



主编 杨盛轩 乔汉臣 李灵敏

胃肠病

防与治问答

7.49

天津科技翻译出版公司

273

津新登字 90(010)号

施
981281-342
胃肠病防与治问答

主 编 杨盛轩 乔汉臣 李灵敏

责任编辑 万家祯 于洪涛

※ ※ ※

天津科技翻译出版公司出版

(邮政编码 300192)

新华书店天津发行所发行

宝坻县第四印刷厂印刷

※ ※ ※

开本 787×1092 1/32 印张:6 字数:130(千字)

1993年10月第1版 1993年10月第1次印刷

印数 1——6500 册

ISBN 7-5433-0539-9/R·143

定价:3.60 元

主 编 杨盛轩 乔汉臣 李灵敏

编写人员 (以姓氏笔划为序)

申保生 乔汉臣 李灵敏

张光文 杨承汉 杨盛轩

梁宝松 葛英辉

前 言

胃肠疾病是危害人民群众健康的常见病、多发病,其中慢性胃炎的发病率居各种胃病之首,胃与十二指肠溃疡病的总发病率约占人口的 10~12%。我国乙型肝炎表面抗原(HBsAg)携带者达 1 亿多人,每年肝炎发病人数达 296 万例。胃癌、食管癌、肝癌及大肠癌等消化道恶性肿瘤,分别占我国九种常见恶性肿瘤的第 1、2、3、5 位,其它胃肠疾病在内科领域也占有很大比例。这些疾病对我国劳动生产率的严重影响是显而易见的。

我们在临床工作中,常遇到有的病人因不了解胃肠疾病的基本知识,或就诊较晚,或调治不当而使病情发展,失去治愈机会;有的病人询问有关疾病的防治知识,由于就诊时间有限,难免得不到满意的答复,广大人民群众很需要对常见胃肠疾病有一些基本的防治知识。随着医疗设备的不断更新和普遍使用,对一些新的检查手段的适应症和检查前后的注意事项,也需要病人和基层医务人员有一定的了解。基于上述情况,我们编写这本科学性、实用性、针对性较强的小册子,不仅能使广大患者从中找到有关胃肠疾病防治问题的答案,而且也为一一般医务人员提供一本很有实用价值的参考书。

本书以问答形式阐述了常见胃肠疾病的防治措施。在编写过程中,我们力图使本书既区别于一般科普读物,又不同于胃肠道疾病的系统专著,而是对胃肠道疾病的主要病因、诊断、治疗和预防措施由浅入深地作以简明扼要的介绍。对近年

发展起来的 CT、磁共振、DSA 和消化道内镜检查的适应症、禁忌症以及术前患者应作哪些准备等也作了一些介绍,对广大患者和一般医务人员将提供必要的帮助和指导。

由于我们的水平有限,疏漏和不足之处在所难免,希望广大读者和医务界同仁指正。

编者

一九九三年四月

目 录

第一部分 食管疾病

食管的解剖与生理特点是什么？	(1)
食管癌的主要症状是什么？怎样早期诊断？	(2)
吞咽困难都是食管癌吗？	(3)
食管癌如何治疗？	(4)
如何预防食管癌？	(6)
食管自发性破裂的主要表现有哪些？	(7)
什么是贲门失弛缓症？如何诊治？	(8)
如何诊治反流性食管炎？	(9)
怎样诊断和治疗食管异物？	(11)

第二部分 胃疾病

胃的解剖与生理特点是什么？	(13)
为什么会得急性单纯性胃炎？	(14)
急性单纯性胃炎如何诊治？	(16)
呕吐的常见原因有哪些？	(17)
误服强酸强硷有哪些表现？如何救治？	(19)
慢性胃炎是怎样引起的？	(20)
慢性萎缩性胃炎临床分几型？各型的特点是什么？ ...	(22)
萎缩性胃炎一定会癌变吗？	(23)
急性糜烂性胃炎的病因有哪些？	(25)

口服阿斯匹林为什么会引起胃出血？	(26)
溃疡病是如何发生的？	(27)
胃与十二指肠溃疡病疼痛有哪些特点？	(29)
老年和小儿溃疡病有哪些特点？	(30)
溃疡病患者生活上应注意哪些问题？	(32)
消化性溃疡如何应用药物治疗？	(32)
如何预防消化性溃疡复发？	(34)
特殊类型的溃疡病有哪些？	(35)
消化性溃疡有哪些并发症？ 如何治疗？	(36)
溃疡病手术后常见并发症有哪些？ 如何诊治？	(38)
进展期胃癌有哪些表现？ 如何诊治？	(40)
怎样发现早期胃癌？	(41)
什么叫急性胃扩张？ 如何诊治？	(42)
胃石症是怎样引起的？ 如何防治？	(43)
何谓胃粘膜脱垂症？ 如何治疗？	(45)
呕吐咖啡色或红色液体时应考虑哪些疾病？	(46)
胃下垂有害吗？ 如何防治？	(47)
如何根据病史及症状分析呕吐的原因？	(49)

第三部分 肠道疾病

肠道的解剖与生理特点是什么？	(51)
何谓十二指肠憩室？ 如何诊治？	(54)
何谓十二指肠雍积症？ 如何诊治？	(57)
什么叫小肠吸收不良综合征？ 如何治疗？	(59)
常见的小肠肿瘤有哪些？	(60)
什么是大肠癌？ 主要症状有哪些？	(62)

怎样早期发现大肠癌？	(63)
怎样治疗和预防大肠癌？	(64)
什么叫粘连性肠梗阻？如何防治？	(66)
什么叫肠扭转？如何治疗？	(67)
什么叫肠套叠？如何治疗？	(69)
急性阑尾炎一定要有右下腹疼痛吗？	(71)
急性阑尾炎怎样治疗？	(72)
何谓溃疡性结肠炎？如何治疗？	(73)
何谓克隆病？如何治疗？	(75)
何谓家族性息肉病？如何诊断？	(77)
如何诊断青少年息肉病？	(78)
长期大便带脓血就一定是痢疾吗？	(79)
肠结核的主要症状有哪些？	(80)
怎样治疗及预防肠结核？	(81)
什么是肠易激综合征？	(82)
什么叫便秘？为什么会引起便秘？	(83)
习惯性便秘如何治疗？	(84)
哪些疾病会引起慢性腹泻？	(86)
怎样根据症状分析腹痛的原因？	(87)

第四部分 肝胆疾病

肝脏的解剖特点是什么？	(91)
胆囊及胆道的解剖特点是什么？	(92)
肝胆的生理功能有哪些？	(94)
肝炎病毒有几型？各型病毒性肝炎是如何传染的？ ...	(96)
病毒性肝炎临床分几型？	(98)

肝炎病人如何降酶退黄?	(100)
肝炎病人用药越多越好吗?	(101)
如何对待肝炎病人病程中的饮食问题?	(102)
家庭内有肝炎病人应注意什么问题?	(103)
如何分析乙肝“二对半”化验结果?	(104)
亚急性重症肝炎为什么要采取综合治疗措施?	(106)
干扰素治疗病毒性肝炎有效吗?	(107)
什么是婴儿肝炎综合征? 如何治疗?	(109)
父母有肝炎会“遗传”给子女吗?	(110)
如何预防病毒性肝炎?	(111)
目前有哪些肝炎疫苗? 如何接种?	(113)
何为肝硬化? 依病因可分几种?	(114)
肝硬化腹水发生后怎么办?	(116)
肝硬化的临床表现是什么?	(117)
食道静脉曲张的现代治疗有哪些?	(119)
何为肝昏迷? 诱因有哪些?	(120)
为什么支链氨基酸能治疗肝昏迷?	(121)
肝硬化上消化道出血都是食管静脉破裂出血吗?	(122)
引起腹水的常见原因有哪些?	(122)
如何早期诊断原发性肝癌?	(124)
如何诊治结核性腹膜炎?	(124)
何为脂肪肝? 如何防治?	(125)
为什么长期大量饮酒会引起肝病?	(127)
黄疸的发病机理是什么?	(128)
黄疸的诊断程序是什么?	(130)
何谓布-加综合征? 如何诊治?	(131)

何谓肝豆状核变性？如何诊治？	(132)
如何诊断阿米巴肝脓疡？	(134)
阿米巴肝脓疡怎样治疗？	(135)
哪些疾病易和阿米巴肝脓疡相混淆？	(136)
肝包虫病是如何引起的？如何治疗？	(138)
常见的损肝药物有哪些？	(138)
怎样区别良、恶性腹水？	(140)
什么是急性胆囊炎？临床表现有哪些？	(142)
胆囊癌的临床表现有哪些？	(143)
肝炎、肝硬化、肝癌之间有关系吗？	(143)

第五部分 胰腺疾病

胰腺的解剖与生理特点是什么？	(145)
何为急性胰腺炎？是如何发生的？	(145)
如何诊断急性胰腺炎？	(146)
急性胰腺炎有哪些并发症？如何治疗？	(147)
胰腺癌的临床表现有哪些？	(148)
为什么老年人出现进行性黄疸要考虑胰腺癌？	(148)
胰腺癌如何诊断与治疗？	(148)

第六部分 肠道传染病与寄生虫病

何谓肠伤寒？有哪些临床表现？	(151)
如何适时选择伤寒的辅助检查？	(152)
肠伤寒如何预防和治疗？	(153)
何谓沙门菌胃肠炎？	(155)
何谓鼠伤寒？如何防治？	(156)

何谓细菌性痢疾？如何防治？	(158)
中毒性痢疾如何治疗？	(159)
何谓弯曲菌肠炎？如何治疗	(161)
阿米巴痢疾有哪些临床表现？如何治疗？	(162)
为什么发生米泔水样泻要考虑霍乱病？	(163)
蛔虫病对人体有哪些危害？	(164)
蛲虫病很难治吗？	(166)
吃米猪肉可引起哪些不良后果？	(168)

第七部分 消化道疾病的内镜及影像学检查

纤维胃镜检查患者术前应作哪些准备？	(170)
纤维胃镜检查的适应症及禁忌症是什么？	(170)
纤维结肠镜检查患者术前应作哪些准备？	(171)
纤维结肠镜检查的适应症及禁忌症是什么？	(172)
什么是消化道钡剂造影？分几种？如何选择？	(173)
什么叫CT？它在消化系统疾病诊断中如何应用？	(174)
什么叫磁共振？它在消化系统疾病诊断中如何应用？	(176)
什么叫ECT？它在消化系统疾病诊断中如何应用？	(178)
什么叫DSA？它在消化系统疾病诊断中如何应用？	(179)
B超诊断消化系统疾病有何优缺点？	(180)

第一部分 食管疾病

食管的解剖与生理特点是什么？

食管是一个肌性管道,大部分位于后纵隔,在脊柱之前,气管与心脏的后方。它的长度约 25~30 厘米。它的上端起于环状软骨并与咽部连接,下端穿过膈肌 1~4 厘米后与胃贲门相接。从门齿到食管入口的距离约 15 厘米,到贲门的距离约 40~42 厘米。

食管可分为颈、胸、腹三部,全长有三个生理狭窄:第一个狭窄即食管起始部,位于环状软骨,平第 6~7 颈椎处;第二个狭窄在与左支气管交叉处,相当于胸骨角或第 4~5 胸椎体之间的高度,距门齿约 24 厘米;第三个狭窄部平第 10 胸椎体,在穿过食管裂孔处。这三个狭窄处易滞留食物,亦是癌的易发部位。食管壁由粘膜层、粘膜下层、肌层与外膜组成。粘膜形成数条纵行皱襞,被有保护作用的复层扁平上皮,粘膜下层由疏松结缔组织组成,内有血管、淋巴管、粘液性腺体与神经丛。食管上 1/3 段的肌层为横纹肌,向下则平滑肌成分逐渐增加,至食管下段全为平滑肌。食管下端有一功能性括约肌即所谓的食管下端括约肌(Lower esophageal sphincter, LES)。食管上端的静脉,主要流入奇静脉与半奇静脉;下段的静脉与胃冠状静脉汇合而流入门静脉系统。门脉高压症患者常可因交通支开放而形成食管下段静脉曲张。支配食管的神经为迷走

神经和交感神经。

食管是食物的通道。食物经口腔咀嚼后与唾液混合成食团,随吞咽动作通过食管的蠕动将其送入胃内。平静情况下,食管内压比大气压低 $0.67 \sim 1.33\text{kPa}$,而食管下段括约肌处(即 LES 处)为一高压区,其压力为 $1.6 \sim 2.7\text{kPa}$,因而具有防止胃内食物返流的作用。食管的蠕动及食管括约肌的功能受迷走神经支配。胃泌素、胆碱能药物、胃复安、胆碱酯酶抑制剂以及蛋白饮食可增加 LES 的张力;胰泌素、缩胆促胰素、胰高糖素、抗胆碱能药物以及巧克力、脂肪类饮食、酒精、咖啡等则可降低 LES 张力。

食管癌的主要症状是什么,怎样早期诊断?

食管癌最主要的症状是进行性吞咽困难,也就是随着疾病的进展,食道狭窄越来越明显,患者在进食固体食物时有梗噎感,逐渐加重,只能进半流、流质饮食。但早期患者的症状多不典型,常见的症状有:① 进食干硬食物时有梗噎感;② 进食时反复出现似有食物阻塞及滞留不下的感觉;③ 胸骨后轻微的针刺样痛或灼痛感,食用刺激性食物时较明显;④ 食物贴附于食管壁吞咽不下的异物感等。这些症状常较轻微,时隐时现,可达数月之久。若食管癌发展至中晚期,因癌瘤阻塞使食物不易或不能全部通过食管,可有食物反流,癌瘤亦可分泌大量粘液反流至口腔,癌瘤累及邻近纵膈可发生持续性胸背疼痛,癌瘤侵及喉返神经时可引起声音嘶哑。食物反流入呼吸道或癌瘤累及支气管形成食管气管瘘时,可引起进食呛咳及肺部感染。晚期病人可出现恶病质状态。

食管癌的早期诊断主要是对食管癌的症状特点要有足够的了解。当中老年人近期发生进食时有异常感觉,应提高警

惕,要及时到医院检查。食道吞钡 X 线检查简便易行,表现为:① 病变区粘膜皱襞增粗,迂曲紊乱,毛糙和中断;② 在紊乱毛糙的粘膜面上出现一些 0.2~0.4 厘米的小龛影;③ 出现局限性小充盈缺损,直径 0.5 厘米,最大不超过 2 厘米;④ 食管壁有一段柔软度和舒张度减低。如有症状而 X 线检查阴性者,应做纤维胃镜检查,它不仅能观察到更小的粘膜病变,还能在病变处取组织刷片作病理学及细胞学检查。对于和食管癌发生有一定关系的疾病,如食管炎、食管白斑、息肉、贲门失弛缓症、食管瘢痕等应积极处理,定期随访。对于食管癌高发区的高危人群,亦应定期追踪查访,必要时作纤维胃镜或食道拉网作细胞学检查,以便早期发现食管癌。

吞咽困难都是食管癌吗?

除食管癌外,还有许多疾病可引起吞咽困难,常见的疾病有:

1. 咽部疾病,如咽炎及扁桃体炎。这些疾患常有咽部异物感,吞咽困难无进行性加重,体检时可见咽部潮红,咽后壁淋巴滤泡增生或咽扁桃体增大,X 线钡剂食道点片及纤维胃镜检查食道正常。

2. 食道瘢痕狭窄:腐蚀性或反流性食管炎均可导致食管瘢痕狭窄,病人有吞服腐蚀性药物或经常有食物返流的病史,且梗阻的症状进展缓慢,流质饮食通过可长期不受影响,X 线吞钡检查可见不规则的细线状影像。

3. 贲门失弛缓症:任何年龄均可发病,最常见于 20~40 岁,吞咽困难时间较长,且是无痛性的,呈间歇性发作,多在情绪波动、冷食刺激时加重。食管吞钡检查时食管下端扩张且有钡剂滞留,狭窄处边缘整齐成鸟嘴状,嘱病人吸入亚硝酸异戊

酯,狭窄处很快弛张,钡剂迅速进入胃内。

4. 食管外压迫:纵膈肿瘤、肿大的淋巴结、增大的左心房或主动脉瘤等可压迫食管,也可引起食管梗阻感。尤其是吞咽过急或吞咽较大的食团时,梗阻感较为明显,但食团仍可缓慢通过。X线食管吞钡检查可见食管有光滑压迹,粘膜皱裂规则,再结合原有病的其他表现可与食管癌相区别。

5. 食管异物:多见于儿童或精神病人。有吞咽异物(如硬币、义齿、发针、铁钉等)或动物骨骼(如鱼刺、鸡骨、排骨等)病史。除吞咽疼痛及吞咽困难外,还可吐出血性液体,通过X线检查及胃镜检查可以确诊。

6. 癔球:有些病人(大多数是女病人)由于精神因素(如生气、恐癌等)感觉咽部“发紧”“发堵”,有一球样的东西在咽喉部上下移动,症状时好时坏,常常在精神不愉快时加重,吞咽困难不是进行性加重,吃硬食、软食或流食并无区别。此外还伴有其他神经官能症的症状,必要时可作胃镜加以区别。

7. 脑血管疾病:吞咽困难往往突然发生,进流食时常常发生呛咳,并可有其他的脑血管病症状及体征如恶心、呕吐、眩晕、舌偏瘫等,必要时可作头颅CT加以区别。

8. 其他如多发性肌炎、重症肌无力、皮肤炎、狂犬病、破伤风、迷走血管压迫食管等亦可引起吞咽困难。

食管癌如何治疗?

常用的治疗食管癌的方法有三种,即手术治疗、放射治疗和药物化学治疗。

1. 手术治疗:主要适应于病变局限,病变长度一般小于或等于5厘米,无远处转移,各重要器官功能良好,能耐受手术创伤,无其他合并症者。对于病变长度超过5厘米者,只要

情况许可,亦应争取作根治手术。有下列情况者不适宜作根治手术:①有胸外转移包括锁骨上淋巴结转移或腹部包块和腹水或剧烈的胸背疼痛者;②声音嘶哑、膈肌麻痹、胸水或气管食管瘘者;③血红蛋白低于70g/L,或血浆总蛋白低于50g/L,或伴有水电解质失衡;④癌肿长度上段超过3厘米、中段5厘米和下段7厘米者。必要时可行胃造瘘、转流和置管等姑息性减状手术。

2. 放射治疗:食管癌多为鳞状细胞癌,对放射线有一定敏感性,放射治疗能够取得良好的疗效。放射源目前采用⁶⁰钴(⁶⁰Co)为普遍,直线加速器和电子感应加速器亦在推广使用。治疗方法以多野交叉照射和旋转照射为主,照射剂量一般在4000~7000拉德之间,平均6000拉德,一次照射200~250拉德,每周5次,6~7周内完成。对于有深溃疡和明显外浸的溃疡型和缩窄型食管癌一般禁忌放疗。治疗后癌肿都能缩小,进食改善。治疗效果以上段为佳,中段次之,下段最差。部分病人放疗后肿瘤缩小,可再行手术切除治疗。

3. 药物化疗:使用争光霉素、阿霉素、顺铂等化疗药综合治疗,可使晚期病人症状缓解,部分瘤体缩小。

综上所述,食管癌患者选择任何治疗方案关键取决于:①病期和病变范围,是中期还是中晚期,病变长度、深度、有无转移等;②病变部位在食管的上、中或下段;③病人年龄和身体一般情况。三种方法以手术治疗最理想,切除后5年存在率约为1/4~1/3,而早期食管癌手术后的5年存在率可高达90%以上,所以食管癌病人应尽可能采取手术治疗,其次考虑放射治疗,而药物化疗一般很少单独应用,多与手术、放疗及中药互相配合,以期提高治疗效果。

如何预防食管癌？

食管癌的发病因素很复杂，确切的发病原因尚不清楚。根据国内大量流行病学调查资料分析，与下列因素有关：

1. 由于食物过硬，制作粗糙，吃过热食物，吞食过快等情况，长期刺激食管而导致癌变。饮酒和吸烟与食管癌的发生也有一定的关系。

2. 食管疾病如慢性食管炎、食管憩室、食管裂孔疝、贲门失弛缓症等，从临床和细胞学观察，多数报告认为可能是食管的癌前疾病。口腔卫生不佳、不刷牙、齿垢多常使有毒物质损害食管粘膜也与食管癌的发生有关。

3. 亚硝胺类化合物：我国学者在食管癌高发区河南林县调查时，发现某些粮食和副食品含有一定量的亚硝胺，明显高于本病的非高发区，而且在食物中，亚硝胺的前身物质二级胺和亚硝酸盐的含量也高于非高发区。有些亚硝胺类化合物可以选择性地诱发食管癌，在动物喂养试验中已得到证实。另外，常吃被真菌（如串珠镰刀菌、白地霉、圆弧青霉、黄曲霉及产黄曲霉菌等）污染的食物，也可能诱发食道癌的发生。

4. 环境因素：在食管癌高发区，土壤中微量元素钼的含量缺乏，钼是硝酸盐还原酶的成分，在降低植物的硝酸盐含量中起重要作用。钼少可使硝酸盐的含量在农作物中增多，前者经过还原可产生亚硝酸盐。它和二级胺可合成有致癌作用的亚硝胺化合物。在食管癌高发区，甚至连鸡的食管癌发生率也比低发区的鸡高 10 倍。这些充分说明环境地理因素和饮食中的致癌物质的重要关系。

5. 遗传因素：部分学者发现食管癌高发区患者血缘关系越近者，食管癌的发病趋势越高，提示食管癌的发生与遗传