



▶ LINCHUANG NEIKE JIBING
ZHENLIAOXUE

临床 内科疾病 诊疗学



杨 华 闫雪洁 张洪青 于风云◎主编



知识产权出版社
全国百佳图书出版单位

临床内科疾病诊疗学

杨 华 闫雪洁 张洪青 于风云 主编



知识产权出版社

全国百佳图书出版单位

图书在版编目 (CIP) 数据

临床内科疾病诊疗学/杨华等主编. —北京: 知识产权出版社, 2014. 3

ISBN 978 - 7 - 5130 - 2629 - 1

I. ①临… II. ①杨… III. ①内科—疾病—诊疗 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 046262 号

内容提要

近年来随着基础医学理论与技术的蓬勃发展, 临床医学内容的不断更新与深入, 国人生活的环境条件不断变化, 临床上常见病的疾病谱也在逐渐改变, 疾病的诊断、治疗手段也在不断进步。为适应医学科学和临床研究迅速发展的形势, 内科学这个大的学科相应也进入一个飞速发展的阶段。内科学与许多基础学科和其他临床学科有密切关系, 所阐述的内容在整个临床医学的理论和实践中具有普遍意义, 是学习和掌握其他临床学科的重要基础。本书编写力求定义准确、概念清楚、结构严谨、层次分明, 从临床实际出发, 重点突出诊断与治疗的先进性和实用性, 优化临床思维, 易为基层内科医师掌握。内容以影响健康较为严重的内科常见病、多发病为重点, 并对内科学领域中的研究新进展作了简明扼要的介绍。全书内容实用, 知识前沿, 文字流畅, 图文并茂, 是一本很好的参考书。

责任编辑: 栾晓航

责任出版: 谷 洋

临床内科疾病诊疗学

LINCHUANG NEIKE JIBING ZHENLIAOXUE

杨 华 闫雪洁 张洪青 于风云 主编

出版发行: 知识产权出版社有限责任公司

社 址: 北京市海淀区马甸南村 1 号

责编电话: 010 - 82000860 转 8382

发行电话: 010 - 82000860 转 8101/8102

印 刷: 北京中献拓方科技发展有限公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

版 次: 2014 年 4 月第 1 版

字 数: 600 千字

ISBN 978 - 7 - 5130 - 2629 - 1

网 址: <http://www.ipph.cn>

邮 编: 100088

责编邮箱: luanxiaohang@cnipr.com

发行传真: 010 - 82000893/82005070/82000270

经 销: 各大网上书店、新华书店及相关专业书店

印 张: 25.25

印 次: 2014 年 4 月第 1 次印刷

定 价: 76.00 元

出版权专有 侵权必究

如有印装质量问题, 本社负责调换。

临床内科疾病诊疗学

编委会

主 编

杨 华 山东省烟台市中医院
闫雪洁 山东省烟台市中医院
张洪青 山东省烟台市中医院
于风云 山东省烟台市中医院

副主编

张 莉 山东省武城县人民医院
刘 波 河北省承德市中心医院
曲红梅 山东省潍坊市人民医院
邹 宇 湖北省利川市合作医疗办公室
徐 超 湖北省荆州市第一人民医院

编 委

王小燕 山东省即墨市人民医院
刘建红 山东省潍坊军分区第四干休所
邵先川 山东省即墨市疾病预防控制中心
李振芳 山东省即墨市第三人民医院

目 录

第一篇 消化系统疾病	(1)
第一章 胃炎	(1)
第二章 消化性溃疡	(10)
第三章 上消化道出血	(20)
第四章 肠结核	(29)
第五章 胃癌	(32)
第六章 肝硬化	(38)
第七章 原发性肝癌	(44)
第八章 反流性食管炎	(51)
第九章 食管裂孔疝	(55)
第十章 食管癌	(58)
第十一章 溃疡性结肠炎	(63)
第十二章 消化道肿瘤	(70)
第十三章 急性腹膜炎	(85)
第十四章 肠易激综合征	(87)
第二篇 呼吸系统疾病	(90)
第一章 急性气管 - 支气管炎	(90)
第二章 慢性支气管炎	(92)
第三章 阻塞性肺气肿	(96)
第四章 支气管哮喘	(103)
第五章 支气管扩张症	(116)
第六章 肺炎	(120)
第七章 肺脓肿	(137)
第八章 原发性支气管肺癌	(142)
第九章 肺循环病变	(157)
第十章 肺结核	(177)
第十一章 肺部肿瘤	(185)
第十二章 呼吸衰竭	(195)

第三篇 泌尿系统疾病	(204)
第一章 原发性肾小球疾病	(204)
第二章 泌尿系统感染性疾病	(217)
第四篇 神经系统疾病	(234)
第一章 周围神经疾病	(234)
第二章 脊髓疾病	(242)
第三章 脑血管疾病	(248)
第五篇 循环系统疾病	(258)
第一章 心功能不全	(258)
第二章 心脏瓣膜病	(288)
第四章 高血压病	(341)
第六篇 内分泌及代谢系统疾病	(371)
第一章 下丘脑-垂体病	(371)
第二章 甲状腺病	(378)
第三章 肾上腺疾病	(388)
第四章 糖尿病	(395)

第一篇 消化系统疾病

第一章 胃炎

一、急性胃炎

急性胃炎是由各种有害因素引起的胃黏膜或胃壁的炎症，常分为单纯性胃炎、糜烂性胃炎、化脓性胃炎和腐蚀性胃炎，同时伴有食管炎症者称食管胃炎，伴有肠道炎症者称急性胃肠炎。本病病程较短，一般治疗数天即可恢复，仅少数病人留有后遗症。属于中医“胃脘痛”、“呕吐”等病证范畴。

【病因和发病机制】

急性胃炎的病因多种多样，既可通过食物进入胃内而引发，也可以受全身因素的影响。

1. 急性单纯性胃炎。可由化学因素、物理因素、微生物感染或细菌毒素等引起。化学因素有药物（如水杨酸盐类、肾上腺皮质激素、利血平、某些抗生素及抗癌药物）、烈酒和胰酶等；物理因素如进食过冷、过热或粗糙的食物，损伤胃黏膜引起炎症；微生物有沙门菌属、嗜盐杆菌和幽门螺杆菌以及某些流感病毒和肠道病毒等；细菌毒素以金黄色葡萄球菌毒素为多见，偶为肉毒杆菌毒素。细菌和（或）其毒素常同时累及肠道，引起急性胃肠炎；误服某些有毒植物和毒蕈等也可引起急性胃肠炎。临床上以感染或细菌毒素所致急性单纯性胃炎为多见。

2. 急性糜烂性胃炎。各种理化因素、微生物感染及细菌毒素等均可破坏胃黏膜屏障而导致 H^+ 及胃蛋白酶的反弥散，引起胃黏膜损伤而发生出血及糜烂。一些危重疾病如败血症、大面积的烧伤、颅内病变、大手术、创伤、休克，或心、肺、肝、肾衰竭等的严重应激状态更为常见的病因。目前确切的发病机制尚不清楚，但胃黏膜缺血和胃酸分泌增加是两个重要的发病原因。

3. 急性化脓性胃炎。是胃壁细菌感染引起的化脓性病变。最常见的致病菌为链球菌，但也可由葡萄球菌、肺炎双球菌或大肠杆菌等引起。侵入黏膜下途径：①随食物进入胃内，再由破溃处进入黏膜下；②由于全身感染，细菌由血行来到黏膜下。

4. 急性腐蚀性胃炎。主要由于吞服强酸、强碱及来苏尔或其他腐蚀剂后，而引起胃组织糜烂、溃疡、坏死，甚至穿孔的一种疾病。病变轻重取决于毒物的浓度、作用时间的长短。轻型病人预后良好，可不留后遗症。重型病人可出现休克、胃肠道大出血、胃穿孔及急性肾功能衰竭，预后差。急性期过后可遗留食管狭窄和胃狭窄。

【临床表现】

急性胃炎的临床表现常因病因不同而很不一致。

1. 急性单纯性胃炎。由于酗酒、刺激性食物和药物引起者，多有上腹部不适、疼痛、食欲减退、恶心、呕吐等症状，一般不很严重。食物中毒所致症状轻重不一，一般在食后数小时至24h内发病，大多有中上腹部不适、疼痛甚至剧烈腹绞痛、食欲减退、恶心、呕吐等，常伴有急性水样腹泻，严重者可有发热、失水、酸中毒、休克等中毒症状。由药物引起的除上述症状外，常伴有上消化道出血的表现。

2. 急性糜烂性胃炎。起病前可无明显不适，或仅有消化不良的症状，但常为原发的严重疾病所掩盖。往往以上消化道出血为主要表现，有呕血和黑便，出血量一般不大，常呈间歇性，可自止。

3. 急性化脓性胃炎。以全身脓毒血症和急性腹膜炎为其主要临床表现，常有突发性上腹剧痛、寒战、高热、腹膜炎症状、脓性腹水和恶心呕吐等。

4. 急性腐蚀性胃炎。吞服腐蚀剂后，最早出现的症状为口腔、咽喉、胸骨后及中上腹部剧烈疼痛、绞窄感，严重呼吸困难，呃逆、咳嗽、发热、心慌、血压下降，糜烂严重者可发生出血。

【诊断】

（一）实验室及其他检查

1. 化验检查。一般发病原因明确，不做辅助检查即可明确诊断。血中白细胞可增高，大便潜血亦可呈阳性。

2. 胃镜检查。胃镜检查机会不多，可见胃黏膜水肿、充血，表面覆盖有炎性渗出物和黏液，有时黏膜有出血点或糜烂。

（二）诊断要点

根据病史和临床表现，一般不难做出诊断。少数病人，特别是症状不明显而有上消化道大出血者，应作紧急胃镜检查以明确诊断。急性胃炎时胃镜观察可见到黏膜充血、水肿、黏液增多，表面有灰黄色渗出物等。少数可见到黏膜大面积糜烂、浅表溃疡和出血。

【治疗】

（一）中医中药治疗

1. 饮食积滞。

症状：胃脘胀满疼痛拒按，嗝腐酸臭，或呕吐不消化食物，吐后痛减，食后加重，纳少厌食，大便不爽，舌质淡红，苔厚腻，脉滑。

治则：消食导滞，和胃调中。

方药：保和丸加减。山楂 15g，神曲 10g，莱菔子 10g，陈皮 10g，半夏 10g，茯苓 10g，连翘 15g，焦三仙各 15g，槟榔 10g，枳实 10g。积滞较多，腹满便秘者，可加大黄、厚朴；热重者，可加黄芩、黄连；腹痛引及两胁者，可加柴胡、郁金。

2. 湿热积滞。

症状：胃脘胀满疼痛，饮食减少，嗝气、恶心，或伴有呕吐，渴不欲饮，大便不畅，舌质红，苔黄厚或黄腻，脉弦滑。

治则：清热化湿，和胃调气。

方药：平胃散加减。苍术 10g，厚朴 10g，茯苓 10g，半夏 10g，陈皮 10g，黄连 6g，黄芩 10g，草豆蔻 10g，炙甘草 3g。热重而大便秘结者，可加大黄、枳实；疼痛较重者，

可加玄胡、白芍；湿重者，可加薏米、佩兰。

3. 寒凝气滞。

症状：突然胃痛，痛无休止，得温则减，遇寒加重，口淡不渴，喜热饮，或恶寒身痛，舌苔薄或白腻，脉弦紧或沉迟。

治则：温胃散寒，行气止痛。

方药：良附丸加味。高良姜 10g，制香附 10g，吴茱萸 6g，草豆蔻 10g，乌药 10g，枳壳 10g，甘草 6g。腹痛欲大便，脉沉微，为阴浊内凝，阳气虚弱，加小茴香、熟附子、白术、茯苓；如脐中痛不可忍，喜按喜温者，为肾阳不足，寒邪内侵，宜用通脉四逆汤以温通肾阳；如腹中冷痛，手足逆冷，而又身体疼痛，为内外皆寒，宜用乌头桂枝汤以散内外之寒。

4. 肝郁气滞。

症状：胃脘胀满，攻撑作痛，痛连两胁，嗳气频作，善太息，情志不畅时更甚，或心烦易怒，呕吐、吞酸，口干口苦，舌淡红，苔薄白，脉弦或弦数。

治则：疏肝理气，和胃止痛。

方药：柴胡疏肝散加减。柴胡 10g，陈皮 10g，枳壳 10g，制香附 10g，川芎 6g，白芍 15g，川楝子 10g，玄胡 10g，黄连 6g。有瘀血者，加当归、赤芍、五灵脂；如属跌仆创伤后瘀滞作痛者，可加王不留行、参三七粉。

5. 热毒炽盛。

症状：多有过食浓酒或药毒伤中史。中脘隐痛，痛势渐剧，脘腹痞满，口渴喜饮，舌红苔黄，脉数或滑数。

治则：清热解毒，化瘀止痛。

方药：射干汤加减。射干 10g，栀子 10g，茯苓 10g，白术 10g，生地 30g，丹皮 10g，赤芍 10g，升麻 10g，蜂蜜 15mL。疼痛重者，可加玄胡、白芍、当归；热重者，可酌加黄芩、黄连。

6. 胃火内炽。

症状：病起急速，大量呕血或便血，胃脘灼热而痛，烦躁口渴，面红唇赤，舌质红，舌苔黄燥或黄腻，脉洪大弦数。

治则：清胃泻火，活血止血。

方药：清胃散加减。川黄连 10g，生地 30g，丹皮 12g，当归 10g，升麻 6g，黄芩 10g。可酌加大蓟 10g，小蓟 10g，白茅根 30g。烦躁者，可加柴胡 10g，龙胆草 10g。

(二) 西医疗治

主要是对症治疗，包括去除病因，卧床休息，进食清淡流质饮食。有严重细菌感染的病例，应口服电解质溶液，少量多次补给水分；若呕吐不止者，可给予灭吐灵肌内注射。腹痛重者，可用解痉药如阿托品肌内注射，不能口服者可给予静脉补充水电解质。此外，应给予抗生素如庆大霉素、氟哌酸、吡哌酸等口服。急性腐蚀性胃炎病人，除解毒剂外，不进食其他食物，忌洗胃。若服强酸后，可给氧化镁、牛奶或蛋清保护胃黏膜；吞服强碱者，可给弱酸性溶液口服，如食醋 100~200mL，或适量果汁，3%~5% 的醋酸或 0.5% 稀盐酸等；吞服来苏尔等酚类物质者，可先口服 60~100mL 植物油，如花生油或菜油等，因来苏尔、石炭酸在植物油内毒性大为降低。随后可口服牛奶、豆浆、米汤及

蛋清等,以保护胃黏膜。病人应静脉输液补充营养物质,直至症状消失,纠正脱水及电解质紊乱,注意酸碱平衡等。发生食管狭窄时可用探子扩张或经食管镜用气囊扩张。另外,常规应用抗生素,以防止感染。急性化脓性胃炎,一旦确诊,应立即进行手术,并使用大剂量抗生素控制感染,纠正休克、维持水、电解质平衡。

【护理措施】

1. 解释病情。向患者说明引起急性胃炎的病因,帮助患者寻找发病原因,去除发病因素,控制病情。

2. 休息。嘱患者卧床休息,尤其对急性应激导致出血的患者,护士应作心理疏导,使患者了解其健康状况,解除其恐惧心理,保证身心两方面的松弛和休息。

3. 饮食护理。进无渣、温热的半流质食物,少量出血者可给予流质饮食以中和胃酸,大出血者应禁食。

4. 用药护理。指导患者正确使用相关药物(见“上消化道大出血患者的护理”)。

【健康指导】

1. 用药指导。向患者及家属讲明病因,指导非甾体抗炎药、激素等药物的使用。

2. 饮食指导。饮食要有规律,劝告患者戒酒,避免进食刺激性食物。

3. 知识普及。使患者及家属了解本病为急性病,应及时治疗及预防复发,防止发展为慢性胃炎。

二、慢性胃炎

慢性胃炎是一种常见病、多发病,其发病率在各种胃病中居首位。男性多于女性。部分慢性浅表性胃炎可演变为萎缩性胃炎(CAG),少数萎缩性胃炎又可演变为胃癌。属于中医“胃脘痛”、“呕吐”等病证范畴。

【病因和发病机制】

慢性胃炎的病因尚未完全明了,可能与以下因素有关,如急性胃炎;鼻、口、咽部等局部病灶的细菌或其毒素被吞入,并长期刺激胃黏膜;习惯性食用对胃黏膜有刺激的烈酒、浓茶、过热或过冷饮食等;幽门括约肌功能失调,十二指肠液返流入胃;过度吸烟;长期服用对胃有刺激的药物;胃酸缺乏,使细菌易于在胃内繁殖;免疫因素、营养不良、幽门螺杆菌感染等。其发病机制可能有以下几个方面。

1. 自身免疫反应与慢性胃炎。在部分胃炎病人的血液中找到壁细胞抗体和内因子抗体,说明这类胃炎是一种自身免疫病。临床上慢性萎缩性胃炎较常见。

2. 胆汁或十二指肠液反流。纤维胃镜发现,胆汁反流是引起慢性胃炎的一个重要原因,这种胃炎称为胆汁反流性胃炎或碱性反流性胃炎。造成反流的主要原因是幽门功能失调。胃切除术后胃炎就是典型的胆汁反流性胃炎。

3. 烟草物质的作用。动物试验与临床研究证实,烟草物质对胃的损害主要是贲门和幽门括约肌。有人报道吸烟量与年限同胃炎发生率呈正相关。24小时吸烟20支以上者胃炎发生率达70%。

4. 慢性乙醇刺激。乙醇对胃黏膜有损害作用,长期嗜酒者更甚。其损害机制为:①乙醇直接损害胃黏膜;②乙醇刺激壁细胞,促进胃酸分泌;③刺激胃泌素释放增加胃酸分泌;④直接作用于幽门括约肌引起幽门功能关闭不良,导致胆汁反流。

5. 慢性药物刺激。慢性药物刺激引起胃炎临床并不少见。这种胃炎临床上称为药物

性胃炎。

6. 慢性炎症。90%慢性扁桃体炎病人胃内有慢性炎症改变。在慢性副鼻窦炎、咽炎病人胃黏膜呈浅表性炎症改变者也很常见。这些疾病引起慢性胃炎的机制主要是细菌或细菌毒素的直接作用。

7. 精神神经因素。一部分“胃神经官能症”、“胃肠功能紊乱”和“神经衰弱”病人，临床反复出现嗝气、上腹饱胀、隐痛、食欲不振等，经胃镜和活检证实为慢性浅表性胃炎。

8. 幽门螺杆菌 (H_p) 感染。已有大量证据支持 H_p 为慢性胃炎的病原菌：①慢性胃炎中 H_p 检出率达 50% ~ 80%，而正常胃黏膜很少检出，仅占 0% ~ 6%，慢性活动性胃炎可达 90% 以上；②胃黏膜上 H_p 的密度与多形核白细胞的浸润成正比；③慢性胃炎尤其是慢性活动性胃炎病人血清中的 HP 抗体明显升高；④ H_p 清除后胃黏膜组织上的炎症明显改善，而感染复发者炎症也复发；⑤ H_p 人工感染 Gnotobiotic 乳猪、Rhesus 猴等获得成功。 H_p 能在胃内定居，并引起慢性胃炎。

【临床表现】

慢性胃炎的临床表现无特异性。有些病人无症状和体征。多数病人有上腹隐痛、餐后饱胀、食欲不振及嗝气等，症状时轻时重，可反复间歇或长期存在。上腹部可有轻度压痛，少数病人症状较重，全身乏力、消瘦、面色苍白，检查可发现贫血。黏膜重度糜烂者，可出现黑粪或大便潜血阳性。

【诊断】

(一) 实验室及其他检查

1. 胃酸。浅表性胃炎胃酸正常或略低，而萎缩性胃炎则明显降低，空腹常无酸。

2. 胃蛋白酶原。由主细胞分泌，在胃液、血液及尿中均可测得。蛋白酶水平高低基本与胃酸平行。

3. 内因子 (IF)。IF 由壁细胞分泌，壁细胞减少 IF 分泌也减少。正常分泌量平均为 7700U/h。检查 IF 对萎缩性胃炎、胃萎缩及恶性贫血的诊断有帮助。恶性贫血病人极少数在胃液中检出微量 IF，但不足以供维生素 A、 B_{12} 的吸收之用。慢性萎缩性胃炎 IF 也可以减少至 400 ~ 600U/h，但可以维持低水平的维生素 B_{12} 吸收。

4. 促胃液素。促胃液素由胃窦 G 细胞分泌，正常 30 ~ 140pg/mL。B 型胃炎一般正常；A 型胃炎往往上升，尤其在恶性贫血者上升更加显著，可高达 1000pg/mL 以上。促胃液素能促进胃液特别是胃酸分泌，由于反馈作用，胃酸低时促胃液素分泌增多，胃酸高时促胃液素分泌降低。此外，血清促胃液素高低与胃窦黏膜有无病变关系密切。无酸的病人理应促胃液素升高，若不高，说明胃窦黏膜病变严重，G 细胞减少。

5. 壁细胞抗体 (PCA)。对 A、B 型胃炎的鉴别诊断有意义。A 型胃炎的阳性率较高。

6. X 线检查。浅表性胃炎 X 线无阳性发现。萎缩性胃炎可见皱襞细小或消失，张力降低。

(二) 诊断要点

1. 慢性浅表性胃炎的胃镜诊断标准。

(1) 黏液增多，附着在黏膜上不易脱落，用水冲掉后，可见黏膜表面发红或糜烂剥

脱。需要与咽下的黏液或十二指肠返流的黏液相鉴别。一般反流黏液含有气泡而且随蠕动而移动。

(2) 小斑片或线状发红, 有的地方充血, 有的地方不充血, 故呈斑状, 发红的境界不很明显, 色调鲜红。线性充血常见于皱襞隆起处。

(3) 红白相间或花斑: 为散布均匀的小红点, 红点与红点之间的黏膜略显苍白, 有的像麻疹病儿的皮肤。一般黏膜比较平整。

(4) 水肿: 黏液反光强, 稍苍白, 肿胀感。

(5) 糜烂者表层黏膜剥脱, 常有白苔。又可分为三型: 隆起型, 如丘疹状, 顶端有脐样凹陷; 平坦型, 不高出周围黏膜; 凹陷型, 比周围黏膜低。糜烂的周围黏膜常有炎症表现。

2. 慢性萎缩性胃炎的胃镜诊断标准。

(1) 黏膜颜色改变: 正常为桔红色, 萎缩时呈灰白、灰黄、灰或灰绿色; 同一部位的黏膜深浅不一致, 红色强的地方也带灰白色, 一般灰黄或灰白色的地方也有略隆起的小红点或红斑存在; 萎缩黏膜的范围也不一致, 可以是弥漫的, 也可以是局部的, 甚至呈小灶性, 黏膜变薄而凹陷, 境界常不明显。

(2) 血管透见: 萎缩初期可见到黏膜内小血管, 重者可见到黏膜下的大血管如树枝状, 暗红色, 有时犹如在黏膜表面上, 易与皱襞相混; 胃底贲门的血管正常时也可见到。观察血管时要掌握好胃内压力。

萎缩性胃炎也可合并浅表性胃炎, 腺体萎缩后腺窝可增生延长或肠上皮化生而看到“过形成”的表现, 黏膜层变厚, 此时不能看到黏膜下血管, 只见黏膜表面粗糙不平, 颗粒或结节僵硬感, 光泽也有变化。

3. 悉尼胃炎分类法。

1990 年悉尼国际胃肠病会议上提出胃炎新分类—悉尼胃炎分类系统。在内镜下将胃炎分为 7 型: ①充血渗出性胃炎: 胃黏膜充血水肿、脆性增加; ②平坦糜烂性胃炎: 胃黏膜上散布隆起的扁平糜烂灶; ③隆起糜烂性胃炎: 胃黏膜上散布隆起型脐样糜烂灶, 此型与豆疹样胃炎相当; ④萎缩性胃炎: 黏膜变薄、血管显露、皱襞变细、色泽变淡; ⑤出血性胃炎: 可见大小不一的出血点; ⑥返流性胃炎: 相当于胆汁返流性胃炎; ⑦皱襞再生性胃炎: 皱襞增粗。

4. 萎缩性胃炎的病理诊断标准。

(1) 固有腺体萎缩, 减少 $1/3$ 以内者为轻度, 减少 $1/3 \sim 2/3$ 者为中度, 减少 $2/3$ 以上者为重度。

(2) 黏膜肌层增厚。

(3) 肠上皮化生或假幽门腺化生 (可有可无)。

(4) 固有膜炎症 (可轻可重)。

(5) 淋巴滤泡形成 (可有可无)。

【鉴别诊断】

(一) 症状鉴别

1. 慢性胆道疾病。如胆囊炎和胆道结石可出现的症状有: ①慢性消化不良, 尤其是不耐受脂肪食物; ②不明原因低热; ③胆囊区有压痛; ④B 超及 X 线检查可确诊。

2. 慢性结肠病变。特别是横结肠癌，早期出现消化不良症状，往往伴有大便习惯及性状改变。

3. 慢性胰腺炎。典型的慢性胰腺炎表现为上腹痛、脂肪泻、糖尿病三联症，不典型者表现为：①消化不良症状；②伴上腹痛放射至腰部，夜间疼痛明显；③不耐受高脂肪饮食；④不明原因消瘦。

4. 结核性腹膜炎。早期尚无腹部明显体征时，主要表现为消化不良综合征。检查发现腹部有柔韧感，上腹压痛及反跳痛，不规则低热，盗汗，乏力等。

(二) 病理形态

1. 胃淋巴瘤。胃部是淋巴结以外的好发部位。本病有 26% 为弥漫性增厚型，形态上可类似萎缩增生性胃炎，浸润严重者可类似肥厚性胃炎。但本病症状较重，常伴有发热、腹块、黑粪以及其他全身症状，必要时反复作活体组织检查可获得阳性病理结果。

2. Borrmann IV 型胃癌。又称皮革胃，特点是癌细胞主要在胃壁内浸润，故黏膜表面变化不明显。由于胃壁僵硬、表面粗糙不平，可误诊为萎缩增生性胃炎。

3. 其他少见胃部疾病。多属特异性炎症改变，如嗜酸细胞浸润性胃炎、胃克隆病、胃结核等，经病理活检才能确诊。

【治疗】

(一) 中医中药治疗

1. 饮食停滞。

症状：胃痛，脘腹胀满，噎腐吞酸，或吐不消化食物，呕吐或矢气后痛减，或大便不爽，苔厚腻，脉滑。

治则：消食导滞。

方药：保和丸加减。山楂 15g，神曲 10g，莱菔子 10g，陈皮 10g，姜半夏 10g，茯苓 10g，连翘 15g，焦三仙各 15g。若脘腹气多胀甚者，可加枳实、砂仁、槟榔以行气消滞；胃脘痛胀而便闭者，可合用小承气汤加木香、香附以通腑行气；胃痛急剧而拒按，伴见苔燥便秘者，为食积化热而成燥，则合用大承气汤以泄热除燥，通腑荡积。

2. 肝气犯胃。

症状：胃脘胀闷，攻撑作痛，脘痛连胁，噎气频繁，大便不畅，每因情志因素而痛作，苔多薄白，脉弦。

治则：疏肝理气，和胃止痛。

方药：柴胡疏肝散加减。柴胡 10g，杭白芍 15g，川芎 6g，香附 10g，陈皮 10g，枳壳 10g，甘草 3g，青皮 10g，郁金 10g，木香 10g。若疼痛较甚者，可加川楝子、玄胡以加强理气止痛；噎气频作者，可加沉香、旋复花以顺气降逆。

3. 脾胃湿热。

症状：胃脘痞满、疼痛，食后加重，噎气不爽，口干口苦或口粘而腻，食少身困，时有口舌糜烂，大便不爽，小便黄少而赤，舌质红，苔黄腻或黄厚，脉弦滑。

治则：清热化湿，和胃健脾。

方药：黄连温胆汤加减。黄连 10g，黄芩 10g，白术 15g，厚朴 10g，清半夏 10g，茯苓 10g，陈皮 10g，枳实 10g。若湿较重者，可加薏米、佩兰、苍术以加强健脾化湿之力；恶心者加竹茹以清热止呕。

4. 瘀血阻络。

症状：胃脘疼痛，痛有定处，拒按，按之痛甚，痛如针刺，绵绵不断，或见吐血，大便色黑，舌质黯红，或有瘀斑，苔薄黄，脉涩细或沉细。

治则：活血化瘀，和胃止痛。

方药：失笑散加味。五灵脂 10g，蒲黄 10g，丹参 30g，玄胡 10g，枳壳 10g，白芍 15g，当归 10g，桃仁 15g，郁金 10g，甘草 6g。若血出不止，可加三七粉 6g（冲），白芨 10g 以化瘀止血；若呕血便黑，面色萎黄，四肢不温，舌淡脉弱无力者，属脾胃虚寒，脾不统血，可用黄土汤以温脾摄血；如出血兼见舌质光红，口咽干燥，脉细数者，为阴虚血热，当加沙参、生地、麦冬、丹皮、阿胶（烔化）以滋阴凉血止血。

5. 脾胃虚寒。

症状：胃脘隐痛，喜温喜按，呃逆泛酸，时吐清水，大便时溏，倦怠乏力，面色萎黄或㿠白无华，舌淡，苔薄而白，脉缓弱或沉紧、弦紧。

治则：温中健脾，和胃止痛。

方药：黄芪建中汤加味或附子理中丸加减。黄芪 24g，桂枝 10g，白芍 15g，白术 10g，香附 10g，炙甘草 6g，良姜 10g。若泛酸者，可加吴茱萸、瓦楞子暖脾温胃以制酸；泛吐清水较多者，可加干姜、陈皮、半夏、茯苓以温胃化饮；如寒胜而痛甚，呕吐肢冷，可用大建中汤培补中气。

6. 胃阴不足。

症状：胃脘隐痛胀闷，胃中嘈杂灼热，口干咽燥，纳食无味，神疲乏力，头昏寐差，大便干结，舌质红或深红，苔花剥或无苔而少津，脉细数或弦细。

治则：养阴益胃，缓急止痛。

方药：沙参麦冬汤或益胃汤加味。沙参 15g，麦冬 15g，半夏 6g，石斛 10g，生地 24g，杭白芍 15g，百合 15g，甘草 6g。胃脘灼痛，嘈杂泛酸者，可配用左金丸。

7. 其他治疗方法。

(1) 针刺：内关、中脘、足三里，适用于各种胃脘痛病人，实证用泻法，久痛虚症用补法。

(2) 艾灸：中脘、足三里、神阙，适用于虚寒性胃脘痛。

(二) 西医治疗

慢性胃炎尚无特效的治疗药物，对无症状或症状轻微者不必用药，若有症状可参考下列方法进行治疗：

1. 消除病因。彻底治疗急性胃炎及口腔、咽喉部慢性感染灶，避免对胃有刺激的食物及药物，戒烟酒等。

2. 饮食治疗。原则与溃疡病相似，多次少餐，软食为主，避免生冷及刺激性食物。

3. 药物治疗。目前的治疗方法大多不能使胃炎逆转，因此主要是对症治疗。

(1) 助消化药：胃酸偏低或无酸者，可选用 1% 盐酸 5~10mL，每日 3 次，口服。胃蛋白酶合剂 10mL，每日 3 次，口服。有报道用西咪替丁治疗慢性胃炎，疗效亦较显著。消化不良，上腹胀，恶心、呕吐者，可用吗丁啉 10mg，每日 3 次。

(2) 止痛药：胃痛发作时可选用普鲁本辛、茄合剂、阿托品等。

(3) 保护或提高胃黏膜屏障药：前列腺素 E 具有抑酸和细胞保护作用，硫糖铝可刺激前列腺素的释放，刺激黏液和 HCO_3^- 的分泌，促进上皮细胞再生。常选用米索前列醇 200mg，第 1 周每日 4 次；硫糖铝 1g，每日 4 次；生胃酮，第 1 周每次 100mg，每日 3 次，

口服,第2周以后每次减为50mg。

(4) 糖皮质激素:用于血清壁细胞抗体阳性的萎缩性胃炎。一般采取短程疗法,长程疗法不必要,且有较多不良反应。常用泼尼松5mg,每日3次。

(5) 纠正贫血:合并贫血者,若为缺铁性贫血,应补充铁剂;大细胞贫血者,给维生素 B_{12} 50~100 μ g,肌注,每日1次,共20~30g;叶酸5~10mg,每日3次,直至症状和贫血完全消失。

(6) 对胆汁返流性胃炎的病人可使用甲氧氯普胺和胆酪胺。甲氧氯普胺有抑制胃和十二指肠逆蠕动,加速胃的排空,减少胆汁反流的作用,剂量为10~20mg,每日3次(餐前服用)。胆酪胺可与胃内胆盐结合,加速胆盐的排除,剂量为3~4g,每日4次,长期服用应注意营养吸收问题。

(7) 口服抗菌药物:对幽门螺杆菌(H_p)阳性的慢性胃炎病人应采用抗 H_p 治疗, H_p 的消灭有助于活动性炎症的恢复。常选用:甲硝唑0.2g,每日4次;羟氨苄西林0.25g,每日4次;呋喃唑酮0.1g,每日4次;庆大霉素4万~8万U,每日2次;此外,胶体铋对 H_p 也有效果。胶体铋制剂在酸性环境下,可与损伤的胃黏膜内蛋白结合成保护膜,具有抗胃蛋白酶与胃酸再渗透作用,增强胃黏液分泌及促进病灶周围吞噬细胞的作用,还可促进产生内源性前列腺素E的作用,增强细胞保护功能。 H_p 的复发和耐药是一个比较突出的问题。单用一种药物容易引起 H_p 耐药,因此,目前国际上推崇三联疗法,并取得较好的 H_p 根除率。如:胶态次枸橼酸铋0.12g,每日4次;加甲硝唑0.2g,每日4次,4周为1疗程。或胶态次枸橼酸铋0.12g,每日4次;加灭滴灵0.2g,每日4次;加羟氨苄西林0.25g,每日4次,4周为1疗程。

【护理措施】

1. 休息。慢性胃炎急性发作时患者需卧床休息,恢复期患者生活要有规律,避免过度劳累,要注意劳逸结合。

2. 饮食护理。给予患者易消化的软食,并通过少食多餐来减轻胃部不适;避免食用过凉、过热、刺激性食物,以免增加上腹部疼痛;对食欲不振的患者要指导患者及家属改善烹饪技术,使食物色、香、味俱全,增加患者的食欲;胃酸缺乏者应将食物完全煮熟后食用,有利于消化吸收。

3. 疼痛的护理。减轻患者的紧张情绪、分散患者注意力可减轻患者疼痛;用热水袋热敷上腹部,以解除痉挛,缓解疼痛;借助中医针灸疗法缓解疼痛。

4. 协助医生进行病因治疗。按医嘱准确给予灭菌药物,并注意观察药物的不良反应。

【健康指导】

1. 知识宣教。向患者及其家属讲明慢性胃炎的病因,说明一些药物对胃黏膜有损伤作用,要尽量避免使用,必须应用者要在医生指导下加用胃黏膜保护药。讲明吸烟、饮酒对人体的危害,帮助患者制订戒烟、戒酒计划。

2. 饮食指导。教育患者如何注意饮食卫生及养成良好的饮食习惯。进餐时要细嚼慢咽以使食物充分与胃酸混合,良好的饮食习惯对避免慢性胃炎复发起着重要作用。

3. 用药指导。介绍常用药物的名称、作用、疗程、服用的剂量和方法。

4. 定期复查。慢性萎缩性胃炎有恶变的可能,嘱患者定期进行门诊复查。

(闫雪洁 张洪青 曲红梅)

第二章 消化性溃疡

消化性溃疡是一种常见的慢性消化系统疾病，其形成与胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关，故称消化性溃疡病，可发生于胃肠道与酸性胃液接触到的任何部位，但 98% 发生于十二指肠和胃，故又称胃十二指肠溃疡，其中十二指肠溃疡占 80%。

本病属中医学“胃脘痛”、“胃气痛”、“腹痛”等范畴。

【病因和发病机制】

1. 致溃疡因子。

(1) 胃酸和胃蛋白酶：胃酸是十二指肠溃疡形成及发展的重要攻击因子，“无酸就无溃疡”的论点，迄今仍不失其正确性。十二指肠溃疡基础酸分泌、夜间酸分泌及刺激后的胃酸分泌均较健康人与胃溃疡高，表明十二指肠溃疡病因主要是酸分泌亢进，而碱分泌障碍等黏膜防御降低亦为重要原因。胃酸分泌亢进约占胃溃疡的 10%，故酸分泌对胃溃疡发病不居主要因素，胃黏膜防御功能降低，是发生胃溃疡的主要因素。胃蛋白酶亦为消化性溃疡发病的主要攻击因子之一，胃溃疡时胃蛋白酶增加。

(2) 胃窦潴留及促胃液素：胃溃疡时胃窦部收缩功能减低，胃排空时间延长，胃窦潴留。促胃液素主要由胃窦、少量是十二指肠 G 细胞分泌的一种肽类激素，它具有强大的刺激胃酸分泌的效应。迷走刺激、胃窦内具有经过消化的蛋白质和胃窦的机械性扩张均可引起促胃液素的释放。

(3) 精神因素：各种不良的精神刺激致大脑皮层功能失调，迷走神经兴奋，刺激壁细胞与 G 细胞大量分泌胃酸及促胃液素，亦可导致肾上腺皮质激素分泌亢进，促使胃酸与胃蛋白酶分泌增多，损伤黏膜而促进溃疡发生。

(4) 饮食不节与失调：食物对胃黏膜可致物理和化学性损害，咖啡、浓茶、烈酒、辛辣调料以及暴饮暴食、进食太快、过烫等不良习惯，可能是本病发病的有关因素，有待于进一步证实。

(5) 药物：某些解热镇痛药及抗癌药如阿司匹林、吲哚美辛、萘普生、氟尿嘧啶等，不但可直接损伤胃黏膜屏障，有些还可抑制前列腺素的合成，损伤黏膜的保护作用。肾上腺激素能促进胃酸分泌，减少黏液分泌，其分解蛋白质的作用可能影响黏膜的修复，从而引起消化道出血。利血平具有组胺样作用，可增加胃酸的分泌，故有潜在的致溃疡作用。

(6) 幽门螺杆菌感染：在胃溃疡的周围黏膜约 85% 可检测到幽门螺杆菌，十二指肠溃疡周围也常检出此菌。也有人提出十二指肠溃疡的发病可能与单纯疱疹病毒的感染有关。另外，慢性阻塞性肺疾病、慢性肾功能衰竭、类风湿关节炎、系统性肥大细胞增多症等病人的十二指肠溃疡发病率增高，肝硬化、慢性胰腺炎、甲状旁腺功能亢进等病人的溃疡发生率也增高，机制尚未完全阐明。

(7) 吸烟：吸烟可增高溃疡病的发病率、患病率、病死率和复发率，可影响溃疡的愈合。机制尚不十分清楚，有人认为吸烟可刺激胃酸分泌增加，比不吸烟者多 91.5%。吸烟可抑制胰液和碳酸氢盐的分泌，以至使中和胃酸的能力降低，还能降低幽门括约肌的压力，从而促进十二指肠胃反流，破坏黏膜屏障。

2. 抗溃疡因子。

(1) 黏膜抵抗力：正常情况下，各种食物的物理化学性因素，胃酸和胃蛋白酶的消化作用，均不能损伤胃黏膜而致溃疡形成，这是由于正常胃黏膜具有一系列的保护功能。决定胃黏膜抵抗损伤能力的因素目前还不十分明确，可能包括黏膜血流、上皮细胞的再生、黏液分泌和黏膜屏障的完整性。这些防御功能在神经内分泌的调节下构成一系列防御环节，使人体既有良好的消化功能，又保护胃、十二指肠黏膜免受损害。胃和十二指肠黏膜需要充足的血液供应才能维持其完整性，但目前尚无充分证据表明寻常的消化性溃疡病是由于血供缺陷引起，黏膜血供减少可能是慢性溃疡愈合迁延的一个因素。

(2) 前列腺素的细胞保护作用：前列腺素（PG）有明显抗溃疡作用，并能防止强酸、强碱、乙醇等攻击因子引起的胃黏膜损伤。其防御功能包括：①抑制胃酸与胃蛋白酶分泌；②促进黏液与 HCO_3^- 分泌；③增进胃黏膜血流；④增强细胞膜稳定性，促进黏膜细胞再生；⑤维持钠泵与巯基化合物，活化腺苷酸环化酶与刺激表面活性磷脂等。

3. 遗传因素。消化性溃疡病的发生具有遗传素质，胃溃疡和十二指肠溃疡是分别遗传的。研究表明：溃疡病人亲属中发病率较正常人高3倍；在单卵双生儿中，患相同类似溃疡病者占50%，而在双卵双生儿中仅占14%；O型血型人发生十二指肠溃疡病者相当于其他血型人的1.4倍，属O型血而不分泌ABO血型物质者发生十二指肠溃疡病相当于分泌者的1.5倍，是其他血型的2.5倍；约有50%的十二指肠溃疡病人血清胃蛋白酶原I水平增高，而高胃蛋白酶原I血症是以常染色体显性遗传的；十二指肠溃疡病人血液中发现组织相容性抗原（HLA）的存在。

【临床表现】

1. 疼痛。90%的病例有疼痛感，以长期性、节律性、中上腹疼痛为典型症状。有的仅感上腹不适，少数可完全没有症状，即无症状性溃疡病。少数人以出血、穿孔为首发症状。

(1) 疼痛的部位：十二指肠溃疡疼痛多在中上腹部，脐上方偏右处；胃溃疡疼痛也都在上腹，或剑突下和剑突下偏左处。范围数厘米直径大小，向背部肋缘和胸部放射。

(2) 疼痛的性质和强度：一般较轻而能忍受，多呈“钝痛”、“隐痛”，有的呈“压迫感”、“堵胀感”和“烧灼感”，还有的似“饥饿感”。

(3) 疼痛的节律：腹痛与进食有明显关系，为消化性溃疡疼痛的又一特征。由于疼痛的发生与溃疡面接触胃酸有关，而食物是引起胃液分泌的主要原因，因此，临床上溃疡疼痛与饮食明显相关。凌晨3点至早餐，胃酸分泌最低，故此时很少发生疼痛。十二指肠溃疡的疼痛一般在二餐之间发生，持续至下餐进食或服制酸药后缓解，即所谓的“饥饿痛”。一部分十二指肠溃疡，夜间胃酸较高，尤其睡前曾进餐者，可发生半夜疼痛。胃溃疡疼痛常在餐后1h内发生，经1~2h后逐渐缓解，直至下餐进食后再复出现上述节律，所谓的“饱餐痛”。

(4) 疼痛的周期性：上腹疼痛呈反复周期发作，发作期与缓解期交替，尤以十二指肠溃疡更为突出。全年都可发作，但以春、秋季节多见。

(5) 疼痛的长期性：由于溃疡发生后可自行愈合，但又好复发，故有疼痛长期反复发作的特点。整个病程平均6~7年，有的可长达20~30年。

2. 其他症状。除腹痛外，还可有唾液分泌增多、反酸、泛吐口水、烧心、嗝气。食欲通常良好，且由于频繁进食以缓解疼痛，体重常增加。不少人伴有肠道易激综合征，