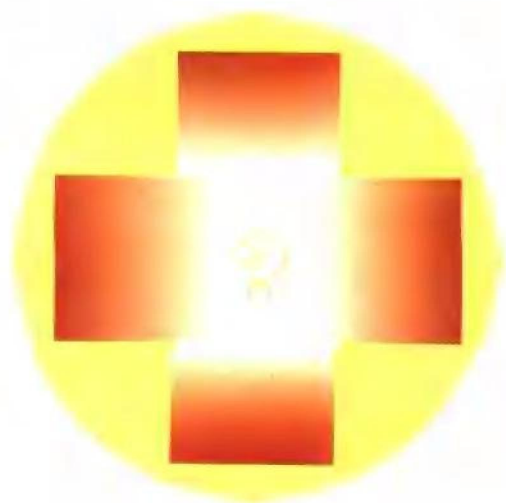


YINANBING
ZHENLIAOXUE

疑难病诊疗学

◎赵毅鹏 等 / 主编



海军出版社

疑难病诊疗学

赵毅鹏 等主编

海洋出版社

1998 年 · 北京

主 编：赵毅鹏 刘 明 刘建莉 晁岳汉

副主编：陶 洁 陈 丽 弓慧珍 申永合

班太峰 吴新艳

编 委：于江红 孟召虎 张毛利 查莉红

刘海民 马胜春 张 倩

前 言

祖国医学源远流长,从草创之初就奠定了其辨证论治的内容,从伏羲制九针的传说到《黄帝内经》,从扁鹊的治疗实践到张仲景的《伤寒杂病论》,无不贯穿着辨证论治这一精髓内容。其后历代医家众说纷纭,各有建树,其中对于疑难病的辨证治疗更是其精粹所在。正是由于运用辨证论治的方法解决疑难病症的治疗,才使得中医学在世界医学中独树一帜。在社会生活节奏日益紧张的今天,疑病丛生、难病常见。为反映当前辨证治疗疑难病的研究成果,总结临床医家的临床经验,我们编写了此书。本书的编写,在注意各病症理法方药系统性的前提下,全面介绍了中西医结合的研究成果,启迪读者思路,并为科研、教学提供借鉴,因此是广大中医、西医和中西医结合临床医生必备的参考书。

限于编著者的经验和水平,书中缺点和疏漏之处在所难免,希望广大读者批评指正。

编著者

1997年2月

目 次

消化性溃疡	(1)
急性胃炎	(19)
慢性萎缩性胃炎	(30)
反流性食管炎	(43)
肝硬化	(57)
胆囊炎	(79)
胆石症	(89)
黄疸.....	(106)
溃疡性结肠炎.....	(121)
细菌性肺炎.....	(134)
慢性支气管炎.....	(146)
支气管哮喘.....	(159)
心绞痛.....	(175)
心肌梗塞.....	(193)
高血压病.....	(211)
雷诺氏病.....	(232)
血管性头痛.....	(243)
血栓闭塞性脉管炎.....	(258)
再生障碍性贫血.....	(271)
三叉神经痛.....	(286)
蛛网膜下腔出血.....	(300)

癫痫.....	(315)
脑栓塞.....	(329)
类风湿性关节炎.....	(345)
糖尿病.....	(360)
肥胖症.....	(378)
甲状腺机能亢进.....	(391)
肾盂肾炎.....	(404)
慢性肾小球肾炎.....	(416)
肾病综合征.....	(428)

消化性溃疡

西 医

消化性溃疡是一种划界清楚的局限性组织缺失,累及粘膜、粘膜下层和肌层,胃肠道与胃液接触部位的慢性溃疡,因其形成、发展与胃液中胃酸和蛋白酶的消化作用有关,故称消化性溃疡。由于溃疡主要在胃和十二指肠,故又称胃、十二指肠溃疡。临床上以上腹部反复发作性、节律性疼痛为特征。本病以长期性、周期性、节律性疼痛、复发率高为特点。据有关报道,在一般人口中,罹患本病约占人口中的 10%,且尤以青壮年为多,性别方面男性较女性为多,二者之比为 2:1~4:1。好发季节为秋冬及早春。在临床上十二指肠溃疡较胃溃疡为多见,并且有人报道十二指肠溃疡病人的平均起病年龄比胃溃疡病人约早 10 年,本病若日久不愈,常伴有大量出血、急性穿孔、幽门梗阻,甚至癌变等严重并发症。近年来随着治疗消化性溃疡药物如组织胺 H_2 受体阻断剂的问世,取得了较好的治疗效果。但同时也发现一些问题,如药物的毒副作用、停药后复发率高等。

目前一般认为本病属典型的身心疾病范畴,对其遗传关系,近年来也取得了不少成果。有研究表明,本病并非单一的

疾病,而是多基因的,且与外在因素密切相关的一组疾病,是属于遗传异质性疾病范畴。

一、病因

消化性溃疡的病因较复杂,概括起来说溃疡的形成是由于对胃粘膜、十二指肠粘膜的保护因素和损害因素的关系失调所致。当损害因素增加和(或)保护因素消弱时,即可导致溃疡的发生。胃溃疡发病以保护因素减弱为主,而十二指肠溃疡的发病则以损害因素的作用为主。其他因素反映在遗传和其他疾病的影响,各因素多是相互联系或综合而构成发病机理的一系列环节。

(一) 损害因素

1. 胃酸—胃酶的影响:胃酸—胃蛋白酶的作用,特别是胃酸由于分泌过多,损害粘膜而构成致溃疡因素。

2. 神经系统和内分泌功能紊乱:在持续和过度的精神紧张、情绪激动等神经精神因素的影响下,大脑皮质功能发生障碍,既可使迷走神经兴奋性异常增高,通过刺激壁细胞和胃泌素细胞,使胃酸分泌过高;又可分泌过多肾上腺皮质激素,兴奋胃酸、胃蛋白酶分泌,使溃疡易于形成。

3. 胃泌素和胃窦部潴留:副交感神经兴奋、胃窦部粘膜接触蛋白质分解物或胃窦部潴留、膨胀,均能刺激胃泌素细胞分泌胃泌素,而引起胃溃疡。

4. 饮食不节或失调及药物的不良刺激:食物或饮料对粘膜可起物理性或化学性损害作用;有的则刺激胃酸分泌;不规则的进餐时间可破坏胃分泌的节律;多种药物,如阿司匹林、保泰松、消炎痛、肾上腺皮质激素、磺胺药及某些抗生素等,可通过各种机理引起消化性溃疡。

(二) 削弱粘膜的保护因素

1. 胃粘膜屏障的破坏:某些能溶解脂肪的化合物,如阿斯匹林、酒精、其他药物和体内的胆盐和胰液等十二指肠液成分,可损害胃粘膜上皮细胞的脂蛋白层,使胃粘膜屏障遭到破坏,胃、十二指肠粘液中碱分泌发生障碍,亦可使胃粘膜屏障破坏发生溃疡。

2. 粘膜的血运循环和上皮细胞更新障碍:胃、十二指肠粘膜的完整和粘膜上皮细胞稳定的基本条件是粘膜的良好血运循环和上皮细胞更新,以及微循环系统有效和适量的灌流。如若血运循环发生障碍,粘膜缺血坏死,而细胞之再生更新跟不上,则在胃酸—胃蛋白酶的作用下就有可能形成溃疡。

3. 前列腺素的缺乏:内生前列腺素合成障碍,可能为溃疡形成的机理之一。

4. 胃、十二指肠炎症的影响:胃、十二指肠溃疡多伴炎症,炎症可削弱粘膜抵抗胃酸的能力,为溃疡的形成提供了基础。胃、十二指肠炎症与胆汁、胰液反流,幽门螺旋杆菌(HP)感染有关。HP阻抑了胃酸对胃泌素细胞分泌的负反馈作用,造成长期的胃泌素增多和壁细胞增生,形成十二指肠溃疡。

5. 吸烟与饮酒:吸烟可引起血管收缩,抑制胆汁和胰液的分泌而减少其在十二指肠内中和胃酸的能力,同时引起胆汁反流而破坏胃粘膜屏障;饮酒长期刺激胃、十二指肠粘膜,造成胃泌素增多和壁细胞增生,发生溃疡。

(三) 其他因素

本病发生可能与遗传有关系,另外如类风湿性关节炎,慢性疾病如慢性胰腺炎、肝硬化、高钙血症及肺气肿等患者本病

的发病率一般较高。

二、发病机理

胃溃疡多位于胃窦小弯,有时见于大弯,亦可位于幽门管。十二指肠溃疡多位于球部,偶位于球以下部分。溃疡多呈圆形或椭圆形,直径一般小于 2.5cm,深达粘膜肌层,边缘一般整齐,有炎性水肿、细胞浸润和纤维组织增生等病变发生。底部平坦洁净,覆有灰白纤维渗出物。进一步发展,累及肌层和浆膜,有时穿透浆膜而引起穿孔。当溃疡基底的血管,特别是动脉受到侵蚀时,可导致大量出血。溃疡愈合后多留瘢痕,瘢痕收缩或浆膜层与周围组织粘连可引起病变部位畸形和幽门狭窄。

三、临床表现

1. 症状:长期反复发生,局限性、缓慢性、周期性和节律性的中上腹部疼痛。胃溃疡疼痛多位于剑突下正中或偏左,多在餐后 0.5~2 小时发作,经 1~2 小时胃排空后缓解,其规律是进食→疼痛→缓解。十二指肠溃疡疼痛多位于上腹正中或稍偏右,多在餐后 3~4 小时发作,进食后缓解,其规律是进食→缓解→疼痛。本病呈周期性发作,与季节有关,秋末冬初最多,春季次之,夏季少见,本病与饮食、精神情绪、治疗反应等亦有关,疼痛性质为隐痛、烧灼样痛、钝痛、饥饿痛或剧痛,服碱性药物可缓解。

本病除疼痛症状外,还有嗝气、反酸、烧心、恶心、呕吐等症状。

2. 体征:中上腹部可有局限性深压痛。

3. 并发症。

(1) 出血:胃、十二指肠溃疡可使血管受到侵蚀、破裂而

导致出血。

(2) 穿孔:胃、十二指肠溃疡严重时,溃疡深达浆膜层时可通透而发生急性穿孔。

(3) 幽门梗阻:十二指肠球部或幽门溃疡可引起幽门括约肌痉挛,溃疡周围组织充血水肿,均妨碍幽门过道的通畅,造成暂时性的幽门梗阻。

四、实验室及其他检查

1. X线钡剂检查:直接征象有龛影出现,尤以胃溃疡明显,但浅小溃疡或胃底贲门区溃疡则不易发现,间接征象可见溃疡局部有压痛、激惹,溃疡对侧有痉挛性切迹。

2. 胃液分析:胃溃疡病人胃酸分泌正常或稍低于正常,十二指肠溃疡病人胃酸多增高,应用五肽胃泌素法测定,大部分十二指肠溃疡病人的 $\text{PAO} > 40\text{mEq/h}$ 。

3. 胃内镜及粘膜活检:镜下可见溃疡呈圆形或椭圆形,边缘充血、水肿,底部有白苔,有时可见皱襞向溃疡集中,可直视下取活检做病理检查。

4. 粪便隐血检查:经3天素食后,如粪便隐血阳性,提示溃疡有活动性。

五、诊断标准

1. 慢性病程,周期性发作,常与季节变化、精神因素、饮食有关;或长期服用能致溃疡的药物如阿司匹林等病史。

2. 上腹隐痛、灼痛或钝痛,服碱性药物后缓解,典型者胃溃疡常剑突下偏左,好发于餐后半小时到1~2小时,十二指肠溃疡常于中上腹偏右,好发于餐后3~4小时或半夜痛醒。疼痛常伴反酸、嗝气。

3. 基础泌酸量及最大泌酸量测定有助诊断。胃溃疡的

基础泌酸量正常或稍低,但不应为游离胃酸缺乏;十二指肠溃疡的最大泌酸量增高,但应小于 60mol/h。

4. 溃疡活动期大便潜血阳性。

5. X 线钡餐检查可见龛影及粘膜皱襞集中等直接征象。单纯局部压痛、激惹或变形等间接征象仅作参考。

6. 胃镜检查:可于胃或(及)十二指肠球部、球后部见圆或椭圆形、底部平整、边缘整齐的溃疡。根据溃疡面所见,可分为:

(1) 活动期:溃疡面为灰白或褐色苔膜覆盖,边缘肿胀,色泽红润、光滑而柔软。

(2) 愈合期:苔膜变薄,溃疡缩小,其周围可见粘膜上皮再生的红晕,或溃疡面几乎消失,其上有极小的薄苔。

(3) 疤痕期:溃疡面白苔已消失,变成红色充血的瘢痕;可见皱襞集中。

具备以上 1、2、5, 或 2、6 项者可诊断为胃或十二指肠球部溃疡。对诊断为胃溃疡者须与恶性溃疡鉴别,凡能进行胃镜检查者应做粘膜活检予以确诊。

六、鉴别诊断

(一) 与胃粘膜脱垂相鉴别

胃粘膜脱垂为间歇性上腹痛,无溃疡的节律性疼痛,制酸药物不能缓解,左侧卧位可使疼痛缓解,X 线钡餐检查能证明脱垂的存在。

(二) 与胃癌和胃溃疡癌变相鉴别

胃癌多见于中年以上,病程较短,并有进行性恶化过程,一般食欲很差。疼痛多见于上腹部,早期多为隐痛或仅为不适感,晚期方才明显,疼痛没有规律性,进食后加重,制酸药一

般效差,粪便隐血试验持续阳性,胃液分泌多缺乏胃酸。胃癌与胃溃疡癌变的确诊,仍依靠内镜直视下病灶活检及(或)癌细胞刷取等综合方法为主。

(三) 与慢性胃炎鉴别

慢性胃炎无一定的规律性,X线钡剂检查可能揭示胃炎征象,但一般帮助不大,胃镜检查是鉴别胃炎与溃疡病的主要方法。

(四) 与胃神经官能症相鉴别

胃神经官能症与消化性溃疡均可出现上腹部疼痛不适等症状,但胃神经官能症以中年女性较多,多有精神创伤史,主要表现为间歇性上腹痛、胃灼热或不适感、泛酸、嗝气、呃逆,但症状缺乏溃疡病的节律性,常伴有头痛、头昏、乏力、失眠、抑郁或焦虑等神经精神症状,各种仪器与生化检查均无异常。

七、治疗方法

(一) 一般疗法

生活要有规律,注意劳逸结合与休养,饮食宜吃易消化的清淡食物,避免暴饮暴食,不要过饥过饱,不吃过粗、过硬、过酸、过热和刺激性食物,禁烟、酒、咖啡、浓茶等。

(二) 药物治疗

1. 抗酸药:氢氧化铝凝胶 10~15mL,3次/d;氧化镁 0.5~1.0g,3次/d;三矽酸镁 0.5~1.0g,3次/d;硫磺铝 0.5~1.0g,3次/d;复合制剂有胃舒平、胃得乐、胃疡宁等。

2. 抗胆碱药:普鲁本辛 15~30mg,3次/d;阿托品 0.3~0.6mg,3次/d;复方颠茄片 1~2片,3次/d;胃复康 1~2mg,3次/d。

3. H_2 受体拮抗剂:西米替丁(甲氰咪胍),餐前 200mg,3

次/d, 及睡前 400mg; 或 400mg, 2 次/d, 4~6 周为一疗程。雷尼替丁(呋喃硝胺), 150mg, 3 次/d。法莫替丁, 20mg, 2 次/d, 4~6 周为 1 疗程。

4. $H^+ - K^+$ ATP 酶抑制剂: 洛赛克(奥美拉唑), 每日清晨口服 1 次, 每次 20mg, 4~6 周为 1 疗程。

5. 钙通道阻滞剂: 硝苯啶 40mg/d, 或维拉帕米 160mg/d, 6~8 周为 1 疗程。

6. 丙谷胺可提高胃粘膜屏障作用, 促进溃疡愈合, 并可抑制胃酸分泌, 及镇痛作用, 400mg, 3 次/d。胃复安及吗丁啉, 可促进胃肠蠕动, 加速排空, 用量均为 20mg, 3 次/d。

7. 痢特灵, 第 1~3 日服 0.2g, 4 次/d; 第 4~7 日 0.2g, 3 次/d; 第 8~14 日 0.1g, 4 次/d, 疗程为两周。

(三) 并发症的治疗

临床并发上消化道出血者应按“上消化道出血”篇治疗, 合并有幽门梗阻或穿孔者应请外科治疗。

中 医

根据消化性溃疡的临床表现, 属中医学“胃痛”、“吐酸”、“嘈杂”、“痞满”等症范畴。其中以上腹胃脘部近心窝处经常发生疼痛者, 归属于“胃痛”; 以泛吐酸水为主证者, 归属于“吐酸”; 以胃中自觉嘈杂, 胸膈懊恼, 痛苦莫可名状为主证者, 归属于“痞满”。中医认为本病发生主要由情志所伤, 饮食劳倦等方面。忧思恼怒, 七情刺激, 肝气失疏, 横逆犯胃; 或脾气郁结, 纳化失常, 饮食失节或偏嗜, 损伤脾胃; 或湿热壅结中焦, 胃络受损, 均可导致溃疡发生。长期体力或脑力劳动过度, 损

脾耗气,运化迟滞,气血失畅,胃膜不生,发为本病。

一、病因病机

肝主疏泄,性喜条达,恶抑郁,若忧思恼怒,七情刺激,情志失和,肝失疏泄,肝气横逆犯胃;饮食失节或偏嗜,损伤脾胃,寒温不适或劳倦过度皆可致脾胃的运化功能低下;肝脾不和,脾气郁结,纳运失常,脾胃虚弱,导致本病发生;长期体力或脑力劳动过度,损脾耗气,运化迟滞,气血失畅,而产生气滞血淤,湿热壅结中焦,胃膜受损,亦可导致本病。本病病位在胃,与肝脾关系密切,在病机转化方面,具有由气及血,由实转虚,寒热转化,或寒化伤阳,化热伤阴之特点。

二、辨证施治

本病辨证,当分寒热、虚实、阴阳、在气在血。如肝气犯胃、肝胃郁热、淤血停滞等,多属实证;胃阴不足、脾胃虚寒等,多属虚证。若久病因虚而导致气滞血淤湿阻者,属本虚标实。

(一) 肝胃不和型

1. 症状:胃脘胀满,攻撑作痛,牵及两胁,暖气频繁,每遇恼怒而疼痛加重,苔薄白,脉弦。

2. 治则:疏肝理气,和胃止痛。

3. 主药:柴胡疏肝散加味。

柴胡 10g,白芍 15g,香附 10g,广木香 10g,陈皮 10g,元胡 10g,川楝子 10g,甘松 10g,枳壳 10g,甘草 10g。

加减:胃脘发凉,喜热饮者,加吴茱萸、干姜以温中散寒;胃中灼热者,加黄连、栀子以降胃火;吐酸者,加乌贼骨、浙贝母,或煅瓦楞子,以制酸和胃;暖气频繁者,加沉香、白蔻仁、苏子或代赭石以顺气降逆;舌质偏红、有阴虚倾向者,宜去香附、木香,加石斛、麦冬、郁金等滋养胃阴,疏肝止痛。

(二) 肝胃郁热型

1. 症状：胃脘部有灼热感，食入易痛，喜凉饮，口苦咽干，吞酸，嘈杂，便秘溲赤，舌尖红，黄腻苔，脉多弦数。

2. 治则：清热和胃。

3. 方药：清胃散加味。

石膏 50g, 栀子 15g, 丹皮 15g, 黄连 10g, 川楝子 25g, 青皮 25g, 枳实 25g, 杷叶 15g。大黄 10g, 甘草 10g。

加减：吞酸嘈杂者，加白芍、瓦楞子；口苦者加柴胡、龙胆草。

(三) 瘀血停滞

1. 症状：胃脘疼痛有定处，如针刺或刀割，痛而拒按，食后痛甚，或见吐血、黑便。舌质紫暗，或见瘀斑，脉涩或沉弦。

2. 治则：活血化淤，通络止痛。

3. 方药：失笑散和丹参饮加味。

丹参 24g, 檀香 10g, 砂仁 6g, 生蒲黄 10g, 五灵脂 10g, 当归 12g, 赤白芍各 12g, 党参 15g, 香附 10g, 元胡 10g, 乌贼骨 30g, 三七粉(分冲)6g, 甘草 6g。

加减：疼痛较剧者，加乳香、没药、九香虫、大黄以加强化淤止痛作用；兼气滞者，加柴胡、枳壳以疏肝理气止痛；淤血日久、耗伤正气者，加黄芪、白术以益气健脾；兼呕血、黑便者，加生大黄、白芨粉、藕节等以化淤止血。

(四) 脾胃虚寒型

1. 症状：胃脘隐痛，喜暖喜按，绵绵不断，遇凉痛甚，每遇受凉、劳累后疼痛发作，空腹痛甚，得食痛减，泛吐清水，纳差，神疲乏力，四肢不温，大便溏薄，舌淡苔白，脉细弱。

2. 治则：温中健脾，和胃止痛。

3. 方药：黄芪建中汤合良附丸加味。

黄芪 30g, 桂枝 10g, 白芍 20g, 高良姜 10g, 香附 10g, 党参 15g, 白术 12g, 茯苓 15g, 广木香 10g, 煅瓦楞子 30g, 炙甘草 10g, 生姜 10g, 大枣 12g。

加减：泛吐清水明显者，加半夏、陈皮、干姜，以温胃化饮；泛吐酸水明显者，加吴茱萸、乌贼骨、益智仁以温中制酸；大便隐血阳性者，加炮姜炭、白芨、伏龙肝、仙鹤草等以温中止血。

（五）胃阴亏虚型

1. 症状：胃脘隐痛，灼痛，午后尤甚，嘈杂心烦，口燥咽干，纳呆食少，大便秘结，舌质红，苔少干而少津，脉细数。

2. 治则：养胃益阴。

3. 方药：一贯煎加味。

沙参 15g, 麦冬 12g, 当归 10g, 生地 18g, 川楝子 10g, 枸杞子 12g, 白芍 15g, 石斛 15g, 玉竹 15g, 佛手 10g, 生麦芽 30g, 甘草 6g。

加减：胃脘灼热疼痛、吞酸嘈杂者，可配用左金丸；兼淤血者，加丹参、元胡、赤芍、桃仁等化淤止痛；气阴两虚、兼乏力神疲者，加黄芪、太子参、山药以益气健脾；大便干结者，加重生地用量，并加瓜蒌、火麻仁、紫菀以润燥通便。

三、其他疗法

（一）单验方

1. 锡类散 0.3g、生肌散 1.5g，早晚各 1 次；脾胃虚寒者用黄芪建中汤加减送服；肝胃不和者用柴胡疏肝散加减送服，用于消化性溃疡。

2. 珍珠粉，每日 6g，分 4 次口服，6 周为 1 疗程，用于消化性溃疡。