

· 临床常见病症诊疗丛书 ·

胃炎

诊治与调理

WEIYAN ZHENZHI YU TIAOLI

主 编 / 牛月花 秦光利 马汴梁



 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

胃炎诊治与调理

WEIYAN ZHENZHI YU TIAOLI

主编 牛月花 秦光利 马汴梁



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

胃炎诊治与调理/牛月花,秦光利,马汴梁主编. —北京:人民军医出版社,2007. 9

ISBN 978-7-5091-1158-1

I. 胃… II. ①牛…②秦…③马… III. 胃炎—诊疗 IV. R573. 3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 119047 号

策划编辑:杨磊石 文字编辑:邢 云 责任审读:黄栩兵

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8023

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市春园印刷有限公司 装订:春园装订厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:9.75 字数:244 千字

版、印次:2007 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~4500

定价:23.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书作者参考国内外最新文献,结合自己丰富的临床经验,系统阐述了胃炎的相关基础理论和诊治调理方法。包括胃的基础知识,胃炎常用检查方法,急性胃炎的表现与诊治,慢性胃炎的分类、诊断、治疗与并发症处理,胃炎的保健调理和常用药物简介等。内容丰富,阐述简明,基础与临床结合,中西医诊治与调理结合,特别对慢性胃炎作了重点阐述,其中很多是作者实践经验的总结,具有很好的借鉴和参考价值;适于内科(特别是消化科)医师、基层医务人员、医学院校学生及胃炎患者阅读参考。

序

消化系统是人体的重要器官,而胃炎又占消化系统疾病的发病之首。近年来,我国对胃炎的诊治水平有了很大的提高,为了更好地适应临床应用,三位学者通力合作编写了这本《胃炎诊治与调理》。该书全面而实用,阐述重点突出,特别是对慢性胃炎的治疗,既有西医措施,也有中医方法,便于临床医务人员的实际应用和开拓思维;同时又从不同角度对胃炎的预防、保健作了详细介绍,对患者预防疾病、配合治疗都有裨益。因此,本书不失为一本颇具实用价值的临床参考书。

在《胃炎的诊治与调理》写成后,感谢编写者对我的信任,应邀得以先睹为快,看到他们对医学事业的执着追求,深感欣慰,特为之作序。

第四军医大学西京医院内科学教授
《世界胃肠病学杂志》(英文版)主编
《世界华人消化杂志》名誉主编



2007年5月6日于西安

前 言

胃炎是一种常见的普通病,正因为其普通,所以并不引起人们的注意,其实在消化系统疾病中,胃炎的诊治及其疗效的判断和转归都有着十分重要的意义。编者参阅国内外有关资料,并结合几十年的临床经验,对胃炎的发病机制和病理改变进行了详细的阐述,特别是在慢性胃炎的章节里,用了不小的篇幅对慢性胃炎的分型和与幽门螺旋杆菌感染的关系进行了解读,对先进的诊断技术和前沿的治疗方法进行了详细的介绍;关于胃炎的保健调理和中医药治疗内容,也是本书的一个特色。因此,本书对从事消化专业的医师或临床实习医师是一本较有价值的参考用书。

在编写过程中,我国著名消化病专家潘伯荣教授给予了亲切关怀,山西省消化内镜专业委员会主任委员刘变英教授、山西省人民医院消化内镜中心陈星主任、原丽莉主任也为本书的编写给予了帮助,在此一并致以衷心的感谢。

由于编者水平有限,书中如有不妥、疏漏和错误,欢迎同仁们批评指正,以便今后修订时补充和完善。

牛月花
2007年6月

目 录

第一章 胃的基础知识.....	(1)
第一节 胃的形态及组织结构.....	(1)
一、胃的形态与分部	(1)
二、胃的位置与毗邻关系	(4)
三、胃的神经支配、血管分布和淋巴回流.....	(4)
四、胃的组织结构.....	(10)
第二节 胃的生理功能	(14)
一、胃的运动功能.....	(14)
二、胃的分泌功能.....	(19)
三、胃的吸收功能及食物的消化过程.....	(28)
四、胃黏膜屏障和胃黏膜的细胞保护作用	(30)
第二章 胃炎的常用检查方法	(36)
第一节 胃镜检查	(36)
一、消化内镜的发展史及国内应用现状.....	(36)
二、胃镜检查原理.....	(39)
三、胃镜检查适应证与禁忌证.....	(40)
四、胃镜检查并发症及防止.....	(42)
五、胃镜检查前的准备.....	(44)
六、操作方法及程序.....	(45)
七、术后注意事项.....	(48)
八、正常胃的内镜下所见.....	(49)
九、各型胃炎的内镜下特征及病理组织学改变.....	(51)
第二节 上消化道钡餐造影	(65)

一、上消化道造影的原理	(66)
二、适应证	(66)
三、禁忌证	(67)
四、X线钡餐造影前的准备	(67)
五、检查方法	(68)
六、正常胃X线下表现	(69)
七、胃炎的X线表现	(70)
第三节 幽门螺旋杆菌(Hp)检查	(71)
一、快速尿素酶试验	(72)
二、细菌分离培养法	(73)
三、组织病理学检查方法	(74)
四、尿素呼气试验	(75)
(一) ¹³ C-尿素呼气试验	(75)
(二) ¹⁴ C-尿素胶囊呼气试验	(76)
五、血清特异性抗体检测法	(77)
六、聚合酶链反应(PCR)试验	(78)
七、幽门螺旋杆菌粪便抗原检测(HpSA)	(79)
第四节 胃液分析	(79)
一、一般性状检查	(80)
二、化学检查	(81)
三、显微镜下检查	(86)
四、胃液分析对胃炎诊断的意义	(86)
第五节 胃运动功能检查	(87)
一、核素胃排空测定	(87)
二、胃窦、幽门、十二指肠压力测定	(88)
三、胃电图检查	(91)
四、X线检查	(92)
五、B超检查	(93)

第三章 急性胃炎	(95)
第一节 急性单纯性胃炎	(95)
第二节 急性糜烂出血性胃炎	(98)
第三节 急性腐蚀性胃炎	(104)
第四节 急性化脓性胃炎	(109)
第四章 慢性胃炎	(111)
第一节 概 述	(111)
第二节 慢性胃炎的分类	(113)
一、Schindler 分类	(113)
二、Wood 分类	(114)
三、Whitehead 分类	(114)
四、Strickland 分类	(114)
五、我国有关慢性胃炎的分类	(115)
六、Gorrea 分类	(124)
七、悉尼胃炎分类法	(126)
八、1996 年休斯敦国际悉尼新分类	(131)
九、2002 年日本胃炎研究会分类	(132)
第三节 慢性浅表性胃炎	(138)
一、概 述	(138)
二、病因及发病机制	(138)
三、病理改变	(149)
四、临床表现	(150)
五、辅助检查	(151)
六、诊断	(156)
七、治疗	(156)
第四节 慢性萎缩性胃炎	(170)
一、概述	(170)
二、病因及发病机制	(171)

三、病理改变	(179)
四、病理生理改变	(182)
五、内镜下分类	(182)
六、临床表现	(183)
七、辅助检查	(184)
八、诊断	(191)
九、治疗	(192)
十、预后	(198)
第五节 特殊类型胃炎	(199)
一、感染性胃炎	(199)
二、化学性胃炎(病)	(200)
三、Menetrier 病	(201)
四、结节状胃炎	(202)
五、疣状胃炎(痘疮样胃炎)	(202)
六、嗜酸粒细胞性胃炎	(203)
七、其他	(204)
第六节 慢性胃炎的常见并发症	(204)
第七节 慢性胃炎的鉴别诊断	(214)
[附录] 我国有关慢性胃炎分类等问题的专家共识意见	(219)
一、全国慢性胃炎研讨会共识意见(2000 年,井冈山)	(219)
二、慢性胃炎的内镜分型、分级标准及治疗的试行意见	(226)
三、中国慢性胃炎共识意见(2006,上海)	(228)
第五章、胃炎的保健调理	(236)
一、饮食调理	(236)
二、情志调理	(245)

三、四季起居调理	(250)
四、运动保健	(253)
第六章 胃炎常用药物简介	(256)
第一节 碱性抗酸药	(256)
一、碳酸氢钠	(256)
二、氢氧化铝	(257)
三、三硅酸镁	(257)
四、氧化镁	(258)
五、铝碳酸镁	(258)
六、碳酸钙	(258)
第二节 H_2受体拮抗药	(259)
一、西咪替丁	(259)
二、盐酸雷尼替丁	(260)
三、法莫替丁	(261)
四、盐酸罗沙替丁	(261)
五、尼沙替丁	(262)
六、乙溴替丁	(262)
第三节 质子泵抑制药(PPI)	(263)
一、奥美拉唑	(264)
二、兰索拉唑	(264)
三、潘妥拉唑	(265)
四、雷贝拉唑钠	(265)
五、埃索美拉唑	(266)
第四节 胃黏膜保护药	(266)
一、硫糖铝	(266)
二、胶体次枸橼酸铋	(267)
三、思密达	(267)
四、麦滋林-S 颗粒	(268)

五、替普瑞酮	(269)
六、瑞巴派特	(269)
七、前列腺素类	(269)
八、胃膜素	(270)
九、尿囊素	(271)
十、佳胃得片	(271)
十一、乐得胃片	(271)
十二、甘珀酸钠	(271)
第五节 助消化类药	(272)
一、胃蛋白酶	(272)
二、稀盐酸	(272)
三、乳酶生	(272)
四、康胃素	(272)
五、干酵母	(273)
第六节 抗胆碱药	(273)
第七节 胃肠动力药	(274)
一、甲氧氯普胺	(274)
二、多潘立酮	(274)
三、西沙必利	(275)
四、莫沙必利	(275)
五、伊托必利	(275)
六、替加色洛	(275)
七、马来酸曲美布汀	(276)
八、大环内酯类抗生素	(276)
第八节 其他	(276)
一、生长抑素	(276)
二、表皮生长因子	(277)
三、胸腺蛋白口服液	(277)
第九节 中成药	(277)

一、解暑和胃类	(277)
二、清热利湿类	(279)
三、清火泻热类	(281)
四、温中和胃类	(282)
五、理气和胃类	(285)
六、健脾和胃类	(291)
七、制酸止痛类	(293)
八、消食和胃类	(294)
九、健脾补益类	(296)

第一章 胃的基础知识

第一节 胃的形态及组织结构

一、胃的形态与分部

(一)胃的形态

胃是消化管最膨大的一段,呈囊袋状,上接食管,下连十二指肠,具有储存、消化食物、分泌激素、促进胃肠活动等功能。胃位于上腹部膈下,在中等充盈时大部分位于左季肋区,小部分位于腹上区,其长轴呈斜位,自左后上方斜向右前下方。正常成人胃空腹时仅 50ml,进食后胃容量可达1 500ml左右,少数可达3 000ml,胃为腹膜内器官,大部分游离,因而活动范围较大。

1. 分型 正常人胃的形状、大小和位置因人的体形、体位、胃的充盈程度和胃的张力而异,也可因年龄、性别而不同。如在站立位用硫酸钡充盈做 X 线造影观察,胃可分为角型胃、钩型胃、瀑布型胃和长型胃 4 种类型。。

(1)角型胃:胃的位置较高,胃底和胃体几乎成横位,整个胃上宽下窄,胃角钝,呈牛角型,此型多见于小儿、成人矮胖者,外国人多见。

(2)钩型胃:胃底或胃体斜向右下或垂直,幽门部转向右上方,形似钩,角切迹明显,胃下极达髂嵴水平,此型见于一般体型者,也是中国人最常见的类型。

(3)瀑布型胃:胃底呈囊袋状,向后倾倒,胃泡大,此型多见于中等体型及矮胖者,为胃的一种特殊类型。

(4)长型胃:胃呈垂直位,全胃几乎位于腹腔左侧,只有幽门位于右侧,胃下缘可在髂嵴连线水平以下,甚至进入盆腔,胃上窄下宽,此型多见于瘦长体型及体质虚弱者,女性多见。

2. 外形 胃有两口、两壁、两弯。

(1)胃的入口:为贲门,是整个胃最固定的部分,与食管相连,约在第11胸椎水平居正中左侧,第7肋软骨后方,距腹前壁约10cm。贲门口至切牙的距离约40cm。新生儿贲门相对较大,周围括约肌不发达,为婴儿溢乳的主要原因。贲门既是胃大弯、胃小弯起点的标志,又是食管黏膜复层扁平上皮和胃黏膜单层柱状上皮的分界处,此处呈锯齿状,在贲门上方0.5~1cm,即胃镜检查时所见到的齿状线。贲门处并无解剖学上的括约肌,但该处压力较胃内及食管内明显增高,在功能上起着括约肌的作用,所以称之为食管下端括约肌,可防止胃内容物反流入食管,若该处压力下降,可引起胃食管反流性疾病。

(2)胃的出口:幽门是胃的出口,与十二指肠相移行,表面有一环形的幽门狭窄区,是胃在幽门处的中层环形肌所形成的幽门括约肌所在处,其表面有幽门前静脉,是手术时区分胃与十二指肠、识别幽门的重要标志,当胃排空且仰卧时,幽门在第1腰椎下缘水平(幽门平面),距正中线右侧1~3cm,与右侧第8肋软骨尖相对应,有延缓胃内容物排出的作用。

(3)胃壁:胃的前壁朝向前上方,后壁朝向后下方。

(4)胃小弯与胃大弯:胃前后壁向上互相移行一条较短的凹缘,称胃小弯,有时在小弯近幽门侧出现一个角形弯曲,称角切迹。此乃胃小弯的最低点,是胃体与幽门部的分界处。前后壁向下,互相移行成较长的凸缘,称胃大弯,胃大弯长度是小弯的4~5倍。食管与大弯起始之间所形成的锐角称贲门切迹。此处内面即为与切迹一致的贲门皱襞,即内镜检查时所见到的贲门嵴。

(二)胃的分部

胃又分为4个部分:贲门部、胃底部、胃体部、幽门部(图1-1)。

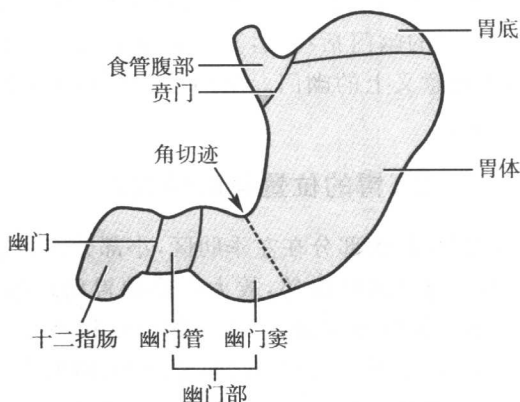


图 1-1 胃的分部

1. 贲门部 贲门周围的胃部称为贲门部,是以贲门为中心的半径2.0cm的圆形范围,与胃的其他部分无肉眼上的界限,只能通过组织学方法确定。贲门部内的贲门腺分泌的是碱性黏液。与其他部腺体的分泌液有区别,该处的恶性肿瘤多为贲门腺癌。

2. 胃底部 胃底为自贲门向左(凸向横膈部分)上方膨出的部分,通常为自贲门向胃大弯作水平线以上的区域,构成胃穹窿,高约2.1cm,在X线下可见含有上升至胃底的气体形成的“胃泡”。胃底偏向腹后壁,平卧位时位置最低。

3. 胃体部 胃体为胃底与幽门部之间的部分,是胃的最大部分,胃底和胃体的组织结构没有差别。

4. 幽门部 幽门部或称幽门窦,临床上称为胃窦。胃体部与胃窦部的分界线是角切迹及其向大弯的延长线,近幽门2.0cm范围称幽门前区。幽门部的下口为幽门。幽门部在角切迹右方,占全胃的8%~17%,幽门部大弯侧常有一浅沟称为中间沟,此沟将

幽门部分为左侧的幽门窦和右侧的幽门管。幽门窦内腔较宽敞，通常是胃的最低部。幽门管长2~3cm，为幽门括约肌所形成的环形突向胃腔内的一个短的管道，逐渐增厚的环肌层在幽门管终末处形成围绕幽门口的幽门括约肌，其上覆盖黏膜并向管腔突出成为幽门瓣，即一般意义上的幽门。幽门括约肌是区分幽门与十二指肠最好的标志。

二、胃的位置与毗邻关系

胃在中等充盈时，大部分在左季肋区，小部分在腹上区。胃上方与膈相邻，下方与横结肠毗邻，故大弯侧的胃癌常累及横结肠。胃前壁的中间部分无脏器覆盖，直接与腹前壁相贴，距体表最近，是胃的触诊部位，由于胃前壁和与之毗邻的胸、腹壁均随呼吸而活动，故胃前壁溃疡穿孔或损伤后，一般不易形成粘连。部分前壁和右侧壁与肝左叶、右叶相邻，左侧在左肋弓掩盖下与膈肌相邻(图1-2)。胃底部邻接膈与脾，胃后壁隔着网膜囊与左膈脚、左肾、左肾上腺、胰、脾及同名动静脉、横结肠及其系膜、结肠左曲等相邻，这些结构统称为胃床。胃后壁病变可与胃床结构如胰等形成粘连，胃后壁的溃疡可形成连累胃床的穿透性溃疡或穿孔。

胃靠6条韧带与其他周围组织相连接，胃小弯侧有肝胃韧带及肝十二指肠韧带，大弯侧有胃结肠韧带、胃脾韧带及胃膈韧带，后壁有胃胰韧带，这些韧带对胃起着相对固定的作用。

三、胃的神经支配、血管分布和淋巴回流

(一)胃的神经支配

分布到胃的神经主要有交感神经和副交感神经两种。

1. 交感神经 主要来自腹腔神经丛，神经纤维缠绕并伴随着胃的动脉分布于胃壁。沿胃小弯的神经纤维与胃左动脉同行，形成胃左丛，并与左迷走神经纤维混合，除分布于胃壁肌层外，又发出分支至幽门括约肌。交感神经的主要作用是支配幽门括约肌和