



住院医师丛书

总主编 李春德 王国晨

消化科疾病 诊疗手册

□ 主编 白海燕 霍永利

XIAOHUAKE JIBING

ZHENGLIAO SHOUCHE



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press



住院医师丛书

临床篇 内科篇 外科篇

消化科疾病 诊疗手册

□ 主编 张南南 副主编 张南南

住院医师丛书//总主编：李春德 王国晨

消化科疾病诊疗手册

第二军医大学出版社

内 容 简 介

本书共6章,内容包括消化科常见病、多发病50多种。本书从基本概念入手,对每种疾病的发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗原则及方案等进行详细阐述,并从住院医师角度,阐述了病情观察、病历记录,以及医患沟通、经验指导等,旨在使消化科住院医师能在短时间内掌握诊断、治疗、处理医患关系、避免医疗纠纷的基本功。本书条理清晰、简明扼要、实用性强,适合住院医师、实习医师、基层医务工作者、高等医学院校学生阅读。

图书在版编目(CIP)数据

消化科疾病诊疗手册/白海燕,霍永利主编. —上海:第二军医大学出版社,2009.7

(住院医师丛书)

ISBN 978-7-81060-949-4

I. 消… II. ①白… ②霍… III. 消化系统疾病—诊疗—手册 IV. R57-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 102447 号

住院医师丛书

消化科疾病诊疗手册

主编 白海燕 霍永利

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路800号 邮政编码:200433

发行科电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

江苏句容排印厂印刷

开本:850×1168 1/32 印张:10.5 字数:289千字

2009年7月第1版 2009年7月第1次印刷

ISBN 978-7-81060-949-4/R·759

定价:26.00元

《消化科疾病诊疗手册》编委会

主 编：白海燕 霍永利

副主编：孙春霞 阎翠环 高俊雯

孙志霞 段俊红 薛海菊

编 委：白海燕 霍永利 孙春霞

阎翠环 高俊雯 孙志霞

段俊红 薛海菊 姜亚华

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科。作为一名住院医师,如何快速地适应临床工作,如何将从书本中汲取来的知识与临床实践相结合,及时、准确地进行每例患者的诊断与治疗,在日常的诊疗工作中如何恰当地处理医患关系等,这是每一名刚从医学院校毕业走上工作岗位的住院医师面临的实际问题。为了快速提高住院医师的临床实践能力,使其掌握相关疾病的诊断与治疗方法,具备良好的职业规范,成为一名优秀的医务工作者,我们特组织有丰富临床经验的一线专家编写了这套《住院医师丛书》。

本套丛书共 11 册:《妇产科疾病诊疗手册》、《儿科疾病诊疗手册》、《呼吸科疾病诊疗手册》、《心血管科疾病诊疗手册》、《神经内科疾病诊疗手册》、《消化科疾病诊疗手册》、《外科疾病诊疗手册》、《风湿免疫科疾病诊疗手册》、《五官科疾病诊疗手册》、《急诊科疾病诊疗手册》、《急诊科急救与监护手册》。

本套丛书突出了以下特点:①强调实用性,内容多为临床常见、多发病,贴近临床实践,便于医师学习、掌握与操作。②简明扼要,凡教科书上已阐明的内容,如病因、发病机制、病理生理等基础性内容,作为已掌握内容不再赘述,只就临床特征、检查结果等与临床工作直接相

关的内容进行归纳、分析与阐述。③突出临床指导性。本书由一线医务人员编写,他们结合自己的临床经验,特别强调了临床实践中保护性内容的论述,即对医师与医疗行为的保护,尤其对于规避医疗纠纷的发生有很好的参考价值。

本套丛书不仅可以作为住院医师的案头参考书,还可成为实习医师、基层医务工作者、高等医学院校学生常备的参考书。

主 编

2009 年 4 月

目 录

第一章 食管疾病	1
第一节 胃食管反流病.....	1
第二节 贲门失弛缓症	11
第三节 真菌性食管炎	17
第四节 食管憩室	21
第五节 食管癌	27
第六节 食管贲门黏膜撕裂综合征	34
第二章 胃及十二指肠疾病	41
第一节 急性胃炎	41
第二节 慢性胃炎	45
第三节 消化性溃疡	51
第四节 十二指肠壅滞症	59
第五节 功能性消化不良	63
第六节 胃黏膜脱垂症	67
第七节 胃 癌	71
第八节 上消化道出血	79
第九节 下消化道出血	89
第三章 肠道疾病	96
第一节 慢性腹泻	96
第二节 肠易激综合征	98
第三节 肠结核	106
第四节 克罗恩病	115
第五节 急性出血坏死性肠炎	124
第六节 小肠肿瘤	131
第七节 大肠癌	137
第八节 阑尾炎	143

第九节 肠梗阻	151
第十节 乳糜泻	156
第十一节 伪膜性肠炎	162
第十二节 缺血性结肠炎	167
第四章 肝胆疾病	174
第一节 病毒性肝炎	174
第二节 自身免疫性肝炎	190
第三节 脂肪肝	198
第四节 药物性肝病	202
第五节 肝硬化	210
第六节 原发性肝癌	219
第七节 肝性脑病	227
第八节 肝脓肿	235
第九节 胆石症	247
第十节 胆囊炎	254
第十一节 急性梗阻性化脓性胆管炎	264
第十二节 胆汁淤积症	271
第十三节 胆管蛔虫症	275
第十四节 胆管肿瘤	281
第五章 胰腺疾病	290
第一节 胰腺炎	290
第二节 胰腺癌	304
第六章 腹膜疾病	312
第一节 结核性腹膜炎	312
第二节 自发性细菌性腹膜炎	318

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)是指由于胃十二指肠内容物反流至食管,对食管黏膜刺激或造成损伤,从而引起的临床症状(嗝气、泛酸、胸痛、咳嗽等)或食管炎症,临床表现为内镜阳性 GERD,即有食管黏膜的破溃、糜烂、溃疡等形成反流性食管炎(reflux esophagitis, RE),也可表现为内镜阴性 GERD,即无糜烂性食管炎(non-erosive reflux disease, NERD),而 NERD 所谓功能性烧心的一组患者,既无食管黏膜损伤, pH 试验亦正常,即无异常的酸暴露,其症状产生原因尚不很清楚,可能与食管黏膜高敏有关。广义的 GERD 还包括系统性硬化症、妊娠或长期放置胃管、三腔管引起的继发性 GERD 等。

【诊断】

(一) 症状

1. 反流症状 如泛酸、反食、嗝气。嗝气频繁时可伴有反食、泛酸。有时反流物味苦,为胆汁,也有的反流物为无味的液体。饱餐后容易出现上述反流症状,在食管下段括约肌压力(LESP)低下的患者,体位也是发生反流和反食的诱因。

2. 食管刺激症状 如烧灼感、胸痛、吞咽疼痛等。反流物刺激食管黏膜上皮内的神经末梢,常引起烧灼感、胸骨后痛。严重时食管黏膜损伤,可引起吞咽疼痛。少数患者有吞咽时发噎感,这可能由于食管体部蠕动收缩波幅低下或体部无蠕动收缩,不一定存在食管炎性狭窄。

3. 食管外刺激症状 如咳嗽、气喘、咽喉炎、口腔溃疡、副鼻窦

炎等。咽喉炎患者常在晨起时有咽异物感、清喉,声音沙哑;临床上遇有少数患者仅表现为恶心、咽部异物感,各项检查并无异常。食管测压显示 LES 低下。抗反流治疗后,症状可缓解。支气管炎或哮喘者表现为咳嗽、气喘;有的表现为肺炎;也有在熟睡时,反流物吸入气道,引起呛咳、气喘甚至窒息感。还有唾液分泌过多,这是由于酸反流至食管,反射性地引起唾液分泌过多。此外,还有表现为口腔溃疡、鼻窦炎等。

4. 并发症 严重反流或反复发作的食管炎可发展成食管狭窄,患者吞咽困难,尤其进干食时。出现食管狭窄后,反酸、反胃、烧灼感等反流症状减轻或不明显。严重的 RE 在反胃时常有咖啡样物或血性物,有的患者则仅表现为慢性贫血。严重者并发食管穿孔。

(二) 体征

(1) 一般无明显体征。

(2) 如并发黑便和(或)呕血,则有贫血貌。

(3) 对表现为反复咳嗽、哮喘的,如疑及本病,则需肺部听诊,通常可闻及哮鸣音、细湿啰音。此时,应通过病史询问与支气管哮喘鉴别。

(三) 检查

1. 实验室检查 如患者并发有黑便和(或)呕血,则血红蛋白下降。如患者并发黑便和(或)呕血,则大便隐血试验阳性。

2. 食管钡餐检查 与内镜检查有类似作用,能显示黏膜病变、狭窄以及有无食管裂孔疝,有无胃十二指肠病变。钡餐检查无须插管,且能直接显示胃内钡剂向食管反流,能动态观察食管、胃十二指肠的动力变化。钡餐检查可作为可选择的诊断方法之一,尤其是患者不愿意接受内镜或插管作反流检查时。如发现异常,常需进一步内镜检查,以明确诊断。不少 GERD 患者在钡餐检查时不能显示食管黏膜异常。

3. 内镜检查 诊断反流性食管炎的重要手段。半数以上患者内镜下可见食管黏膜充血、糜烂、溃疡等病变,结合病理活检有利于明确病变性质。部分患者有胃食管反流病的症状,而内镜检查无反

流性食管炎的征象,目前称为内镜阴性的胃食管反流病。

4. 24 小时食管 pH 监测 便携式 pH 记录仪对患者进行 24 小时食管下段 pH 连续检测,被认为是诊断本病的金标准。目前常用的观察指标有:24 小时食管内 $\text{pH} < 4$ 的总时间(正常值 $< 4\%$)、 $\text{pH} < 4$ 的反流次数(正常 < 66)、反流持续 ≥ 5 分钟的次数(正常 ≤ 3)、最长反流持续时间(正常值 < 18 分钟)。为避免假阳性和假阴性,检查前 3 日应停用抑酸剂和促胃肠动力药。

5. 便携式 24 小时胆红素监测 常采用 Bilitec 2000 检测,其测得的光吸收值与胆红素浓度一致,将 < 0.14 作为正常值的标准,此项检查是目前诊断胃食管反流中碱性反流的主要方法。

6. 胆汁反流监测 24 小时食管胆汁监测用于检查有无十二指肠胃食管反流。由于 GERD 是上胃肠道动力障碍疾病,因而,其反流物可能有胃内容物或同时有十二指肠内容物。同步进行食管 pH 和胆汁监测结果表明,GERD 患者反流有 4 种情况:酸反流、胆汁反流、同时有酸和胆汁反流、酸和胆汁反流阴性。

7. 核素胃食管反流检查 可用于检查有无过多的胃食管反流,本检查不受酸反流或是胆汁反流的影响。其方法简便,采取仰卧位,静息状态时和腹部加压后,观察有无胃食管核素反流现象。本检查将反流的程度和胃食管反流的影像结合起来,并能反映在腹内压增高时有无出现反流,具有定量指标。

8. 食管测压 测压不直接反映反流,但所提供的信息对评估反流有意义。凡 $\text{LESP} < 10 \text{ mm Hg}$ (1.3 kPa),可提示本病。

9. 质子泵抑制剂(PPI)试验性诊断 对有泛酸、烧灼感等反流症状的患者,应给予足量 PPI 治疗,至少 1~2 周的治疗,如能有效缓解症状,则支持 GERD 的诊断。国内外均已用于临床。对那些不能接受有关反流检查的患者,PPI 试验能帮助 GERD 的诊断和治疗。

(四) 诊断要点

(1) 患者有明显的泛酸、烧灼感等反流症状,内镜下有反流性食管炎的表现,并排除其他疾病所致的食管炎。

(2) 有明显的泛酸、烧灼感等反流症状,虽无反流性食管炎的内

镜诊断依据,但 24 小时食管 pH 监测提示胃食管反流。

(3) 质子泵抑制剂试验性治疗使症状缓解、疗效显著者。即患者有典型症状,但无法行内镜和食管 24 小时 pH 检测,给予奥美拉唑(洛赛克)每次 20 mg,每日 2 次,口服,如治疗 1 周后症状消失或基本好转,即可诊断。

(4) 目前我国反流性食管炎的诊断标准(1999 年中华消化内镜学会于山东烟台制订),以食管的内镜表现作为判断食管炎症的依据:内镜下正常者为 0 级,有点状或条状发红、糜烂、无融合现象者为 I 级(轻度);有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性者,为 II 级(中度);病变广泛、发红、糜烂融合呈全周性或为溃疡者,为 III 级(重度)。

(5) 患者如出现咽痛、声音嘶哑、咳嗽等食管外症状,反复发作,对症治疗效果不明显,应疑及本病,可行内镜、食管 24 小时 pH 检测或质子泵抑制剂试验性治疗等予以证实。

(五) 鉴别诊断

1. 感染性食管炎 好发部位为食管中段,病原菌检查阳性。
2. 药物性食管炎 一般常有服药史,部位以近段食管为多见。
3. 消化性溃疡 常有规律性的上腹痛,伴有泛酸,胃镜或 X 线钡餐检查可明确。
4. 胆系疾病 常有右上腹痛,进食油腻食物可诱发,B 超检查可证实。
5. 贲门失弛缓症 X 线食管钡餐提示食管下段呈对称性漏斗状狭窄,结合胃镜检查可以鉴别。
6. 功能性消化不良 有上腹痛或饱胀不适,伴有泛酸、嗝气等消化不良症状,内镜、X 线钡餐无明显器质性病变。
7. 心绞痛 胸痛发作多以运动时出现,心电图和运动试验可明确。
8. 支气管哮喘 发作往往有季节性,常有诱发因素,内镜或 X 线钡餐均无明显异常。

【治疗】

(一) 一般治疗

改变生活方式。嘱患者抬高床头,睡眠时床头抬高 15~20 cm;

避免饱食;避免过食及睡前进食;避免进食降低 LES 压力的食物(脂肪、咖啡、巧克力、薄荷、汽水)以及高酸性食物(柠檬果汁、番茄汁);忌烟、忌酒。

改变生活方式是 GERD 治疗的第一步,且应贯穿在整个治疗过程中。研究发现 20%~30% 患者通过改变生活方式,减少药物维持治疗的剂量,增强治疗效果。忌用抗乙酰胆碱药、茶碱、钙通道阻滞剂、地西泮、麻醉剂、黄体酮等药物。

(二) 用药常规

目前对于反流性食管病的药物治疗多主张采用递减法,即一开始首先使用质子泵抑制剂加促胃肠动力药,以求迅速控制症状,快速治愈食管炎,待症状控制后再减量维持,对于治疗药物的选择,GERD 患者就诊时宜先按症状分为轻、中、重三类。一般来说,症状轻、食管黏膜损害不严重的患者常选用常规剂量作用比较温和的抑酸药物(H_2RA),有时为了快速缓解症状亦可选用作用比较强的抑酸药物,如质子泵抑制剂(PPI)。对症状重、食管黏膜损害严重的患者则应选用强效的抑酸药物,如雷贝拉唑或埃索美拉唑,标准剂量为每日 2 次,必要时加用促胃肠动力药。

1. 用药方式

(1) 递增法(step up): I 期治疗,即基础治疗,主要为改变生活方式,症状发作时可加用抗酸药或小剂量 H_2RA 。II 期治疗,适用于 I 期治疗无缓解的 GERD 患者,可在 I 期治疗的基础上加用标准剂量 H_2RA 或促胃肠动力药。III 期治疗,即药物强化治疗,可联合应用 H_2RA 和促胃肠动力药,或加大 H_2RA 用量,或 PPI 加用促胃肠动力药。药物动力学研究发现该给药方法并不比一次性给予 PPI 治疗优越,临床操作时患者满意率较低。

(2) 一步法(step in): 也称递减法(step down),即一开始即选用足量 PPI 加促胃肠动力药治疗,待症状控制后再减量维持。该给药方法症状控制快,临床操作时患者满意率高。目前国内大多采用一步法给药。

(3) 按需治疗(on demand): 即采用足够的治疗剂量,1~2 周或

2~3周,临床症状消除后停药,当症状复发时再使用足够的剂量进行治疗;或间歇2~3日给药1次,严重时也可每日给药1次。总之,以能控制症状为原则。按需治疗的适应证多为非糜烂性反流性食管炎(NERD),首选药物为PPI。该方法更经济、方便,因此为更多的GERD患者所接受。

药物治疗的目的是增强抗反流屏障的作用,提高食管的清除能力,改善胃排空和幽门括约肌的功能,防止十二指肠反流,抑制酸分泌,减少反流物中酸或胆汁等含量,降低反流物的损害性,保护食管黏膜,促进修复。

2. 制酸药 主要作用是中和胃酸,减弱或解除胃酸对溃疡面的刺激和腐蚀作用,价格便宜,多为复方制剂,使用于轻、中度GERD,能有效缓解症状,但愈合作用有限。

(1) 氧化镁:每次0.2~1.0g,每日3次,口服。

(2) 氢氧化铝凝胶(aluminium hydroxide gel):每次5~8ml,每日3次,餐前口服。

(3) 复方氢氧化铝片(alumini hydroxide comp):每次0.6~0.9g,每日3次,餐前口服。

(4) 铝碳酸镁、铝碳酸钙、碳酸钙等:其中铝碳酸镁的作用日益引起重视。铝碳酸镁(hydrotalcite,胃达喜),每次1.0g,每日3~4次。

3. 抑酸药 抑制胃酸分泌的药物,抑酸治疗是GERD患者缓解症状和治愈食管炎最有效的措施,抑酸治疗的有效性常由胃内pH值来判定。

(1) H_2 受体拮抗剂(H_2RA):是临床常用的抑酸药,其价格便宜,适用于浅表性胃炎和轻型的GERD。肝、肾疾病患者或高龄人群慎用。

①西咪替丁(cimetidine):每次400mg,每日2次,口服;或者每次0.2g,稀释后静脉滴注,每4~6小时1次。

②雷尼替丁(ranitidine):每次150mg,每日2次,口服。

③法莫替丁(famotidine):每次20mg,每日2次;或者每次

40 mg, 每日 2 次, 静脉滴注。

(2) 质子泵抑制药(PPI): 具有抑制壁细胞泌酸的最后环节 H^+ , K^+ -ATP 酶的活性, 使 H^+ 不能由壁细胞内转运到胞外, 抑制胃酸形成。PPI 抑酸作用可持续 18~24 小时以上, 抑酸作用强度为西咪替丁的 8~20 倍, 是目前最强的抑酸药, 并能迅速缓解症状。临床主要用于治疗消化性溃疡、非食管静脉曲张破裂上消化道出血(治愈)和 GERD 等疾病。临床上常用的质子泵抑制剂:

①奥美拉唑(omeprazole, losec, 洛赛克): 每次 20 mg, 每日 1~2 次, 口服; 或必要时每次 40 mg, 每日 1~2 次, 静脉注射。

②兰索拉唑(lansoprazole, 达克普隆): 每次 30 mg, 每日 1~2 次, 口服。

③泮托拉唑(pantoprazole, 诺森): 每次 40 mg, 每日 1~2 次, 口服; 或必要时每次 40 mg, 每日 1~2 次, 静脉注射。

④雷贝拉唑(rebeprazole, 波利特): 每次 10~20 mg, 每日 1~2 次, 口服。

⑤埃索美拉唑(esomeprazole, Nexium, 耐信): 每次 20 mg, 每日 1~2 次, 口服。

4. 促动力药 促进胃肠道蠕动, 减少反流, 单独使用疗效差, 与 H_2RA 及 PPI 合用则疗效明显增强。

(1) 甲氧氯普胺(metoclopramide, 胃复安, 灭吐灵): 多巴胺受体拮抗剂, 可以使 LES 升高, 促进胃排空, 但其可进入血脑屏障引起锥体外系反应。一般需与抗酸药同时使用, 目前在临床上已经较少使用。常用剂量为每次 5~10 mg, 每日 3 次, 饭前服用, 或每次 10~20 mg 肌肉注射或静脉滴注。

(2) 多潘立酮(domperidone, 吗丁啉): 外周性多巴胺拮抗剂, 能增强食管下括约肌张力, 促进食管和胃排空, 无锥体外系反应。长期使用有报道可引起血中泌乳素水平增高, 临床上非哺乳期患者出现泌乳现象。常用剂量为: 多潘立酮每次 10~20 mg, 每日 3 次, 饭前服用。

(3) 西沙比利(cisapride, 普瑞博思): 为 5-HT 受体激动剂, 可加

强并协调胃肠运动,防止食物滞流与反流,加强胃与十二直肠的排空。该药在美国已被FDA撤消,目前在中国尚可用于反流性食管炎治疗,要求剂量在每日15 mg左右,定期复查心电图。对年龄较大,有冠心病、心血管疾病病史的患者慎用。常用剂量为:西沙比利,每次5~10 mg,每日2~3次。

(4) 莫沙比利(mosabium,加斯清):作用与西沙比利类似,可减少GERD患者反流次数和时间,而且不引起Q-T间期延长。作用是多潘立酮的10~12倍。常用剂量为每次5 mg,每日3次,饭前服用。

5. 黏膜保护药 此类药物适用于GERD引起的食管糜烂、溃疡者,具有明显保护胃及食管的黏膜细胞作用,并可轻度抑制胃酸分泌。

(1) 硫糖铝(sucralfate):该药可在黏膜表面形成一层屏障,中和胃酸并吸附胃蛋白酶和胆酸,促进炎症的修复和愈合。常用剂量是每次1 g,每日3次,餐前半小时及睡前服,不良反应有便秘、口干和头晕等。

(2) 米索前列醇(misoprostol, cytotec, 喜克溃):每次200 μ g,每日4次,口服。

(3) 麦滋林(marzulene-S):每次0.67g,每日3次,口服。

(4) 胶体铋剂(colloidal bismuth):每次2粒,每日2次,口服。

(三) 手术治疗

一般采用胃底折叠术,如同时并发食管裂孔疝,可进行裂孔修补及抗反流术。胃底折叠术的手术指征为:①严格内科治疗无效。②有严重的并发症而且内科治疗无效。外科治疗并发食管炎的患者宜定期复查胃镜,伴有食管狭窄者,可进行内镜扩张治疗。经内科正规治疗3个月无效或有并发症者可考虑外科手术治疗。常用的手术方法有不同术式的胃底折叠术、食管裂孔疝修补术及抗反流术。

(四) 并发症的治疗

1. 食管狭窄 可考虑内镜直视下行食管扩张治疗,但扩张术后仍需上述药物维持治疗。