

Xiaohuaxingkuiyang

消化性溃疡
临床检查与

最佳

治疗方案

主编 刘平

天津科学技术出版社

消化性溃疡临床检查与 最佳治疗方案

主编 刘 平
编者 刘 平 易献春 戴朱敏
罗 歆 肖铁臣 李艳霞
单景贤 余志勤



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化性溃疡临床检查与最佳治疗方案/刘平主编. —天津:天津科学技术出版社, 2001. 5

ISBN 7-5308-3025-5

I. 消… II. 刘… III. 消化性溃疡—诊疗 IV. R573.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 11808 号

责任编辑:于伯海

版式设计:雒桂芬

责任印制:张军利

天津科学技术出版社出版

出版人:王树泽

天津市张自忠路189号 邮编 300020 电话(022)27306314

天津市武清区永兴印刷厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787×1092 1/32 印张 4.75 字数 91 000

2001年5月第1版

2001年5月第1次印刷

印数:1—4 000

定价:6.80元

前 言

消化性溃疡是一种常见的世界性的疾病,据估计,人群中约有 10% 的人在其一生中的某个时期曾罹患此病。而且,消化性溃疡还是一种全身性疾病,其病变局部表现在上消化道。此外,“一旦有了溃疡,便一直有溃疡”。因此,对消化性溃疡的治疗必须树立长期作战的思想,采取局部治疗与整体治疗相结合的方法,并根据每个患者的病情作出具体的治疗方案。

在漫长的治疗康复过程中,每位患者都希望有一个疗效显著的治疗方案,希望对各种临床检查有一个全面的了解,在诊治过程中更好地配合医生,加快疾病的康复。同时也可免受各种误导,做一些不必要的检查和用一些无关紧要的药物,避免不必要的经济损失。基于为病人着想的目的,本书重点对消化性溃疡的临床检查的意义和最佳治疗方案作了全面的介绍。通过阅读本书,使每位患者和家属对消化性溃疡的病因、临床表现、诊断、治疗方案、预防保健措施有一个全面的了解,树立战胜疾病的信心,选择适合自己的治疗方案,配合医生进行治疗。

本书深入浅出,通俗易懂,全面反映了消化性溃疡研究方面的新进展、新技术,对消化性溃疡的防治做了全面系统的介绍,为使每位病人更好地理解,在每章的后面都

增加了一些小知识问答,便于病人更好地自我保健,这也是本书与其他书的不同之处。它适合于不同层次的患者和家属阅读,同时也适合于临床医生、医学院校学生在实际工作中参考阅读。因此,这本书既是一本专业参考书,又是一本通俗医学科普读物,希望这本书能为医患之间架起一座桥梁,更好地推动消化性溃疡的防治工作。

参加本书编写的作者都是从事临床工作多年的中青年医务工作者,他们既有丰富扎实的理论基础,又有充足的临床经验。但是由于学识水平不同,涉猎不广,书中难免有不足之处,恳请同行、专家及广大读者批评指正。

编 者

2000年6月于江西省袁州医院

目 录

第一章 消化性溃疡常识

第一节 何谓消化性溃疡	(2)
第二节 消化性溃疡的发病原因	(3)
一、致病攻击因子	(4)
二、保护因子	(7)
三、易感因素	(8)
第三节 小知识	(9)
一、胃的解剖特点是什么?	(9)
二、胃有哪些生理功能?	(10)
三、消化性溃疡有传染性吗?	(10)
四、消化性溃疡会遗传吗?	(11)
五、哪些职业易患消化性溃疡?	(11)
六、气象因素与消化性溃疡发病有哪些关系?	(11)
七、胆汁与溃疡有什么关系?	(12)
八、吸烟会引起消化性溃疡吗?	(13)
九、喝酒与消化性溃疡有什么关系?	(13)
十、精神紧张与消化性溃疡有关系吗?	(14)



第二章 消化性溃疡的临床检查与诊断

第一节 临床表现	(15)
一、疼痛	(15)
二、恶心、呕吐	(17)
三、泛酸、烧心	(17)
四、出血	(17)
五、腹、背部压痛点	(17)
第二节 并发症	(18)
一、大出血	(18)
二、穿孔	(19)
三、幽门梗阻	(20)
四、癌变	(20)
第三节 各项检查的临床意义	(21)
一、胃镜	(21)
二、电子胃镜	(28)
三、超声胃镜	(29)
四、X线钡餐	(30)
五、幽门螺杆菌检测	(34)
六、胃液分析	(35)
七、潜血试验	(36)
第四节 诊断与鉴别诊断	(37)
一、诊断消化性溃疡	(37)
二、鉴别诊断	(38)
第五节 小知识	(41)



一、消化性溃疡病人如何选择检查方法?	(41)
二、CT 和 MRI(核磁共振)对消化性溃疡有诊断价值吗?	(42)
三、小儿消化性溃疡的特点是什么?	(42)
四、老年人消化性溃疡的临床表现有哪些?	(42)
五、中医如何诊断消化性溃疡?	(42)
六、B 超对消化性溃疡有诊断价值吗?	(43)

第三章 消化性溃疡最佳治疗方案

第一节 一般治疗方案	(44)
一、休养	(44)
二、饮食	(45)
第二节 药物治疗方案	(46)
一、降低胃酸的药物	(46)
二、抗菌治疗的药物	(49)
三、保护胃粘膜的药物	(51)
四、促进胃动力的药物	(51)
第三节 中医治疗方案	(52)
一、辨证论治	(52)
二、近代名老中医验方	(62)
三、中成药	(63)
四、中药偏方验方	(65)
五、中药贴脐疗法	(67)
第四节 并发症治疗方案	(70)
一、溃疡出血治疗	(70)



二、急性穿孔的治疗	(72)
三、幽门梗阻的治疗	(75)
第五节 小知识	(78)
一、哪些消化性溃疡病人需住院治疗?	(78)
二、维生素E也能治疗溃疡病吗?	(79)
三、用牛奶治疗消化性溃疡的利弊?	(79)
四、消化性溃疡病人怎样进行饮食调养?	(80)
五、消化性溃疡多吃纤维素类食物有好处吗?	(81)
六、低盐饮食有益于溃疡病愈合吗?	(81)
七、为什么对溃疡病人强调身心休养?	(81)
八、溃疡症状消失后还需要服药治疗吗?	(82)
九、制酸剂治疗溃疡病有哪些优缺点?	(83)
十、甲氰咪胍治疗溃疡病有哪些优缺点?	(83)
十一、泰胃美与甲氰咪胍的区别?	(85)
十二、雷尼替丁治疗溃疡病有哪些优缺点?	(85)
十三、雷尼替丁比甲氰咪胍更好吗?	(86)
十四、法莫替丁治疗溃疡病有哪些优缺点?	(87)
十五、奥美拉唑(洛赛克)治疗溃疡病有何优点?	(87)
十六、德诺治疗溃疡病有何优缺点?	(88)
十七、丽珠得乐和德诺属于同一类药吗?	(89)
十八、如何应用胃必治?	(89)
十九、怎样使用胃膜素?	(90)
二十、硫糖铝治疗溃疡病有何优缺点?	(90)
二十一、如何应用生胃酮?	(90)



二十二、麦滋林-S 治疗溃疡病的优缺点?	(91)
二十三、瑞贝克与普通型庆大霉素相比有何优点?	(91)
二十四、如何正确选择治疗溃疡病的药物?	(92)
二十五、溃疡病人能服用小苏打片吗?	(93)
二十六、溃疡病人为什么要坚持系统治疗?	(93)
二十七、奥美拉唑(洛赛克)有哪些副作用?	(94)

第四章 消化性溃疡预防保健措施

第一节 消化性溃疡复发因素.....	(96)
一、复发因素	(96)
二、复发特点	(97)
第二节 预防消化性溃疡复发方案.....	(98)
一、维持疗法	(98)
二、并用疗法	(100)
三、间歇疗法	(100)
四、中药疗法	(101)
第三节 消化性溃疡术后预防保健方案.....	(101)
一、临床特点	(102)
二、诊断依据	(102)
三、治疗原则	(103)
四、手术后遗症防治方案	(103)
第四节 日常生活保健方案.....	(111)
一、饮食宜忌	(111)
二、生活宜忌	(114)



第五节 辅助治疗方案	(118)
一、饮食疗法	(118)
二、捏脊疗法	(126)
三、艾灸疗法	(127)
四、推拿按摩疗法	(128)
第六节 小知识	(130)
一、怎样预防消化性溃疡?	(130)
二、怎样预防季节性溃疡复发?	(131)
三、溃疡病可以喝茶吗?	(132)
四、哪些食物有健胃、养胃功能?	(132)
五、哪些果品有健胃作用?	(134)
六、溃疡病人怎样进行体育锻炼?	(134)
七、气功锻炼对溃疡病的保健作用如何?	(135)
八、饮食疗法对溃疡病的防治有什么作用?	(136)
九、为什么溃疡病人要少量多餐?	(137)
十、消化性溃疡预后如何?	(137)
十一、蜂蜜对溃疡病有防治作用吗?	(139)
十二、溃疡病人可以吃辣椒吗?	(139)



第一章 消化性溃疡常识

消化性溃疡是一种常见病、多发病。据不完全统计,大约有 5%~10% 的人在其一生中的某个时期,患过消化性溃疡。医学界最早认识消化性溃疡是在 19 世纪初叶,发现了第一例胃溃疡急性穿孔。到 19 世纪中叶,才分别确定胃溃疡和十二指肠溃疡。

自从伦琴发现了 X 射线后,对消化性溃疡的诊断有了很大的帮助。50 年代纤维胃镜的出现,使消化性溃疡的诊断率大大提高。

首次的消化性溃疡外科手术治疗开始于 1880 年,以后外科治疗不断发展和改进。但是,随着新药在临床上的应用,尤其是 H_2 受体拮抗剂和质子泵抑制剂的使用,使外科手术治疗有逐渐减少的趋势。

随着医学模式由生物医学模式转向社会—心理—生物医学模式过渡,精神因素与社会生活环境对消化性溃疡发病的影响密切相关。近几年,幽门螺旋杆菌引起消化性溃疡已日益受到重视。

一般而言,十二指肠溃疡比胃溃疡多见,男性多于女性,好发年龄在 20~50 岁之间。消化性溃疡并发症是上消化道出血、穿孔、梗阻,甚至癌变。

目前,在世界经济发达国家中,消化性溃疡的发病率与危



害性正在呈下降趋势。这主要是因为二战后,大多数发达国家都进入了和平时期,人民生活安定。此外,医疗诊断、治疗水平不断提高,新型药物的使用,使发病率下降。还有营养水平提高,劳动强度的降低,都是促使发病率下降的重要因素。

第一节 何谓消化性溃疡

消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡。之所以叫消化性溃疡,是因为它和口腔溃疡一样,是一种界限清晰、累及肌层的局限性组织缺失。

胃溃疡是指发生于贲门与幽门之间的胃粘膜肌层炎性坏死性病变。由于物理和化学因素的刺激,机体的应激状态,某些病原菌的感染,都可引起胃溃疡病。胃溃疡与胃糜烂不同,胃溃疡穿透粘膜肌层,愈合后不可避免地留有纤维瘢痕,表面为一层上皮所覆盖,粘膜肌层不再生。胃糜烂的损伤不穿透粘膜肌层,因而愈合后不留任何痕迹。

十二指肠溃疡是指胃酸和胃蛋白酶接触的十二指肠粘膜,发生局限性的超过粘膜肌层的溃破。部位常在十二指肠球腔内,所以习惯称为十二指肠球部溃疡。该病的典型溃疡为圆形或卵圆形,直径一般小于1厘米,外观与胃溃疡相仿。部位大多在十二指肠球腔内。十二指肠溃疡和胃溃疡一样,分为4个阶段,分别为急性溃疡期、溃疡的边缘周围粘膜发炎和出血。如果溃疡深达浆膜层,炎症可以波及到邻近组织,引起纤维组织粘连。溃疡继续发展可穿过十二指肠壁进入相邻器官胰腺,发生局限性穿孔。如果穿孔不被相邻器官阻挡,则



引起腹膜炎。

在临床上,由于胃溃疡和十二指肠溃疡在病因以及临床症状上有许多相似之处,医生有时难以通过症状区分是胃溃疡还是十二指肠溃疡,此时往往诊断为消化性溃疡,或胃、十二指肠溃疡。

此外,还有一个原因就是过去认为胃溃疡和十二指肠溃疡是由于胃酸和胃蛋白酶对胃粘膜自身消化所造成的,但是,事实上胃酸和胃蛋白酶只是形成溃疡的主要原因之一,还有其他原因可以形成溃疡病。由于历史上的原因,至今一直沿用消化性溃疡之名。

胃溃疡和十二指肠溃疡在发病情况、发病机理、临床表现和治疗方法等方面存在若干差异。但是,两者的共性如胃酸在溃疡形成中的作用、病理解剖改变、基本临床表现、治疗原则和共同有效的药物以及并发症等是其突出的共同点,两者均是消化性溃疡,因此,统一称为消化性溃疡。

消化性溃疡常呈慢性病程,人们习惯称为“老胃病”,周期性发作,常于秋冬或冬春之交犯病,多表现为规律性疼痛。

第二节 消化性溃疡的发病原因

经过多年的努力,消化性溃疡的发病原因尚未完全阐明。但是,近年来的研究表明,胃酸过多、幽门螺旋杆菌感染和胃粘膜保护作用减弱等因素是引起消化性溃疡的主要环节。胃排空延缓和胆汁反流、胃肠肽的作用、遗传因素、药物因素、环境因素和精神因素等,都和消化性溃疡的发生有关。



用通俗的话来说,消化性溃疡的发生是由于攻击因子和防御因子之间的失平衡所致。正常情况下,攻击因子和防御因子就像天平两边的砝码,保持着动态平衡,使胃十二指肠粘膜保持完整性。当攻击因子增加时(十二指肠溃疡主要发病机制)或防御因子削弱时(胃溃疡的主要发病机制),就会使平衡遭到破坏,导致胃、十二指肠粘膜发生溃疡。

一、致病攻击因子

1. 胃酸:“无酸即无溃疡”这句老生常谈的话,是1910年提出来的,现在看来仍然有相当的道理。据临床研究表明,消化性溃疡基本上不致发生在缺酸状态之下。

胃酸的主要成分是盐酸。专家们发现,所有消化性溃疡发生在组织浸浴于酸性胃液的部位,这是它的共同特点。动物实验也证明高酸作用下可产生胃溃疡。

大多数十二指肠溃疡病人酸的排出量可达正常人的3~20倍。十二指肠溃疡病人球部pH值为2.9,显著低于正常人的pH值4.5。

多年来,胃酸一直被认为是消化性溃疡形成的原因,而随之应用的各种抗酸抑酸药物,确实有助于溃疡病的尽早愈合。

但是,通过胃液分析表明,胃溃疡病人胃酸分泌增加者仅占1/10,而许多病人胃酸分泌正常,有的还低于正常。可见,胃酸多少,在消化性溃疡中不起主要作用,而胃粘膜防御能力下降,使胃酸等攻击作用相对增强,可能是形成消化性溃疡的主要原因。也就是说,当一个人胃粘膜防御功能下降时,即使正常分泌量的胃酸,此时对保护机能减弱的胃粘膜也可造成损伤而形成溃疡。



2. 胃蛋白酶:胃蛋白酶是一种蛋白质消化酶,它对溃疡的形成也有重要的作用。没有胃蛋白酶大概不会发生消化性溃疡。但是,胃蛋白酶并非由胃内直接分泌,而是在胃酸的作用下由胃蛋白酶原转化而来。胃蛋白酶原本身并无活性,只有在酸性条件下才能被激活成为有活性胃蛋白酶。

胃蛋白酶是胃溃疡形成的重要攻击因子,它可与胃酸一起导致溃疡的形成。胃蛋白酶分泌增加或胃酸分泌增加均可导致溃疡。而当胃粘膜的防御功能下降时,胃蛋白酶的攻击力量相对处于优势,也可导致溃疡的形成。

3. 幽门螺杆菌:幽门螺杆菌的英文缩写是“HP”。早在19世纪末,有人从尸解中注意到胃粘膜组织中存在一种螺旋式的微生物,也就是今天所指的幽门螺杆菌。但是一直未引起医学界的重视。直到1983年,两位澳大利亚人从慢性活动性胃炎患者胃粘膜中,正式分离出幽门螺杆菌,并公布于世,才引起各国的广泛重视,并展开了积极的研究。

多年来,国内外大量临床研究表明,HP感染是慢性胃炎的主要病因,是引起消化性溃疡的重要病因。

HP呈弯曲杆状形。主要依附在幽门附近的胃窦P及胃体部的粘膜上,位于胃粘液的深层,胃粘膜层的表面不与胃酸直接接触,因此免遭胃酸的伤害,而能生长繁衍。

据估计,人群中HP感染率为人口的一半,传播方式主要是人与人之间经过口—粪或口—口途径传播。具有活力的HP能在河水中至少存活1周。

1984年,有位医生亲自做幽门螺杆菌的吞服试验。试验前经过胃镜和胃粘膜活组织检查证明胃粘膜正常,无HP感



染,然后吞服活的幽门螺杆菌,10 天后再做胃镜检查 and 胃粘膜活组织学检查就发现有活动性胃炎,而且所取胃窦 P 粘膜组织培养出大量幽门螺杆菌,电子显微镜观察发现胃窦粘膜上皮细胞受到严重损害。这次吞服 HP 试验证实了 HP 对胃粘膜有直接的损害作用。

HP 感染是一个世界性问题。感染率随年龄的增高而增加。我国属感染率较高的国家,自然人群的感染率为 40% ~ 60%。HP 在慢性胃炎的检出率为 60% ~ 70%,在胃溃疡为 70% ~ 80%,在十二指肠溃疡为 90% ~ 100%。

目前,临床上已经通过胃粘膜尿素酶快速检测法等多种方法检测 HP 感染,也发现了一些有效的药物,并在治疗 HP 上取得较好的疗效。

4. 药物因素:某些解热镇痛药、抗癌药如消炎痛、保泰松、阿司匹林、肾上腺皮质激素、氟尿嘧啶、氨甲喋呤等都被列为致溃疡药物。

长期大量服用阿司匹林者发生消化性溃疡的危险性明显增加。有人指出,规律性应用阿司匹林的人较之不用阿司匹林的人胃溃疡的患病率约高 3 倍。也有的医生对 26 例每天口服阿司匹林 3 克以上者进行 3 个月的观察,发现其中有 23% 患上了胃溃疡,而对照组无 1 例患胃溃疡。

此外消炎痛、保泰松可导致急性消化性溃疡。长期服用糖皮质激素也可致胃溃疡。扑热息痛、去痛片以及含有阿司匹林的感冒药,长期大量服用可引起胃溃疡等。服用红霉素、利血平、乙酰螺旋霉素、潘生丁等也有胃部不适的症状。

5. 胆汁反流:胃溃疡患者常有胃排空延缓和幽门括约肌

