

中西医结合 胃病诊断治疗学

主 编 魏品康



ZHONGXIYI
JIEHE
WEIBING
ZHENDUAN
ZHILIAOXUE

第二军医大学出版社

中西医结合胃病诊断治疗学

R256.3

933

18

主 编 魏品康

副主编 许 玲 周国琪 张 申

编写人员 (按姓氏笔画为序)

王 浩 牛恒明 仇晓璐 孔宪荣

孙首慈 许 玲 沈 蓉 李玉莉

李 骏 牛忆敏 许明财 张 瑜

张 申 张桂英 周国琪 徐 强

高慧晨 钱 婧 梁锡康 魏品康



0113192

第二军医大学出版社

00591301

内 容 提 要

本书为目前国内第一部系统阐述中西医结合诊断治疗胃病的专著。全书分为中西医论述胃的生理、病理及胃病的各种检查方法,尤其是将最新研究的成果胃超声增效液与胃B超检查编入其中,大大地丰富了胃病检查的内容;在治疗方面除收集了常规疗法、养生疗法、饮食疗法和胃病方药外,还收集了全国著名老中医治疗胃病经验,并将魏品康教授临床治疗胃病经验:“一病一方,一方多变,不拘一格,随病加减,随症加减。”融于胃病诊治篇。全书集中医之精粹,纳作者新观点,内容丰富翔实,颇具实用价值。

本书可供广大中医、中西医结合临床、教学、科研人员及中医爱好者学习参考。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合胃病诊断治疗学/魏品康主编.-上海:第二军医大学出版社,1998.1

ISBN 7-81060-007-9

I. 中… II. 魏… III. 胃疾病-中西医结合疗法 IV. R573

中国版本图书馆CIP数据核字(98)第13504号

中 西 医 结 合 胃 病 诊 断 治 疗 学

主 编:魏品康

责任编辑:李春德 胡加飞

第二军医大学出版社出版

(上海翔殷路800号 邮编:200433)

新华书店上海发行所发行

第二军医大学出版社排版 上海长阳印刷厂印刷

开本:787×1092 1/16 印张:29.75 字数:739 350

1998年6月第1版 1998年6月第1次印刷

印数:1~2 000

ISBN 7-81060-007-9/R·006

定价:58.00元

長征醫院

拓寬胃超聲新領域

中運藥所究又一創舉

錢信忠
庚午秋

醫民
中國人
祖國福
揚藥造
弘藥中

智學洪
一九九〇年八月廿六日

潛心鉅研醫藥學
長征增輝為人民

長征醫院藥房

一九九〇年 初秋 吳月大書

开拓中药制

利古超聲領

域新用途

洪敏章

一九九〇年八月廿六日

前 言

在内科学领域中,消化系统疾病是常见病、多发病,其中尤以胃病为主。近年来,在中西医相结合的理论指导下,随着X线、B超、胃镜等检查手段的不断发展和完善,对消化系统疾病的临床实践与理论研究不断深入,胃病的疗效有了显著提高。为此,作者结合几十年临床经验及心得体会,编著了《中西医结合胃病诊断治疗学》一书供同行参考,并借此抛砖引玉,共同探讨中西医治疗胃病之路。本书可供中、西医师,中西医结合医务工作者及消化系统专业医务人员作为临床医疗和研究之参考。

本书共分两篇,总计11章。上篇为诊断篇,第1、2章详细介绍胃的生理、病理及胃病的症状和临床综合征;第3~6章逐一介绍X线、B超、纤维胃镜的检查方法及临床意义;尤其在介绍自行研制的胃超声增效液时,所附插图清晰、明了。下篇为诊治篇,强调突出中西医结合的特点;每个病均体现中医、西医理论相结合,辨证与辨病相结合,中医、西医治疗相结合;从病证概述、病因病机、辨证论治、名医经验、诊疗标准等方面作了系统论述。其中在第9~11章介绍了有效验方和中药,在最后一章安排了养生保健的秘诀和简便易行的药膳以供参考。

这部书凝集了同道们的集体智慧。尽管我们付出了很大的努力,但由于学术水平有限,加之编写的经验不足,时间仓促,难免会有不足和谬误之处,望广大读者给予指正。

编 者

1998年2月

目 录

第一章 胃的生理学和病理生理学	1
第一节 祖国医学对消化生理学的认识.....	1
第二节 胃的生理作用整体概念.....	4
第三节 胃肠道与营养.....	5
第二章 胃病的症状、体征和临床综合征	9
第一节 临床诊断方法.....	9
第二节 体重减轻和厌食	12
第三节 恶心和呕吐	14
第四节 急性腹痛	18
第五节 腹部肿块	24
第六节 腹胀与肠道气体	27
第七节 上消化道出血	29
第三章 胃的 X 线检查	36
第一节 胃的解剖和生理	36
第二节 检查方法	37
第三节 胃的正常 X 线表现	41
第四节 先天性肥厚性幽门狭窄	44
第五节 胃溃疡	45
第六节 胃炎	51
第七节 胃癌	54
第八节 胃的其他恶性肿瘤	64
第九节 胃的良性肿瘤	65
第十节 胃粘膜脱垂	66
第十一节 胃底静脉曲张	67
第十二节 胃憩室	68
第十三节 胃受压移位和胃扭转	69
第十四节 胃血吸虫病	71
第十五节 胃异物	71
第十六节 胃其他疾病	72
第四章 胃肠手术后的 X 线检查	74
第一节 胃肠手术后表现	74
第二节 手术后疾病复发和并发症	79
第五章 胃超声图像诊断	85
第一节 胃壁超声影像的研究进展	85
第二节 实时超声检测胃运动功能的方法与价值	87
第三节 正常胃组织学、慢性胃炎及胃肿瘤在 B 超中成像的物质基础	88

第四节	胃超声增效液的研制与应用	91
第五节	胃超声增效液简介	94
第六节	胃探测方法与定位图像	95
第七节	慢性胃炎声像图	98
第八节	胃溃疡声像图	100
第九节	胃癌声像图	101
第十节	胃癌淋巴结转移声像图	103
第十一节	胃粘膜脱垂声像图	104
第十二节	胃憩室声像图	104
第十三节	胃息肉声像图	105
第十四节	胃下垂声像图	105
第十五节	胃手术后声像图	105
第十六节	胃其他疾病超声图像诊断	106
第十七节	胃与十二指肠 B 超检查适应证	106
第十八节	B 超与胃镜和 X 线的比较	107
	附 胃肿块鉴别诊断	107
第六章	纤维胃镜检查	115
第一节	纤维胃镜检查的操作技术	115
第二节	胃镜检查术的适应证和禁忌证	121
第三节	正常胃的胃镜所见	126
第四节	慢性胃炎	130
第五节	胃、十二指肠溃疡	131
第六节	胃恶性肿瘤	132
第七节	胃息肉	133
第八节	胃憩室	134
第九节	胃良性肿瘤	134
第十节	手术后胃	135
第七章	胃病的中西医结合诊断治疗	138
第一节	急性胃炎	138
第二节	慢性胃炎	144
第三节	胃溃疡	149
第四节	胃粘膜脱垂症	160
第五节	胃下垂	165
第六节	胃石症	169
第七节	急性胃扩张	173
第八节	胃扭转	176
第九节	幽门梗阻	183
第十节	胃神经官能症	191
第十一节	倾倒综合征	197

第十二节 上消化道出血·····	201
第十三节 胃癌·····	208
第八章 中医诊断治疗·····	217
第一节 呕吐·····	217
第二节 反胃·····	222
第三节 吐酸·····	226
附 嘈杂·····	229
第四节 痞满·····	230
第五节 胃痛·····	234
第六节 呃逆·····	239
附 噯气·····	243
第七节 噎膈·····	245
第八节 胃缓·····	249
第九节 吐血·····	252
第十节 便血·····	258
第九章 中药·····	263
第十章 方剂·····	365
第十一章 保健与食疗·····	434
附录 中药与方剂索引·····	457

第一章 胃的生理学和病理生理学

第一节 祖国医学对消化生理学的认识

人体依赖食物以维持生命。食物摄入后,必须通过消化、分解、吸收,化生精微,转变成气血津液等物质,供全身脏腑组织利用。剩余的糟粕、废液则向下传送而排泄。祖国医学认为这一系列“化糟粕、转味而入出”的消化过程主要是在胃肠内完成的。但消化道的生理学还离不开脾与肝的功能配合,脾的运化作用于精微的化生和输布,肝的疏泄作用于胆汁的分泌,并调节脾胃气机的升降。特别应该指出,胃属腑,脾属脏,两者表里相配,保证了消化过程中的升清和降浊。所以,祖国医学通常把脾与胃并举,称为“后天之本”。

消化道的生理学是上述各个脏腑器官的功能综合,它包括以下几个方面。

一、受纳、腐熟与通降

胃为六腑之一,亦称胃脘。上口贲门与食管相衔接,属上脘;下口幽门与小肠相毗连,属下脘;上下脘之间则属中脘。它是一个囊状的器官,能适应饮食的输入,产生舒张而受谷纳食。

《素问·五脏别论》说:“胃者水谷之海。”

《灵枢·玉版篇》说:“谷之所注者,胃也。”

饮食物都要通过并暂时储存在胃内进行消化,然后向小肠推送。胃的生理学在于胃阳和胃阴。

胃阳可以提供温运的热量,还可以引起胃壁肌肉的舒张、收缩和蠕动。借助前者,有利于腐熟水谷,成为食糜。《医贯》说:“饮食入胃,犹水谷在釜中,非火不熟。”借助后者,有利于饮食的受纳、混和与移行。《素问·五脏别论》说:“水谷入口,则胃实而肠溢,食下、则肠实而胃虚。”虚实交替,反映了胃的排空功能。当食物刚入胃的阶段,幽门还关闭着,未经腐熟的食物留阻胃中。此时,胃充实而肠尚空虚,待腐熟成较多的食糜,胃内压增高,促使幽门开放,部分食糜被压入小肠,此时,胃就空虚而肠则充实了。这种功能也就是胃阳作用于胃壁肌肉收缩和蠕动的结果。

胃阴可以制约胃阳的偏亢,还可以濡润胃腑,胃壁肌肉粘膜得到胃阴的濡润和胃阳的温运,才能促使胃内谷物的通降。《临证指南医案》说:“胃宜降则和。”显而易见,通降的概念近似现代医学所谓的排空。

临床上胃的病理变化如胃气不和,胃气上逆或胃气虚弱而导致的不纳、少纳、嗳气、呃逆、呕吐等症,实际上是胃阳和胃阴失调的病理表现。

二、运化水谷

运化水谷,乃脾的功能,其生理意义有二。

1. 运化精微 腐熟后的饮食物,由胃逐步通降入小肠的时候,脾必须紧密地协同进行消化、吸收,将水谷的精微转运至全身组织,首先要经过心肺输出,为化生气血津液提供物质来

源。

《灵枢·五味》篇说：“谷始入于胃，其精微者，先出于胃之两焦，以溉五脏。”

《素问·经脉别论》说：“食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺；肺朝百脉，输精于皮毛。”

这里所说的浊气是指从食物摄取的浓厚营养成分。淫精是指运送精微，精微能“出于胃之两焦，以溉五脏。”浊气能“归心”而“淫精于脉”。都应归功脾的运化。因此，《素问·太阴阳明论》说：“必固于脾，乃得稟。”《脾胃论》也说：“脾气稟于胃而浇灌四旁，营养气血者也。”

脾在运化水谷精微方面的作用，意味着胰脏生理活动的参与。有人认为胰体邻近胃而胰尾又接触脾门。《难经》曾提到脾的附属组织为“散膏”。根据它的部位看来，很可能是古代解剖观察得的胰腺，果真如此，那么祖国医学中的脾应该是概括脾胰而言。所以，胰的生理，也就纳入脾的生理范畴，这是中西医结合研究脾本质值得重视和探讨的问题。

2. 运化水湿 水谷精微的运化过程，无疑是和体液代谢相联系的。

《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”清楚地说明，体液代谢的关键在脾。

祖国医学对人体的体液称做“水”。“水精”即含有营养的体液，体液依赖脾气的布散，并行于全身的经脉。

由于病理变化而形成的体液滞留，则称做“湿”。体液代谢正常不会出现滞留的现象，所以脾还有运化水湿的功能。反之，代谢障碍，积液内停，导致浮肿胀满等症，定是脾的运化失健。因此，《素问·至真要大论》说：“诸湿肿满皆属于脾。”

五脏的内在因素，以阴为主，但阴阳是互相的，无阴则阳无以生，无阳则阴无以化，脾也毫不例外，必须“得阳始运”。从脾阳化生脾气，在阳气的升散力量鼓动下，水谷精微得以向上输送，这一种“升清”的作用，是运化功能的重要组成部分。“脾宜升则健”，升清的作用减退，势必损害运化功能。

尤其是阳气的特性，最善运行和外达，脾气不仅自里达外转输水谷精微，而且还把肾阳赋予的能量带给全身肌肉和四肢，满足了肌肉和四肢的生理需要。

《素问·痿论》说：“脾主身之肌肉。”

《素问·阴阳应象大论》说：“清阳实四肢。”

《灵枢·本神》篇说：“脾气虚，则四肢不用。”

倘若脾衰气弱，“筋骨肌肉皆无气以生”，可引起肌肉萎缩，四肢疲乏，阳气不能畅达四肢，则可引起手足清冷。

三、化物与分泌浊

小肠起于胃的幽门，迂回下接大肠，分界处叫做阑门，阑门即关阑分隔的意思。

食糜由胃移行达小肠后，停留的时间较长，便于充分的消化吸收。因此，《内经》称它有“受盛”和“化物”的作用。

在小肠内的这一段消化过程相当复杂。它受盛自胃中转来的食糜，进一步完成化物的任务，并配合脾的运化功能，将经过消化而被吸收的精微，输送给各个器官组织。

《杂病源流犀烛》说：“惟小肠与大肠皆为胃化物之器。”

按照现代医学的生理学说，小肠内的消化任务，是靠胰液、胆汁和小肠液的化学因素及小肠的机械运动来完成的。前者对糖类、蛋白质和脂肪的分解属必不可少。祖国医学虽然无法具

体地区别出各种消化液,但从“小肠主液”的理论,不难想象,古人已注意到小肠内的液体的生理意义。

小肠还必须通过肠壁的蠕动,把剩余的食物残渣推进大肠,废液则借助肾的气化渗入膀胱,这就是所谓“分清泌浊”。分清泌浊是小肠化物的重要生理内容。“清”指的是尿液,“浊”指的是食物渣滓。

《医学入门》说:“凡胃中腐熟水谷,其滓秽自胃之下口,传入于小肠上口,自小肠下口,分别清浊,水液入膀胱上口,滓秽入大肠上口。”

《医宗必读》说:“小肠下口至是而泌别清浊,水液渗入膀胱,滓秽流入大肠。”

应该提出,水分的吸收主要在小肠,而尿是体液代谢的最终产物。所以,“小肠主液”的说法,也包含了小肠和体液代谢相关的概念。

四、传导糟粕

小肠内容物进入大肠,已是残余渣滓,不含有多少可被利用的物质了。

《灵枢·营卫生会篇》说:“故水谷者,常并居于胃中,成糟粕而俱下于大肠。”

大肠不过是消化后产物的暂时储存场所和糟粕的传导途径。它的主要功能在于吸收水分,使渣滓变成固体状态的粪便,从而通过传导作用推动粪便排出体外。

为了适应传导的功能,大肠必须吸收去残余渣滓中的水分,同时也需分泌一定的体液,保护粘膜、湿润粪便、滑利肠道,让粪便获得移动和排泄畅通。所以说:“大肠主津。”

综上所述,胃的受纳、腐熟与通降,脾的运化水谷,小肠的分清泌浊,大肠的传导糟粕,一环扣着一环,联结成一个完整的消化过程,其生理核心则为升清和降浊。

《脾胃论》说:“饮食入胃,而精气先输脾归肺……以滋养周身,乃清气……升已而下输膀胱……为传化糟粕,转味而出,乃浊阴……”

脾主升,升清是指脾气的运化与小肠的化物功能相结合,摄取饮食物的精微,向上焦的心肺输送,化生气血津液,营养全身。

《素问·奇病论》说:“五味入口,藏于胃,脾为之行其精气。”

《脾胃论》说:“大肠主津,小肠主液,大肠小肠受胃之营气,乃能行津液于上焦,灌溉皮毛,充实腠理。”

《景岳全书》说:“脾胃既和,谷气上升。”

升清全赖阳气的蒸腾,湿易伤阳,影响升清。所以,脾性喜燥而恶湿。升运失调,消化与吸收障碍,粪便渗润在肠内,运行过速,其病理为清气不升,常形成大便稀薄。

《素问·阴阳应象大论》说:“清气在下则生飧泄。”

胃主降,降浊是指胃气的通降与小肠的分清泌浊、大肠的传导功能相结合,将代谢后的产物移行推进变成粪便和尿液向外排泄。

《素问·阴阳应象大论》说:“浊阴出下窍。”

《素问·五脏别论》说:“夫胃、大肠、小肠、三焦、膀胱此五者,……此受五脏浊气,名曰传化之腑,此不能久留,输泻者也。”

降浊全赖阴液的润滑,燥易伤阴,影响降浊。所以,胃性喜润而恶燥。通降失调,肠中食物残渣滞留,腐败发酵,气体增多,病理变化为浊气不降,常形成脘腹胀满。

《素问·阴阳应象大论》说:“浊气在上则生膈胀。”

升和降之间既相互依存,又相互制约,是一种气的功能状态,祖国医学称之为气机,它受到

肝的疏泄功能支配。疏泄的功能,除了胆汁的分泌,直接参加消化活动以外,还兼有调整消化系统生理的作用。临床上结肠功能紊乱,中医辨证多属肝脾不调。消化性溃疡,中医辨证多属肝胃不和,都是疏泄的病理变化。因此,疏泄的生理基础可以理解为管制消化系统的神经-体液功能的一部分。

总之,消化过程是一个完整的过程,脾胃与肠虽有一定的分工,但又必须维持很好的协调。消化道上部和下部的彼此影响和联系,就是凭借气机的升降作为人体新陈代谢的枢纽。因此,祖国医学十分重视脾胃在消化系统中的地位,认为清升浊降,才能保证消化生理活动的完成。

第二节 胃的生理作用整体概念

一、胃酸分泌

人见到食物或嗅到食物气味时,迷走神经中枢就发出冲动促进胃酸的分泌和胃蠕动。食物进入胃囊后,其机械性和化学性刺激均能使胃壁迷走神经末梢释放出乙酰胆碱,继之刺激壁细胞的相应受体使胃酸分泌。胃壁迷走神经丛之间,或许还有存在局部的短路反射弧,相互联系而增加胃酸的分泌。食糜扩张胃窦,其所含蛋白质消化产物,以及迷走神经的刺激均能使胃窦的胃泌素细胞(G细胞)释出胃泌素,通过血循环刺激壁细胞的相应受体而分泌胃酸,这即所谓胃酸分泌的胃相。此外,胃粘膜内肥大细胞受刺激后释放出的组胺,也能与壁细胞表面相应的受体(H_2 -受体)结合后引起胃酸的分泌。过去曾认为迷走神经和胃泌素均能使肥大细胞释放出组胺,而组胺是胃酸分泌的共同途径。现知并非如此,因三者分泌的胃液成分不同:经迷走神经分泌者富含胃酸和胃蛋白酶(主细胞分泌),组胺者含胃蛋白酶很少,而胃泌素者介于两者之间。

正常的胃酸 pH 可达 1.5 以下。胃蛋白酶的活力,在 pH4 以下时强,而在 pH4 以上时显著减弱。胃蛋白酶能把食物中的蛋白质部分水解。

胃酸分泌有一自限性调节机制:①胃酸在 pH2 以下时能反馈地抑制胃窦 G 细胞分泌胃泌素(胃酸 pH 越高,则胃泌素分泌越多,认识这点很重要);②壁细胞可能是通过 cAMP 系统(一度认为是 cGMP,现偏于 cAMP)形成盐酸的,而 cAMP 受磷酸二酯酶的抑制。胃上皮细胞也合成前列腺素 E,它具有加强磷酸二酯酶的活力来破坏 cAMP;③胃酸进入十二指肠后,能刺激抑制胃酸分泌的肠激素的分泌,如胰泌素、CCK/PZ(竞争性抑制,本身具弱刺激的泌酸作用)、球抑胃素、GIP、VIP;④胃粘膜含 D 细胞,能分泌生长激素抑制素,抑制 G 细胞分泌胃泌素和壁细胞分泌胃酸。

胃泌素除分泌胃酸外,还对胃粘膜有营养作用,促进胃蠕动,增强 LES 张力和降低幽门张力。胰泌素及 CCK/PZ 的作用则相反,能降低 LES 的张力和增强幽门的张力,减少胃蠕动;但 LES 和幽门的张力,以及胃蠕动,主要受植物神经系统特别是迷走神经所调节和控制的;激素的作用可能是辅助性的。

胃酸分泌入胃后就不能返回进入粘膜。这是因为粘膜上覆盖的一层粘液和上皮细胞本身的胞膜能阻止 H^+ 反弥散的缘故,这种作用称之为胃粘膜屏障。胃炎和胃溃疡常是在这种屏障破坏之后发生的。

二、胃的运动

食物进入胃后,胃体扩张以适应食物的容量。因食物刺激而在这里产生的蠕动波一般很

弱,对胃内容物不起排空作用。胃内容物的排空,主要是通过胃窦和幽门的作用。胃窦平常总是松弛着的,从胃体来的蠕动波累积到一定的强度时,胃窦蠕动加强,强力收缩,压力增高,使食糜通过幽门管,迫入十二指肠;同时幽门管张力也增高(不是放松),使幽门管成为狭小孔道,只允许流汁及较小的食糜颗粒通过,而且也防止了十二指肠内容物(在胃内食糜进入后压力增高)的返流入胃。胃窦收缩后发生较弱的逆蠕动,把较大的食物颗粒回送至胃再进行消化和磨碎。胃窦和幽门张力的增高,是受神经和体液所控制的。因此,如在迷走神经切除后,则这种作用便削弱而有胃滞留。脂肪餐后胃排空慢,是因脂肪强力而较持久地刺激 CCK/PZ(和可能的 GIP)分泌之故。

餐后胃的运动有两个明显的时相:①餐后即期有一较快的胃排空相,称“带头和适应”相。带头的食糜团很快进入十二指肠和空肠,刺激胰泌素和 CCK/PZ 的分泌,接着是胆汁、胰液及胰酶的排泌,使这个食糜团很快被消化和在经过大面积的空肠粘膜时被吸收;②在这个“带头和适应”相之后,胃泌素、胰泌素和 CCK/PZ,以及其他肠道激素之间的相互作用、激素与植物神经系统(主要是迷走神经)之间的相互作用,结果产生一比较稳定的分期分批的胃内容物流入十二指肠和一比较稳步的胃酸、胆汁和胰消化液的分泌。

从上可见,胃至少可有四种功能:①分泌胃酸;②贮存食物;③胃运动使食糜排入小肠;④胃酸可杀灭从食物带入的细菌。

第三节 胃肠道与营养

一、饮食的中枢调节

人体要维持良好营养和能量平衡,摄食的调节机制是一个重要的因素。动物实验表明下丘脑对此起重要作用(图 1-1)。

如损伤动物的下丘脑腹内侧核,则摄食增加而发生肥胖;如破坏下丘脑侧区,则中止摄食。因而设想下丘脑可能存在两个“中枢”,调节“摄食”与“饱感”。这两个中枢的活动与血糖和血脂酸浓度似有密切关系,血糖或血脂酸高时,则“饱感中枢”兴奋,就没有饥饿感;相反则“饱感中枢”抑制而“摄入中枢”兴奋。同时,当“饱感中枢”电活力增加时,伴随有高血糖;反之,则伴随低血糖。胰升糖素有抑制摄食及胃饥饿收缩作用,可能因为肝糖原分解,血糖升高以及葡萄糖被利用,刺激了“饱感中枢”。拟交感神经胺,特别是苯丙胺,对于即使是“饱感中枢”已遭破坏的动物仍具有强有力的抑制摄食作用。此外,它还动用脂肪组织中脂酸,使体重减轻。身心因素驾驭于皮下任何调节摄食机制之上,任何情绪变化都可能影响摄食。

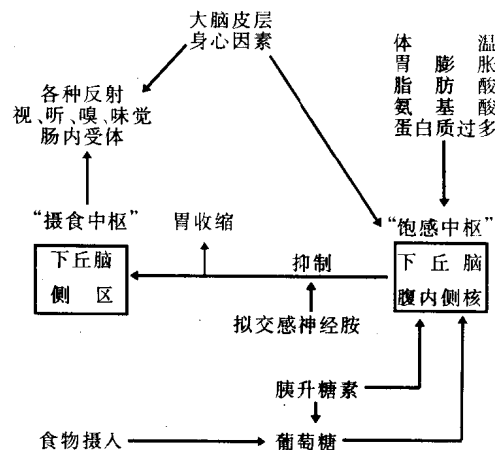


图 1-1 下丘脑对食物摄入的调节

二、营养过度

肥胖是指脂肪含量超过体重的应有比例时之谓。从临床角度,常以实际体重超过标准体重

的30%来衡量。单纯性肥胖患者常有强迫性多食,如体力活动过少,而吸收之能量超过每天消耗时,则多余的热量就转变为脂酸,贮积在脂肪组织内。多食少餐比同样食量的少食多餐较容易发生肥胖,这是因为前者一次有大量营养物质被吸收和被组织利用,而肠道空的时间长,这样的进食方式对肠道和组织(包括肝脏)的刺激性大,肠粘膜常增生、胰消化酶和小肠粘膜酶活力增加,葡萄糖吸收也增强,脂肪组织的生脂活力和脂肪形成酶的活力也呈平行性增加,称为“适应性生脂作用亢进”。糖类一次摄入过多时,引起周期性高胰岛素血症。这对“适应性生脂作用亢进”可能起重要作用。这种周期性高胰岛素血症也易引起 β 细胞功能衰竭而易发生糖尿病。

治疗除饮食限制外,国外现常用空-回肠旁路手术,但这种手术并发症多,易危及生命,所以并不提倡。

三、营养不足

营养不足可以原发于摄入不足或继发于肠道消化吸收不良。摄入不足又可以是由于食物供应不足或由于某些功能性的(如偏食习惯、神经性厌食)或器质性的(如癌肿)原因而不能很好地进食之故。

营养不足可有多种方式,一种是总热量-蛋白质摄入不足,另一种是有一种或几种特殊营养物质的缺乏,发生不同的症群。

胃肠道病变和营养不良可互为因果。营养不良可改变肠道的组织学和功能;反之,肠道组织学和功能的变化可加剧营养不良、长期慢性蛋白质摄入不足,小肠可产生形态学和功能异常。小肠粘膜可有不同程度萎缩,绒毛变钝变宽,固有膜有非特异性炎性细胞浸润(主要是淋巴细胞和浆细胞),与成人乳糜泻中所见者相仿。营养低下者免疫机能常低下,易发生肠道的细菌和寄生虫感染,引起腹泻、贫血和衰弱,导致吸收不良。而急性禁食,肠道可无明显组织学变化。

嗜酒者可产生一种特殊类型的营养不良。因乙醇含热量高,故患者总热量足,但某些营养成分的摄入可以不足。乙醇常引起慢性胃炎,影响食欲,对肝脏、胰的毒性还可引起脂肪肝和慢性胰腺炎,从而影响食物的消化、吸收。乙醇的代谢可消耗大量B族维生素,故还常见维生素B缺乏的表现。

慢性疾病同时伴有慢性营养不良,原因是多样的,厌食、机体代谢紊乱和胃肠道消化、吸收功能减弱,都是促成因素。癌肿也常引起营养不良,此不但由于肿瘤细胞代谢亢进而消耗营养物质,而且还因厌食而减少营养物质的摄入。有些情况如乳糜泻,食欲可以很好而患者体重仍减轻,这常由伴同的腹泻和脂泻所引起。脂泻可使脂溶性维生素(A、D、E、K)吸收不良,引起相应的临床表现。维生素A缺乏可引起夜盲症和下肢皮肤角化;维生素D缺乏可引起佝偻病;维生素E缺乏时,脂褐素在肠粘膜沉积而引起所谓的“棕色肠”综合征;维生素K缺乏可引起凝血酶原时间延长和出血倾向。

钙是在维生素D的作用下通过蛋白质载体而于小肠被吸收的,故肠粘膜有病变或维生素D缺乏时,钙质吸收不良,影响骨质的形成。药物如苯巴比妥钠和苯妥英钠能诱导肝脏酶的生成,加速维生素D的代谢,因而影响维生素D对钙质吸收的作用,引起佝偻病。钙和镁的代谢关系十分密切,若两者血浓度均低(如在小肠切除术后所见),单用钙剂和维生素D并不能纠正血钙浓度,而必须同时给镁剂才能奏效。

四、食物疗法

胃肠功能失常的饮食疗法可从几个方面着手。

1. 限制糖类摄入 胃肠道不能耐糖类时,小肠腔内糖含量增加可使液体外渗而致腹泻,未全吸收的糖为结肠细菌转化为乳酸、乙酸及丙酮酸,并释放出氢气和二氧化碳。内中15%氢可弥散入血液而被呼出,85%作为矢气排出;细菌酵解的酸性产物降低结肠液的pH,从而干扰钠及水的回吸收。这些因素构成胃肠胀气、肠痉挛性疼痛和腹泻。

成人肠乳糖酶缺少或小肠疾病有乳糖水解障碍时,过多的乳糖可进入结肠。我国很多人可能有乳糖酶缺乏,饮牛乳后易致腹胀、矢气多和腹泻。

蔗糖酶和异麦芽糖酶联合缺少是一种遗传性疾病,食物中应忌蔗糖,这种病罕见。

葡萄糖、半乳糖主动吸收障碍也是一种遗传性的肠道携带-输送系统障碍性疾病,易发生于儿童,食物中之葡萄糖及半乳糖宜以果糖替代。

溃疡病手术及胃-小肠造瘘后,葡萄糖进入小肠过快过多,经肠时间也短,致消化吸收不完全,部分进入结肠可产生上述症状。

豌豆的棉子糖和野芝麻四糖不能很好地被消化和吸收,进入结肠后经细菌发酵产气,致肠充气和排大量矢气。

麸质性肠病患者吃无麸质饮食后,小肠功能可在数周内改善,肠道病理变化数月后恢复正常。

2. 限制脂肪摄入 脂肪酸按其碳原子数有中链和长链之分,中链者碳原子数6~12,长链者大于12。长链脂肪酸所组成的甘油三酯依赖胰脂酶的分解和胆盐形成的微胶粒来吸收,吸收是经淋巴管的;中链甘油三酯则由中链脂肪酸组成,易于被水解而直接吸收入门循环,并较少地依赖胆盐及胰脂酶,对脂肪泻、短肠综合征或淋巴管阻塞之吸收不良症,特别有用。

低脂食适宜于胆囊炎、胆石症及胰腺炎患者。

3. 限制蛋白质摄入 这样可使结肠细菌产氨及胺减少,适宜于肝性脑病。

4. 少渣食 适宜于Crohn病、食管狭窄。短期少渣饮食亦适宜于肠道易激综合征。

5. 某些胃肠道疾病的饮食治疗(表1-1)

表 1-1 胃肠道疾病的饮食治疗

胃 肠 道 功 能 失 常	饮 食 治 疗
糖类耐受低下	
乳糖酶缺乏	低乳糖
蔗糖酶、异麦芽糖酶缺乏	低蔗糖、低淀粉
葡萄糖、半乳糖吸收不良	低葡萄糖、低半乳糖、乳糖、高果糖
棉子糖、野芝麻四糖吸收不良(摄食豌豆)	避免进食豌豆
脂肪泻	低脂,给予中链三酰甘油
麸质性肠病	忌麸质食物
变态反应性胃肠病变	去除食物中过敏物质
胃切除后倾倒综合征	低糖食、干食
肠道狭窄	少渣食
胰腺炎和胆石症	低脂
溃疡病	多餐少食,忌辛辣,减少刺激胃酸分泌的食物

(1) 食物过敏:牛乳、蛋白、贝类、硬壳果可致机体过敏,有时牛、羊肉可致胃肠道蛋白丢失症。对这些明确过敏原的患者,应避免之。

(2) 倾倒综合征:作部分胃切除术,特别是做胃-空肠吻合术的患者,失去幽门及其正常功能,高渗性食糜可很快进入空肠,可使肠液分泌过多,空肠膨胀,伴恶心、呕吐等一系列症状,称为倾倒综合征,或称餐后早发综合征。治疗上应避免渗透性强的糖类,限制汤类摄入,尽量进干食,并增加蛋白质和脂肪食。

(3) 溃疡病:避免刺激胃液分泌的浓茶、酒类、辛辣、可可和咖啡饮品。鲜肉汤和乳腐也能强力刺激胃酸的分泌,亦宜少吃。为防止胃窦部扩张刺激胃泌素分泌,宜少食多餐。牛乳和豆浆为刺激胃液分泌作用最小者。牛乳、高脂食物还能刺激肠抑胃素的分泌。

第二章 胃病的症状、体征和临床综合征

第一节 临床诊断方法

胃病的临床诊断方法与其他系统疾病一样,必须先收集诊断资料,然后进行综合、分析和推理,去伪存真,从而作出正确的临床诊断。有些疾病如在早期作出诊断,则可望治愈,例如早期胃癌(癌肿浸润仅限于粘膜层和粘膜下层),手术治疗的5年生存率可达90%以上。

【病史】

完整的病史是临床资料中最为重要的部分。对于病史的采集除了危重和意识不清的患者外,应由患者自己陈述。在询问病史时,要有同情心与高度责任感,要态度和蔼、耐心。患者的陈述如不系统或无重点的话,应运用症状学的知识,加以引导。但要避免暗示式提问,医生的暗示有时可引起“医源病”。

(一)主诉 主诉是指患者主要的陈述,也是最明显的主观感觉和就医的主要原因。主诉的性质可各种各样,包括体征和症状。主诉应记载这些症状或体征持续的时间。描写主诉的词句必须简明扼要。

(二)现病史 现病史是指开始患病时出现最初症状起,至就诊时为止整个阶段的病情发展和演变过程。发病时间较长者,应将整个病程按年月分为几个阶段来描述。

对现病史的描述应包括:①时间;②部位;③性质;④程度;⑤放射痛;⑥病因或诱因;⑦伴随症状;⑧缓解方式;⑨疾病的发展经过和治疗经过。此外,发病以来的食欲和体重增减对诊断也有重要参考价值。

(三)过去史 过去史是指患者以往的健康情况和曾患过的疾病。过去史应从幼年起详加询问,或按各系统询问。与现病史有密切关系者,更应详细描述。急性传染病,外伤、手术,以及过敏史,均为过去史的重要内容,也要加以记录。

(四)个人史 个人史包括患者的出生地、居留地、生活习惯和劳动职业等。患者的居留地可提供是否可能患地方病。在生活习惯方面,包括嗜好的食物、偏食、嗜酒和吸烟等。要仔细记录每日饮酒量和饮酒年限,每日吸烟支数和年限。

(五)家族史 有些胃肠疾病为遗传性或传染性疾病,故需了解患者父母亲、兄弟姐妹、子女和家庭中其他成员的健康情况和是否有患同一疾病者;如已死亡,则应记录死因。

【体格检查】

完整的病史和详细的体格检查都是临床诊断的关键。诊断错误或延误诊断常是由于没有详细了解病史和体检不够细致。体格检查应按头、颈、胸、腹、生殖器、肛门、脊柱和四肢的顺序进行,以免遗漏。现将胃病有关体检要点叙述如下。

(一)发育与营养 在体检时,要注意患者的发育和营养状态。发育是否正常是根据年龄、身长和体重三者来评定的。