

消化性溃疡病

郑芝田 主编

人民卫生出版社

R573.1
ZZT

Y472/05

消化性溃疡病

郑芝田 主编



A0292259

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

消化性溃疡病/郑芝田主编.-北京:人民卫生出版社,1998
ISBN 7-117-03027-5

I. 消… II. 郑… III. 消化性溃疡 IV. R573.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 16730 号

责任编辑 姚 冰

ISBN 7-117-03027-5



消化性溃疡病

郑芝田 主编

人民卫生出版社出版发行
(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

北京市卫顺印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16 开本 53.5 印张 4 插页 1254 千字
1998 年 12 月第 1 版 1998 年 12 月第 1 版第 1 次印刷
印数: 00 001—4 000

ISBN 7-117-03027-5/R·3028 定价: 98.00 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编者名单

(以汉语拼音为序)

- 陈元方 中国协和医科大学北京协和医院消化内科 教授
段丽萍 北京医科大学第三医院消化科 博士 副主任医师
邓小英 北京医科大学第三医院消化科 博士 助理研究员
现在美国比斯堡大学作 Researcher Associate
丁士刚 北京医科大学第三医院消化科 副主任医师
范敏华 北京医科大学第三医院肾内科 教授
甘毓麟 北京医科大学积水潭医院消化科 教授
顾芳 北京医科大学第三医院消化科 博士 副主任医师
黄德珉 北京医科大学第三医院小儿科 教授
黄雪彪 北京医科大学第三医院消化科 副主任医师
黄岩 山东维坊医学院组织胚胎教研室 副教授
黄自平 上海市第一人民医院消化科 教授
贾博琦 北京医科大学第一医院消化内科 教授
柯美云 中国协和医科大学北京协和医院消化内科 教授
寇丽云 北京医科大学第三医院检验科 教授
卢国勋 北京医科大学第三医院中医科 教授
雷道年 北京医科大学病理教研室 教授
蓝宇 北京医科大学积水潭医院消化科 副主任医师
李铁 北京医科大学生理教研室 副教授
李晓波 中国协和医科大学北京协和医院消化内科 博士 主治医师
李益农 北京医科大学第三医院消化科 教授
梁扩寰 汉口同济医科大学同济医院消化科 教授
林三仁 北京医科大学第三医院消化科 教授
林香春 北京医科大学第三医院消化科 博士 主治医师
吕国荣 福建医学院附属二院 副教授
任雪峰 南京大学医学院鼓楼医院消化科 硕士 医师
石爱荣 北京医科大学组织胚胎教研室 教授
宋群生 北京医科大学第三医院消化科 副教授
王爱英 北京医科大学第三医院消化科 副研究员
王良绪 北京医科大学第三医院血液内科 教授

- 王玉葆 北京医科大学第三医院消化科 硕士 主治医师
现在美国 Loma Linda 大学攻读 Ph. D. 学位
- 修典荣 北京医科大学第三医院普通外科 硕士 副主任医师
- 邢联平 Lianping Xing M. D. PH. D.
Senior Research Fellow, Department of Pathology
University of Texas, Santonio Texas, U. S. A.
- 徐肇敏 南京大学医学院鼓楼医院消化科 教授
- 夏志伟 北京医科大学第三医院消化科 博士 副主任医师
- 于吉人 北京医科大学生理教研室 教授
- 苑普庆 北京医科大学组织胚胎教研室 副教授
- 叶嗣懋 北京医科大学第三医院消化科 研究员
- 姚婉贞 北京医科大学第三医院呼吸内科 教授
- 杨雪松 北京医科大学第三医院消化科 博士 副主任医师
- 张 武 北京医科大学第三医院超声诊断科 教授
- 朱文玉 北京医科大学生理教研室 教授
- 张树基 北京医科大学第一医院消化科 教授
- 张席锦 北京医科大学生理教研室 教授
- 张 禹 北京军区总医院内六科 主任医师
- 张自顺 北京医科大学第三医院普通外科 教授
- 郑芝田 北京医科大学第三医院消化科 教授

Frank I. Tovey M. D.

Professor of Surgery, Department of Surgery,
University College, London, U. K.

Gary B. Glavin,

Professor and Acting Head,
Department of Pharmacology and Therapeutics,
Faculty of Medicine, University of Manitoba, Canada

Gordon L. Kauffman Jr, M. D.

Professor of Surgery, Chief, Division of General Surgery;
Vice Chairman, Department of Surgery the Milton S. Hershey
Pennsylvania State University, Hershey Pennsylvania, U. S. A.

John Lambert, MB BS, Mmed, Ph. D.

Professor of Medicine, Director of Medicine & Gastroenterology,
Monash University, Mornington Peninsula Hospital, Melbourne,

Australia

Peter D. Midolo, B. App. Sci, B. Sc (Hon), MASM

Research Scientist, Department of Microbiology and
Infection Disease, Monash Medical Centre, Melbourne, Australia

Shiao Kai Lin, MB BS, Ph. D.

Senior Research Fellow, Department of Medicine, Monash University,
Mornington Peninsula Hospital, Melbourne, Australia

Shiu-Kum Lam M. D.

Professor & Head of General Medicine,

Chief of Division of Gastroenterology & Hepatology,

University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Hong Kong

前言

前言

消化性溃疡病历史悠久，国外可追溯到希波克拉底时代，我国《黄帝内经》中也有“胃脘痛”的记载，不过限于当时的条件，诊断并不准确。

自从英国的 Baillie 于 1793 年报道了关于胃溃疡的病理变化，至今已有 204 年。其后法国的病理解剖学家 Cruvelhier 于 1829 年将胃溃疡的临床与病理材料详细记录在他编著的《人体解剖》一书中，至今也有 168 年。

我从事消化专业工作多年，深知消化性溃疡病尚存在很多问题，且不易解决。为此，特邀请国内外各专业的专家，从不同角度阐述各自的临床经验及研究的心得体会，以期对消化性溃疡病的一些问题的解决，有所启发和帮助。内容既有往昔的“陈糠凤谷”，也有当今的“美味珍馐”，兼容并蓄，希能收到“温故而知新”的效果，或许对基础理论研究和临床实践有所裨益，实为编著本书的目的所在。

本书共分五章：

第一章是概论：主要讲述溃疡病的历史回顾、生理、病理及运动功能的介绍，重点叙述国内外目前流行病学情况，内容较丰富。

第二章讲述病因及发病机制：开始是有害因素及防御因素的概述，其后是对每项因素的详细介绍。实验性溃疡自愈过程中内分泌系统的变化是我校组胚教研室多年来的研究成果，它说明机体对疾病有自我抵抗能力，颇具参考价值。最后是对以往各家发病学说的简单回顾，见仁见智，饶有兴趣，可资借鉴。

第三章是临床内容：包括症状学、各种诊断方法，以及内、外科的各种治疗。溃疡愈合质量因其与复发有关，近年来颇受重视。

第四章主要介绍：非一般性溃疡，如卓-艾综合征、应激性溃疡及非甾体抗炎药性溃疡等；特殊类型溃疡，如巨大溃疡、无症状溃疡和 Meckel 憩室溃疡等；其他系统疾病与溃疡的关系，如慢性呼吸系统疾病、慢性肾功能衰竭及肝硬化门静脉高压等。

第五章是动物实验性溃疡模型的建立。

在此赴梓之际，谨向热心为本书撰稿的国内外新朋老友致以衷心的感谢，并祝愿健康幸福，万事如意。

我的老伴杨宝琰大夫，在本书的编辑过程中，始终给予我莫大的支持和鼓励，一并表示衷心的感谢和祝愿。

书稿均系各专业专家的手笔，本人只作了编排整理工作，限于个人的水平，内容重复、疏漏乃至错误在所难免，尚望读者见谅，并不吝赐教指正。

郑芝田

1998年4月24日

于北京医科大学第三医院消化科

目 录

目 录

第一章 概论	1
第一节 消化性溃疡病的历史.....	1
第二节 消化性溃疡病的定义	13
第三节 消化性溃疡病的分类	15
一、急性溃疡病与慢性溃疡病	15
二、一般性溃疡病与非一般性溃疡病	15
第四节 胃溃疡与十二指肠溃疡的异同	19
第五节 胃、十二指肠的解剖	21
第六节 胃、十二指肠的生理	40
第七节 胃肠运动功能	78
第八节 消化道激素与消化性溃疡病	84
第九节 消化性溃疡病的病理	98
第十节 消化性溃疡病的流行病学.....	109
一、国外部分.....	109
二、国内部分.....	126
第二章 消化性溃疡病的病因及发病机制	132
第十一节 病因及发病机制概论.....	132
第十二节 消化性溃疡病发病机制中的有害因素.....	140
一、胃酸、胃蛋白酶与消化性溃疡病.....	140
二、胆汁酸盐与消化性溃疡病.....	143
三、幽门螺杆菌与消化性溃疡病.....	146
四、Hp 与胃溃疡病	183
五、遗传因素.....	186
六、精神因素.....	188
七、吸烟.....	191
八、酒精.....	197
九、食物与十二指肠溃疡.....	199
第十三节 防御因素.....	213
一、胃、十二指肠粘膜血循环.....	213

二、胃、十二指肠粘液与碳酸氢盐	232
三、多巴胺与溃疡病	259
四、多巴胺与胃十二指肠溃疡	287
五、前列腺素与消化性溃疡病	293
六、上皮生长因子与胃溃疡	301
第十四节 实验性胃溃疡自愈过程中内分泌系统的变化	306
第十五节 溃疡病发病机制的各种学说	325
一、消化学说	325
二、天平学说	333
三、二重规制学说	335
四、炎症学说	336
五、循环学说	337
六、机械刺激学说	338
七、神经学说	339
八、皮层内脏学说	344
九、心身医学与消化性溃疡病	346
十、应激学说	350
第三章 消化性溃疡病的临床	354
第十六节 临床表现	354
一、症状、体征与体格检查	354
二、胃液分析	377
三、十二指肠溃疡的 X 线诊断	391
四、胃溃疡的 X 线诊断	397
五、胃镜检查	414
六、超声波检查	439
第十七节 胃溃疡的诊断与鉴别诊断	446
第十八节 十二指肠球溃疡的诊断与鉴别诊断	449
第十九节 消化性溃疡病的内科治疗	452
一、一般治疗	452
二、心理治疗	456
三、碱性药物治疗	458
四、抗胆碱能药物治疗	470
五、H ₂ 受体拮抗剂治疗	479
六、质子泵抑制剂治疗	490
七、丙谷胺	504
八、硫糖铝	505
九、生胃酮	518
十、胶体铋	519
十一、抗生素	528

十二、呋喃唑酮·····	550
十三、甲硝唑·····	560
第二十章 中医治疗·····	561
第二十一章 其他疗法 (一) ·····	577
一、组织疗法·····	577
二、睡眠疗法·····	579
三、物理疗法·····	581
四、气功疗法·····	582
五、药物导入疗法·····	583
六、激光疗法·····	584
七、冰冻疗法·····	586
八、封闭疗法·····	587
九、甘草制剂·····	587
十、维生素 U ·····	589
十一、硫酸支链淀粉·····	589
十二、锡类散·····	590
第二十二章 其他疗法 (二) ·····	593
一、麦滋林-S ·····	593
二、促胰液素·····	594
三、乙烯雌酚·····	595
四、小牛血抽出物·····	596
五、复方尿囊素·····	596
六、尿抑胃素·····	597
七、胃镜下治疗·····	597
八、放射治疗·····	602
第二十三章 溃疡愈合质量·····	604
第二十四章 预防复发·····	616
第二十五章 维持治疗·····	619
第二十六章 消化性溃疡病的并发症及内科治疗·····	627
一、出血·····	627
二、幽门梗阻·····	642
三、溃疡穿孔·····	645
四、溃疡癌变·····	649
五、胃毛霉菌感染·····	656
第二十七章 消化性溃疡病的外科治疗·····	658
一、消化性溃疡病的外科治疗历史·····	658
二、胃大部切除和迷走神经切除术治疗消化性溃疡病的原理·····	660
三、消化性溃疡病外科治疗的适应证·····	661
四、胃十二指肠溃疡外科手术前的准备及手术后的处理·····	665

五、胃十二指肠溃疡的各种手术治疗方法·····	668
六、常见手术并发症的预防和处理·····	690
第四章 其他类型的溃疡·····	711
第二十八节 非一般性溃疡病·····	711
一、卓-艾综合征 ·····	711
二、Cushing 溃疡 ·····	725
三、应激性溃疡·····	732
四、非甾体药物性溃疡·····	747
五、呼吸系统疾病与消化性溃疡病·····	760
六、慢性肾功能衰竭与消化性溃疡病·····	763
七、肝硬化门静脉高压与消化性溃疡病·····	780
第二十九节 特殊类型的溃疡·····	796
一、食管溃疡·····	796
二、巨大溃疡·····	800
三、十二指肠球后溃疡·····	801
四、吻合口溃疡·····	803
五、Meckel 憩室溃疡 ·····	805
六、无症状型溃疡病·····	806
七、难治性溃疡·····	808
八、小儿消化性溃疡病·····	809
九、老年溃疡病·····	817
第五章 实验性溃疡·····	825
第三十节 动物实验性溃疡的制备·····	825
中文索引·····	834

第一章

概 论

第一节 消化性溃疡病的历史

郑芝田

一、国内部分

早在公元前 500~300 年《黄帝灵枢经》胃肠篇第三十一中即有关于胃肠解剖的记载。该篇叙述了消化道各器官的大小、长短及部位和容量,反映了古代解剖学知识^[1]。原文如下:

“黄帝问于伯高曰:余愿闻六腑传谷者,肠胃之小大长短,受谷之多少奈何?伯高曰:请尽言之!谷所从出入浅深远近长短之度:唇至齿长九分,口广二寸半。齿以后至会厌,深三寸半,大容五合。舌重十两,长七寸,广二寸半。咽门重十两,广一寸半。至胃长一尺六寸,胃纡曲屈,伸之,长二尺六寸,大一尺五寸,径五寸,大容三斗五升。小肠后附脊,左环回周迭积,其注于回肠者,外附于脐,回运环十六曲,大二寸半,径八分分之少半,长三丈二尺。回肠当脐,左环回周叶积而下,回运环反十六曲,大四寸,径一寸寸之少半,长二丈一尺。广肠传脊,以受回肠,左环叶脊,上下辟,大八寸,径二寸寸之大半,长二尺八寸。肠胃所入至所出,长六丈四寸四分,回曲环反,三十二曲也。”

同时,在《黄帝内经素问》卷二十一六元正记大论篇 第七十一中即有关于胃痛的描述^[2]:

“木郁之发……故民病当心而痛,上支两肋,鬲咽不通,饮食不下”。卷二十二至真要大论篇第七十四又谓:“厥阴之胜……胃脘当心而痛,上支两肋,肠鸣飧泄,少腹痛,注下赤白,甚则呕吐,鬲咽不通^[3]”。

《内经》又叙述“凡病心腹痛者,有上、中、下三焦之别。上焦者痛在膈上,此即胃脘痛也,胃脘当心而痛者即此也”。

又说:“中脘属胃,隐隐作痛者胃脘痛也,…”。

这是“胃脘痛”一辞最早出现在医学书籍中。由此可见,我国古代对胃病的认识,并不晚于号称医学之父希腊的 Hippocrates (公元前 460~359 或 377 年)。其后,汉、唐、金、元、明及清各代医家,对胃病均有较详细的论述。

汉朝(公元前 266~公元 220 年)名医扁鹊难经中,也有关于胃解剖的记载。图 1-1

可以说明。

扁鹊难经

胃腑形象

“四十二难曰：胃重二斤一两。纡曲屈伸，长二尺六寸。大一尺五寸，径五寸。盛谷二斗，水一斗五升。”

同一页中也记录了华佗的论胃病辩证施治法^[4]，原文如下：

中藏经 汉华佗

论胃腑虚实寒热生死逆顺脉证之法

“胃者，腑也。又名水谷之海，与脾为表里。胃者，人之根本，胃气壮，五脏六腑皆壮也。足阳明是其经也。胃气绝，五日死。实则中胀，便难，肢节疼痛，不下食，呕吐不已。虚则肠鸣胀满，引出滑泄。寒则腹中痛，不能食冷物。热则面赤如醉人，四肢不收持，不安眠，语狂目乱，便硬者是也。痛甚则腹肋胀满，呕吐不入食，当心上下不通，恶闻食臭，嫌人语，振寒，喜伸欠。胃中热则唇黑，热甚则登高而歌，弃衣而走，颠狂不定，汗出额上，衄不止。虚则四肢肿满，胸中短气，谷不化中消也。胃中风，则溏泄不已。胃不足则多饥不消食。病人胃不平，则胃中病渴者不能治。胃脉坚而长，其色黄赤，病折腰，其脉软而散，病食痹。关上脉浮大者，虚也，浮而短啬者实也，浮而微滑者亦虚，浮而迟者寒也，浮而数者热也。虚实寒热，生死之证，察其脉理，即成神妙也。”

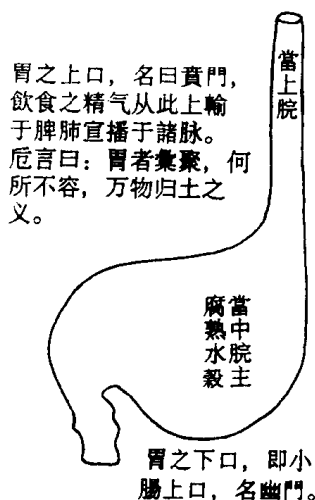


图 1-1 胃腑形象之图

唐朝 孙思邈（公元 618~907 年）在千金方记录：“胃者，水谷之腑也…重二斤十四两，迂曲屈伸，长二尺六寸，径五寸，收水谷三斗五升…”。

将胃病分为两类：“① 胃实热，头痛汗不出，如温疟…腋下肿痛；② 胃虚寒，病苦胫寒不得卧，…腹痛虚鸣…”。

金朝 刘元素（公元 1115~1234 年）在《河间六书》中将胃病分为：“风厥证（主脾胃）；胃胆证（主胃热）；胃体证（主胃病）；鼓膨证（胃病气逆）；胃寒肠热证（主胃）；胃热肠寒（主胃）等六型”。

元朝 李杲（公元 1206~1368 年）的《东垣十书》中记载：“大肠小肠五脏皆属于胃，胃虚则俱病论…。胃虚则五脏、六腑、十二经、十五络、四肢皆不得营运之气，而百病生焉。”

明朝 李挺（公元 1368~1644 年）的《医学入门》中有：“胃腑赋”，记录了胃的解剖。

清朝 清代医家叶天士（公元 1616~1911 年）等虽对瘟病学说有所建树，但据史学家讲因畏于文字狱，很少发表自己的观点，在胃病方面多系整理前人的经验，摘录如下：

《证治准绳 卷四 心病胃脘痛》：“其冲和之气变至偏寒偏热，因之水谷不消，停留水饮、食积，真气相搏为痛，惟肝木之相乘者尤甚，胃当心而痛。”

《症因脉治 卷一 外感胃脘痛及内伤胃脘痛》：“外感胃脘痛之因，其人中气向寒，

偶触时令之寒,则寒凝胃口而痛;…。内伤胃脘痛之因,饮食不节,伤其胃口,太阴升降之令凝节壅闭,则食积之痛作矣;…。”

《丹溪心法附余 卷十五 心痛》:“…痛则不通,通则不痛,夫胃脘痛者,或因心身受寒气,口得冷物,郁遏阳气而不得上升也。…”

《景岳全书 卷之二十五 杂病谟 心腹痛》:“痛有虚实…辩之之法,但当察其可按者为虚,拒按者为实…”

《类证治裁 卷之六 胃脘痛论治》:“治法须分新久,初痛在经,久痛入络,经主气,络主血也。初痛宜温散以行气,久痛则血络亦痹,必辛通以和营,未可概以看燥例治也。…”以下辨证施治叙述甚为详尽。中医所记述的胃脘痛肯定包括溃疡病在内。

溃疡病正确诊断有赖于现代医学手段。西方医学传到我国较晚,据《博医学报》记载,第一个到中国来的外国医生名叫 Alexander Pearson^[5],是东印度公司 1805 年派到广州的高年外科医生,但无做手术的记录,1850 年去世,唯一的功绩是带来了牛痘苗。但据哈医大《医学报》记载^[6],最早来中国的外国医生是 Morison 和 Livingtone,两人于 1800 年分别在澳门和广州开诊所。

清咸丰年间,李鸿章掌管外务,相信西医,曾延西医到家中诊病。派人去美国学习,又在天津成立“Victory”医院,专为海军官兵服务。

1903 年开办了我国自己的医学馆,但只有 4 年的寿命。

1912 年 12 月 26 日国立北京医学校正式成立。

1914 年据《教会年鉴》(Missionary Year Book)记载,Hedbloom 医生^[7]在上海哈佛大学作报告,据称,当时中国有 264 家医院和医务所。外国男医生 300 人,女医生 135 人,护士 112 人;中国医生护士共 94 人。1914 年住院总人数为 126788 人,门诊病人 2129774 人。

1913~1914 年,有 60 家医院作了报告,中国医院病人为 15793 人,外国医院 15864 人。各种疾病 41 种,中国医院胃病病人 207 人(1.3%);外国医院 388 人(2.45%)。胃病 207 例中,85%为胃炎和消化不良。此外,胃癌 12 例(5.7%),溃疡病 24 例(11.6%),其中 1 例穿孔手术后痊愈。

根据这一统计,国内溃疡的确诊时间应在 1914 年以前,但最早的发现日期并未说明。教会年鉴始于 1887 年,根据 1887~1923 年的目录,1914 年以前,未见胃病的报告。

1918 年,Elliott^[8]在四川宝宁报告了 40 例手术证实的溃疡病(1915 年 2 例、1916 年 10 例、1917 年 28 例)。其中十二指肠溃疡 21 例、胃溃疡 12 例、3 例部位不定,1 例为胃癌,另 3 例未见异常。实际溃疡为 36 例。十二指肠溃疡与胃溃疡之比为 2:1。同时分析了临床症状、诊断及手术方式。

1916 年 Cadburg 在广州教会医院工作时,报告一例急腹症病例,病人于 1914 年 10 月 16 日住院,诊断胃穿孔,经保守治疗一周,愈后出院,24 天后复发,手术证明为胃穿孔已形成脓肿,说明当时外科手术技术不高。

同年,Logen^[9]自湖南报告 5 年手术结果,16 种病中无一例为胃病。

当时在中国工作的 Bulkley 医生^[10],于 1916 年访问美国的 Mayo Clinic,据 Mayo 医生讲,当时该院每年手术 416 例,131 例(1/3)属于胃肠病。给 Bulkley 医生很大启示,他想东方肯定也有溃疡病,因为症状很相似。可见当时对溃疡病的诊断及治疗水平确实

不高。受条件限制,凡诉上腹部不适者均诊断消化不良。Eustman 还对消化不良进行了分类:① 十二指肠溃疡病、胃溃疡病、胃癌;② 全身疾病(心、肺、血液等);③ 胆囊病和慢性阑尾炎;④ 功能性消化不良(胃下垂)。看来,目前所谓 NUD 的分类并不比 100 年前高明多少,只是不包括溃疡病而已。

二、国外部分

(一) 日本溃疡病发现情况

汉唐时期中医已传入日本,所谓汉医。到 18 世纪,荷兰人将西医传入日本。自明治维新(1868~1911 年)以后,日本医学又转向德国,派出留学生,并延聘教师到日本任教。学习德国医学技术。在德国医生 Balz 1884 年编写的内科教科书中,已记载了日本人的溃疡病。其后,1891 年日本第五高等学校医学部教授栗原东明^[11]曾报告一例肺结核病人合并胃溃疡病,尸体解剖发现小弯后壁有鸡卵大的溃疡(3cm×5cm),与胰腺愈着,边缘清楚整齐呈漏斗状。再后来日本学者如山极、长与及汤川等人也对临床及病理进行了研究^[12]。其中,汤川玄洋的报告虽非最早但较为详细^[13],汤川曾去德国留学,从师 Boas,归国后 Boas 要求他总结日本的胃溃疡病以与德国的比较。Boas 是当时的胃肠病学专家,曾提出 Boas 压痛点用来诊断溃疡病。以下是汤川对 Boas 信的一段叙述(见原文):

汤川当时在大阪府立高等学校病理室工作,他联合东京帝国医科大学病理室教授西川恒弥和京都帝国医科大学病理室的山极博士,将三个单位尸体解剖证实的胃溃疡 93 例做了详细地比较,结果见表 1-1:

表 1-1 东京、京都、大阪三所医科大学病理解剖材料

	解剖总数	溃疡数 (%)	男 (%)	女 (%)
东京	1197	(23) 1.91	1.08	0.83
京都	1367	(45) 3.29	2.20	1.09
大阪	500	(25) 5.00	3.40	1.60

他还详细地分析了 93 例的症状、体征、性别、年龄、实验室检查及合并症等情况,并与外国材料进行比较,同时调查国外流行病学情况。德国、瑞士、俄国、法国、北美和西非的溃疡临床发病率。发现俄国最低,圣彼得堡 3750 例中无 1 例溃疡。瑞士的 Genf 也只有 0.3%。发病最高的是柏林为 3.0%。病理解剖统计也是柏林最高(8.3%),最低也是俄国的圣彼得堡,6000 例尸解中只有 0.05%。

作者还复习了已往的发病学说,就胃酸的关系来讲各家意见不一,欧洲的材料多数胃酸偏高,作者认为日本发病率偏低,可能与日本食物以菜为主,胃酸偏低有关。

作者共复习了各国文献 58 篇,分析了他们国内 1910 年以前的解剖材料,遗憾的是,病例从那年开始并未提及。据另外文献记载,日本是在明治 33 年(1900 年)开始做尸体解剖,估计是十年积累的资料。

自此之后,有些学者开始动物试验,如本田^[14]将石松子悬液注入犬胃动脉分支,即可使胃粘膜发生溃疡。量小发生糜烂,量大还可发生穿孔。说明动脉栓塞对溃疡的发生至关重要。

在发病机理方面,大井^[15]提出二重规制说。他的观点是:一方是解剖的问题与粘膜和肌肉有关;另一方是生理的问题与分泌和运动有关(以后详述)。

(1) 東京醫學會雜誌第貳拾四卷第拾七號

東京醫學會雜誌第貳拾四卷第拾七號

明治四十三年九月五日發行

論 文

日本ニ於ケル胃潰瘍

附原四郎ニ對スル私見

大阪胃腸病院研究室ニ於テ

湯川玄洋

緒 言

一千九百〇九年臘月、恩師 Prof. Dr. T. Bouss 先生伯林ヨリ遙
カニ一書ヲ成シテ曰ク胃潰瘍ハ臨床上甚ダ興味多キ疾病ナリ
歐洲ト日本トハ雲煙萬里ヲ隔テ東西風土ヲ異ニニ本病ノ發生
及發候等思フニ多少ノ差異アラシキヲ調査シテ以テ其比較ヲ
致スハ予ノ渴望スル所ナリ依テ予ハ君ニ勸奨スルニ君ガ實驗
ニ基キ日本ニ於ケル胃潰瘍ノ觀察ヲ報告センコトヲ以テスト
予ハ謹テ其旨ニ從ヒ直チニ其調査ニ着手セント欲セシモ用務
山積作務今日ニ至レリ頃日漸ク之ヲ了シ脱稿シタルモノ即チ

(論 文) 日本ニ於ケル胃潰瘍

七百三十七

本編ナリ其蒐集セル材料敢テ富豐ナラザルノミナラズ凡庸ノ
識見ハ得テ者限ノ正鵠ヲ望ムベクモアラズ恩師ノ高瞻ヲ完フ
シ得ザルハ予ノ恥カラズ遺憾ヲ感ズル所ナリ

然レモ予ハ之ヲ思フ Curvillier 氏ガ始メテ單純胃潰瘍 Ulcus
simplex ventriculi トシテ報告ヲ致セシヨリ約八十年ヲ過ギ
Rokitsky 氏等之レガ模範的記載ヲ公ニシテヨリ七十年ヲ
經タリ爾來本症ニ關スル記載ハ歲ト共ニ多キヲ重ネ今日ニ至
リ殆ンド餘蘊ナキヲ覺フト雖モ然レモ我邦ニ於ケル本症ヲ歐
洲ニ報告セシハ其例甚ダ乏シカルベシ否予ノ寡聞未ダ之ヲ知
ザルナリ而カモ風土體質習慣食物ヲ異ニセル我日本ノ本症
ハ恩師ガ觀察ノ如ク歐洲ノソレト多少ノ異點アリ其材料富豐
ナラズト雖モ其觀察凡庸ナリト雖モ光榮ノ識見ヲ以テ之ヲ讀
過セバ或ハ興味ハ記述外ニ在ルモノアルベシ是レ調査ノ不備