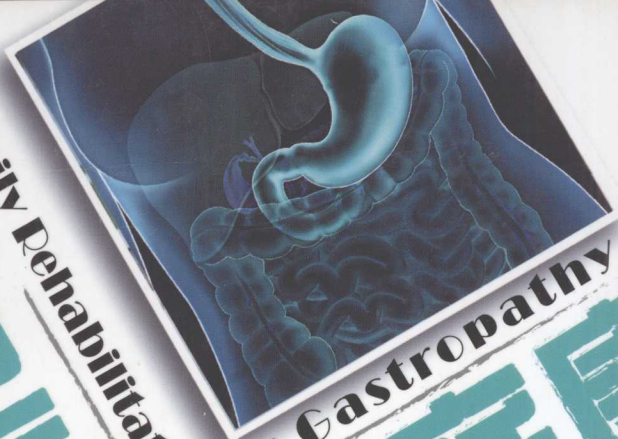


Family Rehabilitation for Gastropathy



胃病

的家庭康复

曲颖

陆伦根

编著



上海科学技术文献出版社

胃病的家庭康复

曲 颖 陆伦根 编著

上海科学技术文献出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

胃病的家庭康复/曲颖, 陆伦根编著. —上海: 上海科学技术文献出版社, 2010. 1

ISBN 978-7-5439-3829-8

I. 胃… II. ①曲…②陆… III. 胃疾病-康复 IV. R573. 09

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第168304号

责任编辑: 何 蓉

封面设计: 汪伟俊

胃病的家庭康复

曲 颖 陆伦根 编著

*

上海科学技术文献出版社出版发行
(上海市长乐路746号 邮政编码200040)

全 国 新 华 书 店 经 销

江苏常熟市人民印刷厂印刷

*

开本740×970 1/16 印张6.75 字数104 000

2010年1月第1版 2010年1月第1次印刷

印数: 1-5 000

ISBN 978-7-5439-3829-8

定价: 15.00元

<http://www.sstlp.com>

001 / 第一章 胃的基本结构和功能

- 一、胃的结构 001
- 二、胃的功能 003
- 三、胃疾病的诊断方法 006

008 / 第二章 幽门螺杆菌感染

- 一、认识幽门螺杆菌 008
- 二、应进行幽门螺杆菌检测的人群 010
- 三、幽门螺杆菌感染的诊断方法 011
- 四、幽门螺杆菌感染的诊断标准 011
- 五、应根除幽门螺杆菌的人群 012
- 六、幽门螺杆菌根除标准 013
- 七、常用的治疗幽门螺杆菌的药物 013
- 八、服用抗幽门螺杆菌药物的注意事项 015
- 九、在治疗过程中发生不良反应的应对方法 015
- 十、中药治疗幽门螺杆菌感染 016

018 / 第三章 胃食管反流

- 一、疾病知识 018
- 二、家庭生活策略 020
- 三、中医调养 024

030 / 第四章 慢性胃炎

- 一、疾病知识 030
- 二、家庭生活策略 032
- 三、中医调养 040

047 / 第五章 消化性溃疡

- 一、疾病知识 047
- 二、家庭生活策略 050
- 三、中医调养 060

066 / 第六章 功能性消化不良

- 一、疾病知识 066
- 二、家庭生活策略 068
- 三、中医调养 074

081 / 第七章 胃癌

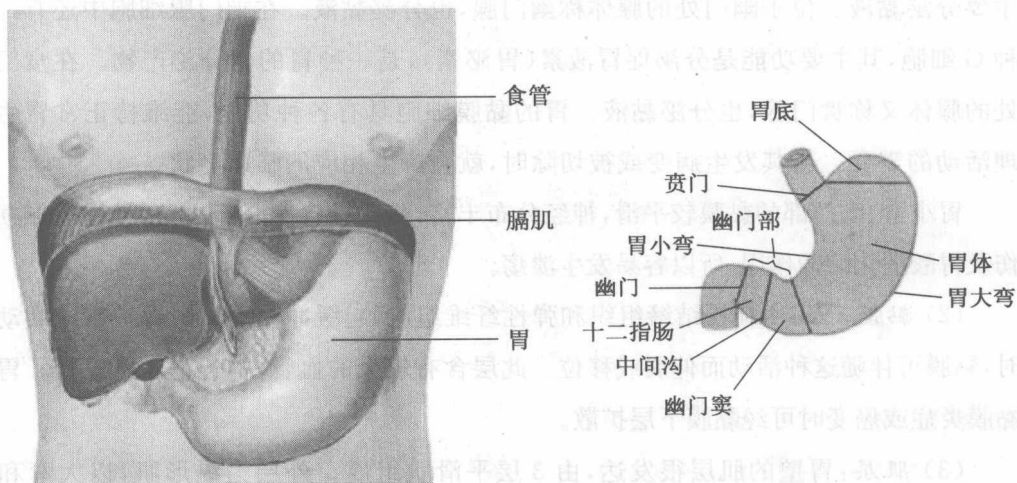
- 一、疾病知识 081
- 二、家庭生活策略 083
- 三、出院后的家庭护理 090
- 四、胃癌的中医调养 096
- 五、胃癌的预防 098

胃的基本结构和功能

一、胃的结构

1. 胃的解剖结构

胃位于人体的左上腹,上连食管下连十二指肠,而胰、脾、肝脏及横结肠是左右邻居。长得像一个上宽下窄的囊袋。胃有上下两个口,上口接食管叫做“贲门”,是胃的入口,从食管来的食物经过贲门进入胃;下口连着十二指肠叫做“幽门”,也是胃的出口。胃的两个出入口有着重要的作用,正常情况下控制着食物进出胃,防止反流现象。



胃分为四部：近贲门的部分称贲门部；自贲门平面向左上方膨隆的部分称胃底，新生儿和小儿的胃底不明显；胃的中部为胃体；近幽门的部分为幽门部，即由角切迹向胃大弯膨隆处作一连线的右侧为幽门部。幽门部的大弯侧常有一浅沟称中间沟，借此沟将幽门部分为左侧的幽门窦和右侧的幽门管，幽门管长2~3厘米，终止于幽门。

2. 胃的组织结构

胃壁共分四层，自内向外依次为黏膜层、黏膜下层、肌层和浆膜层。

(1) 黏膜层：胃黏膜是胃壁的最内层，因其经常与咽下的饮料、食物相接触，所以最易被受到损害。因此，对胃黏膜的认识将对胃的保护和治疗有意义。

在胃镜下所见到的正常胃黏膜为橘红色，凹凸不平，凸出处称皱襞，当进食以后，胃腔扩张，胃黏膜皱襞变平坦以适应胃容积的改变。胃黏膜在显微镜下分为3层，即上皮层、固有层和黏膜肌层。上皮层是一单层柱状上皮，此上皮细胞能分泌黏液，具有保护黏膜作用；固有层由结缔组织组成，内有血管、神经、淋巴及一些腺体。这些腺体在胃的不同部位有不同功能。胃底和胃体的腺体称胃腺，腺体中的细胞有三种：第一种是主细胞（胃酶细胞），数目最多，形态呈柱状，且分泌胃蛋白酶原的功能，在胃酸条件下能变为具活性的胃蛋白酶；第二种是壁细胞（盐酸细胞），分散于主细胞间，呈圆形或三角形，能分泌盐酸和内因子；第三种是黏液细胞，呈低柱状，主要分泌黏液。位于幽门处的腺体称幽门腺，也分泌黏液。在幽门腺细胞中还有一种G细胞，其主要功能是分泌促胃液素（胃泌素），是一种胃的内分泌产物。在贲门处的腺体又称贲门腺，也分泌黏液。胃的黏膜细胞具有各种功能，能维持正常胃生理活动的需要。当其发生病变或被切除时，就会产生相应的临床症状。

胃小弯、幽门部的黏膜较平滑，神经分布丰富，是酸性食糜必经之路，易受机械损伤及胃酸消化酶的作用，所以容易发生溃疡。

(2) 黏膜下层：由疏松结缔组织和弹性纤维组成，起缓冲作用。当胃扩张或蠕动时，黏膜可伴随这种活动而伸展或移位。此层含有较大的血管、神经丛和淋巴管。胃黏膜炎症或癌变时可经黏膜下层扩散。

(3) 肌层：胃壁的肌层很发达，由3层平滑肌组成。外层为纵形肌，以大弯和

小弯部分较发达；中层为环形肌，在贲门和幽门处变得很厚，形成贲门括约肌和幽门括约肌；内层为斜形肌，由贲门左侧沿胃底向胃体方向进行，以下渐渐分散变薄。在环形肌与纵形肌之间，含有肌层神经丛。胃的各种生理运动主要靠肌层来完成。

(4) 浆膜层：胃壁的浆膜层是胃的外膜，实际上是腹膜覆盖在胃表面的部分。其覆盖主要是在胃的前上面和后下面，并在胃小弯和胃大弯处分别组成小网膜和大网膜。

003

二、胃的功能

1. 胃的四大功能

胃是消化道中最大的部分，成人的胃容量有 3 000 毫升。分为贲门、胃底、胃体、胃窦和幽门，其中胃体、胃窦、幽门与食物消化的关系最为密切。

胃的消化功能是依靠机械和化学作用来完成的。食物进入胃后，胃开始运动，胃壁逐渐舒张来容纳食物。当食物刺激胃壁，通过中枢神经引起反射性、有规律的胃壁蠕动，将胃内食物进一步磨碎，与胃液充分混合，形成粥样的食糜，分批送入十二指肠。胃的完全排空需 4~6 小时，排空时间的长短与食物的质和量有关。水排空最快，流质饮料较固体饮料快些，固体饮料在胃窦磨碎后，与胃液混合，消化为液状或半流状食糜，然后才自胃排出。胃内食糜量越大，排空越快。溶液的 pH 值小于 3.5 时，胃的运动受到抑制。脂肪食物对胃的抑制作用大，蛋白质食物次之，糖类（碳水化合物）的消化产物对胃的运动基本上不起抑制作用。

胃的化学性消化是由胃液完成的，胃液含有蛋白酶、盐酸（胃酸）和黏液，其中盐酸的作用最为重要，它能使胃蛋白酶原变成胃蛋白酶，并造成酸性环境，将食物中大分子蛋白质分解为小分子物质和肽，为小肠的进一步分解和吸收作好准备。胃酸入小肠后可刺激胰液、胆汁和肠液的分泌，并有助于小肠对铁和钙等物质的吸收。

胃神经与胃的运动和分泌是有密切关系的，两者相互协同。胃的分泌机制是受神

经和体液因素双重控制。人在进食时,虽然食物尚未进胃,但食物的色、香、味等有关信号已传入中枢神经,再通过支配胃的传出神经,引起胃的分泌与运动。当食物在口腔内咀嚼,进行吞咽时,食物直接刺激口腔和食管,再引起胃液的大量分泌。当神经和体液的调节受到破坏或者任何一方过强或过弱时,都可引起胃运动与分泌的失调,临床上就出现病理状态。

总的来说,胃具有四大功能。其一,储存食物功能。进食时,胃体和胃底部的肌肉反射性舒张,而幽门是关闭的,这样食物便会暂时停留在胃内进行消化。其二,消化和吸收功能。通过胃的蠕动及胃酸、胃蛋白酶的分泌等对食物进行机械和化学的消化。胃可吸收乙醇(酒精)和少量水分,绝大部分食物是在小肠吸收。其三,分泌功能。胃可分泌胃液及促胃液素(胃泌素)、胃动素、生长抑素等。其四,防御功能。胃的黏膜屏障、胃酸、分泌型免疫球蛋白(IgG 和 IgA)以及淋巴组织等,可防止病原微生物及异物的侵入。

2. 胃酸及其在消化过程中的作用

人在反胃时,感到从胃中返出的内容物很酸,有时则很苦,前者是因胃中的胃酸未被中和而随胃内容物直接返出之故,感觉很酸;后者是因胃内的胆汁量大于胃酸量时,随胃内容物返入口的胆汁苦味。

胃酸就是胃黏膜壁细胞分泌的盐酸,它有两种形式:一为结合酸(胃酸与蛋白质结合在一起的酸),一为游离酸。胃内存在的酸大部分是游离酸。游离酸的量与胃内容物多少以及罹患的胃疾病有关,如胃癌病人的胃酸缺乏,十二指肠溃疡病人的胃酸过多。

胃酸在消化过程有重要作用,主要有如下几点:

(1) 胃蛋白酶原在胃酸作用下,才能转变为胃蛋白酶,才起消化作用(分解蛋白质)。

(2) 盐酸对食物中的蛋白质起变性、溶解作用,在此基础上胃蛋白酶的作用就可充分发挥。

(3) 进入胃内的食物,同时可伴带某些微生物等有机物入胃,胃中盐酸可以起到杀灭、抑制微生物的作用。

(4) 盐酸随食物进入小肠,可以促使胰液、小肠液等碱性液体的分泌。铁制剂在

胃虚。”虚实交替,反映了胃的排空作用,说明胃受纳水谷之后不能久留,随时把精微输送给五脏,糟粕下传而排出。故“胃气主降”,只有胃气通降,泄而不藏,实而不满,虚实交替,才能生化不息,即所谓“胃气下降为顺”。若胃气不降,满而不泄,糟粕浊气留于中焦,则出现胃脘胀满、疼痛、纳呆等症状。若胃气不降而反上逆,可出现嗝气、呃逆、恶心、呕吐等症。

(2) 胃喜润恶燥:胃有腐熟水谷的功能,只有胃中津液充足,润濡食物,才能帮助消化,五脏六腑才能得到滋养。若胃中津液不足或受到消耗,则燥气横生,出现口干舌燥、腹胀、便秘、口渴等症状。

(3) 胃和脾相表里:胃和脾通过经络相连,形成表里关系。在功能上它们相互为用,胃主受纳,脾主运化,胃气主降,脾气主升,两者一脏一腑,一阴一阳,一升一降。只有脏腑相合,升降相因,燥湿相济,才能完成对水谷的消化吸收和输送精微等。

(4) 肝胃相制约:肝胆相表里,均属于木,只有肝木条达,气机疏泄,脾气才得升,精微得以运化。胆主降,胆汁有助胃消化水谷之功,胃的降浊作用必赖胆木下降之气的制约,才能使升降调和。

总之,胃主受纳,腐熟水谷,布散精气,又以通降为顺,喜润恶燥,是祖国医学对胃的生理功能的高度概括,对现代医学及临床有很大的帮助及指导意义。

三、胃疾病的诊断方法

1. 胃液检查

胃液分析主要包括三方面内容,即一般形态检查、化学检查及显微镜检查。

2. 胃镜和胃黏膜活检

哪些人适宜做胃镜检查呢? ①凡有上腹部不适,怀疑上消化道病变者;②X线检查不能明确病变性质者;③上消化道出血或原因不明的失血;④上消化道疾病的随访监测;⑤需内镜下治疗的病人。

哪些人不适宜做胃镜检查呢? ①急性咽炎、急性腐蚀性食管炎病人;②患严重的

心脏、肺及脑疾病者；③有精神疾病或不合作者；④食管和胃、十二指肠穿孔急性期病人；⑤伴主动脉瘤的病人。

胃镜检查的并发症：胃镜检查的并发症和死亡率很低，分别为 2‰和 0.6‰，主要是吸入性肺炎、穿孔、出血、心律不齐及感染的传播。

3. X 线检查

X 线钡餐检查常用方法有黏膜皱襞法、充盈法、压迫法、双重对比法，以双重对比法的诊断准确性最高，其优点在于它能清楚地描绘胃黏膜的形态。

4. 消化道功能的测定和显像

具有无痛、安全的优点，但价格较高。可用于：①食管通过时间测定；②胃食管反流测定；③胃排空时间测定；④肠胃反流测定；⑤脂肪代谢测定；⑥胃肠丢失蛋白质的测定；⑦胃肠道出血显像及失血量的测定；⑧胃显像；⑨异位胃黏膜显像。

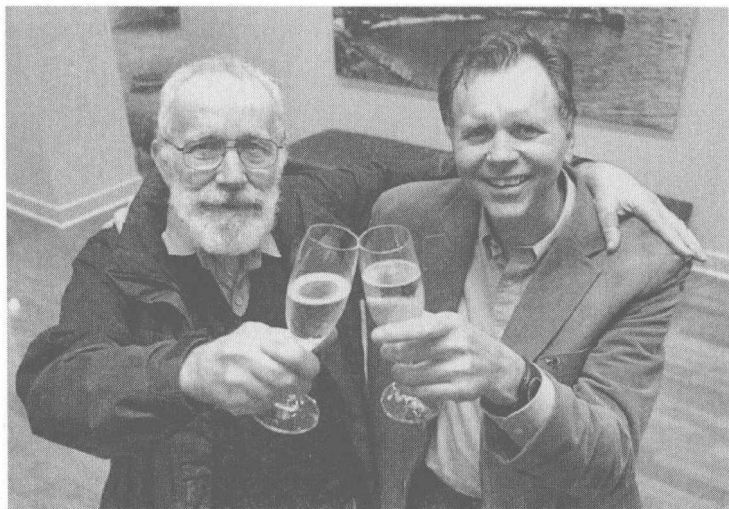
5. 胃运动功能检查

胃运动功能紊乱可表现为胃动过速、胃动过缓、胃运动节律紊乱、胃排空障碍和十二指肠胃反流。可通过胃电图、胃内测压、24 小时 pH 和胆盐监测、胃排空（钡条法、核素闪烁照相法、超声法、阻抗法、磁共振法）等方法确定。

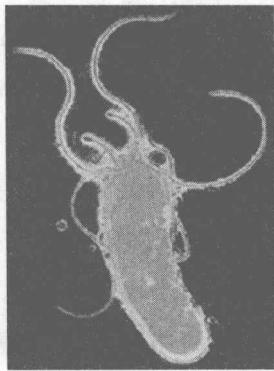
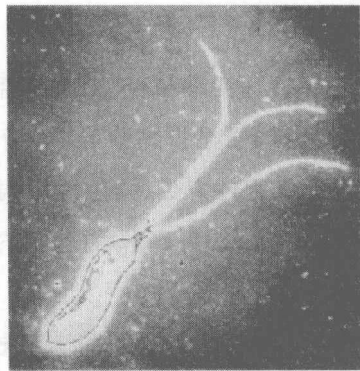
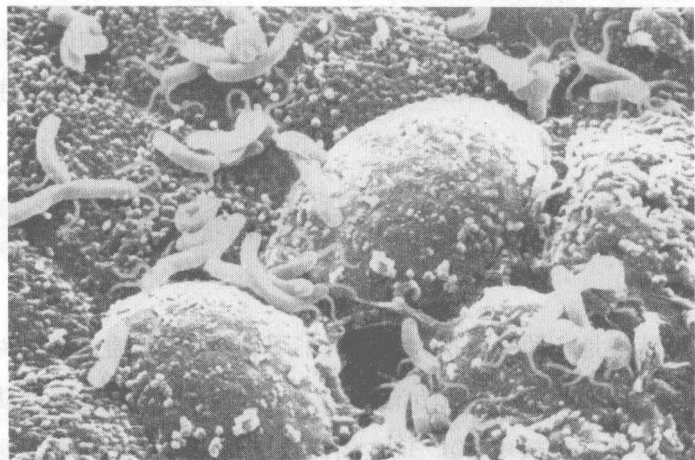
幽门螺杆菌感染

一、认识幽门螺杆菌

1983 年,澳大利亚学者巴里·马歇尔和罗宾·沃伦首次从人胃黏膜中培养成功幽门螺杆菌,并证明该细菌感染胃部会导致胃炎、胃溃疡和十二指肠溃疡。这一成果打破了当时流行的医学教条,并最终于 20 多年后帮助两位科学家赢得了 2005 年诺贝尔生理学或医学奖。



他们指出这种菌与慢性胃炎的直接关系,引起了全世界医学界的广泛研究和证实,并在活动性慢性胃炎及消化性溃疡病灶中查出幽门螺杆菌,检出率为 98% 和 100%。此菌被公认为慢性胃炎及消化性溃疡的致病菌,而且与胃癌的发病密切相关,世界卫生组织国际癌症研究机构已将该菌列为 I 类致癌因子。其感染的普遍性、耐药菌株的不断产生和病人就诊时的低依从性,给治疗和预防带来一定的难度。



幽门螺杆菌致病的机制目前还不十分清楚,受感染者有的发病,有的不发病;发生的疾病也不同,有人发生慢性胃炎,有人发生消化性溃疡,相关研究还在进行当中。一般认为,幽门螺杆菌仅寄居于人体,人是惟一的传染源。幽门螺杆菌传播途径包

括粪-口传染,感染病人粪中检测到幽门螺杆菌;口-口传染,因为在牙菌斑中可以培养出幽门螺杆菌;密切接触,使得幽门螺杆菌感染呈现明显的家庭聚集现象。

知道了幽门螺杆菌是怎么样相互传染的,大家就应该预防为主,讲究个人卫生,常洗手、勤刷牙、勿食被污染的食品、实行分餐制度等等。由于幽门螺杆菌感染有显著的家庭群集性,一般的饮食卫生如熟食、分餐、餐具消毒等很难切断传染途径。家庭成员中的感染者一经确诊,就必须主动接受正规的抗菌治疗,彻底清除传染源以阻止进一步传染。

让我们了解一下,哪些人群需要检测幽门螺杆菌?临床上如何诊断幽门螺杆菌?哪些人群需要根除幽门螺杆菌?以及在幽门螺杆菌治疗方面有什么需要注意的问题。

二、应进行幽门螺杆菌检测的人群

幽门螺杆菌感染是一种具有很大危害性的可传播疾病,通常推荐对症状性幽门螺杆菌相关性疾病病人进行根除细菌治疗,仅少数情况下主张进行预防性根除治疗(如有胃癌或消化性溃疡家族史者)。现在的焦点已从先前所关注的对哪些疾病须进行根除治疗转变为在何种情况下必须进行幽门螺杆菌检测并对那些检测阳性者进行治疗,目前国际上提议的最新检测指征如下:

(1) 应该检测者:①消化性溃疡病人,不论溃疡活动与否、出血与否;②胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤病人;③急性胃炎、慢性胃炎伴明显胃黏膜异常(指胃黏膜糜烂、中-重度萎缩、中-重度肠化、不典型增生)、淋巴细胞性胃炎、增生性胃病;④胃增生性息肉、胃腺瘤者;⑤上皮细胞样细胞增生或类癌病人;⑥胃癌术后(包括内镜下切除、进展期和早期胃癌术后)、异型增生内镜下切除术后。

(2) 推荐或建议检测者:①有胃癌或消化性溃疡家族史者;②未经检查的非溃疡性消化不良者;③强烈要求治疗者。

(3) 是否检测有争议者:①胃食管反流性疾病不伴十二指肠溃疡者;②经检查明确为非溃疡性消化不良者;③无消化性溃疡,计划服用非甾体消炎药者。

对于胃肠道以外疾病者一般不推荐检测。

由于各地区在幽门螺杆菌感染率、幽门螺杆菌相关疾病发病率、经济状况、政府决策部门或医疗保险机构的认可程度等方面不尽相同,因此,对该指征的执行情况也会有所差异。

三、幽门螺杆菌感染的诊断方法

诊断幽门螺杆菌感染的临床方法很多,主要分为侵入性和非侵入性两大类。侵入性方法需取得胃黏膜组织,一般通过胃镜活检取得标本,取出的胃黏膜组织主要通过细菌培养、病理组织学和尿素酶试验等方法诊断。非侵入性方法包括血清学的检查、放射性核素标记(如 ^{13}C 和 ^{14}C)尿素呼气试验及粪便样本中幽门螺杆菌抗原检测等方法。一般来说,需接受胃镜检查者首选尿素酶法,因其价廉并能快速获得结果。镜检时加取胃窦和胃体标本保存,如尿素酶阳性可不送检病理,如阴性应加送病理组织学检查,以排除假阴性。需得到细菌耐药性结果者和做菌株研究及传代者应选用细菌培养。追踪幽门螺杆菌根除的临床疗效可选用无侵入性的尿素呼气试验。血清学检查多用于流行病学调查,对有上消化道症状的病人可作为选送胃镜检查以发现器质性疾病的筛选检查。

另外,还有一些以科研为目的的检查方法,主要包括分子生物学技术,如聚合酶链反应、原位杂交术,用于微量检测或菌种鉴定等,检测标本可用胃黏膜组织、牙垢、唾液、粪便等。

四、幽门螺杆菌感染的诊断标准

2007年8月《第三次全国幽门螺杆菌感染若干问题共识报告》中幽门螺杆菌感染的诊断标准为:以下检查结果阳性者可诊断幽门螺杆菌现症感染:①胃黏膜组织快速尿素酶试验、组织切片染色、幽门螺杆菌培养三项中任一项阳性;② ^{13}C 和 ^{14}C 尿素呼

气试验阳性;③粪便幽门螺杆菌抗原检测(单克隆法)阳性;④血清幽门螺杆菌抗体检测阳性提示曾经感染(幽门螺杆菌根除后,抗体滴度在5~6个月后降至正常),从未治疗者可视为现症感染。

五、应根除幽门螺杆菌的人群

已知幽门螺杆菌与多种胃肠疾病有关,国内19岁以上成人的感染率达32%~75%。幽门螺杆菌感染治疗费用不菲,鉴于国内经济发展程度相差悬殊,感染幽门螺杆菌是否都须行根治,这已成为专家及国人共同关注的焦点。中华医学会消化病学分会全国幽门螺杆菌科研协作组于2007年8月于江西庐山召开了第三次全国幽门螺杆菌共识会议,全国60多位专家对幽门螺杆菌感染的若干问题达成了新的共识,共识认为幽门螺杆菌的根除适应证见表1。

表1 幽门螺杆菌根除适应证(2007年)

	必须	支持
消化性溃疡	✓	
早期胃癌术后	✓	
胃 MALT 淋巴瘤	✓	
慢性胃炎伴胃黏膜萎缩、糜烂	✓	
慢性胃炎伴消化不良症状		✓
计划长期使用非甾体类抗炎药物		✓
胃癌家庭史		✓
不明原因缺铁性贫血		✓
特发性血小板减少性紫癜		✓
其他幽门螺杆菌相关性胃病(如淋巴细胞性胃炎、胃增生性息肉、Ménétrier 病)		✓
个人要求治疗		✓*

* 个人要求治疗:年龄<45岁,无报警症状者,支持根除幽门螺杆菌;年龄>45岁或有报警症状者则不予支持,需先行内镜检查。在治疗前需向受治者解释清楚这一处理策略潜在的风险(漏检胃癌、掩盖病情、药物不良反应等)。