霞	李智斐	李敏智
	陈 平	陈 炜	陈国忠	陈逸恒
	周卫惠	林华胜	林寒梅	罗纳新
	岳桂华	胡跃强	赵 伟	钟 建
	钟云青	钟远鸣	桂雄斌	唐 农
	唐爱华	黄 巍	黄仁发	黄贵华
	黄晓燕	曾 平	覃裕旺	覃耀真
	谢 胜	谢丽萍	潘利忠	潘朝铎

前言

随着社会和科技的发展，人们生活工作环境不断变化，消化系统疾病的诊断和治疗手段也在不停地进步和发展。为了适应临床研究迅速发展的形势以及临床上中西医结合的发展趋势，更加全面展现临床上消化系统疾病的中西医诊疗进展，我们特意编著此书，给广大消化内科医务人员和进修生、医学研究生、本科生提供临床参考。

医学的发展没有止境，本书的编著主要立足临床，既继承中西医的经典诊疗路径，又广泛参考国内外对消化系统疾病的相关论文和诊疗专著，博采中西医学之特色，海纳中外医家临床诊疗之精髓，吸取前人、今人临床之经验。全书分六章，涵盖常见消化系统疾病，每种疾病主要从概述诊断要点、鉴别诊断、中西医治疗方法和医嘱示例几部分详细叙述，为临床提供详尽的诊断治疗方案和实用的医嘱参考，让广大读者能从中获益，得到启发，更好适应临床工作。

为了让本书能为广大医务人员和医学生们深入学习消化系统疾病提供重要参考，参与编著本书的编者们和很多热心的协作人员投入了大量心血，他们凭着为读者负责的态度，严谨认真、不辞辛劳地完成了本书的编写，在此诚挚向他们致敬并表示深深的感谢。

当然，由于时间匆忙，书中一定还存在某些缺陷和不足，恳请读者阅读本书后提供宝贵意见，希望通过我们共同努力，不断充实和完善这本手册，为广大医务人员和医学生们提供更大帮助。

黄贵华 陈国忠

2014年6月

目录

第一章 食管疾病

1

- | | | |
|-----|------------|----|
| 第一节 | 胃食管反流病 | 1 |
| 第二节 | Barrett 食管 | 17 |
| 第三节 | 食管癌 | 24 |

第二章 胃肠疾病

35

- | | | |
|-----|-----------|-----|
| 第一节 | 胃炎 | 35 |
| 一、 | 急性胃炎 | 35 |
| 二、 | 慢性胃炎 | 45 |
| 第二节 | 消化性溃疡 | 54 |
| 第三节 | 胃癌 | 75 |
| 第四节 | 消化道出血 | 95 |
| 第五节 | 嗜酸粒细胞性胃肠炎 | 107 |
| 第六节 | 炎症性肠病 | 117 |
| 一、 | 溃疡性结肠炎 | 117 |
| 二、 | 克罗恩病 | 133 |
| 第七节 | 缺血性肠病 | 147 |
| 第八节 | 肠梗阻 | 158 |
| 第九节 | 大肠癌 | 174 |

第三章 功能性胃肠病

184

- 第一节 功能性消化不良 184
- 第二节 功能性便秘 198
- 第三节 肠易激综合征 211

第四章 肝脏疾病

236

- 第一节 慢性乙型病毒性肝炎 236
- 第二节 非酒精性脂肪肝 259
- 第三节 酒精性肝病 273
- 第四节 肝硬化 282
- 第五节 肝性脑病 300
- 第六节 肝癌 316

第五章 胆系疾病

333

- 第一节 胆囊炎 333
- 第二节 胆石症 341

第六章 胰腺疾病

350

- 第一节 急性胰腺炎 350
- 第二节 慢性胰腺炎 366
- 第三节 胰腺癌 375

参考文献

383

第一章 食管疾病

第一节 胃食管反流病

●【概述】

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是由胃内容物反流引起不适症状和 (或) 并发症的一种疾病。研究表明, 每周 2 天或以上的轻度症状以及超过每周 1 天的中重度症状被称为不适症状。中医文献一般将胃食管反流病归属于吐酸、吞酸、嘈杂、反胃、胃痞、梅核气、食管瘕等范畴。

●【诊断要点】

1. 临床表现

烧心、反流 (含酸味称反酸) 是典型 GERD 的特征性症状, 发生率 48%~91%。其他少见或不典型症状包括以下一种或多种, 如上腹痛、胸痛、暖气、腹胀、上腹不适、咽部异物感、吞咽痛、吞咽困难等, 胸骨后疼痛可酷似心绞痛, 称为非心源性胸痛。此外还有可能出现食管外症状, 如反流至肺部则可引起慢性咳嗽、哮喘发作, 如反流至咽部和耳道, 可引起慢性中耳炎等症状。既往有类似发作史, 食管裂孔疝, 胃肠炎, 胃十二指肠溃疡, 胃轻瘫, 高脂血症, 胃排空功能障碍等病史。

(1) 反流症状 反流系指胃内容物向咽部或口腔方向流

动的感觉，无需腹肌、膈肌的收缩。反流物可以是胃酸、胆汁或食物。反流症状中反酸较常见，饱餐后更易诱发，典型情况多发生在餐后 1h。

(2) 食管刺激症状 烧心、胸痛、吞咽疼痛。烧心系指胸骨后烧灼感。胸痛是胸骨后或心窝部隐痛，严重者可剧烈刺痛，称为反流胸痛综合征。反流导致的食管黏膜破损可引起吞咽疼痛，严重的食管痉挛可引起吞咽困难等。严重反流和（或）反复发作可引起糜烂性食管炎，少数可发展成食管狭窄、Barrett 食管（胃食管连接处近端的鳞状上皮被化生的胃柱状上皮或肠柱状上皮所替代）、上消化道出血和食管腺癌等。

(3) 食管外刺激症状 最常见的是瘰疬球症，咽部异物感，发生率为 27%。其他的有嗝气、慢性咳嗽、支气管哮喘、咽喉炎、口腔溃疡、蛀牙，夜间反流物吸入气道引起呛咳、气喘、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等。

(4) 重叠症状 GERD 患者常有重叠症状的表现，如 GERD 与功能性消化不良症状的重叠，尤其是非糜烂性反流病和功能性消化不良，GERD 与肠易激综合征便秘型及腹泻型重叠。

(5) 体征 胃食管反流病患者一般无明显阳性体征，有的病例仅于压胸骨时感到胸骨后隐痛，或剑突下轻度压痛。

2. 诊断要点

(1) 根据 GERD 症状群作出诊断 在临床上，如患者①有典型的烧心和反流症状，又无幽门梗阻或消化道梗阻证据，临床上可考虑是 GERD。②有食管外症状，又有反流症状，可考虑是反流相关或可能相关的食管外症状，例如反流相关的咳嗽、反流相关的哮喘。③仅有食管外症状，而无典

型的烧心和反流症状，尚不能诊断 GERD。宜进一步了解食管外症状发生的时间、与进餐和体位的关系以及其他诱因。需注意有无重叠症状（如同时有 GERD 和肠易激综合征或功能性消化不良）、焦虑抑郁状态以及睡眠障碍等。

(2) 上消化内镜检查 有助于确定有无反流性食管炎及有无合并症和并发症，如食管裂孔疝、食管炎性狭窄、食管癌等。

(3) 诊断性治疗 对于拟诊患者或疑有反流相关食管外症状的患者，尤其是消化内镜检查阴性时，可采用质子泵抑制剂（PPI）诊断性治疗，服药后如症状明显改善则支持酸相关 GERD 的诊断。

(4) 胃食管反流证据的检查 24h 食管 pH 或胆汁监测，上消化道 X 线钡餐检查，放射性核素检查。

(5) 其他 下食管括约肌测压、滴酸试验等有助于疾病的诊断与评估。

由于 GERD 患者临床表现多样，除典型的反流症状外，常伴有食管外症状，所以 GERD 的诊断应以患者临床反流症状为基础，结合胃镜、PPI 诊断性治疗、24h 食管 pH 测定等综合考虑。

3. 分型

GERD 可分为非糜烂性反流病（non-erosive reflux diseases, NERD）、反流性食管炎（reflux esophagitis, RE；或称糜烂性食管炎，erosive esophagitis, EE）和 Barrett 食管（Barrett esophagus, BE）等 3 种类型，有的学者认为 GERD 的各个类型相对独立，相互不转化或很少转化。但有的学者则认为此三者之间可能有一定的相关性。NERD 是指存在反流相关的不适症状，但内镜下未见 BE 和食管损

害，RE 是指内镜下可见食管远端破损，BE 系指食管远端的鳞状上皮被柱状上皮所取代，分为短段 ($<3\text{cm}$) 和长段 ($\geq 3\text{cm}$)，国外学者提出应有肠上皮化生存在。

4. 分级

反流性食管炎的内镜分级（洛杉矶分级法）：正常，食管黏膜没有破损。A 级，一个或一个以上食管黏膜破损，长径小于 0.5cm 。B 级，一个或一个以上黏膜破损，长径大于 0.5cm ，但没有融合性病变。C 级，黏膜破损有融合，范围小于食管周径的 75% 。D 级，黏膜破损且有融合，范围大于食管周径的 75% 。

5. 辅助检查和实验室检查

(1) 上消化道内镜检查 对于拟诊患者一般先进行内镜检查，特别是症状频、程度重，伴有报警征象或有肿瘤家族史者。先行内镜检查比先行诊断性治疗能够有效地缩短诊断时间。

(2) 诊断性检查 质子泵抑制剂诊断性治疗（PPI 试验）已经被证实是行之有效的方法。建议用标准剂量的 PPI（如奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑以及埃索美拉唑等），疗程 $1\sim 2$ 周。如服药后症状明显改善，则支持与酸相关的 GERD；如服药后症状改善不明显，可能有酸以外的因素参与或不支持诊断。PPI 试验不仅有助于诊断 GERD，同时还启动了治疗。PPI 试验阴性有以下几种可能：①抑酸不充分；②存在酸以外因素诱发的症状；③不是反流引起的。本试验的优点是方便、可行、无创、灵敏度高，缺点是特异性较低。

(3) 胃食管反流证据的检查

① 24h 食管 pH 监测：24h 食管 pH 监测的意义在于证

实反流的存在与否，24h 食管 pH 监测能详细显示酸反流、昼夜酸反流规律、酸反流和症状的关系及对治疗的反应，使治疗个体化。一般在内镜检查和 PPI 试验之后，仍不能确定是否有反流存在时应用。

② 食管胆汁反流测定：部分 GERD 患者有非酸性反流物质因素的参与，特别是与胆汁反流相关。可通过检测胆红素来反映胆汁反流存在与否和其程度。但多数十二指肠内容物的反流与胃内容物的反流同时存在，并在抑酸后症状有所缓解，因此胆汁反流检测的应用有一定局限性。

③ 放射性核素检查：胃食管反流检查能定量显示胃内核素标记的液体反流，在胃食管交界处（EGJ）屏障低下时较易出现阳性，但阳性率不高，应用不普遍。

④ 上消化道 X 线钡餐检查：传统的食管钡餐检查将胃食管影像学 and 动力结合起来，可显示有无黏膜病变、狭窄及食管裂孔疝等，并显示有无钡剂的胃食管反流，因而对诊断有互补作用，但灵敏度较低。

(4) 食管测压 食管测压不直接反映胃食管反流，但能反映胃食管交界处的屏障功能。在 GERD 患者的诊断中，除帮助食管 pH 电极定位，术前评估食管功能和预测手术外，也能预测对抗反流治疗的疗效和是否需要长期维持治疗。因而，食管测压能帮助评估患者食管功能，尤其是对治疗困难者。

(5) 其他 下食管括约肌测压、滴酸试验等有助于疾病的诊断与评估；无线食管 pH 测定可以提供更长时间的酸反流检测；腔内阻抗技术应用可监测出所有的反流事件，明确反流物的性质（气体、液体或气体液体混合物），与食管 pH 监测联合应用可以明确反流物为酸性或非酸性，明确反

流物与反流症状的关系。

●【鉴别诊断】

(1) 食管癌 临床表现与 GERD 相似，其主要区别在于：①食管癌的发病年龄常在 50 岁以上；②食管癌呈进行性吞咽困难，多数患者可以明确指出病变部位；③食管癌的食物反流物呈非酸性，来自食管反流，含黏液或呈血性，甚至可见坏死脱落组织块；④食管癌晚期会出现全身消耗及转移、扩散等临床表现；⑤可辅助 X 线、内镜检查及病理以确诊。

(2) 消化性溃疡 临床多见反复阵发性的上腹痛、腹胀、嗝气、泛酸，与本病的鉴别点在于：①消化性溃疡呈反复发作的慢性疾病；②呈周期性发作，多于冬春和秋冬季发病；③消化性溃疡症状呈节律性发作，胃溃疡呈餐后中上腹痛，十二指肠溃疡呈空腹痛、夜间痛；④可于内镜下见溃疡部，上消化道造影下可见“龛影”样病变，可与 GERD 鉴别。

(3) 功能性烧心 当患者合并功能性消化不良、睡眠障碍、焦虑、抑郁状态等症状时，需考虑与功能性烧心相鉴别。根据罗马 III 标准，患者的烧心症状持续至少 6 个月，而且近 3 个月需满足以下标准：①内镜下无食管黏膜损伤；②24h 食管 pH 监测显示食管酸反流阴性；③症状指数为阴性；④PPI 诊断性治疗为阴性。即没有由反流引起的症状，则诊断为功能性烧心。

(4) 心源性心痛 心脏与食管的感觉神经纤维在体表的投射部位定位相互重叠，故两者的疼痛性质较相似，其鉴别点主要在于：①既往史不同，心源性心痛患者有冠心病病

史，GERD 患者有反酸、烧心病史；②心源性心痛发作时，会随之活动加剧，持续时间在 3~5min 或疼痛剧烈而持续不解，而 GERD 的胸痛和姿势有关，平躺会加剧，立位时减轻，进食或服抑酸药后症状减轻或缓解；③心源性心痛患者可有典型的心电图改变。

●【治疗方法】

（一）西医治疗

GERD 的治疗目标是：缓解症状，治愈食管炎，提高生活质量，防止复发，预防并发症。

1. 一般治疗

一般治疗原则：改善生活方式是 GERD 的基础治疗，包括抬高床头，睡前 3h 不再进食，避免高脂肪和刺激性食物（如巧克力、薄荷、咖啡、洋葱、大蒜等），戒绝烟酒，减肥。体重指数增高是危险因素，减轻体重可减少反流症状。根据病情进行标本结合，采用综合性和个体化的治疗原则。

2. 药物治疗

GERD 常规药物治疗包括抑酸药、促动力药、黏膜保护药等，抑制胃酸分泌是目前临床上治疗 GERD 的主要措施，如 H_2 受体拮抗剂（ H_2RA ）和质子泵抑制剂（PPI）等。

（1）抑制胃酸类药 在选用抑酸治疗 GERD 的方案上，临床可采取初始治疗和维持治疗两个阶段，维持治疗是巩固疗效、预防复发的重要措施。目前维持治疗包括原剂量维持或减量维持、间歇治疗和按需治疗。

① 初始治疗： H_2RA 类药物仅适用于治疗轻中度 GERD，对 GERD 的食管炎愈合率 60%~70%，烧心症状缓解率 50%。长期疗效不佳。PPI 抑酸能力强，是治疗 GERD 的最常用药，GERD 的食管炎应为首选，4 周、8 周愈合率分别为 80%、90%。标准剂量口服 8 周，无效剂量加倍或更换新一代的 PPI（如雷贝拉唑、埃索美拉唑等）。NERD 的治疗首选 PPI，疗程未定，一般不少于 8 周。

② 经验治疗：具有典型烧心、反酸，无报警症状可给予经验性治疗，即 PPI 标准剂量（如奥美拉唑 20mg、兰索拉唑 30mg、泮托拉唑 40mg、雷贝拉唑 10mg 以及埃索美拉唑 20mg），每日 2 次，1~2 周。GERD 患者服药 3~7 天症状可缓解（80%）。如对 40 岁以上，出现体重减轻、出血、吞咽困难等报警症状，则应首先进行内镜检查，以明确诊断。

③ 维持治疗：维持治疗是巩固疗效、预防复发的重要措施，治疗应个体化，用最小剂量达到长期治愈的目的。由于 GERD 是一种慢性疾病，停药后 0.5 年的食管炎与症状复发率分别为 80% 和 90%，故初始治疗后通常需采用维持治疗，目前维持治疗的方法有 3 种。a. 原剂量或减量维持：维持原剂量或减量应用 PPI，每日 1 次。b. 间歇用药：PPI 原剂量，隔日 1 次，如反复应增至足量。c. 按需治疗：PPI 原剂量，仅用于出现症状，缓解后即停药。采用哪一种维持治疗方法，主要由医师根据患者症状及食管炎分级来选择药物与剂量，通常严重的反流性食管炎（LA C~D 级）需足量维持治疗，NERD 可采用按需治疗。

抑酸药的分类如下。

① H_2RA 类： H_2RA 仅适用于轻到中度 GERD 的治疗，这类药物具有较强的抑制组胺、五肽胃泌素以及在一定

程度上抑制因食物刺激所引起的胃酸分泌作用。H₂RA 能使 24h 酸分泌降低 50%~70%，因此目前各种 H₂RA 均可不同程度地缓解 GERD 症状。通过降低食管酸暴露，H₂RA 也能促使受损黏膜愈合。但 H₂RA 抑酸作用不强，尤其不能抑制进食对泌酸的刺激，不能抑制餐后反流，因而对 GERD 的疗效有限，且长期使用会产生耐药性。大多研究认为，H₂RA 对轻度 GERD 有效，而对重度食管炎尤其并发狭窄和溃疡者疗效甚微，加大剂量可增加食管炎愈合率。此类药物的疗程一般为 6~8 周，症状缓解不理想者应全剂量持续 12 周。根据有关的研究发现，治疗 6~12 周大约有 50% 患者的反流症状得到缓解，内镜检查 31%~88% 的患者病变程度有所改善。见表 1-1。

表 1-1 H₂RA

药品名称	处方剂量	非处方剂量
西咪替丁	400mg po bid	200mg po bid
雷尼替丁	150~300mg po bid	75~150mg po bid
法莫替丁	20~40mg po bid	10~20mg po bid
尼扎替丁	150mg po bid	75mg po bid

西咪替丁在体内分布较广，药理作用复杂，不良反应较多，西咪替丁与雄激素受体结合而引起男性乳房发育症和阳痿；可通过血脑屏障，偶可致精神障碍；与肝细胞内的 P450 细胞色素氧化酶结合，影响一些药物如华法林、利多卡因、氨茶碱等药物在肝内分解代谢及导致药物性肝炎等。

雷尼替丁的化学结构含有咪唑环，作用时间较西咪替丁长，强度为西咪替丁的 4~5 倍，对肝、肾以及神经系统的损害较少；对肝脏细胞色素 P450 酶的亲和较小，很少产生

药物之间的相互作用。睡前服用雷尼替丁可使夜间酸突破发生率明显降低。

法莫替丁是第三代 H_2RA ，是各种 H_2RA 中抑酸作用最强、用量最小、副作用最少的药物。

② PPI 类：又称 H^+-K^+-ATP 酶抑制剂，可以特异性和非竞争性地作用于胃酸分泌的终末环节——胃壁细胞上的 H^+-K^+-ATP 酶，抑制胃酸分泌的最后步骤，因而比其他抗酸药的抑酸作用都强，是 GERD 治疗中最常用药物。PPI 适用于需要快速缓解症状的患者；产生了严重的反流食管炎；伴有食管狭窄等。对于 Barrett 食管伴有糜烂性食管炎及反流症状者，建议采用大剂量 PPI 治疗，并提倡长期维持治疗。

虽然 PPI 类药物对普遍人群均安全，抑酸作用强，较少产生严重副作用，耐受性较好，但若长期大剂量使用此药，仍应警惕其可能导致的不良反应的风险性。

a. 肿瘤、重度银屑病和类风湿关节炎等正在使用大剂量甲氨蝶呤的患者需慎用 PPI。对正在服用 PPI 的患者，静脉注射甲氨蝶呤（尤其是大剂量甲氨蝶呤）可能导致血清甲氨蝶呤血清水平增高和清除减慢，导致甲氨蝶呤毒性的发生，甲酰四氢叶酸是其有效的解毒剂。

b. 使用 PPI 3 个月以上会有低镁血症的风险，但绝大多数都是在使用 1 年后发生的。低镁血症的严重表现主要有疲劳、手足搐搦、谵妄、惊厥、头晕及室性心律失常。在多数患者中，低镁血症在增加镁摄入和停用 PPI 后得到好转。对于需要长期治疗的患者，特别是那些同时服用地高辛或其他可能导致低镁血症药物（如利尿药）的患者，医务人员应当考虑在开始 PPI 治疗前进行血镁浓度测定，并在治疗期