

消化性

第 二 版

中山医科大学

主 编 邝贺龄

副主编 袁世珍

溃疡

人
民
卫
生
出
版
社

消化性溃疡

第 二 版

中山医科大学

主编 邝贺龄

副主编 袁世珍

编者

邝贺龄	朱兆华	周慕珩	袁世珍
许达生	李 良	文卓夫	王俊雅
李文益	叶彼德	王吉甫	胡品津
陈旻湖			

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

消化性溃疡/邝贺龄主编. —2版. —北京:人民
卫生出版社, 1998

ISBN 7-117-03064-X

I. 消… II. 邝… III. 消化性溃疡 IV. R573
.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 21076 号

21076/16

消 化 性 溃 疡

第 二 版

邝 贺 龄 主 编

人民卫生出版社出版发行

(100078北京市丰台区方庄芳群园 3区 3号楼)

三河市宏达印刷厂印刷

新 华 书 店 经 销

787×1092 32开本 12.5印张 2插页 277千字

1990年 9月第 1版 1998年 12月第 2版第 3次印刷

印数: 11 011—14 010

ISBN 7-117-03064-X/R·3065 定价: 18.50元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

第二版序

消化性溃疡是常见病,影响人类健康甚大,又因患者大多为中壮年人,对社会生产力有深远影响。据文献报道,在总人口中约有5%~10%在其一生中患过消化性溃疡。消化性溃疡被医学家发现已有一百多年。多年来对其流行病学、病因学、发病机制、诊断、治疗和预防复发等研究,已有很大的进展。特别是纤维胃镜发明以来,由于研制的不断改进,再配上附件,对消化性溃疡的诊断、治疗、教学和科研等方面,有着非常重要的帮助。目前,纤维胃镜已普及到许多基层医院,使许多消化性溃疡患者得到合理的诊治,再由于国民经济生活的改善,消化性溃疡的病死率也有显著的下降。

为了提供读者的参考,笔者于1989年蒙人民卫生出版社支助,得刊行《消化性溃疡》第一版,填补国内文献的空白点。由于近年来药物治疗的进展,以及病因学上的新观点,特刊行第二版,内容对第一版有重要的修正与补充。但为了减少不必要的篇幅,删除第一版的参考文献题目,读者如需要检索,请参考本书第一版内容。

由于笔者涉猎不广,引用手头中英文文献基本上至1996年为止,又因水平有限,书中难免不少错漏,深望广大读者批评

指正!

本书组稿时蒙张世能、李初俊两医师联系工作,得按时付梓,谨致深切的感谢!

主编邝贺龄谨序

于广州中山医科大学

1998年10月

目 录

第一篇 消化性溃疡概述.....	(1)
第二篇 单纯性胃十二指肠溃疡	(17)
第一章 流行病学	(17)
第二章 病因学	(32)
第一节 损害因素	(33)
第二节 保护因素	(36)
第三节 易感因素	(41)
第三章 病机论	(49)
第一节 创伤论	(50)
第二节 血管论	(50)
第三节 炎症论	(51)
第四节 消化论	(53)
第五节 自主神经论	(55)
第六节 皮层-内脏论	(58)
第七节 心身论	(59)
第四章 病理解剖学	(61)
第一节 正常胃的解剖部位及粘膜 组织学特点	(61)

第二节	胃粘膜活检的取材部位及方法	·····	(65)
第三节	胃溃疡	·····	(66)
第四节	慢性十二指肠溃疡	·····	(70)
第五节	溃疡的并发症	·····	(71)
第五章	症状学	·····	(73)
第一节	自觉症状	·····	(74)
第二节	他觉症状	·····	(81)
第六章	实验室检查	·····	(82)
第一节	胃分泌功能检查	·····	(82)
第二节	胃排空功能检查	·····	(91)
第三节	粪便隐血试验	·····	(95)
第四节	胃脱落细胞检查	·····	(97)
第五节	幽门螺杆菌检查	·····	(97)
第七章	诊断	·····	(103)
第一节	临床诊断	·····	(103)
第二节	X线诊断	·····	(105)
第三节	内镜诊断	·····	(123)
第八章	鉴别诊断	·····	(132)
第九章	内科治疗	·····	(138)
第一节	一般疗法	·····	(139)
第二节	药物疗法	·····	(142)
第三节	物理疗法	·····	(184)
第十章	溃疡复发与复发的预防	·····	(188)
第三篇	消化性溃疡的特别类型	·····	(193)
第一章	消化性食管溃疡	·····	(193)
第二章	高位胃溃疡	·····	(198)

第三章	幽门管溃疡·····	(199)
第四章	球后溃疡·····	(201)
第五章	多发性十二指肠溃疡·····	(204)
第六章	复合性溃疡·····	(206)
第七章	无症状消化性溃疡·····	(210)
第八章	小儿消化性溃疡·····	(216)
第九章	老年人消化性溃疡·····	(227)
第十章	难治性溃疡·····	(234)
第十一章	类固醇性溃疡·····	(238)
第十二章	胃泌素瘤·····	(241)
	[附]多发性内分泌腺瘤Ⅰ型综合征·····	(255)
第十三章	应激性溃疡·····	(257)
第四篇	消化性溃疡的并发症·····	(265)
第一章	大出血·····	(265)
	[附]Dieulafoy 病大出血·····	(280)
第二章	溃疡穿孔·····	(284)
第一节	溃疡急性穿孔·····	(284)
第二节	穿透性溃疡·····	(289)
第三章	幽门梗阻·····	(291)
第四章	癌变·····	(301)
第五篇	消化性溃疡的外科问题·····	(306)
第一章	消化性溃疡的外科治疗·····	(306)
第一节	胃十二指肠溃疡的手术指征·····	(306)
第二节	胃十二指肠溃疡的手术方法·····	(307)
第二章	消化性溃疡并发症的外科处理·····	(315)

第一节	游离穿孔·····	(315)
第二节	幽门梗阻·····	(316)
第三节	大出血·····	(317)
第三章	消化性溃疡手术的后遗症·····	(325)
第一节	倾倒综合征·····	(325)
第二节	术后腹泻·····	(330)
第三节	术后复发性溃疡·····	(332)
第四节	术后营养不良·····	(342)
第五节	术后贫血·····	(345)
第六节	术后代谢性骨病·····	(347)
第七节	迷走神经切断术后胆石形成·····	(348)
第八节	术后碱性反流性胃炎·····	(348)
第九节	残胃癌·····	(351)
第六篇	消化性溃疡的其它有关问题·····	(354)
第一章	幽门螺杆菌与消化性溃疡·····	(354)
第二章	消化性溃疡合并妊娠·····	(362)
第三章	消化性溃疡继发霉菌感染·····	(365)
第四章	原发性十二指肠炎与十二指肠溃疡·····	(370)
第五章	慢性阻塞性肺病与消化性溃疡·····	(373)
第六章	慢性肝胆胰疾病与消化性溃疡·····	(378)
第七章	原发性甲状旁腺功能亢进症与 消化性溃疡·····	(383)
第八章	肾脏疾患与消化性溃疡·····	(385)
第九章	消化性溃疡的预后问题·····	(386)
[附]	近10年消化性溃疡3461例 调查报告·····	(389)

第一篇

消化性溃疡概述

第一节 引言

消化性溃疡是一种划界清楚的局限性组织缺失,累及粘膜、粘膜下层和肌层,发生在浸浴于盐酸-胃蛋白酶胃液的胃肠道中,可见于食管下段、胃、十二指肠的第一、二段,胃肠吻合术后毗邻部位的小肠,以及含有功能性胃腺的美克耳憩室等部位。

消化性溃疡(peptic ulcer)是一个常见病、多发病,曾有估计在一般人口中,约5%~10%在其一生中某一时期,患过胃或十二指肠溃疡。在医学史上,远在19世纪初叶才从病理解剖上认识到消化性溃疡,第一例是急性穿孔的胃溃疡。在19世纪中叶,十二指肠溃疡和胃溃疡才分别确定。约在相同的时期,西欧已有人尝试应用饮食疗法治疗消化性溃疡。法国学者曾推荐应用牛奶和鸡蛋治疗消化性溃疡。继后,德国学者错误地认为饥饿疗法可使胃得到休息,从而促进溃疡的愈合,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消化性溃疡的重要性,并应用碳酸氢钠来缓冲胃酸。直至1915年,Sippy倡议应用严格的饮食制度和大量的碱性药物来治疗消化性溃疡。他的繁琐的少吃多餐饮食制度,由

于人们认识的提高,直至 70 年代中期,在所谓“西咪替丁革命”之后,才被彻底废弃。

自从 Röntgen 发现了 X 射线,消化性溃疡的形态学特征在临床上才得以阐明。1898 年 Cannon 开展了胃肠道 X 线透视,以后学者们不断地改进了这门诊断技术,使消化性溃疡的 X 线诊断率大大地提高。

胃镜检查经历了 100 年的发展史,进展较快的是 1957 年发明了纤维胃镜之后。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、视野扩大,加上配件还可作摄影、活检、彩电显像等诊断、治疗和教学等措施,在临床上起越来越重要的作用,还可用于急诊检查。纤维胃镜对上消化道疾病的诊断和治疗,在国内各地很快开展起来。

首次的消化性溃疡外科手术治疗开始于 1880 年。随后的实践证明,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。但从 H_2 受体拮抗剂以及质子泵抑制剂应用以来,外科手术治疗有逐渐减少的趋势。可是,总有小部分消化性溃疡内科治疗不够满意,而需要外科手术治疗。手术似乎必须在术后复发率低而术后遗留症状多的术式,与术后复发率高而术后遗留症状少的术式之间进行选择。

由于医学已从生物学医学模式向着心理-社会-生物医学的模式过渡,精神因素与社会生活环境对消化性溃疡发病的影响日益受到重视。对于消化性溃疡的遗传关系,近年来研究也取得了不少的成果。幽门螺杆菌与消化性溃疡的关系近年成为胃肠病学争议的热点。

第二节 流行病学

目前国内未见有真正的消化性溃疡流行病学调查资料。

病例统计数字来自住院病人,而住院者大部为重症病例或有并发症,因而未能表明我国人口的消化性溃疡真正的发病率。住院病例统计也有参考价值。国内迄今例数最多的一组为广东省 1959—1978 年 20 年来综合的 34 980 例住院病例。此组病例占同期内、外科住院人数的 5.23%,比国内文献报道之 1.36%~3.20% 为高,总病死率为 1.07%,比 20 年前国内报告之 2.47%~8.2% 有明显的下降。

国外报告近 20 多年来英国、美国、西德等国家消化性溃疡发病率明显下降。而香港、新加坡等地区的住院率与穿孔率均明显增加。许多国家多年来十二指肠溃疡(duodenal ulcer, DU)发病率明显高于胃溃疡(gastric ulcer, GU),而在一些西方国家则 GU 发病率有逐渐赶上 DU 的趋势。如美国,DU 与 GU 的发病比率已从过去的 4:1,转变为现在的 3:2。而在日本 GU 发病率一直高于 DU。如 1974—1983 年 10 年间日本 Hiroshima 大学 21 548 例消化性溃疡中, GU 发病率高于 DU。

据 Hollander 等报道,在苏格兰 1930—1976 年 40 岁~50 岁男性 DU 死亡率由 154 人/百万人口下降至 24 人/百万人口。在英格兰由 109 人/百万人口下降至 16 人/百万人口。在美国由 1921 年的 40 人/百万人口下降至 1976 年的 7 人/百万人口。女性消化性溃疡的死亡率也有相似的下降。

据 Sven 等报道,美国明尼苏达州 1956—1960 年因消化性溃疡而作胃手术者为 49 人/10 万人口,而 1981—1985 年下降至 6 人/10 万人口。其中男性 DU 患者手术率下降尤为明显,而男与女的 GU 手术率下降次之,作者认为这种情况是主要有了 H_2 受体拮抗剂治疗的结果。

Sonnenberg 等报道西德从 1953—1983 年因消化性溃疡失去劳动力而领取抚恤金者逐年明显递减,且领抚恤金者蓝领阶层(体力劳动者)多于白领阶层(坐办公室工作者),男性多于女性,而年龄从中年向老年递增。统计数字还表明消化性溃疡的发病率与死亡率均在下降。

在经济发达国家中,消化性溃疡的发病率与危害性在下降,究其原因可能由于:

1. 在第二次世界大战之后,除少数局部战争之外,都进入了和平时期,民众生活相对安定,各种原因的应激也减少。

2. 社会福利事业与医疗技术有了改进,特别是 H_2 受体拮抗剂等抗溃疡药物的普遍应用。

3. 营养合理化:数十年来欧美国家饮食中含不饱和脂肪酸的植物油大量增加,新鲜蔬果(含维生素 A、C)的耗量增加,可能有助于降低消化性溃疡的发病率和危害性。曾有作者表明,必需的不饱和脂肪酸的摄入,可提高内源性前列腺素 E 的合成。

4. 劳动负荷降低:在发达国家中,由于伴随生产过程自动化而来的劳动强度降低,工作效率提高,能量消耗减少,机体的正常神经体液调节少受干扰,致消化性溃疡(特别是男性 DU)的发病率与危害性均在下降。

第三节 病因学与发病机理

机体自身保护的功能是非常巨大的,目的是经常保持内环境的完整性。胃粘膜的保护机制是包括三层结构的立体屏障:①上皮上层:由覆盖粘膜表面的粘液组成,其功能与粘液量和 pH 梯度的稳定有关;②上皮层:由疏水性上皮层与细胞

膜紧密连结所形成的高电阻层以及胃粘膜细胞的更新、修复三项成份所组成；③上皮下层：主要由胃粘膜血流所组成。多年来，应用胃粘膜电位差、胃粘膜血流量、胃粘液量、细胞更新速率等方法测定，作为权衡胃粘膜防护机制的指标，有重要的参考价值。

归纳多年来消化性溃疡的病因学研究，本病主要是损害因素与保护因素二者（可能还加上某些易感因素）的不平衡有关。损害因素与保护因素二者的动态平衡，得以保持胃十二指肠粘膜的完整性。目前认为，GU 的发病以保护因素减弱（胃粘膜屏障的破坏）为主，而 DU 的发病则以损害因素（胃酸与胃蛋白酶）的作用为主。

自从心身医学发展以来，对消化性溃疡的病因学研究开辟了新的途径。目前一般认为消化性溃疡属典型的心身疾病范畴。祖国医学文献就曾强调“七情”对人体健康和疾病所起的作用。近年 Feldman 的多元对照研究也表明，消化性溃疡患者显著地有较多的情绪障碍，表现为抑郁或焦虑，即消化性溃疡的发病，与人生不幸遭遇以及心理-社会因素有密切的关系。近年国内作者对华东地区 891 例消化性溃疡的发病因素调查分析，也提示性情急躁者较易罹患消化性溃疡，尤以十二指肠溃疡。

遗传学研究亦已深入消化性溃疡领域，研究表明消化性溃疡是一组多基因疾病。Rotter 曾指出，消化性溃疡并非单一的疾病，而是多基因的、且与外在因素密切相关的一组疾病，是属于遗传异质性（genetic heterogen）疾病范畴，即遗传基因不同而临床表现相同的一组疾病。

目前，人们已普遍承认，幽门螺杆菌（Hp）是慢性（B 型）胃炎的致病菌，但 Hp 究竟是否为消化性溃疡的病因仍有争

论。尽管有些作者主张消化性溃疡是一种感染性、传播性疾病,甚至提出“无 Hp 便无溃疡”的新论点。但要推翻传统的“无酸便无溃疡”的论点,还有待于更多肯定的证据。

第四节 消化性溃疡诊断和胃镜的应用

我国胃镜的临床应用已有几十年的历史,但发展迅速与广泛应用则开始于 70 年代的中期,即在纤维胃镜引进之后。近年国外纤维胃镜的进展,表现为研制与性能的改进。如有的直视镜上下弯曲度可以达到 300° ,接物镜的视野扩大,胃镜直径减少至 10mm 以下。内镜检查受到很高的评价。消化性溃疡的胃镜诊断,甚至有黄金标准(gold standard)之称。

内镜与其他仪器结合,对研究胃十二指肠的电生理、分泌功能和胃肠动力学方面的生理学与病理生理学现象,提供了有利的条件。在急诊胃镜检查中,对上消化道出血的病因学诊断有重要帮助,并对消化性溃疡大出血提供直接止血手段,如内镜直视下喷洒药物止血、局部药物注射止血、激光止血、电凝止血、微波止血等方法,有很高的止血有效率。

录像内镜又称电子内镜或电视内镜的发明和应用,标志着又开发了新一代的内镜,是科技发展史中的一件大事;又能显示彩色电视荧屏,对教学与科普工作,有着非常重要的帮助。

第五节 消化性溃疡的并发症

消化性溃疡的危害性主要由于其并发症。我国消化性溃疡并发症的发病数,基本上来自住院病人。许多轻症病人不住

院,故文献中并发症的发生率偏高;住院病人统计并发症发生率在 70% 以上。其中最多见者为大出血。GU 与 DU 的出血率,只山东省有记录:GU 出血率占 GU 病例的 33.42%,DU 出血率占 DU 病例的 34.19%,二者无明显差别。病死率据湖南材料为 0.57%,广东材料为 0.51%,较过去国内报告有了明显的降低。急性穿孔占并发症总数的 14.31%~22.62%不等,与过去国内报告未见减少,而死亡率都有下降。据山东材料,GU 穿孔多于 DU 穿孔(分别为 33.30%对 14.73%)。幽门梗阻发生率在 10% 上下,广东、山东、湖南三大组材料均无死亡病例报告。癌变率山东组为 1.94%、湖南组为 1.19%(表 1-1)。

无疑,由于医疗卫生事业的进步,人们生活的改善,消化性溃疡的危害性与病死率有明显的降低。广东省在 1959—1978 年 20 年间,消化性溃疡的总病死率下降为 1.07%,我校附一院 1980—1989 年间为 0.45%,而 20 年前国内文献报告为 2.47%~8.2%。

第六节 消化性溃疡药物治疗

消化性溃疡的药物治疗在十多年来有了很大的进展,新型抗溃疡药物陆续涌现。临床界对抗溃疡病药物总的要求是:①缓解症状;②治愈溃疡;③防止复发和并发症;④免除药物副反应;⑤低廉易得,便于广大病人。缓解症状一般尚易,药物治疗消化性溃疡治愈率达 90% 以上,但防止复发和并发症仍然是一个难题。

不同抗溃疡药物有不同的性能,几种主要制酸药物抑制(或中和)24 小时胃液酸度的作用,如表 1-2 所示。

表 1-1 国内四大组消化性溃疡三大并发症统计资料

地 区	总例数	并发症		大出血		急性穿孔		幽门梗阻	
		例数	占总例数(%)	例数	占并发症(%)	例数	占并发症(%)	例数	占并发症(%)
广 东 (1959—1978)	34 980	26 967	77.09	—	43.45	0.51	—	22.62	2.94
山 东 (1949—1977)	10 999	7 906	71.91	3 792	34.39	—	2 385	21.69	—
湖 南 (1959—1978)	5 025	3 876	77.13	2 642	52.58	0.57	719	14.31	2.09
国内综合资料	—	—	54.3~ 71.9	—	56.0~ 68.6	2.65~ 20	—	6.1~ 23.0	2.0~ 0.5
广州邝贺龄 (1980—1989)	3 461	1 255	36.6	240	—	1.25	818	—	0.73
								197	—

注：邝贺龄报道一组中，住院期间死亡16例，病死率为0.45%