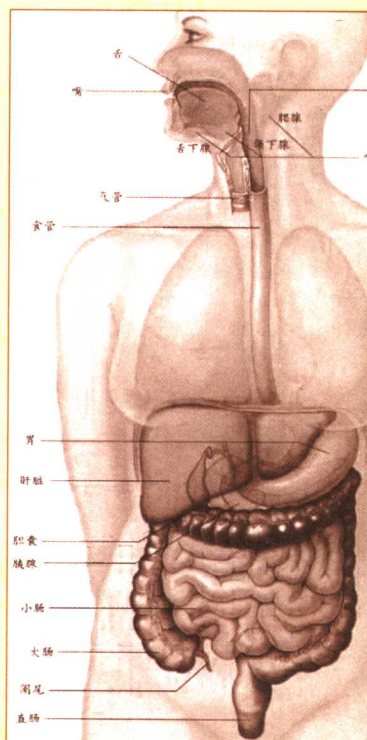


消化不良诊治手册

柯美云 主编



科学出版社

www.sciencep.com

消化不良诊治手册

柯美云 主 编

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书主要介绍消化不良的定义、临床表现及分型、诊断及处理。对功能性消化不良的病理生理及心理因素的作用进行详细介绍。内容通俗易懂、实用性强。不仅适合消化内科及全科医生阅读,也适合相关人员参考。

图书在版编目(CIP)数据

消化不良诊治手册/柯美云主编. —北京:科学出版社, 2004.4

ISBN 7-03-012892-3

I. 消… II. 柯… III. 消化不良-诊疗-手册 IV. R57-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 008412 号

责任编辑:张德亮 吴茵杰 / 责任校对:柏连海

责任印制:刘士平 / 封面设计:卢秋红

版权所有,违者必究,未经本社许可,数字图书馆不得使用。

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双 青 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2004 年 4 月 第 一 版 开本:787×960 1/32

2004 年 4 月 第 一 次 印 刷 印张:3 5/8

印数:1-8 000 字数:94 000

定价:15.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

目 录

第一章 消化不良总论	(1)
一、消化不良和功能性消化不良的概念	(1)
二、和功能性消化不良不同的病症	(2)
三、FD 分型	(3)
四、FD 和其他疾病的重叠	(4)
五、小结	(4)
第二章 消化不良的流行病学	(7)
一、人群中的患病率与发病率	(7)
二、消化不良及功能性消化不良的危险因素	(9)
三、功能性消化不良患者的就医模式	(10)
四、预后	(10)
五、小结	(11)
第三章 和消化不良有关的消化系统疾病	(15)
一、消化性溃疡	(16)
二、胃癌	(17)
三、胆道疾病	(19)
四、慢性胰腺炎和胰腺癌	(20)
五、反流性食管炎	(22)
六、其他：反流性胃炎	(24)
七、小结	(25)
第四章 和消化不良有关的消化道以外疾病	(28)
一、系统性红斑狼疮	(28)
二、硬皮病	(28)
三、干燥综合征	(29)
四、慢性肾功能衰竭	(30)
五、充血性心力衰竭	(30)

六、甲状腺功能亢进症	(31)
七、甲状腺功能减退症	(31)
八、甲状旁腺功能亢进症	(32)
九、原发性肾上腺皮质功能减退	(32)
十、糖尿病	(33)
十一、小结	(33)
第五章 功能性消化不良的病理生理	(36)
一、功能性消化不良与胃肠动力功能障碍	(36)
二、功能性消化不良与内脏感觉异常	(47)
三、功能性消化不良与精神心理障碍	(50)
四、小结	(53)
第六章 心理因素在功能性消化不良中的影响...	(58)
一、功能性消化不良的心理因素	(58)
二、应激和胃肠道动力	(59)
三、改变的内脏感知和主观评价过程	(61)
四、社会心理因素和情感抑郁的作用	(61)
五、虐待和功能性消化不良	(62)
六、消化不良和就医	(62)
七、小结	(63)
第七章 消化不良诊治流程	(67)
一、概述	(67)
二、国际消化不良的诊治流程	(67)
三、消化不良的诊治流程	(68)
四、常用的诊断检查	(72)
五、胃功能和动力障碍检查	(73)
六、小结	(73)
第八章 消化不良患者的处理	(76)
一、初诊消化不良患者的处理	(76)
二、复发性消化不良患者的处理	(78)
三、治疗无效	(78)
四、顽固性消化不良	(79)

五、预后	(79)
六、小结	(79)
第九章 功能性消化不良的药物治疗(1)	(82)
一、安慰剂	(83)
二、抗酸剂	(83)
三、抑酸剂	(85)
四、胃黏膜保护剂	(89)
第十章 功能性消化不良的药物治疗(2)	(91)
五、促动力剂	(91)
六、内脏解痉、止痛药	(92)
七、抗恶心药	(93)
八、抗幽门螺杆菌(<i>Hp</i>)治疗	(94)
第十一章 功能性消化不良的药物治疗(3)	(96)
九、抗抑郁药	(96)
十、二甲硅油	(100)
十一、中医中药	(100)
十二、小结	(101)
第十二章 功能性消化不良的心理治疗	(103)
一、一般心理治疗	(103)
二、特殊心理治疗	(104)
三、小结	(108)

第一章

消化不良总论

一、消化不良和功能性消化不良的概念

1968年,Rhind提出^[1],消化不良是指餐后上腹部不适、饱胀、腹胀、暖气或松开腰带可减轻症状,常有吐酸和反胃等。以后许多学者相继提出有关消化不良的概念,历经几十年的研究和讨论,目前人们对消化不良已有一定的共识。

流行病学的资料表明,消化不良非常常见^[2~7],可由多种病因所致,包括胃器质性疾病如胃癌、十二指肠溃疡合并幽门梗阻等,胃动力障碍及与其相关疾病如糖尿病胃轻瘫,以及药物副作用引起的消化不良。但在消化不良的病例中,相当部分的病例未能发现病因。20世纪90年代将其归类于功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)。FD为临床上最常见的病症之一^[8~9]。

消化不良指上腹疼痛,或上腹部不适为主诉的一组症状。消化不良的不适是指位于上腹部的症状,如早饱、餐后饱胀、腹胀以及恶心甚或呕吐等。约有一半的患者因消化不良症状就诊,经过进一步检查包括胃镜检查也未能发现消化不良的病因时,则归结为功能性消化不良。需要强调的是,如果无可证实的结构或生化检查解释其症状时,应用功能性消化不良的术语更合适。即便有结构上病变如组织学上显示胃炎、十二指肠炎也不除外FD,因为这些异常和症状之间的关系尚未确定。目前对功能性消化不良定义为一组持续或反复发作的上腹痛或不适等

消化不良症状,经生化、内镜和影像检查排除了器质性疾病的临床症候群。1999年罗马Ⅱ的诊断标准目前为国际所共识和沿用^[10](表1-1)。

表 1-1 功能性消化不良罗马Ⅱ诊断标准

在过去的1年中至少有12周时间(不一定连续)具有:

1. 持续或反复消化不良症状(上腹痛或上腹不适)
2. 无器质性疾病证据或能解释症状的证据(包括胃镜检查)
3. 消化不良症状不因排便而减轻,与排便次数或粪便性状无关(即不是肠易激综合征)

文献上常常见到,非溃疡性消化不良(non-ulcer dyspepsia, NUD)和功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)两个术语。有时也有互换名称。NUD常常用于表示那些类似于溃疡病表现的患者,也有用于不一定是溃疡样型消化不良的情况。目前普遍趋向于用FD。FD需除外一组可能引起这些症状的器质性疾病,但不一定需要有肯定的症状标准或必须证实有功能的异常表现。

二、和功能性消化不良不同的病症

这里需要提出的是一些可能会和FD混淆但实际上是不同的病症,主要有吞气症(aerophagia)、功能性呕吐(functional vomiting)以及反刍综合征(rumination syndrome)^[10~11]。

吞气症是指反复吞气、打嗝(belching),可以连续多次打嗝,少者每日几十次,多者达每日几百次。实际上是吞气,因而引起胃扩张。此外,气体排入小肠也可以引起小肠和大肠扩张或积气。诊断主要依靠病史。此类患者的发作常和情绪有关。

功能性呕吐的特点是仅表现为恶心和呕吐,而进一步检查无器质性病因。

反刍综合征是指反复吞咽后,食物重新返出,再次咀嚼、吞咽。以上几类疾病不同于功能性消化不良,也不同于胃食管反流病(GERD)及胃轻瘫。

三、FD分型

根据 FD 不同的临床表现特征,目前将 FD 分为动力障碍样型消化不良、溃疡样型消化不良以及非特异型消化不良(表 1-2)^[10,12]。

表 1-2 功能性消化不良亚型的表现

动力障碍样型消化不良	主要的症状提示胃滞留样症状或上消化道动力功能障碍,包括早饱、餐后腹胀、恶心、上腹饱满等。进餐常加重症状。查体时上腹部并无扩张或隆起。而疼痛不是其突出症状
溃疡样型消化不良	突出的症状是上腹部疼痛,很像溃疡病的腹痛。可以点出疼痛部位,常在空腹时或在餐前出现,有时夜间痛醒。进食使症状减轻。症状可以呈周期性缓解和复发,可间隔数周至数月。发作时抗酸剂和抑酸剂治疗有效
非特异型消化不良	上胃肠道症状不符合以上两种情况时

动力障碍样型消化不良是指患者有早饱、恶心或呕吐、腹胀、饱满感以及餐后不适加重。溃疡样型消化不良是指上腹疼痛,餐后或抗酸剂可以减轻,空腹或饥饿时容易出现。此外,有上腹部症状但又不符合以上类型时则归类于非特异型消化不良。

功能性消化不良可以有反流症状。且 FD 可以和 GERD 并存,或有重叠现象。以往 FD 的分类中有反流样型一类^[13],即便是内镜检查下无糜烂性食管炎的表现,甚至无组织学证据,这些患者常常误诊为 FD,大约有 12%~40% 患者有酸反流的增加。因而,对反流症状为突出表现的患者,目前将其归类为反流病,除非经过检查无病理性酸或胆汁暴露过多的证据,否则不诊断为 FD。

FD 分类的主要目的是为了指导临床治疗,并且已广泛地应用于临床。只是其可行性尚未能确定。近来的工作也未能支持以症状作为指导治疗的作用。尚需得到设计科学的循证医学的支持。

在 FD 的分类上主要是根据症状的特征,未能考虑到症状的严重性。近来已报道设有安慰剂的研究表明,以突出的症状作为分类是可行的,如溃疡样型(上腹部疼痛)对抑酸剂疗效较好。因而在分类上,一方面应注意是否存在某一特异症状,同时应注意突出的症状程度,可能更为有用。事实上,患者就诊时首先报告的是最令人烦恼的症状,这也证明为什么针对症状的经验治疗多数会有效,即便仔细询问病史,患者可能还有一些症状存在。临床上,FD 表现有多个症状,各症状强度尚不一致。

四、FD 和其他疾病的重叠

各类胃肠功能疾病的重叠是功能性胃肠疾病的特征之一。2001 年亚太 12 个地区对初诊的胃肠功能疾病的调查资料表明,2/3 的病例至少有两组或两组以上的功能性疾病,可见功能性胃肠疾病的重叠现象非常多见。FD 也常和其他功能性疾病以及胃肠动力障碍间有重叠现象^[14],例如 FD 和反流病,FD 和功能性便秘,尤其是 FD 和肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)。IBS 是指疼痛和排便有关的一组症状^[15],并缺乏器质性疾病的证据,和 FD 类似,两者在门诊或在普通人群中很常见,常有重叠现象^[16]。虽然在发病机制上有共同的基础,但临床上分别为上消化道和下消化道的功能紊乱为主的表现,提示可能是独立存在的两个病。可能和各自的生理、病理生理以及所处的环境和接受的刺激不一等有关。

五、小结

消化不良表现为一组上腹部症状,在人群中相当常见。其病因有器质性和功能性。罗马 II 对功能性消化不良做出新的定

义,它不同于吞气症、功能性呕吐及反刍综合征,常和其他功能性胃肠病重叠。临床上根据主要症状将其分为溃疡样型、动力障碍样型及非特异型三个类型。

本手册将结合国内外对消化不良的研究,讨论消化不良的流行病学、和消化不良有关的消化系统与消化系统以外的疾病、功能性消化不良的病理生理、心理因素的作用、诊治流程以及处理和治疗等。

(柯美云)

参 考 文 献

- [1] Rhind JA, Waston L. Gall stone dyspepsia. *Br Med J*, 1968, 1:32
- [2] Holtmann G, Goebell H, Talley NJ. Dyspepsia in consulters and non-consulters prevalence, health-care seeking behaviour and risk factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1994, 6:917~924
- [3] Bytzer P, Talley NJ. Dyspepsia. *Ann Intern Med*, 2001, 134(Part 2):815~822
- [4] Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD et al. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology*, 1992, 102:1259~1268
- [5] 陈旻湖, 钟碧慧, 李初俊等. 广东城镇居民消化不良的流行病学调查. *中华内科杂志*, 1998, 37(5):312~314
- [6] 康信强, 刘之武, 谢蓓等. 天津市部分居民功能性消化不良的发病情况. *中华消化杂志*, 2002, 22(3):191~192
- [7] 王星, 张宽血, 罗金燕. 消化不良的病因构成. *基础医学和临床*, 2001, 21(增刊)79~80
- [8] Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J et al. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterol*, 1995, 30(6):519~523
- [9] Malfertheiner P. Current concepts in dyspepsia: a world perspective. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1999, 11(Suppl 1):S25~29
- [10] Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC et al. Functional gastroduodenal disorders. In: Grossman DA, Corazziari E, Talley NJ ed. *ROME II - The Functional Gastrointestinal Disorders. Second Edi-*

- tion. 2000. 299~350. Degnon Associates, McLean VA, USA
- [11] Clouse RE, Richter JE, Heading RC et al. Functional esophageal disorders. In: Grossman DA, Corazziari E, Talley NJ ed. ROME II -The Functional Gastrointestinal Disorders. Second Edition. 2000. 247~298. Degnon Associates, McLean VA, USA
- [12] 易粹琼. 功能性消化不良. 见:周吕,柯美云主编. 胃肠动力学. 北京:科学出版社, 1999. 653~664
- [13] Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD et al. Dyspepsia and dyspepsia subgroup : a population based study. *Gastroenterology*, 1992, 102:1259~1268
- [14] Hootmann GE, Goebell H, Talley NJ. Dyspepsia in consulters and non-consulters: prevalence, health-care seeking behaviour and risk factors. *Eur J Gastro-enterol Hepatol*, 1994, 6:917~924
- [15] Thompson WG, Longstreth GL, Drossman DA et al. Functional bowel disorders. In: Grossman DA, Corazziari E, Talley NJ ed. ROME II -The Functional Gastrointestinal Disorders. Second Edition. 2000. 351~432. Degnon Associates, McLean VA, USA
- [16] Agreus L, Svärdsudd K, Nyren O et al. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology*, 1995, 109:671~680

第二章

消化不良的流行病学

一、人群中的患病率与发病率

消化不良症候群在临床实践中相当常见。流行病学调查显示世界各国普通人群消化不良的患病率由 7% ~ 41% 不等(图 2-1)^[1~16]。我国有关人群中消化不良流行病学研究不多。据

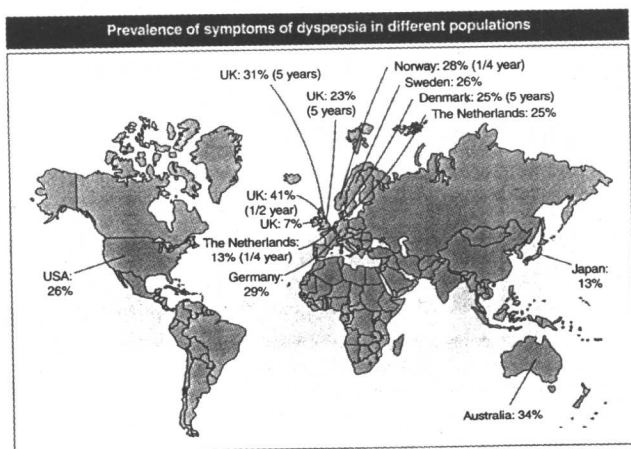


图 2-1 各国消化不良患病率(图中资料除注明外均为以 1 年为基础的患病率)

3234 名居民调查结果,广东地区城镇居民消化不良患病率为 18.9%,女性患病率(20.4%)高于男性(17.4%)。以消化不良为主诉的病人占普通内科门诊 11%,占消化专科门诊的 53%。消化不良合并有肠易激综合征症状占 23.7%,高于无消化不良症状的 6.5%^[17]。天津学者^[18]对警察、医院职工和家属及体检人员共 3348 人进行消化不良流行病学调查,结果发现总患病率为 23.3%,女性(24.8%)高于男性(22.5%)。陕西省^[19]对医院门诊 3019 例消化不良进行病因调查,结果发现器质性病因占 55.2%,常见病因为消化性溃疡、恶性肿瘤、胆囊疾患、肝脏疾患、食管炎、糜烂性胃十二指肠炎等,而最终诊断为功能性消化不良者占 44.8%。

上述数字在一定程度上反映了不同国家或地区消化不良患病率的差异,但一些影响各地真实患病率的因素也值得注意。通常各国报告的是未经检测病因的消化不良患病率,这些消化不良患者中不可避免的存在一定比例的器质性疾病,而这些器质性疾病可因地域差异而发病率有较大的差异。例如与上消化道疾病密切相关的幽门螺杆菌,各国的感染率差异很大,这种差异影响了与之相关的器质性病变的发病率,如消化性溃疡与胃癌,因而也就在一定程度上影响了消化不良的患病率。另一个重要影响因素是流行病学调查所使用的诊断标准与调查方法。不同诊断标准所得出的调查结果肯定有所不同。由于功能性消化不良症状的出现是间断性的,因此调查时对特定时间内出现症状的设定就很重要,调查过去 12 个月中出现症状的时间及频率应较调查过去 3 个月的要客观些。曾经有学者应用相同的调查方法调查了美国及德国的消化不良患病情况,调查结果显示两国的消化不良患病率很接近,进一步证明调查方法在一定程度上影响了调查的结果^[1,2]。

人群中患病率的研究开展得比较多,而发病率的研究报告则很少。美国明尼苏达州有一项研究发现人群中在过去 12~20 个月消化不良的发生率为 9%,但同一时期内也有相似比例的原有消化不良症状的病人在此时期内症状消失^[20]。另一项流行病学研究发现在过去 3 个月中消化不良发病率为 0.8% (95%

CI 为 0.0~1.6)。^[21]

二、消化不良及功能性消化不良的危险因素

引起消化不良的原因可分为器质性与功能性。器质性疾病如消化性溃疡、胃癌、慢性胰腺炎、胆石症等病因通过临床手段可以加以明确。功能性消化不良病因尚未明确,较多文章分析了与功能性消化不良有关的因素,包括年龄、性别、吸烟、嗜酒、非甾体类抗炎药、幽门螺杆菌感染等因素。

研究表明,吸烟与嗜酒不是消化不良的危险因素^[22~25]。服用阿司匹林及非甾体类抗炎药与消化不良症状有一定相关,但目前尚无证据表明此类药物可引起慢性消化不良症状。Talley等进行一项年龄与性别分层、随机抽样的大样本人群调查研究,通过直线回归方法研究消化不良的危险因素,该研究发现人群中消化不良患病率为 21.8%,青壮年与女性患病率较高。通过年龄与性别校正后发现,对乙酰氨基酚及阿司匹林与消化不良症状有相关关系。但再在 Logistic 方程中用胃肠道外的躯体症状进行校正分析,这两个因素不再有统计学意义。^[24,25]胃肠道症状与胃肠道外的躯体症状往往同时出现,因而也就不难理解为何消化不良与非甾体类抗炎药往往联系在一起。

幽门螺杆菌是上消化道疾病的重要病原菌。幽门螺杆菌感染与功能性消化不良的关系备受关注,因为功能性消化不良患者 30%~60% 有幽门螺杆菌感染及由此而引起的慢性活动性胃炎。尽管经过多年大量研究,但幽门螺杆菌在功能性消化不良发病中的作用尚无定论。要明确幽门螺杆菌与功能性消化不良关系,必须回答下列问题:①功能性消化不良患者幽门螺杆菌检出率与匹配的无消化不良症状受检者是否不同;②幽门螺杆菌感染与消化不良症状是否有相关性;③幽门螺杆菌感染是否影响胃感知和胃动力这两大目前已认同的功能性消化不良的病理生理环节;④根除幽门螺杆菌是否能改善功能性消化不良患者症状。有关研究已经进行了近 20 年,研究报道很多,但目前为止,研究结果仍然十分矛盾。从近年的 4 个样本数较大的研究

结果来看,^[26]除一项研究之外,其余均无法证实根除幽门螺杆菌带来的症状改善显著优于安慰剂组。对迄今所有关于在功能性消化不良患者根除幽门螺杆菌后症状改善研究的荟萃分析^[27]显示根除幽门螺杆菌 12 个月后与安慰剂对照组比较,症状相对危险度(relative risk)减少 9% (95% 可信限 4% ~ 14%),症状改善获益虽少但具有统计学意义。从上述无法做出结论的大量研究结果得出的印象是幽门螺杆菌在多数功能性消化不良患者中并不起重要作用^[26,27]。

我国天津的流行病学调查分析了消化不良的相关因素,发现消化不良与脑力工作、工作紧张程度及规律性、睡眠状况有关。而诱发因素多与气候变化及情绪激动、不愉快事件、工作、学习紧张等因素有关。^[18]广州市的一项研究提示功能性消化不良病人 54% 存在抑郁情绪,高于器质性消化不良(19%)和痛症器质性疾病(29%)。^[28]

三、功能性消化不良患者的就医模式

虽然人群中消化不良的患病率很高,然而以消化不良为主诉的就诊率却不高,多数研究提示总的就诊率在 50% 以下^[1,2,29~32]。尽管如此,保守估计以消化不良为主诉而就诊的患者仍占整个门诊病人的 2% ~ 5%,约 1/3 的这类病人最终会到消化专科医生处就诊^[33]。影响病人就医行为的因素至今尚未明了,有研究认为腹部症状明显、胃肠外症状较多的病人较常求医^[2]。伴有心理抑郁的患者也较常就诊。另一方面,功能性消化不良病人伴有抑郁或焦虑症的几率也较高,与肠易激综合征一样,频繁就医可能就是这类病人的心理特征之一^[33]。

四、预后

消化不良症候群是一个慢性过程。很多随访研究表明,社区人群中消化不良患病率可较长时间保持在一个相对稳定水平^[20,21,34,35]。这事实上是新出现症状的人数与同期症状消失

的人数保持相对平衡的结果。有作者曾随访消化不良患者一年,结果发现 30% 的患者消化不良症状缓解。然而消化不良症状缓解不等于所有胃肠道症状消失^[36]。瑞士的一项研究结果显示,随访消化不良患者 1 年有 57% 的病人消化不良症状缓解,但只有 12% 的患者腹部症状完全消失,其余患者仍存在肠易激综合征症状或反流样症状^[21]。

五、小结

消化不良在普通人群有较高的患病率,也是临床上的常见病。虽然有消化不良症状患者的就诊率不到 50%,但消化不良患者仍占整个门诊病人的 2%~5%,影响患者就医的最可能因素是症状的严重程度及患者对消化不良症状的认知程度,即患者对这些症状是否由严重的疾病所引起的关心程度。患者的心理特性、生活经验也对其症状的解释有影响。部分患者症状可自行缓解。至今为止,尚无法找到患者症状自行缓解的预测因素,这也许是今后流行病学研究的重点。

(陈旻湖)

参 考 文 献

- [1] Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD et al. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology*, 1992, 102:1259~1268
- [2] Holtmann G, Goebell H, Talley NJ. Dyspepsia in consulters and non-consulters: prevalence, health-care seeking behaviour and risk factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1994, 6:917~924
- [3] Schleper R, van der Werf SDJ, Vandenbroucke JP et al. Peptic ulcer, non-ulcer dyspepsia and irritable bowel syndrome in The Netherlands and Japan. *Scand J Gastroenterol*, 1993, 200(Suppl): 33~41
- [4] Doll R, Jones FA, Buckatzsch MM. Occupational factors in the aetiology of gastric and duodenal ulcers with and estimate of their inci-