

潰瘍病

依·費萊克爾 著

六-36

人民衛生出版社

潰瘍病

依·弗萊克爾 著

謝竹藩 倪裕國 邵耕

譯

唐子進 謝先潞

北 瑞 林

內 容 提 要

本书是苏联 И. М. Флекель 所著“潰瘍病”第二版的譯本。內容全面地綜述了潰瘍病（胃及十二指腸潰瘍）的病因学及发病机制，病理解剖，临床学方面的症状、診斷、預防和治疗学，并分章論述了潰瘍病常見的各种并发症（如出血、穿孔、癌变等等）；首章概述了潰瘍病学說的发展，末章提供了潰瘍病患者的劳动力鉴定及劳动安排的意見。本书綜合了有关的文献資料，結合作者的經驗和觀察，闡述詳尽，切合实用，可供临床医师和教学参考之用。

И. М. ФЛЕКЕЛЬ

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ, ПЕРЕРАБОТАННОЕ
И ДОПОЛНЕННОЕ

МЕДГИЗ

ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ·1958

潰 瘍 病

开本: 787×1092/32 印張: 15⁸/₁₆ 插頁: 12 字数: 343千字

謝 竹 藩 等 譯

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京審判出版業營業許可證出字第〇四六號)

·北京崇文區錢子胡同三十六號·

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行·各地新华书店經售·

統一書号: 14048·2706

1963年2月第1版—第1次印刷

定 价: 2.40元

印 数: 1—7,600

第二版序

我在本书第一版发行后不久，就收到了医生们从祖国各地寄来的信件，要求我帮助他们购买本书。显然，本书是需要再版的（我从1945年起就开始准备再版资料），但也需要做比较深入和彻底的修订。

第二版的总的编写计划、提纲和原则基本上和第一版相同，但是在许多地方作了较大的修订。第二版中提出了一些前版所不曾涉及的新问题，但另一方面也删去了一些。书中的部分论点，有了进一步的叙述，对于个别问题还作了新的评价。

各章都做了程度不同的修订。例如，综述历史的这一章就是重新改写的。在病理解剖章中作了重要的补充，这主要是根据 Ю. М. Лазовский 及其同事们的研究。对于病因学和发病机制一章，也作了很多的改动。对于许多学说的评价作了重要的修正，并且删去了一些学说（如感染学说、淋巴学说等）和补充了一些学说。对皮层-内脏学说给予了特殊的注意，并扩充了有关这部分的结论。

临床各章也是从新改写过的。其中深入讨论了早期诊断的问题，强调了溃疡病发病经过阶段性的意义，明确了溃疡病的机能期，并试求描述其临床特征。临床各章中也提出了按溃疡病的病期分类的方法，并指出各期与重要并发症的关系。此外，还增加了一些新的、个别的问题，例如，胃内白血球游出问题，溃疡病时胃的神经、腺体装置的间生态问题等。

预防和治疗一章中也有很大一部分是从新写过的，防治

观察和保护性医疗制度、精神疗法、睡眠疗法等问题都是新增加的,物理疗法中也有很大一部分是新增加的。

本书第二篇叙述溃疡病的并发症,各章改动较少,但是也都作了相应的修正。最后,本版还增加了新的一章,即与幽门瘢痕性狭窄相似的伴有排空机能不全的变形性胃周围炎章。

全苏包特金内科协会列宁格勒分会主席团对于本书原稿的讨论给了我很大的帮助,谨致以衷心的感谢。此外,特别要感谢那些积极参与讨论并提出许多宝贵意见的同志们,如医学科学院院士 М. В. Черноруцкий 教授、医学科学院通讯院士 Н. С. Молчанов 教授、С. М. Рысс 教授和 И. О. Неймарк 教授。病理解剖学家、苏联医学科学院通讯院士 М. Ф. Глазунов 曾审查过本书的一些章节并提出了宝贵的指示,也一并致谢。

依·弗莱克尔(И. Флекель)

列宁格勒, 1955年2月

目 录

第二版序

第一篇 无并发症的溃疡病	1
第一章 溃疡病学说发展概述	1
第二章 溃疡病的发病率	6
第三章 患者的性别	11
第四章 患者的年龄	13
第五章 病理解剖	18
第六章 病因学和发病机制	29
第七章 无并发症溃疡病的临床学	96
自觉症状	96
疼痛	96
胃方面的其他表现	111
肠道的机能紊乱	116
客观检查	117
患者的一般状态	117
心窝部	120
胃内容物检查	128
潜出血	147
X线检查	150
胃镜检查	155
胃粘膜摄影	156
血液象	157
肝脏、胆道、胰腺及代谢的障碍	159
心脏血管系统	162
神经系统	165

第八章 潰瘍病的臨床類型及分期	166
急性型	170
慢性型	171
不典型的病型	190
第九章 無併發症型的診斷	197
作為診斷根據的潰瘍病臨床綜合症狀	198
X綫診斷及其可能性和範圍	201
早期診斷	207
診斷上的錯誤及鑑別診斷	211
第十章 預防和治療	228
預防	228
保守療法	233
手術治療的適應証	304
第二篇 潰瘍病的併發症	309
第十一章 大出血	309
發生率	309
出血的來源	311
症狀學	312
死亡率	315
診斷	315
治療	320
第十二章 穿孔	329
向游离腹腔內的穿孔	329
局限性穿孔	341
閉合性穿孔	341
手術的適應証	343
第十三章 幽門狹窄	345
瘢痕性狹窄	346
痙攣性幽門狹窄	357

幽門狹窄的治療·····	361
第十四章 伴有胃排空機能不全的變形性胃	
周圍炎·····	363
第十五章 從潰瘍發展的胃癌·····	368
第十六章 潰瘍性腫瘤樣物·····	374
炎性“腫瘤”·····	374
幽門的痙攣性“腫瘤”·····	376
第十七章 手術患者的併發症·····	380
潰瘍未愈及復發·····	382
吻合部及空腸的消化性潰瘍·····	383
胃結腸痙·····	391
腸機能紊亂·····	393
慢性胃十二指腸空腸炎·····	394
慢性惡性循環·····	396
“胃腸吻合病”·····	397
腹膜粘連·····	399
低血糖和“高血糖”綜合症狀·····	400
“小胃”綜合症狀·····	402
手術後貧血·····	402
其他併發症·····	403
第十八章 潰瘍病患者的勞動力鑑定	
與勞動安排·····	404
參考文獻·····	408

第一篇 無并發症的潰瘍病

第一章 潰瘍病學說發展概述

古代的醫生們如 Celsus、Galen 就已經知道在某些病例的胃內可能发生潰瘍。在中世紀，約在一千年以前，偉大的塔吉克學者阿維森納(Авиценна)在其著名的《醫學法典》中已經對胃潰瘍及其并發症(出血、穿孔)作了清楚的描述。其後，從十六世紀起，對於本病開始有了某些較為可靠的描述 (Bauhin, 1550; Donatus, 1586)。1817 年, Travers 開始討論生前診斷本病的問題。1824~1828 年, Abercrombie 相當詳細地描述了本病的臨床表現。由於當時對解剖特征沒有精確的了解，因而還不能把胃潰瘍與胃癌嚴格地區分開。

法國學者 Cruvelhier (1829~1835) 在探討胃潰瘍的病理解剖、臨床症狀以及與其他疾病的鑑別等問題方面，作出了重大的功績。但是必須強調指出，雖然一般認為胃潰瘍學說的奠基者是 Cruvelhier，一部分是 Abercrombie，但是蘇聯學者(М. А. Черкасский)的最近研究證實，俄羅斯學者在這個問題上起了非常重要的作用。首先是 Федор Уден院士，他在胃潰瘍的研究工作上有特別卓越的貢獻。早在 1816 年，即在 Travers 之前一年，Abercrombie 之前 8 年，Cruvelhier 的最初報導之前 13 年，Федор Уден 即在其巨著《慢性病的理論講座》中系統地描述了胃潰瘍的臨床症狀(疼痛、食後嘔吐、肌緊張)、其并發症(出血和穿孔)以及其治療的方法(飲食、溫熱、鉍劑、硷性藥，特別是鎂劑和蘇打的应用)。1834 年，

内外科学院的 П. Чаруковский 教授详细地描述了胃溃疡的解剖、临床表现（他发现了饥饿性疼痛和分泌过多性呕吐）及治疗。1836 年，С. Хотовицкий 发表了论穿孔性胃溃疡的专著。

从这时起，在最近的一百多年内，胃溃疡学说以及以后的十二指肠溃疡学说引起了极大的注意，医学书刊简直没有不提到它的。这时对于本病的形态学进行了特别详细但是片面的研究（Rokitansky, 1842; Virchow, 1853），提出了溃疡形成的解剖学说——血管学说。

与胃溃疡学说发展的这个解剖形态阶段的同时，大约从上世纪中叶就开始了本病的实验研究阶段。Claude Bernard 曾指出将蛙腿放入胃瘘内，蛙腿就被消化。Pavy 也曾 在兔耳方面得到了同样的结果。这些实验给研究胃溃疡的实验方面建立了基础，并且提出了胃液作为消化因素的意义，这就导致溃疡形成的消化学说的创立。

临床问题的研究在历史发展过程中显然落后于解剖形态学和实验研究。从 Федор Уден 和 Cruvelhier 的时代起，胃的圆形溃疡在半个多世纪内被临床上认为是罕见的疾病，没有穿孔的溃疡只有在明显的胃出血后才被诊断出来。在这个时期，胃卡他被认为是最主要的胃疾病。从上世纪的八十年代起，即从临床上开始用胃管来诊断时起，才开始研究胃溃疡学说的临床问题。但是这时把各种器官方面的临床症状主要都解释为纯机能性的，解释为器官的神经官能症，即没有病理解剖基础的疾病。这个时期是胃神经官能症学说广泛发展的时期。神经性消化不良、机能性和体质性胃液缺乏症，以及既可以 是多症状的、也可以是单一症状的分泌、运动和感觉的神经官能症（神经性呕吐、神经性嗳气、胃痛以及其他许多症状），

在胃的病理学中占据了很大一部分。只有在上世纪末和本世纪初才开始迅速而有成效地发展了胃溃疡的临床和诊断的知识,以后又发展了有关十二指肠溃疡的知识。

较老的学者也知道部分病例的溃疡位于十二指肠。Tra-vers(1817)、Broussais(1823)和 Klinger(1861)都报告过这样的病例。但是长久以来,人们一直认为十二指肠溃疡是一种很少见的疾病,在临床上是无法诊断的。因为一般都认为,在没有穿孔时本病是隐匿经过的,至少是没有非常典型的临床表现。

1886年,俄罗斯学者 В. П. Доброклонский 曾报导了一个生前诊断为穿孔性十二指肠溃疡的病例,详细地描述了本病的临床表现。从这时起,广泛开始了研究十二指肠溃疡的临床表现和诊断问题。其后在1887年 Бюкуа 发表了4例临床(生前)诊断十二指肠溃疡的报导,其中一例后来被病理解剖所证实。他甚至认为十二指肠溃疡是与胃溃疡不同的另外一种独立疾病,这当然是错误的。

Георгиевский(1895)以及 Засецкий(1896)曾强调指出,胃液酸度的增高是本病的特征。这一点和 Leube 的意见正好相反,Leube 曾错误地认为,十二指肠溃疡时酸度减低。

由于上述的俄国学者以及国外学者(Супо、Mayo 兄弟、Moynihan)的研究,在本世纪的最初年代已经知道,十二指肠溃疡是一种非常常见的疾病。它不仅不比胃溃疡少见,甚至可能要更多一些。这些研究确定,十二指肠溃疡是有相当典型的临床症状的,根据这些症状可以诊断本病而无特殊的困难。最后,这些研究还指出,在所谓胃神经官能症表现的后面常隐藏着十二指肠溃疡。

总之,在消化性溃疡学说的历史发展中,这个所谓临床阶

段终于把原来似乎是很严整的胃神经官能症学说动摇和摧毁了。

当时所公认的慢性胃卡他是非常常见的概念，也同样受到了彻底的修正。诊断学进入了新的、更高的发展阶段，不能再局限于单独考虑患者自己的申诉。于是提出了客观证明慢性胃卡他的要求（首先是胃管所取得的胃内容物的粘液含量增高），这大大降低了临床诊断胃卡他的发病率。大约在1925年以前，溃疡的诊断是非常常见的，而且特别广泛地应用了手术治疗，主要是胃肠吻合术。

溃疡治疗以外科为主的这个阶段，对于本病的诊断提供了许多有价值的材料，同时也呈现了许多缺点。首先，人们开始了解，用单纯的形态学概念——胃和十二指肠的圆形溃疡，不能满意地解释许多有所谓溃疡临床症状的病例。一部分患者虽然其溃疡的临床症状十分明显（甚至发生明显的胃或肠出血），似乎在诊断上已不能有什么疑问，但是外科医生在手术时，甚至病理解剖者在剖检时，都未能在胃和十二指肠内发现溃疡病变。临床与病理解剖之间的脱节现象是十分明显的。现阶段有关本病的学说是符合于临床先进思想的总趋势的，这就消除了这种脱节的现象。

苏联在几十年来对溃疡病学说进行了成功的研究，并且许多临床家（Стражеско、Лурия、Кончаловский、Певзнер、Лепорский、Черноруцкий、Губергриц、Коган-Ясный、Смотров、Рысс等）正密切结合巴甫洛夫的天才学说及巴甫洛夫生理学在消化方面（Быков、Разенков、Фольбоорт等）以及在高级神经活动方面（Быков、Петрова、Иванов-Смоленский、Усиевич等）的进一步的光辉成就，继续进行着研究。临床上果断地采用了溃疡病是全身性疾病的概念，来代替以往认为

圆形溃疡是局部病变的概念(Кончаловский, 1922)。

15~20年前被广泛讨论的圆形溃疡和胃炎相关的 Kon-jetzny 论点基本上被否定了。目前公认的是溃疡和“胃炎”(或“胃十二指肠炎”)常同时存在。一般认为,这种溃疡性“胃十二指肠炎”即使没有圆形溃疡存在,也往往引起明显的溃疡临床综合症状——所谓的“无溃疡的溃疡病例”(Morawitz)。但是只有在莫斯科病理学家 Лазовский 进行了极其重要的、细致的组织生理学研究之后,才有可能正确认识这种溃疡性“胃十二指肠炎”的粘膜病变的实质。他指出,这种病变决不是炎症性的,而是一种溃疡病所特有的胃和十二指肠粘膜的结构改变。这种特殊类型的溃疡性胃十二指肠炎,从我们的观点来看(我们曾不止一次地在我们的报导中指出过),并不是一种独立的疾病,它只不过是溃疡病的解剖表现之一。这个问题将在后文详细叙述。

其次,应该指出,以往认为有了所谓胃神经官能症的临床症状,一般就除外了胃的器质性损害,而现在正相反,发现了胃的机能性症状时,我们就会去寻找并且往往能找到与这些机能障碍有关的解剖变化,而最常见的是溃疡病。我国 Лурия 在自己的胃病学说中有力地发展了溃疡病方面的这种综合学说。Сперанский 学派的广泛研究也具有同样的方向。他们认为神经营养障碍是许多疾病尤其是溃疡病的发病因素。

最后,Быков 及其同事们关于内脏器官与大脑皮层之间的双向联系的研究,目前具有重大的意义,他与 Курцин 一起在临床家(Черноруцкий)的密切合作下创立了溃疡病发病机制的皮层-内脏学说。

溃疡病学说的现代的阶段的阶段不能认为是最后的,它无疑是处于继续发展的过程中。

第二章 潰瘍病的发病率

潰瘍病的发病率问题不能认为已经解决。应该注意，此处所提出的临床和病理解剖材料都是非常相对的——这些材料并不反映本病的真正发病率，它们一般都不计算潰瘍病患者数与居民总数的比例。

从Федор Уден和Cruvielhier的时代起，大约在90年内，圆形潰瘍一直被认为是一种少见的疾病。例如在上世纪70和80年代，在彼得堡的900~2,000例病理解剖中仅发现一例圆形潰瘍。在上一世纪末(1897)，Крупецкий在156,566例彼得堡的内科患者中发现了66例圆形潰瘍，占0.04%。Васильев所提出的彼得堡的材料也相同：从1898年到1901年474,360名患者中发现230名有胃溃疡，约占0.05%。但Яппа根据彼得堡Обухов男子医院在1905~1909年内的材料计算，在93,934名内科患者中共有圆形潰瘍66例，已占到0.07%；而据同一医院剖检的材料，本病竟占剖检例的1%。在1909年召开的第一次俄罗斯内科医生代表大会上Образцов\和Сапезко指出，在本世纪的最初年代俄国的潰瘍病患者显著增多，这与胃溃疡学说中的临床知识开始高速发展有关。以后了解到本病是非常普遍的。目前潰瘍病不仅在门诊患者中，而且在内科和外科住院患者中也占有重要的地位。

据Лукомский的材料，1953年在苏联登记的潰瘍病患者人数占成年患者总人数的0.44%。

我们曾与Дихтярь和Шапиро在一起研究了从1923

到1928年在明斯克医疗机构住院的各种腹腔疾病患者的病历。在5,235份病历中发现圆形溃疡640例,占12%。我们的材料仅稍高于 Rosenthal 在布达佩斯 Balint 医院提出的类似数字:在3,500名因胃症状而住院的患者中患溃疡者326人,占9.3%。据 Черноруцкий 教学医院的材料(列宁格勒,1938),溃疡病患者占医院全部患者的4%。Лезер (1935)在 Ранци 教学医院诊治的26,000名患者中发现1,140人有圆形溃疡,占5.22%。据 Топровер 的材料(Н. Н. Петров 教学医院),1928~1932年溃疡病患者占全部患者的6.5%。同一时期内,在我们的内科中溃疡病患者占全部患者的13%。据 Аленский (1936)统计,基辅十月革命医院的14,429份病历中共有1,348份是溃疡病患者,即占9.47%。

这些数字说明了本病是很普遍的,如果考虑到住院的只是一部分溃疡病患者的话,则其普遍性更为可观。

然而,病理解剖的统计是说明本病发病率最可靠的材料。Яппа 根据彼得堡 Обухов 男子医院1905~1909年的材料,在5,922例剖检中发现溃疡病61例,即大于1%。Кузнецов 在1918~1919年发现溃疡病占全剖检数的1.27~1.91%。Аденский(1936)根据基辅十月革命医院材料指出,因溃疡病而死亡者占全部死亡病例的2%。据莫斯科解剖学家1923~1927年的综合统计,在21,388例成年人剖检中以圆形溃疡为主要疾病者,占1.17%。Давыдовский 指出,根据相同的解剖学家1928~1932年的材料,成年人中约1.7%死于胃溃疡。

据 Вайль 通知我的列宁格勒病理学家协会的剖检材料,1932~1936年在列宁格勒各剖检所中剖检的77,971例中,

以圆形溃疡为主要疾病和致死原因者共 825 例,即占 1.06%,其中未将作为伴随疾病而发现的圆形溃疡计算在内。据 Osler 的材料,在北美和加拿大的剖检例中发现圆形溃疡 1.32%。据 Горьков 省医院 1931~1941 年的材料(И. Н. Кожевникова),发现胃和十二指肠溃疡者占成年人剖检总人数的 2.5%;而据顿河罗斯托夫城剖检所的材料(Вольфсон, 1941),在 27,686 例剖检中发现胃和十二指肠溃疡 614 次,占 2.7%。Berthold 认为约占 3%;Howard (伦敦)认为占 4.2%。许多学者提出了更高的百分数,例如 Stewart 在 4,000 例剖检中发现 11.39% 有溃疡,特别是有溃疡后的瘢痕;Hart, 11.73%;Musa (1922), 13%。俄罗斯学者 А. Д. Волошин 早在 1913 年就认为成年居民中患溃疡病者达 17%,这个数字仅稍低于以后 Lehmann 的病理解剖检查(1926)。他在中年以上者的尸体上发现,其中 20% 在胃和十二指肠内有溃疡和瘢痕;Стертево 和 Шапиро(1928)在纽约的 7,700 剖检例中也提出了相同的数字,即 20%。

在评价这些较高的数字时,应当考虑到两个因素。第一,年龄在这方面是有意义的。如果不按照年龄来收集这些剖检材料,则所得到的数字便较低,因为儿童和青年人的圆形溃疡是比较少见的;如果只收集成年人方面的这些材料,则溃疡病的百分率便较高。另一方面,必须记住,并不是所有在解剖上发现的胃和十二指肠粘膜缺损以及缺损后形成的瘢痕都属于真正的溃疡病。

总结所有上述的材料,应该得出这样的结论:如果不久以前认为成年人有溃疡病变和溃疡后瘢痕的平均值约为 4~5%(K. Faber、Brinton 等),则目前我们应当把这个数字再增高一些,约等于 8~10%。

无论是临床上的溃疡病患者数或是剖检时发现的溃疡缺损及缺损后的瘢痕数，在本世纪的20和30年代急剧增多了（几乎增加到100倍！），但是怎样来解释这种肯定无疑的情况呢？这是真实的事实呢，还仅仅是表面上的增加呢？

如果从临床方面来考虑这个问题，则我们肯定地认为，这首先是由于诊断上的成就。要知道，正是在这些年代里，对于胃和十二指肠疾病的X线诊断问题（尤其是对于溃疡病的X线诊断问题）进行了细致的研究。正是在这个期间，胃切除术得到了推广，它对于溃疡病的诊断提供了宝贵的材料。至于本病是否确实增多，我们认为这仍然是一个证据不足的假设。

病理解剖材料在很大程度上也是如此。近代作者所发现的溃疡和瘢痕的百分率比以往的作者高得多，这怎样解释呢？应该认为，剖检材料的检查方法和仔细的程度也是有决定性意义的。要知道，即使在那些陈旧的病理解剖数据中，虽然当时还完全不知道溃疡常位于十二指肠，因而几乎只统计了胃溃疡，但是我们仍发现，有些作者记载在尸体上见到的溃疡和溃疡后瘢痕的数字还是相当高的。例如，Leube 就曾根据13,605例剖检，确定此数字为5%。1900年 Fenwick 根据48,000例剖检，算出此数字为4.2%。因此可以得出这样一个结论，即无论是生前或是在剖检时，以往被诊断出的溃疡病，比近年来少得多。

战争（以及战后）期间溃疡病例增多则完全是另外一回事。许多学者一致认为，在第一次世界大战的后半期以及战后的几年（1916~1922）溃疡病发病率曲线急剧增高，以致使某些学者有根据在当时称之为“溃疡病流行”。应该承认，在这个时期溃疡病例确实是增多了。但是不能不考虑到，这些