

主编 马沐梁

# 中西医结合 胃肠病学

ZHONGXIYI  
JIEHE  
WEICHANG  
BINGXUE

ZHONGYIGUJICHUBANSHE

中医古籍出版社

2011  
11月

1872/07

# 中西医结合胃肠病学

主 编 马汴梁

副主编 秦光利 吴 标 史保民

编 委 (按姓氏笔画排列)

马汴梁 马光远 方曼琳 石显方

史保民 吴 标 张培安 杨瑞民

赵 一 赵春花 秦光利 梁武风

贾云英 袁培敏

中医古籍出版社



A0003862

274559

**(京)新登字027号**

**责任编辑：杜杰慧**

**封面设计：刘 钊**

**中西医结合胃肠病学**

**马汴梁 主编**

**中医古籍出版社出版**

**(100700 北京东直门内北新仓18号)**

**新华书店总店科技发行所发行**

**沁阳市印刷厂印刷**

**787×1092毫米 16开本 27.375印张 614千字**

**1993年4月第1版 1993年4月第1次印刷**

**印数：0001—4000**

**ISBN 7-80013-433-4/R·430**

**定价：15.00元**

## 内 容 提 要

本书是一部现代中西医结合诊治胃肠病的专著。共15章，76节。第一章至第七章阐述了胃肠解剖、生理、病理学知识，胃肠病常用诊断及中医辨证施治原则；第八章至第十二章详述了胃肠病中西医诊断和治疗方法；第十三章至第十五章分别介绍了胃肠病的针灸疗法、外治疗法及常用中西医药物。全书力求及时反映中西医在胃肠病方面的新进展，立足于临床，坚持实用，为广大临床医师及大中专学生的良好用书。

## 前 言

胃肠疾病是内科临床实践中最为常见、多发的病种，长期以来国内外学者在胃肠病的理论研究和临床的诊疗方面，做了大量的工作，尤其在纤维内窥镜应用于临床后，使胃肠病的诊断与治疗上了一个新的台阶。数千年来，祖国医学在胃肠病的诊治方面积累了丰富的经验，从《内经》胃肠病的理论，到《伤寒论》“实脾”“保胃气”的治则；从《脾胃论》益气升阳法的问世，到叶天士胃阴学说的产生，都为胃肠病的研究留下了宝贵的遗产。

建国以来，中西医结合诊治胃肠病取得了可喜的成就。鉴此，我们邀请了从事胃肠病临床及研究工作多年的医师编撰一部意在反映当代中西医结合治疗胃肠疾病的专著，以满足广大临床医师的需要，在对编写大纲反复进行讨论、修改的基础上，历时三载，数易其稿，终得完成。

本书在编写中采用辨病与辨证相结合，以西医病名为纲，以中医证型为目；既着重于临床，又注重于基础理论；既反映现代中西医治疗胃肠病的经验方法，又不偏废传统中医理论，相互融通，取长补短，在坚持方便、实用、科学的原则下，力争体现学术的发展与更新。如将胃粘膜癌前病变、非溃疡性消化不良等疾病专为一节，予以论述，以冀对胃肠病学的发展有所推进。

由于参加编著人员分散，编写风格各异，加之时间仓促，谬误难免，敬请海内高贤及读者不吝指教。另外因篇幅的关系，我们在文末省略了参考文献一节，特向原作者表示歉意及感谢之情。

本书承蒙全国人大常委会常务委员、北京中医学院教授、全国著名中医学家董建华先生及中国中西医结合消化专业委员会主任委员、北京市中医研究所所长、全国著名消化病专家危北海先生作序，河南省卫辉市造纸总厂厂长张培安先生大力帮助，在此谨申谢忱。

马汴梁

1992年12月

于山阳

## 序 1

随着人民生活水平的不断提高,胃肠病的发病率逐年上升,它已成为我国城乡人民的最常见的病证。有人认为,胃肠病的发病率仅次于心脏血管病,而在实际生活中,患胃肠病的机会比其它病多。因此,胃肠病日益引起广大医务人员的重视,并从各种途径,采用多种方法对本病的病因、病理、发病机理、临床分型、诊断标准及治疗方法等方面进行了比较详尽的研究。

祖国医学在治疗胃肠病方面,积累了丰富的经验,其方法独特、疗效显著。近年来,又经过广大中医工作者的努力,新的治疗方法不断出现,一些疑难病,诸如胃肠道肿瘤,以及一些胃肠道的癌前病变等,越来越被广大医务人员认识,理论上有了新的突破,治疗上取得了可喜的疗效。

《中西医结合胃肠病学》正是取中医、西医两者之长,理论上有一定创新,治疗上有自己的特色,文字上深入浅出,语言上比较精炼,内容上新颖紧凑,并且注意结合自己的临床实际、各章节间衔接合理,是一部较为系统的中西医结合专著。它的出版,对广大中医、西医、中西医结合医务工作者来说,是一本具有实用价值的参考书,无疑给广大胃肠病患者带来了福音。

在《中西医结合胃肠病学》出版之机,感谢编者对我的信任,我很高兴接受编者的诚恳邀请为本书作序,也愿将此书推荐给广大医务工作者。

董建华

92. 8. 12

## 序 2

胃肠病是我国目前临床上的常见多发病，发病率很高，对人类的健康影响很大，提高这类疾病的防治效果具有重要的理论意义和实用价值。近年来，中西医务工作者对此做了大量的研究工作，取得了丰硕的成果，出现了不少新观点、新经验及新方法，提高了胃肠病的诊断及治疗效果。

本书作者在继承和发扬中医药历代丰富理论文献和实践经验的基础上，又整理和总结了建国以来广大医务人员防治胃肠病的大量资料，并结合了自己独到的理论认识和长足的经验体会，精心编撰了这本《中西医结合胃肠病学》。本书的出版，不仅对中国医学防治胃肠病的理论和经验进行了一次较系统的归纳和总结，而且充实了我国有关这方面医学著作的不足，进一步丰富了中西医防治胃肠病的方法。

本书的特点是突出中医特色，吸取西医所长，刻意求新，不落俗套，理论联系实际，精心编排，历时三载。本书简明扼要，文字流畅，深入浅出，易于掌握，不仅对一般基层医务人员的业务提高大有好处，而且对从事胃肠病研究者也有裨益。

主编马汴梁同志从事胃肠病临床工作多年，经验丰富，深信此书能写出新水平，有较高的质量，成为广大读者的良友。当然，由于胃肠疾病涉及的面很广，临床表现多样，治疗方法繁多，因而对本书不可能求全责备，希望今后能不断修订和充实。

危北海

于北京市中医研究所

1992. 11. 15

# 目 录

<b>第一章 胃肠解剖与生理病理</b> .....	1
第一节 胃的解剖与临床.....	1
第二节 胃的生理病理.....	6
第三节 肠的解剖与临床.....	14
第四节 肠的生理病理.....	20
<b>第二章 胃肠病的常见症状</b> .....	28
<b>第三章 胃肠道激素</b> .....	36
<b>第四章 胃肠内镜检查</b> .....	43
第一节 纤维胃镜检查.....	43
第二节 纤维十二指肠镜检查.....	48
第三节 纤维结肠镜检查.....	51
<b>第五章 胃肠影像学检查</b> .....	57
第一节 胃肠道X线双对比检查.....	57
第二节 选择性胃、小肠和大肠动脉造影.....	64
第三节 胃肠道CT检查法.....	66
第四节 磁共振成像(MRI).....	67
<b>第六章 胃肠病其它辅助检查</b> .....	70
第一节 鼻饲管的应用.....	70
第二节 生理盐水负荷试验.....	72
第三节 胃液分析.....	73
第四节 胃粘膜活组织检查.....	81
第五节 胃脱落细胞学检查.....	85
第六节 十二指肠引流术.....	88
第七节 三腔二囊管的使用.....	91
第八节 胃电图检查.....	94
<b>第七章 胃肠病常用中医治则</b> .....	96
第一节 补气类.....	96
第二节 养阴类.....	97
第三节 温中类.....	98
第四节 升提类.....	100
第五节 清热类.....	100
第六节 祛湿类.....	102



第七节	攻下类	103
第八节	疏肝类	104
第九节	健脾类	105
第十节	消食类	106
第十一节	活血类	106
第十二节	降逆类	107
<b>第八章</b>	<b>胃病</b>	<b>109</b>
第一节	急性单纯性胃炎	109
第二节	急性腐蚀性胃炎	112
第三节	急性胃粘膜病变	114
第四节	慢性浅表性胃炎	119
第五节	慢性萎缩性胃炎	125
第六节	碱性返流性胃炎	129
第七节	吻合口炎与残胃炎	135
第八节	胃溃疡	138
第九节	卓-艾氏综合征	143
第十节	胃息肉	146
第十一节	胃粘膜脱垂症	149
第十二节	急性胃扩张	152
第十三节	胃石症	154
第十四节	胃下垂	157
第十五节	上消化道出血	160
第十六节	非溃疡性消化不良	171
第十七节	胃的癌前病变	176
<b>第九章</b>	<b>肠病</b>	<b>182</b>
第一节	十二指肠炎	182
第二节	十二指肠淤滞症	185
第三节	十二指肠溃疡病	189
第三节	克隆病	197
第五节	溃疡性结肠炎	202
第六节	肠结核	208
第七节	肠道易激综合征	213
第八节	下消化道出血	217
<b>第十章</b>	<b>胃肠道细菌病毒感染</b>	<b>223</b>
第一节	细菌性痢疾	223
第二节	病毒性胃肠炎	228
第三节	霍乱	232

第四节	伤寒与副伤寒 .....	273
第五节	细菌性食物中毒 .....	243
<b>第十一章</b>	<b>胃肠道寄生虫病 .....</b>	<b>248</b>
第一节	阿米巴病 .....	248
第二节	蛔虫病 .....	254
第三节	绦虫病 .....	259
第四节	钩虫病 .....	262
<b>第十二章</b>	<b>胃肠道肿瘤 .....</b>	<b>266</b>
第一节	胃癌 .....	266
第二节	胃良性肿瘤 .....	274
第三节	小肠肿瘤 .....	276
第四节	大肠癌 .....	280
第五节	大肠良性肿瘤 .....	288
<b>第十三章</b>	<b>胃肠病针灸疗法 .....</b>	<b>293</b>
第一节	针刺对胃肠道运动功能的影响 .....	293
第二节	针刺对胃肠道分泌功能的影响 .....	294
第三节	针刺对吸收功能的影响 .....	295
第四节	针刺对消化道溃疡的影响 .....	295
第五节	针刺对消化道炎症的影响 .....	295
第六节	针刺疗法在胃肠病中的应用 .....	296
<b>第十四章</b>	<b>胃肠药物外治疗法 .....</b>	<b>301</b>
<b>第十五章</b>	<b>胃肠病常用药物介绍 .....</b>	<b>349</b>
第一节	中成药 .....	349
第二节	西药 .....	395
<b>附录</b>		
方剂索引 .....		413
参考文献 .....		424

# 第一章 胃肠解剖与生理病理

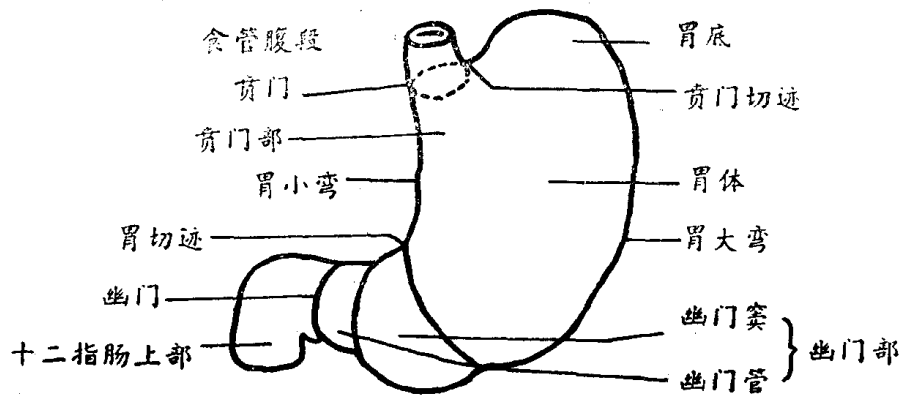
## 第一节 胃的解剖与临床

胃是人体消化器管最宽大的部分，上接食管，下连十二指肠。成人胃的形状和容量因人而异，半满状时全长约20~30cm左右，可容纳1~3L，它有暂时储存食物和初步消化食物的机能。胃壁肌肉很发达，在饥饿时可缩成管状，在充满时扩大到原来的1~10倍，下界可垂至脐下。在正常情况下，食物在胃内存留4~6h即被排空。

祖国医学文献中，对有关胃的形状、长度、宽度、直径、容量和重量的记载很早。我国医学著作《内经》之《灵枢·胃肠篇》说：“胃纡曲屈，伸之，长二尺六寸，大一尺五寸，经五寸，大容三斗五升。”继后，《难经》中说：“胃重二斤二两……盛谷二升，水一斗五升。”古代的度、量、衡与现代不同。有人研究证实，《内经》中的胃肠解剖与现代医学解剖学基本一致。

### 一、胃的大体解剖

胃有两个面，即前面（前壁）和后面（后壁）；两个弯，即大弯和小弯，两个口，即贲门（入口）和幽门（出口）（见下图）



胃及其分部图

胃可分成4个部分，即胃底部、贲门部、胃体部和幽门部。

胃的最上端，从贲门平面向左上方膨出，称为胃底，呈圆顶状。胃底与贲门，食管之间的凹陷是贲门切迹。贲门附近界限不定的小区域称为贲门部。贲门部以下，胃的大部分为胃体。紧接幽门近侧的狭细管状部分称为幽门管。幽门管与胃体之间的部分称为

幽门窦或胃窦部。幽门管与幽门窦合称幽门部。从胃小弯远侧的角切迹向左下方引一条假想线，即是胃体与幽门部之间的分界线（见上图）。

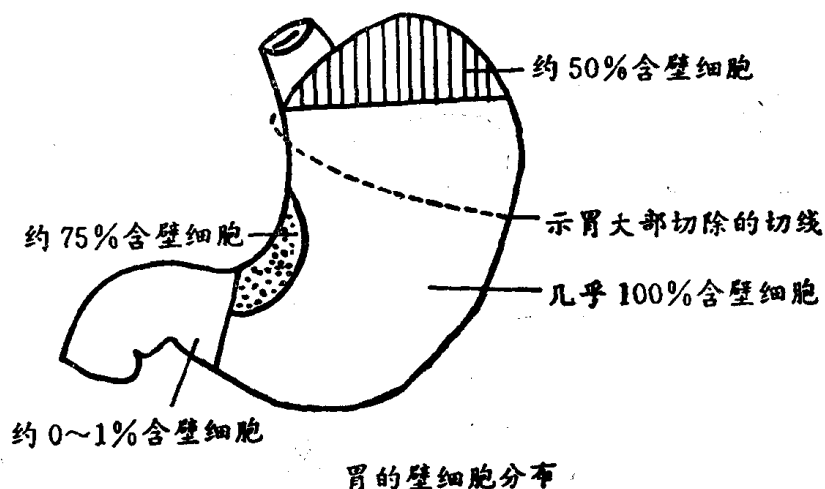
## 二、胃壁的构造

胃壁自内向外依次由粘膜、粘膜下层、肌层和浆膜构成。临床上习惯把浆膜和肌层称为浆肌层，全部4层合称全层。

1. 粘膜：活体的胃粘膜呈玫瑰色，但在贲门和幽门附近的粘膜略呈苍白。

胃粘膜和粘膜下层共同形成许多不甚规则的皱襞。在贲门、幽门处，皱襞多呈放射状排列，而在小弯处则有4~5条纵行的与胃长轴一致排列的皱襞，此处称胃道。幽门处粘膜还形成幽门瓣，突向十二指肠。

胃粘膜的上皮下陷形成胃腺。胃体和胃底部的腺体，主要含有三种细胞，其中的主细胞分泌胃蛋白酶原和凝乳酶，壁细胞分泌盐酸和抗贫血因子，壁细胞在胃壁内的分布情况（见下图）；粘膜细胞功能尚不十分清楚，有人认为可能产生尿素酶，可中和盐酸保护胃粘膜免受损害，胃窦部有G细胞，分泌胃泌素，胃底部尚有功能不明的嗜银细胞。



2. 粘膜下层：胃的粘膜下层主要由疏松结缔组织和弹力纤维构成，血管和神经丰富。粘膜层的癌症和炎症，常可在粘膜下层内扩散。由于粘膜下层血管丰富，故胃切除时应仔细结扎这些血管，防止术后出血。

3. 肌层：胃的肌层由3层走行方向不同的平滑肌构成。其内层为斜行肌，在贲门处略增厚；中层为环行肌，在幽门处增厚，形成幽门括约肌；外层为纵行肌，在贲门处与食管的纵行肌层相延续，在幽门处与十二指肠的纵行肌层相连续。在胃体、小弯处较发达。

发达的幽门括约肌环绕着幽门的管腔，在胃的表面容易触知，因此临床医生习惯于触摸它来判定幽门，称之为幽门轮。幽门括约肌不仅有生理功能，还是一个解剖结构。

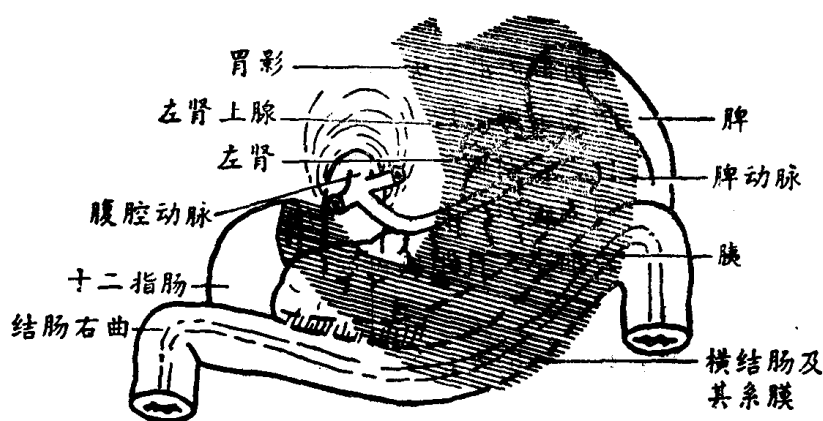
幽门括约肌是胃排空机制的一个组成部分，而不是控制胃排出速度的唯一结构。如果没有纵行肌的收缩就会使幽门拉长和变窄，从而使排出功能降低。

贲门也有括约功能，但括约肌的解剖结构不清楚。贲门括约功能的真实情况还不清楚，但是下面提出的一些机制已得到了实验和临床所得证据的支持：①在食管与胃接合处的粘膜皱襞起到瓣膜的作用；②食管进入胃处形成所成的锐角起到瓣膜式的效果；③食管下部的环行肌尽管与解剖结构上的括约肌不同，但也能起到生理性括约肌的作用；④围绕贲门排列的胃的肌纤维，可起到括约肌的作用，或可起维持食管进入胃处所成的锐角的作用；⑤当食管穿过膈时，膈的内侧脚对于食管下端起到一个弹簧夹的作用；⑥腹腔内的正压可压迫很短的食管腹段管壁。

4. 浆膜：即腹膜脏层，几乎完全被覆于胃的表面，在胃大、小弯处分别与大、小网膜相延续。

### 三、胃的毗邻关系

胃的前面、左侧与肋缘与膈相邻，左侧被肝左叶覆盖，其余的（即剑突下三角区）与腹前壁相贴。胃的后面有网膜囊，它使胃与胰、横结肠、左肾、左肾上腺和脾等分隔开（见下图）。当胃排空时，横结肠也可移到胃大弯的前面。胃底上方邻接膈的左侧穹窿。小网膜附着于胃小弯、大网膜（确切地说应为大网膜的前二层，即胃结肠韧带）附着于胃大弯。这些网膜内都含有供应胃的血管、淋巴管、淋巴结和神经。所谓胃床即指胃后面的器官和结构而言，其中胰腺与胃后壁关系最为密切。



胃后面的毗邻

### 四、胃的血管

#### (一) 胃动脉

胃的血液供应十分丰富。一般情况下，胃的动脉完全来自腹腔动脉，并经贲门和幽门两端到达胃，之后沿胃大、小弯分别形成动脉弓，与同名静脉、胃的神经和淋巴管伴



灌注胃的四大动脉中的任何一支，即使结扎了其余的所有胃外动脉，仍能完全充盈胃粘膜的所有动脉。由此可以说明：

1. 仅结扎个别的或几条胃外动脉来控制胃溃疡出血是没有意义的。

2. 仅有胃网膜右动脉（或至多再加上胃右动脉）供血、胃仍能存活。因此，可以仅保留1~2支胃的血管而结扎其他血管，使胃游离。指到胸腔高度，与食管吻合。

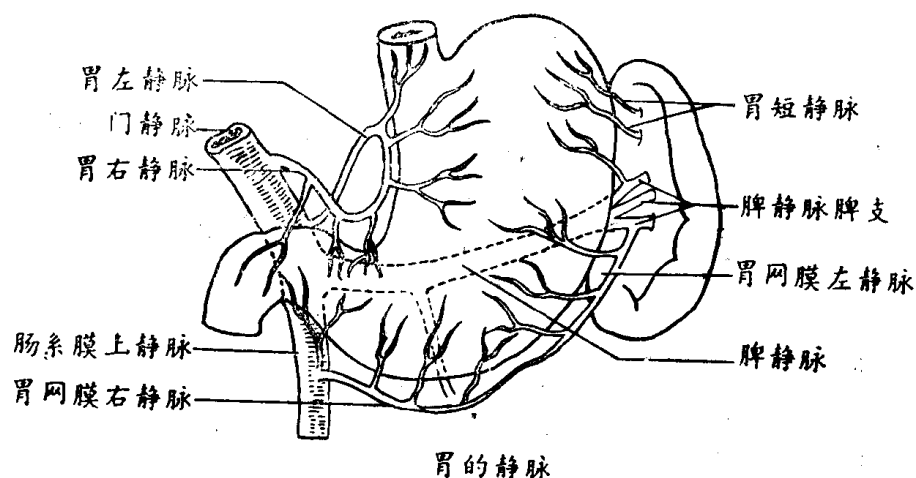
3. 施行典型的远侧胃病全切除时，虽然结扎了胃左、右血管和胃网膜右血管，胃的残部仍可依赖胃网膜左动脉及胃短动脉来供应充足的血液。胃大部切除后，致命的残胃缺血性坏死是少见的。如果偶有发生，可能同胃短动脉和胃左动脉硬化闭塞所致，或者是自食管下行的血液不足以供应胃粘膜下丛所致。

由于胃有广泛的粘膜下动脉丛，使得胃粘膜有很丰富的血液供应，因此，较小的表浅溃疡或糜烂，也可能大量出血。同理，胃手术中吻合口要缝合严密，切开粘膜下层要结扎。

胃网膜左、右动脉分界处相当于胃大弯中点。胃大部切除术在胃大弯侧的切点一般是选择在此二动脉分界处的左侧2~4cm处。从此切点至胃小弯的近侧切断胃，约相当于切除全胃的50~60%。如果病人胃液酸度较低，这种切除也能达到治疗目的。也有主张胃大弯侧的切点选择在胃短动脉与胃网膜左动脉之间的所谓“无血管区”处。如果自此“无血管区”至胃小弯侧胃动脉第1、2分支之间切断胃的话，约相当于切除全胃的75%；如果胃小弯侧切除胃左动脉的第3分支，则相当于切除50%。

## （二）胃静脉

胃的静脉与动脉伴行，正常时均汇入门静脉系统（见下图）。像门静脉离支一样，胃的静脉无瓣膜，血液易于改变流向。胃右静脉沿胃小弯右侧走行，在十二指肠上部上后



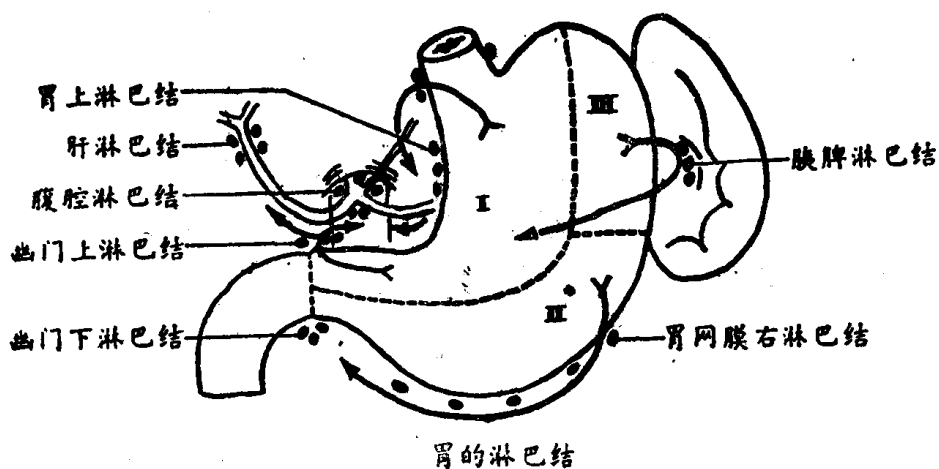
方或在肝门附近注入门静脉，也可注入肠系膜上静脉或胃网膜右静脉等。幽门和十二指肠交界处的前面有一条比较恒定的出前门静脉（Mayo静脉），经幽门前垂直向上，

汇入胃右静脉。出幽前静脉可作为手术时寻找幽门的标志。胃左静脉或称胃冠状静脉，沿胃小弯左侧走行，于贲门上方处接纳食管的静脉支，之后转向右下，伴以同名动脉行于网膜囊后壁深面，汇入门静脉起始段或脾静脉。胃左静脉经食管静脉丛构成了——门腔静脉间的吻合联系。胃网膜左静脉和胃短静脉都经脾静脉末段或其脾支而入门静脉。胃网膜右静脉沿胃大弯右侧先行，主要引流胃幽门部的血液，离开胃之后，通常汇入肠系膜上静脉或其较大的属支，很少直接汇入门静脉或脾静脉。胃后静脉往往回流到脾静脉。

当门静脉高压时，胃的静脉都可发生曲张。尤其在肝硬化并发门静脉高压时，胃冠状静脉更是门静脉血流回归腔静脉的重要路经之一。病变时，由于一部分门静脉血通过胃冠状静脉与食管静脉的吻合支，经奇静脉回流到上腔静脉，因此，在食管和胃底将形成静脉曲张。这种静脉曲张破裂可发生上消化道大出血，是门静脉高压症的严重并发症之一。治疗食管、胃底静脉曲张，可施行门—静—腔脉吻合，脾—肾静脉吻合，肠系膜上一腔静脉吻合等分流术，以降低门静脉高压，还可施行门—奇静脉断流术。后有一般是经腹腔将胃冠状静脉，贲门部其他胃外血管以及粘膜下血管全部结扎，使食管、胃底静脉曲张好转。为了制止出血，还可通过胃镜将栓塞剂注入曲张的静脉丛，使之形成血栓并机化闭塞血管。门静脉高血压，胃后静脉亦可怒张、破裂、出血。

### 五、胃的淋巴系统

胃壁淋巴管比较丰富，在粘膜体周围及粘膜下层淋巴管纵横交织构成淋巴管网，淋巴液自粘膜引流至粘膜下层，再穿过肌层、浆膜层、经淋巴管汇流至胃周围淋巴结。胃贲门的淋巴管与食管的淋巴管有充分的交通。胃小弯侧淋巴液引流至胃左动脉周围淋巴结后，经腹腔动脉周围淋巴结而流至胸导管内。胃大弯侧上部淋巴液沿胃短动脉至脾门处淋巴结。胃大弯下部的淋巴液引流至幽门处淋巴结，而后流入腹腔动脉干周围淋巴结。胃壁淋巴管网与食管下端及十二指肠淋巴管网虽有交通枝，但为数甚少，尤以幽门处为然，这就是胃癌很少扩散至十二指肠的原因。





## 六、胃的神经支配

胃的交感神经与副交感神经共同支配胃的活动和胃液分泌。交感神经的兴奋能抑制胃的蠕动和减少胃液分泌。副交感神经的兴奋则促进胃的蠕动和加强胃液分泌。

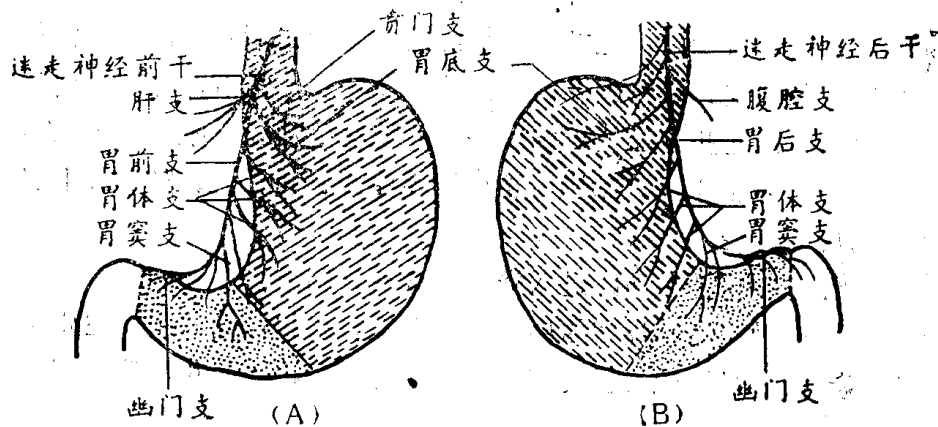
### (一) 胃的交感神经

分布与胃和十二指肠的交感神经节前纤维发自脊髓第5(或6)至第9(或10)胸节,通过胸交感干上的神经节(不换神经元)后,形成内脏大神经,再到腹腔神经节。在该节内,这些节前纤维与节内神经元形成突触,其节后纤维参与构成腹腔神经丛。丛的分支经腹腔动脉的各个分支走向胃及十二指肠。其中随胃左动脉和肝总动脉的分支更多些,故胃小弯处有更密集交感神经纤维分布。

### (二) 胃的副交感神经

胃的副交感神经来自迷走神经。

左迷走神经一般下行于食管腹段的右前方,在浆膜覆盖下延续为迷走神经前干。右迷走神经下行于食管腹段右后方,延续为迷走神经后干。在贲门附近,迷走神经前干分为肝支和胃前支,偶有小支到腹腔丛和贲门;后干分为较大的腹腔支和较小的胃后支,偶发数小支到肝丛及胃后一底壁(见下图)。



胃的迷走神经

(A)前干 (B)后干

1. 胃前支: 在小网膜内,距胃小弯0.5~2cm,伴随胃左动脉而行。在先行过程中发生4~10条分支,分布于胃前壁和十二指肠上部。其分支有:

(1) 贲门支: 在贲门附近发生,分布于贲门部前壁。

(2) 胃底支: 在贲门附近发生,分布于胃底前壁。

(3) 胃体支: 沿胃小弯发出,约4~6支,伴胃左动脉的胃前支走行,分布于胃体前壁。胃体支与胃底支是重要的胃酸分泌神经。

(4) 胃窦支,是胃前支的较大一个分支,或是迷走前干的直接延续,沿胃小弯中部下行。于角切迹附近到达胃壁,分布于胃窦部前壁。

(5) 幽门支,是胃前支的最后一个分支,在角切迹附近(距幽门约5~7cm)