

# 现代中医必备丛书

总主编 王之虹

## 消化病

## 临床诊治

主编 李磊

科学技术文献出版社

现代中医必备

丛书

R259.7

LL

# 消 化 病

## 临床诊治

主 编	李 磊		
副主编	贾秋颖	李焱绯	
编 者	方 涛	刘 成	周晓玲
	徐宝石	赵 丹	王 雪
	石绍顺	张晓萍	张 颖



科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北京

**图书在版编目(CIP)数据**

消化病临床诊治/李磊主编.-北京:科学技术文献出版社,2006.1

(现代中医必备丛书)

ISBN 7-5023-5176-0

I. 消… II. 李… III. 消化系统疾病-中医治疗法 IV. R259.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 135616 号

出 版 者 科学技术文献出版社  
地 址 北京市复兴路15号(中央电视台西侧)/100038  
图书编务部电话 (010)58882909,(010)58882959(传真)  
图书发行部电话 (010)68514009,(010)68514035(传真)  
邮 购 部 电 话 (010)58882952  
网 址 <http://www.stdph.com>  
E-mail: stdph@istic.ac.cn  
策 划 编 辑 李 洁  
责 任 编 辑 李 洁  
责 任 校 对 赵文珍  
责 任 出 版 王杰馨  
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销  
印 刷 者 富华印刷包装有限公司  
版 ( 印 ) 次 2006年1月第1版第1次印刷  
开 本 787×960 16开  
字 数 535千  
印 张 30.5  
印 数 1~5000册  
定 价 46.00元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

## 内 容 简 介

本书对临床中医师碰到的各类消化病的诊治进行了全面介绍。全书以病为纲,每种病都述及其概念、病因病机、诊断、辨证论治、古方今用、中成药治疗、其他治疗方法、现代名家经验、验案举例、现代研究。内容全面,叙述清晰、简练,包括了临床中医师临证所需的知识、经验和资料,是临床中医师必备的工具书。

本书适合内科医师、医学院校师生阅读。

---

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统唯一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。



# 现代中医必备

## 丛书编委会

---

总主编 王之虹

副总主编 曲晓波 王富春

主 编 黄永生 宫晓燕 盖国忠 赵建军  
陈立怀 赵文海 魏丽娟 姜 喆  
刘铁军 韩 梅 韩万峰 朴志贤  
景 瑛 周建华 李 磊 李新建



## 前 言

祖国医学，源远流长，它与中华民族文化同源共生。伏羲制九针，神农尝百草，轩辕易结绳，共为三皇始祖。几千年来，中医药为我国人民的生存与繁衍发挥了凸显的作用。随着时间的推移，祖国医学所具有的独特优势，为海内外医学界所瞩目，并已发展成为世界医学的重要组成部分。继承和发扬祖国宝贵的文化遗产，使其更好地为人类健康服务，是我们广大医务工作者义不容辞的责任。

为了充分展示中医临床优势与特色，全面系统总结现代中医临床的新技术、新方法、新成果，更好地推动现代中医临床工作的开展，为广大患者解除病痛。我们组织了长春中医学院及其他兄弟院校的各临床学科带头人，以及具有丰富临床经验的专家、教授，共同完成了《现代中医必备丛书》的编撰工作。

本套丛书以临床各科为主，分为传染病、急症、呼吸病、心血管病、消化病，泌尿病、血液病、内分泌代谢病、肾脏病、神经内科病、外科病、肛肠病、皮肤病性病、筋伤与骨疾病、骨折与脱位疾病、妇科病、儿科病、眼病、耳

鼻咽喉病等中医临床专著。每部著作均以临床各类疾病为章，下设：概念、病因病机、诊断、辨证论治、古方今用、中成药治疗、其他疗法、现代名家经验、验案举例、现代研究等栏目。论述详尽，内容丰富，中西汇通，实用性强，充分体现了中医辨证论治的特色。理法相应，结构完整，是现代中医临床必备的参考书。

本套丛书适用于各级、各类医院临床工作者，是广大医务工作者、医学院校学生学习提高的重要参考著作，对于广大患者也具有极大帮助。

由于编写本套丛书的时间紧，工作量较大，难免存在不足之处，敬请广大读者提出意见和建议，以便今后进一步修改和完善。

**王之虹**

2005年10月于长春



# 目 录

---

第1章	反流性食管炎 .....	(1)
第2章	食管癌 .....	(22)
第3章	慢性胃炎 .....	(33)
第4章	消化性溃疡 .....	(57)
第5章	胃癌 .....	(81)
第6章	结核性腹膜炎.....	(104)
第7章	溃疡性结肠炎.....	(126)
第8章	腹泻.....	(145)
第9章	腹痛.....	(169)
第10章	酒精性肝病 .....	(186)
第11章	脂肪肝 .....	(208)
第12章	肝硬化 .....	(233)
第13章	原发性肝癌 .....	(263)
第14章	肝性脑病 .....	(293)
第15章	慢性胆囊炎 .....	(316)
第16章	胆石症 .....	(338)
第17章	急性胰腺炎 .....	(356)
第18章	慢性胰腺炎 .....	(383)
第19章	胰腺癌 .....	(399)

第 20 章	上消化道出血 .....	(409)
第 21 章	黄疸 .....	(433)
第 22 章	便秘 .....	(457)

# 第1章

## 反流性食管炎

### 1 概念

反流性食管炎系指由于胃和(或)十二指肠内容物反流入食管,引起食管黏膜的炎症、糜烂、溃疡和纤维化等病变,属于胃食管反流病。中医学对于本病的认识主要见于“吞酸”、“嘈杂”。

### 2 病因病机

#### 2.1 中医学认识

##### 2.1.1 饮食失调

饮食不节,过食肥甘厚味或醇酒煎炸食物,损伤脾胃,湿热内生,或进食腐败变质的食品,使食不消化,胸膈郁塞,胃气不和而致吞酸。

##### 2.1.2 寒邪犯胃

感受风寒,寒邪犯胃,胃阳被遏,湿浊内停,郁而成酸。或过食生冷,中阳受伤,寒邪客于脾胃,而成本病。

##### 2.1.3 七情内伤

郁怒伤肝,使肝木疏泄功能被遏,气机阻滞,逆乘脾胃,而致两胁胀痛,嗳气吞酸;或因思虑伤脾,脾胃受损,中阳不足,痰浊内聚,酿而成酸。

##### 2.1.4 脾胃虚弱

禀赋不足,或劳倦内伤,脾胃受损,食少运迟,形成嗳气吞酸或泛吐清涎酸水之证。

综上:本病多由肝气郁结,胃气不和而发,这是病机的重点。

#### 2.2 西医学认识

##### 2.2.1 食管胃连接处解剖和生理抗反流屏障的破坏

食管胃连接处抗反流屏障亦称第一抗反流屏障,其中最重要的结构是食管下端括约肌(LES)。LES在食管与胃交界线之上3~5 cm范围内的高压区。该处静

息压约为 2.0~4.0 kPa(15~30mmHg),构成一个压力屏障,起着防止胃内容物反流入食管的生理作用。有资料表明,反流性食管炎的患者 LES 压降低,而增加 LES 压的药物则可使反流症状改善。

### 2.2.2 食管酸廓清功能的障碍

正常的食管酸廓清功能包括食管排空和唾液中和两部分。当酸性胃内容物反流时,只需 1~2 次(约 10~15 秒)食管继发性蠕动即可排空几乎所有的反流物。残留与食管黏膜陷窝内的少量酸液则可被唾液(正常人每小时约有 1 000~1 500 ml,pH 值为 6~8 的唾液经食管入胃)中和。食管酸廓清功能在于减少食管黏膜浸泡于胃酸中的时限,故有防止反流性食管炎的作用。研究发现,大多数食管排空异常早发于食管炎,而有唾液分泌减少而发生食管炎者则罕见。

### 2.2.3 食管黏膜抗反流屏障功能的损害

食管黏膜抗反流屏障功能由以下因素组成:①上皮前因素包括黏液层,黏膜表层的  $\text{HCO}_3^-$  浓度;②上皮前因素包括上皮细胞和细胞间的连接结构,以及上皮运输、细胞内缓冲液、细胞代谢等功能;③上皮后因素系指组织的基础酸状态和血供情况。

当上述防御屏障受损伤时,即使在正常反流情况下,亦可导致食管炎。研究表明,食管上皮细胞增生和修复能力的削弱是反流性食管炎产生的重要因素之一。

### 2.2.4 胃十二指肠功能异常

(1)排空异常:在反流性食管炎患者中胃排空延迟的发生率在 40% 以上,但两者的因果关系尚有争论。

(2)胃十二指肠反流(GER):在正常情况下,食管鳞状上皮细胞有角化表层,可以防止  $\text{H}^+$  渗入黏膜,以保护食管黏膜面免受酸性反流物的损伤。当幽门括约肌张力和 LES 压同时低下时,胃酸中的盐酸和胃蛋白酶,十二指肠液中的胆酸、胰液和溶血性卵磷脂等均可同时反流入食管,侵蚀食管上皮细胞的角化层,并使之变薄或脱落。

## 3 诊 断

### 3.1 临床表现

#### 3.1.1 胸骨后烧灼感或疼痛

症状多在餐后 1 小时左右发生,半卧位、躯体前屈或剧烈运动可诱发,在服制酸剂后多可消失,而过热、过酸食物则可使之加重。

### 3.1.2 胃食管反流

每于餐后、躯体前屈或夜间卧床睡觉时,有酸性液体或食物从胃、食管反流至咽部或口腔。此症状多在胸骨后烧灼感或烧灼痛发生前出现。

### 3.1.3 咽下困难

初期常可因食管炎引起继发性食管痉挛而出现间歇性咽下困难。后期则可由食管瘢痕形成狭窄,烧灼感和烧灼痛逐渐减轻而为永久性咽下困难所替代,进食固体食物时可在剑突处引起堵塞感或疼痛。

### 3.1.4 出血及贫血

严重食管炎者可出现食管黏膜糜烂而致出血,多为慢性少量出血。长期或大量出血均可导致缺铁性贫血。

## 3.2 实验室检查

### 3.2.1 食管滴酸试验

患者取坐位,经鼻腔放置胃管。当管端达 30~35 cm 时,先滴入生理盐水,每分钟约 10 ml,历 15 分钟。如患者无特殊不适,换用 0.1N 盐酸,以同样滴速滴 30 分钟。在滴酸过程中,出现胸骨后痛或烧灼感者为阳性反应,且多于滴酸的最初 15 分钟内出现。如重复两次均出现阳性反应,并可由滴入生理盐水缓解者,可判断有酸胃食管反流,试验的敏感性和特异性约 80%。

### 3.2.2 食管腔内 pH 值测定

将一置于胃腔内的 pH 电极,逐渐拉入食管内,并置于食管下段括约肌(LES)之上方向约 5 cm 处。正常情况下胃内 pH 值甚低。此时嘱患者取仰卧位并作增加腹部压力的动作,若食管内 pH 值下降至 4 以下,说明有胃食管反流现象存在。近年来,24 小时食管 pH 监测已成为测定有无酸性 GER 的标准。

### 3.2.3 食管腔内压力测定

正常人静止时 LES 压力约 2~4 kPa,或 LES 压力与胃腔内压力比值  $>1$ 。当静止时,LES 压力  $<0.8$  kPa,或两者比值  $<1$ ,则提示 LES 功能不全,或有 GER 存在。该试验对判断是否有 GER 有一定的局限性。

### 3.2.4 胃-食管闪烁显像

此方法可估计胃-食管的反流量。此法的敏感性和特异性约 90%。

### 3.2.5 食管吞钡 X 线检查

不敏感,假阳性较多。

### 3.2.6 内镜检查及活组织病理检查

通过内镜及活组织病理检查,可以确定是否有反流性食管炎的病理改变,以及

有无胆汁反流存在,对诊断本病和估计病变的严重程度有重要价值。

## 4 辨证论治

### 4.1 辨证纲目

**辨寒热:**本病在临床上有偏寒、偏热之分,除了主要症状和兼症外,主要从舌脉上辨。热证多见舌质红,苔黄厚,脉弦数;寒证多见舌质淡,苔薄白,脉沉迟。

#### 4.1.1 热证

吐酸时作,暖臭腐气,胃脘饱闷,大便臭秽,口干口渴,或心烦易怒,两胁胀痛,舌质红,苔黄厚,脉弦滑。

#### 4.1.2 寒证

吐酸时作时止,胸脘胀闷,暖气臭腐,喜唾涎沫,饮食喜热,四肢不温,疲倦乏力,大便溏薄,舌淡红,苔薄白,脉沉迟。

### 4.2 审因论治

主要治疗原则有二:一是泻肝和胃,苦辛通降。二是温中散寒,和胃制酸。

#### 4.2.1 热证

泻肝和胃,苦辛通降。左金丸加味。以黄连配伍吴茱萸。为增强和胃制酸作用,可酌加乌贼骨,瓦楞子;兼夹食滞者,可加入鸡内金、谷芽、麦芽、山楂等。

#### 4.2.2 寒证

温中散寒,和胃制酸。香砂六君子汤和吴茱萸为主方。尚可酌加川椒、薏仁之类以增强温中和胃之力。若脾虚不运,湿浊留恋中焦,舌苔白腻不化者,可加藿香、佩兰、苍术、厚朴以化湿醒脾。

## 5 古方今用

### 5.1 乌梅汤

组成:乌梅 20 g,细辛 6 g,黄连 2 g,干姜、桂枝、当归、川椒、人参各 10 g,附子(先煎)、黄柏、吴茱萸各 8 g。

制法:日 1 剂,水煎 2 次,取汁 200 ml。

服法:每次 100 ml,每日 2 次。

分析:乌梅汤由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、川椒、桂枝、黄柏、人参组成,原为治疗蛔厥症,属寒热错杂而正气虚者设,辛苦酸味俱备,既清肝热,又温中补虚。吞酸症,现代医学认为由胃酸分泌过多引起,而乌梅味酸,一般认为其能使胃酸分泌增加,因此治疗吞酸一症多避开乌梅。而本篇作者,用乌梅 20 g,不但未

使胃酸增加,病情加重,反而很快病愈。实践再次证明了祖国医学辨证论治的科学性。

### 5.2 柴胡疏肝汤(《金匱翼》)

组成:柴胡、赤芍、川芎、香附、枳壳、陈皮、甘草。

加减法:偏于湿热者加黄柏、苍术以清热燥湿;偏于寒湿者加藿香、砂仁、吴茱萸以温化寒湿;偏于脾虚者加党参、白术、茯苓、半夏以益气健脾。如腹胀暖气,大便干燥者加大黄、厚朴以通腑降气消胀。

制法:日1剂,水煎2次,取汁200 ml。

服法:每次100 ml,每日2次。

方解:方中柴胡疏肝解郁,香附理气疏肝,助柴胡以解肝郁;川芎行气活血以止痛;陈皮、枳壳理气行滞;芍药、甘草养血柔肝,缓急止痛。

### 5.3 广济槟榔散(《外台秘要》)

组成:槟榔12 g,人参、葶苈各6 g,橘皮、茯苓各9 g。生姜为引。

加减法:偏于脾虚者,加白术、扁豆;腹胀暖气者,加枳壳、砂仁;偏于湿热者,加黄连;有吐血者,加三七、白及。

制法:日1剂,水煎2次,取汁200 ml。

服法:每次100 ml,每日2次。

方解:方中槟榔行气导滞,人参、茯苓健脾益气,陈皮、葶苈温中和胃。全方消补并施,行气导滞,健脾和胃,调整并加强胃肠功能,故获效较佳。

### 5.4 加味半夏泻心汤

组成:黄芩10 g,黄连6 g,党参15 g,干姜6 g,炙甘草5 g,大枣15 g,枳壳10 g,全瓜蒌15 g,白芍12 g,石斛10 g,蒲公英15 g。

制法:每日1剂,水煎2次,取汁200 ml。

服法:每次100 ml,每日2次。

分析:反流性食管炎属于中医“噎膈”、“胃痛”范畴,常经久不愈,每多虚实兼夹,其虚常为阴液不足,其实常为气滞痰阻,故治疗时必须虚实兼顾,刚中有柔,必须以宣通为贵,和降为顺,升降得宜,本方以寒热并用和其阴阳,苦辛通降以顺其升降,补泻同施以调其虚实,故临床取效显著。

### 5.5 旋覆代赭汤(张仲景)

组成:旋覆花10 g,代赭石15 g,半夏10 g,厚朴12 g,大贝10 g,黄连6 g,大黄6 g,吴茱萸6 g,丹参15 g,白及10 g,炙甘草10 g,生姜、大枣为引。

制法:每日1剂,水煎2次,取汁200 ml。

服法:每次 100 ml,每日 2 次。

方解:方中旋覆花降气消痰,代赭石重镇降逆为主药,配半夏、大贝、厚朴、吴茱萸理气降逆,消痞散结,能提高食道下段括约肌张力,增强食管及胃蠕动,降低胃内压力,防止胃液反流。大黄、黄连消炎杀菌,白及收敛止血,丹参活血化瘀止痛,合用可以促进糜烂面的愈合,保护受损之黏膜。生姜、大枣、炙甘草调和诸药、健脾胃。全方共奏和胃降逆、行气止痛之功,能有效地改善局部微循环,促使受损组织修复而达到治愈的目的。

## 6 中成药治疗

### 6.1 王氏保赤丸

功效:健脾祛滞,和胃降逆。

服法:每日 3 次,每次 120 粒,7 天为 1 个疗程。

### 6.2 气滞胃痛冲剂

功效:舒肝理气,和胃止痛。

适应证:用于肝郁气滞,胸痞胀满,胃脘疼痛。

服法:每次 1 袋,每日 3 次。

### 6.3 三九胃泰颗粒

适应证:上腹隐痛,饱胀,反酸,恶心,呕吐,纳减等。

服法:每次 1 袋,每日 3 次。

### 6.4 胃必治

适应证:用于缓解胃酸过多引起的胃痛、烧灼感、泛酸、慢性胃炎。

服法:每次 1~2 片,每日 3 次,饭后嚼服。

### 6.5 胃苏颗粒

适应证:气滞型胃脘痛,慢性胃炎及消化性溃疡。

服法:每次 1 袋,每日 3 次。

## 7 其他疗法

### 7.1 中药保护羹疗法

方法:给予吗丁啉 10 mg,每日 3 次,饭前 20~30 分钟口服;饭后 30 分钟服中药护膜羹药物由白及、黄连、山药、甘草组成,按 5:1:5:1 的比例,共研细末,每次 5 g 与适量藕粉混合,用大枣 10 枚煎汤,冲粉呈糊状,约 100 ml,待冷至 30~40 ℃ 时,取左右仰卧卧位,各服羹一大口,慢慢咽下,4 周为 1 个疗程。



分析:选用中药局部治疗,护膜消炎为主,选用药粉,调成羹服,目的在于使药物充分与黏膜接触,保护黏膜,减轻反流物对黏膜的刺激。药用白及,消肿生肌,促进黏膜炎症的修复。对发生浅溃疡者,有促进愈合作用;黄连苦寒、清热消炎,降逆除痞,山药甘平,健脾胃、化痰涎,含淀粉多,有顾护黏膜作用;甘草甘平,具消炎之功,其味甜,调和诸药;用大枣煎汤冲调,有调补胆胃,培养胃气;用藕粉调成糊状,便于服用。诸药合用,达到护膜功效,消除或减轻黏膜刺激,促进炎症修复。

## 7.2 高压氧疗法(HBO)

HBO 治疗反流性食管炎效果明显可能与以下因素有关:一是 HBO 能改善食管黏膜的供氧,减轻局部水肿;二是 HBO 可使胃酶分泌减少,减轻对食管黏膜的刺激;三是 HBO 能促使贲门食管括约肌功能的恢复,减少反流次数及反流量,以上几种因素均可能有利于病灶的愈合。

## 7.3 中药糊剂治疗反流性食管炎

治疗方法:取乌贼骨 150 g,精制乳香、没药各 30 g,代赭石 150 g,白及 75 g,枳壳 75 g,蒲公英 75 g,三七 30 g 共为细面,每次取药面 15 g,藕粉适量,先用热开水将藕粉调成稀糊状,再将药面拌入调匀,饭后半小时服,服药后立即躺下,每日 3 次,2 周为 1 个疗程。一般 1 个疗程可愈。

讨论:此治疗方案是依据本病的发病机制而制定的。以乌贼骨碱化胃内环境直接减少胃酸和胃蛋白酶对食管黏膜的刺激和消化作用,促进胃泌素释放,进而提高食管下段括约肌的压力。枳壳、代赭石行气宽中、降逆止呕,可提高食管下段括约肌的功能,抑制胃内容物反流而治本。以制乳没、白及、蒲公英、三七消肿止痛,散瘀生肌可明显减轻症状,加速食管黏膜修复而治标。借助藕粉糊剂的黏附力,使药物不致于很快就通过损伤之食管,有利于充分发挥药物局部治疗作用。如此中西医结合,标本兼治,所以提高了治疗效果。

# 8 现代名家经验

## 8.1 陈泽民诊治经验

陈泽民认为,本病的病因病机:①长期情志内伤,引起肝气郁结,横逆犯胃,胃气失于和降,浊气上逆;②饮食不节,劳倦伤脾,脾胃受损,致升降功能失常,胃火、浊气上逆而患病。本病辨证当分寒热虚实,实证多见肝气犯胃,脾胃湿热;虚证多见脾胃虚弱,胃阴不足;本虚标实之证则以脾虚气滞,气滞血瘀为多见。治疗要审证求因,治病求本,注意局部病变与全身病变结合施治,主症与次症兼顾施治,攻邪与扶正结合施治。