

• 修订本 •

● 王传家 主编

# 胃及十二指肠疾病

甘肃科学技术出版社

157  
VIC

# 胃及十二指肠疾病

(修 订 本)

甘肃科学技术出版社

天

# 胃及十二指肠疾病

(修订本)

王传家 主编

甘肃科学技术出版社出版

(兰州第一新村81号)

甘肃省新华书店发行 兰州八一印刷厂印刷

开本850×1168毫米 1/32 印张11.75 字数286,000

1990年10月第1版 1990年10月第1次印刷

印数：1—3,385

ISBN 7-5424-0284-6/R·75 定价：5.55元

## 再版前言

《胃及十二指肠疾病》一书于1975年首次出版，由王传家主编，赵怀玉、杨英福、张令翊、许自诚、温剑衡等同志参与编写工作。本书自问世以来，受到广大读者与同行的欢迎，收到了一定的社会效益。其间，由于科学不断发展，知识日益普及，本书的很多内容已不能满足读者需要，故在原基础上作了一些修改与补充。文字力求通俗易懂、深入浅出，以对读者有所裨益。

再版的残胃癌，胃镜检查等章由甘肃省人民医院消化科张岫兰副主任医师编写。慢性胃炎由兰州医学院第一附属医院王沁医师编写，特此说明。全书文字整理工作得到吴增杰、李采同志大力协助，特此一并致谢。

**编者**

1990年元月于甘肃省人民医院

# 目 录

<b>第一章 胃的解剖学与组织学</b> .....	( 1 )
第一节 一般介绍.....	( 1 )
第二节 胃的血循环、神经及淋巴系统.....	( 4 )
第三节 胃的组织结构.....	( 10 )
第四节 胃分区粘膜皱襞的临床意义.....	( 13 )
<b>第二章 胃的生理学与生物化学</b> .....	( 16 )
第一节 胃的运动.....	( 16 )
第二节 胃液的分泌机制.....	( 21 )
第三节 胃液的生物化学.....	( 25 )
<b>第三章 十二指肠的解剖学与形态结构</b> .....	( 34 )
第一节 十二指肠的解剖学.....	( 34 )
第二节 十二指肠壁的形态结构.....	( 39 )
<b>第四章 十二指肠的病理生理</b> .....	( 44 )
第一节 十二指肠液的组成.....	( 44 )
第二节 十二指肠液分泌的调节.....	( 47 )
第三节 小肠的运动.....	( 49 )
第四节 十二指肠分泌机能障碍.....	( 50 )
<b>第五章 胃及十二指肠的检查方法</b> .....	( 52 )
第一节 腹部区分与脏器表面的定位.....	( 52 )
第二节 问 诊.....	( 55 )
第三节 望 诊.....	( 60 )
第四节 胃的触诊.....	( 62 )

第五节	叩 诊	( 65 )
第六节	胃液分析及其临床意义	( 66 )
第七节	洗胃法	( 78 )
<b>第六章</b>	<b>胃及十二指肠的X线检查</b>	( 81 )
第一节	概 述	( 81 )
第二节	胃及十二指肠的X线检查法	( 82 )
第三节	胃及十二指肠的X线异常影像	( 85 )
<b>第七章</b>	<b>胃镜检查法</b>	( 89 )
第一节	概 述	( 89 )
第二节	胃镜检查的适应症与禁忌症	( 90 )
第三节	操作方法与技术	( 91 )
第四节	几种常见胃部病变在内镜下的形态表现	( 93 )
<b>第八章</b>	<b>胃及十二指肠的先天性疾患</b>	( 99 )
第一节	先天性肥厚性幽门狭窄	( 99 )
第二节	成人肥厚性幽门狭窄	( 105 )
第三节	新生儿胃穿孔	( 106 )
第四节	先天性巨大十二指肠症	( 108 )
<b>第九章</b>	<b>急性胃炎</b>	( 110 )
第一节	急性胃炎的分类	( 110 )
第二节	急性单纯性胃炎	( 111 )
第三节	腐蚀性胃炎	( 116 )
第四节	传染性胃炎	( 121 )
第五节	化脓性胃炎	( 123 )
<b>第十章</b>	<b>慢性胃炎</b>	( 125 )
第一节	病 因	( 125 )
第二节	分 类	( 128 )
第三节	慢性胃炎和胃的其他疾患的病理生理关 系	( 129 )

第四节	慢性胃炎的实验室检查	(133)
第五节	临床表现	(135)
第六节	诊断与鉴别诊断	(137)
第七节	慢性胃炎的防治	(139)
<b>第十一章</b>	<b>胆汁返流性胃炎</b>	<b>(150)</b>
第一节	生理与生物化学	(150)
第二节	胆汁损伤胃粘膜的机制	(152)
第三节	诊断与鉴别诊断	(154)
第四节	治    疗	(155)
<b>第十二章</b>	<b>胃下垂</b>	<b>(157)</b>
第一节	病因与临床分类	(157)
第二节	症状与体征	(159)
第三节	诊断与鉴别诊断	(160)
第四节	治    疗	(164)
<b>第十三章</b>	<b>胃粘膜脱垂症</b>	<b>(172)</b>
第一节	概    述	(172)
第二节	病因学与病理学	(173)
第三节	症状与体征	(175)
第四节	诊断与鉴别诊断	(177)
第五节	治    疗	(177)
<b>第十四章</b>	<b>急性胃扩张</b>	<b>(180)</b>
第一节	病因和发病机制	(180)
第二节	病理解剖和病理生理	(182)
第三节	临床表现	(182)
第四节	诊断与鉴别诊断	(183)
第五节	预防与治疗	(185)
第六节	预    后	(187)
<b>第十五章</b>	<b>胃、十二指肠溃疡病</b>	<b>(188)</b>

第一节	概 述	( 188 )
第二节	病因学和发病机制	( 191 )
第三节	祖国医学对溃疡病的认识	( 200 )
第四节	病理解剖	( 204 )
第五节	分 类	( 206 )
第六节	症状 (附溃疡病疼痛的发生机制) 与体征	( 210 )
第七节	诊断与鉴别诊断	( 217 )
第八节	预防与治疗	( 224 )
第九节	溃疡病并发大出血	( 237 )
第十节	溃疡病并发穿孔	( 249 )
<b>第十六章</b>	<b>胃手术后综合征</b>	( 262 )
第一节	倾倒综合征	( 263 )
第二节	肠机能紊乱	( 267 )
第三节	低血糖综合征	( 274 )
第四节	无胃性贫血	( 275 )
第五节	胃切除后的营养障碍	( 278 )
第六节	胃切除后胃炎综合征	( 280 )
第七节	溃疡未愈或复发	( 282 )
第八节	输入肠袢综合征	( 286 )
<b>第十七章</b>	<b>胃神经官能症</b>	( 289 )
第一节	病 因	( 289 )
第二节	临床表现	( 290 )
第三节	诊 断	( 290 )
第四节	治 疗	( 291 )
<b>第十八章</b>	<b>胃 癌</b>	( 294 )
第一节	祖国医学对胃癌的认识	( 294 )
第二节	发病率	( 296 )



第三节	病因学·····	( 298 )
第四节	病理解剖与病理生理·····	( 304 )
第五节	症状与体征·····	( 309 )
第六节	诊断与鉴别诊断·····	( 313 )
第七节	治 疗·····	( 327 )
<b>第十九章</b>	<b>残胃癌</b> ·····	( 341 )
<b>第二十章</b>	<b>胃及十二指肠良性肿瘤</b> ·····	( 344 )
第一节	胃腺瘤·····	( 344 )
第二节	胃平滑肌瘤·····	( 346 )
第三节	胃的其他良性肿瘤·····	( 347 )
第四节	十二指肠良性肿瘤·····	( 347 )
第五节	胃内异物——胃柿石与黑枣团·····	( 348 )
<b>第二十一章</b>	<b>胃及十二指肠憩室</b> ·····	( 354 )
第一节	病因学·····	( 354 )
第二节	病理解剖与病理生理·····	( 354 )
第三节	胃憩室的临床表现、诊断与治疗·····	( 356 )
第四节	十二指肠憩室的临床表现、诊断与治疗·····	( 358 )

# 第一章

## 胃的解剖学与组织学

### 第一节 一般介绍

胃是人体消化管最宽大的部分，上接食管，下连十二指肠，成人胃的形状和容量因人而异，半满状时全长约20~30厘米左右，可容纳1~3升，它有暂时储存食物和初步消化食物的机能。胃壁肌肉很发达，在饥饿时可缩成管状，在充满时可扩大到原来的1~10倍，下界可垂至脐下。在正常情况下，食物在胃内存留4~6小时即被排空。

祖国医学文献中，对胃的形状、长度、宽度、直径、容量和重量的记载很早。我国现存的第一部春秋战国时期的医学书《内经》中《灵枢·胃脘篇》说：“胃纡曲屈，伸之，长二尺六寸，大一尺五寸，径五寸，大容三斗五升”。继后，《难经》中说：“胃重二斤二两……盛谷二斗，水一斗五升”。古代的度、量、衡与现代不同。据梁伯强教授研究《内经·灵枢·胃脘篇》的结果，认为和现代解剖学的记载，基本是一致的。说明我国早在2000多年前有这样朴素而较精确的人体解剖材料，是非常宝贵的。

#### 一、形 状

胃的形状各有不同，即使是同一个胃，在站立或躺卧、饭前或饭后亦有所变异，它的形状与体质、性别、年龄亦有关系。

在高度强壮型，即短粗矮胖的体质，其位置较高，常悬于季肋缘之下而横置于上腹部，呈“牛角”形，胃腔上部特别宽大，

愈向幽门端则逐渐变小，且幽门端偏向右侧，角切迹不易看到。有时幽门为最低部分，称为“高度张力胃”。

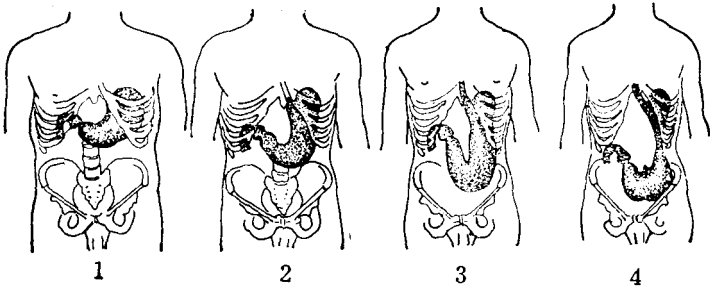


图 1—1 胃的形态

1.高度张力胃 2.正常张力胃 3.弱力型胃 4.无力型胃

一般强壮体质，即外形正常的人，其胃的紧张度适当，整个胃腔的宽度相差无几，呈“丁”字形垂直状，当立位时，胃的最低位置在髂嵴联线以上，十二指肠球部位于右侧，但在脐水平线以上，此为“正常张力胃”。

瘦长体质即弱力型，其胃多呈钩形。胃底端较窄，角切迹与大弯相对应的径线变长，此部胃腔特别宽大，幽门部逐渐向左移位。此种胃称为“弱力型胃”。更瘦弱的人，即无力型体质者，其胃更向脐下松垂，降入盆腔，其上部几全部陷缩，而下部则膨胀成囊状。此种胃往往悬于脐部左侧，称为“无力型胃”（图 1—1）。

由于体位不同，胃的形状亦有所变化（图 1—2）。在卧位时，胃略向上移位，同时胃内容物流入胃底部，而原来立位时积存于胃底的气体则移往胃底的前部，角切迹则上升至脐上；在立位时，角切迹则下垂至脐下。总之胃的形状变化受多种因素影响，但无论如何，仍有其基本形状。

## 二、胃的形状与临床意义

胃的形状本来有生理性变异，而且是个悬空脏器，易受外界各种不同因素的影响而改变形状，因而在临床上的疼痛与体查部位往往出现差异。

瘦弱的人据称易患溃疡病，由于其幽门部经常在脐左侧，故在发生幽门部溃疡时，其主诉疼痛多在左上腹部。

在高度强壮型，胃的位置较高，悬于季肋缘之下，而横于上腹部，其幽门部偏向右侧，因而该处发生溃疡时，病人主诉的疼痛部位一般在右上腹部。若患十二指肠溃疡时，其疼痛部位则经常与胆道疾病相混淆。在临床上检查病员时，必须要想到体质与胃的形状，再结合病史与其他检查，才能作出正确判断。

## 三、分区

胃上经贲门（入口）连接食管，下经幽门（出口）续连十二指肠。胃大致分为朝前上方及向后下方两个壁，朝前上方的谓之胃前壁，朝后下方的谓之胃后壁，前壁和后壁的上缘名曰胃小弯，下缘则谓之胃大弯。靠近贲门的部分谓之贲门部，贲门部左侧的膨出部谓之胃底，贲门以下的中部谓之胃体，胃体的下部称幽门部（或称胃幽门窦）。在胃小弯侧胃体与幽门部之间，尤其在扩张时，呈现程度不同的折弯，称为角切迹，借此作为胃体与幽门部的境界。胃幽门部末端连接十二指肠处，其表面往往有一环状浅沟，沟内为幽门，也就是胃的出口，沟外为十二指肠（图1—3）。

## 四、与周围脏器的关系

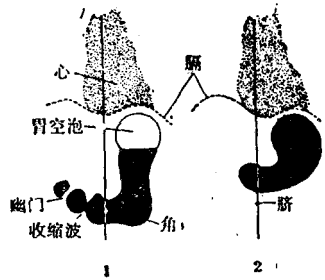


图1—2 立位与卧位时胃的形态改变（X线象）  
1.立位 2.卧位

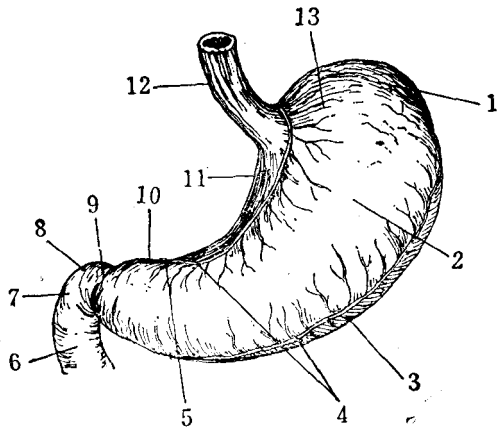


图 1—3 胃的各部名称

- 1.胃底 2.胃体 3.胃大弯 4.腹膜附着部 5.角切迹 6.十二指肠降部 7.十二指肠上曲 8.十二指肠上部 9.幽门 10.幽门部  
11.胃小弯 12.食管 13.胃前壁

胃上部与左膈穹窿接触，胃底的左背侧与脾接触，胃后壁膈网膜囊与左肾上腺、左肾、胰腺及横结肠系膜相邻，胃前壁与肝左叶及肝方形叶接触。当胃空虚时，可能被这些脏器全部掩盖，当胃充满时，胃前壁很大一部分与膈相接触。此外，在肝前缘与左侧肋弓之间，胃体前壁的一部分与前腹壁直接接触，这部分胃壁在临床查体时一般叫作胃区（图 1—4）。

## 第二节 胃的血循环、神经及淋巴系统

### 一、胃的血液供给

腹腔动脉甚短，长仅 1~2 厘米，约在第十二胸椎的高处，自腹主动脉的前壁发出，随即分为胃左动脉、肝总动脉及脾动脉

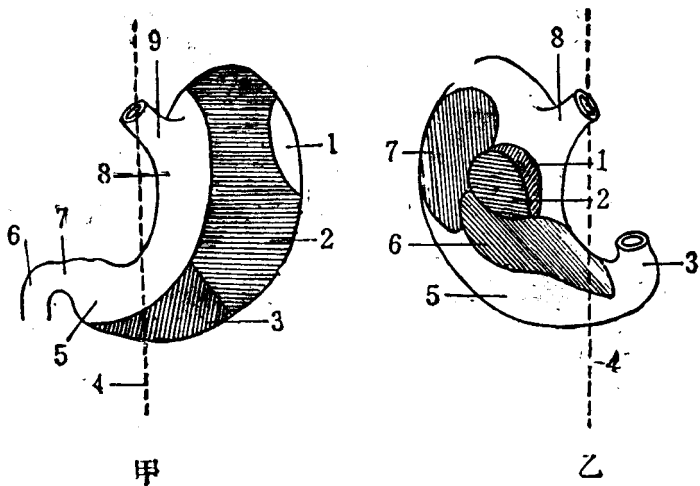


图 1—4 胃的接邻面

- 甲：胃前面 1.脾接面 2.膈接面 3.前腹壁游离部 4.正中线 5.幽门部 6.十二指肠部 7.幽门 8.肝接面 9.贲门
- 乙：胃后面 1.肾上腺接面 2.肾接面 3.幽门 4.正中线 5.结肠面 6.胰接面 7.脾接面 8.贲门

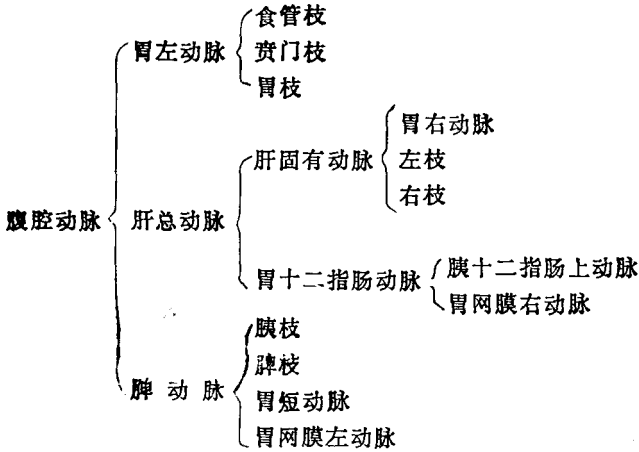
三枝。各枝的分级如下（表 1—1）。

胃左动脉是腹腔动脉最小的一个分枝，向左上先到贲门，然后沿胃小弯右进与胃右动脉吻合。它又发出食管枝至食管下端，贲门枝至贲门，以胃枝分布到胃的前后面。

胃右动脉从肝固有动脉分出后至幽门部的上缘，沿胃小弯左进，与胃左动脉吻合。

胃十二指肠动脉是肝总动脉的分枝，它通过幽门前侧下降至胃下缘，又分为两枝：一枝为胰十二指肠上动脉，自十二指肠与胰头之间下降，分布于胰头及十二指肠，并与肠系膜上动脉的胰十二指肠下动脉相吻合；另一枝为胃网膜右动脉，沿胃大弯穿过

表 1—1 胃的血液供给



大网膜的两叶间左进，与脾动脉的胃网膜左动脉吻合，此动脉发出一些小枝至胃壁的叫作胃枝。

脾动脉是腹腔动脉分枝中最大的一枝，它又分出数目不定的胃短动脉与胃网膜左动脉。胃短动脉分布于胃底，胃网膜左动脉沿胃大弯右进，与胃网膜右动脉吻合（图 1—5）。

以上是胃的血液供给，静脉是伴随动脉的。但亦有不成对的内脏静脉，如来自胃、肠、脾、胰及胆囊等静脉，这些静脉是门静脉的主根，合成一个巨干，即谓之

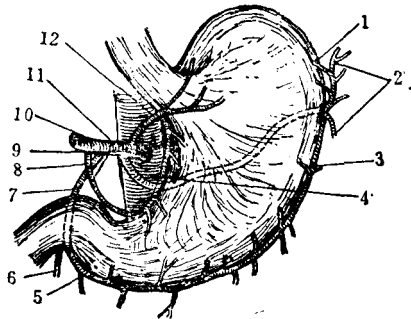


图 1—5 胃血液供给

1. 胃短动脉 2. 脾枝 3. 胃网膜左动脉
4. 腹主动脉 5. 胃网膜右动脉 6. 胰十二指肠上动脉
7. 胃十二指肠动脉 8. 胃右动脉
9. 腹腔动脉 10. 肝固有动脉 11. 肝总动脉
12. 胃左动脉

门静脉。在临床上当肝硬变时，门静脉压力明显增高，随之使被收集的脾静脉、肠系膜下静脉、肠系膜上静脉、脐静脉、胃冠状静脉、胃短静脉等压力亦增高，因而在临床上常有胃出血或克—鲍氏综合征\*等一系列的症状出现。

## 二、胃的神经分布

胃是由植物神经控制的，所谓植物神经亦就是内脏神经，它包括交感神经与副交感神经。交感神经发源于脊髓胸1~12和腰1~3，副交感神经中枢在脑干与脊髓骶部。

胃受副交感（迷走）神经及交感神经支配。左右侧的迷走神经沿食道壁形成神经丛，发出前干（左干）及后干（右干）入胃。两神经干都分成许多分枝，其中最粗的一枝由左干分出，沿胃小弯而分布于胃底及胃体上部的三分之二；其余较细的分枝经胃的穹窿走向幽门，同时分出一枝，支配着幽门窦及幽门部，另一枝则通过肝脏及胆道，还有一枝又分出一些纤维来支配幽门部及十二指肠。

从后干发出的分枝沿胃背部而行，其中一枝支配贲门、小弯及部分胃体；另外一小枝与右侧半月神经节吻合；第三枝分布到胃的前面。两侧迷走神经在胃壁上互相吻合，使每条神经都参加支配胃的不同部分。

胃的交感神经是由腹腔神经丛发出的，它沿胃大弯及小弯形

---

\*克—鲍氏综合征（Cruvei Ihier—Baumgarten Syndrome），即是指在各种原因引起的肝硬化病人中，由于门静脉压力增高，使已闭锁的脐静脉及脐旁静脉之闭锁部分重新开放，脐静脉或脐旁静脉与腹上静脉连接畅通并有扩张。故在脐周可形成典型的海蜃头样静脉曲张。在上述静脉中血液成涡流，且血管腔突然变小，造成局部血管杂音，甚或伴有震颤。同时该类病人多同时伴有腹水，以及贫血、白细胞及血小板减少等脾机能亢进症状。



成上下两神经丛。

最近的资料证明，交感神经干内有副交感神经纤维，同样地迷走神经内亦有交感神经纤维。因此，迷走与交感神经都是混合神经。

右侧膈神经与腹腔神经丛之分歧吻合，也参加胃的神经支配。

胃壁内有两种神经丛，即肌间丛与粘膜下丛。前者在纵行肌层的纤维之间，后者在整个粘膜层内形成数层，两神经丛彼此相连。

有人认为，人类和狗的胃壁还有第三种神经丛，可能在胃的外表面上（即腹膜脏层下面）。

胃贲门、幽门及小弯处的神经网比胃底及大弯区要密集，神经节亦比较大。在4平方厘米胃壁上的神经细胞平均数，胃底约有80~200个，胃体为250~320个，幽门部则可达450个。

腺体下（粘膜下）神经纤维及围绕着胃腺的腺体间神经纤维由长而多节的纤维互相联合，粘膜下神经丛的许多神经纤维，特别是幽门及小弯部的，都起源于欧氏神经丛（即环形肌与纵形肌之间的副交感神经丛，其分化形式呈网状）。

根据贝可夫的研究，证明胃内分布着大量的感受装置，可以向中枢神经系统高级部位通报关于胃壁伸张程度（机械感受器），胃壁肌肉的机能状态（本体感受器），胃内血液及组织的化学变化（化学感受器），温度的变化（温度感受器），血液中及胃组织内渗透压的改变（渗透压感受器）。迷走神经与交感神经纤维都是这些胃感受器所产生的冲动的传入途径。

因此，胃的迷走神经与交感神经既是传出神经，又是传入神经。迷走神经是胃的主要分泌神经，而交感神经则起抑制作用。

### 三、胃的淋巴系统

胃壁淋巴管比较丰富，在粘膜腺体周围及粘膜下层淋巴管纵