

WS

中 华 人 民 共 和 国 卫 生 行 业 标 准

WS 317—2010

十二指肠溃疡诊断标准

Diagnostic criteria for duodenal ulcer

2010 - 04 - 29 发布

2010 - 11 - 01 实施

中 华 人 民 共 和 国 卫 生 部 发 布

前 言

本标准的附录A、附录B均是资料性附录。

本标准由卫生部医疗服务标准专业委员会提出。

本标准由中华人民共和国卫生部批准。

本标准起草单位：卫生部北京医院、北京大学第一医院、首都医科大学北京朝阳医院、北京积水潭医院。

本标准主要起草人：林嘉滨、许乐、刘方旭、赵莉、田家政、胡伏莲、郝建宇、蓝宇。

十二指肠溃疡诊断标准

1 范围

本标准规定了十二指肠溃疡的诊断依据和原则。

本标准适用于全国各级医疗机构及其医务人员对十二指肠溃疡的诊断。

2 术语和定义

2.1

十二指肠溃疡 duodenal ulcer

与胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关的发生于十二指肠黏膜的慢性溃疡性疾病，多发于十二指肠球部。发生在十二指肠环形皱襞的移行部或其以下部位的溃疡，称为十二指肠球后溃疡。

3 缩略语

下列缩略语适用于本标准。

Hp: 幽门螺杆菌 (helicobacter pylori)

NSAIDs: 非甾体类抗炎药 (non-steroidal antiinflammatory drugs)

4 诊断依据

4.1 危险因素: Hp 感染; 服用 NSAIDs; 吸烟、饮食、精神压力、劳累及遗传等因素均与十二指肠溃疡发病有关。

4.2 症状: 表现多样, 典型表现为反复发作的规律性上腹痛, 为“饥饿痛”和 (或) “夜间痛”, 疼痛性质可多样, 有时甚至无痛。

4.3 体征: 无特异性, 可有上腹部的固定压痛点。

4.4 内镜检查: 内镜是诊断十二指肠溃疡的主要手段, 具体方法参见附录 A。

4.5 上消化道钡餐检查: 龛影为诊断十二指肠溃疡的直接征象。对于较小的、浅表或接近愈合期的溃疡, 钡餐难于诊断。

5 诊断

5.1 临床诊断: 具备上述危险因素及典型症状、体征者, 可拟诊十二指肠溃疡。

5.2 确定诊断: 应通过内镜检查或上消化道钡餐检查, 其中内镜检查更为准确可靠。

5.3 Hp 诊断：Hp 为十二指肠溃疡重要病因，应常规对十二指肠溃疡患者进行幽门螺杆菌检测，具体方法参见附录 B。

5.4 并发症诊断：诊断十二指肠溃疡应同时通过问诊和查体，必要时进行粪便隐血试验及其它相关检查，以评估是否存在上消化道出血、幽门梗阻、消化道穿孔等并发症。

5.4.1 出血：临床表现取决于出血量和出血速度，可表现为黑便和（或）呕血。出血量少时，仅粪便潜血呈阳性；急性大量出血时，表现为呕血和（或）柏油便，可危及生命。

5.4.2 穿孔：急性穿孔可表现为突发剧烈上腹痛，迅速波及全腹。体检可出现腹式呼吸减弱或消失，全腹压痛、反跳痛，腹肌紧张呈“板样”强直，尤以右上腹明显，肝浊音界缩小或消失，可有移动性浊音。慢性穿孔可以穿透胰腺或其他邻近组织，形成包裹，出现相应部位的疼痛。

5.4.3 幽门梗阻：典型症状为发生呕吐宿食，可有胃型及蠕动波、振水音。分为水肿型和瘢痕型：

- a) 水肿型：活动期溃疡，由于幽门痉挛和（或）溃疡周围炎症水肿引起可逆性梗阻；
- b) 瘢痕型：长期反复发作的溃疡，由于溃疡瘢痕形成，可以造成十二指肠变形和狭窄，导致药物治疗不能缓解的持续性梗阻。

5.4.4 癌变：十二指肠溃疡罕见癌变。

6 鉴别诊断

十二指肠溃疡应与其它会引起上腹部疼痛的疾病相鉴别，包括功能性消化不良、胃食管反流病、胃溃疡、上消化道肿瘤、胆道及胰腺疾病、肠道血管疾病以及心血管疾病等。还应与 Zollinger-Ellison 综合征及十二指肠癌等进行鉴别。

附 录 A
(资料性附录)

十二指肠溃疡的内镜下诊断及分期方法

A.1 内镜下应观察溃疡的部位、数目、大小、形态、表面、周边黏膜情况等。十二指肠溃疡多发生于前壁，在内镜下多呈圆形或椭圆形凹陷，偶尔可呈线状，边缘光整，底部平整，覆盖黄色或白色渗出物，周边黏膜充血水肿，有时可见皱襞向溃疡集中。建议根据日本学者提出的分期法对溃疡进行分期，参见表A.1。

表A.1 内镜下溃疡分期法

活动期 (A 期)
A1 期: 苔厚而污秽, 其上可有出血点、凝血块, 周围黏膜明显充血水肿糜烂
A2 期: 苔仍较厚, 周围黏膜炎症水肿减轻, 溃疡边缘可出现红色再生上皮
愈合期 (H 期)
H1 期: 溃疡变浅小, 苔白且薄, 边缘光滑, 溃疡边缘上皮呈红色栅栏样再生, 出现黏膜皱襞集中到溃疡边缘
H2 期: 溃疡明显变浅, 苔白且薄, 变少, 溃疡边缘再生上皮范围变宽
瘢痕期(S 期)
S1 期: 白苔消失, 代之以红色上皮及瘢痕
S2 期: 再生上皮红色消退, 瘢痕色白

A.2 十二指肠溃疡恶性率极低, 一般情况无需常规取活组织进行病理检查, 对于经正规治疗不能愈合的十二指肠溃疡, 在复查内镜时应予进行组织病理检查。

附 录 B
(资料性附录)
常用幽门螺杆菌检测方法

B.1 常用幽门螺杆菌检测方法包括侵入性方法和非侵入性方法。

B.1.1 侵入性检测方法即依赖内镜取材的检测方法,包括快速尿素酶试验(RUT)、组织学检测、细菌培养等。对于需接受内镜检查的患者,快速尿素酶试验宜作为首选的诊断Hp感染的检测方法,一般情况下,在胃窦取材检测的阳性率最高。近期应用抗生素、铋剂或质子泵抑制剂可暂时减少细菌的数量,导致假阴性结果。组织学检查也是常用的检测幽门螺杆菌的方法,HE染色诊断Hp感染敏感性较差,Warthin-Starry银染色阳性率较高。细菌培养是诊断Hp感染最特异的方法,常用于根除失败需做药物敏感试验者,然而分离培养技术要求具有一定的厌氧培养条件和技术,故不作为临床常规的诊断方法。

B.1.2 非侵入性检测方法包括血清学检测、 $^{13}\text{C}/^{14}\text{C}$ -尿素呼气试验($^{13}\text{C}/^{14}\text{C}$ -UBT)、粪便抗原检测等。血清学检查不能单独作为现症感染诊断依据。 ^{13}C 为一种稳定的同位素,不具有放射性, ^{13}C -UBT适用于所有年龄和类型的受检者,包括孕妇和儿童,并且可在短期内多次重复。 ^{14}C -UBT可适用于大多数的成人,但孕妇及儿童不适用此项检测。近期服用质子泵抑制剂、铋剂及抗生素将导致假阴性结果。粪便抗原(HpSA)的检测方法操作简便、省时,适用于所有年龄和类型的受检查者。在检查前服用过抗生素、铋剂或质子泵抑制剂等也会导致HpSA检测产生假阴性结果。

B.1.3 上述检测方法的敏感性和特异性可参照表B.1。

B.1.4 以上任一种诊断方法(除血清学检查外)阳性即可诊断为Hp现症感染。

B.2 对于近期内使用过抗生素、铋剂(4周内)或质子泵抑制剂(2周内)治疗的患者,尿素酶依赖性的检测方法(快速尿素酶试验、 $^{13}\text{C}/^{14}\text{C}$ -尿素呼气试验)可能出现假阴性。对接受Hp根除治疗的患者,应于治疗后进行再次检测,以确认Hp是否被根除。复查应在根除治疗结束至少4周后进行。

表B.1 常用 Hp 检测方法的敏感性及特异性

检测项目	敏感性(%)	特异性(%)
Hp 培养	70~92	100
组织学检查 (Warthin-Starry 银染或改良 Giemsa 染色)	93~99	95~99
尿素呼气试验(UBT)	90~99	89~99
快速尿素酶试验(RUT)	75~98	70~98
粪便抗原检测(HpSA)	89~96	87~94
血清 Hp 抗体	88~99	86~99
注: 此为一些文献报告的结果, 实施时可因技术、试剂的不同而有很大差异		

参 考 文 献

- [1] Sebastian Suerbaum, M. D. , and Pierre Michetti, M. D. *Helicobacter pylori* Infection. *The New England Journal of Medicine* October 10, 2002 Volume 347:1175-86
- [2] Mark. Feldman, BruceFScharschmidt, MarvinH. Sleisenger. *Gastrointestinal and Liver Disease*, 6th ed. 科学出版社, 2001, 638—62
- [3] Braunwald Fauci ,Kasper Hauser,Longo Jamson, 哈里森内科学 15th ed (王德炳译), 人民卫生出版社, 2003, 2030-34
- [4] 中华医学会消化病学分会. 对幽门螺杆菌若干问题的共识意见(2003•中国), 中华医学杂志, 2004 年 06 期, 522-24
- [5] 中华医学会消化病学分会 幽门螺杆菌学组/幽门螺杆菌科研协作组 第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告, 胃肠病学杂志, 2008 Vol 13 No1, 42-6
- [6] 欧洲 2005 年幽门螺杆菌共识意见 Maastricht-3. 见: 胡伏莲主编. 幽门螺杆菌感染诊疗指南, 人民卫生出版社, 2006, 99-100
- [7] 郑芝田主编. 胃肠病学 (第 3 版), 北京: 人民卫生出版社, 2000
- [8] 陈灏珠. 实用内科学, 人民卫生出版社 (第 12 版), 2005, 1866—77
- [9] 王海燕. 内科学, 北京大学医学出版社, 2005, 473—87
- [10] 于皆平, 沈志祥, 罗和生. 实用消化病学, 北京: 科学技术出版社, 2007, 247—55
-