

◎患者之友丛书◎

胃十二指肠溃疡病 患者之友

WEISHIERZHICHANG
KUIYANGBING HUANZHE ZHIYOU

编著者 曾昭龙 张 啓
蒋庚太 梁东辉

人民军医出版社

(京)新登字 128 号

图书在版编目(CIP)数据

1

胃、十二指肠溃疡病患者之友/曾昭龙等编著,一北京:人民军医出版社,1996.4

ISBN 7-80020-624-4

I. 胃… II. 曾… III. ①胃溃疡-诊疗-基本知识②十二指肠溃疡-诊疗-基本知识 IV. R573.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (95) 第 15108 号

人民军医出版社出版

(北京复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:8222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

北京科技大学印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm1/32·印张:5.125·字数:111 千字

1996 年 4 月第 1 版 1996 年 4 月(北京)第 1 次印刷

印数:1~8000 定价:8.00 元

ISBN 7-80020-624-4/R · 557

〔科技新书目:379-196⑤〕

(购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

本书介绍胃、十二指肠溃疡病的一般医学知识、病因、诊断与治疗等。其中着重介绍了本病流行病学,中医和西医研究的概况,中医辩证施治,西医的内、外科治疗,并发症的防治,系统地阐述了胃、十二指肠溃疡病反复发作的原因、预防措施以及患者的自我保健知识等。本书内容丰富,实用性强,可谓胃、十二指肠溃疡病患者的良师益友,既适于一般群众阅读,对广大基层医务人员也有一定参考价值。

责任编辑 姚 磊
朱德圻

目 录

第一章 概述	(1)
第二章 你了解胃与十二指肠吗?	(9)
第一节 胃的解剖和生理功能	(9)
第二节 十二指肠的解剖和生理功能	(14)
第三章 胃、十二指肠溃疡病的发病原因和发病机制	(18)
第一节 中医学的病因病机观	(18)
第二节 西医的病因学和发病机制	(20)
第四章 胃、十二指肠溃疡病的常用检查方法	(25)
第一节 胃液分析	(25)
第二节 潜血试验	(28)
第三节 X线钡餐造影	(29)
第四节 纤维胃镜检查	(33)
第五章 胃、十二指肠溃疡病的诊断和治疗	(41)
第一节 西医诊断和治疗	(41)
第二节 中医诊断和治疗	(49)
第六章 胃、十二指肠溃疡病并发症的诊断和治疗	(57)
第一节 大量出血	(57)
第二节 溃疡急性穿孔	(64)
第三节 幽门梗阻	(66)
第四节 癌变	(68)
第七章 胃、十二指肠溃疡病的外科手术问题	(70)
第一节 胃、十二指肠溃疡病的手术指征	(70)
第二节 常见手术后遗症	(71)
第三节 胃切除术后生理变化及调理	(79)

第八章 几种常见的特殊类型的消化性溃疡	(84)
第一节 无症状型消化性溃疡	(84)
第二节 高位胃溃疡	(84)
第三节 幽门管溃疡	(85)
第四节 球后溃疡	(86)
第五节 难治性溃疡	(86)
第六节 应激性溃疡	(87)
第七节 小儿消化性溃疡	(89)
第八节 老年人消化性溃疡	(89)
第九节 复合性溃疡	(90)
第十节 穿透性溃疡	(90)
第九章 胃、十二指肠溃疡病的复发原因及抗复发措施	(92)
第一节 胃、十二指肠溃疡病的复发原因	(92)
第二节 抗溃疡病复发的措施	(96)
第十章 胃、十二指肠溃疡病的预后	(100)
第十一章 胃、十二指肠溃疡病的自我保健	(102)
第一节 饮食保健	(102)
第二节 气功保健	(123)
第十二章 常用中西药作用简介	(127)
第一节 常用西药作用简介	(127)
第二节 常用中成药作用简介	(142)
第三节 常用抗溃疡中药简介	(149)

第一章 概述

一、有多少人患有胃、十二指肠溃疡病

流行病学是研究疾病在人群中发生、发展和分布的规律,以及制订预防、控制和消灭疾病的对策和措施的一门预防医学科学。过去,它的研究对象主要是传染性疾病;现在,它已扩展到非传染性疾病和原因不明的疾病。

胃、十二指肠溃疡病是一种常见的慢性消化系统疾病,它的发病率很高,据估计约有10%~12%的人在其一生中的某个时期患过此病。在我国,有关全人口的发病率尚缺乏报道,在美国,当前每10 000成年人中约有18个新病例出现。胃、十二指肠溃疡病的发病率虽高,但其死亡率却很低,当前在美国的死亡率约为2.5/100 000。

据西方统计资料分析,近100年间溃疡病类型的发生频率发生了显著变化。在19世纪,十二指肠溃疡病是一种罕见疾病,而胃溃疡病却颇为常见,特别是在女性。然而到了本世纪初,十二指肠溃疡病虽然仍旧是一个不常见的疾病,但它已成为一个重要的临床课题。此后,十二指肠溃疡病的患病率有逐渐上升的趋势,至50年代末期达到最高峰,几乎在所有地区十二指肠溃疡病均远较胃溃疡病为多见。然而,近20年来,十二指肠溃疡病的患病率又显著下降。十二指肠溃疡病这种患病率的变化,原因不明。

十二指肠溃疡病可发生于任何年龄,婴儿至老年均可发

病,但最常见的是青年和壮年,80%在20~50岁之间。在性别上,男性明显多于女性,二者之比约为3:1~10:1。然而在青春期前和绝经期后,这种性别间的发病差异并不显著。性别差异的原因不明。

胃溃疡病在临床上较十二指肠溃疡病少见,二者之比约为1:4。然而,尸体解剖的资料表明,十二指肠溃疡病和胃溃疡病二者的发病率大致相等。这一方面提示许多胃溃疡可以没有症状,另一方面也提示尸体解剖的资料中可能包括有终末期的急性胃溃疡在内。胃溃疡病可发生于任何年龄,但以45~55岁最多,其最高发病率约较十二指肠溃疡病晚10年。在性别上,男性和女性几乎相等,这和十二指肠溃疡病男性占明显优势形成鲜明的对比。

二、西医对本病有哪些研究成果

胃、十二指肠溃疡病是一个常见病、多发病。在医学史上,远在19世纪初才从病理解剖上认识到胃、十二指肠溃疡,第一例是急性穿孔的胃溃疡;到19世纪中期,十二指肠溃疡和胃溃疡才被分别确定。

自从胃、十二指肠溃疡病被发现以来,人们对其发生的原因和机制进行了大量的研究,虽然从不同角度阐明了很多问题,提出了各种学说,但尚未能彻底解决。近年的共同认识是胃、十二指肠溃疡病由多种因素引起,其发生是由于致溃疡的攻击因子和防御因子失去平衡。攻击因子包括胃酸、胃蛋白酶、动力学异常、胆酸、溶血卵磷脂和某些药物、酒精、烟碱,以及幽门螺杆菌等;防御因子包括粘膜屏障、粘膜血流、前列腺素、碳酸氢盐分泌以及上皮再生等。中枢神经和自主神经对调节平衡起重要作用,平衡的调节则与神经递质有关。另外,遗

传因素、性别及地理环境也有一定影响。

自以 Roentgen 发现了 X 线,胃、十二指肠溃疡的形态学上特征在临床上才得以阐明。1898 年 Cannon 开展了胃肠道 X 线透视,并经过不断地改进诊断技术,现在 X 线钡餐造影、气钡双重对比造影检查在临床上得到广泛应用,使胃、十二指肠溃疡病的 X 线诊断率大大提高。

胃镜检查经历了 100 年的发展史,在 1957 年发明了纤维胃镜之后进展较快。我国胃镜的临床应用已有几十年的历史,但发展迅速和广泛应用则开始于 70 年代的中期,即在纤维胃镜引进之后,目前,全国县级以上医院基本上得到普及。由于研制技术的不断改进,目前的纤维胃镜口径小、可屈度大、视野广,加上配件还可做摄影、活检、彩电显象等诊断、治疗和教学等措施,在临床上起着越来越重要的作用。其对胃、十二指肠溃疡病的诊断率高达 90% 以上,被认为是黄金标准。同时,借助于胃镜还可用于胃、十二指肠疾病的治疗,如内镜直视下对胃、十二指肠溃疡大出血患者进行喷洒药物止血、局部药物注射止血、激光止血、电凝止血、微波止血等。

约在 19 世纪中期,西欧有人尝试应用饮食疗法治疗胃、十二指肠溃疡病。法国学者曾推荐应用牛奶和鸡蛋进行治疗。继后,德国学者错误地认为饥饿疗法可使胃得到休息,从而促进溃疡愈合,但实践证明适得其反。1886 年 Fenwick 曾强调小食量、无刺激性饮食对治疗胃、十二指肠溃疡病的重要性,并应用碳酸氢钠来缓冲胃酸。1915 年,Stippy 倡议应用严格的饮食制度和大量的碱性药物来治疗胃、十二指肠溃疡病。1976 年组织胺 H_2 -受体拮抗剂甲氰咪呱的问世以来,应用于临床取得了很好的治疗效果,明显减低了胃、十二指肠溃疡病合并症的发生率和外科手术治疗, H_2 -受体拮抗剂也不断有新药出

现,继甲氰咪呱之后,又有抑酸作用更强的雷尼替丁、法莫替丁、尼扎替丁等,使胃、十二指肠溃疡病的 6~8 周治愈率达 90% 以上。近年来出现的 H^+-K^+-ATP 酶抑制剂洛赛克 (Losec),作用于壁细胞分离 H^+ 的最后环节,对胃酸的抑制作用更强,服用 20mg 可降低胃内酸度约 80%,维持在 24 小时以上,恢复治疗前的酸度约需 3~4 天,大大提高了胃、十二指肠溃疡病的治愈率,减少了并发症的发生和外科手术的治疗,其 4~6 周的治愈率达 95% 以上。

1880 年对胃、十二指肠溃疡病开始采用外科手术治疗,经过实践证明,外科手术是足够安全的,此后外科手术治疗在世界各地不断推广。虽然 H_2 -受体拮抗剂广泛应用于临床及洛赛克的问世,需要外科手术治疗的患者已大大减少,但仍有极少数患者因内科治疗不满意,或存在严重的并发症等而需要选择手术治疗。

三、中医对本病的研究有哪些成就

祖国医学文献中没有“胃、十二指肠溃疡病”这一病名的记载,其内容多归属于“胃脘痛”、“胃气痛”、“胃心痛”、“胃胀”等病证之中,在古代医籍中对这方面的论述颇多。早在《素问·痹论》云:“饮食自倍、肠胃乃伤”,说明饮食不节可导致胃病的发生;汉·张仲景《伤寒杂病论》对胃痛未立专篇,但其制定的不少处方如大、小建中汤、黄芪建中汤、芍药甘草汤等迄今仍是用于治疗胃痛病证的常效方。晋·王叔和《脉经》、隋·巢元方《诸病源候论》、唐·孙思邈《千金要方》、明·虞抟法《医学正传》等著作中对胃脘痛的病因病机或治疗进行了大量的论述,对于我们现在临床诊治胃、十二指肠溃疡病仍然具有十分重要的参考价值。

随着 X 线气钡双重对比造影技术和纤维胃镜的普及应用,对本病的诊断水平有了明显提高,同时也为中医临床工作者对本病的研究提供了可靠的诊断和疗效评定标准。目前中医对胃及十二指肠溃疡病的研究主要集中在以下几个方面。

(一)辨证分型的客观指标研究

胃、十二指肠溃疡病的辨证分型主要是根据病人症状和体征来确立的,由于地区各异,研究者注重的角度及思维方式不同,临床分型也稍有差异。总的来说是以脾、胃、肝为辨证定位的脏腑,并以寒、热、虚、瘀作为辨别证型的因素。综合国内对本病的分型主要有脾胃虚寒型、肝气犯胃型、肝郁脾虚型、气滞血瘀型、胃阴不足型、肝胃郁热型、饮食停滞型、寒邪客胃型。为了辩证的准确性,消除因对症状和体征认识上的差异,必须寻找能反映本质的客观指标,借助于现代医学的先进条件,在这方面作了大量的研究,并且取得了一定的成就。

1. 以溃疡的局部病理改变寻找客观指标

溃疡病的分期和证型都是以病理改变为基础的,因此,探讨病变局部的病理特征就有可能找到病理变化与证型间的关系,胃镜观察揭示:寒热夹杂型以粘膜充血、水肿、糜烂、溃疡为主;胃阴不足型表现为粘膜溃疡、周围充血、水肿、糜烂;脾胃虚寒型表现为溃疡周围炎症消退而出现新生的上皮组织;肝胃不和型则见于溃疡愈合疤痕形成期而功能紊乱状态仍存在;气滞血瘀型则溃疡面积较多,粘膜有大片糜烂、出血、瘀点或溃疡较深,近乎穿透性。

2. 以胃的分泌功能寻找客观指标

胃是消化器官,也是分泌器官,因此,研究病态下的分泌特点也有可能找到辨证分型的客观指标。有人研究发现:脾胃虚寒型患者胃的分泌功能呈低下趋势,基础胃酸、血清和组织

胃泌素均低于正常;寒热夹杂型胃的分泌功能旺盛,基础胃酸、血清和组织胃泌素增高;胃阴不足型患者胃的分泌功能介于上述两型之间,其中最高排酸量偏低、组织胃泌素增高是此型的特点。

3. 寻找辩证分型的生化指标

胃、十二指肠溃疡病是局部病变,但存在整体的失调,因此,必定会有反映整体的异常生化指标,有人曾做过这方面的研究,结果发现:脾胃虚寒型血浆环磷酸鸟苷(cGMP)、组织环-磷酸腺苷(cAMP)及cAMP/cGMP比值均偏低;寒热夹杂型血浆cAMP升高,cGMP则降低,其比值也增高;胃阴不足型血浆cAMP则降低,而血浆和组织的cGMP增高;作者认为这些变化可作为溃疡病辩证分型的参考指标。

4. 其它研究方法

有人研究了脑电图与溃疡病辩证分型的关系;有人研究了胃电表现与分型的关系;也有人观察了溃疡病患者唾液淀粉酶活性,唾液钾、钠含量及胃粘膜微量元素铜、锌含量变化与分型的关系等。

胃、十二指肠溃疡病的分型诊断指标的研究还是处于探索阶段,许多指标的选择是较粗糙的,其合理性尚需进一步验证,真正用于临床,指导辩证,使辩证客观化、标准化,还需要做更多的研究工作。

(二)单味中草药研究

单味中草药抗溃疡的研究主要在动物实验上进行,根据目前文献报道,有近30味中草药具有不同程度的抗实验性动物胃溃疡作用,并对其有效成分及作用机制进行了初步探讨,如柴胡的抗溃疡作用的成分有柴胡皂甙、其酸性多糖部分BR-2等,其作用机制是抑制胃液分泌、降低胃液酸度、使胃蛋

白酶的活性减低等。从而在一定程度上指导临床用药,但要真正阐明中草药治疗溃疡病的机制,有待更进一步的研究。

(三) 专方治疗胃、十二指肠溃疡病的研究

所谓专方治疗是指应用单方、验方或成药通治各种类型的溃疡病而言,这样临床应用简便,有利于探讨其治疗机制。目前专方治疗胃、十二指肠溃疡病的组方原则主要从以下四个方面进行:

1. 针对导致溃疡的损害因素而选用制酸、消炎、活血化瘀的药物。如薛氏以制酸为主的乌甘散治疗溃疡病 52 例,总有效率达 90.4%。张氏用具有清热解毒、生肌止痛、收敛创面作用的锡类散内服治疗溃疡病 86 例,结果治愈率为 89.5%,总有效率达 95.4%。王氏则以活血化瘀为主治疗溃疡病 80 例,其中临床治愈 67 例,好转 13 例,全部病例均有效。

2. 从增加防御因子、强固屏障作用选方。实验研究表明:陈香露白露无论是胃内或空肠内给药均有明显地增加实验大鼠胃粘液分泌,起到强固屏障的作用,有利于溃疡愈合。

3. 组方包括了不同证型的治疗原则。如健胃愈疡片由柴胡、元胡、白芍、党参、白芨、青黛、甘草、珍珠层粉组成,具有疏肝和胃、益气健脾、解痉止痛、消炎制酸的作用,治疗溃疡病 67 例,痊愈率为 73%,总有效率为 86.5%。

4. 以出现频率高的证型选方用药。从大量的临床资料分析,脾虚、肝郁是溃疡病的基本证型,最为多见,两者合在一起则呈现出以脾虚、肝郁为主要证型;其它证型则相对较少或与脾虚、肝郁同时存在。当以脾虚或脾虚肝郁来治疗,再考虑一下患者的其它症状,就可以收到满意疗效。据报道以黄芪建中汤治疗溃疡病总有效率达 95.8%。

专方防治胃、十二指肠溃疡病的报道很多,但由于专方用

药固定,不能因人因时因地而异,难免会有其片面性,因此,在深入研究溃疡病发病机制上,制订行之有效的专方仍是中医工作者的重要内容。

第二章 你了解胃与十二指肠吗

第一节 胃的解剖和生理功能

一、胃的解剖

胃位于腹部的左上方,大部分在左季肋部,大体解剖学将胃分成若干部分,即贲门、胃底、胃体、胃窦(又称幽门窦)、幽门管、幽门、胃大弯和胃小弯等(见图1)。临床上主要将其划分为四个部分,即贲门部、胃底部、幽门部、胃体部。贲门部为胃壁近贲门的部分;胃底部为贲门平面以上的膨出部位;幽门部为胃小弯的角切迹右侧至幽门之间的部位,临床又称为胃窦,此部大弯侧常有一浅沟称中间沟,此沟将幽门部分为左侧的幽门窦和右侧的幽门管,胃底部与幽门部之间的部分称为胃体(见图1)。

胃的形态在不同的人体有一定的差异,通过X线钡餐观察,一般可分为3种基本类型(见图2)。即角型胃、钩型胃、长型胃或靴型胃。

胃的位置在正常人体上可因体位、呼吸和胃内容物等因素的影响而有所不同,但胃的贲门部位一般较为恒定,位于第11胸椎左侧,膈下距腹前壁约10厘米处,相当于腹前壁左侧第7肋软骨(与第9胸椎棘突平行),距前中线2.5厘米处,贲门距门齿约40厘米,幽门通常位于第1腰椎右前方,此高度

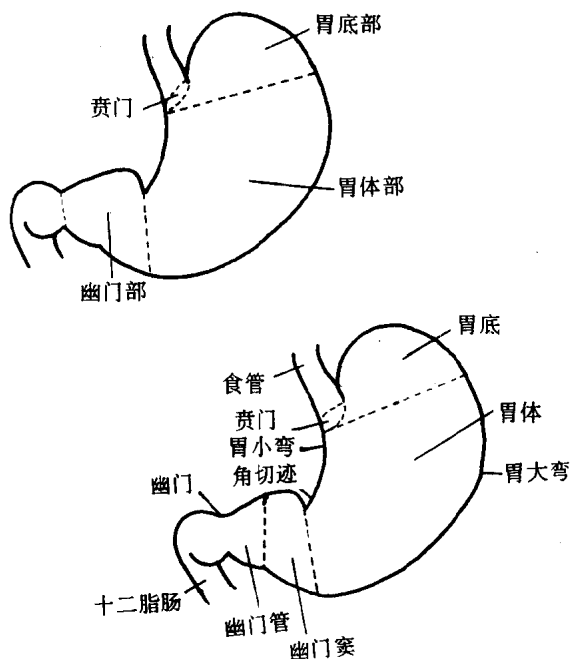
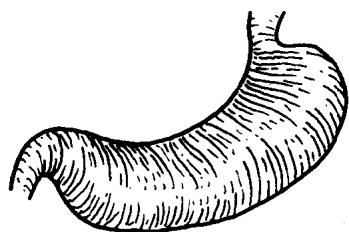


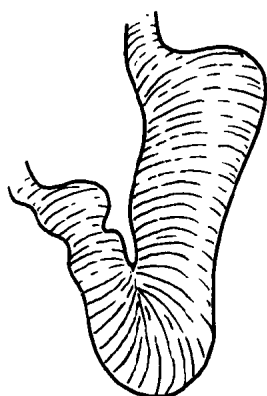
图 1 胃的大体解剖划分

称幽门平面，相当于剑胸结合与脐连线中点的平面，幽门体表投影于该平面右侧距前正中线 2 厘米处，于直立位时幽门可达第 3 腰椎高度。

胃的长度约为 25~30 厘米，最大的横径约为 12 厘米，胃小弯长约 12 厘米，为肝左叶所覆盖，胃大弯比胃小弯长约 3 倍，贴邻横结肠上缘，胃的前上面与宽旷的游离腹腔相接，故胃前壁溃疡穿孔时易引起弥漫性腹膜炎，胃的后下面则与胰腺、横结肠系膜、结肠脾曲、左肾、左肾上腺、脾脏及一部分横膈相接触，当胃后壁溃疡穿孔时，多与胰腺等器官粘连，甚至



角形胃



钩形胃



长形胃(鞍形胃)

图2 胃形态的3种基本类型

穿入胰腺等器官内形成贯通性溃疡。

胃主要有四条韧带,即肝胃韧带、肝十二指肠韧带、胃脾韧带、胃结肠韧带。肝胃韧带为连接肝门与胃小弯的腹膜;肝十二指肠韧带为连接肝和十二指肠的腹膜,其内有胆总管、肝动脉和门静脉,肝胃韧带与肝十二指肠韧带组成小网膜;胃脾

韧带为连接于胃大弯上部与脾门之间的双层腹膜结构,内有胃短血管行走;胃结肠韧带为连接于胃大弯和横结肠前面之间的腹膜,并向横结肠以下延伸构成大网膜,象围裙一样,铺盖着小肠与结肠,于近大弯侧韧带内走行有胃网膜血管;胃依靠这些韧带与周围器官联结在一起,同时起着固定胃的作用。

二、胃的血管和神经

1. 胃的血管

任何组织、器官都离不开血液为其不断地提供营养物质,以维持其正常的生理功能,胃也一样,胃的动脉来自腹腔干的分支,胃小弯侧有胃左动脉和胃右动脉相互吻合成弓,并发分支到近小弯侧胃的前、后壁;在胃大弯侧有胃网膜左动脉和胃网膜右动脉相互吻合成弓,发分支到近大弯侧胃的前、后壁及大网膜;胃底部有脾动脉的分支、胃短动脉分支分布。胃的静脉与同名动脉伴行,均汇入或转注门静脉,胃左静脉又称胃冠状静脉,在左贲门附近收纳了食管静脉后,转向右下方注入门静脉,胃右静脉直接右行注入门静脉,胃网膜左静脉和胃短静脉注入脾静脉,胃网膜右静脉向右注入肠系膜上静脉。

2. 胃的神经

胃的内脏运动神经有交感和副交感神经,前者抑制胃的运动、减少胃液的分泌;后者则相反。

胃的交感神经纤维来自腹腔神经丛的分支,随胃的动脉分支分布到胃。

胃的副交感神经纤维来自迷走神经,迷走神经前后两干分别经食管裂孔下行于食管腹段的前、后方,迷走神经前干在贲门附近分为肝支和胃前支,肝支经小网膜右行加入肝丛,胃前支沿胃小弯右行,沿途发支到胃前壁;迷走神经后干在贲门