

WEISUOXING WEIYAN ZHENZHI

萎缩性



炎诊治

刘绍能 张秋云 编著

金盾出版社

责任编辑：周绍平

封面设计：博 今

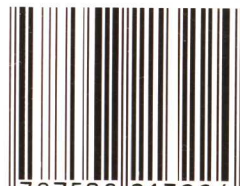


萎缩性胃炎诊治

WEISUOXING WEIYAN ZHENZHI



ISBN 7-5082-1322-X



9 787508 213224 >



ISBN 7-5082-1322-X

R·438 定价:4.00 元

萎缩性胃炎诊治

刘绍能 张秋云 编著

金盾出版社

内 容 提 要

本书共分四章:第一章萎缩性胃炎的基础知识,第二章中医对萎缩性胃炎的认识,第三章萎缩性胃炎的治疗,第四章萎缩性胃炎的调养。内容科学翔实,文字通俗易懂,方法简便实用,是基层医务工作者的良好读物,也适用于胃病患者自我保健。

图书在版编目(CIP)数据

萎缩性胃炎诊治/刘绍能,张秋云编著. —北京:金盾出版社,2000. 12

ISBN 7-5082-1322-X

I. 萎… II. ①刘…②张… III. 萎缩性胃炎-诊治 IV. R573. 3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 34579 号

金盾出版社出版、总发行

北京太平路 5 号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:68214039 68218137

传真:68276683 电挂:0234

封面印刷:北京精美彩印有限公司

正文印刷:北京万兴印刷厂

各地新华书店经销

开本:787×1092 1/32 印张:3.25 字数:71 千字

2001 年 3 月第 1 版第 2 次印刷

印数:11001~22000 册 定价:4.00 元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

前 言

萎缩性胃炎属临床常见病、多发病,部分有癌变倾向。作者在长期的临床实践中体会到,对萎缩性胃炎必须进行综合治疗,才能收到良好的治疗效果。为此,我们编写了《萎缩性胃炎诊治》这本书。书中体现了中医治疗与西医治疗相结合,药物治疗与饮食治疗相结合,医者施治与患者自我调养相结合的原则。

全书共分四章:第一章萎缩性胃炎的基础知识,重点阐述了萎缩性胃炎的发病特点和诊断方法;第二章中医对萎缩性胃炎的认识,重点介绍了中医对萎缩性胃炎的病名、病因和病机的认识;第三章萎缩性胃炎的治疗,这是本书的中心内容,主要介绍了中西医治疗方法及食疗、体疗等内容;第四章萎缩性胃炎的调养,主要介绍了饮食调养、情志调养等方法 and 注意事项。本书内容丰富,科学实用,文字通俗易懂,使医者读之能正确诊治,患者读之能养病治病,以达到早日康复的目的。

在本书的编写过程中,我们参考了许多公开发表的著作,在此,对有关作者表示衷心的感谢。由于我们水平所限,书中不当之处在所难免,欢迎广大读者提出宝贵意见。

作 者

2000 年 10 月

目 录

第一章 萎缩性胃炎的基础知识	(1)
第一节 萎缩性胃炎的发病特点	(1)
第二节 萎缩性胃炎的诊断	(6)
第二章 中医对萎缩性胃炎的认识	(17)
第一节 胃的功能特性	(17)
第二节 病名诊断的认识	(19)
第三节 病因的认识	(19)
第四节 病机的认识	(20)
第五节 萎缩性胃炎的体质类型	(21)
第三章 萎缩性胃炎的治疗	(24)
第一节 萎缩性胃炎的西医治疗	(24)
第二节 萎缩性胃炎的辨证治疗	(32)
第三节 萎缩性胃炎的中成药治疗	(38)
第四节 萎缩性胃炎的简便验方治疗	(53)
第五节 萎缩性胃炎的饮食治疗	(63)
第六节 萎缩性胃炎的功法治疗	(78)
第四章 萎缩性胃炎的调养	(85)
第一节 饮食调养	(85)
第二节 情志调养	(91)
第三节 依四时调摄	(92)
第四节 起居调摄	(95)

第一章 萎缩性胃炎的基础知识

第一节 萎缩性胃炎的发病特点

一、萎缩性胃炎的定义及其发病概况

萎缩性胃炎是指胃粘膜表面反复受到损害后导致的粘膜固有腺体萎缩,甚至消失,粘膜肌层常见增厚的病理改变。由于腺体萎缩或消失,胃粘膜有不同程度的变薄,并常伴有肠上皮化生、炎性反应及不典型增生。

该病是临床常见病、多发病。在我国一般人群中,慢性胃炎的发病率甚高,其中萎缩性胃炎占受检人数的 13.8%;国外资料表明,门诊患者中约 2% 为萎缩性胃炎。随着年龄的增加,其发病率亦增加。

二、发病原因

萎缩性胃炎的发病原因尚未完全阐明,一般认为与以下因素和疾病有关:

1. 免疫因素

慢性萎缩性胃炎患者的血清中能检出壁细胞抗体,伴有恶性贫血者还能检出内因子抗体,故推测萎缩性胃炎的发病有免疫因素参与。

2. 胆汁返流

碱性胆汁和十二指肠液返流入胃,则可破坏胃粘膜屏障,引起胃腺体萎缩。故幽门功能不全而有胆汁返流者,是萎缩性

胃炎发病的原因之一。

3. 生物因素

细菌,尤其是幽门螺杆菌(Hp)感染,与慢性萎缩性胃炎密切相关。幽门螺杆菌是1982年首先从慢性胃炎患者胃粘膜中分离出来的,此后研究表明,幽门螺杆菌通过引起胃炎进而导致胃粘膜的萎缩而形成萎缩性胃炎。其机理可能是:①幽门螺杆菌呈螺旋形,具有鞭毛结构,可在粘液层中自由活动,并与粘膜细胞紧密接触,直接侵袭胃粘膜。②产生多种酶及其代谢产物,如尿素酶、过氧化物歧化酶、蛋白溶解酶、磷脂酶A等,这些酶可破坏胃粘膜。③幽门螺杆菌产生的细胞毒素可引起细胞空泡变性。④幽门螺杆菌作为抗原引起机体产生幽门螺杆菌抗体,造成自身免疫损伤。正是由于幽门螺杆菌在萎缩性胃炎发生中作用的发现,为萎缩性胃炎的临床抗菌治疗提供了重要的病原学依据。

4. 药物因素

长期大量服用非甾体类消炎药如阿司匹林、吲哚美辛等可诱发萎缩性胃炎,因为这些药物可抑制胃粘膜前列腺素的合成,破坏胃粘膜屏障,导致腺体萎缩。

5. 相关疾病因素

某些疾病可引起萎缩性胃炎,而有的疾病常伴有萎缩性胃炎。如心功能不全、肝硬化并发门脉高压、营养不良等可引起慢性胃炎,日久则可形成萎缩性胃炎;糖尿病、慢性肾上腺皮质功能减退、干燥综合征及恶性贫血患者,部分可同时伴有萎缩性胃炎。

6. 慢性胃炎的进一步发展

物理因素如长期饮浓茶、烈酒、咖啡,吃过热、过冷、过于粗糙的食物,化学、细菌因素等,均可导致胃粘膜的损伤,引起

慢性胃炎。在长期的慢性胃炎的基础上可以演变为慢性萎缩性胃炎。临床上许多患者起初胃镜检查为慢性浅表性胃炎,经过一段时间后,胃镜复查则转变为萎缩性胃炎或萎缩与浅表炎症并存,均说明萎缩性胃炎与胃部的慢性炎症有关。

7. 胃切除术后的残胃

胃窦部的 G 细胞可分泌胃泌素,胃泌素不但可刺激壁细胞分泌盐酸,还有营养壁细胞的作用。胃窦被切除后,几乎无胃泌素分泌,壁细胞缺乏营养,结果导致壁细胞萎缩,进一步发展则引起残胃粘膜的萎缩。

三、萎缩性胃炎的易患人群

萎缩性胃炎是临床常见多发病,但其多见于以下人群,故应引起重视。

1. 一般来讲,老年人萎缩性胃炎的发病率随年龄的增长而增加,据一组调查资料显示,16~30 岁组患萎缩性胃炎仅 9%,而 51~65 岁组高达 53%,年龄每增长 10 岁,其发病率平均递增约 14%,故发病以老年人多见。随着年龄的增长,消化道的结构及功能均有不同程度的退行性变,粘膜小血管扭曲、血管壁增厚和血管腔狭窄致胃粘膜营养不良,粘膜屏障功能低下,在各种致病因素影响下易发生粘膜的萎缩。

2. 口咽部慢性炎症患者,如有慢性口腔、鼻腔、咽喉部感染灶者,因经常吞下病灶排出的细菌及炎性分泌物,刺激胃粘膜产生炎症反应,日久导致胃腺体萎缩。

3. 因病需长期服用对胃有损伤药物者。

4. 有不良饮食习惯者,嗜食辛辣、油炸之物,多量饮酒,饥饱无常等人群常比其它人群易患萎缩性胃炎。

5. 工作紧张、情绪不稳者。

四、萎缩性胃炎的诱发因素

萎缩性胃炎病程长,经治疗或调理后,多数患者的病情得以缓解。但可因以下因素而诱使复发:

1. 情绪变化。过激的情绪或抑郁的心情均可引起胃肠功能紊乱,诱发萎缩性胃炎不适症状。临床常见有的患者因生气之后出现胃脘胀满、胃痛、食欲不振等。

2. 饮食不慎。生冷、油炸、肥甘及韧性难化之物皆可加重胃的负担,引起消化不良,导致萎缩性胃炎复发。

3. 受凉。尤其是胃部着凉,可加重萎缩性胃炎患者症状。

4. 过度疲劳及失眠。

5. 服用对胃有损伤的药物。引起胃损伤的药物有很多,可诱发萎缩性胃炎症状的药物常见的有以下几类,患者可根据具体情况尽量避免使用。①乙酰水杨酸类:常用的药物有阿司匹林、氨基比林、非那西丁、赖氨匹林、贝诺酯等。②非甾体抗炎药:常用的药物有消炎痛、炎痛喜康、消痛灵、布洛芬等。③肾上腺皮质激素:如地塞米松、强的松等。④抗肿瘤药:如环磷酰胺、甲氨蝶呤、阿糖胞苷等。⑤抗生素类:常用的药物有红霉素、螺旋霉素、先锋霉素、甲硝唑等。⑥峻猛有毒之中药:如大风子、皂矾、瓜蒂、常山、蜀漆、砒石、轻粉、使君子、巴豆等,其作用过强、过猛,或本身具有极大的毒性,能导致胃的损害,萎缩性胃炎患者应特别注意。

对萎缩性胃炎患者来说,应该了解这些萎缩性胃炎的常见诱发因素,并在治疗和调养过程中注意避免。

五、萎缩性胃炎引起生理功能异常

萎缩性胃炎由于胃分泌腺的大量萎缩而丧失功能,由此将出现一些病理生理改变,表现有以下几方面:

1. 腺体萎缩,胃粘膜变薄。

2. 胃酸分泌减少。由于分泌胃酸的腺体萎缩,数目减少,胃酸分泌不足,故患者胃中常处在低酸或无酸状态。

3. 消化功能减弱。胃酸减少是消化功能减弱的原因之一,此外,腺体数目减少引起消化酶如胃蛋白酶等分泌不足及低酸条件下胃蛋白酶活力减弱或丧失,也影响到胃的消化功能。这是患者出现食欲不振,食后饱胀及不耐油腻之物的病理生理基础。

4. 胃蠕动功能失调。正常情况下,胃有节律地蠕动,顺序是由贲门经胃体和胃窦向幽门方向蠕动,且其强度逐渐增加。由于胃腺体萎缩,胃壁变薄及所伴随的炎症影响,常使胃的这种蠕动不协调,或蠕动的强度减弱,甚至出现逆蠕动,不利于胃的排空,使患者常感胃部胀满不适,尤以食后为甚。

5. 抵抗力降低。胃酸除消化功能外,还有杀菌作用,而腺体萎缩引起的胃粘液分泌减少,削弱了其对胃粘膜的保护作用,导致胃抵抗力呈低下状态,易致各种胃肠道感染的发生,如饮食稍有不慎就出现胃痛、恶心、呕吐等急性胃炎表现。

六、萎缩性胃炎的临床类型及我国萎缩性胃炎的特点

根据萎缩部位及血清中壁细胞抗体的检测结果,将萎缩性胃炎分为以下两种类型:

A 型:表现在胃体的萎缩性炎症,呈广泛性,血清中壁细胞抗体阳性。此类患者因胃粘膜的严重萎缩而有明显的胃酸分泌减少,甚至胃酸缺乏,而血清中胃泌素增高,并可有恶性贫血的表现,其发病机制与免疫因素有关。

B 型:发生在胃窦部的萎缩性炎症,呈局灶性,血清中壁细胞抗体阴性,血清胃泌素正常,胃酸分泌轻度降低,一般无贫血。其发病与胆汁及十二指肠液返流入胃有关。

我国患者的慢性萎缩性胃炎主要表现为萎缩性胃窦炎,

属 B 型胃炎多,但随着病变的发展,炎症可由胃窦向胃体部扩展,最终残留胃体大弯侧及胃底部的粘膜部分无病变。胃窦基本正常、胃体弥漫性萎缩的 A 型胃炎在我国远较西方国家为少。

第二节 萎缩性胃炎的诊断

一、萎缩性胃炎的临床表现

大多数患者无症状,有症状者也无特异性。病程中可出现以下的临床表现:

1. 胃脘胀满。较多见,有的觉胃部痞闷或胃脘堵塞感,甚者腹部、胁部、胸部亦感胀满,暖气频频。

2. 胃痛。可以单独出现,但多数情况下与胃胀同时出现。呈胀痛、隐痛、钝痛,急性发作时也可出现剧痛或绞痛。疼痛部位一般在胃部,少数可出现在胁部、腹部、背部或胸部。有的患者仅感胃脘不适或胃脘部难受,无可名状。

3. 烧心。患者自觉胃脘部灼热或嘈杂不适,部分有反酸现象。

4. 消化不良症状。食欲减退,甚至无食欲,或虽有食欲但进食后即感胃脘部胀满不适或消化不良。有的可出现舌炎。

5. 大便异常。以大便秘结多见,常数日 1 次,少数可表现为便溏。

6. 日久可见虚弱症状。消瘦,疲乏无力,精神萎靡等。

7. 贫血。可为缺铁性贫血或巨幼红细胞性贫血,前者因长期营养不良,铁剂补充不足所致,后者因内因子缺乏致维生素 B_{12} 减少所致。一般为轻至中度贫血,表现有头晕,乏力,眼结膜色淡,面色萎黄,甲床色淡或苍白。

8. 胃脘部有局限的压痛或深压不适感。

由于萎缩性胃炎的临床症状和体征无特异性,故不能作为诊断的依据。凡有上述表现者,应作进一步的检查。

二、萎缩性胃炎常用的检查项目及意义

1. 病理检查。胃镜及活体组织病理检查是确诊萎缩性胃炎的主要依据,内容见本节“诊断”项。

2. 胃液分析。一般测定基础胃酸分泌量(BAO)及刺激后的最大胃酸分泌量(MAO)和高峰胃酸分泌量(PAO)。正常胃液的 pH 值为 1.3~1.8,如刺激后最大分泌时的 pH 值 > 6.0 则可诊断为真正胃酸缺乏。萎缩性胃炎的胃酸分泌是降低的,但 A、B 两型略有差别,A 型患者无酸或低酸,B 型患者大多为正常低值或正常。

3. 血清胃泌素含量测定。B 型萎缩性胃炎一般正常,A 型则升高,伴恶性贫血者升高更为显著,可高达 1 000 皮克/毫升以上。中国人以 B 型为主,故此项检查的实际意义不大。

4. 血清壁细胞抗体检查。主要用于 A、B 两型萎缩性胃炎的鉴别诊断,A 型为抗体阳性,B 型则为阴性。

5. 幽门螺杆菌检查。幽门螺杆菌与萎缩性胃炎的相关性已经被肯定,故该项检查已成为萎缩性胃炎病原学检查的主要方法。幽门螺杆菌的检查方法很多,每种检查方法的意义稍有不同,在此略加说明,以供选择。常用的有以下几种:

(1)快速尿素酶试验。在胃镜检查时取胃粘膜组织作快速尿素酶试验,即刻可获结果。此法简单易行,但有一定的假阳性。

(2)银染色法。取胃粘膜组织用硝酸银染色,然后显微镜下观察幽门螺杆菌的存在。

(3)细菌培养。取胃粘膜组织经微需氧状态培养,然后经

染色或快速尿素酶试验验证。此法准确度好,但技术要求高,一般基层医院难以开展。

(4)幽门螺杆菌抗体检查。取静脉血检测幽门螺杆菌抗体即可判断是否感染幽门螺杆菌。此法简单、痛苦少,但准确度不高,因为幽门螺杆菌感染后产生抗体需要一定时间,若在尚未产生抗体之前检查则会漏诊,而幽门螺杆菌被根除后,至少6个月内其抗体仍然存在,此时检查则可产生误诊。因此,此项检查应结合临床开展。

(5) ^{13}C 或 ^{14}C 尿素呼气试验。通过分析患者经肺呼出的气体可作出幽门螺杆菌的诊断,其准确性已达到相当可信的程度。缺点是价格昂贵,一般医院不能开展。

6. X线钡餐检查。该项检查对萎缩性胃炎的诊断帮助不大,但有助于与其它胃部疾病鉴别诊断。

三、萎缩性胃炎的诊断

萎缩性胃炎的症状、体征无特异性,不能作为诊断的依据。确诊主要靠胃镜和胃粘膜活组织病理检查,尤其是病理检查,是确诊的可靠依据。

1. 胃镜表现

(1)胃粘膜颜色改变。正常胃粘膜为橘红色,萎缩时呈灰白、灰黄或灰绿色。同一部位的粘膜颜色也不一样,红色强的部位也带灰白色,而灰白、灰黄的部位也有略隆起的小红点或红斑存在;萎缩粘膜的范围也不一致,可以是弥漫的,也可以是局部的,甚至呈小灶状,境界常不明显。

(2)胃粘膜变薄,血管透见。因腺体萎缩而使胃粘膜变薄,血管隐约可见。萎缩初期可见到粘膜内小血管,重者可见到粘膜下大血管,呈暗红色树枝状。

(3)增生性改变。腺体萎缩后,腺窝可增生延长或有肠上

皮化生而出现过程表现,此时不能看到粘膜下血管,只见粘膜表面粗糙不平颗粒或结节,有僵硬感,光泽也有变化。

2. 病理表现

(1)固有腺体萎缩。

(2)粘膜肌层增厚。

(3)肠上皮化生或假幽门腺化生(可有可无)。

(4)固有膜炎症(可有可无)。

(5)淋巴滤泡形成(可有可无)。

3. 萎缩性胃炎的分级

轻度萎缩:胃粘膜厚度正常,仅有个别或局灶的腺体萎缩,腺体数减少不超过原有的 $1/3$ 。

中度萎缩:胃粘膜变薄,腺体排列紊乱,腺体数减少 $1/3 \sim 1/2$ 。

重度萎缩:胃粘膜明显变薄,腺体减少超过半数,而粘膜肌层明显增厚。

4. 肠上皮化生程度分级

轻度化生:上皮化生限于颈腺。

中度化生:上皮化生波及颈腺及表面粘膜上皮。

重度化生:上皮化生占粘膜全层,达粘膜肌层。

四、不典型增生程度分级

轻度:腺管结构轻度不规则,排列紊乱或疏密不均,主要分布于粘膜浅层,杯状细胞减少,核深染,呈椭圆形或杆状,体积稍增大,核密集排列于细胞基底侧。

中度:腺管结构不规则,呈树枝状,形态大小不整,排列紧密,有较清楚的界线,其深部常见囊状扩张的腺管,杯状细胞甚少,核椭圆或杆状,大而深染,密集于细胞基底侧,排列稍显紊乱。

重度：腺管结构紊乱，形态大小不等，上皮细胞呈柱状或立方形，核深染或为疏松网状，呈类圆形或杆状，多为复层或假复层排列。

五、萎缩性胃炎与浅表性胃炎的关系

萎缩性胃炎可由浅表性胃炎发展而来，由于中国人萎缩性胃炎的特点是局灶性的，故多数情况下是萎缩性胃炎与浅表性胃炎同时存在，其程度差异必须通过胃镜检查才能区别。

凡胃粘膜改变以浅表性胃炎为主，并有局部萎缩性改变者，诊断为“慢性浅表—萎缩性胃炎”。

凡胃粘膜改变以萎缩性胃炎为主，而浅表性胃炎较轻者，诊断为“慢性萎缩—浅表性胃炎”。

六、萎缩性胃炎的种类

根据胃镜及活组织病理检查，萎缩性胃炎有以下三种主要类型：

1. 单纯性萎缩性胃炎

胃镜检查见胃粘膜颜色失去正常橘红色，呈灰白或苍白色，成斑片状或弥漫分布，粘膜下血管显露。有时与浅表性胃炎同时并存。这种胃炎临床最常见，为发病的早期阶段。

2. 增生性萎缩性胃炎

在萎缩的基础上伴有胃小凹上皮增生，称增生性萎缩性胃炎。胃镜下可见病变部粘膜粗糙或呈颗粒状，甚至呈结节状，而粘膜下血管显露常被掩盖。

3. 化生性萎缩性胃炎

伴有肠上皮化生的萎缩性胃炎称化生性萎缩性胃炎。轻者肉眼不可见，仅在粘膜活检时始获诊断；重者有时可出现肉眼改变，如在胃窦部病变者呈卵圆石形，表面光滑，大小不等，呈灰白色扁平状隆起。胃体部肠化生则可见多数白色小颗粒

状隆起,宛如雪点。肠腺化生虽在胃镜下见多种类型改变,但只有靠组织病理检查才能确诊。

七、萎缩性胃炎活动期的表现特点

萎缩性胃炎属慢性胃炎之一种,长期处于缓解期,并缓慢进展。但在慢性过程中也经常反复活动,而活动期萎缩性胃炎一般是需要治疗的。因此,了解其表现特点具有重要意义。

1. 常有诱发因素,如饮食不慎、受凉等。

2. 临床症状和体征加重。

3. 胃镜下可见在萎缩的基础上出现粘膜发红,甚至糜烂之活动性炎症改变。

4. 病理检查是反映其炎症活动的主要依据。一般认为炎症细胞浸润伴上皮细胞变性和隐窝脓肿者为活动期;如果上皮细胞变性伴有慢性炎症细胞浸润,称为慢性活动期;如无或很少有上皮细胞的退行性变,炎症细胞浸润程度较轻,而正常结构有紊乱或萎缩,表示既往曾有炎症而活检时已转为静止期。急性活动期在上皮间常有较多的中性白细胞浸润,或成堆地积聚于小凹中,形成小窝积脓。

八、萎缩性胃炎并发症及其表现

萎缩性胃炎病程长,进展缓慢,在其病变过程中常出现以下并发症,应引起医务工作者及患者的重视。

1. 胃出血

萎缩性胃炎引起胃出血并不少见,一般认为与以下因素有关:①粘膜萎缩,血管显露,易受胃液、食物等侵袭而破裂出血。②在萎缩的基础上合并局部浅表糜烂性胃炎,粘膜糜烂出血。出血量一般较少,以黑便为主要表现,若出血量大时可突然呕血,并伴周围循环不足表现,如头晕、心悸、黑蒙、汗出,甚则休克。