

专家解读健康丛书



消化道 出血

咨询

XIAO HUA DAO
CHU XUE ZIXUN

主编 潘勤聪



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

主 編：潘明華

上海交通大学出版社

内 容 提 要

本书以科普读物的形式介绍消化道出血的一般知识,较详细地介绍了引起消化道出血的常见疾病的病因、临床表现、检查和治疗。本书内容新颖、系统、详细、实用,适合于广大群众,尤其是胃肠、肝胆胰疾病患者阅读,对临床医师也有一定的参考价值。

图书在版编目(CIP)数据

消化道出血咨询/潘勤聪主编. —上海:上海交通大学出版社, 2012
(专家解读健康丛书)

ISBN 978-7-313-08723-2

I. ①消... II. ①潘... III. ①消化系统疾病—出血性疾病—防治
IV. ①R573.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 149546 号

消化道出血咨询

潘勤聪 主编

上海交通大学出版社出版发行

(上海市番禺路 951 号 邮政编码 200030)

电话: 64071208 出版人: 韩建民

上海出版印刷有限公司印刷 全国新华书店经销

开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 4.625 字数: 99 千字

2012 年 7 月第 1 版 2012 年 7 月第 1 次印刷

印数: 1~4300

ISBN 978-7-313-08723-2/R 定价: 18.00 元

版权所有 侵权必究

告读者: 如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话: 56517029

前 言

编 委 会

主 编：潘勤聪

编写人员：包剑浩 冯 洁 刘秀平

沈 强 陈凤媛 胡世红

徐 林 袁胜忠 蔡勋全

潘勤聪

(以姓氏笔画为序)

前 言

消化道出血是临床常见的症状。根据出血的部位可分为上消化道出血和下消化道出血，上消化道出血系指屈氏韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠或胆、胰等病变引起的出血，胃空肠吻合术后的空肠病变引起的出血也属这一范围；屈氏韧带以下的肠道出血称为下消化道出血。根据出血量通常可分为大量出血（指发生急性循环衰竭、需输血纠正者，一般出血量在 1 000 mL 以上或血容量减少 20% 以上）、显性出血（表现为呕血或黑便，不伴循环衰竭）和隐性出血（粪隐血试验阳性）。一旦出现消化道出血，表明体内肯定存在器质性病变。消化道出血可因消化道本身的炎症、机械损伤、血管病变和肿瘤等因素引起，也可因邻近器官的病变和全身性疾病累及消化道所致。

急性上消化道出血来势凶猛，甚至可危及患者的生命，故应及时就医、积极抢救。而那些慢性隐性出血和显性出血患者，因临床症状较“轻微”往往未及时就诊，等到症状明显时，部分病人已是肿瘤晚期，失去了最好的治疗时机，严重影响病人的生活质量。

撰写本书目的是提高大家对消化道出血的认识，选择合理的检查并针对引起消化道出血的疾病进行治疗。在消化道出血的诊断中，胃镜、肠镜检查的地位日趋重要，这对及早发现肿瘤至关重要；在消化道出血的治疗中，它们也发挥着极其重要的作用。

本书在编写过程中得到何家扬教授的大力支持和帮助,在此表示衷心的感谢。

本书如有不妥和错误之处,请广大读者批评指正。

复旦大学附属上海市第五人民医院消化内科
(上海市医学重点专科)

潘勤聪

2012年6月

目 录

消化道出血的基础知识与基本理论

上消化道的器官组成.....	1
食管的位置和分部.....	1
食管的 3 个生理性狭窄.....	2
食管壁的结构.....	3
食管的功能.....	3
胃的位置.....	3
胃的形态和分部.....	4
胃壁的结构.....	5
胃的生理功能.....	6
十二指肠的位置与功能.....	7
十二指肠的分部.....	7
十二指肠与胰腺.....	9
胃黏膜的屏障结构.....	9
上消化道周围的器官.....	10
上消化道出血的概念.....	10
引起上消化道出血的病因.....	11
下消化道出血的概念.....	11
下消化道的器官组成.....	12



下消化道出血的常见疾病.....	12
下消化道出血的临床表现.....	12
上消化道出血的分类.....	13
上消化道出血时粪便颜色的变化	13
观察粪便颜色时应注意的问题.....	14
上消化道出血时粪便呈暗红色的原因	14
出现黑便的原因不只是上消化道出血	15
上、下消化道出血的鉴别.....	15
上消化道出血时可以出现呕血.....	16
呕吐物的色泽与出血量和血液停留时间有关	16
胃黏膜屏障的攻击因子.....	17
胃黏膜屏障损伤的基本机制.....	17
幽门螺杆菌的发现.....	18
幽门螺杆菌的致病机制.....	19
非类固醇抗炎药物在临床的应用	20
非类固醇抗炎药物的分类.....	21
非类固醇抗炎药物致胃黏膜损伤的机制	22
乙醇(酒精)对胃黏膜的损伤机制.....	23
上消化道出血的临床知识	
食管癌的发病因素.....	24
早期食管癌的症状.....	24
晚期食管癌的症状.....	25
食管癌的早期诊断.....	26
X 线钡餐造影在食管癌诊断中的应用.....	27

食管脱落细胞检查在食管癌诊断中的应用	27
内镜检查在食管癌诊断中的应用	28
食管内镜超声检查在食管癌诊断中的应用	29
反流性食管炎的概念	29
反流性食管炎的临床表现	29
反流性食管炎患者应注意的问题	30
食管胃底静脉曲张的概念	32
肝硬化的病因	32
食管胃底静脉曲张出血的特点	34
食管胃底静脉曲张的分级	35
食管胃底静脉曲张出血的诊断	35
食管胃底静脉曲张出血与肝静脉压力梯度的关系	35
食管胃底静脉曲张出血的一级预防	36
食管胃底静脉曲张出血的二级预防	37
食管贲门黏膜撕裂综合征的概念	38
食管贲门黏膜撕裂综合征的诊治	38
消化性溃疡的概念	39
引起消化性溃疡的发病机制	39
幽门螺杆菌引起消化性溃疡的发病机制	40
消化性溃疡的临床表现	41
消化性溃疡疼痛的特点	41
特殊类型的消化性溃疡	42
消化性溃疡的转归	43
消化性溃疡的治疗原则	44



消化性溃疡的治疗时间.....	44
抗酸药在消化性溃疡治疗中的作用	45
抑酸药在消化性溃疡治疗中的作用	45
胃黏膜保护剂在消化性溃疡治疗中的应用	46
幽门螺杆菌的根治方案.....	46
胃黏膜脱垂症的概念.....	47
应激性溃疡的概念.....	47
引起应激性溃疡的常见原因.....	48
应激性溃疡的临床表现.....	48
应激性溃疡与一般消化性溃疡的异同	48
应激性溃疡出血的治疗.....	48
胃恒径动脉破裂出血的概念.....	49
胃恒径动脉破裂出血的特点.....	49
胃癌的发病因素.....	50
幽门螺杆菌与胃癌.....	52
早期胃癌的概念.....	53
早期胃癌的临床表现.....	53
尽早发现早期胃癌的方法.....	54
早期胃癌的常用检查方法.....	56
色素内镜在早期胃癌检查中的应用	57
放大内镜在早期胃癌检查中的应用	58
窄带成像技术在早期胃癌检查中的应用	58
共聚焦显微内镜在早期胃癌检查中的应用	58
超声内镜在早期胃癌检查中的应用	59

自发荧光内镜在早期胃癌检查中的应用	59
早期胃癌的手术治疗	59
胃癌的预防	60
胃癌常见的胃外表现	61
胃黏膜相关淋巴瘤	62
胃黏膜相关淋巴瘤与幽门螺杆菌的关系	62
胃黏膜相关淋巴瘤的临床表现	63
X线钡餐在胃黏膜相关淋巴瘤中的应用	63
内镜检查在胃黏膜相关淋巴瘤中的应用	63
胃黏膜相关淋巴瘤的临床病理分期	64
胃黏膜相关淋巴瘤的治疗	64
十二指肠肿瘤的类型	65
原发性十二指肠肿瘤的临床表现	65
原发性十二指肠肿瘤的诊断方法	66
十二指肠憩室的概念	66
十二指肠憩室的临床表现	67
十二指肠憩室的诊断	67
十二指肠憩室的治疗	68
胆道出血的概念	68
胆道出血的病因	69
胆道出血的临床表现	70
胆道出血的预防	70
上消化道出血的检查	
胃镜的发展历史与临床应用	71

胃镜在我国的应用.....	72
胃镜检查的意义.....	72
需要进行胃镜检查的人群.....	73
年轻人的胃病也需要做胃镜检查.....	74
呼气试验与胃镜检查.....	75
上消化道出血患者胃镜检查的时机.....	75
胃镜检查在上消化道出血诊治中的价值.....	76
胃镜检查不会加重出血.....	76
胃镜检查的合并症.....	77
胃镜复查的指征.....	77
胃镜检查并不痛苦.....	78
无痛胃镜简介.....	79
胃镜检查前的注意事项.....	79
X线钡餐检查不能替代胃镜检查.....	79
胃镜检查后的注意事项.....	80
上消化道钡餐检查的时机.....	80
上消化道钡餐检查的诊断价值.....	80
选择性动脉造影检查的时机.....	81
选择性动脉造影检查的临床意义.....	81
放射性核素扫描的意义.....	81
上腹部B超检查的意义.....	82
上腹部B超检查诊断门静脉高压的价值.....	82
胃肠道CT检查的指征.....	83
胃肠道CT仿真内镜简介.....	83

胃肠道 CT 仿真内镜在胃部疾病诊断中的应用	83
呕吐物和粪便检查	84
血常规检查	84
肾功能检查	85
肝功能检查	85
幽门螺杆菌检查	86
上消化道出血各种检查的适应证	86
上消化道出血各种检查的最佳时机	86
上消化道出血的治疗	
上消化道出血的基础病治疗	88
上消化道出血的一般治疗	88
上消化道大量出血时血容量的补充	88
止血药物在上消化道出血中的应用	89
抑酸药在上消化道出血中的应用	89
抗生素在上消化道出血中的应用	90
生长抑素及其衍生物在上消化道出血中的应用	90
内镜在上消化道出血中的治疗作用	90
血管介入技术在上消化道出血中的应用	91
上消化道出血的手术治疗	92
三腔二囊管的构造及其作用	94
经颈静脉肝内门体静脉分流术	94
上消化道出血停止后的治疗	95
上消化道出血治疗的注意事项	95



下消化道出血的临床知识

直肠与肛管疾病.....	96
结肠疾病.....	101
小肠疾病.....	106
全身性疾病.....	111
急性传染病和感染性疾病.....	114
下消化道出血的检查.....	119
结肠镜检查.....	119
血管造影检查.....	121
放射性核素检查.....	123
小肠镜检查.....	124
胶囊内镜的临床应用.....	125
CT 检查.....	126
X 线钡剂造影检查.....	128
腹腔镜检查.....	128
下消化道出血的治疗.....	128

消化道出血是临床常见的症状。根据出血的部位，可将其分为上消化道出血和下消化道出血。上消化道出血系指曲氏(Treitz)韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠或胆、胰等病变引起的出血；曲氏韧带以下的消化道，包括空肠、回肠、结肠和直肠的出血称为下消化道出血。

消化道出血的基础知识与基本理论

上消化道的器官组成

为了描述方便，临床上以曲氏(Treitz)韧带作为消化道的分界，其以上称为上消化道，其以下称为下消化道。上消化道包括食管、胃、十二指肠，它们呈管腔样结构，管壁从内面向外依次为黏膜、黏膜下层、固有肌层和浆膜层。

食管的位置和分部

食管是消化管中最狭窄的部分，为一前后扁平的肌性器官。食管上端在第 6 颈椎体下缘平面与咽相续，下端约在第 11 胸椎体水平与胃的贲门相连接，全长约 25 cm。食管经颈部和胸部，穿过膈的食管裂孔进入腹腔，故可分为颈、胸、腹 3 段。颈段介于第 6 颈椎体下缘与胸骨颈静脉切迹平面水平，长约 5 cm，其前方借结缔组织与气管后壁相贴；胸段最长，介于胸骨颈静脉切迹平面与膈的食管裂孔之间，长 18~20 cm；腹段最短，由食管裂孔至胃贲门，

其前方与肝左叶相邻，长 1~2 cm(图 1)。

食管的 3 个生理性狭窄

食管全长除沿脊柱的颈、胸曲相应形成前后方向上的弯曲之外，在左右方向上亦有轻度弯曲。食管有 3 个生理性狭窄：第一处狭窄为食管的起始处，相当于第 6 颈椎体下缘水平，距中切牙约 15 cm；第二处狭窄为食管在左主支气管的后方与其交叉处，相当于第 4、5 胸椎体之间水平，距中切牙约 25 cm；第三处狭窄为食管通过膈的食管裂孔处，相当于第 10 胸椎水平，距中切牙约 40 cm。3 个狭窄处是食管内异物容易滞留的部位，也是食管癌的好发部位(图 1)。

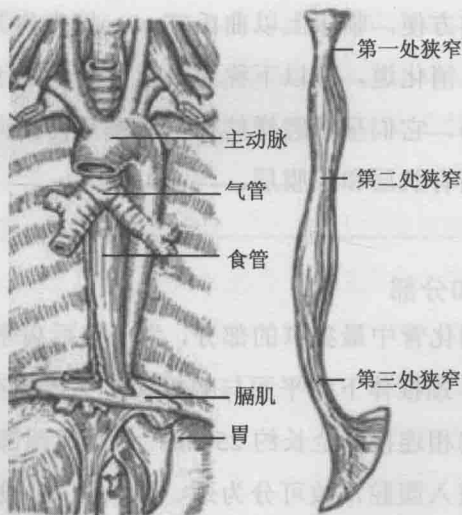


图 1 食管的位置与狭窄处

食管壁的结构

食管壁较厚，约 4 mm，具有消化管典型的 4 层结构。食管空虚时，前后壁贴近，断面呈扁圆形。食管黏膜形成纵行皱襞向管腔突出，其上段纵行黏膜皱襞的数目与形状变化较大；在中、下段，一般有 3~4 条纵行黏膜皱襞。正常食管黏膜湿润光滑，黏膜下血管隐约可见。黏膜下层中含有许多较大的血管、神经和淋巴管，另外还有大量的黏液腺。食管壁的肌层，在上 1/3 段为骨骼肌，下 1/3 段属平滑肌，中 1/3 段由骨骼肌和平滑肌混合组成。食管外膜由疏松结缔组织构成。

食管的功能

食管的功能是将食物从咽部运送到胃，这一功能是靠食管的蠕动来完成的。正常食管有两种蠕动运动。一种为原发性蠕动，一般由吞咽引起，它始于咽食管的连接处，沿食管向下移动；另一种为继发性蠕动，它始于食管上括约肌以下的食管本身而非咽食管连接处，因食物扩张食管而产生。因此只要食管内食物未被原发性蠕动完全排空，继发性蠕动便可连续发生，直到食物全部排入胃内。

胃的位置

胃大部分位于左季肋区，小部分位于腹上区。胃的前壁在右侧与肝左叶贴近，在左侧与膈相邻，为左肋弓所掩盖，介于肝左叶与左肋弓之间的胃前壁直接与腹前壁相贴。胃后壁与胰、横结肠、左