

中西医结合治疗

难治消化病的良方妙法

吴大真

柯新桥

总编

樊群

周大桥

温长路

主编

中国医药科技出版社

中西医结合治疗难治病的良方妙法丛书

难治消化病的良方妙法

总编 吴大真 柯新桥
主编 樊 群 周大桥 温长路

中国医药科技出版社

登记证号：(京) 075 号

内 容 提 要

消化系疾病是临床常见病、多发病。本书作者在中西医结合防治消化系疾病领域都有一定造诣，他们结合各自的临床经验和科研体会，综合国内外文献，博采众长，自成一体。该书内容丰富，实用性强，不仅可供临床、科研和教学工作者参考，也可成为广大患者自疗和保养的良师益友。

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合治疗难治消化病的良方妙法/樊群等著.
—北京：中国医药科技出版社，1997
(中西医结合治疗难治病的良方妙法)
ISBN 7-5067-1683-6

I. 中… I. 樊… II. 消化系统疾病：疑难病-中西
医结合疗法 IV. R570.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (97) 第 04747 号

中国医药科技出版社 出版

(北京西直门外北礼士路甲 38 号)

(邮政编码 100810)

本社激光照排室 排版

河北清城县印刷厂 印刷

全国各地新华书店 经销

开本 787×1092mm¹/₃₂ 印张 15¹/₂

字数 342 千字 印数 1—3500

1997 年 8 月第 1 版 1997 年 8 月第 1 次印刷

定价：24.00 元

《中西医结合治疗难治病的良方妙法》丛书
编辑委员会

总 编 吴大真 柯新桥

副总编 周祯祥 郝建新 聂 广

编 委 王国华 包高文 刘风云

刘建国 张天明 黄保希

樊 群 黎烈荣

主编：樊 群 周大桥 温长路

编委：（以姓氏笔画为序）

龙爱华 孙勤国 李 平

李剑松 吴 霞 邱绮玉

郑秀英 梁 勇 管竞贤

出版者的话

《中西医结合治疗难治病的良方妙法》丛书，经编委会及各分册主编的共同努力，已陆续编撰出版发行，奉献给热心关注、爱护中医、中西医结合事业的朋友们。

可以说，中医和西医是两套几乎完全不同的医学理论体系，它们是在不同的历史条件下产生形成的。因此，其自然观、生命观、疾病观、诊疗观及至方法论等，均存在着明显的差异。然无数事实充分说明，临床实践中若能互相取长补短，有效地发挥中西医各自的优势，常可显著地提高某些疾病（尤其是一些疑难病例）的临床疗效，充分地显示了走中西医结合之路的广阔前景。鉴于此，我们特组织各地有关专家、教授，集体编撰这套以各科疑难杂病的防治为重点的大型临床参考丛书，其目的旨在反应目前疑难病中医、中西医结合防治的前沿研究状况，促进中医、中西医结合事业的健康发展。

全套丛书，重心内容以“难治病的中西医结合防治”为主，力图反映各科（或各系统）中医、中西医结合的最新研究进展。虽然如此，但其间仍然存在有不成熟的地方。我们怀着真诚的感情，希望广大读者关心她、批评她，使之为中医、中西医结合的发展做出应有的贡献。

《中西医结合治疗难治病的良方妙法》丛书编委会

吴大真 柯新桥

编写说明

一、消化系统疾病是临床常见病、多发病。近年来，在中西医理论指导下，随着对消化系统疾病临床和理论研究的不断深入，中西医结合诊断和治疗消化系疾病的疗效有了显著提高。为此，我们结合自身的临床体会，参阅国内外有关文献，集体编撰本书，以供从事消化系疾病临床、教学以及科研的同道参考、借鉴。

二、本书收录了常见消化系疾病共 21 种。总体编写原则是：诊断以西医为主，防治以中医为主；略于基础理论，详于防治方法；力图反映中西医结合防治疾病的最新进展，突出先进性、实用性、可靠性。

三、每一病均按【病因病理】、【诊断依据】、【防治方法】、【研究进展】、【诊疗标准】五方面内容进行编写。其中，【防治方法】是其重点，以“一般措施”、“饮食调养”、“辨证论治”、“西医治疗”、“其他措施”等为纲编写（个别病种稍有出入），基本反映了中西医结合防治消化系疾病的主要内容。【研究进展】则综述了中西医防治的最新概况，并突出了本书的宗旨：以中医和中西医结合为主的防治研究。

四、本书的编写，我们虽然作了很大的努力，但限于水平，缺点和疏漏之处在所难免，请广大读者予以批评指正，争取以后进一步提高。此外，湖北中医学院急诊所丁砚斌硕士为收集资料和统稿、校对做过大量工作，一并在此表示感谢。

编 者

1997 年 1 月 31 日

目 录

返流性食管炎	(1)
食管贲门失弛缓症	(18)
食管癌	(30)
慢性胃炎	(57)
消化性溃疡	(94)
胃癌	(128)
胃下垂	(158)
非特异性溃疡性结肠炎	(175)
大肠癌	(202)
慢性肝炎	(225)
肝硬变	(252)
原发性肝癌	(297)
肝性脑病	(348)
肝脓肿	(360)
脂肪肝	(373)
肝豆状核变性	(393)
慢性胆囊炎	(413)
胆石病	(425)
急性重症胆管炎	(454)
慢性胰腺炎	(467)
胰腺癌	(476)

返流性食管炎

返流性食管炎系指胃或十二指肠内容物返流到食管中而引起的食管粘膜发生消化性炎症。本病经常和慢性胃炎，消化性溃疡或食道裂孔疝等病并存，但也可单独存在。食管炎的主要症状是吞酸、吐酸、胸骨后烧灼感、不适或灼痛，以及吞咽障碍，甚至吐酸。

中医无食管炎病名，可以根据症状诊断本病为“吞酸”、“吐酸”、“胸痹”、“噎食”、“噎膈”等病证。

【病因病理】

一、西医

正常人群均有胃食管生理性返流现象，但无任何临床症状。其特点为：常发生在白天，而夜间罕见，餐时或餐后返流较多。返流总时间每天少于1小时。在下列情况下，可转变为病理性返流，甚至发展为返流性食管炎。

1. 食管胃连接处解剖和生理抗返流屏障的破坏 食管胃连接处反流屏障亦称第一抗返流屏障，其中最重要的结构是食管下端括约肌（LES）。LES是在食管与胃交界线之上3~5cm范围内的高压区。胆碱能和 β -肾上腺素能拟似药、 α -肾上腺素能拮抗药、多巴胺、安定、钙受体拮抗剂、吗啡及脂肪、酒精、咖啡因和吸烟等药物与食物因素均可影响LES功能，诱发返流。此外，妊娠期、口服含黄体酮避孕药期和月经周期后期，血浆黄体酮水平增高，返流的发生率也相应增加。此外，His角、膈食管膜、膈食管裂孔和腹内食管段等解

剖因素也被认为具有抗返流作用，但尚有争议。

2. 食管酸廓清功能障碍 正常食管酸廓清功能包括食管排空和唾液中和两部分。当酸性胃内容物返流时，只需1~2次（约10~15秒）食管继发性蠕动即可排空几乎所有的返流物。残留于食管粘膜陷窝内的少量酸液则可被唾液（正常人每小时约1000~1500ml，pH为6~8的唾液经食管入胃）中和。食管酸廓清功能在于减少食管粘膜浸泡于胃酸中的时限，故有防止返流性食管炎的作用。

3. 食管粘膜抗返流屏障功能的损害 食管粘膜抗返流的屏障功能由下列因素组成：①上皮前因素包括粘液层、粘膜表面的 HCO_3^- 浓度；②上皮因素包括上皮细胞膜和细胞间的直接结构，以及上皮运输，细胞内缓冲液，细胞代谢等功能；③上皮后因素系指组织的基础酸状态和血供情况。当上述防御屏障受损伤时，即使在正常返流情况下，亦可致食管炎。

4. 胃十二指肠功能失常

（1）胃排空异常：一般认为，其可能的机制是：①胃排空延迟使胃充盈持续长时间而易发生餐后返流现象；②易使胃内压超过LES压而导致返流；③胃排空减少导致胃扩张，从而使LES段缩短而易于返流。

（2）胃酸分泌过高：胃酸分泌增高导致胃内容物量和酸度增加，故Zollinger-Ellison综合征患者较多发生返流性食管炎。

（3）十二指肠胃返流：当幽门括约肌和LES压同时低下时，胃液中的盐酸和胃蛋白酶，十二指肠液中的胆酸、胰液和溶血性卵磷脂等均可同时返流入食管，侵蚀食管角化表层

的上皮细胞的；并使之变薄或脱落，返流物中的 H^+ 及胃蛋白酶则可透过新生的鳞状上皮细胞层面深入食管组织，引起食管炎。

肉眼可见食管粘膜充血、水肿、脆而易出血。急性食管炎时粘膜上皮坏死脱落，形成糜烂和浅表溃疡。严重者整个上皮层均可脱落，但一般不超过粘膜肌层。慢性食管炎时，粘膜糜烂后可发生纤维化，并可越过粘膜肌层而累及整个食管壁。食管粘膜糜烂、溃疡和纤维化的反复形成，则可发生食管瘢痕性狭窄。显微镜下可见鳞状上皮的基底细胞增生，乳突延伸至上皮的表面层，并伴有血管增生，固有层有中性粒细胞浸润。食管狭窄者，粘膜下或肌层均可见瘢痕形成。严重食管炎者，则可见粘膜上皮的基层被破坏，且因溃疡过大，溃疡边缘的鳞状上皮细胞无法通过再上皮化来修复溃疡，而在溃疡部位可见到柱状上皮细胞。

二、中医

中医学认为，食管连属于胃，因此，胃的功能对食管之影响至为重要。胃为水谷之海，与脾互为表里，共同主受纳、消化、吸收和输布之作用，共同统摄大肠，维护腑气顺畅之功能。而食道则是胃腑受纳饮食之具体所在，因此，返流性食管炎之病位在食管，而其病理机制在脾胃。

中医学认为，脾主升，胃主降，脾气健升，胃气和降才能完成以上消化生理功能。因此，凡是由于饮食不节、脾胃宿疾等原因引起脾胃升降功能失常，都可发生恶心、呕吐、泛酸吐酸等病证，发生返流性食管炎。此外，肝主气机之疏泄，如肝气郁结成肝气犯胃也可影响脾胃之气机，发生呕吐、吐酸和胸膈阻闷、灼痛之证候。《证治汇补》曰：“吞酸虽小戾，

然可暂不可久，久而不愈，为噎膈反胃之渐。”正认识到本病的过程。

三、中西医结合研究

王诗雅等通过对 39 例临床和胃镜检查确诊的返流性食管炎患者，进行病理和放射性核素检查，其阳性率分别为 74% 和 29%，并阐述了其机理。认为本病的发病机理，主要是由于脾胃虚寒，肝胃不和；或脾胃虚寒兼肝胃不和。按临床表现进行中医辨证分型，未发现与病理、放射性核素检查有相关性。

【诊断依据】

一、临床表现

1. 症状

(1) 胸骨后烧灼感或疼痛：为本病的主要症状。症状多在餐后 1 小时左右发生，半卧位、躯体前屈或剧烈运动可诱发，在服制酸剂后多可消失，而过热、过酸食物则可使之加重。胃酸缺乏者，烧灼感主要由胆汁返流所致。则服制酸剂效果不显。烧灼感的严重程度不一定与病变的轻重一致。严重食管炎尤其在瘢痕形成者，可无或仅有轻微烧灼感。

(2) 胃、食管返流：由于餐后，躯体前屈、或夜间卧床睡觉时，有酸性液体或食物从胃、食管返流至咽部或口腔。此症状多在胸骨后烧灼感或烧灼痛发生前出现。

(3) 咽下困难：初期常可因食管炎引起继发性食管痉挛而出现间歇性咽下困难。后期刚可由于食管瘢痕形成狭窄，烧灼感和烧灼痛逐渐减轻而为永久性咽下困难所替代，进食固体食物时可在剑突处引起堵塞感或疼痛。

(4) 出血及贫血：严重食管炎者可出现食管粘膜糜烂而致出血，多为慢性少量出血。长期或大量出血均可导致缺铁性贫血。

2. 体征 返流性食管炎一般无明显体征，有的病例仅于压胸骨时感胸骨后隐痛，或剑突下轻度压痛。

3. 并发症 本病除可导致食管狭窄、出血、溃疡等并发症外，返流的胃液尚可浸蚀咽部、声带和气管而引起慢性咽炎、慢性声带炎和气管炎，胃液返流和吸入呼吸道并可致吸入性肺炎。

二、辅助检查

1. 食管滴酸试验 患者坐位，经鼻腔放置胃管。当管端达 30~35cm 时，先滴入生理盐水，每分钟约 10ml，历时 15 分钟，患者无特殊不适，换用 0.1N 盐酸，以同样滴速滴注 30 分钟，在此过程中，出现胸骨后痛或烧灼感为阳性反应，表明有食管炎存在。但胆汁返流性者，可呈阴性反应，严重食管炎亦可呈假阳性反应。

2. 食管腔内 pH 测定 将一置于胃腔内的 pH 电极，逐渐拉入食管内，并置于 LES 之上方约 5cm 处。正常时胃内 pH 较低。取仰卧位并作增加腹部压力的动作，如深呼吸、屈膝、并用力擤鼻涕 3~4 次，如食管内 pH 下降至 4 以下，说明有返流存在。

3. 食管腔内压力测定 采用充满水的连续灌注导管系统测定食管腔内压力。测压时，先将测压导管插入胃内，并测食管内压力。正常人静止时 LES 压力约 2~4kPa，或 LES 压力与胃腔内压力比值 >1 。当静止时 LES 压力 <1.3 kPa，或两者比值 <1 ，则提示 LES 功能不全，或有返流存在。

4. 胃-食管闪烁显像 此法可估计胃、食管的返流量。在患者腹部缚上充气腹带，空腹口服含有 $300\mu\text{Ci}^{99\text{m}}\text{Tc-Sc}$ 的酸化桔汁 300ml，内含桔汁 150ml 和 0.1 NHCl (150ml)，并再饮冷开水 15~30ml，以清除食管内残留试液，直立显像。正常人 10~15 分钟后胃上部无放射性存在，否则有返流存在。此法诊断准确率较高。

5. 食管吞钡 X 线检查 不敏感，假阳性较多。

6. 内镜检查及活组织病理检查 可以确定有否返流性食管炎的病理改变，以及有无胆汁返流存在。对诊断本病和估计病变的程度有重要价值。

三、鉴别诊断

本病需与消化性溃疡、心绞痛、食管癌等病相鉴别。

【防治方法】

一、一般措施

1. 未病防病 避免或治疗能减弱食管下段括约肌 (LES) 张力的各种因素，是预防返流性食管炎发生的关键；中和或减少胃酸分泌，亦是重要的措施。此外应注意：①肥胖病人需要减轻体重，肥胖者腹内压明显增加，特别仰卧时尤甚；②减少在生活上增加腹内压的活动，不要穿着太紧的内衣，避免大便时过度用力、经常弯腰及重体力劳动等；③减少夜间返流，睡觉时使用枕头，或将头侧床脚用木块垫高 15~20cm。晚餐和入睡的间距要拉长，一般 2 小时；④每餐后病人处于直立位或餐后散步，借助重力促进食物排空；⑤腹水可致腹内压增加，应尽力消除。

2. 已病防变 早期食管炎亦可采用综合性措施，以防止

病情发展。治疗时间至少 6 周，其目的是使食管粘膜长期不受刺激，以待表面上皮恢复正常，而不能症状略有改善即“中病即止”。晚期患者，要积极治疗狭窄，以防止急性吞咽困难的发作。返流性食管炎的治疗效果，近期疗效佳，多数病人按照正规治疗，长期严格执行，方可保持很长时间不再反复，但很难痊愈。

二、饮食调护

1. 饮食原则

(1) 避免摄取使胃酸增加的物质，如咖啡、辛辣食物，可适当多食中和胃酸的食品，如碱性的面食。

(2) 防止过食而致胃内压力增高，宜少食多餐，有规律地进食少量口感温和的食物。

(3) 避免降低 LES 压力的食物因素：①减少脂肪的摄取，脂肪可促进小肠粘膜释放胆囊收缩素，而降低 LES 压力；②巧克力含有大量黄嘌呤，它是细胞内磷酸酯酶的强烈抑制剂，可增加 LES 平滑肌受体的环磷酸腺苷浓度，而降低它的压力，故应禁止食用；③禁吸烟，由于尼古丁作用，减低静态时 LES 压力；④大量饮酒亦可降低 LES 静态时的压力，均应禁酒。

(4) 有食管狭窄的病人，禁食不能耐受的食物。可根据其严重程度，选软食、半流质或流食，缓慢地一口一口地咽下，或咽下不久服用苏打以利于食物通过。

2. 食疗方

(1) 佛手花鸡蛋壳散：佛手花、菜鸡蛋壳等份焙干为末。每服 6g，开水送下，痛时服。可和胃、制酸、止痛。

(2) 旋复花、莱菔子各 9g，薏米 30g，沙参 15g。将旋复

花、莱菔子、沙参用布包煎汤，去渣后入薏米煮粥食。每天1剂，15~20剂为1疗程。可治疗晚期食管狭窄之吞咽困难。

三、辨证论治

1. 肝胃不和

主症：每因情志不遂而致胃脘胀满，两胁疼痛，胸闷脘痞，胸骨后灼热或灼痛，嗳气频繁，泛酸打呃，食欲不振，大便不畅。苔薄白，脉弦。

治法：疏肝理气，和胃降逆。

方药：柴胡疏肝散加味。柴胡6g，白芍15g，枳壳、陈皮、香附、元胡、川楝子、郁金、甘草、苏梗、半夏各10g，甘草5g。若伴吐酸者加乌贼骨、浙贝，或煅瓦楞子以抑酸和胃；若嗳气频繁者，加沉香、白蔻仁以顺气降逆；若心烦易怒者，加合欢皮、炒山栀以安神除烦；若伴呕吐者，加代赭石、柿蒂以降逆止呕；若胸骨后或剑突下灼热者，加黄连、蒲公英以清胃热。

2. 脾虚气滞

主症：胃脘胀满隐痛，剑突下或胸骨后隐隐灼热，嗳气则舒，食欲减退，泛酸或泛吐清水，大便不调。舌质淡，苔薄白；脉沉弦或细。

治法：健脾理气。

方药：丁香柿蒂汤加味。丁香3g，柿蒂20g，党参15g，茯苓15g，半夏、苏梗、枳实各12g，元胡、生姜、白术各10g。胸膈满闷甚者，加薤白、厚朴以增强宽胸理气之力；脘腹胀满，纳呆便秘者，加苍术、藿香、白蔻仁以和胃化浊；若兼手足不温，脘腹胀闷，喜暖喜按，为脾胃虚寒，可将生姜易干姜，加吴茱萸、补骨脂以温补肝肾。

3. 脾虚胃热

主症：胃脘隐痛胀闷、泛吐酸水清水，嗳气，纳食差，大便秘时干时稀，剑突下灼热，胃中嘈杂，口干喜饮，胸中烦闷。舌淡红，苔薄黄或薄白；脉弦缓。

治法：健脾清胃。

方药：半夏泻心汤加味。党参、玄胡、半夏、黄芩、大枣各 10g，茯苓 15g，煅瓦楞子 30g，黄连 6g，炒竹茹 12g，炙甘草、干姜各 5g。若胃热偏重，大便秘结者，加大黄、枳壳以加强清泻胃火之力；若口中烦渴者，加花粉、芦根以养胃生津；若脾虚偏重，腹胀便溏，苔薄白兼腻者，加苍术、藿香以健脾化浊。

4. 肝郁化热

主症：剑突下或胸骨后烧灼感或烧灼样疼痛，泛酸嗳气，甚则发生呕吐，性情急躁易怒，头面燥热，胁肋引痛，大便秘结，口干喜饮。舌红，苔黄腻，脉弦数。

治法：疏肝清热。

方药：丹栀逍遥散加减。柴胡 10g，白芍 12g，丹皮、大黄、栀子各 10g，石决明（先煎）、代赭石、生地各 30g，全瓜蒌 20g，薄荷（后下）8g，竹茹、花粉各 15g。若疼痛较重者，加元胡、川楝子以加强疏肝止痛之力；若腹胀便秘者，加大腹皮、枳壳以通便消胀；若脘胀痞闷，不思饮食者，加猪苓、茵陈以化浊祛湿，醒脾清肝。

5. 气虚血瘀

主症：面色无华、神疲乏力，形体消瘦，气短懒言，口干咽燥，吞咽困难并呈持续性胸骨后疼痛。舌淡暗，舌边有瘀点，脉沉涩。