

XIAOHUAXING KUIYANGBING
JICHU YU LINCHUANG

消化性溃疡病

——基础与临床

主编 袁凤仪 副主编 周 力 黄晓欣 杨大平



贵州科技出版社

消化性溃疡病

——基础与临床

主 编 袁凤仪

副主编 周 力 黄晓欣 杨大平

主 审 杨景林 吴文尧

贵州科技出版社

责任编辑 熊兴平

封面设计 黄翔

图书在版编目 (CIP) 数据

消化性溃疡病——基础与临床/袁凤仪主编;周力, 黄晓欣, 杨大平编. —贵阳: 贵州科技出版社, 1999. 12

ISBN 7-80584-872-6

I. 消… II. ①袁… ②周… ③黄… ④杨…

III. 消化性溃疡 IV. R573.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 51507 号

贵州科技出版社出版发行

(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004)

出版人: 丁 聪

贵阳圣泉彩印厂印刷 贵州省新华书店经销

850mm×1168mm 32 开本 12.5 印张 317 千字

1999 年 12 月第 1 版 2000 年 10 月第 2 次印刷

印数 2 200 ~ 4 200

ISBN 7-80584-872-6/R·220

定价: 25.00 元

编著人员名单（按姓氏笔画为序）

白班俊	刘 苓	杜东红
李贵容	何 常	张永宏
张朝杰	杨大平	杨文龙
周 力	袁凤仪	黄晓欣
谢 东	谭庆华	谭星邦

内 容 简 介

本书对消化性溃疡病作了较全面的阐述。它不仅介绍了胃和十二指肠的组织结构和生理功能、消化性溃疡病的病因、发病机理、流行病学和病理变化，还介绍了胃肠道激素、幽门螺杆菌等新进展；对各种类型溃疡病的临床表现、胃镜检查、影像学及实验室等诊断方法和 H_2 受体拮抗剂、质子泵阻滞剂、Hp 的根除疗法、综合疗法、外科治疗及其进展，均有详细叙述。书中还专章讨论了溃疡的复发因素、维持治疗和复发的预防、对溃疡病的中医分型、中医和中西医结合治疗，以及对溃疡病患者的护理。

序

消化性溃疡是常见病，在青、壮年人群中发病率尤高，对广大人民健康和国民经济都带来严重的影响。加之，此病的病程漫长，易于复发，合并症多，给治疗和预防都造成困难。有鉴于此，袁凤仪教授等总结了多年的临床经验，结合近年来国内外对消化性溃疡的研究进展，写成《消化性溃疡病——基础与临床》一书，当能为广大临床工作者提供一本实用的参考书，有助于指导临床实践和对本病的防治。

本书分为19章，内容丰富，包括胃、十二指肠的解剖和生理，消化性溃疡的流行病学和病因、病理、临床表现、诊断、治疗、预防等多方面的知识。对于病因、诊断、治疗等近年来的新进展均设专章详细介绍，例如幽门螺杆菌在消化性溃疡形成和复发中的作用，胃镜诊断、影像学诊断、实验室诊断、药物治疗、内镜治疗、外科治疗、中医治疗、复发的预防、护理与保健等均辟专章进行讨论，使读者得到有关本病全面、新颖的知识，成为临床医生和医学院校学员必备的参考书。此外，文笔流畅，深入浅出，说理清楚，对具有一定文化程度的非专业人员也通俗易懂，从中可获得防病治病的医学知识。相信本书的出版将会受到广大读者的欢迎，特为之序。

张学庸

1999年1月

前 言

消化性溃疡病是一种常见的慢性病，对人民群众的健康影响颇大。近几十年来，对该病的研究，取得了重大进展，纤维胃镜和电子胃镜的研制成功、组织胺 H_2 受体拮抗剂和质子泵阻滞剂的问世、幽门螺杆菌（Hp）的发现和根除 Hp 的研究等，都是人类同消化性溃疡病斗争历程中的座座丰碑。这些研究成果，极大地提高了对该病的诊断水平和治疗效果；令人困惑的溃疡愈合后的高复发率，已可望获得较大突破。本书对消化性溃疡病进行了较全面的阐述，并对近年来的有关新进展，做了较详细的介绍。期望本书对广大医务工作者学习、研究消化性溃疡病有所助益，并对该病的诊断和治疗等临床实际工作，起到指导作用。

在本书的编写过程中，得到了我国消化学术界老前辈、著名的消化系统疾病专家张学庸教授的关怀和指导，并亲笔为序。这对我们是极大的鼓舞和帮助，谨表真诚的感谢和敬意。杨景林主任医师和吴文尧教授认真审阅，付出了辛勤的劳动，作了重要的指导，在此也表示衷心的感谢。

由于水平所限，书中疏漏、不当甚至错误之处在所难免，敬请有关专家、同道和广大读者批评、指正。

编 者

1999 年 1 月

目 录

第一章 消化性溃疡病概述	(1)
第二章 胃、十二指肠的组织结构和功能	(11)
第一节 胃的组织结构和功能	(11)
胃的组织结构	(11)
胃的功能	(16)
第二节 十二指肠的组织结构和功能	(18)
十二指肠的组织结构	(18)
十二指肠的功能	(21)
第三章 消化道激素	(23)
第一节 消化道激素的研究进展	(23)
第二节 消化道激素各论	(27)
第三节 消化道激素与疾病	(39)
第四节 胃肠激素在临床中的应用	(43)
第四章 消化性溃疡病的流行病学	(47)
消化性溃疡病流行病学的研究方法	(47)
发病率及其影响因素	(49)
并发症发生率	(55)
手术治疗率和死亡率	(56)
第五章 消化性溃疡病的病因和发病机理	(58)
第一节 病理生理学因素	(59)
攻击因子	(59)
防御因子	(76)
第二节 其他相关因素	(87)

第三节 遗传、环境及精神因素	(93)
第六章 幽门螺杆菌与消化性溃疡病	(96)
第一节 幽门螺杆菌的基本知识	(96)
第二节 幽门螺杆菌与疾病	(102)
第七章 消化性溃疡病的病理学	(133)
第八章 消化性溃疡病的临床表现	(137)
第一节 消化性溃疡病的病史、症状和体征	(138)
消化性溃疡病的病史和症状	(139)
消化性溃疡病的体征	(147)
第二节 特殊类型的消化性溃疡病	(149)
第三节 消化性溃疡病的并发症	(165)
消化性溃疡并发出血	(165)
消化性溃疡并发穿孔	(173)
消化性溃疡并发幽门梗阻	(180)
消化性溃疡癌变	(183)
第九章 其他疾病与消化性溃疡病	(187)
第十章 消化性溃疡病的影像学诊断	(199)
第一节 影像学诊断评价	(199)
第二节 X线诊断	(200)
第三节 CT 诊断	(217)
第四节 超声诊断	(219)
第五节 磁共振(MRI)诊断	(220)
第六节 核医学诊断	(221)
第十一章 消化性溃疡病的胃镜诊断	(223)
第一节 胃镜检查简介	(223)
第二节 消化性溃疡病的胃镜观察	(225)
第三节 消化性溃疡病胃镜下的其他检查	(231)
第十二章 消化性溃疡病的实验室诊断	(235)

第十三章 消化性溃疡病的中医分型	(250)
中医对消化性溃疡病病因和发病机理的认识	(250)
消化性溃疡病的中医分型及临床表现	(252)
消化性溃疡病中医分型的现代研究	(253)
第十四章 消化性溃疡病的内科治疗	(262)
第一节 消化性溃疡病的药物治疗	(263)
降低胃酸的药物	(263)
保护胃肠道粘膜的药物	(273)
促进胃肠道蠕动的药物	(279)
根除 Hp 的药物	(280)
其他药物	(285)
各型溃疡病药物治疗中的特殊性	(286)
消化性溃疡的维持治疗	(288)
第二节 消化性溃疡病并发症的内科治疗	(289)
第十五章 消化性溃疡病的内镜治疗	(295)
第十六章 消化性溃疡病的中医及中西医结合治疗	(298)
消化性溃疡病的中医辨证论治	(300)
消化性溃疡病的辨病与辨证相结合疗法	(302)
消化性溃疡病的中西医结合疗法	(311)
中医对消化性溃疡病的其他疗法	(316)
中医及中西医结合治疗消化性溃疡并发症	(318)
中医及中西医结合治疗幽门螺杆菌 (Hp) 感染	(321)
中医药治疗消化性溃疡病的现代研究	(324)
第十七章 消化性溃疡病的外科治疗	(333)
第一节 胃溃疡的外科治疗	(334)
第二节 十二指肠溃疡的外科治疗	(339)
第三节 消化性溃疡术后并发症	(344)
第十八章 消化性溃疡病的复发及其预防	(350)

第十九章	消化性溃疡病的护理和保健.....	(359)
第一节	新入院患者的护理.....	(360)
第二节	诊疗中的护理.....	(361)
第三节	消化性溃疡病并发症的护理.....	(369)
第四节	出院患者的护理与调养.....	(375)
参考文献		(377)

第一章 消化性溃疡病概述

消化性溃疡病 (peptic ulcer disease) 是指消化道内受胃液、胃酸和胃蛋白酶浸浴范围的粘膜、粘膜下层甚至肌层和浆膜在多种因素影响下发生的局限性组织缺损性疾病。其多发生在胃和十二指肠第一、二段, 也可以发生在食道下段、胃肠吻合口及相邻的小肠, 还可以发生在含有功能性胃腺的美克尔憩室。

消化性溃疡病是一种古老的疾病, 也是一种全球性多发病。在祖国医学最早的文献中, 就有关于上腹痛、恶心、呕吐等症状的描述。虽然当时还不能认识到是消化性溃疡病, 但可以表明, 当时就有消化性溃疡病存在的可能。在我国, 公元前 167 年的一死者, 后已被证实为消化性溃疡病患者。早在 1586 年和 1688 年, 就有关于胃溃疡和十二指肠溃疡的资料记载。而真正从病理上认识消化性溃疡病, 还是在 19 世纪初叶, 首先发现的是一例急性穿孔性胃溃疡。在 19 世纪中叶, 才分别确定了胃溃疡和十二指肠溃疡。近一百多年来, 人们对消化性溃疡病进行了大量的研究, 对该病的认识有了很多重大的进展, 治疗方法也发生了巨大的变革, 疗效有了显著的提高。然而, 对消化性溃疡病的认识, 并未完全明了, 治疗上也还有需要解决的问题。每年, 来自世界各个国家和地区的上千篇论文, 报道着从不同角度对消化性溃疡病的研究成果。尤其是近年来对幽门螺杆菌的研究, 或许是人类征服消化性溃疡病道路上最重大、最辉煌的胜利, 真正认识消化性溃疡病的时代已为期不远。但是, 摆在人们面前的任务,

仍然是复杂而艰巨的。

由于部分消化性溃疡病患者的临床症状并不典型，甚至没有任何症状，加上社会、经济、文化、医疗技术条件和诊断水平等诸多因素的影响，所以自然人群中消化性溃疡病发病率的大样本调查十分困难，我国目前还缺乏这样的资料。众多学者采用了对医疗卫生实际工作中的资料进行统计分析的方法，作溃疡病流行病学研究。这些研究成果，虽然都带有一定的片面性，但都能从一定的角度反映消化性溃疡病的发病情况，为认识该病的病因和发病原理，提供了重要的依据，具有重大的价值。

人类对消化性溃疡病的认识，走过了漫长的道路，是一个由浅入深的过程。归纳起来，可分为以下几个阶段，即感知疾病的存在——病理学上证实有溃疡——胃酸的消化作用——综合因素的影响——幽门螺杆菌的致病作用。在人类从病理上认识消化性溃疡病之前的漫长时期中，溃疡病早已存在，人类对之已有了初步的认识，并积累了一定的治疗经验。直到 19 世纪初叶，才认识到胃、十二指肠粘膜溃疡的存在是本病的病理学基础。一百多年来，在消化性溃疡病发病原因和发病机理方面进行了大量研究，发现溃疡病的发生与多种因素有关，如在病因方面有饮食不当、吸烟饮酒、生活无规律、过度劳累、精神和机体创伤、胃酸和胃蛋白酶升高、胃肠运动功能紊乱、一些微生物感染、口服 NSAID 类药物、某些伴发疾病、遗传因素、免疫状态，以及患者的年龄、性别、职业、社会经济地位、生活条件和气候、地理因素等。在发病机理方面，也出现过许多观点和假说，如认为胃小弯、胃窦部、幽门管和十二指肠起始部是狭窄的通道，容易受经过的食物机械和理化性刺激造成损伤而形成溃疡的“创伤论”；幽门管和十二指肠第一段（球部）血流供应相对较少，损伤后不易修复的“血管论”；在炎症基础上发生溃疡的“炎症论”；胃酸分泌过高的“消化论”；还有植物神经功能紊乱的“植物神经

论”、“皮层-内脏论”和“身心论”等。上述每一种病因和发病机理的假说，都从某一角度和一定程度上阐明了促使溃疡病发生的作用或机理，但是，都不能圆满地解释大多数患者溃疡形成的所有问题或全部过程。1824年，Prout发现了胃酸。1910年，Schwartz提出“无酸无溃疡”的重要论断，得到了众多学者的承认。近一个世纪以来，这一论点在溃疡病发病机理研究中，一直占主导地位。然而，抗酸治疗虽然能减轻或消除症状，促进溃疡愈合，但并不能真正治愈溃疡病，即使溃疡愈合了，也容易复发。因此，对大多数患者来说，胃酸并不是溃疡发生的起始原因，而只是溃疡形成过程中重要的中间环节。消化性溃疡的形成，还有胃蛋白酶的参与，血清胃蛋白酶原 I (SPG_I) 和 II (SPG_{II}) 的异常以及它们的比值 (SPG_I/SPG_{II}) 的不同，则发生的溃疡不同。因此，SPG血症被视为消化性溃疡病的临床亚型标志。Say平衡学说从更广泛的角度分析了促进和防御溃疡发生的多种因素的作用，归纳为攻击和防御（保护）因子之间的平衡被打破以及其他因素的影响，从而导致溃疡的形成。某些遗传因子和一些伴发疾病所致的机体状态的变化，可能就是机体存在的内在缺陷，使平衡失调；而服用 NSAIDs 和吸烟能增强攻击因子和削弱保护因子，所以有谓 NSAIDs 是 Hp 阴性消化性溃疡病的首要病因，吸烟是消化性溃疡的第三大危害因素；胃粘膜血流减少、前列腺素类物质合成功能低下或代谢异常、表皮生长因子减少等，都是溃疡形成的重要因素。Say平衡学说在溃疡病发病机理中也占有重要位置，受到大多数学者的支持。胃十二指肠运动功能障碍，对消化性溃疡的发生也有不可忽视的作用。1983年，Marshall 和 Warven 成功地分离出幽门螺杆菌 (Hp) 之后，越来越多的研究资料证明，Hp 是消化性溃疡特别是十二指肠溃疡的首要病因。1990年第七届世界胃肠病大会上，就有人提出了“无 Hp 无溃疡”的观点，虽未获得公认，但在 1994 年美国

消化病周及第十届世界胃肠病大会上，已得到了更多人的肯定。众多的研究成果以及所谓的“漏屋顶”假说（leaking roof hypothesis）和胃泌素联系假说（Gastrin-link hypothesis）进一步揭示了Hp与消化性溃疡病的关系。根除Hp使消化性溃疡病的治疗产生了突破性的进展。已有人提出，只要根除了Hp，不用抗酸治疗也能治愈溃疡病。然而，对Hp的研究，依然解释不了消化性溃疡病的所有问题，如无Hp的溃疡病、根除Hp而溃疡不愈合或复发，以及根除Hp治疗消化性溃疡病疗效的更广泛范围和更大量病例的重复验证等，都有待进一步研究。目前，大多数学者仍认为消化性溃疡病的形成，是多因素作用的结果。有人归纳消化性溃疡病的病因，主要有：①感染因素：巨细胞病毒、单纯疱疹病毒I、Hp、人类胃螺旋菌、结核菌、真菌、血吸虫等；②外源性因素：NSAIDs、阿斯匹林、肾上腺皮质激素、吸烟、饮酒等；③遗传因素：高胃蛋白酶原I血症、多发性腺瘤病I型、非ABO血型抗原分泌者；④其他伴随病：Crohn病、系统性肥大细胞病、慢性肝病等；⑤肿瘤：Zolling-Ellison综合征、MAL T淋巴细胞瘤、胃癌、十二指肠癌等；⑥还有一些特发性溃疡，尚不能明确病因。另外，一些因素引起的机体应激状态、植物神经功能紊乱、内分泌异常等，也与溃疡病的发生有一定关系。

人们早已认识到，消化性溃疡病的临床表现有其一定的规律性。慢长病史、节律性上腹痛和周期性发作是其主要临床特点。胃溃疡和十二指肠溃疡都是典型的消化性溃疡病，二者有很多共性，但也有不少区别，甚至认为二者是不同的疾病。还有许多患者，在不同机体状态下，由于不同的原因，引起不同部位、不同临床表现和发生发展规律的各种类型的溃疡病。这引起了学者们的关注，分别冠以不同的名称。

消化性溃疡病的诊断，也经历了几个发展阶段，即临床诊断

—X线钡餐检查—胃镜检查—综合诊断措施—Hp检测。X线检查出现之前，对溃疡病的诊断只能靠症状、体征等临床表现。1898年，Connoon开展了胃肠钡餐透视及现在的钡餐X线照片、气钡双重造影等，能清晰地显示溃疡之龛影，成为诊断溃疡的特征性依据。半个多世纪以来，X线钡餐检查一直是消化性溃疡病的主要诊断手段。1957年，纤维胃镜研制成功，此后内镜的不断改进和各种新型内镜特别是电子胃镜的问世，使得对消化性溃疡病的诊断已达到了近乎完美的境地。与X线钡餐和内镜检查同时甚至更早出现的胃液分析和胃酸测定，胃液和血清中胃泌素、胃蛋白酶原等许多与溃疡病相关的内分泌学、免疫学、微生物学等众多因子的测定，对消化性溃疡病的诊断都有着重要的辅助作用。选择性腹腔动脉造影对溃疡病出血，放射性核素扫描对溃疡病出血和美克尔憩室均有诊断意义。胃肠动力学监测和食道24小时pH值测定，对胃、十二指肠功能状态的观察及溃疡的诊断，也有一定的价值。超声显像、CT和磁共振等影像学诊断手段，虽较少用于溃疡病的诊断，但在一定情况下也有使用者，它们在鉴别溃疡的良、恶性方面，能发挥较大的作用。近十余年来迅速发展起来的对Hp的多种检测方法，为Hp感染的诊断提供了可靠的依据，已经成为消化性溃疡病诊断中不可缺少的重要内容。然而，需要提醒的是，目前对Hp的诊断，仍未提高到应有的重视程度，仍有不少患者经胃镜检查已诊断的溃疡病，但不知道有无Hp感染，因此，用不用抗Hp治疗，都显得十分盲目，这对溃疡病的治疗是不利的。

综上所述，对消化性溃疡病的诊断，有诸多可靠的手段，但是，医生仍然要十分重视患者的病史、症状和体征，并对这些资料进行综合分析，给予正确地判断，决不能简单地依赖各种仪器检查的报告，否则会贻误病人的诊断和治疗。如一上消化道出血患者，经胃镜检查为十二指肠球部溃疡，治疗后胃镜复查溃疡已

愈合，但出院后又发生大出血，再次胃镜检查未见溃疡复发，临床医生与胃镜医生讨论后再次胃镜检查，仔细寻找病灶，在贲门处找到了很难发现的平滑肌肉瘤。临床医生正确运用特殊检查方法，结合临床实际，完善或修正特殊检查的诊断意见，是屡见不鲜的事情。此外，虽然有上述众多诊断方法，但目前运用最多的，还是病史和临床资料、胃镜检查、Hp 有关检查，必要时进行 X 线钡餐检查。这些诊断方法，目前在我国大多数县级以上的医院都能够完成，因此，对溃疡病患者来说，获得正确诊断，通常情况下并无困难。

关于消化性溃疡病的治疗，一般以内科药物治疗为主。回顾其发展历史，也分为对症治疗—抑制胃酸分泌—综合治疗—抗 Hp 治疗几个阶段。在中医最早的文献中，就有对胃脘痛的症状和治疗方法的记载，运用中药或针刺疗法，并强调起居、饮食等生活规律，能缓解症状。19 世纪中叶，西欧人曾尝试用饮食疗法稀释胃酸，以缓解溃疡疼痛，以后德国人还用过饥饿疗法。1915 年，Sippy 倡导用少量多餐的饮食疗法。1886 年，Fenwick 用少量无刺激性食物，并用碳酸氢钠缓冲胃酸，使消化性溃疡病的治疗，进入了新的阶段。用碱性药物中和胃酸，能迅速起到止痛效果，但疗效短暂，且有诸多副作用，于是各种抑制胃酸分泌的药物相继出现。虽然运用不同的抑制胃酸药物的疗效在不断提高，但半个世纪以来，并无重大进展。直到本世纪 70 年代， H_2 受体拮抗剂的出现，即所谓的“甲氰咪胍革命”，才使抑制胃酸分泌的治疗推向一个新的台阶。此后出现的质子泵抑制剂，则使对胃酸的抑制，达到了迅速、充分的强有力程度。这就使消化性溃疡病的治疗效果，得到了明显提高。抑制胃酸疗法，能缓解或消除症状，促进溃疡愈合，甚至使患者获得一个时期的临床治愈。但是，治愈后很高的复发率，提示治疗消化性溃疡病仍需要寻找更多的有效疗法。实际上，在抗酸疗法出现的同时，也已出