

总主编 陈茂仁 张俊龙

中西医结合专科病诊疗大系

胃 肠 病 学

● 翟秀玲 宋鲁成 孙兆英 编著
● 山西科学技术出版社

中西医结合专科病诊疗大系

胃 肠 病 学

翟秀玲 宋鲁成 孙兆英 编著

山西科学技术出版社

责任编辑 赵志春
复 审 张丽萍
终 审 郭博信

中西医结合专科病诊疗大系

胃肠病学

总主编 陈茂仁 张俊龙

编 著 翟秀玲 宋鲁成 孙兆英

*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路 69 号)

山西省新华书店发行 铁三局印刷厂印刷

*

开本: 787×1092 1/16 印张: 28 字数: 686 千字

1997 年 10 月第 1 版 1997 年 10 月太原第一次印刷

印数: 1—5000 册

*

ISBN 7-5377-1447-9

R·581 定价: 32.00 元

编委会主任 张俊龙

总 主 编 陈茂仁 张俊龙

编 委 (按姓氏笔画为序)

马金凤	王 凯	王 钢	王元元
王东梅	吕 波	吕志平	孙兆英
宋鲁成	汪受传	邱红明	刘瑞芬
李如辉	李景阳	苏勋庄	张 娟
张俊龙	张俊忠	张洪斌	苗爱勤
金 实	金 星	陈茂仁	周光林
赵秀芳	祝维峰	段学忠	秦小卫
秦红松	钱秋海	傅新利	路玉滨
翟秀玲	熊传渠	魏建润	

出版说明

一百多年前,西方医学大举进入中国,打破了中医学一统天下的局面。虽然中西医之间文化背景和思维方式存在巨大差异,然而,共同服务于人类的宗旨,使得开始于一百多年前的“中西汇通”的尝试到本世纪50年代得以蓬勃发展,并日益显示出其活力和生机,医学也形成了中医学、西医学、中西医结合医学三足鼎立的局面。但是迄今为止,还没有一套在广度和深度上能充分反映中西医结合医学这一学科丰富内容的专书出版。有鉴于此,我社于1994年开始组织编写这套“中西医结合专科病诊疗大系”,目的是通过这套丛书,全面总结中医学、西医学,尤其是中西医结合医学在临床诊疗方面的新发展、新成就。我们希望这套丛书既能体现中医临床诊疗的特点和丰富内容,又能体现西医临床诊疗的原则和方法,并富有中西医结合的时代气息,广收旁引,芟除芜杂,努力编成一套系统、全面、新颖、实用的临床系列全书,为提高中医、中西医结合水平作出贡献。

本套丛书的作者大都是从事中医、中西医结合研究的专家、教授,他们当中绝大多数是本学科各专业的博士学位获得者,能够全面了解和掌握本学科的研究方向和信息,这是这套丛书得以顺利出版的前提和基础。

1994年10月召开了第1次编委会会议,通过了编写大纲,并进行了分工;1995年10月召开了第2次会议,研究了编写中存在的问题,并对初稿进行了修改;1996年3月完成全部书稿的编写任务;同年5月邀请有关专家进行审改和定稿工作。历时三载,数易其稿,1996年10月工程全部告竣。

在编写过程中,陈茂仁博士、张俊龙博士对这套丛书的组织和编写做了大量的工作,对这套丛书的完成起了至关重要的作用。

山东中医药大学的张珍玉教授、周次清教授对本套书的修改和最后定稿提出了许多建设性意见,有力地保证了这套丛书的质量。

这套丛书之所以能顺利出版,是各有关单位大力支持和全体编委辛勤劳动的结果。参加本套书编写工作的单位有:山东中医药大学、南京中医药大学、山西中医学院、浙江中医学院、福建中医学院、重庆中医药研究所、山东医科大学、第一军医大学、第二军医大学、山西医科大学、江苏省中医医院、山东省千佛山医院等。

编写如此大型中西医结合临床专科专著,尚属首次,由于缺乏经验,人员分散,限于水平,缺点、错误在所难免,恳请广大读者批评指正,以便将来修订再版。

山西科学技术出版社

编写说明

一、临床诊断和治疗是医学的最终目的所在。中医、西医、中西医结合各具特色。本书博采众长,不拘学派,去粗存精,总结当代中西医结合临床诊疗的新理论、新诊断、新疗法、新方药,并作出客观评价,努力反映今日之创获。全书务求立论精当,内容充实,系统全面,客观实用,从而适应临床、教学和科研工作的需要,促进医学学术的繁荣。

二、依据西医疾病分类方法,选取其中常见病和疑难病为研究对象。“疑”是疑惑不解,即在病理和诊断上难以定论;“难”是指治疗上有难度,缺乏有效或根治的治疗措施。疑难与否,以西医诊疗为基准。“常见”,是指发病率高,为临床常见病。

三、以西医疾病的系统分类为单元,采用丛书系列方式集成14册。包括:《心脏病学》、《肺脏病学》、《肝胆病学》、《胃肠病学》、《肾脏病学》、《神经病学》、《风湿病学》、《内分泌病学》、《血液病学》、《男科病学》、《妇产科病学》、《骨伤科病学》、《儿科病学》、《外科病学》。

四、这套丛书每一分册均分上、中、下三编。上编为基础理论部分,主要简述各系统的西医生理、病理等基础知识,并逐一尝试用中医理论解释说明之,以求取得中西医结合各系统病治疗理论方面的发展与突破,并为中编具体病种的临床诊疗奠定基础。中编为临床诊疗部分,遵循“西医简明,中医详深”的原则,凡涉及西医的部分,简明扼要,归纳出几点结论;涉及中医的部分,则详细深入,务求理论上深入探讨,方法上广泛收集,突出中医、中西医结合特色。下编为专题研究部分,针对上编、中编未能详细说明的一些临床难点和共性问题进行探讨。

五、每一病证,分概述、病因病理、诊断、治疗、预防等节,每节各有独立的内容,并前后呼应,蔚成一体。

六、“概述”重点介绍病证的西医病名定义、分类及发病率、防治等一般知识,简要说明中医对这些病症的认识及防治源流。西医病因病理,着墨适中,条理清晰;中医病因病机,丝丝入扣,针对性强;西医诊断简而不漏,要点突出;中医诊断纲目清楚,纲举目张;西医治疗简明扼要,中医治疗详细实用;预防在思路突出中医治未病的思想,在具体措施上则中西医并用。

七、中医药治疗是这套丛书的重点,其常规治疗“辨证论治”部分,列出治法、选方、用药、剂量及加减变化,并做适当用药分析。“验方治疗”部分,选择文献报道中经统计处理证实对本病证确有良效的科学处方,分别在组成、用法、功用、疗效分析条下阐述。“单味药治疗”中的药理部分主要介绍单味药对本病(系统)的基础药理,未涉及对其他系统的药理。“其他治疗”部分,详收中医学的独特疗法,但所选之术均系临床文献报告对本病确有良效者。“中西医结合治疗”部分,主要说明在本病治疗中的中西药配用问题,但所选之法皆为临床文献报道和个人经验的总结,绝非无根据之推测性发挥。

八、我们组织山东、山西、江苏、浙江、福建、四川、上海等地的学者编写如此大型中西医结合临床诊疗专科病系列丛书,由于缺乏经验,囿于水平,加之人员分散,尽管多次统稿协调,各册之间仍有不尽统一和不尽完善之处,敬请读者批评指正。

总主编:陈茂仁 张俊龙

目 录

上编 基础理论

第一章 胃肠道的生理	(3)
第一节 西医对胃肠道生理的认识	(3)
第二节 中医对胃肠道生理的认识	(18)
第二章 胃肠道疾病的病因病机	(27)
第一节 胃肠道疾病的病因	(27)
第二节 胃肠道疾病的病机	(30)
第三章 胃肠道疾病的诊断	(35)
第一节 西医对胃肠道疾病的诊断	(35)
第二节 中医对胃肠道疾病的诊断	(49)
第三节 现代医学检查病理改变的中医认识	(56)

中编 临床诊疗

第一章 反流性食管炎	(67)
第一节 病因病理	(67)
第二节 临床诊断	(68)
第三节 治疗	(71)
第四节 预防	(75)
第二章 食管癌	(76)
第一节 病因病理	(76)
第二节 临床诊断	(78)
第三节 治疗	(81)
第四节 预防	(87)
第三章 食管贲门失弛缓症	(90)
第一节 病因病理	(90)
第二节 临床诊断	(91)
第三节 治疗	(93)

第四节 预防	(96)
第四章 食管裂孔疝	(97)
第一节 病因病理	(97)
第二节 临床诊断	(97)
第三节 治疗	(99)
第四节 预防	(100)
第五章 急性胃炎	(102)
第一节 病因病理	(102)
第二节 临床诊断	(103)
第三节 治疗	(105)
第四节 预防	(107)
第六章 慢性浅表性胃炎	(109)
第一节 病因病理	(109)
第二节 临床诊断	(111)
第三节 治疗	(113)
第四节 预防	(126)
第七章 慢性萎缩性胃炎	(129)
第一节 病因病理	(129)
第二节 临床诊断	(130)
第三节 治疗	(133)
第四节 预防	(135)
第八章 消化性溃疡	(137)
第一节 病因病理	(137)
第二节 临床诊断	(139)
第三节 治疗	(142)
第四节 预防	(155)
第九章 胃粘膜脱垂症	(158)
第一节 病因病理	(158)
第二节 临床诊断	(159)
第三节 治疗	(161)
第四节 预防	(164)
第十章 胃癌	(166)
第一节 病因病理	(166)
第二节 临床诊断	(169)
第三节 治疗	(172)

第四节	预防	(181)
第十一章	胃内结块	(183)
第一节	病因病理	(183)
第二节	临床诊断	(184)
第三节	治疗	(186)
第四节	预防	(190)
第十二章	十二指肠肠炎	(191)
第一节	病因病理	(191)
第二节	临床诊断	(192)
第三节	治疗	(194)
第四节	预防	(198)
第十三章	十二指肠壅积症	(200)
第一节	病因病理	(200)
第二节	临床诊断	(201)
第三节	治疗	(204)
第四节	预防	(207)
第十四章	餐后综合征	(208)
第一节	病因病理	(208)
第二节	临床诊断	(209)
第三节	治疗	(211)
第四节	预防	(213)
第十五章	胃切除后胆汁反流性胃炎	(215)
第一节	病因病理	(215)
第二节	临床诊断	(216)
第三节	治疗	(217)
第四节	预防	(220)
第十六章	上消化道出血	(222)
第一节	病因病理	(222)
第二节	临床诊断	(224)
第三节	治疗	(227)
第四节	预防	(238)
第十七章	急性出血性坏死性肠炎	(241)
第一节	病因病理	(241)
第二节	临床诊断	(242)
第三节	治疗	(245)

第四节	预防	(247)
第十八章	伪膜性肠炎	(249)
第一节	病因病理	(249)
第二节	临床诊断	(250)
第三节	治疗	(252)
第四节	预防	(254)
第十九章	克隆病	(255)
第一节	病因病理	(255)
第二节	临床诊断	(257)
第三节	治疗	(260)
第四节	预防	(263)
第二十章	溃疡性结肠炎	(264)
第一节	病因病理	(264)
第二节	临床诊断	(266)
第三节	治疗	(270)
第四节	预防	(278)
第二十一章	大肠癌	(281)
第一节	病因病理	(281)
第二节	临床诊断	(283)
第三节	治疗	(286)
第四节	预防	(289)
第二十二章	胃神经官能症	(291)
第一节	病因病理	(291)
第二节	临床诊断	(292)
第三节	治疗	(294)
第四节	预防	(298)
第二十三章	肠道易激综合征	(299)
第一节	病因病理	(299)
第二节	临床诊断	(301)
第三节	治疗	(304)
第四节	预防	(309)
第二十四章	肠梗阻	(310)
第一节	病因病理	(310)
第二节	临床诊断	(311)
第三节	治疗	(314)

第四节 预防	(321)
第二十五章 消化道息肉	(323)
第一节 病因病理	(323)
第二节 临床诊断	(325)
第三节 治疗	(328)
第四节 预防	(331)
第二十六章 细菌性痢疾	(333)
第一节 病因病理	(333)
第二节 临床诊断	(334)
第三节 治疗	(337)
第四节 预防	(344)
第二十七章 病毒性胃肠炎	(346)
第一节 病因病理	(346)
第二节 临床诊断	(347)
第三节 治疗	(348)
第四节 预防	(351)
第二十八章 便秘	(352)
第一节 病因病理	(352)
第二节 临床诊断	(353)
第三节 治疗	(356)
第四节 预防	(360)
第二十九章 腹泻	(362)
第一节 病因病理	(362)
第二节 临床诊断	(364)
第三节 治疗	(367)
第四节 预防	(372)

下编 专题研究

第一章 中医治疗幽门螺杆菌感染	(377)
第一节 幽门螺杆菌的西医学研究	(377)
第二节 慢性胃病HP感染和中医辨证分型	(382)
第三节 单味中药及中成药治疗HP感染的研究	(384)
第四节 复方中药治疗HP感染的研究	(385)
第五节 抗HP中药药理实验研究	(387)
第二章 慢性萎缩性胃炎的中医研究进展	(391)

第一节 慢性萎缩性胃炎病因病机的探讨	(391)
第二节 慢性萎缩性胃炎辨证分型的探讨	(392)
第三节 慢性萎缩性胃炎动物实验现况	(394)
第四节 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究	(395)
第三章 中医治疗胃粘膜癌前病变的研究进展	(407)
第一节 胃粘膜癌前病变研究的进展	(407)
第二节 中医药治疗胃癌前病变的近况	(410)
第四章 中医、中西医结合治疗胆汁反流性胃炎 的研究	(415)
第一节 西医的发病机理及诊断的研究	(415)
第二节 治则和方法的研究	(416)
第五章 胃下垂的中医药治疗概况	(421)
第一节 中医专方治疗胃下垂	(421)
第二节 针灸、贴敷穴位治疗胃下垂	(423)
第六章 中药保留灌肠及内服灌肠治疗 慢性非特异性溃疡性结肠炎的研究	(426)
第一节 中药保留灌肠治疗	(426)
第二节 中药灌肠加内服治疗	(431)

上编 基础理论

第一章 胃肠道的生理

第一节 西医对胃肠道生理的认识

机体需要不断地从外界摄取水分和营养物质以维持生存,消化和吸收则是人体获得能源维持生命的重要功能。天然食品都是结构复杂的难以溶解的大块物质,不能直接被机体利用,需要在胃肠道内经过一系列复杂的消化分解加工,成为小分子物质,被肠道吸收,其精华,向血液循环内输送,供全身组织利用,未被吸收和无营养价值的残渣、糟粕,以粪便形式排出体外。

食物在胃肠道内进行分解的过程称为消化,而经过消化后透过消化管进入血液循环的过程称为吸收,消化和吸收是两个密切联系的过程,两者相辅相成共同完成营养物质的摄取。

一、口腔内的消化和食管的功能

口腔内的消化是对食物的第一道加工——粗加工。它不仅完成口腔对食物的机械(咀嚼、磨碎)和化学(唾液淀粉酶的作用)加工过程,并与唾液混合成食团,便于吞咽。另外,还能反射地引起胃、胰、肝、胆囊等器官的始动活动以及物质代谢活动的增加。口腔消化和为以后的消化过程以及紧随着的代谢过程,做好准备工作。

食团进入食管后,引起食管蠕动。蠕动是由食管肌肉产生的一种顺序收缩并向前推动的波行运动,在食团的下端为一舒张波,上端为一收缩波,于是食团很自然地向前推送而进入胃。所以说食管的重要功能就是运送食物入胃。

在咽与食管连接处的肌肉加厚,构成食管上括约肌。在吞咽期以外,食管上括约肌呈现持续性收缩,将咽腔与食管腔明显分开,从而防止吸气时空气进入食管内,还可防止食管内容物返流到咽的下部,被吸入呼吸道。食管上括约肌系由骨骼肌纤维组成,约有3cm宽,该腔内静息压力比大气压高1.5~3KPa(15~30CmH₂O),比其上下两侧的静息压都高,因此形成了一个有效的压力屏障。在吞咽时,食管上括约肌反射性地舒张,以使被吞咽的食丸进入食管体部。在食丸后端发生食管的环形收缩,借助于蠕动波推送食丸在食管内移动。位于胃与食管连接处的肌肉构成食管下括约肌,有紧张性活动。但在吞咽时此括约肌即舒张。食管下括约肌的主要功能是防止胃内容物向食管返流。

二、胃的生理功能

胃具有运动和分泌功能。它接受和贮存来自食管的食团,并将食团磨碎使之与胃液充分混合,而形成半流的食糜,食糜借助于胃的运动被逐次小量地分批推入十二指肠。胃内食物中

的蛋白质在胃蛋白酶的催化下被部分水解。

(一) 胃的运动

胃的运动是由胃壁平滑肌的活动完成的。根据胃的肌电和运动功能的差异,将胃分为头区和尾区两部分。头区包括胃底和胃体近端 1/3;胃尾区包括远端 2/3、胃窦和幽门。

1. 头区的运动形式和功能

头区的主要功能是容受和贮存食物。空胃的紧张性较高,容量也小。当咀嚼和吞咽时,食物刺激了咽和食管等处的感受器,反射地通过迷走神经而引起头区胃壁肌肉的舒张,称为容受性舒张,它使胃腔的容积随食物的不断进入而扩大,但胃内压则基本不变。进食后,头区的肌肉产生短时间的微弱的紧张性收缩,这种活动对头区食物有轻微的混合作用。食物在此贮存可达一小时左右。胃紧张收缩所维持的压力持续作用于胃内容物,从而迫使它向尾区推进。

2. 尾区的运动形式和功能

尾区的运动主要为蠕动。食物进入胃约 5 分钟,尾区即产生蠕动。蠕动一般是从胃中部开始,有节律地向幽门方向进行。其频率较为恒定,每分钟约为 3 次。蠕动波开始是一个微弱的收缩环,在进行中波的深度和速度逐渐增加,当接近幽门时,收缩力加强,扩布速度加快,但频率不变。将接近幽门时,大约有 5ml 左右液化的食糜通过幽门排入十二指肠。由于幽门腔很狭窄,固体食物则被留住。留在终末胃窦中的食物,一方面由于胃窦的有力收缩而被挤压研磨,另一方面由于蠕动波推进速度的增加较胃内容物的推移速度为快,蠕动波一旦赶在胃内容物的前面,大部分胃内容物便被反推入胃体部。这种推进、研磨和后退的过程,在胃尾区反复进行,从而对食物进行粉碎、搅拌,并使之与胃液充分混合,继续进行消化。

胃的运动功能与祖国医学胃主受纳、腐熟水谷、主通降,以降为和的理论相吻合。郑学农将胃的生理功能在理论上作了进一步探讨。根据《内经》“脾胃者,仓廪之官,五味出焉。”的理论,认为仓廪主要指胃府而言。胃为阳土,既封仓廪之官,必主收藏万物。凡气血津液精髓无不源出于胃,皮肉筋骨脉无不充养于胃,五脏之阴精,六腑之元气,皆赖胃之一气所化。其生理功能具有①收纳:水米酒面肉茶,入口达胃,即所谓藏纳之地,来者不拒。②运转:胃为一腔大器,恒动不息,虽曰仓廪,并非静藏,动转若是缓,则宿食停滞,化生痰浊。③化生:饮食水谷到达胃府,经胃气一振,清浊分道,精气游溢而出,别作营卫二气,营阴可转化为各脏腑阴津以资濡养,卫阳悍出于脉外,转化为诸脏之阳以成动力,因而祖国医学奉脾胃为后天之本,气血生化之源,万物之母。④贮存:胃作为饮食直接通过的第一大府,盛贮包容之能最大。另外,胃也可以贮藏精微,如营养过丰,胃则藏脂膏于肉中,使人不饥而神健。⑤销匿:胃具有潜销暗匿病理产物的作用,原因即由于胃不仅可藏万物,而且能化物,可以变害为利。⑥解毒:胃土甘缓,具有解毒平厉的作用。如误食腐馊不洁或有毒之物,仓廪可以通过自我调节,涌吐而出,亦可通过化解减毒除毒。关于胃土的解毒作用,古人巧喻为:鸩毒呈劣,入土则平,信石虽厉,埋之毒消。⑦缓和:即缓饮食、缓七情、缓病害。胃对饮食的缓冲作用使人对自然的适应具有很大的意义,饮食健壮的人,气血冲和,不易杂生六郁,因而对情志因素的刺激有良好的缓释作用。对于已病之躯,则由于胃健壮,气血化源充足,中焦调顺,运化机能正常,可减轻病邪对人体的伤害,并加快病体的康复。⑧安抚:仓廪为安国之本。因民以食为天,故土和有百喜,胃健安百。古人云:“杂病不愈调脾胃。”使攻不去、伐不应、理

不顺的驳杂之病得以安抚治理,因而胃是一个信息反馈和具有多项调节机能的中枢。⑨调节:仓廪具有调节胃内贮物和身体营养需要的作用。具体表现在:宿食不化则翻而出之;饮酒过多呕而出之;蛔虫扰动吐而出之;胃多湿则溢清涎;而身体营养不足则又通过口味的变更来摄取食物。⑩助降:土在下,人居中,胃为人体之土脏,同气相求必趋于下,因此,胃气的降下作用是自然之象。保障了吐故纳新得以正常实施^[2]。

3. 胃运动的调节

胃运动与胃壁平滑肌的电活动有密切的关系,并受神经和体液因素的调节。

(1) 胃的电活动

胃肠道平滑肌的静息电位较低,约为55~60mV,在静电位的基础上自胃尾区可记录到一种自发的、缓慢的节律性去极化波,这种电位变化称为慢波(slow wave),亦称基本电节律或起步电位。慢波起源于胃大弯上部的纵行肌,它可以电紧张的方式扩布至环行肌。由于胃大弯上部平滑肌细胞除极化的频率较胃的其他部分为高,而被认为是胃运动的起搏点。基本电节律产生后以每分钟3次的频率沿纵行肌向幽门方向传播,传播速度逐渐加快。

在基本电节律的基础上,如给肌肉以电刺激、乙酰胆碱或牵张刺激时,平滑肌细胞膜才能进一步除极化爆发动作电位,在动作电位后出现肌肉收缩。目前认为基本电节律的频率和传播速度,是决定肌肉收缩频率、传播速度和方向的重要因素。

(2) 神经对胃运动的调节

胃运动是通过反射或局部反射进行的,受中枢神经系统和壁内神经丛的控制。支配胃的传出神经有交感神经和迷走神经。交感神经兴奋时,末梢释放去甲肾上腺素,对胃运动起抑制作用,在正常情况下影响较小。迷走神经有兴奋性和抑制性两种纤维。迷走兴奋性纤维末梢释放乙酰胆碱,可促进头区平滑肌收缩,使尾区慢波传播加快,蠕动加强。迷走抑制性纤维抑制平滑肌收缩,使胃壁舒张。如切除支配头区的迷走神经,则容受性舒张反应消失,胃头区对扩张的适应性减小。胃尾区主要处于迷走兴奋性纤维的影响之下,因此切除迷走神经可使胃扩大、胃蠕动减弱和胃排空延缓。

除外来神经之外,食物对胃壁的机械或化学刺激,还可局部地通过壁内神经丛使胃平滑肌的活动加强。

精神状态对胃运动有明显的影响。如恐惧和忧郁不仅减少胃液分泌,也抑制胃运动。说明大脑皮层在调节胃运动中有重要作用。

祖国医学认为,胃肠病的发生与七情过度密切相关。李东垣在《脾胃论》中论述“皆先由喜、怒、悲、忧、恐为五贼所伤,而后胃气不行。”长期焦虑、精神抑郁致使脾胃气机郁结不畅,功能紊乱,纳化失常出现脘腹痞满,大便泄泻等证。忧思伤脾,脾气郁结,津液不得输布,聚而为痰,痰气交阻于食道,可渐生噎膈。《内经》云:“悲则气消”,“惊则气乱”,“恐则气下。”过度悲伤、惊恐,过度精神创伤,均可导致气机紊乱,脏腑功能失调,而发生胃肠疾病。

(3) 激素对胃运动的调节

胃泌素抑制对胃头区的收缩,但增加胃起步电位的频率,并刺激动作电位和收缩的出现,因而加强胃的蠕动。胃泌素无论对头区或尾区都能促进收缩,而胆囊收缩素、促胰液素、胰高血糖素、抑胃多肽、血管活性肠肽和生长抑素等都有抑制效应。

4. 胃的排空及其控制