

内科学讲义

(试 用)

中国人民解放军第四军医大学

一九七三年二月

前 言

遵照伟大領袖毛主席关于“教材要彻底改革，有的首先刪繁就简”的教导，經過多年来的教学、医疗实践，按三年制的需要修編出一九七〇年以来第二版临床教材。这些教材包括：《物理診斷学讲义》《化驗診斷学讲义》《放射綫学讲义》《基础外科学讲义》《外科学讲义》《內科学讲义》《传染病学讲义》《儿科学讲义》《妇产科学讲义》《皮肤病学讲义》《眼科学讲义》《耳鼻喉科学讲义》《口腔科学讲义》《神經內科学讲义》以及《儿科实习手册》《心电图、超声波、同位素检查》。为了學員今后工作的需要，还編入了一些参考內容。

由于我們认真学习馬克思主义、列宁主义、毛泽东思想不夠，路綫斗争覺悟不高，缺乏认真总结經驗，加之時間仓促，缺点錯誤难免。請提出批評意見，以便边教边改，不断修編，日臻完善。

临床教材编写组

一九七三年二月

几点说明

遵照伟大领袖毛主席关于“教材要彻底改革”、“洋为中用”、“古为今用”的教导，经过多年来教学、医疗实践，按照我校学员的情况和需要，编写出七〇年以来第二版内科学讲义。

一、本讲义由我校附属一、二、三医院内科联合编写，参加编写者20余人，写成初稿后又在三个医院内科医务人员中征求意见和修改，并在有关兄弟科室征求意见，最后由编写组统一整理，并经有关专业医生审修定稿。在校、部、院党委的领导，有关单位的支持和帮助和内科医务人员的共同努力下，较顺利地完成了编写工作。

二、内科学讲义共分十二章，即消化系统疾病、呼吸系统疾病、循环系统疾病、肾脏疾病、血液系统疾病、内分泌和代谢疾病、寄生虫病、关节疾病、中毒疾病、物理因素所致疾病、胶原疾病和其他疾病。

三、为了适应当前学员在校学习、生产实习以及工作的部份参考，讲义除包括课堂讲授的内容（详见教学大纲）外，还编入了一些参考材料，如：

1. 每章编有总论，将主要的基础知识与临床联系起来。
2. 一些症状、体征的鉴别诊断，如黄疸、肝大、慢性腹泻、呕血、咯血、脾大、昏迷……等，帮助学员纵横联系，俾使提高类症鉴别和分析能力。
3. 有一些章、节，如物理因素疾病、伪膜性肠炎、非特异性溃疡性结肠炎、其他常见急性中毒诊治表、营养缺乏病、败血症、深部霉菌病、低血糖……等；重点疾病中也编入了一些参考材料，如白血病治疗中有关细胞动力学的概念、不典型冠心病的诊断、常用食品的脂质含量表……等。
4. 还有肺功能检查、人体检验正常值、透析疗法、八十种静脉注射药物化学性配伍表等作为附录。

四、为了减少重复，根据各科分工，有些疾病见于其他讲义，如：食道疾病、胆囊疾病、膀胱疾病以及水、电解质和酸碱平衡紊乱划归外科学讲义；维生素A缺乏病划归眼科学讲义；维生素D缺乏病及坏死性肠炎划归儿科学讲义；矽肺及维生素B₁、C缺乏病等划归部队卫生讲义。

五、本讲义收集了一部份国内外医学的新经验，以及广大工农兵在中西医结合群众运动中总结出来的好经验。但由于我们认真学习马列主义、毛泽东思想不够，技术上精益求精和认真学习先进经验也很不够，加之时间仓促，缺点错误难免，请读者提出批评意见，以便改进、提高，边教边改，为编写出较好的内科学讲义而继续努力。

《内科学讲义》编写组

一九七三年二月

目 录

第一章 消化系统疾病	(1)
第一节 总论	(1)
第二节 急性胃炎	(6)
第三节 慢性胃炎	(8)
第四节 胃、十二指肠溃疡病	(11)
第五节 胃癌	(22)
第六节 伪膜性肠炎	(26)
第七节 慢性非特异性溃疡性结肠炎	(27)
第八节 肝硬化	(29)
门脉性肝硬化	(31)
胆汁性肝硬化	(40)
第九节 原发性肝癌	(42)
第十节 肝脓肿	(48)
阿米巴性肝脓肿	(48)
细菌性肝脓肿	(51)
第十一节 胰腺炎	(53)
第十二节 腹内结核	(58)
肠结核	(59)
结核性腹膜炎	(60)
肠系膜淋巴结结核	(61)
第十三节 肝肿大的鉴别诊断	(62)
第十四节 黄疸	(66)
第十五节 肝昏迷	(73)
第十六节 上消化道出血的诊断及处理	(77)
第十七节 慢性腹泻	(83)
第十八节 胃肠神经官能症	(87)
〔附〕胃下垂	(90)
第二章 呼吸系统疾病	(91)
第一节 总论	(91)
〔附〕肺功能检查	(98)
第二节 上呼吸道感染	(103)
第三节 急性支气管炎	(105)

第 四 节	慢性支气管炎	(107)
第 五 节	支气管哮喘	(111)
第 六 节	支气管扩张症	(116)
第 七 节	肺气肿	(118)
第 八 节	大叶性肺炎	(121)
第 九 节	小叶性肺炎	(127)
第 十 节	肺炎支原体肺炎	(128)
第十一节	肺脓肿	(129)
第十二节	肺癌	(133)
第十三节	肺结核病	(138)
第十四节	胸膜炎	(154)
第十五节	自发性气胸	(157)
第十六节	咯血	(160)
	(附) 人工气腹操作方法	(165)
第 三 章	循环系统疾病	(166)
第 一 节	总论	(166)
第 二 节	急性风湿病	(169)
第 三 节	慢性风湿性心脏病	(176)
	(附) 梅毒性心脏血管病	(184)
第 四 节	高血压病	(185)
第 五 节	动脉硬化及冠状动脉粥样硬化	(194)
第 六 节	克山病	(208)
第 七 节	慢性肺原性心脏病	(213)
第 八 节	心包炎	(216)
第 九 节	亚急性细菌性心内膜炎	(222)
第 十 节	先天性心血管病	(225)
第十一节	充血性心力衰竭	(233)
第十二节	心律和心率紊乱	(242)
第十三节	心脏血管神经官能症	(258)
第 四 章	肾脏疾病	(261)
第 一 节	总论	(261)
第 二 节	急性肾小球肾炎	(266)
第 三 节	慢性肾小球肾炎	(270)
第 四 节	肾盂肾炎	(275)
第 五 节	急性肾功能衰竭	(278)
第 六 节	慢性肾功能衰竭	(285)
第 五 章	血液系统疾病	(289)
第 一 节	总论	(289)

第二节	贫血概述	(292)
第三节	缺铁性贫血	(294)
第四节	再生障碍性贫血	(297)
第五节	巨幼细胞性贫血	(301)
第六节	溶血性贫血	(304)
第七节	蚕豆病	(308)
第八节	出血疾病概论	(311)
第九节	血小板减少性紫癜	(314)
第十节	过敏性紫癜	(317)
第十一节	白血病	(320)
第十二节	恶性淋巴瘤	(329)
第十三节	恶性网织细胞增生症	(334)
第十四节	粒细胞缺乏症	(336)
第十五节	嗜酸细胞增多症	(339)
第十六节	脾肿大的鉴别诊断	(341)
第六章	内分泌系统及代谢疾病	(345)
第一节	总论	(353)
第二节	单纯性甲状腺肿	(356)
第三节	甲状腺机能亢进	(362)
第四节	脑垂体前叶机能减退症	(365)
第五节	尿崩症	(367)
第六节	急性肾上腺皮质机能减退	(368)
第七节	慢性肾上腺皮质机能减退	(371)
第八节	柯兴氏综合症	(374)
第九节	糖尿病	(385)
第十节	低血糖症	(388)
第七章	寄生虫病	(388)
第一节	总论	(390)
第二节	蛔虫病	(394)
第三节	钩虫病	(399)
第四节	蛲虫病	(401)
第五节	绦虫病及囊虫病	(404)
第六节	华支睾吸虫病	(406)
第七节	包虫病	(409)
第八节	姜片虫病	(411)
第九节	肺吸虫病	(414)
第十节	梨形鞭毛虫病	(416)

第八章 关节疾病	(416)
第一节 总论	(416)
第二节 类风湿性关节炎	(417)
第三节 大骨节病	(422)
第九章 胶原疾病	(426)
第一节 总论	(426)
第二节 全身性红斑狼疮	(428)
第三节 结节性多动脉炎	(430)
〔附〕其他	(431)
第十章 中毒疾病	(432)
第一节 总论	(432)
〔附〕透析疗法	(436)
第二节 食物中毒	(440)
第三节 有机磷农药中毒	(442)
第四节 一氧化碳中毒	(446)
第五节 汞中毒	(448)
第六节 铅中毒	(451)
第七节 砷中毒	(454)
第八节 其他常见急性中毒诊治表	(456)
第十一章 物理因素疾病	(462)
第一节 中暑	(462)
第二节 高山适应不全	(466)
第三节 晕动病	(472)
第四节 溺水	(473)
第十二章 其他疾病	(476)
第一节 营养缺乏病	(476)
蛋白质缺乏病	(479)
维生素缺乏病	(480)
第二节 败血症	(484)
第三节 深部霉菌病	(471)
第四节 昏迷	(496)
附 录	(501)
人体检验正常值	(501)

第一章 消化系统疾病

(Gastrointestinal Diseases)

第一节 总 论

消化系统的主要功能是从外界摄取营养物质以供身体的需要。在摄取食物的过程中，消化器官与各种致病物质（细菌、毒素、寄生虫等）接触密切，所以许多消化系统疾病，如胃炎、肠炎、寄生虫病等均较常见。兼以刘少奇及其在卫生部门的代理人，长期以来推行资产阶级医疗卫生路线，重治轻防，广大农村缺医少药，使许多本来可以消灭、控制的疾病，仍在危害广大贫下中农的健康。遵照毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的教导，我们应对消化系统疾病予以充分的注意。

本章仅包括胃、肠、肝、胰、腹膜（见图1—1）等器官常见的内科疾患。口腔、食道、胆囊疾病则在其他临床课程内介绍。

临床解剖生理概要

一、食道 上端在环状软骨平面与咽相连，下行穿过膈肌裂孔在第十或十一胸椎平面与胃的贲门相接。成人食道长度25厘米，自门齿至贲门的距离约为40厘米，这一长度可作判定胃管是否已进入胃腔的指标。食道有三个正常狭窄部：分别位于环状软骨平面、气管分枝平面及膈肌裂孔处，进入食道的异物常停留于这些狭窄部位。主动脉弓、左支气管、左心房与食道贴近，故在X线食道钡餐检查时，可以发现三者的压迹。主动脉或左心房的压迹增深，常为主动脉瘤或左心房扩大的征象。食道壁包括粘膜层、粘膜下层、肌肉层及外膜，外膜由疏松的结缔组织组成，缺乏浆膜层，故食道壁上的病变容易扩散延及纵隔。食道在闭锁或半充盈状态下，其粘膜层形成四个纵行皱襞，当X线钡餐检查时可以辨识，在食道癌或食道瘢痕时，此皱襞阴影即消失。食道下段有冠状静脉和奇静脉及半奇静脉的吻合枝，当门静脉高压时，可形成静脉曲张。食道之作用在于把食物导入胃，并无消化功能。当食道有器质性或功能性疾病时，均可使食物的通过发生障碍，引起吞嚥困难。

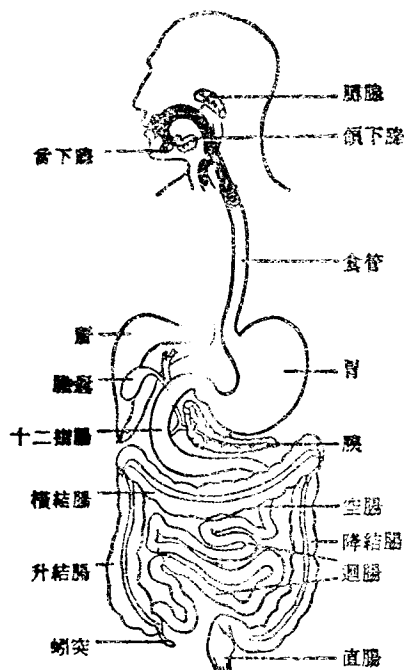


图1—1 消化系统全貌模式图

二、胃 自贲门开始，止于幽门，分为胃底部、胃体部、幽门窦、幽门管等四部分（见图1—2），具有前上及后下两面和大弯及小弯两缘。前上面与肝左叶、横结肠及腹前壁相接，此处如发生穿孔常引起弥漫性腹膜炎；后下面与胰、脾、左肾及结肠脾曲相接，此处如有溃疡穿孔，常因与附近器官粘连而成局限性。小弯由胃肝韧带附着于肝，因此比较固定，大弯籍大网膜与横结肠相连，活动度较大。胃壁分为粘膜、粘膜下层、肌层及浆膜四层。粘膜下层由疏松的结缔组织组成，使粘膜层容易在肌层上滑动，幽门窦的粘膜可通过幽门管而滑入十二指肠，此种情况称为胃粘膜脱垂。胃痛及胃粘膜的急性炎症易于沿疏松的粘膜下层向周围扩展。来自肌层的纤维束伸

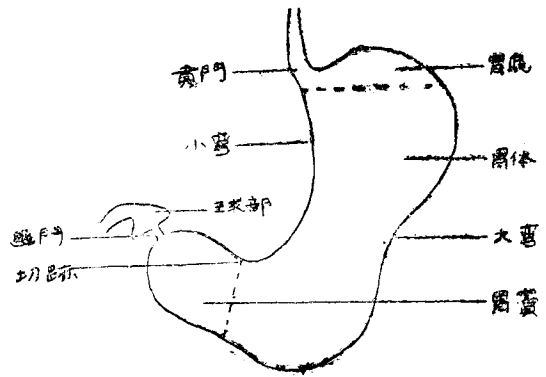


图1—2 胃的分部

入粘膜下层，由其收缩产生粘膜皱襞，胃在扩张时，皱襞消失，收缩时则皱襞明显，各种病变所引起皱襞形态的改变为X线诊断的重要依据。胃底部粘膜下层有门静脉与上腔静脉的吻合枝，在门静脉高压患者，此处可发生静脉曲张及出血。胃粘膜层有无数之分泌腺，腺体的构造及功能依其所在部位之不同而有差异，底部及体部的胃腺由下列三种细胞组成：（一）主细胞：分泌胃蛋白酶原，在酸性溶液中转变为胃蛋白酶，能把蛋白质分解为蛋白胨和蛋白肽。（二）壁细胞：分泌盐酸，在纯胃液中盐酸浓度达0.4—0.6%，提供了胃蛋白酶消化作用所需要的酸性环境。（三）腺颈细胞：分泌粘液。贲门附近及幽门部的腺体只有分泌粘液的细胞。粘液有保护胃粘膜、中和胃酸和抑制胃蛋白酶活性的作用。

三、肠 包括小肠及大肠。小肠自幽门开始至回盲瓣止，分为十二指肠、空肠及回肠。十二指肠呈C形弯曲，包绕胰头，可分为上、降、横、升（又称一、二、三、四）四段。上段在X线检查中又名十二指肠球部或冠部，为溃疡病的好发部位。降段紧靠胰头，总胆管及胰腺管即开口于此段，胰头癌常压迫此段肠壁，造成总胆管的阻塞，十二指肠憩室亦以此处为最常见。横段在第三腰椎平面向左横越脊柱，肠系膜根及其所含肠系膜上动脉紧靠其前，可压迫此段而引起十二指肠郁积症。升段在第二腰椎平面与空肠相连，形成十二指肠空肠曲，成一锐角，有时可于此处形成部分性肠梗阻。

空肠与回肠并无明显的分界，总长约6米，均包有腹膜，通过肠系膜根连于腹后壁，肠系膜根自左上向右下行，故空肠上段蟠居于腹腔之左上部分，回肠下段则居于腹下区或右下腹下区。腹腔内肿瘤体积过大时常把小肠推向一方，广泛的腹膜粘连使肠管固定，不易推动，X线钡餐透视可以发现这些病变的征象。小肠之肠腔由上而下逐步变细，故肠腔异物或巨大胆石往往被阻于回肠下段。

大肠长约1.5米，可分为阑肠（盲肠）、阑尾、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠和直肠等部，横结肠与升、降结肠连接部形成转折，分别称为结肠肝曲和结肠脾曲，有时因迂曲扭转造成梗阻，临床上称之为肝曲（或脾曲）综合症。大肠壁上有袋形凸出，称为结肠袋，在X线检查时，可根据结肠袋影象的改变来诊断结肠病变。

小腸每日能分泌2—3升腸液，腸液內含有多種消化酶，足以把蛋白質、脂肪及多糖分別分解為氨基酸、脂酸、甘油及單糖，以利吸收。此外，腸液中还含有氯化鈉、重碳酸鹽和鉀鹽，呈鹼性反應。在嚴重腹瀉時，丟失腸液過多可引起酸中毒及電解質平衡紊亂。養料的吸收主要在小腸內進行，大腸前段有吸收水分及鹽類的機能，後段主要為糞便儲存場所。大腸分泌的粘液有保護粘膜、潤滑腸壁、便利糞便通過的作用。自空腸以下的腸腔內，正常情況下即存在着大量微生物，如大腸桿菌、腸球菌、乳酸桿菌、葡萄球菌、糞鏈球菌、白色念珠菌等，其中以大腸桿菌及腸球菌為最多，這些細菌相互制約，在種類、數量上保持着一定的比例，它們並不危害機體，稱為腸道正常菌群。在長期服用廣譜抗菌素後，正常菌群受抑制，其他細菌大量繁殖，可引起腸炎，此種情況稱為腸道菌群紊亂。腸道內細菌可分解氨基酸及尿素，形成氨，經吸收後至肝，被轉變為尿素，肝功減退時，血氨升高，與肝昏迷的發生有關。

四、肝、膽管及膽囊 肝是體內最大的實質性器官，成人肝重1,200—1,500克，分左右兩葉，肝臟的血液供應，四分之三得自門靜脈，四分之一得自肝動脈。門靜脈輸送胃腸道所吸收的營養物質及來自脾臟的紅細胞代謝產物，肝動脈則主要供氧。門靜脈和肝動脈分枝在肝內有廣泛的交通，通過肝小葉血竇後形成肝小葉中央靜脈，漸次匯合成為肝靜脈。左右兩葉得自門靜脈的血，來源不同，左葉主要接受來自脾、胃、胰、結腸下段的血，右葉接受來自小腸及結腸上段的血，這一特點與某些疾病在兩葉的發病率和病變程度的差異有關，例如阿米巴性肝膿腫多見於右葉，日本血吸蟲病病變以左葉為重。肝的構成單位為肝小葉，數目約50萬個。肝小葉是多面椎形或柱形的細胞團，長2—4毫米，橫徑0.5—1毫米。小葉的中央靜脈縱貫其中，肝細胞板圍繞中央靜脈作輻射狀排列。血竇介於細胞板之間匯流入中央靜脈。血竇壁由內皮細胞及枯氏細胞組成，後者有吞噬異物之能力，與肝的去毒機能有重要關係。毛細膽管起自肝細胞之間，逐步匯集成為肝內膽管，左、右肝管及肝總管，肝總管長約4厘米，與膽囊管匯合後成為膽總管。膽總管長約7.5厘米，在小網膜兩層之間下行，門靜脈居其後，肝動脈居其左，十二指腸第一段居其前，越過胰頭部，與主胰腺管匯合併斜行穿入十二指腸降段之內側壁，開口於十二指腸乳頭。膽總管穿入十二指腸壁以後，其管腔迅即變細，與主胰腺管匯合後，管腔又稍稍擴大，形成乏特氏壺腹，歐地氏括約肌包繞其外，借以控制胆汁及胰液的流通。肝細胞有強大的再生能力，局灶性病變常通過肝組織的再生而得以修復，但弥漫廣泛的損傷之後，再生的肝小葉因結構異常，功能亦差。

膽囊位於肝臟之下，呈梨狀，長8—10厘米，容量約30—40毫升，借膽囊管與膽總管相連，分底、體、頸三部分。底部位置最靠前，微露於肝前緣下與腹前壁相接，所以在膽囊炎患者，右上腹常有明顯之壓痛。膽囊體部與頸部，與胃幽門竇和十二指腸第一段貼近，慢性膽囊炎所形成之粘連，往往引起胃幽門部或十二指腸球部變形，在X線檢查胃腸時，應注意勿與潰瘍病相混。

肝臟的功能極為複雜，與各種物質代謝都有關係，可比作體內巨大的化工廠。肝臟重量雖只占體重的四十分之一，但其所產生的熱量却占全身所產熱量的七分之一。肝臟的功能，歸納起來有下述幾方面：（一）製造胆汁：每日胆汁分泌量達800—1,000毫升，胆汁中所含膽鹽為脂肪的吸收與消化所必需。（二）參與膽色素的代謝：把間應胆紅素轉變為直應胆紅素並排入膽道。（三）醣代謝：利用葡萄糖、氨基酸、脂肪等製造糖原並儲存起來，機體需

用时又将糖原分解为葡萄糖，通过上述糖原合成、储存及分解以维持血糖浓度于正常范围。

(四)蛋白质代谢：合成血浆白蛋白、凝血酶原、纤维蛋白原、 α 、 β 、球蛋白，肝脏并能把氨转变为尿素后由肾脏排出。(五)脂肪代谢：肝脏参予脂肪的同化、分解、合成等过程，并能将胆固醇转化为胆固醇酯。(六)对体内有毒物质的解毒作用。(七)维持体内水分与激素的平衡。胆囊的作用主要是浓缩并储存胆汁。

五、胰腺 长12.5—15厘米，横列于腹后壁，可分为头、颈、体、尾四部。头部为十二指肠包绕，胰头癌可使十二指肠环扩大。体部与胃后壁相邻，尾部则与脾靠近。胰腺的实质由外分泌腺与内分泌腺两部分组成，外分泌借主胰腺管与付胰腺管流入十二指肠。在三分之一的正常人，主胰腺管与胆总管汇合形成共同管道。当此共同管道因胆石嵌顿或欧地氏括约肌痉挛而发生梗阻时，胆汁可流入胰腺管引起急性胰腺炎。付胰腺管单独开口于十二指肠乳头之近侧约1—3.5厘米处。胰液每日分泌量约700—1500毫升，含有胰蛋白酶原、胰糜蛋白酶原、肽酶、胰脂肪酶、胰淀粉酶及重碳酸盐。这些胰酶对于蛋白质、脂肪、糖类的消化具有重要意义。在急性胰腺炎，大量胰淀粉酶入血并经尿排泄，故血中和尿中淀粉酶升高可作诊断急性胰腺炎的依据之一。胰腺的内分泌组织由胰岛组成，弥漫分布于胰腺各部分，而以尾部与体部较多。胰岛除产生胰岛素外，还能制造升血糖素，和糖代谢等有密切关系。

诊 断 方 法

消化系统疾病除有本系统的症状外，还常伴有其他系统或全身性症状，有时消化系统症状还不如其他系统的症状显著；另一方面，许多全身性疾病或其他系统疾病常常以消化系统症状为其突出表现。例如在心肌梗塞患者，剧烈的上腹区疼痛可为最先出现的症状，大叶肺炎可能以右下腹区疼痛为突出的表现。因此，在诊断消化系统疾病时，应遵照毛主席“**正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。**”的教导，详细地询问病史，细致地进行体格检查，辅以必要的化验检查和特殊检查，才能全面地掌握临床材料，避免误诊。

〔病史〕

在许多消化系统疾病，症状突出而体征并不明显，其诊断的确定在很大程度上依靠病史的分析。例如溃疡病和胆石症患者，多有典型的症状，足以作为诊断的依据。对待病史，首先应着重分析患者的现在症：起病的缓急、症状所在的部位、持续的时间、出现的规律、与饮食、坐卧的关系等，对疾病的诊断往往有所提示，须多加注意。在以上腹痛为主要症状的疾患中，胆道蛔虫病及急性胰腺炎均为急性发病，而溃疡病则起病较缓；位于右上腹部之疼痛而牵涉至右肩背者以胆囊疾病之可能性较大，位于左上腹部并向背部放射者则应考虑到胰腺疾患。在溃疡病腹痛常可因进食而缓解，在肠结核腹痛则多因进食而加剧。胃粘膜脱垂引起的腹痛常于右侧侧卧时加重而左侧侧卧时缓解，食道裂孔疝的症状则多于平卧时加剧而于直立时减轻。除现在症外，对于患者的饮食习惯、烟酒嗜好、工作环境、个人性格、既往疾病与手术、月经、生育情况等亦应注意分析。长期饮食不规律、进食匆促或咀嚼不细往往为慢性胃炎的诱因，酗酒则和肝硬化之发病有关，有腹部绞痛的患者如其职业与铅的接触密切，可提示铅中毒的可能，在疑有肝脓肿的患者，过去有痢疾病史对现病的诊断也有一定的帮助。胆

结石较常见于体胖而多次妊娠的妇女，难产和多产则易使腹壁及盆底肌肉软弱招致内脏下垂和慢性便秘。所以对于患者历史的各个方面均应仔细考虑。

〔体格检查〕

全面系统的体格检查必不可少，除有关部位的体征外，应注意一般情况如何，皮肤有无苍白、黄疸及蜘蛛痣，舌苔厚薄及颜色如何，有无龋齿及齿槽溢脓，锁骨上淋巴结是否肿大，胸壁及腹壁有无曲张之静脉，腹部是否膨张，有无可见之蠕动波，肝、脾大小如何，有无异常包块，肠鸣音是否亢进等。对于慢性腹泻患者，尤其是年岁稍长者，应作肛指检查，以免贻误直肠癌之早期诊断。在判断某些体征的意义时，应注意勿将正常现象误认为病态。在皮下脂肪缺乏的消瘦患者，腹壁上可显现静脉，不应误作门脉高压；在腹壁薄弱松弛的正常人，有时可见肠蠕动波，不应视为肠道梗阻；脐周深部压痛在敏感的患者可因压迫脊柱而引起，不一定表示有病理改变存在；左下腹部如扪及包块应注意和粪块鉴别，应请患者于排便后重复检查。

〔化验检查〕

除血、尿、粪常规化验外，粪便隐血试验以及尿三胆试验均为简单而有价值的检查方法。胃液分析及十二指肠引流对于胃及胆道疾病可提供诊断的依据，必要时可以采用。肝功能试验项目繁多，目的各异，可根据患者病情选择有针对性者。例如在急性肝炎转氨酶升高比较明显，慢性肝炎或肝硬化患者，絮状反应多呈阳性。近年来脱落细胞学检查应用很广，对食道癌、胃癌及结肠癌的诊断颇有帮助。肝穿刺活体组织检查对于弥漫性肝脏病变的诊断有肯定的价值，但不宜滥用。

〔其他检查〕

对于诊断有困难的病例，根据情况采用其他检查。食道疾病、溃疡病、肠道憩室、结肠肿瘤往往可通过X线钡餐检查或钡灌肠检查得到确诊，对胆囊炎及胆囊结石，可采用胆囊造影以助诊断。肝静脉造影、肝动脉造影、脾门静脉造影等对某些肝脏疾病的诊断虽有些帮助，但可给病人增加痛苦，不宜轻易采用。

内窥镜检查：包括食道镜、胃十二指肠镜、结肠镜、腹腔镜等检查术，对于食道、胃、肠、肝胆等疾患之诊断帮助很大，特别是在内窥镜检查的同时，采取活体组织进行病理检查更能提高诊断的正确率。近年来纤维胃十二指肠镜已应用于临床，观察范围可扩大到十二指肠，并可同时作胆道插管造影，操作简易安全，病人痛苦亦少。

超声波查检：对于肝脏疾病、胆囊疾病、腹内包块的诊断均有价值，尤其对于肝脓肿或囊肿，诊断正确率更高。由于这种检查方法安全易行，临床应用范围日益扩大。

放射性同位素检查：对于某些消化系统疾病的诊断也有帮助，例如用放射性碘或放射性金标记的化合物进行肝脏扫描，利用放射性锌标记的化合物进行胰腺扫描，对于诊断肝、胰新生物可提供早期诊断的依据。

随着临床医学的不断进步，各种检查也日渐繁多，但每一种检查方法均有其片面性。作为一个临床医生，绝不可单纯依赖这些检查，而忽视病史询问和体格检查，只有全面地了解病史和准确地发现异常体征，才能通过全面分析，构成初步诊断，从而最恰当地选用这些检查方法，以达到确诊的目的。

第二节 急性胃炎

(Acute Gastritis)

急性胃炎表示胃壁特别是粘膜层的急性炎症 可分为以下四种类型：1.急性单纯性胃炎；2.急性腐蚀性胃炎；3.急性传染性胃炎；4.急性化脓性胃炎。前二者属于外源性 后二者属于内源性。主要病变是胃粘膜充血、水肿，并可发生片状出血及糜烂（出血性胃炎）。主要临床表现为急性起病、食欲不振、上腹痛及恶心、呕吐。部分胃炎病员，伴有肠炎，出现腹泻，称为急性胃肠炎。

急性单纯性胃炎

〔病因〕

多数由于细菌或细菌毒素混入食物引起，沙门氏菌属、链球菌及葡萄球菌为细菌中最常见者，近来发现病毒也可引起急性胃炎。

某些化学药品如柳酸盐、碘剂、溴剂、氯化汞、保太松，浓烈之酒及香料，以及未成熟的水果，也能引起急性胃炎。物理性刺激如过热的食物、食物过于粗糙或进食过量等也能引起本病。此外，有人对某些食物如鸡蛋、牛奶、蟹等发生特异反应而发生胃炎。

〔病理〕

胃粘膜充血、水肿，可能有小的糜烂面及片状出血，胃小弯及幽门区病变更为明显。粘液的分泌增加，胃酸分泌减少。一般在刺激停止后3—5日，炎症反应即行消退。

〔临床表现〕

一、**症状**：症状发生之早晚及轻重取决于胃粘膜受刺激的程度和身体的耐受性，多数于吃下刺激性食物后6—48小时发病，出现上腹部不适、饱胀或疼痛，食欲不振，以后出现恶心、呕吐，吐出物为食物残渣及大量酸味的胃液，含有粘液，偶可混有血丝或血块。吐后上腹不适减轻，但全身虚弱、四肢乏力、口苦等症状仍可持续数日。呕吐严重者可引起脱水。

二、**体征**：上腹部轻度压痛，体温轻度升高，持续1—3天即退，白细胞计数轻度增加。一般数日即可恢复健康。偶有转变为慢性胃炎者。

〔防治〕

一、**预防**：本病之预防在于加强锻炼，增强体质，在群众中进行卫生教育 注意饮食卫生，不吃不洁的食物，不饮生水，灭蝇除害以防食物污染。食物要妥善保管，并提高警惕以防敌特放毒。

二、治疗

（一）一般禁食12—24小时 逐渐给以易消化无刺激的软食。卧床休息。恶心而不能吐出者可饮温开水以促其呕吐；呕吐严重者可给氯丙嗪25毫克，肌注，或阿托品0.5毫克，皮下注射，也可给苯巴比妥钠0.1克 肌注。

（二）如有脱水，应给输液（如5%葡萄糖盐水）以纠正失水、失盐，并有止吐作用。

(三) 单方亦可选用 如向阳花根之末, 每次70毫克, 每日两次, 效果良好。

急性腐蚀性胃炎

〔病因〕

系服用盐酸、硫酸、硝酸、草酸、醋酸、强碱、升汞、硝酸银、石炭酸等所致。主要病变是口腔、食道、胃粘膜之坏死性炎症, 焦痂形成, 并有充血及水肿。

〔临床表现〕

患者服下上列之腐蚀剂后, 立即出现口腔、胸骨后及上腹区之剧痛, 恶心、呕吐、口渴难忍。口腔粘膜可见焦痂, 焦痂之颜色随毒物的性质而有所不同, 如硫酸造成者为黑色, 硝酸造成者为黄色, 盐酸造成者为棕黑色, 醋酸或草酸造成者为白色。上腹部有明显之压痛, 常于2—3日内出现虚脱、腹膜炎而危及生命, 约10%的病例发生急性胃穿孔。治愈后可遗留食道及幽门之狭窄。

〔治疗〕

应视为内科急症, 及时抢救。首先禁食、根据毒物性质给以中和剂用软胃管洗胃(引起穿孔的可能性甚小), 如强酸引起者可给淡石灰水, 强碱引起者可用稀醋酸。全身治疗包括输液、抗休克、止痛等措施。具体方法见中毒疾病总论。

急性传染性胃炎

在各种传染病, 如麻疹、白喉、猩红热、流感、伤寒、天花、败血症及肺炎等, 因微生物或其毒素经血循环达胃壁可引起全胃炎。胃粘膜有充血及水肿。患者有上腹不适、闷胀、恶心、呕吐。治疗除着重处理传染病外, 应给以易消化无刺激之饮食, 在恢复期给以胃蛋白酶合剂及维生素B₁、B₆等。

急性化脓性胃炎

又称胃蜂窝组织炎 为一少见的严重疾病 多继发于败血症、细菌性心内膜炎、骨髓炎等。也有在胃溃疡、胃癌、胃手术的基础上发生者。多由溶血性链球菌引起。

病员常有寒战、高烧、上腹部剧痛、呕吐等。腹壁紧张并有压痛, 白细胞明显增高。

本病应及时采用外科疗法, 辅以大量有效的抗菌素或磺胺类药物。

急性胃肠炎

〔病因〕

与急性单纯性胃炎的病因相同。

〔临床表现〕

多有吃不洁食物史, 常集体发病。起病多有头昏、头痛、不适, 继之有呕吐、腹痛、腹泻, 腹痛可在上腹部及脐周围, 大便水样, 带有粘液, 严重者可有唇干、口渴、四肢冰冷等

脱水甚至休克症状。细菌性者常有发烧。查体全腹部有不固定的压痛，肠鸣音增强。诊断时首先应排除痢疾，除询问流行病学历史外，注意有无里急后重及脓血便。此外应注意与肠梗阻及阑尾炎等急腹症，以及坏死性肠炎、伪膜性肠炎等鉴别。

〔治疗〕

一、一般治疗：卧床休息，暂时禁食，静脉输液（5%葡萄糖生理盐水、或复方氯化钠注射液），恶心呕吐停止后逐渐进米汤、稀饭等易消化饮食。

二、中医治疗：发病初期多为湿热型，即有突然剧吐、泻、发热、口干、腹绞痛、尿短赤、舌苔厚腻、脉弦数有力。治法为清热利湿，可用藿香正气散加减（藿香、葛根、黄芩、姜半夏、厚朴、六一散）。发病后期则为虚寒型，因吐泻过多而有循环衰竭者，治法为温中救逆，可用四逆汤加减（茯苓、党参、制附子、炙甘草、干姜）。针灸对疾病的恢复也有效，可选用内关、中脘、足三里、天枢等穴。

三、药物治疗

（一）抗感染多用磺胺脒、黄连素 亦可选用土霉素、合霉素等。

（二）解痉药有阿托品、普鲁苯辛等。

（三）呕吐剧烈者可给氯丙嗪或异丙嗪25毫克，肌注。

第三节 慢性胃炎

（Chronic Gastritis）

慢性胃炎是一种常见疾病，病程长，症状持续或有反复发作。主要病变是胃粘膜的非特异性慢性炎症，临床上主要表现为消化不良、上腹部疼痛等。自从临床上应用胃镜检查及胃粘膜活检以来，对慢性胃炎的认识有很大的进展。但是目前仍有不少问题尚未解决，如病因及分类的意见还不一致；胃镜所见与胃粘膜的组织学改变有时并不吻合等，均有待于今后的研究。

慢性胃炎可为原发性或继发性。继发性者伴发于其他疾病，如溃疡病、胃癌、胃手术后，或周身性疾病如胶原病等。这里着重介绍原发性慢性胃炎。

〔病因〕

一、急性胃炎之后有些病例胃粘膜病变经久不愈，或急性胃炎反复发作，均可以造成慢性胃炎，其发病原理可能与有害因素的不断作用或自身免疫有关。

二、病员周身情况的改变及高级神经中枢的功能障碍在胃炎的发病原理中有重要地位，大脑皮层功能紊乱通过植物神经系统可导致内脏血管和平滑肌痉挛，胃肠道分泌和运动机能失调及胃壁营养不良，以致引起胃粘膜的炎变。长期的营养不良可引起胃腺体再生障碍，各种慢性疾病如尿毒症、结核、心衰、肝病，以及口腔、鼻、咽的慢性病灶等，可由于淤血或毒素而损伤胃粘膜，引起慢性胃炎。

三、此外，进食过急、咀嚼不充分、食物过于粗糙、浓烈之佐调味品、吸烟过多、对胃有刺激的药物等也可能与本病之发生有关。

〔病理〕

慢性胃炎按病理形态可分为浅表性胃炎、萎缩性胃炎及肥厚性胃炎，分述如下：

一、浅表性胃炎：粘膜充血、水肿，表层上皮破坏脱落，可有许多小糜烂面，腺体间有嗜中性粒细胞及浆细胞浸润，腺体本身构造尚正常。部分病例可发展成萎缩性胃炎。

二、萎缩性胃炎：粘膜变薄呈灰白色，腺体减少，表面平滑，粘液增多，结缔组织增生。如部分粘膜反而增生者称为萎缩增生性胃炎。有的粘膜下层消失，可伴有脂肪性变或小囊肿形成，也有因局部上皮增生而形成息肉者，可能发展成癌。

三、肥厚性胃炎：粘膜表面细胞增生，形成不规则的结节，使粘膜厚度大为增加，胃腺也有增生现象，腺体之间有大量的淋巴细胞浸润，可形成许多界线不清的淋巴滤泡。

少数病员胃粘膜特别肥大，突入胃腔达1—5厘米，似“脑回”样，多数为弥漫性，腺体肥大，间质水肿及炎细胞浸润，并有许多粘液囊肿，称为巨肥大性胃炎。

〔临床表现〕

慢性胃炎的临床表现极不一致，常见症状有上腹部不适、饱胀、疼痛、呕吐及食欲不振等，也可以没有明显的症状。各型胃炎的表现可略有不同。

一、浅表性胃炎：多见于青壮年，主要表现为食欲减退及上腹部疼痛，也可以没有明显的症状，胃酸可高、可低、也可正常，X线检查多无异常所见。

二、萎缩性胃炎：多发生在中年以后，病程较长，主要表现为食欲不振、腹胀、恶心呕吐，以及无力、营养不良和贫血。胃酸大多减少或缺乏，胃液内粘液增加。X线检查可见胃张力减低，胃底园顶皱襞消失，胃底及胃体的粘膜呈微细的胃纹侧影等。

三、肥厚性胃炎：其症状可似溃疡病，以反酸、节律性上腹痛及夜间痛为主要表现，胃酸多半增高，X线检查有时可见粘膜皱襞粗大。

四、胃窦炎：主要改变在胃窦部，其病变可以是肥厚性胃炎，胃壁肥厚，上皮增生，甚至有息肉或腺瘤形成。有的病例可伴有胃周围炎，粘膜下水肿，胃主腺也可变性萎缩，结缔组织增生，造成胃输出道之畸形、狭窄，并可发生溃疡。临床上有长期的上腹疼痛及消化不良。X线检查可见胃窦粘膜肿胀，皱襞肥厚，有胃周围炎者可出现变形，呈锯齿状。蠕动缺乏者给吗啡后蠕动即可出现，可以与胃癌区别。但是本病有发生癌变者，应提高警惕。

〔诊断〕

慢性胃炎的诊断依赖详细的病史，仔细的体格检查，以排除其他疾病，从而作出初步诊断，必要时可进一步作以下检查。

一、胃液检查：胃液分析可以了解胃分泌的情况，区别萎缩性胃炎与肥厚性胃炎，从而指导合理的治疗。胃脱落细胞检查除可帮助与胃癌鉴别外，在慢性胃炎时还可见到上皮细胞脱落增加等。

二、X线检查：对慢性胃炎的诊断有一定帮助，但阳性率还不高，其价值在于由此可以除外溃疡病、胃癌等疾患。

三、胃镜检查、胃粘膜活检：对慢性胃炎之诊断帮助较大，对诊断有困难、治疗效果不满意、疑有胃癌等情况者，可进行此项检查。浅表性胃炎可见粘膜充血、小糜烂、出血点及灰白色渗出物；萎缩性胃炎时粘膜颜色比正常为淡，粘膜变薄而可以透见粘膜下层的血管；肥

厚性胃炎可见粘膜明显充血、肥厚、皱襞增粗(见胃镜图),如同时作胃内照相及胃粘膜活检,则可更进一步确立诊断。

〔鉴别诊断〕

要确立慢性胃炎的诊断,必须除外溃疡病、胃癌等常见的上消化道疾病。

一、胃癌:萎缩性胃炎有时和胃癌的症状相似,但胃癌一般进展迅速,食欲明显减退,上腹部持续疼痛,内科治疗效果不满意,胃液中可查见癌细胞,X线检查有典型的充盈缺损等可以诊断。萎缩性胃炎可发生癌变,应提高警惕。

二、溃疡病:多有典型的上腹部节律性疼痛、反酸,食欲一般尚好。但肥厚性胃炎有时可出现类似溃疡病的表现,通过X线检查,胃镜检查等可以鉴别。

〔防治〕

一、消除致病因素:既可预防胃炎之发生,也有利于胃炎之恢复。首先要避免各种对胃有刺激的因素,如粗糙的食物、酒、浓烈的佐味品等,加强连队食堂管理,养成良好的饮食习惯,做到定时进食、防止暴饮暴食。其次应积极治疗口、鼻、咽的脓毒病灶,牙齿有缺陷者及时矫正,同时加强身体锻炼,改善胃肠功能。

二、中医治疗:本病多为脾胃虚弱,运化迟缓而致湿浊困阻,一般可分为两型:

(一)脾胃虚弱型:面黄无力、腹胀少食、胃脘隐痛,或有嗳气、呕吐、舌苔淡白、脉濡弱。治法:健脾和胃,可选用香砂六君子丸,或人参健脾丸。

(二)脾虚湿困型:腹胀少食、恶心、嗳气、身困、大便溏薄、苔白厚腻。治法:健脾燥湿,可选用参苓术草汤合平胃散加减(党参、白术、茯苓、厚朴、苍术、陈皮)。

三、药物治疗:应根据病员的具体情况选用下述药物。

(一)有消化不良者:应给柔软易消化而营养丰富之饮食,同时应用胃蛋白酶合剂、龙胆大黃合剂,也可应用胃酶糖粉(1.0克,每日三次)、酵母片(1.5—3.0克,每日三次)。

胃酸缺乏者可给稀盐酸合剂,近来有人试用强的松5毫克,每日三次,可以减轻炎症,增加胃酸之分泌,对疑有溃疡病者忌用。

(二)有上腹疼痛者:可选用阿托品(0.3毫克,每日三次)、普鲁苯辛(15—30毫克,每日三次)。如有胃酸增高,也可选用制酸药物,如胃舒平、碳酸钙、氧化镁等。口服普鲁卡因(0.5%, 10—20毫升,每日三次)也有效。

(三)有贫血者:可给硫酸低铁,0.3克,每日三次,可同时服维生素C。也可应用肝精、维生素B₁₂或叶酸。

(四)其 他

维生素U, 50—100毫克,每日三次。

针灸:可取足三里、中脘、胃俞、脾俞。

理疗:可以改善胃液之分泌及胃的运动功能,可选用泥疗、水疗、体疗、紫外线等。

对确诊为慢性萎缩性胃炎的病员,应定期随访,如发现有息肉,或疑有癌变者,应及时诊断,手术治疗。