



临床诊疗精要系列丛书

LINCHUANG ZHENLIAO JINGYAO XILIE CONGSHU

消化科 诊疗精要

◎ 主编 谢佳平 马清珠 付 博



● XIAOHUAKE

● ZHENLIAO

● JINGYAO

XIAOHUAKE
ZHENLIAO JINGYAO



军事医学科学出版社

◇ 临床诊疗精要系列丛书 ◇

消化科诊疗精要

主 编 谢佳平 马清珠 付 博

副主编 许士明 曲爱君 张兴增
李桂英 荣秋华 谢宏文

编 委 (按姓氏笔画为序)

马清珠 付 博 曲爱君

许士明 张兴增 李桂英

荣秋华 赵立冬 赵景润

谢宏文 谢佳平

军事医学科学出版社

·北 京·

图书在版编目(CIP)数据

消化科诊疗精要/谢佳平,马清珠,付博主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2005

(临床诊疗精要系列丛书)

ISBN 7-80121-727-6

I.消 II.①谢… ②马… ③付… III.消化系统疾病-诊疗
IV.R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 119593 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418

传 真:(010)63801284

E-MAIL:<http://www.mmssp.cn>

印 装:华润印装厂

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:18.625

字 数:480 千字

版 次:2006 年 1 月第 1 版

印 次:2006 年 1 月第 1 次

定 价:32.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书分为四部分,首先阐述消化系统症状,再分述常见疾病和部分少见疾病的诊断、治疗,此部分强调了诊断与治疗注意事项,第三部分介绍了影像和内镜在消化疾病诊治中的应用,最后汇集十项消化疾病诊疗共识、常用诊疗技术规范、常用药物和常用消化医学网站。本书便于消化专业及相关影像专业医师在临床工作中速查使用。

前 言

消化内科是内科的基础专业,涉及食管、胃、小肠、大肠、肝脏、胆囊及胰腺等多个脏器,疾病种类繁多,除肿瘤、感染、遗传病、自体免疫病外,还有较多的胃肠功能性疾病。病人多,占内科门诊就诊人次的 $1/3 \sim 1/2$,其专业著作和文献也浩如瀚海。我们编写此书,旨在满足初级消化专业医师和基层医师的临床基本需要。为方便使用,故从症状学起始,较为详细地分析了产生症状的病因,指出诊断思路及鉴别诊断。概括介绍各种疾病的病因,突出其诊断、治疗的重点。影像和内镜是消化内科不可或缺的诊疗手段,本书重点介绍各种疾病的影像特点及内镜表现,以及如何选择内镜进行诊疗。针对肝病的实验室检查、胰腺及小肠的功能测定做了详细介绍。同时将近几年来消化专业达成的疾病共识和诊疗指南汇编在一起,以方便读者查阅。在附录中,我们列举部分国内外主要的医学及消化专业网站,希望有助于读者利用互联网进行文献的查询。

因水平所限,编写时间仓促,必有纰漏,敬请同道批评指正。

编 者

2005 年 7 月

目 录

第一部分 消化系统疾病症状学

第一章	吞咽困难	(1)
第二章	胃灼热	(8)
第三章	恶心与呕吐	(11)
第四章	食欲不振	(16)
第五章	腹胀	(19)
第六章	腹痛	(32)
第七章	腹泻	(39)
第八章	便秘	(50)
第九章	呕血	(54)
第十章	便血	(58)
第十一章	黄疸	(66)
第十二章	腹部包块	(87)

第二部分 常见疾病的诊断与治疗

第一章	胃食管反流病	(91)
第二章	反流性食管炎	(94)
第三章	Barrett 食管	(98)
第四章	念珠菌性食管炎	(101)
第五章	腐蚀性食管炎	(103)
第六章	贲门失弛缓症	(105)
第七章	食管贲门黏膜撕裂综合征	(107)
第八章	食管裂孔疝	(109)
第九章	化脓性食管炎	(112)
第十章	Plummer - Vinson 综合征	(113)

第十一章	食管自发性破裂	(115)
第十二章	急性胃炎	(117)
第十三章	急性化脓性胃炎	(120)
第十四章	急性应激性溃疡	(122)
第十五章	慢性胃炎	(124)
第十六章	胃黏膜脱垂症	(127)
第十七章	胃石	(129)
第十八章	消化性溃疡	(131)
第十九章	原发性十二指肠炎	(143)
第二十章	卓-艾综合征	(144)
第二十一章	功能性消化不良	(146)
第二十二章	肠易激综合征	(149)
第二十三章	慢性肝炎	(151)
第二十四章	肝硬化	(164)
第二十五章	原发性胆汁性肝硬化	(169)
第二十六章	原发性硬化性胆管炎	(171)
第二十七章	肝性脑病	(173)
第二十八章	特发性门脉高压症	(175)
第二十九章	Budd - Chiari 综合征	(177)
第三十章	门脉高压性胃病	(179)
第三十一章	细菌性肝脓肿	(181)
第三十二章	化脓性门静脉炎	(184)
第三十三章	阿米巴肝脓肿	(186)
第三十四章	胆管蛔虫病	(188)
第三十五章	胆总管囊肿	(190)
第三十六章	胆总管结石	(191)
第三十七章	胆囊切除术后综合征	(193)
第三十八章	急性胆囊炎	(195)
第三十九章	急性化脓性胆管炎	(198)

第四十章	胆管出血	(201)
第四十一章	急性胰腺炎	(203)
第四十二章	慢性胰腺炎	(207)
第四十三章	自身免疫相关胰腺炎	(211)
第四十四章	溃疡性结肠炎	(214)
第四十五章	克罗恩病	(218)
第四十六章	假膜性肠炎	(221)
第四十七章	急性肠系膜上动脉栓塞	(223)
第四十八章	肠系膜静脉血栓形成	(225)
第四十九章	缺血性结肠炎	(227)
第五十章	缺血性肝病	(229)
第五十一章	胃肠道类癌及类癌综合征	(231)
第五十二章	胃肠道间质瘤	(234)
第五十三章	消化道结核病	(237)
第五十四章	食管癌	(246)
第五十五章	胃癌	(250)
第五十六章	原发性肝癌	(255)
第五十七章	胆管癌	(258)
第五十八章	胆囊癌	(260)
第五十九章	壶腹部癌	(262)
第六十章	大肠癌	(264)
第六十一章	胃淋巴瘤	(269)

第三部分 消化系统影像与内镜

第一章	影像学技术	(271)
第二章	消化内镜	(358)
第三章	肝病的实验室检查及处理	(449)

第四部分 消化系统疾病诊疗共识

第一章 反流性食管病/反流性食管炎诊断及治疗方案 (试行)	(464)
第二章 我国消化不良的诊治流程	(468)
第三章 全国慢性胃炎研讨会共识意见	(471)
第四章 幽门螺杆菌共识意见(2003·安徽桐城)	(478)
第五章 易激综合征诊治共识意见	(484)
第六章 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议	(489)
第七章 急性胰腺炎诊治指南(讨论稿)	(501)
第八章 慢性胰腺炎诊治指南	(509)
第九章 慢性便秘的诊治指南	(515)
第十章 中国丙型肝炎防治指南	(521)

FX

附录部分

附录一、常用诊疗技术	(538)
一、鼻饲法	(538)
二、洗胃	(539)
三、胃肠减压	(540)
四、食管测压术	(541)
五、食管 pH 值监测	(543)
六、酸灌注试验	(544)
七、三腔两囊管压迫止血术	(546)
八、食管静脉曲张硬化疗法	(547)
九、胃镜下经皮胃造瘘术	(549)
十、胃泌酸功能试验	(550)
十一、胃泌素激发试验	(552)
十二、生理盐水负荷试验	(555)

十三、十二指肠引流术	(556)
十四、经皮肝穿刺胆管造影	(558)
十五、经皮经肝穿刺胆管置管引流	(560)
十六、腹腔穿刺术	(562)
十七、小肠功能诊断试验	(564)
十八、胰腺外分泌功能试验	(567)
附录二、消化系统疾病常用药物	(571)
附录三、常用消化医学网站	(584)

第一部分 消化系统疾病症状学

第一章 吞咽困难

吞咽困难(dysphagia)是指在咽下食物或饮水时,感觉不顺畅、有费力、发噎或梗阻感。发生的原因可能是功能性的,也可能是器质性的。可能因局部病变所致,也可能是由全身病变引起。在发生吞咽困难的患者,即使病情不重,也应尽可能找到其发病的原因,尤其是老年人。

【病因及发病机制】

吞咽是一系列复杂的、协调的动作。需要多组肌肉、神经参与完成。支配吞咽动作的冲动传入神经是来自软腭的三叉神经、咽后壁的舌咽神经及会厌的迷走神经。支配吞咽肌肉运动的传出神经有三叉神经、舌咽神经及舌下神经。吞咽反射的中枢位于延髓内。当上述神经功能发生障碍时,吞咽动作就会出现障碍。

食管病变是消化疾病出现吞咽困难的主要原因。食管肌肉的上 1/4 为横纹肌,中 1/4 为横纹肌及平滑肌,下 1/2 为平滑肌构成。在食管的下端的环形肌肉稍厚,为食管胃括约肌,也称食管下括约肌(LES)。食管的蠕动为食管肌肉向一个方向逐段舒张与收缩交替进行而形成的蠕动波,将食物团向前推进。

引起吞咽困难的病因较多,可分为以下几大类。

1. 口咽吞咽困难 炎症、感染,疱疹性口炎,念珠菌性口炎,咽炎,扁桃体周围脓肿、摄入腐蚀性、腮腺炎、环状软骨后网状组织病变、Zenker 憩室、食道中段肿瘤、头颈部肿瘤、异物、颈部骨赘、甲状腺肿大、颈部淋巴结肿大、脑血管意外、迟发性运动障碍和肌张力障碍、强直综合征、运动神经元疾病(如肌萎缩性侧索硬化)、多发性硬化、狂犬病、糖尿病性神经病变、铅中毒、重症肌无力、肉毒中毒。

2. 食管性吞咽困难 炎症、感染、反流性食管炎、胆汁反流性食管炎、放射性食管炎、药物导致的食管炎、食管损伤、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒、特发性人类免疫缺陷病毒性溃疡、食管念珠菌病、食管 Crohn 病、嗜酸性食管炎、食管狭窄、食管癌、贲门癌、食管良性肿瘤、食管蹼、食管环(如 Schatzki 环)食管中段憩室、膈上憩室、食管周围癌、纵隔淋巴瘤、纵隔结核、右房扩大、心包积液、主动脉扩张(主动脉性吞咽困难)、异常右锁骨下动脉(食管受压性吞咽困难)。

3. 动力性疾病 胡桃夹样食管、高张力性的下食管括约肌、弥漫性食管痉挛、硬皮病和其他结缔组织病、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能低下。

4. 精神疾病 如癔症、神经官能症等。

【诊断要点及注意事项】

1. 病史

- (1)起病的缓急、病程的长短。
- (2)与饮食、情绪、精神因素有无关系。
- (3)是进行性、持续性还是间歇性。
- (4)有无反酸、胃灼热感及食物反流。
- (5)有无吞咽痛。
- (6)有无呃逆、呛咳、发音困难。
- (7)有无肌痛、肌无力。

(8)有无饮酒嗜好、吞服强酸或强碱的病史。

(9)有无系统性疾病,如糖尿病,甲状腺疾病等。

2. 体格检查 除做全面的体检外,应注意以下几点。

(1)锁骨上淋巴结是否肿大。

(2)营养及精神状态。

(3)有无皮肤硬化。

(4)口腔、舌、咽部有无溃疡、炎症表现。

(5)扁桃体是否肿大,有无分泌物、脓点。

(6)是否有张口困难及口干。

(7)口腔、舌、咽部有无肿物。

(8)舌有无肥大、萎缩,活动情况有无肌震颤。

(9)吞咽动作是否正常,有无味觉障碍。

(10)心界是否扩大。

3. 辅助检查 根据病情可选择做下述检查。

(1)血、尿、粪便常规及粪隐血检查。

(2)血钾、钠、氯、尿素氮、二氧化碳结合力等。

(3)X线片可以发现颈部骨赘及纵隔扩大,颈部有无软组织阴影。

(4)X线钡餐造影检查可判定病变的部位及确定大部分食管疾病的性质,同时可以观察食管运动及食管下括约肌的活动情况。

(5)间接喉镜检查咽喉有无炎症、脓肿,是否有肿大的淋巴组织或肿瘤。

(6)内镜检查应用最广,而且对确诊的帮助很大,结合活组织检查,对食管病变的性质可以明确。

(7)24小时食管pH监测及测压,对动力性疾病有较好的诊断意义。

(8)食管脱落细胞检查,以食管拉网的方法做食管脱落细胞检查,对诊断早期食管癌是一个简便而易行的方法,可用于大量普查工作。

【鉴别诊断】

吞咽困难可由多系统、多部位疾病引起,由于其病因及发生梗阻的部位不同,临床表现有较大差异。

1. 根据病史鉴别机械性梗阻和运动性疾病 见表 1-1-1。

表 1-1-1 机械性梗阻和运动性疾病的鉴别

病史	机械性梗阻	运动性疾病
产生过程	进行性加重且产生迅速	进展缓慢且有反复发作史
摄入固体和液体的不同	液体容易吞咽,固体困难	吞咽固体和液体同样困难
情绪、寒冷对吞咽的影响	无明显影响	导致症状出现或加重
吞咽固体时的表现	不能咽下或咽下后呕出	反复吞咽或饮水以及头肩后倾可以咽下

2. 根据伴随症状可进行病因分析

(1) 癌性梗阻多发生于中老年人,病程短,全身情况差,特别是由吞咽固体食物困难到半流质食物困难,首先应想到食管癌。

(2) 良性梗阻多发生于青壮年,营养状态好,症状时轻时重,病程长,与情绪有关。

(3) 伴有吞咽时咽部疼痛,见于急性扁桃体炎、白喉、扁桃体周围脓肿、咽后壁脓肿、急性咽炎、口腔炎、口腔溃疡;吞咽时发生胸骨后疼痛,多见于食管炎、食管溃疡、食管异物、食管癌晚期、纵隔炎等。

(4) 吃固体及液体食物均发生困难,多见于神经及肌肉功能障碍。

(5) 伴有呃逆,病变的部位多在食管下端,如膈疝、贲门失弛缓症及贲门癌。

(6) 伴有反流时,根据反流物的性质,可初步了解引起吞咽困

难的病因。反流物为血性黏液见于晚期食管癌。若反流物为未经消化有臭味的腐败食物,见于食管巨大憩室。反流物为几小时前或几天前咽下去食物,不呈酸性,同时有黏液及唾液见于贲门失弛缓症。

(7)吞咽困难的特点,为进食过程中吞咽困难逐渐加重,多见于重症肌无力。

(8)吞咽困难伴有食物经鼻孔流出、声音嘶哑提示支配吞咽活动的神经、肌肉发生病变。

3. 不同部位发生吞咽困难的常见疾病

(1)食管性疾病

①反流性食管炎:由于酸性的胃内容物或十二指肠液,如胆汁、胰液,对食管黏膜产生刺激,时间久后则发生反流性食管炎,出现胃灼热、胸骨后疼痛。初期由于炎症的刺激作用而发生局限性食管痉挛,可发生间歇性吞咽困难。若持续久已形成瘢痕,发生良性食管狭窄,可出现持久性吞咽困难。

②真菌性食管炎:主要临床表现为吞咽痛及吞咽困难,见于年老体弱、长期应用广谱抗生素或免疫抑制药物之后发生。

③腐蚀性食管炎:由于吞服强酸、强碱、甲酚皂溶液(来苏儿)等,破坏食管黏膜而引起。重者可引起食管黏膜坏死、糜烂、溃疡,2~3周后,纤维组织形成,纤维组织收缩导致食管狭窄,引起吞咽困难。

④食管黏膜物理性损伤:见于吞咽粗糙食物或异物,导致食管上段黏膜划伤,出现吞咽疼痛、呕血等症状。

⑤Zenker憩室:位于食管上括约肌上方的憩室,憩室囊向后突出。当其充满食物时,可压迫食管而发生吞咽困难。患者常在咽下食物后又迅速反回到口腔。

⑥贲门失弛缓症:食管神经肌肉运动失调,食管下括约肌呈失弛缓状态,食管的蠕动消失,食管呈明显扩张,食物潴留。其临床表现主要为吞咽困难、食物反流及胸骨后不适,较少发生疼痛。早

期咽下困难呈间歇性或时轻时重,有时突然缓解,晚期则呈持续性,并发生食管疼痛。反流亦较严重。反流量大,为已发酵的食物、黏液和唾液。

⑦食管肿瘤:包括良性肿瘤如食管平滑肌瘤、脂肪瘤、神经纤维瘤、血管瘤、食管息肉等,以及恶性肿瘤,如食管癌、食管肉瘤,其临床表现主要为胸骨后疼痛及进行性吞咽困难,胃镜结合组织病理学检查可以明确诊断。

⑧弥漫性食管痉挛:原因不明的食管神经肌肉运动失调。在吞咽时,食管的下端 1/3 处缺乏正常蠕动,表现为强烈的非共济痉挛性收缩。其主要的临床表现为发作性胸骨后疼痛和咽下困难。呈发作性,多与饮食有关。咽下困难常呈间歇性出现。

⑨食管蹼:食管蹼为在食管腔内有一层薄的蹼状隔膜,可发生于食管的任何一段。有先天性、后天性。后天性常见于缺铁性贫血及咽下困难,又称 Plummer - Vinson 综合征。其发生的原因可能因缺铁引起食管黏膜的萎缩性改变,继而导致颈部食管蹼的发生。

⑩食管环:为在食管下段的鳞状上皮与胃贲门部的柱状上皮连接处的一个环状黏膜隔膜。在吃固体食物时,可发生间歇性吞咽困难。

⑪食管异物:食管异物可以发生在食管的任何部位,最易发生在食管的三个生理狭窄处,几乎均有轻重不一的吞咽困难,伴有咽下疼痛。

⑫外压性食管狭窄:纵隔肿瘤、大量心包积液、左室肥大、甲状腺肿大等压迫食管狭窄出现吞咽困难。

(2)全身性疾病的食管表现

①系统性硬皮症:又称进行性系统性硬化症,为一种自身免疫性疾病,慢性病程,进行性发展。除累及皮肤、滑膜外,内脏亦可受累。食管受累见于 50% 以上的患者。患者食管下端 1/2 ~ 2/3 的平滑肌变性、萎缩及纤维化,可导致食管狭窄而出现吞咽困难,胸骨后胀满感,并可有胃灼热、恶心、呕吐。

②皮炎肌炎:表现为皮炎和肌炎改变的一种结缔组织病。仅有肌炎而无皮炎者,称为多发性肌炎,主要病变侵犯横纹肌和皮肤。食管肌肉也可受累而发生咽下困难。可有反流性食管炎、食管糜烂和溃疡。

③重症肌无力:自身免疫性疾病,因自身产生抗乙酰胆碱抗体所致。由于咀嚼肌、咽喉肌、舌肌无力,出现咀嚼及吞咽困难、饮水呛咳。吞咽困难随着进食的时间延长而逐渐加重,有特征性。首发症状多为眼肌无力或瘫痪,如上睑下垂、眼球活动受限而发生复视。

④淀粉样变:较为少见,为一种均匀无结构的淀粉蛋白沉积在皮肤及胃肠道,淀粉样蛋白是一种球蛋白和粘多糖复合物,因其有类似淀粉反应,故而得名。淀粉样蛋白沉着于食管后,使食管的张力减低、蠕动消失、管壁僵硬。临床出现吞咽困难。

⑤干燥综合征:为自身免疫性疾病,由于涎腺受累,涎液分泌减少,胃肠道腺体分泌亦减少,导致吞咽固体食物时发生困难。

⑥Plummer - Vinson 综合征:是一种缺铁性贫血及维生素 B 缺乏,导致颈段食管痉挛致吞咽困难,多见于 40 岁以上女性,补充铁剂和维生素 B 可缓解症状。

⑦全身性感染及中毒:破伤风、狂犬病累及中枢神经系统,表现为全身肌肉痉挛而出现吞咽困难;肉毒杆菌、土的宁中毒因影响神经系统而导致吞咽困难。

(3)支配完成吞咽动作骨骼肌的神经病变

①由真性或假性延髓性麻痹引起者:出现舌肌、软腭、咽肌麻痹,除吞咽困难外,可有咀嚼无力、饮水呛咳,并有水自鼻孔流出,发音障碍。

②由舌下神经麻痹引起者:舌运动障碍,并发生咀嚼及构音障碍。食团移送困难。

③由面神经麻痹引起者:当两侧面神经麻痹时,食物积存在口腔的两侧颊部不利于吞咽,因涎液分泌亦减少,出现吞咽困难,常伴有味觉障碍。

(谢佳平 付 博)