

总主编 陈茂仁 张俊龙

中西医结合专科病诊疗大系

胃 肠 病 学

翟秀玲 宋鲁成 孙兆英 编著

山西科学技术出版社

K57
ZXL

105075

中西医结合专科病诊疗大系

胃 肠 病 学

翟秀玲 宋鲁成 孙兆英 编著



山西科学技术出版社



责任编辑 赵志春
复 审 张丽萍
终 审 郭博信

24

中西医结合专科病诊疗大系

胃肠病学

总主编 陈茂仁 张俊龙

编 著 翟秀玲 宋鲁成 孙兆英

*

山西科学技术出版社出版 (太原并州北路 69 号)

山西省新华书店发行 铁三局印刷厂印刷

*

开本: 787×1092 1/16 印张: 28 字数: 686 千字

1997 年 10 月第 1 版 1997 年 10 月太原第一次印刷

印数: 1—5000 册

*

ISBN 7-5377-1447-9
R·581 定价: 32.00 元

编委会主任 张俊龙

总 主 编 陈茂仁 张俊龙

编 委 (按姓氏笔画为序)

马金凤	王 凯	王 钢	王元元
王东梅	吕 波	吕志平	孙兆英
宋鲁成	汪受传	邱红明	刘瑞芬
李如辉	李景阳	苏勋庄	张 娟
张俊龙	张俊忠	张洪斌	苗爱勤
金 实	金 星	陈茂仁	周光林
赵秀芳	祝维峰	段学忠	秦小卫
秦红松	钱秋海	傅新利	路玉滨
翟秀玲	熊传策	魏建润	

EW77/30 13

出版说明

一百多年前,西方医学大举进入中国,打破了中医学一统天下的局面。虽然中西医之间文化背景和思维方式存在巨大差异,然而,共同服务于人类的宗旨,使得开始于一百多年前的“中西汇通”的尝试到本世纪 50 年代得以蓬勃发展,并日益显示出其活力和生机,医学也形成了中医学、西医学、中西医结合医学三足鼎立的局面。但是迄今为止,还没有一套在广度和深度上能充分反映中西医结合医学这一学科丰富内容的专书出版。有鉴于此,我社于 1994 年开始组织编写这套“中西医结合专科病诊疗大系”,目的是通过这套丛书,全面总结中医学、西医学,尤其是中西医结合医学在临床诊疗方面的新发展、新成就。我们希望这套丛书既能体现中医临床诊疗的特点和丰富内容,又能体现西医临床诊疗的原则和方法,并富有中西医结合的时代气息;广收旁引,芟除芜杂,努力编成一套系统、全面、新颖、实用的临床系列全书,为提高中医、中西医结合水平作出贡献。

本套丛书的作者大都是从事中医、中西医结合研究的专家、教授,他们当中绝大多数是本学科各专业的博士学位获得者,能够全面了解和掌握本学科的研究方向和信息,这是这套丛书得以顺利出版的前提和基础。

1994 年 10 月召开了第 1 次编委会会议,通过了编写大纲,并进行了分工;1995 年 10 月召开了第 2 次会议,研究了编写中存在的问题,并对初稿进行了修改;1996 年 3 月完成全部书稿的编写任务;同年 5 月邀请有关专家进行审改和定稿工作。历时三载,数易其稿,1996 年 10 月工程全部告竣。

在编写过程中,陈茂仁博士、张俊龙博士对这套丛书的组织和编写做了大量的工作,对这套丛书的完成起了至关重要的作用。

山东中医药大学的张珍玉教授、局次清教授对本套书的修改和最后定稿提出了许多建设性意见,有力地保证了这套丛书的质量。

这套丛书之所以能顺利出版,是各有关单位大力支持和全体编委辛勤劳动的结果。参加本套书编写工作的单位有:山东中医药大学、南京中医药大学、山西中医学院、浙江中医学院、福建中医学院、重庆中医药研究所、山东医科大学、第一军医大学、第二军医大学、山西医科大学、江苏省中医医院、山东省千佛山医院等。

编写如此大型中西医结合临床专科专著,尚属首次,由于缺乏经验,人员分散,限于水平,缺点、错误在所难免,恳请广大读者批评指正,以便将来修订再版。

山西科学技术出版社

编写说明

一、临床诊断和治疗是医学的最终目的所在。中医、西医、中西医结合各具特色。本书博采众长,不拘学派,去粗存精,总结当代中西医结合临床诊疗的新理论、新诊断、新疗法、新方药,并作出客观评价,努力反映今日之创获。全书务求立论精当,内容充实,系统全面,客观实用,从而适应临床、教学和科研工作的需要,促进医学学术的繁荣。

二、依据西医疾病分类方法,选取其中常见病和疑难病为研究对象。“疑”是疑惑不解,即在病理和诊断上难以定论;“难”是指治疗上有难度,缺乏有效或根治的治疗措施。疑难与否,以西医诊疗为基准。“常见”,是指发病率高,为临床常见病。

三、以西医疾病的系统分类为单元,采用丛书系列方式集成14册。包括:《心脏病学》、《肺脏病学》、《肝胆病学》、《胃肠病学》、《肾脏病学》、《神经病学》、《风湿病学》、《内分泌病学》、《血液病学》、《男科病学》、《妇产科病学》、《骨伤科病学》、《儿科病学》、《外科病学》。

四、这套丛书每一分册均分上、中、下三编。上编为基础理论部分,主要简述各系统的西医生理、病理等基础知识,并逐一尝试用中医理论解释说明之,以求取得中西医结合各系统病治疗理论方面的发展与突破,并为中编具体病种的临床诊疗奠定基础。中编为临床诊疗部分,遵循“西医简明,中医详深”的原则,凡涉及西医的部分,简明扼要,归纳出几点结论;涉及中医的部分,则详细深入,务求理论上深入探讨,方法上广泛收集,突出中医、中西医结合特色。下编为专题研究部分,针对上编、中编未能详细说明的一些临床难点和共性问题进行探讨。

五、每一病证,分概述、病因病理、诊断、治疗、预防等节,每节各有独立的内容,并前后呼应,蔚成一体。

六、“概述”重点介绍病证的西医病名定义、分类及发病率、防治等一般知识,简要说明中医对这些病症的认识及防治源流。西医病因病理,着墨适中,条理清晰;中医病因病机,丝丝入扣,针对性强;西医诊断简而不漏,要点突出;中医诊断纲目清楚,纲举目张;西医治疗简明扼要,中医治疗详细实用;预防在思路上突出中医治未病的思想,在具体措施上则中西医并用。

七、中医药治疗是这套丛书的重点,其常规治疗“辨证论治”部分,列出治法、选方、用药、剂量及加减变化,并做适当用药分析。“验方治疗”部分,选择文献报道中经统计处理证实对本病证确有良效的科学处方,分别在组成、用法、功用、疗效分析条下阐述。“单味药治疗”中的药理部分主要介绍单味药对本病(系统)的基础药理,未涉及对其他系统的药理。“其他治疗”部分,详收中医学的独特疗法,但所选之术均系临床文献报告对本病确有良效者。“中西医结合治疗”部分,主要说明在本病治疗中的中西药配用问题,但所选之法皆为临床文献报道和个人经验的总结,绝非无根据之推测性发挥。

八、我们组织山东、山西、江苏、浙江、福建、四川、上海等地的学者编写如此大型中西医结合临床诊疗专科病系列丛书,由于缺乏经验,囿于水平,加之人员分散,尽管多次统稿协调,各册之间仍有不尽统一和不尽完善之处,敬请读者批评指正。

总主编:陈茂仁 张俊龙

目 录

上编 基础理论

第一章 胃肠道的生理	(3)
第一节 西医对胃肠道生理的认识	(3)
第二节 中医对胃肠道生理的认识	(18)
第二章 胃肠道疾病的病因病机	(27)
第一节 胃肠道疾病的病因	(27)
第二节 胃肠道疾病的病机	(30)
第三章 胃肠道疾病的诊断	(35)
第一节 西医对胃肠道疾病的诊断	(35)
第二节 中医对胃肠道疾病的诊断	(49)
第三节 现代医学检查病理改变的中医认识	(56)

中编 临床诊疗

第一章 反流性食管炎	(67)
第一节 病因病理	(67)
第二节 临床诊断	(68)
第三节 治疗	(71)
第四节 预防	(75)
第二章 食管癌	(76)
第一节 病因病理	(76)
第二节 临床诊断	(78)
第三节 治疗	(81)
第四节 预防	(87)
第三章 食管贲门失弛缓症	(90)
第一节 病因病理	(90)
第二节 临床诊断	(91)
第三节 治疗	(93)

第四节 预防	(96)
第四章 食管裂孔疝	(97)
第一节 病因病理	(97)
第二节 临床诊断	(97)
第三节 治疗	(99)
第四节 预防	(100)
第五章 急性胃炎	(102)
第一节 病因病理	(102)
第二节 临床诊断	(103)
第三节 治疗	(105)
第四节 预防	(107)
第六章 慢性浅表性胃炎	(109)
第一节 病因病理	(109)
第二节 临床诊断	(111)
第三节 治疗	(113)
第四节 预防	(126)
第七章 慢性萎缩性胃炎	(129)
第一节 病因病理	(129)
第二节 临床诊断	(130)
第三节 治疗	(133)
第四节 预防	(135)
第八章 消化性溃疡	(137)
第一节 病因病理	(137)
第二节 临床诊断	(139)
第三节 治疗	(142)
第四节 预防	(155)
第九章 胃粘膜脱垂症	(158)
第一节 病因病理	(158)
第二节 临床诊断	(159)
第三节 治疗	(161)
第四节 预防	(164)
第十章 胃癌	(166)
第一节 病因病理	(166)
第二节 临床诊断	(169)
第三节 治疗	(172)

第四节	预防	(181)
第十一章	胃内结块	(183)
第一节	病因病理	(183)
第二节	临床诊断	(184)
第三节	治疗	(186)
第四节	预防	(190)
第十二章	十二指肠炎	(191)
第一节	病因病理	(191)
第二节	临床诊断	(192)
第三节	治疗	(194)
第四节	预防	(198)
第十三章	十二指肠壅积症	(200)
第一节	病因病理	(200)
第二节	临床诊断	(201)
第三节	治疗	(204)
第四节	预防	(207)
第十四章	餐后综合征	(208)
第一节	病因病理	(208)
第二节	临床诊断	(209)
第三节	治疗	(211)
第四节	预防	(213)
第十五章	胃切除后胆汁反流性胃炎	(215)
第一节	病因病理	(215)
第二节	临床诊断	(216)
第三节	治疗	(217)
第四节	预防	(220)
第十六章	上消化道出血	(222)
第一节	病因病理	(222)
第二节	临床诊断	(224)
第三节	治疗	(227)
第四节	预防	(238)
第十七章	急性出血性坏死性肠炎	(241)
第一节	病因病理	(241)
第二节	临床诊断	(242)
第三节	治疗	(245)

第四节	预防	(247)
第十八章	伪膜性肠炎	(249)
第一节	病因病理	(249)
第二节	临床诊断	(250)
第三节	治疗	(252)
第四节	预防	(254)
第十九章	克隆病	(255)
第一节	病因病理	(255)
第二节	临床诊断	(257)
第三节	治疗	(260)
第四节	预防	(263)
第二十章	溃疡性结肠炎	(264)
第一节	病因病理	(264)
第二节	临床诊断	(266)
第三节	治疗	(270)
第四节	预防	(278)
第二十一章	大肠癌	(281)
第一节	病因病理	(281)
第二节	临床诊断	(283)
第三节	治疗	(286)
第四节	预防	(289)
第二十二章	胃神经官能症	(291)
第一节	病因病理	(291)
第二节	临床诊断	(292)
第三节	治疗	(294)
第四节	预防	(298)
第二十三章	肠道易激综合征	(299)
第一节	病因病理	(299)
第二节	临床诊断	(301)
第三节	治疗	(304)
第四节	预防	(309)
第二十四章	肠梗阻	(310)
第一节	病因病理	(310)
第二节	临床诊断	(311)
第三节	治疗	(314)

第四节 预防	(321)
第二十五章 消化道息肉	(323)
第一节 病因病理	(323)
第二节 临床诊断	(325)
第三节 治疗	(328)
第四节 预防	(331)
第二十六章 细菌性痢疾	(333)
第一节 病因病理	(333)
第二节 临床诊断	(334)
第三节 治疗	(337)
第四节 预防	(344)
第二十七章 病毒性胃肠炎	(346)
第一节 病因病理	(346)
第二节 临床诊断	(347)
第三节 治疗	(348)
第四节 预防	(351)
第二十八章 便秘	(352)
第一节 病因病理	(352)
第二节 临床诊断	(353)
第三节 治疗	(356)
第四节 预防	(360)
第二十九章 腹泻	(362)
第一节 病因病理	(362)
第二节 临床诊断	(364)
第三节 治疗	(367)
第四节 预防	(372)

下编 专题研究

第一章 中医治疗幽门螺杆菌感染	(377)
第一节 幽门螺杆菌的西医学研究	(377)
第二节 慢性胃病 HP 感染和中医辨证分型	(382)
第三节 单味中药及中成药治疗 HP 感染的研究	(384)
第四节 复方中药治疗 HP 感染的研究	(385)
第五节 抗 HP 中药药理实验研究	(387)
第二章 慢性萎缩性胃炎的中医研究进展	(391)

第一节	慢性萎缩性胃炎病因病机的探讨	(391)
第二节	慢性萎缩性胃炎辨证分型的探讨	(392)
第三节	慢性萎缩性胃炎动物实验现况	(394)
第四节	中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究	(395)
第三章	中医治疗胃粘膜癌前病变的研究进展	(407)
第一节	胃粘膜癌前病变研究的进展	(407)
第二节	中医药治疗胃癌前病变的近况	(410)
第四章	中医、中西医结合治疗胆汁反流性胃炎 的研究	(415)
第一节	西医的发病机理及诊断的研究	(415)
第二节	治则和方法的研究	(416)
第五章	胃下垂的中医药治疗概况	(421)
第一节	中医专方治疗胃下垂	(421)
第二节	针灸、贴敷穴位治疗胃下垂	(423)
第六章	中药保留灌肠及内服灌肠治疗 慢性非特异性溃疡性结肠炎的研究	(426)
第一节	中药保留灌肠治疗	(426)
第二节	中药灌肠加内服治疗	(431)

上编 基础理论

第一章 胃肠道的生理

第一节 西医对胃肠道生理的认识

机体需要不断地从外界摄取水分和营养物质以维持生存,消化和吸收则是人体获得能源维持生命的重要功能。天然食品都是结构复杂的难以溶解的大块物质,不能直接被机体利用,需要在胃肠道内经过一系列复杂的消化分解加工,成为小分子物质,被肠道吸收,其精华,向血液循环内输送,供全身组织利用,未被吸收和无营养价值的残渣、糟粕,以粪便形式排出体外。

食物在胃肠道内进行分解的过程称为消化,而经过消化后透过消化管进入血液循环的过程称为吸收,消化和吸收是两个密切联系的过程,两者相辅相成共同完成营养物质的摄取。

一、口腔内的消化和食管的功能

口腔内的消化是对食物的第一道加工——粗加工。它不仅完成口腔对食物的机械(咀嚼、磨碎)和化学(唾液淀粉酶的作用)加工过程,并与唾液混合成食团,便于吞咽。另外,还能反射地引起胃、胰、肝、胆囊等器官的始动活动以及物质代谢活动的增加。口腔消化和为以后的消化过程以及紧随着的代谢过程,做好准备工作。

食团进入食管后,引起食管蠕动。蠕动是由食管肌肉产生的一种顺序收缩并向前推动的波行运动,在食团的下端为一舒张波,上端为一收缩波,于是食团很自然地被向前推送而进入胃。所以说食管的重要功能就是运送食物入胃。

在咽与食管连接处的肌肉加厚,构成食管上括约肌。在吞咽期以外,食管上括约肌呈现持续性收缩,将咽腔与食管腔明显分开,从而防止吸气时空气进入食管内,还可防止食管内容物返流到咽的下部,被吸入呼吸道。食管上括约肌系由骨骼肌纤维组成,约有3cm宽,该腔内静息压力比大气压高1.5~3KPa(15~30CmH₂O),比其上下两侧的静息压都高,因此形成了一个有效的压力屏障。在吞咽时,食管上括约肌反射性地舒张,以使被吞咽的食丸进入食管体部。在食丸后端发生食管的环形收缩,借助于蠕动波推送食丸在食管内移动。位于胃与食管连接处的肌肉构成食管下括约肌,有紧张性活动。但在吞咽时此括约肌即舒张。食管下括约肌的主要功能是防止胃内容物向食管返流。

二、胃的生理功能

胃具有运动和分泌功能。它接受和贮存来自食管的食团,并将食团磨碎使之与胃液充分混合,而形成半流的食物,食物借助于胃的运动被逐次小量地分批推入十二指肠。胃内食物中

的蛋白质在胃蛋白酶的催化下被部分水解。

(一) 胃的运动

胃的运动是由胃壁平滑肌的活动完成的。根据胃的肌电和运动功能的差异,将胃分为头区和尾区两部分。头区包括胃底和胃体近端 $1/3$;胃尾区包括远端 $2/3$ 、胃窦和幽门。

1. 头区的运动形式和功能

头区的主要功能是容受和贮存食物。空胃的紧张性较高,容量也小。当咀嚼和吞咽时,食物刺激了咽和食管等处的感受器,反射地通过迷走神经而引起头区胃壁肌肉的舒张,称为容受性舒张,它使胃腔的容积随食物的不断进入而扩大,但胃内压则基本不变。进食后,头区的肌肉产生短时间的微弱的紧张性收缩,这种活动对头区食物有轻微的混合作用。食物在此贮存可达一小时左右。胃紧张收缩所维持的压力持续作用于胃内容物,从而迫使它向尾区推进。

2. 尾区的运动形式和功能

尾区的运动主要为蠕动。食物进入胃约5分钟,尾区即产生蠕动。蠕动一般是从胃中部开始,有节律地向幽门方向进行。其频率较为恒定,每分钟约为3次。蠕动波开始是一个微弱的收缩环,在进行中波的深度和速度逐渐增加,当接近幽门时,收缩力加强,扩布速度加快,但频率不变。将接近幽门时,大约有5mL左右液化的食糜通过幽门排入十二指肠。由于幽门腔很狭窄,固体食物则被留住。留在终末胃窦中的食物,一方面由于胃窦的有力收缩而被挤压研磨,另一方面由于蠕动波推进速度的增加较胃内容物的推移速度为快,蠕动波一旦赶在胃内容物的前面,大部分胃内容物便被反推入胃体部。这种推进、研磨和后退的过程,在胃尾区反复进行,从而对食物进行粉碎、搅拌,并使之与胃液充分混合,继续进行消化。

胃的运动功能与祖国医学胃主受纳、腐熟水谷、主通降,以降为和的理论相吻合。郑学农将胃的生理功能在理论上作了进一步探讨。根据《内经》“脾胃者,仓廪之官,五味出焉。”的理论,认为仓廪主要指胃府而言。胃为阳土,既封仓廪之官,必主收藏万物。凡气血津液精髓无不源出于胃,皮肉筋骨脉无不充养于胃,五脏之阴精,六腑之元气,皆赖胃之一气所化。其生理功能具有①收纳:水米酒面肉食,入口达胃,即所谓藏纳之地,来者不拒。②运转:胃为一腔大器,恒动不息,虽曰仓廪,并非静藏,动转若是缓,则宿食停滞,化生痰浊。③化生:饮食水谷到达胃府,经胃气一振,清浊分道,精气游溢而出,别作营卫二气,营阴可转化为各脏腑阴津以资濡养,卫阳悍出于脉外,转化为诸脏之阳以成动力,因而祖国医学奉脾胃为后天之本,气血生化之源,万物之母。④贮存:胃作为饮食直接通过的第一大府,盛贮包容之能最大。另外,胃也可以贮藏精微,如营养过丰,胃则藏脂膏于肉中,使人不饥而神健。⑤销匿:胃具有潜销暗匿病理产物的作用,原因即由于胃不仅可藏万物,而且能化物,可以变害为利。⑥解毒:胃土甘缓,具有解毒平厉的作用。如误食腐馊不洁或有毒之物,仓廪可以通过自我调节,涌吐而出,亦可通过化解减毒除毒。关于胃土的解毒作用,古人巧喻为:鸩毒呈劣,入土则平,信石虽厉,埋之毒消。⑦缓和:即缓饮食、缓七情、缓病害。胃对饮食的缓冲作用使人对自然的适应具有很大的意义,饮食健壮的人,气血冲和,不易杂生六郁,因而对情志因素的刺激有良好的缓释作用。对于已病之躯,则由于胃健壮,气血化源充足,中焦调顺,运化机能正常,可减轻病邪对人体的伤害,并加快病体的康复。⑧安抚:仓廪为安国之本。因民以食为天,故土和有百喜,胃健安百。古人云:“杂病不愈调脾胃。”使攻不去、伐不应、理

不顺的驳杂之病得以安抚治理,因而胃是一个信息反馈和具有多项调节机能的中枢。⑨调节:仓廪具有调节胃内贮物和身体营养需要的作用。具体表现在:宿食不化则翻而出之;饮酒过多呕而出之;蛔虫扰动吐而出之;胃多湿则溢清涎;而身体营养不足则又通过口味的变更来摄取食物。⑩助降:土在下,人居中,胃为人体之土脏,同气相求必趋于下,因此,胃气的降下作用是自然之象。保障了吐故纳新得以正常实施^[2]。

3. 胃运动的调节

胃运动与胃壁平滑肌的电活动有密切的关系,并受神经和体液因素的调节。

(1) 胃的电活动

胃肠道平滑肌的静息电位较低,约为55~60mV,在静电位的基础上自胃尾区可记录到一种自发的、缓慢的节律性去极化波,这种电位变化称为慢波(slow wave),亦称基本电节律或起步电位。慢波起源于胃大弯上部的纵行肌,它可以电紧张的方式扩布至环行肌。由于胃大弯上部平滑肌细胞除极化的频率较胃的其他部分为高,而被认为是胃运动的起搏点。基本电节律产生后以每分钟3次的频率沿纵行肌向幽门方向传播,传播速度逐渐加快。

在基本电节律的基础上,如给肌肉以电刺激、乙酰胆碱或牵张刺激时,平滑肌细胞膜才能进一步除极化爆发动作电位,在动作电位后出现肌肉收缩。目前认为基本电节律的频率和传播速度,是决定肌肉收缩频率、传播速度和方向的重要因素。

(2) 神经对胃运动的调节

胃运动是通过反射或局部反射进行的,受中枢神经系统和壁内神经丛的控制。支配胃的传出神经有交感神经和迷走神经。交感神经兴奋时,末梢释放去甲肾上腺素,对胃运动起抑制作用,在正常情况下影响较小。迷走神经有兴奋性和抑制性两种纤维。迷走兴奋性纤维末梢释放乙酰胆碱,可促进头区平滑肌收缩,使尾区慢波传播加快,蠕动加强。迷走抑制性纤维抑制平滑肌收缩,使胃壁舒张。如切除支配头区的迷走神经,则容受性舒张反应消失,胃头区对扩张的适应性减小。胃尾区主要处于迷走兴奋性纤维的影响之下,因此切除迷走神经可使胃扩大、胃蠕动减弱和胃排空延缓。

除外来神经之外,食物对胃壁的机械或化学刺激,还可局部地通过壁内神经丛使胃平滑肌的活动加强。

精神状态对胃运动有明显的影响。如恐惧和忧郁不仅减少胃液分泌,也抑制胃运动。说明大脑皮层在调节胃运动中有重要作用。

祖国医学认为,胃肠病的发生与七情过度密切相关。李东垣在《脾胃论》中论述“皆先由喜、怒、悲、忧、恐为五贼所伤,而后胃气不行。”长期焦虑、精神抑郁致使脾胃气机郁结不畅,功能紊乱,纳化失常出现脘腹痞满,大便泄泻等证。忧思伤脾,脾气郁结,津液不得输布,聚而为痰,痰气交阻于食道,可渐生噎膈。《内经》云:“悲则气消”,“惊则气乱”,“恐则气下。”过度悲伤、惊恐,过度精神创伤,均可导致气机紊乱,脏腑功能失调,而发生胃肠疾病。

(3) 激素对胃运动的调节

胃泌素抑制对胃头区的收缩,但增加胃起步电位的频率,并刺激动作电位和收缩的出现,因而加强胃的蠕动。胃泌素无论对头区或尾区都能促进收缩,而胆囊收缩素、促胰液素、胰高血糖素、抑胃多肽、血管活性肠肽和生长抑素等都有抑制效应。

4. 胃的排空及其控制

食物由胃排入小肠的过程为胃的排空。一般在食物入胃后5分钟即开始有部分食糜排入十二指肠。胃的排空主要取决于幽门两侧,即胃腔与十二指肠之间的压力差,当胃内压大于十二指肠内压,并足以克服通过幽门的阻力时,食物才可由胃排入十二指肠。

在消化期间,胃内食物引起的胃运动是产生胃内压的来源,因而也是促进胃排空的动力。凡刺激胃运动的因素均能加速排空。十二指肠内容物,如酸、脂肪和脂肪酸、高渗食糜以及食物对肠壁的机械扩张性刺激,均可通过神经体液机制抑制胃的运动,因而减慢排空。这可看作胃排空自动控制的重要机制。

(二) 胃分泌

1. 胃液的性质、成分和作用

胃液是胃腺内多种细胞分泌的混合液。纯净的胃液是一种无色而呈酸性反应的液体,pH约为0.9~1.5的液体。正常人每日分泌量约为1.5~2.5L。胃液的主要成分有盐酸、胃蛋白酶原、粘液和内因子。

(1) 盐酸 盐酸是由泌酸腺的壁细胞分泌的。通常所称的胃酸即指盐酸而言。盐酸的作用可归纳为几个方面:①激活胃蛋白酶原,使之转变为胃蛋白酶,并为胃蛋白酶提供适宜的酸性环境;②使食物中的蛋白质变性而易于水解;③能杀灭随食物进入胃内的细菌;④盐酸进入小肠后,可促进胰液、肠液和胆汁的分泌,它所造成的酸性环境还有助于小肠对铁和钙的吸收。由于盐酸有多种作用,因此盐酸分泌过少或者缺乏,常可产生消化不良的症状。反之,盐酸分泌过多,也会对人体产生不利影响,如消化性溃疡的形成可能与高胃酸对胃和十二指肠粘膜长期的侵蚀作用有关。伍小华对97例慢性胃炎、消化性溃疡进行中医辨证分型和胃液分泌功能检查。其结果:36例虚寒型患者的空腹胃液量、总酸度、基础酸分泌量大多数都升高,与其它各型相比, $P<0.05$,均有显著差异。18例阴虚型患者中其空腹胃液量、总酸度及基础分泌量均较低, $P<0.05$,有显著意义。24例郁热型患者中,其空腹胃液量及基础酸分泌量无明显差别, $P>0.05$,但总酸度高于正常者较为多见^[3]。董明国认为:脾虚胃热型胃酸排出量高于正常及其他两型, $P<0.01$ 。脾胃虚寒型高峰排酸量高于正常对照组, $P<0.05$ 。脾虚胃热型和脾胃虚寒型,胃镜下相当于消化性溃疡活动期^[4]。廖承济测定62例慢性胃炎患者的基础胃酸和五肽胃泌素刺激后的胃酸分泌量,表明慢性胃炎病人的基础胃液、胃酸量和激发后的胃液量和胃酸量的均明显低于正常人,并且与中医证型有关。实证中气虚滞湿明显高于气虚瘀湿、气虚滞热和气虚瘀热型。虚证中肾气虚略低于脾气虚型。气虚瘀湿型胃酸的激发率高于正常人和其他各型,气虚滞热型激发率最低^[5]。

(2) 胃蛋白酶 胃液中主要的酶为胃蛋白酶,它的前身为胃蛋白酶原,由胃底腺的主细胞分泌。分泌入胃腔的胃蛋白酶原是没有活性的,在胃酸或已被激活的胃蛋白酶的作用下,它分离出一个较小分子的多肽后,转变为具有活性的胃蛋白酶。胃蛋白酶能水解蛋白质,其主要产物是 和肽,产生多肽和氨基酸较少。胃蛋白酶只有在酸性较强的环境中才有作用,最适pH为2。随着pH的升高,胃蛋白酶的活性即降低,当pH升到6以上时,即发生不可逆的变性。

(3) 粘液 粘液是胃液的主要成分之一,由胃粘膜的表面上皮细胞、胃腺中的粘液细胞、贲门腺、幽门腺以及泌酸腺颈粘液细胞共同分泌的。粘液中含有多种大分子物质,如蛋白质、糖蛋白,粘多糖和血型物质等。其中糖蛋白是粘液的主要组成成分。

由胃粘膜表面上皮细胞分泌的粘液是一种肉眼可以看见的粘液，称为可溶性粘液。呈胶冻状，粘稠度很大，经常持续地分泌，覆盖在胃粘膜表面，厚约1mm~3mm，组成胃粘膜屏障，具有中和胃酸，滑润食物使之易于通过消化道以及保护胃粘膜免受机械损伤等作用。

由胃腺的粘液细胞、贲门腺和幽门腺分泌的粘液是溶解在胃液内的碱性粘液，是一种可溶性粘蛋白。称为可溶性粘液。它可以调节酸度，抑制胃蛋白酶原的活性。

(4) 内因子 内因子是壁细胞分泌的一种糖蛋白。它能和维生素B₁₂结合成一种复合物，当移行至回肠部，则附着在回肠粘膜的特殊受体上，有促进回肠上皮细胞吸收维生素B₁₂的作用。因此，当内因子缺乏而导致维生素B₁₂的吸收障碍时，可产生恶性贫血。

2. 胃液分泌的调节

在空腹时，人胃只分泌少量中性或弱碱性反应液体，这种分泌称为基础胃液分泌或非消化期胃液分泌。人空腹胃酸分泌具有昼夜节律性，上午5点~11点最低，下午6点以上最高。进食后的胃液分泌称为消化期胃液分泌。因此将此期的胃液分泌，按感受食物刺激的先后部位分为三个时期，实际上这三期在时间上绝大部分是互相重叠的，又都受神经和体液的双重控制，且它们之间又是紧密联系和相互加强的。

头期：这一期的胃液分泌是由进食动作引起的。头期胃液分泌的机制曾利用假饲实验进行过较详细的分析。它包括条件反射和非条件反射性胃分泌，前者是由和食物有关的形象、气味、声音等刺激了视、嗅、听等感受器引起的；后者则是在咀嚼和吞咽时，食物刺激了口腔、咽部和食管处的机械和化学感受器引起的。

头期胃液分泌是在迷走神经参与下实现的，切断迷走神经后，假饲引起的胃液分泌的反应即消失。近年来用放射免疫测定技术发现，假饲后血清胃泌素的浓度升高，切断迷走神经后胃泌素反应也消失，从而表明，迷走神经可通过直接作用于壁细胞和间接通过释放胃泌素两条途径引起壁细胞分泌胃酸。

精神因素对胃液的分泌也有影响。如人在愤怒和紧张时，胃液分泌量大为增加；相反，恐惧和忧郁能减少胃血流量而明显地抑制胃酸分泌。

胃期：食物进入胃后继续刺激胃液分泌称为胃期。食物对胃的刺激主要通过以下途径引起胃液分泌：①食物的机械性刺激作用于胃底、胃体部的感受器，通过迷走—迷走神经长反射引起胃液分泌；②扩张刺激胃底胃体部的感受器，通过壁内神经丛的短反射引起胃液分泌；③扩张刺激幽门部，通过壁内神经丛作用于G细胞释放胃泌素；④化学刺激作用于幽门部G细胞引起胃泌素释放。引起胃泌素释放的化学刺激主要为蛋白质消化产物，如肽类和氨基酸等。胃期分泌的特点是分泌量大，酸度也相当高，但消化力比头期所分泌的胃液为小。

肠期：食物进入十二指肠后，可使胃液分泌轻度增加。机械扩张游离的空肠襻，引起胃液分泌，但切断支配胃的外来神经，并不影响这种胃液分泌，这表明在小肠内也存在与幽门部相似的调节方式。即当食物与小肠粘膜接触时，有某些激素从小肠粘膜释放出来，通过血液循环作用于胃腺。如所谓的“肠胃泌素”(Intestinal Gastrin)，就是当蛋白质消化产物进入十二指肠后，刺激十二指肠粘膜释放的一种胃泌素。此外，在蛋白质、脂肪等食糜的作用下，由十二指肠粘膜产生的胆囊收缩素，对胃液分泌也有较弱的刺激作用。肠期胃液分泌的量少，约占消化期胃液分泌总量的10%。

3. 胃液分泌的抑制

在消化期间，抑制分泌物最主要的因素为盐酸和脂肪。当胃内分泌的盐酸达到一定的临

界浓度时,不论在胃窦部(pH达1.2~1.5)或在十二指肠(pH达2.5),都能以负反馈的形式抑制胃液分泌。胃窦部酸化对胃液分泌的抑制作用,可能与盐酸能抑制胃泌素的释放有关。它不仅可以防止胃酸的过度分泌,而且对消化过程中维持胃蛋白酶作用的适宜pH也具有重要的意义。盐酸进入十二指肠后对胃液分泌也有抑制作用。但作用机理尚不完全清楚,可能主要为体液因素的作用。如盐酸作用于十二指肠粘膜,可以引起促胰液素的释放,促胰液素对胃泌素引起的酸分泌有明显的抑制作用。

食物中的脂肪及其消化产物进入十二指肠后,也有抑制胃液分泌的作用,使胃液分泌量和消化力均有所降低。这种抑制作用是由小肠粘膜释放的一种称为肠抑胃素(Enterogastrone)的物质引起的。目前认为肠抑胃素可能不是一个独立的激素,而是几种有此种作用的激素如促胰液素、抑胃肽的总称,但尚无定论。

此外,高渗溶液进入十二指肠对胃液分泌也有抑制作用。

(三) 胃粘膜屏障

胃容受着酸度极高的胃液而胃粘膜本身却可免遭破坏,这是由于在胃腔和胃粘膜间隙之间存在一道十分严密的屏障。称为胃粘膜屏障(Mucosal barrier),它是由上皮顶部细胞膜和相邻细胞间的紧密连接构成的。细胞膜系由双层脂质分子和嵌在其中的蛋白质分子构成,它对解离的物质不易通过,但对不解离的脂溶性物质则易通过。在正常情况下,此屏障可阻止 Na^+ 顺浓度差由粘膜进入胃腔,同时阻止胃腔中的 H^+ 顺浓度差重新返回粘膜,从而使 H^+ 和 Na^+ 在胃腔与粘膜间的巨大浓度梯度得以维持。粘膜屏障一旦受损,则首先可以发现胃液中的 Na^+ 浓度升高,同时 H^+ 浓度下降。有很多物质可以损害胃粘膜屏障,如高浓度盐酸、酒精、乙酸、胆酸以及阿斯匹林等。傅关儒对胃寒、胃热证胃液中 K^+ 、 Na^+ 浓度进行测定,发现胃热证胃液中的 Na^+ 浓度升高,胃寒证不升高。而 K^+ 在胃寒、热证之间无显著性差异。认为胃热证时的胃粘膜受损较严重^[6]。与中医金元医学四大家之一的李东垣首创的“阴火论”以及刘完素提倡的“火热论”认为六气皆从火化,五志过极皆为热病,强调脾胃的生化在于胃中阴液润泽作用的理论相符合。

(四) 胃粘膜的细胞保护

细胞保护(cytoprotection)是指某些物质如前列腺素(PG)具有防止或明显减轻有害物质对粘膜损伤的作用。近年来发现胃粘膜上皮细胞不断地合成和释放相当大量的内源性前列腺素。此外,某些胃肠肽如生长抑素等都对胃粘膜有一定的保护作用。各种因素保护胃粘膜的机制尚未完全阐明。其保护作用机理包括:①抑制胃酸分泌;②促进胃粘膜分泌粘液和碳酸盐;③促进粘膜细胞更新;④改善粘膜血流量;⑤刺激细胞的主动运转过程和激活腺苷环化酶;⑥稳定溶酶体及维持粘膜巯基化合物含量;⑦刺激胃粘膜表面活性磷脂的分泌等。过些均可以对抗多种化学和物理性损伤。实验证明,前列腺素的不断生成和释放而实现的适应性细胞保护作用,可能是胃肠道对进入人体内的有害物质的局部防御反应,是维持胃肠道完整性的一种生理措施,具有重要的临床实际意义。

三、小肠的生理功能

小肠是食物消化与吸收的重要部位。在这里,食物受到胰液、胆汁和小肠上皮细胞内酶

的化学作用,以及小肠运动的机械作用,最后变为可被吸收的小分子物质。所有营养物质的消化产物,以及水、无机盐和维生素等主要在这里被吸收。因此食物通过小肠后,消化和吸收过程便已基本结束,只留下不能消化的和未被消化吸收的食物残渣进入大肠。据估计,人每日约有6~10L未完全消化的食糜和分泌液由胃排至十二指肠,而仅有0.5~1.5L进入结肠。食物在小肠内停留的时间依食物的性质而有不同,个体之间也有差异,通常为3~8小时。

另外,小肠也是一个重要的内分泌器官,许多消化道激素在这里产生。促胰液素、胆囊收缩、抑胃多肽、胃动素和促肠液素等基本上由小肠分泌,此外,小肠还分泌一部分或大部分的血管活性肠肽、肠高血糖素、P物质、生长抑素和5-羟色胺等。

(一) 小肠的运动及其调节

1. 小肠的运动形式

(1) 紧张性收缩。小肠平滑肌的紧张性收缩是其他运动形式得以进行的基础。当小肠的紧张性降低时,肠腔易于扩张,肠内容物的混合和推进减慢;反之,当小肠的紧张性增高时,食糜的混合和推进则加快进行。

(2) 分节运动。这是一种以环形肌为主的节律性收缩和舒张运动。它的作用在于使食糜与消化液充分混合,便于化学性消化;使食糜与肠道结触,为吸收创造良好的条件;此外,它还能挤压肠壁,有助于血液及淋巴的回流。

分节运动是受纵行肌的基本电节律控制的。在人的小肠上段,分节运动频率为每分钟11~12次,回肠末端为每分钟8次,这种活动梯度对于食糜的推进有一定意义。

分节运动在空腹时几乎不存在,进食后方逐渐变强。

(3) 蠕动。它是纵行肌和环行肌协调的收缩和舒张,将食糜向大肠方向推送的运动,是由肠腔内食糜对消化管刺激,通过壁内神经丛的局部反射引起的。小肠蠕动的速度很慢,每分钟约1~2cm,每个蠕动波只把食糜推进一段距离(约数厘米)后即消失。蠕动的意义在于使经过分节运动的食糜向前推进一步,到达一个新肠段并开始分节运动。小肠蠕动在进食后大大增加。

在小肠还有一种进行速度很快(每秒2~25cm)而传播较远的蠕动,称为蠕动冲,可由进食时的吞咽动作以及食糜进入十二指肠而引起,它可把食糜从小肠始端推送到小肠末端,有时还可至大肠。

在十二指肠末端和回肠末端,还可以出现一种运动方向与蠕动方向相反的逆蠕动。因此食糜可以在这段肠内来回移动,有利于食糜的充分消化和吸收。有人认为,在正常情况下,逆蠕动很少发生,仅在肠梗阻时产生。

2. 小肠运动的调节

(1) 外来神经的控制。支配小肠的外来神经有迷走神经和交感神经。迷走神经的影响是弥漫性的,而不是局限性的,它对空肠的影响较对回肠的影响为大。迷走胆碱能神经兴奋使小肠运动加强。交感肾上腺素能神经则抑制小肠运动。已知的交感抑制性反射有肠-胃反射和肠-肠反射。在肠梗阻和局部缺血性损伤时,通过肠-肠反射可以防止肠腔内压过度升高,因而具有保护作用。

(2) 内在神经的控制。它包括肌间神经丛和粘膜下神经丛,其中存在着大量不同类型的神经元,按递质的不同,可分为胆碱能神经元,其终末释放乙酰胆碱,对平滑肌起兴奋作用;肾

上腺素能神经元, 终末释放去甲肾上腺素, 对胃肠运动起抑制作用; 肽能或嘌呤能神经元, 以抑制性作用为主。

(3) 体液因素的作用。胃泌素和胆囊收缩素可兴奋小肠运动, 而促胰液素、胰高血糖素及肾上腺素则起抑制作用。从肠组织中已分离出一些能使肠运动变化的物质, 如 5-羟色胺、前列腺素和 P 物质等, 它们均有刺激肠运动的作用; 而内源性吗啡样物质, 如脑啡肽则对肠管运动有抑制作用。

(二) 小肠内的消化和吸收

1. 小肠液的性质、成分和作用

小肠液是由十二指肠腺 (Brunner 氏腺) 和肠腺 (Lieberkuhn 隐窝) 所分泌, 是一种弱碱性液体, pH 约为 7.6, 渗透压与血浆相等, 分泌量变化范围很大, 成人每日约分泌 1~3L。

小肠液的成分, 除了含有大量水分外, 尚含有一些无机离子, 如钠、钾、钙、氯等; 有机成分主要为粘蛋白酶和肠致活酶。

小肠液具有稀释、保护和消化三种作用。大量的小肠液可以稀释消化产物, 使其达到与血浆的渗透压相等, 从而有利于消化和吸收。含有粘蛋白的小肠液具有润滑作用, 在小肠粘膜表面构成一个抵抗机械刺激的屏障。碱性的小肠液使肠壁对胃酸的侵蚀具有抵抗力, 这种抵抗力可能与十二指肠腺的分泌物有关。

小肠液中含有多种消化酶, 但除可激活胰蛋白酶原的肠致活酶外, 其他的酶可能不是由肠腺分泌的, 其中一部分是来自胰腺的酶, 另一部分是由肠上皮细胞脱落所释放出的消化酶。在小肠的粘膜上皮细胞内, 存在一些消化酶, 它们是几种不同的肽酶, 可以分解寡肽为氨基酸; 还有四种分解双糖的单糖酶: 蔗糖酶、麦芽糖酶、异麦芽糖酶和乳糖酶, 这些酶大部分存在于刷状缘内, 一部分存在于细胞质内, 当营养物质被吸收入上皮细胞内后, 继续对它们起消化作用, 因而在完成对营养物质的最后消化中起着重要作用。

2. 小肠的吸收

小肠是营养物质吸收的主要部分。大部分消化产物是在十二指肠和空肠吸收的, 而当达到回肠时, 通常均已吸收完毕, 因此, 回肠被认为是吸收机能的储备所, 但回肠还有其独特的功能, 即能主动地吸收胆盐和维生素 B₁₂。

小肠的上段和下段在转运水分和电解质方面有所不同。在十二指肠和空肠上段, 由于肠内容的渗透压较高, 水分和电解质由血液进入肠腔和由肠腔进入血流的量都很大, 交流的也很快, 以致肠腔内液体量减少不多。在回肠, 这种交流要少得多, 离开肠腔的液体量比进入的多, 从而使肠内容物的量大为减少。

小肠不仅吸收由口腔摄入的经过消化的物质, 而且分泌入消化道的各种消化液所含的水分、无机盐和蛋白质也被重吸收。

3. 各种营养物质的消化和吸收

(1) 蛋白质的消化与吸收。蛋白质的消化主要在小肠内进行。首先由肠腔内的胰蛋白分解酶对长的肽链进行一系列的分解, 其产物 1/3 为氨基酸, 2/3 为寡肽; 寡肽再由肠上皮细胞中的分解酶进一步水解成氨基酸。在正常情况下, 氨基酸是蛋白质吸收的主要形式。氨基酸的吸收主要也在小肠中进行, 其吸收的速度很快。其吸收机理, 一般认为需要通过耗能、借助钠的主动运转而吸收。小肠壁上有四种转运氨基酸的特殊运载系统: ①中性氨基酸载体, 其转

运速度最快,对蛋氨酸、亮氨酸等亲合力最强;②碱性氨基酸载体,能转运精氨酸及赖氨酸;③酸性氨基酸载体,能转运门冬氨酸及谷氨酸;④亚氨基酸及甘氨酸载体,能转运脯氨酸、羟脯氨酸及甘氨酸,速度很慢。

通过以上过程,无论食入的蛋白质(每天约100克)或内源性蛋白质(每小时25克~35克)在正常的肠道几乎完全被消化吸收。煮过的蛋白质因变性易于消化,在十二指肠和近端空肠就被迅速吸收。未经烹煮的蛋白质和内源性蛋白质较难消化,需进入回肠后才基本上被吸收。

(2)糖类的消化与吸收。食物中的糖类在小肠上部几乎完全被消化成各种单糖,并由小肠上部粘膜细胞迅速吸收,糖的吸收是耗能的主动吸收过程。在肠粘膜上皮细胞刷状缘中存在一种能选择性地把葡萄糖和半乳糖等从刷状缘的肠腔面转入细胞内的载体,过种载体在转运单糖时,同时需要钠的存在,因为抑制钠泵的哇巴因(Ouabain)和能与 Na^+ 竞争载体蛋白的 K^+ ,都能抑制糖的主动运转。

在各种单糖的吸收中,己糖的吸收最快,而戊糖的吸收则很慢。在己糖中,又以半乳糖和葡萄糖吸收最快,果糖次之,甘露糖最慢。

(3)脂肪的消化和吸收。脂肪在胃内消化甚微,主要在小肠内消化。肠内脂肪的消化分为脂肪期、微胶粒期、细胞期、转运期。脂肪的主要消化产物为甘油、脂肪酸和甘油一酯。此外,还有少量的甘油二酯和未消化的甘油三酯。胆盐对脂肪的吸收具有重要作用,它可与脂肪的水解产物形成水溶性复合物,并可使之进一步聚合为脂肪微粒。脂肪微粒主要由胆盐、甘油一酯和脂肪酸三种成分组成,体积仅及乳化后脂肪微滴的1%。有人认为脂肪微粒就是脂肪在肠内的吸收形式。胆盐因不能透过细胞膜,靠主动转运在回肠末端被吸收。

脂肪的各种水解产物进入小肠上皮细胞后,又重新合成为中性脂肪,并在外面包了一层由卵磷脂和蛋白质形成的膜而成为乳糜微粒。

乳糜微粒合成后,可经高尔基复合体由上皮细胞的质膜分泌出去,并进入中央乳糜管,再经淋巴管而入血液循环。

(4)水分和电解质的吸收

①水分的吸收。小肠对水的吸收主要依靠渗透的方式。随着小肠内各种物质的吸收,食糜的渗透压逐渐降低,水也随之被吸收。因此,在小肠内,不仅各种营养物质几乎完全被吸收,而且约95%的水也被吸收。钠泵在水吸收中起重要作用。由于钠泵对 Na^+ 的主动转运,使肠上皮细胞内的渗透压增高,因而促进水的吸收。②钠的吸收。每日由小肠吸收的钠约25~35克。钠吸收的动力是由肠粘膜上皮细胞内的钠泵提供的。由于肠腔内钠浓度高于上皮细胞,因而钠则通过上皮细胞的刷状缘扩散到上皮细胞内,然后借助于钠泵再将 Na^+ 转运出上皮细胞而进入细胞间隙。在钠的运转过程中,伴随着水的运转。③钾的吸收。在肠内钾的吸收是被动的。钾的吸收通量较钠为小。每日摄入的钾约40~60mmol,大部分在空肠吸收,小部分在回肠吸收,每日从粪便丢钾约为9mmol。④钙的吸收。钙主要在酸度较大的小肠上段,特别是十二指肠,被主动吸收。在吸收时,需要利用在有氧代谢中释放的能量以及维生素D的参与。其吸收的速度以十二指肠的吸收最为迅速。食物中的钙仅有小部分被吸收,大部分随粪便排出。⑤铁的吸收。人每日吸收的铁约为1mg,仅及每日膳食中含铁量的1/10。铁的吸收与机体对铁的需要有关。在正常人体内铁的吸收很慢,但在需要时、如出血后,其吸收率明显增加。所以,铁的吸收有一种特殊机理。在肠粘膜细胞内贮存着一种大分子量的蛋白质与铁的

复合物，称为铁蛋白。进入粘膜细胞内的 Fe^{2+} ，与在血液中与血清球蛋白相结合的 Fe^{2+} 达成平衡。当血液中铁含量减少时，铁从铁蛋白的贮存中释放出来，进入血液，因而，铁蛋白有贮存铁的作用。

食物中的铁绝大部分是三价铁，不易被吸收，须还原为亚铁后才能被吸收。维生素C能将高铁还原为亚铁而促进其吸收。胃酸也有促进铁吸收的作用。铁的吸收部位主要在小肠上段，特别是十二指肠吸收最快。

(5) 维生素的吸收

水溶性维生素主要以简单的扩散方式被吸收，特别是分子量小的，更容易被吸收。维生素 B_{12} 的吸收，需与内因子结合成复合体，在回肠内由主动转运而被吸收。

脂溶性维生素如维生素A、D、E、K，可溶于脂类，其吸收机理可能与脂肪相似，即由简单的扩散而被吸收。对于维生素D、K和胡萝卜素（维生素A的前身）的吸收来说，胆盐是必需的，在吸收前必须先乳化。

祖国医学也充分认识到，小肠是人体消化系统中非常重要的器官。《素问·灵兰秘典论》说：“小肠者，受盛之官，化物出焉。”其功能主要体现于：①接受经胃初步消化的饮食物。②将胃初步消化的饮食物较长时间停留在小肠，再进一步消化，使饮食物消化为精微物质。③将经过小肠消化后的食糜，分别为水谷精微和食物残渣。④将水谷精微充分吸收，营养全身五脏六腑。⑤把食物残渣输送大肠。

综上所述，古人对小肠功能的认识，与现代医学小肠的消化和吸收功能非常相近。

四、大肠的生理功能

大肠无重要的消化过程，其主要功能是吸收水分和暂时贮存消化后的残余物质。

(一) 大肠液的分泌

大肠粘膜分泌少量的碱性液体（pH 约为 8.3~8.4），其主要成分为粘液，此外可能还有二肽酶和微量淀粉酶，但对食物的分解作用很小。故大肠液的主要作用是保护粘膜免受损伤和润滑粪便。

(二) 大肠内细菌的活动

大肠内的 pH 对一般细菌的繁殖极为适宜，来自口腔的细菌能大量繁殖。据估计，粪便中死的、活的细菌约占粪便固体总量的 20%~30%。结肠内的细菌主要为厌氧和兼厌氧，其中最多的是厌氧类杆菌、厌氧乳酸杆菌和梭状芽胞杆菌属，比球肠菌和大肠菌数量多几千倍。大肠内这些细菌对人体是有益的。它们能抑制某些病原菌如沙门氏杆菌和霍乱弧菌的生长，对机体有保护作用。这些细菌还能利用肠内较简单的物质合成复合维生素B和维生素K，成为机体该种维生素的一个重要来源。

(三) 结肠的运动

大肠的运动形式与小肠相似，只是运动少而缓慢，对刺激的反应也较迟缓，这些都有利于粪便暂时贮存。在结肠前段偶有逆蠕动，它可延长大肠内容物的停留时间，有利于水分的充

分吸收。

大肠还有一种进行很快、推进很远的蠕动，称为集团运动。它可能是食糜进入十二指肠，由十二指肠—结肠反射引起。可使部分大肠内容物由横结肠推至降结肠或乙状结肠。

在大肠内，食物残渣中的部分水被吸收，剩余物质经过细菌的发酵和腐败作用后，形成粪便，粪便中除食物残渣外，还有脱落的肠上皮细胞，大量细菌、代谢产物以及排至肠腔中的某些重金属，如钙、镁、汞等并随粪便排出。

排便是一种反射活动。当粪便进入直肠时，冲动由盆神经和腹下神经传至脊髓腰骶段的初级排便中枢，同时上传到大脑皮层，产生便意和排便反射。

五、胃肠道功能的调节

(一) 副交感和交感神经传出纤维

副交感神经的传出纤维通过迷走神经到达胃、小肠、盲肠、阑尾、升结肠和横结肠，并终止于内在神经丛的节细胞。结肠的其余部分和肛门内括约肌则由来自盆神经的副交感纤维支配，其纤维也终止于内在神经丛的节细胞。

交感神经的传出纤维从腹腔神经节走向胃，从腹腔神经节和肠系膜上神经节走向小肠，从肠系膜上神经节走向盲肠、阑尾、升结肠和横结肠。而结肠其它部分的交感纤维则来自肠系膜下神经节和腹下神经节的交感神经支配。支配肠管的交感神经大部分属节后纤维。

(二) 副交感和交感神经传入纤维

在支配胃肠道的神经内包含有许多内脏传入纤维，它们的胞体有的位于中枢的神经节内，有的位于肠肌神经丛内。迷走神经传入纤维的胞体在结状神经节中，而交感向心纤维的胞体则在背根神经节中。

(三) 内在神经丛

内在神经丛也称壁内神经丛，分布在由食管中段起至肛门止的绝大部分消化管壁内，这个神经丛主要由两组神经纤维网交结而成：①位于纵行肌和环形肌之间的肠肌神经丛(Myenteric plexus)或欧氏神经丛(Auerbach's plexus)；②位于粘膜层与环形肌之间的粘膜下神经丛(Submucous plexus)或麦氏神经丛(Meissner's plexus)。壁内神经丛由神经节细胞和许多神经纤维构成，它们将壁内神经节连接在一起而形成一个完整的神经系统。

壁内神经丛还含有感觉纤维的细胞体。感觉纤维终止于肠壁或粘膜上面的感受器，这些感受器可以是对食糜成分如 H^+ 或肽类敏感的化学感受器，也可以是对牵张刺激敏感的机械感受器。它们还传递其它内脏感觉如疼痛、饥饿和恶心。感受细胞的传出纤维又与神经丛内的细胞体或其树突形成突触联系，从而构成一个完整的神经系统。当切断外来神经后，节细胞间仍有功能的联系，并能形成局部反射。

壁内神经丛内的多数副交感神经纤维是兴奋性胆碱能纤维，少数是抑制性纤维。在这些抑制性纤维中，很多既不是胆碱能，也不是肾上腺素能，而是第三种成分。过去有人把第三种神经成分称为嘌呤能纤维，因为它们的节后纤维末梢释放ATP这种嘌呤类物质。近年，有

人指出这些神经末梢释放的递质不是嘌呤类物质,而是肽类物质,所以又称为肽能纤维。如胃肠肽类物质中的胃泌素、血管活性肠肽、P物质等,可能是此类神经的递质。

副交感神经与交感神经对消化道的作用是既对立又统一的。一般说来,副交感神经兴奋时可促进胃肠运动和消化液分泌。交感神经兴奋时可使胃肠运动减弱,但却可引起回盲括约肌及肛门内括约肌收缩。在正常情况下,消化道的活动主要是在副交感神经的控制下进行的。此外,食物对消化管壁的机械性和化学性刺激,也可通过壁内神经丛引起消化道的运动和分泌。

六、胃、肠激素及其一般作用

胃肠激素在化学上全是多肽,分子量大多数在2000~5000范围。正是由于近20多年来蛋白质化学的蓬勃发展,目前已制有多种纯的胃肠激素和肽类,这就使精确的胃肠内分泌学的研究成为可能。

1. 胃泌素 (Gastrin)

胃泌素主要生理功能:胃酸分泌、胃窦收缩、消化道粘膜生长。刺激胃酸分泌是胃泌素的最主要作用之一。它虽然也刺激胃蛋白酶原的分泌,但这可能是其泌酸作用的继发作用。胃泌素的另一重要作用就是促进粘膜生长,这也称为营养作用(trophic action),主要作用于胃的泌酸腺区粘膜,但也作用于食管和胃窦粘膜以外的消化道粘膜。

引起胃泌素释放的最强的天然因素是经过消化的蛋白质和氨基酸。完全没有消化的蛋白质并无作用。具有最强的释放胃泌素作用的氨基酸为色氨酸和苯丙氨酸。刺激迷走神经,由其末梢释放乙酰胆碱,可刺激G细胞释放胃泌素。

2. 胆囊收缩素 (Cholecystokinin CCK)

胆囊收缩素的生理功能:刺激胆囊收缩、胰腺分泌、加强促胰液素引起的 HCO_3^- 分泌,抑制胃排空、胰外分泌组织生长、小肠平滑肌收缩、在中枢抑制摄食。

胆囊收缩素是由蛋白质分解产物中的肽类、氨基酸,以及脂肪及其消化产物等在小肠上部引起释放的。碳水化合物无效。在氨基酸中,以苯丙氨酸、色氨酸和甲硫氨酸的作用最强。

3. 促胰液素 (Secretin)

促胰液素的生理功能:刺激胆汁分泌,胰液中的 HCO_3^- 分泌,加强胆囊收缩素引起的胰酶分泌。

酸性溶液酸化小肠上部是引起促胰液素释放的最强因素。引起其释放的pH阈值约为4.5左右。当pH逐渐降低至3.0时,促胰液素的释放迅速增加。蛋白质消化产物对其释放也有一定作用,但碳水化合物则无效。

4. 抑胃多肽 (Gastric Inhibitory Polypeptide GIP)

当食物中的脂肪、葡萄糖或氨基酸进入小肠后,即引起抑胃多肽的释放,血中的浓度迅速升高。它的作用是抑制胃酸分泌以及引起胰岛素的释放。

抑胃多肽在很低剂量时即可引起胰岛素的释放,糖类(及脂肪)在小肠内引起抑胃多肽释放,不仅对消化过程本身具有影响,而且还能通过释放胰岛素来影响紧接着的下一个过程,即糖被吸收后的代谢过程。在这里抑胃多肽起着—个“促激素”的作用。这样,就会在摄入大量糖类食物后,给予胰岛—个先期信号,使胰岛素即时释放出来,限制血糖浓度不至于升

得过高,从而避免一部分葡萄糖超过肾阈而在尿中丧失,以有效地保存机体所获得的能源,其意义是重大的。

5. 胰高血糖素 (Glucagon)

胰高血糖素是由胰岛 A 细胞产生的一种升高血糖物质。具有很强的促进肝糖原分解和糖原异生的作用,它和胰岛素相互配合调节营养物质的贮存和动员,以满足机体在多种情况下的能量需要。例如它对于在基础情况下,蛋白餐后以及剧烈运动时,维持肝脏对葡萄糖的生成以防止低血糖的发生,起着重要作用。此外,它还有抑制胃酸、胃泌素、胰碳酸氢盐、胰酶的分泌,以及抑制胃肠平滑肌运动等多种作用。

6. 血管活性肠肽 (Vasoactive Intestinal Peptide VIP)

血管活性肠肽的分泌细胞广泛分布于全部胃肠道。它最早就被确认为具有血管扩张作用,也借此得名。另外它还有抑制胃酸、胃泌素分泌以及胃运动的作用,但能刺激肠液分泌以及胰腺的水分及碳酸氢盐的分泌。刺激迷走神经可引起血管活性肠肽在外周循环中明显增加,但阿托品并不能阻断这个反应。血管活性肠肽的免疫反应也出现在胃肠道植物性神经系统的一些神经终末及内在神经丛,被认为是一种非胆碱能和非肾上腺素能的“VIP 能”纤维, VIP 可能是一种外周植物性神经递质。

7. P 物质 (Substance P)

P 物质的分泌细胞分布于全部胃肠道。它还存在于中枢和外周神经系统,包括胃肠道的内在神经丛。在人脑中,它的最高浓度是在黑质和下丘脑。它在神经系统中的存在被认为可能是一个神经递质。它刺激平滑肌收缩,特别是对于空肠、回肠和结肠的平滑肌收缩刺激更强。它对于人的下食道括约肌也有强烈的刺激作用。因此,它很可能在肠运动功能的生理调节中具有重要作用。

8. K 物质 (Substance K)

K 物质广泛分布于中枢及外周神经组织中,参与镇痛、呼吸、循环、消化、泌尿及行为等多种生理功能调节。它还能抑制胃酸分泌,而 P 物质则无此作用。

9. 铃蟾素 (Bombesin)

铃蟾素过去曾称蛙皮素,是由欧洲蛙的皮肤中分离出的由 14 个氨基酸组成的肽。它也存在于哺乳动物的整个胃肠道,特别是胃和十二指肠。还存在于脑组织中。它具有相当广泛的强烈的药理作用,特别是刺激胃液、胰酶、胃泌素的分泌,还刺激小肠、胆囊、动脉血管平滑肌的收缩,从而使血压升高。

10. 神经降压素 (Neurotensin)

神经降压素分布在脑组织中,以脑和垂体的浓度最高。它也存在于消化道的空肠和回肠,其浓度远高于脑组织。它的作用也相当广泛,具有抑制胃酸、胰岛素分泌,刺激胰高血糖素分泌的作用,从而使血糖升高。它使血管通透性增加,血液浓缩,血压下降。进食脂肪可引起其在血液中的浓度升高。

11. 胰多肽 (Pancreatic Polypeptide PP)

胰多肽是由胰腺中分离出来的,小量也存在于胃肠粘膜。胰多肽可引起胰液及胃酸分泌的抑制及胆囊舒张。进食混合食物以及食物在胃中可引起血中胰多肽水平显著升高,蛋白质作用最强,脂肪和葡萄糖也有一定作用。目前认为,胰多肽可能在调节胃液和胰液分泌中各具有意义。

12. 酪酪肽 (PYY) 和酪神经肽 (NPY)

二者都是在猪脑中及小肠中提取出来的。在大鼠, PYY 的分泌细胞存在于胃窦、回肠、结肠及胰岛中。NPY 则广泛分布于哺乳动物的中枢和外周神经组织中, 含 NPY 的神经纤维存在于肠壁各层及胰腺。PYY 能抑制胰腺的碳酸氢盐及胰酶分泌, 还抑制胆汁及胃液分泌; 而 NPY 则有血管收缩作用及刺激摄食作用。

13. 生长抑素 (Somatostatin)

生长抑素存在于中枢神经系统、神经纤维、胰岛的 D 细胞, 以及散处于消化道粘膜, 特别是胃的类似 D 细胞的细胞内。在哺乳动物, 生长抑素的最大浓度在下丘脑, 但其总量最大的则是在消化道。

生长抑素除抑制生长激素的分泌外, 还抑制其他激素的分泌, 如促甲状腺素、生乳素、促肾上腺皮质激素、胰高血糖素、胰岛素、促胰液素等, 因而被称为多种激素的抑制物。另外, 它大量地存在于消化道, 很可能对消化道中具有分泌和收缩作用的细胞产生局部抑制作用。

14. 脑啡肽 (Enkephalin)

脑啡肽广泛分布于中枢神经系统和消化道。在消化道以在胃窦浓度最高, 其次为小肠上部。分泌脑啡肽的细胞和分泌胃泌素的 G 细胞相吻合。

神经系统和消化道是吗啡的强烈作用的两个最重要的靶器官。吗啡已有许多世纪用于治疗腹泻和痢疾, 但作用机理并不了解。吗啡能减慢胃肠和胆囊运动, 产生便秘。它还减少胃酸、胆汁和胰液分泌。脑啡肽在消化道的发现, 将对于胃肠功能的调节提供新的看法。

15. 胃动素 (Motilin)

胃动素的分泌细胞称作 EC2, 分布在全部小肠。它有强烈的刺激上消化道的机械运动和电活动的作用。在血液的浓度较高, 所以它可能对饭后引起的上消化道的活动, 具有重要意义。它虽能刺激胃运动, 但却减慢胃排空, 这可能是由于打乱了正常的胃与十二指肠间的协调活动所致。

16. 甘丙素 (Galanin)

含有甘丙素的神经纤维见于胃肠道粘膜、平滑肌, 以及壁内神经节及其邻近血管。它能刺激大鼠胃、小肠、结肠及膀胱收缩。静脉注射可产生血糖升高, 这是由于抑制了胰岛素的释放所致。

17. 上皮生长因子 (Epidermal Growth Factor EGF)

上皮生长因子分布于人的甲状腺、胰腺、十二指肠、空肠等组织中。它的主要作用是促进上皮组织的增殖和分化。另外还有抑制胃酸分泌, 促进胃溃疡愈合等作用。它能增强 RNA 和蛋白质的合成。兴奋交感神经能引起 EGF 的释放。

18. 降钙素基因相关肽 (Calcitonin Gene-Related Peptide CGRP)

这是近年来用分子遗传学技术获得的第一个新的活性肽。它是一个参与多种功能调节的神经肽, 存在于中枢和外周神经系统中。在消化道其分布也很广泛, 同时也存在于其他系统的外周神经组织中, 如心血管, 呼吸等系统。

它的作用是抑制胃酸分泌, 可能是通过生长抑素而引起的。另外还有抑胃排空的作用, 这可能是通过植物性神经介导的。

七、胃肠道免疫功能

胃肠道有不仅具有消化和吸收功能,而且它还具有重要的免疫功能。

人体的淋巴器官可分为中央淋巴器官和周围淋巴。胃肠道淋巴组织是周围淋巴器官的一部分,对抗原能发生免疫反应。胃肠道内经常存在着各种抗原刺激,如食物中的蛋白质、自溶组织、细菌及其崩解物等。在其某一抗原刺激后,胃肠道淋巴组织中的免疫活性细胞可经过复杂的过程分化成为浆细胞而产生抗体,即免疫球蛋白(Ig)。消化道产生的免疫球蛋白主要是IgA,其次是IgM。其主要作用:防止细菌粘附到上皮细胞表面定居繁殖;防止病毒侵犯肠粘膜;防止(食物)抗原从肠道吸收。总之分泌IgA对于保护人体免受肠道微生物及食物抗原的侵犯起着重要作用。胃肠道的免疫性疾病包括免疫缺陷性和免疫损伤性疾病如变应性胃肠炎、溃疡性结肠炎、克隆氏病、萎缩性胃炎、麸质性肠病(乳糜泻)等,均与胃肠免疫有关。唐铁军通过纤维结肠镜检查留取近回盲部结肠液,采用ELIS双抗夹心法,测定了46例脾虚证患者、40例健康成人肠液中分泌型IgA(SIgA)的含量。结果提示:正常人组肠液SIgA含量为1.87mg/ml,脾虚组为3.36mg/ml。两组比较有显著差异($P<0.01$)。其原因可能是由于局部抗原刺激作用而造成反应性分泌增多^[7]。吴正治运用细胞化学方法结合显微光度技术对临床30例胃、肠道疾患中医辨证属典型脾虚者进行了外周血淋巴细胞及单核细胞ANAE的定性定量观察。结果:脾虚组淋巴细胞ANAE反应阳性率、点状颗粒型百分率以及单核细胞ANAE活性皆显著低于非脾虚组和正常对照组($P<0.01$);弥散颗粒型ANAE反应淋巴细胞组间差异不显著;非脾虚组与正常人比例,各项指标皆无显著性意义^[8]。侯淑琴对不同证型消化性溃疡和慢性胃炎患者血浆中分子物质(MMS)总量进行测定,结果:脾胃虚寒型血浆MMS含量明显升高($P<0.05$),胃阴不足型明显降低($P<0.05$),各型之间相比较,脾胃虚寒型明显高于寒热夹杂型和胃阴不足型($P<0.05$),脾虚患者免疫功能明显低下,机体内分泌和代谢功能发生紊乱,而有关MMS毒性的体外研究则表明其对免疫功能有明显的抑制作用。因此推测,脾胃虚寒型血浆MMS含量增高可能与这些患者免疫功能低下,神经及代谢功能紊乱有关^[9]。魏德煜观察了慢性胃病脾虚证患者外周血T淋巴细胞亚群的变化,结果显示脾气虚患者与正常对照组相比,OKT3、OKT4显著减少($P<0.01$),OKT8绝对值无明显变化,然而与OKT4相比相对增加,OKT4/OKT8值明显降低,表现为T细胞网络失调现象,说明胃病脾气虚者产生免疫功能低下及紊乱^[10]。所以,从免疫学说来探讨胃、肠道疾病,也是有非常重要意义的。祖国医学十分重视脾胃在防病治病中的研究,早在《内经》中就有“脾为之卫”之论述,《伤寒论》更进一步提出了“四季脾旺不受邪”的著名论点,李东垣在《脾胃论》中更充分地阐发了脾胃与元气的关系及其在发病学中的重要地位,认为“脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也。”即脾胃健旺则正气充足,外邪不易入侵,反之则使人体抗病力减弱,从而导致疾病的发生。

第二节 中医对胃肠道生理的认识

中医胃肠道的生理,古人对其有较详细的记载,特别是《黄帝内经》对胃肠道的解剖,生理方面有了较全面的认识。在生理解剖方面,《灵枢·肠胃篇》中指出了胃的位置、形状、大

小和容量,以及口齿乃至大小肠整个消化系统的部位和形状。认识到从口至肛门,整个消化道的总长度为六丈四寸四分,环转回曲共三十二曲。据近人研究,《内经》中食道与肠道长度的比例是 $1.6:56.8=1:36$,而在近代斯巴德何辞所著人体解剖图谱中,这一比例是 $25:925=1:37$ 。由此可见,古人对于消化道的解剖是相当准确的^[11]。《灵枢·平人绝谷篇》还认识到:“肠胃之长,凡五丈八尺四寸,受水谷九斗二升一合合之大半,此肠胃所受水谷之数也。平人则不然,胃满则肠虚,肠满则胃虚,更虚更满,故气得上下,五藏安定,血脉和利,精神乃居。”“故肠胃之中,当留谷二斗,水一半五升。”根据《内经》的理论,人的胃肠系统的总容量虽有九斗二升多,但正常人体内的饮食物不会经常保持这个数量。当胃里盛满水谷时,肠道中的水谷已消化完毕,剩余糟粕则排出体外。当胃中水谷转移到肠道中时,胃里又变得空虚起来。正是肠胃的这种更虚更满的变化,才使水谷的消化吸收和排泄过程协调进行,维持人体的正常生命活动。在生理功能方面,《素问·六节脏象论篇》说:“脾、胃、大肠、小肠、三焦……仓廪之本,营之居也,名曰器,能化糟粕,转味而入者也。”《经脉别论篇》还指出:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”这实际上概述了饮食消化的全部过程。胃主受纳,脾主运化、吸收、输布,也包括小肠的吸收功能。人虽以饮食为本,但饮食物的消化吸收则依赖于胃肠。《内经》在一定程度上较深刻地认识到了胃肠的消化功能及其对人体生命活动的重要意义。所论述的脾胃功能,几乎可以代表整个消化系统的功能。所以说,中医学中脾、胃、小肠、大肠是人体消化系统的主要脏器。

一、脾的解剖及生理功能^[12]

(一) 脾的解剖

脾位于中焦,在膈之下。《素问·太阴阳明论篇》说:“脾与胃,以膜相连耳。”《类经图翼》说:“脾……与胃同膜而附其上之左,俞当十一椎下。”《针灸大成·五脏六腑》还说:“脾……掩乎太仓,附脊十一椎。”这些论述,均较详细地描述了脾的解剖位置。

(二) 脾的生理功能

足太阴脾经与足阳明胃经相互络属与脾胃,脾和胃互为表里。脾开窍于口,其华在唇;主四肢、肌肉。在志为思,在液为涎。其主要生理功能是主运化输布水谷精微,运送排泄水湿,主升清,统摄营血,充养宗气,为气血生化之源,五脏六腑、四肢百骸皆赖以所养,故被古人称之为“后天之本”。

1. 主运化

脾主运化,是指脾具有把水谷化为精微,并将精微物质转输至全身的功能。包括运化水谷和运化水湿两个方面。

运化水谷,是指脾对于饮食物具有消化和吸收的功能,当饮食物进入胃以后,其消化和吸收,实际上是在胃和小肠内进行的,但是必须依赖于脾的运化功能,才能将水谷转化为精微,然后再依赖脾的转输和散精的功能,上输于肺,由肺贯注心脉,把水谷的精微“灌溉四旁”和布散全身,正如《素问·经脉别论篇》所指出的“食气入胃,散精于肝,……浊气归

心，淫精于脉”和“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺”等，都说明脾的转输和散精功能。脾的运化功能，在《素问·厥论篇》中概括为“脾主为胃行其津液者也。”由于脾具有运化水谷精微的功能，使机体的消化吸收功能健全，为化生精、气、血、津、液提供足够的营养物质，才能使脏腑、经络、四肢百骸，以及筋肉皮毛等组织得到充分的营养，从而保证身体各种生理功能的正常进行。如果脾运化水谷精微的功能减退，则机体吸收消化功能失常，以致出现便溏、腹胀、倦怠、消瘦等病变。

运化水液，亦称“运化水湿”，是指脾对于水液具有吸收、转输和布散的作用。脾在运化水谷精微的同时，还能把水液转输于肺，由肺布散到周身各处，使五脏六腑、四肢百骸均得以充分濡润，并能将水谷精微中的多余水分，及时的转输至肺和肾，通过肺肾的气化功能，化为汗和尿排出外体。因此，脾的运化水液功能健旺，既能使脏腑百骸得到水液的充分濡润，又能防止水液在体内发生不正常的停滞，避免湿、痰和饮等病理产物的生成。从而维持了体内水液的动态平衡。如果脾运化水液的功能失调，可导致水液在体内停滞，而产生湿、痰、饮等病理产物，发生水肿、泄泻等病症，所以《素问·至真要大论篇》说：“诸湿肿满，皆属于脾。”

脾运化水谷和运化水湿的功能，是密切配合，不可分离的。脾的运化功能，对于整个人的生命活动，至关重要。所以称为“后天之本”，气血生化之源。这实际上是对饮食营养和消化吸收功能的重要生理意义，在理论上的高度概括。所以《医宗必读》说：“一有此身，必资谷气，谷入于胃，酒陈于六腑而气至，和调于五脏而血生，而人资之以为生者也，故曰后天之本在脾。”由于脾胃在身体中起重要作用，所以在防病治病中要善于保护脾胃，注意调养脾胃，如果不注意保养脾胃，使其运化功能失调则易产生各种疾病，如李东垣在《脾胃论·脾胃盛衰论》中所说：“百病皆由脾胃衰而生也”即是此意。

2. 主升清

所谓“升”，是指脾气的运动特点，以上升为主，故又称“脾气主升”。“清”又称“清气”、“清阳之气”，是指水谷精微等营养物质。脾的运化功能是通过“升清”为其基本活动形式来实现的。是指水谷精微等营养物质的吸收和上输心、肺、头目，通过心肺的气化作用，化生气血，以营养全身。只有脾的升清功能正常，则元气充沛，才能使“清阳出上窍”，头清、目明、耳聪；才能使“清阳实四肢，肌肉丰满，肢体矫健有力；才能大气充实，生机旺盛。同时，脾的升清与胃的降浊相辅相成，共同协调维持人体内脏相对恒定于一定的位置，使机体脏腑维系在正常部位，而不致于下垂。若脾气不能升清，则水谷不能运化，气血生化无源，可出现神疲乏力，头目眩晕，腹胀，泄泻等症。《灵枢·本神篇》说：“脾气虚则四肢不用，五脏不安。”《素问·阴阳应象大论篇》说：“清气在下，则生泄泄。”如脾气虚甚则可下陷，见久泄脱肛，内脏下垂等病症。

3. 主统血

脾主统血，是指脾具有统摄血液在经脉中流行，防止溢出脉外的功能。《难经·四十二难》说：“脾裹血，温五脏。”裹，即指脾具有包裹血液，勿使外溢之意，实际上也就是指脾主统血的功能。脾统血的主要机理，是依赖脾气的固摄作用，正如沈目南在《金匱要略注》所说：“五脏六腑之血，全赖脾气统摄。”脾之所以能统血，与脾为气血生化之源密切相关，《灵枢·决气篇》说：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”脾的运化功能健旺，则气血充盈，而气的固摄作用也健全，使血液不会溢出于脉外。如果脾的运化功能减退，使气血生化无源，气

血虚亏，气的固摄功能减弱，可导致多种出血，如便血、尿血、崩漏、皮肤紫斑等。也称作脾不统血。

4. 脾主肌肉、四肢

《素问·痿论篇》说：“脾主身之肌肉”，是指脾具有输布精微而营养全身肌肉的功用。由于脾胃为气血生化之源，全身的肌肉，都需要依靠脾胃所运化的水谷精微来营养，才能使肌肉发达丰满，强壮有力。正如《素问集注·五脏生成篇》所说：“脾主运化水谷之精，以生养肌肉，故主肉。”因此，人体肌肉的强健与否，与脾的运化功能密切相关。若脾虚失运，精微乏源，则肌肉失养，必致肌肉消瘦，软弱无力，甚至萎弱不用。

脾主四肢，是指人体四肢，同样需要脾气运化的水谷精微来充养，以维持其正常的生理活动。四肢又依赖于清阳的升腾宣发，才能得到精微的营养，故《素问·阴阳应象大论篇》说：“清阳实四肢”即指此意。脾主运化升清，脾气健运，能化生水谷精微和清阳之气，使四肢营养充足，而活动矫健有力；如果脾失健运，清阳不升，布散无力，则四肢营养不足，可出现四肢无力，甚或萎弱不用。所以《素问·示从容论篇》说：“四肢懈惰，此脾精之不行也。”充分说明四肢的功能正常与否，与脾的运化水谷精微和升清功能是否健旺关系密切。

5. 脾藏意、主思

意、思是人体意识思维活动的一种状态。《素问·宣明五气篇》说：“脾藏意”。《素问·阴阳应象大论篇》说：“脾在志为思。”这些论述均认为意、思的高级思维活动是由脾所主。虽然人体精神思维意识活动由心所主宰，但是，这两种思维意识活动主要取决于脾的运化功能健旺与否。因为脾所运化的水谷精微，能化生为气血，成为维持正常精神活动的物质基础。所以，脾气健运，气血充沛，则思维敏捷。但是，思虑过度，则使脾气郁结，正如《素问·举痛论篇》所说：“思则气结”从而导致不思饮食，脘腹胀满，头目眩晕等症。

6. 开窍于口，其华在唇

脾开窍于口，是指人的饮食、口味与脾的运化功能密切相关。口味的正常与否全赖于脾胃的运化功能，也就取决于脾的升清与胃的降浊是否正常，脾气健旺，则口味正常而增进食欲。所以《灵枢·脉度篇》说：“脾气通于口，脾和则口能知五谷矣。”如果脾失健运，则可出现饮食减少，口淡无味，或口甜、口腻、口苦等口味异常的症状。

其华在唇，是指口唇的色泽与全身的气血是否充盈有关。《素问·五脏生成篇》说：“脾之合肉也，其荣唇也。”由于脾为气血生化之源，所以脾的运化功能健旺，则气血旺盛，口唇红润光泽；若脾气不健，气血不足，多见唇淡白不泽或淡红无华。因此，脾与口唇的关系甚为密切。

7. 在液为涎

脾在五液中主涎，是因为脾开窍于口，脾的经脉连舌本、散舌下。在正常情况下，脾气健运，脾之精液上润口腔，保持口腔润泽，有助于饮食物的吞咽和消化，但不溢于口外。所以《素问·宣明五气篇》说：“脾为涎”。若脾虚湿盛，脾胃不和，则导致涎液分泌急剧增加，而发生口涎自出等现象。故称脾在液为涎。

（三）脾的特性

脾的特性，主要表现为喜温燥而恶寒湿。因为脾为太阴湿土之脏，运化水湿，得阳气温煦则运化健旺；而湿邪最易伤脾，脾伤则运化失职，水湿内生。所以《素问·宣明五气篇》说：

“脾恶湿。”如果脾阳失运，阴湿内盛，影响脾的运化。同时，则发生湿困脾阳，出现头身沉重、四肢困倦、脘腹胀满、大便溏泻、舌苔白腻、脉象濡缓等症状。

二、胃的解剖及生理功能

（一）胃的解剖

胃的解剖位置，在膈下腹腔上部。上接食管，下通小肠，胃，又称胃脘，可分为上、中、下三部。胃的上部称上脘，包括贲门；胃的中部称中脘，即胃体的部位；胃的下部称下脘，包括幽门。对于胃的解剖形态及大小，历代医家亦作了探索，如《灵枢·平人绝谷》说：“胃大一尺五寸，径五寸，长二尺六寸”，横屈受水谷三斗五升，其中之谷，常留二斗，水一斗五升而满。”《难经·四十二难》指出：“胃重二斤三两”。前人已认识到胃是一个中空可以盛物的器官，与现代医学解剖学中的胃基本相符。

（二）胃的生理功能

胃为六腑之一，是消化系统的主要脏器，主要生理功能是受纳与腐熟水谷，胃以降为和。

1. 主受纳、腐熟水谷

受纳，是接受和容纳的意思。腐熟，是饮食物经过胃的研磨和初步消化，使之变为食糜之意。饮食入口，经过食管，容纳于胃，故称胃为“太仓”、“水谷之海”。经过胃的腐熟后，下传于小肠，其精微经脾之运化而营养全身。所以胃虽有受纳与腐熟水谷的功能，但必须和脾的运化功能相配合，才能使水谷为精微，以化生气血津液，供养全身。同时，胃的腐熟功能是在胃阴和胃阳的共同参与下完成的。

胃主受纳、腐熟的生理功能，每以胃气来概括之。《素问·平人氣象论》说：“人以水谷为本”，《素问·玉机真藏论》说：“五脏者，皆禀气于胃，胃者五脏之本也。”胃气的盛衰有无，直接影响到全身脏腑之健壮，对维持人体的生命活动及其存亡至关重要。李东垣在《脾胃论·脾胃虚实传变论》中说：“元气之充足，皆由脾胃之气无所伤，而后能滋养元气。若脾胃之本弱，饮食自倍，则脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也。”临床上诊治疾病，亦十分重视胃气，常把“保胃气”作为重要的治疗原则，故《景岳全书·杂证谟·脾胃》说：“凡欲察病者，必须先察胃气；凡欲治病者，必须常顾胃气。胃气无损，诸可无虑。”胃气的盛衰，亦是判断疾病顺逆的依据，即“有胃气则生，无胃气则死”之意。可见胃的受纳腐熟功能正常与否，决定了胃气的盛衰与否，对人体生命活动有着重要的作用。

2. 主通降，以降为和

胃主通降，是指胃气必须时时和顺通达，下降不逆。因胃为“水谷之海”，饮食物入胃，经胃的腐熟后，必须下行人小肠，进一步消化吸收，由小肠泌别清浊，其清者即水谷精微输脾达肺，营养全身，其浊者即糟粕废物则由于胃的通降作用，下入大肠经肛门排出体外。所以说胃主通降，以降为和。胃的通降是降浊，降浊是受纳的前提条件。所以，胃失通降，不仅可以影响食欲，而且因浊气在上而发生口臭、脘腹胀闷或疼痛，以及大便秘结等症状，如《素问·阴阳应象大论》说：“浊气在上，则生满胀。”若胃气失降而上逆，可出现嗝气酸腐，恶心、呕吐、呃逆等症。

（三）胃的特性

胃具有喜润恶燥的特性。因为胃不仅需要阳气的蒸化，更需要阴液的濡润，胃中阴液充足有助于腐熟水谷和通降胃气，所以叶天士说：“阳明阳土，得阴自安。”如胃阴不足，津液不能上承，则口燥咽干；胃中邪热内蕴，灼伤津液，则见口苦而干，嘈杂似饥等症状，故临床上保护胃阴是治疗胃病的重要治则。

三、小肠的解剖及生理功能

（一）小肠的解剖

小肠，是一个相当长的管道器官，位于腹中，其上口在幽门处于胃之下口相接，其下口在阑门处与大肠之上口相连。《灵枢·肠胃》说：“小肠后附背，左环回周迭积，其注于回肠者，外附于膀胱上，回运环反十六曲，大二寸半，径八分分之少半，长三丈二尺。”虽然古人这些认识比较简单，但与现代医学解剖学的认识还是相符合的。

（二）小肠的生理功能

小肠与心有经脉互相络属，故与心相表里。是人体饮食消化吸收的重要器官，其主要生理功能是受盛、化物和泌别清浊。

1. 主受盛和化物

受盛，即是接受、以器盛物的意思。化物，具有变化、消化、化生之意。小肠的受盛功能主要体现于两个方面：一是说明小肠是接受经胃初步消化之饮食物盛器；二是指经胃初步消化的饮食物，在小肠内必须有相当时间的停留，以利于进一步消化和吸收。这与现代医学小肠的生理功能相同。小肠的化物功能，是指经胃初步消化的饮食物进一步消化，将水谷化为精微，营养全身。小肠的受盛与化物功能，是先后衔接，相互配合而完成的，所以《素问·灵兰秘典论篇》说：“小肠者，受盛之官，化物出焉。”

2. 泌别清浊

泌，即分泌；别，即分别。小肠的泌别清浊功能，主要体现于三个方面：一是将经过小肠消化后的饮食物，分为水谷精微和食物残渣两个部分；二是将水谷精微吸收，把食物残渣向大肠输送；三是小肠在吸收水谷精微的同时，也吸收了大量的水液，故又称“小肠主液”。张介宾在注解《素问·灵兰秘典论》中说：“小肠居胃之下，受盛胃中水谷而分清浊，水液由此而渗入前，糟粕由此而归于后，脾气化而上，小肠化而下降，故曰化物出焉。”《医贯·内经十二官论》说：小肠“泌别其汁，清者渗出小肠，而渗入膀胱。滓秽之物，则转入大肠。”从而说明小肠的泌别清浊功能正常，则二便正常；如泌别清浊异常，则大便稀溏，而小便短少。所谓“利小便即所以实大便”的治法，即是这个原理在临床治疗中的应用。

由此可见，小肠受盛、化物和泌别清浊的功能，在水谷化为精微的过程中是十分重要的，实际上是脾胃升降清浊功能的具体表现。因此，小肠的功能失调，既可导致浊气在上的腹胀、腹痛、呕吐、便秘，又可出现清气在下的便溏、泄泻等症状。

四、大肠的解剖及生理功能

(一) 大肠的解剖

大肠亦居腹中，其上口在阑门处紧接小肠，其下端紧接肛门。《医林改错》说：“大肠上口即小肠下口，名曰阑门，大肠下口即肛门。”《灵枢·肠胃》说：“回肠当脐，左环四周时积而下，回运环反十六曲，大四寸，径一寸寸之少半，长二丈一尺；广肠傅脊，以受回肠，左环叶积，上下辟，大八寸，径二寸寸之大半，长二尺八寸。”这里回肠和广肠（直肠）是大肠的二个部分，后世统称大肠，其总长度为二丈三尺八寸。总之，对于大肠的解剖认识，与现代医学相符合。

(二) 大肠的生理功能

大肠与肺有经脉相互络属，而为表里。同样是消化系统的重要器官之一，其主要生理功能是传化糟粕。

大肠接受经过小肠泌别清浊后所剩下的食物残渣，再吸收其中多余的水液，形成粪便，经肛门而排出体外。所以《素问·灵兰秘典论篇》说：“大肠者，传导之官，变化出焉。”如大肠虚寒，不能吸收水分，使传导失职，则肠鸣腹痛，大便溏泄；反之，大肠实热，消烁水液，传导不利，则大便秘结。《灵枢·平人绝谷篇》亦认识到“广肠……受谷九升三合八分合之一。”此处只言受谷多少，不言受水，说明水谷入大肠时，已泌别清浊水分入于膀胱，而糟粕传入广肠，故只留食物残渣，而不言受水。由此可见，古人对大肠的生理功能认识之精确。

五、脾胃肠道与其它脏腑的关系

脾、胃、大小肠在生理功能上有着相互为用、相互依存、相互制约的关系，并以经络互为联系，形成一个协调和统一的消化系统。故《景岳全书·脾胃》说：“脾为土脏，灌溉四旁，是以五脏中皆有脾气，而脾胃中亦有五脏之气，此其互为相使，有可分而不可分者在焉。”精辟地论述了脾胃与五脏之间的关系。

(一) 脾与五脏的关系

脾为气血生化之源，为后天之本，五脏皆禀受脾所化生的气血而发挥正常的生理功能，在生理上相互协调制约，维持五脏功能的正常发挥。

1. 脾与心

脾属土，心属火，二者为火土相生之脏。脾统血，又为气血生化之源，心主血，故心与脾的关系至为密切。脾的运化功能正常，则化生血液的功能旺盛。血液充盈，则心有所主。脾气健旺，脾的统血功能正常，则血行脉中，而不溢出于脉外。因此，心与脾的关系主要表现在血液的生成和运行方面。在病理上，心脾两脏亦常互为影响，如思虑过度，不仅暗耗心血，而且影响脾的运化功能；若脾气虚弱，运化失职，则气血生化无源，亦可导致血虚心无所主；若脾不统血而致血液妄行，也会造成心血不足，导致眩晕、心悸、失眠、多梦、腹胀、食少、

体倦等为主要表现的“心脾两虚”之证。

2. 脾与肺

脾属土，肺属金，脾肺为土金相生的母子关系。脾与肺在生理功能上，主要表现在气的生成和津液的输布代谢两个方面。机体气的生成，主要依赖于肺的呼吸功能和脾的运化功能，肺所吸入的清气和脾胃所运化的水谷精气，是组成气的主要物质基础。因此，肺的呼吸功能和脾的运化功能是否健旺，与气的盛衰密切相关。

在津液的输布代谢方面，则主要是由肺的宣发肃降，通调水道和脾的运化水液，输布津液所构成。肺的宣发肃降和通调水道，有助于脾的运化水液功能，从而防止内湿的产生；而脾的转输津液，散精于肺，不仅是肺通调水道的前提，而且，实际上也为肺的生理活动提供了必要的营养。所以，脾和肺在津液的输布代谢中存在着相互为用的关系。

脾肺二脏在病理上的相互影响，主要也表现在气的生成不足和水液代谢失常两个方面。如脾气虚损时，常可导致肺气的不足，出现气短、体倦等气虚证；若脾失健运，津液代谢障碍，水液停滞，则聚而生痰、成饮，影响肺的宣发和肃降，可出现喘咳痰多等临床表现。所以古人有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的说法。如果肺病日久，也可以影响到脾，而导致脾的运化功能失常使肺脾气虚，从而出现纳食不化，腹胀便溏，甚则水肿等表现，因此，肺病久治不愈，多求治于脾，也是“培土生金”治法的理论依据。

3. 脾与肝

脾主运化属土，肝主疏泄属木，脾与肝为木土相克之关系。肝脾两脏的关系主要在二方面：首先在于肝的疏泄功能和脾的运化功能之间的相互影响。因为脾的运化，有赖于肝的疏泄，肝的疏泄功能正常，则脾的运化功能健旺。所以《素问·宝命全形论篇》说：“土得木而达。”若肝失疏泄，就会影响脾的运化功能，从而引起“肝脾不和”的病理表现，如脾的运化功能失常、气机壅塞，可使肝气郁结，导致“土壅木郁”之证。

其次，脾与肝在血的生成、贮藏及运行等方面亦有密切的关系。脾运健旺，生血有源，且血不溢于脉外，则肝有所藏。若脾虚气血生化无源，或脾不统血，失血过多，均可导致肝血不足。在病理上肝病可以传脾，脾病也可以及肝，所以说肝脾两脏在病变上常常是互为影响的，正如《金匱要略》所指出的：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”

4. 脾与肾

脾为后天之本，肾为先天之本，二者在生理关系上主要表现在后天与先天相互资生，相互促进的关系。脾之健运，化生精微，须借助于肾阳的温煦，故有“脾阳根于肾阳”之说。而肾中精气有赖于水谷精微的培育和充养，才能不断充盈和成熟。脾气健旺，水谷精微充足，不断滋养于肾，从而促进人体的生长发育。同时，肾主水液，必须赖以脾土之制而不致泛滥。在病理上，亦相互影响，如肾阳不足，不能温煦脾阳，则纳运失常，出现饮食减少，下腹冷痛，下利清谷，或五更泄泻，水肿等病症。若脾阳久虚，进而可损及肾阳，而形成脾肾阳虚的病症。

(二) 肠道与脏腑的关系

1. 小肠与心

心的经脉属心而络小肠，小肠的经脉属小肠而络心，二者通过经脉的相互络属而构成了表里关系。在生理上经络相联，病理上亦相互影响，如心有实火，移热于小肠，导致尿少、尿

热赤、尿痛等症；反之，小肠有热，亦可循经上炎于心，可见心烦、舌赤、口舌生疮等症。

2. 大肠与肺

肺与大肠亦是通过对经脉的络属而构成表里关系。大肠的传导功能，是在肺气肃降作用下完成的；而大肠传导功能正常，亦有助于肺气的肃降。如大肠实热，腑气不通，则可影响肺的肃降，产生胸满、喘咳等症。又如肺气肃降，津液不能下达，可见大便干结；再如肺气虚弱，推动无力，可出现气虚便秘。气虚不能固摄，清浊不分，则大便溏泄。

（三）脾胃与六腑的关系

六腑，是以“传化物”为其生理特点，脾胃与六腑共同构成了人体完整的消化、吸收、排泄体系，它们共同的生理功能是将饮食物腐熟消化，转输水谷精微，传化糟粕。它们之间相互联系、密切配合。

1. 脾胃与胆

胆为“中精之腑”，内藏清净之液，即胆汁。由肝之精气所化生，汇集于胆，泄于小肠，以助饮食物消化，是脾胃运化功能得以正常进行的重要因素。故《素问·宝命全形论》说：“土得木而达”即是此意。胆汁的化生和排泄，是由肝的疏泄功能控制和调节。肝的疏泄功能正常，则胆汁排泄畅达，脾胃运化功能亦健旺，如肝失疏泄，导致排泄不利，脾胃的运化功能亦受到影响，出现胁下胀满疼痛，食欲减退，腹胀便溏等症；如脾胃湿热郁蒸，胆热液泄，则可出现黄疸等症。

2. 脾胃与膀胱

膀胱为贮尿和排尿之腑。尿系水液所变化而成的，而水液是由胃受纳腐熟水谷后化生的，经小肠而下行膀胱，通过气化排出体外。膀胱将水液变化为尿液，不仅依赖肾的气化作用，而且必须依靠脾气升清和充养，从而保证了膀胱其功能的正常发挥。如果脾胃的受纳，运化功能失常，则不能化生水液，胃的降浊功能失职，则水液不能下输膀胱，必然导致小便短少或不利。

（四）脾胃与精气血津液的关系

人体的精、气、血、津液，是维持生命活动的基本物质，又是构成生命的基本物质，它们的生成与功能的发挥，均与脾胃的功能有密切的关系。

1. 脾胃与精

精是构成人体的基本物质，也是人体生长发育及各种功能活动的物质基础。精分为先天之精和后天之精。脾胃与精的关系，主要表现为先天之精和后天之精二者相互依存，互相为用。先天之精必须依赖脾胃所化生的后天水谷之精不断的培育和充养，才能发挥其生理效应，而后天之精又依赖于先天之精的活力资助。即肾气温煦脾胃，才能使脾胃化生功能正常，使水谷之精不断地生成与充盛。

2. 脾胃与气

气是构成人体维持人体生命活动的基本物质。气是由先天之精气，水谷之精气和存在于自然界的清气，通过肺、脾胃和肾等脏器生理功能的综合作用，将三者结合起来而生成的物质，它主要表现为气的生成与脾胃密切相关。在气的生成过程中，脾胃的运化功能尤为重要。人出生之后，必须依赖饮食物的营养以维持生命活动，而机体从饮食物摄取的营养物质，又

完全依赖脾胃的受纳和运化功能，经过对饮食物进行消化、吸收，把其中营养物质化为水谷精气。如脾胃虚弱，水谷之精乏源，不能充养于气，则出现气虚的病理变化。

3. 脾胃与血

血是构成人体和维持人体生命活动的基本物质，具有很高的营养和濡润作用。血是由营气和津液所组成。营气和津液，都是来自所摄入的饮食物经脾胃消化吸收而生成的水谷精微，所以说脾胃是气血生化之源。《灵枢·决气篇》说：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”《灵枢·邪客篇》说：“营气者，泌其津液，注之与脉，化以为血。”所以说脾胃的运化功能在血的生成过程中占有重要的地位和作用。如脾胃运化功能失调，可导致血液的生成不足，而形成血虚的病理变化。

4. 脾胃与津液

津液，是机体一切水液的总称。也是构成和维持人体生命活动的基本物质。脾胃与津液关系主要表现在津液的生成和津液的输布二方面。津液的生成，是通过胃对饮食物的“游溢精气”和小肠的“分清别浊”、“上输于脾”而生成；津液的输布，主要是脾胃通过经脉，一方面将津液转输于全身，另一方面将津液“上输于肺”。即所谓脾的“散精”功能。所以说，脾胃功能健旺，津液生成充足，转输正常，濡润营养全身脏腑组织器官。如脾胃虚弱，运化无权，津液生成不足，则脏腑组织器官失于濡养，若脾胃失调，脾不运化，津液蓄积体内，变为水湿，出现水肿、痰饮等病症。

综上所述，脾、胃、大小肠与五脏六腑、精、气、血、津液有密切的关系，所以说，脾胃的生理功能对于机体的生命活动至关重要。

第二章 胃肠道疾病的病因病机

第一节 胃肠道疾病的病因

一、六淫所伤

胃肠道是与体外相通的空腔器官，最容易受外界气候变化的影响，在机体正气不足、抵抗力下降的情况下，六淫之邪乘虚而入，则病生于胃肠。正如李东垣在《脾胃论》所说：“肠胃为市，无物不受，无物不入，若风、寒、湿、燥一气偏胜，亦能伤脾胃。”

外感风邪，可直接侵袭脾胃、肠而致病。如风邪侵袭于脾，可出现汗出恶风，体倦神疲，不思饮食，面黄，谓之脾风；风邪侵入于胃，则出现颈项多汗，时时恶风，饮食不下，胃脘痞满，谓之胃风。正如《医学启源》所说：“胃中风则溏泄不已”，“肠中风大肠则下血。元鲁光应用余弦法对 947 例上消化道出血的时间，节律进行了分析，结果表明：吐血（便血）年节律明显，其峰相位在春季^[13]。可见外感风邪可导致胃痛、呕吐、不食、泄泻、腹胀、痞满、便血等多种病证。所以李东垣所创的升阳除湿汤、通气防风汤、清暑益气汤即是扶正祛邪之意。

寒潮降临，气候骤然变冷，或夏季贪凉露宿，寒邪由肌表经络而入里，内客于脾胃大小肠。寒为阴邪，最易损伤脾胃阳气；寒邪凝滞，阳气受阻，气机失畅，皆可导致脾胃大小肠的纳化、传导功能失常，而出现脘腹冷痛、恶心呕吐，大便溏泄等症。如消化性溃疡病以冬春季节发病率最高。杨洪 对上消化道出血的病因进行研究，其结果：外感（气象因素）是主要诱因之一，发病与冷空气活动关系相当密切。在季节上有 12~2 月、4~5 月两个高峰，及 8~9 月一个小高峰。特别强调在气温骤降和气压剧烈变动时，易发生上消化道出血，而这种恶劣气候常伴随冷空气、台风或热带风暴出现^[14]。巴善铎参照乌鲁木齐地区的气象特点，研究气象综合因素对消化性溃疡发病的影响。研究结果表明，发病高峰为 8~12 月，以 11 月为极高月。也就是秋末冬初是消化性溃疡发病的高峰季节。除气候寒冷以外，更重要的是气温骤变以及大气压急剧增高，空气湿度增加，日照时数突然减少，多雾，大量降水等综合因素。由于气象诸因素的突变可能影响机体，使神经体液调节紊乱，内环境失去稳定，削弱了机体的适应性，导致溃疡的发生^[15]。

暑夏之际，在烈日下作劳，或高温环境下工作，感受暑邪，侵袭于胃，耗伤胃中阴液，进而耗伤胃气，以致气阴两伤，而出现口渴多饮，身热汗出，烦躁不安，神疲乏力等症。长夏季节多雨潮湿，侵袭脾胃，使脾失健运，胃失和降，升降失职，而出现胃脘痞满，不思饮食，四肢困倦，大便溏泻等症。

秋燥之邪，虽易犯肺，但胃为燥土，最易病燥，胃为燥邪所伤，耗伤胃阴；或外感温热

之邪，入于阳明胃腑，热邪消烁津液，出现口燥咽干，饮食减少，大便干结，小便短少等症。

以上说明，人体与自然界气候变化息息相关，特别是胃肠与外界气候变化的关系则更为密切。六淫之邪阻滞胃肠，经脉气血无以输布，脏腑功能受遏，从而导致各胃肠病的病发生。

二、饮食所伤

（一）饮食不节

李东垣在《脾胃论》中说：“夫饮食不节则胃病，胃病则气短精神少，而生大热。”饮食应以适量为宜，过饥则摄食不足，气血生化无源，脾胃运化受纳功能减退，出现面黄肌瘦，神疲乏力，食后腹胀等症。反之如饮食过量，暴饮暴食，超过脾胃的消化、吸收和运化能力，可导致食物壅滞于胃肠，脾胃损伤，出现脘腹胀满，噎腐泛酸，厌食，吐泻等症，所以《素问·痹论》中说：“饮食自倍，脾胃乃伤。”

（二）饮食不洁

进食不洁，可引起多种胃肠道疾病，出现腹痛、吐泻、痢疾等。食沾有虫卵的生冷瓜果、蔬菜，或其它不洁食物，进入胃肠，可罹患寄生虫病，若进食腐败变质有毒食物，常出现剧烈腹痛，吐泻等中毒症状，甚者可出现昏迷或死亡。所以说，误食不洁、有毒食物可使机体中毒。

（三）饮食偏嗜

人体的精神气血都有五味所资生，五味与五脏各有其亲和性。如饮食五味偏嗜，则脏气偏胜，引起脾胃大小肠以及其他脏腑的病变。如“味过于酸，肝气以津，脾气乃绝，味过于苦，脾气不濡，胃气乃厚。”说明过酸过苦可导致脾胃疾病的发生。甘味本可益脾胃，但过食甘味，亦可使脾胃之气壅滞而发病。过食生冷瓜果，可损伤脾胃阳气，化生寒湿，而致胃痛、呕吐、腹痛、腹泻等病症；嗜食偏热、进食过热、过快，日久可灼伤食道与胃，可导致吞咽困难、疼痛，甚则引起噎膈。如生活习惯不良，喜食腌制发霉之食物，可损伤食道及胃肠，或生痰生湿，痰湿阻滞，甚则血分瘀滞，诱发胃肠道肿瘤。

嗜酒也是导致胃肠疾病的重要病因之一。饮酒过度，可损伤脾胃，助湿生痰、脾胃运化失职，而出现种种胃肠病症。如过量饮用烈酒，不仅可积滞于胃腑而出现胃痛发作，而且可助热动火，伤及胃络，引起吐血便血。

总之，饮食因素为胃肠道疾病之主要原因之一。北京脾胃病协作组对北京14所大、中、小型中医院的603例泄泻患者进行病因调查，结果表明：泄泻发病主要是与饮食不节或不洁关系最大，占被调查人数的87.23%^[16]。

三、其他

（一）用药不当

长期服用辛热温燥药物，可耗伤胃阴；过寒凉攻伐之品，又可苦寒败胃，阻碍胃肠气机

通降,或损伤胃气。邵展报道了因服中成药而诱发急性胃粘膜损害 35 例。35 例中除 2 例因腰痛服小活络丹外,余均服“感昌药”。所用药物主要成份为牛黄、银花、乳香和没药,前者为“苦寒败胃”,后者易“络损动血”。故脾胃虚寒者应慎用。^[17]长期服用对胃有损害或刺激的药物,如阿斯匹林、保泰松、激素、消炎痛、利血平等,可使胃粘膜内前列腺素 E₂ (PGE₂) 减少,胃粘膜屏障损害,而引起胃痛,吐血,便血等症。

(二) 长期大量吸烟

烟毒可耗伤胃阴,导致脾胃功能失调。烟草中的尼古丁可刺激胃粘膜引起胃酸分泌增加,幽门扩约肌舒张功能失调,使胆汁返流,损害胃粘膜屏障,从而导致胃肠疾病的发生。

(三) 情志失调

喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志变化,是机体对精神环境的改变而发生相应变化的一种适应性的活动。在正常情况下,不会使人致病。只有突然强烈或长期持久的情志刺激,超过了人体本身的正常生理活动范围,使人体气机紊乱,脏腑阴阳气血失调,才会导致疾病的发生。当代“心身医学”将这种在发病原因上与情志变化密切相关的躯体疾病称为“心身疾病”。

胃肠病的发生与七情过度密切相关。李东垣非常重视精神因素在发病过程中的先导作用。在《脾胃论》中说:“皆先由喜怒忧思,为五贼所伤,而后胃气不行,劳役饮食不节继之,则元气乃伤。”如长期精神抑郁、忧愁焦虑过度,使脾胃气机不畅,功能紊乱,纳化失常,而出现脘腹痞满,不思饮食,大便泄泻等症。所以《素问》“思则气结”、“思伤脾”的理论,即是此意。

如情绪紧张,肝气郁结,则疏泄无能;或恼怒太过,肝气过盛,疏泄太过,横逆乘脾犯胃,脾胃运化失常,则见胸闷善太息,胃脘疼痛痞满,腹痛泄泻等症;肝气犯胃,胃气不降,可致呃逆、呕吐、暖气等症。或暴怒之下,肝气暴张,火动于内,气逆于上,胃络受伤,而致吐血。

现代医学认为:过度精神刺激,忧郁焦虑等精神因素,使大脑皮层兴奋与抑制过程的平衡失调,植物神经功能紊乱,导致胃壁血管痉挛收缩,胃粘膜缺血、营养不良,日久则发生炎性病变。刘立力对 160 例萎缩性胃炎的病因病机进行分析,发现情志刺激、饮食因素占发病的 76.88%^[18]。朱建华对 43 例消化性溃疡病人的发病因素进行分析:单纯因情志因素诱发者为 29 例占 67%;情志不畅兼饮食失调者 9 例占 21%;兼劳倦过度者 2 例占 4.6%。若因情志为诱因的第一因素来计算,占发病总数占 93%^[19]。

(四) 劳逸过度

李东垣在《脾胃论》中说:“形体劳役则脾病,病脾则怠惰嗜卧,四肢不收,大便泄泻。脾既病则其胃不能独行津液,故亦从而病焉。”所以说体力劳动过度则伤脾胃之气。脑力劳动过度亦可伤脾耗气,脾胃运化功能失职,气血运行不畅,出现四肢乏力,精神萎靡不振,食欲减退。如过度安逸,不参加劳动和体育锻炼,则使人体气血不畅,脾胃功能减弱,可出现食少乏力,精神不振,肢体发软,或发胖壅肿,动则心悸汗出。《素问·宣明五气篇》所说:“久卧伤气”、“久坐伤肉”即是此意。

（五）其他脏腑病变对胃肠的影响

李东垣在《脾胃论》中说：“至而不至者，……心与小肠来乘脾胃也”，“肝木妄行……腹中急痛，此所不胜乘之也”，“肾水反来侮土，所胜者妄行也”。均指出了心、肝、肾等脏器的病变可累及胃肠而致病。《内经》有“肾为胃之关”、“肾气通于胃”的理论，胃阳得肾阳温煦，始能腐熟；胃阴受肾阴滋养，方可润降；肾气固摄，助胃受纳。另外，足阳明胃经与肾的经脉密切联系在一起，所以肾与胃生理上相互联系，病理亦相互影响^{[20][21]}。

胆木赖于胃土的培植。胃的功能取决于胆。李东垣在《脾胃论》中说：“少阳春升之气，春气升则万物化安。”胆汁注于小肠而助胃的受纳、腐熟。所以胆与胃在生理上密切相联，在病理上亦互相影响。《内经》中说：“邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦。”胆胃相关的疾病，临床多见于慢性胆囊炎、胆石症而伴有返流性胃炎、术后返流性残胃炎、慢性萎缩性胃炎伴返流者^{[22][23]}。

另外，急性心、脑血管疾病、泌尿系统、血液病、内分泌—代谢疾病、结缔组织病、免疫缺陷病、超敏反应性疾病、皮肤病等，在发病过程中，亦可影响胃肠功能而发病。

第二节 胃肠道疾病的病机

一、运化失司

（一）气虚不化

脾主运化，包括运化水谷和水湿。运化水谷，是脾对饮食中精微物质的消化、吸收和输布，所谓脾“为胃行其津液”，脾的运化功能是由脾气来实现的。如脾气虚则消化无力，纳呆运迟，食后腹胀；吸收障碍则腹泻便溏，甚至完谷不化。

（二）气虚湿阻

《内经》中说：“脾气散精，上归于肺”，是津液代谢的首要环节。脾气虚弱，不能为胃行其津液以致水湿内停，酿湿生痰，或水湿泛滥全身而为水肿。所谓“诸湿肿满皆属于脾”，即指脾的运化失职而言。脾运化失职，以致湿从中生，外湿乘虚而入。由于脾恶湿，湿邪最易困脾，故寒湿阻滞，困遏脾阳，可致腹胀便溏，纳呆食少，身体困重，头重头蒙，舌苔白腻等证；湿热蕴结脾胃，使胃失和降，可出现脘腹痞满，呕恶厌食，舌苔黄腻等证，湿邪郁于小肠，可致腹痛、腹胀、肠鸣、泄泻等证；若湿邪下注于大肠，可出现泄泻不爽，腹中胀满，肠鸣腹痛，或下痢赤白脓血等证。

另外，由于湿性粘腻，如湿邪困阻于胃肠，则疾病缠绵难愈，病情迁延日久。

（三）气机阻滞

脾的运化功能，还有赖于气机的调达。如湿气困脾，脾阳虚衰，阻遏气机；或脾虚生湿，

外邪客于胃肠，使气机阻滞，阻碍了脾的运化，使传导失常；若食积于胃，亦可阻塞气机；或肺气不宣而上逆，导致大肠腑气壅滞；或情志不畅，肝气乘脾犯胃，可使胃肠气机通畅失司，而出现脘腹胀满疼痛，肠鸣腹泻，嗳气呃逆等证。所以说，脾虚、湿浊、外感、食积、气滞皆可导致胃肠气机阻滞不通，病理上互为因果，相互传变。

二、受纳腐熟异常

（一）胃失腐熟

胃为水谷之海，与脾共司升降清浊。食物只有经过胃的腐熟，脾才能将其吸收、运化。如因饮食不节，饥饱失常，或冷热不适，食积于胃，都能损伤胃气，所谓“饮食自倍，脾胃乃伤”即是此意。若胃气虚弱，水谷难消，或邪热耗伤胃阴，胃失于濡润，亦可使胃腐熟能力减弱，而出现饥不欲食，干呕呃逆，大便干燥，舌红少苔脉细数等证。如过食生冷，脘腹受凉，寒凝于胃，损伤脾阳，则可见脘腹冷痛，大便溏泄等证。

（二）气失和降

气失和降，是胃气不能下行的病变。胃气以通为和，以降为顺。只有胃气的通降，使胃内容物下行至肠中，始能重新受纳水谷。如六淫邪气犯胃，或痰饮停蓄于胃、或肝气犯胃，其气不能下行；或因胃气虚弱不能运化，胃阴不足失于濡润，以致胃气失于通降，则为痞满；胃气上逆则嗳气、呃逆、恶心、呕吐，甚则反胃。

三、脾胃肠病相互影响

（一）升降失常

脾胃为气机升降之枢纽。脾主升，胃主降，脾气不升，则不能助胃消化，而且吸收转输水谷精微的功能障碍，同时统摄、升提内脏的功能失常。胃气不降，则传化失职，饮食物则不能顺利下行，而且经初步消化后的水谷精微物质亦不能正常下传给小肠进一步吸收。其主要病机表现在：①脾气不升，则不能运化精微，从而出现痞满、腹胀、食后困倦、嗜卧乏力、腹泻、消瘦等证。②脾气不升可导致阴火上冲。③脾气不升，脾不统血，可致呕血，便血等证。④脾气不升反降，则中气下陷，而发生脱肛、内脏下垂、便血、久泄等证。⑤胃气不降，则大小肠的传导、分清泌浊功能也不能正常完成。⑥脾气不升、胃气不降，运化转输无能，则可导致痰、饮、水、湿等病理产物的形成。⑦脾胃升降失常，则水谷不能化生气血，而导致气血双亏。

（二）阴阳寒热失调

脾者体阴而用阳，胃者体阳而用阴。脾阳主温运升发；脾阴主濡养滋润，是脾阳功能活动的物质基础，二者相辅相成，共同完成脾的运化、升清、统血等功能。脾胃病机有阳虚阴虚之分，脾阳不足是由脾气虚弱发展而来，或因过用寒凉药物，或恣食生冷损伤中阳，或因

命门火衰，不能温煦脾阳而致温运无权寒自内生。常见畏寒肢冷、口泛清涎、脘腹冷痛、喜温喜按、大便稀溏。脾阴不足多由于长期摄入不足，饮食偏嗜，阴液来源减少；劳倦或忧思伤脾，营阴暗耗；或火热之邪灼伤津液，或治法不当，汗、吐、下、温太过，可引起脾阴不足，营血亏虚，脏腑组织失养，运化失常，阴火上炎；或者由于其他脏腑如心、肾、胃等阴液不足，而影响脾。临床表现为纳食不化，形体消瘦，倦怠嗜卧，面色无华、口干咽燥，手足心热，大便秘结舌，质红无苔或少苔脉细数等证。胃阳虚则由于饮食不节、寒邪客胃，阻遏阳气，寒自内生，表现为胃脘痛，喜温喜按，遇冷加重，得热食则减，手足不温等证。脾胃阳虚，可同时并见，出现腐熟蒸化水谷功能低下，而变生痰饮水湿等病理产物。如胃中积热，或外邪入里化热化燥；或嗜食辛辣；或五志化火；或热病后期致使胃阴枯涸，可出现脘腹痞满，呕逆，不思饮食，舌红无苔脉细数等证。脾阴胃阴二者相互滋渗，灌润。脾阴虚可致胃阴虚，胃阴虚亦可导致脾阴虚，故脾阴虚与胃阴虚常同时并见。脾胃阴阳失调，常可累及大小肠，影响大小肠的传化，转输功能。大小肠虚寒，亦可导致脾肾阳虚，而出现腹痛肠鸣，五更泄泻等证。如大小肠津亏，日久亦可损伤脾阴。如心火亢盛，则可移热于小肠，称为小肠火。如肺阴亏虚，可影响大肠，导致大肠津亏，传导失常。

（三）虚实转化

《素问·太阴阳明篇》有“阳道实，阴道虚”之论也即后世所谓“实则阳明，虚则太阴”的理论，阐明了阳明胃病多为实证，太阴脾病多为虚证的病理特点。因为阳明胃腑主腐熟水谷，主降推送糟粕下行外出，病则为浊气不降，糟粕不行，且阳明胃腑，易于化热燥结，故病则为实热证；太阴脾脏主运化，主升清，病则水谷精微不能布运化生，清阳不升，且湿易伤脾阳，故病多虚寒证。理论上“脾病多虚，胃病多实”的病机学说，实际上常常为虚实转化，胃肠病初期多以实证为主，随着病情发展，正邪相争，脾气受损，在病机上逐渐发生转化，而出现虚实夹杂的病理变化，最终由于脾胃虚衰，气血生化乏源，进而由实转虚。所以说胃肠疾病，临床上多存在虚实病机的转化规律。

近年来，许多学者对胃肠病寒热虚实证的病机作了一系列研究。如吴正治对胃脘痛虚实辨证舌象客观指标的定量细胞化学探讨，其中虚证组 30 例，实证组 20 例，正常组 30 例。其结果：虚证组 PAS、DNA 显著高于正常人及实证组，而 SDH、ANAE 显著低于实证组及正常人，除 ANAE 增多有显著意义外，其余各项指标虽有变化，但未出现显著性差异。虚证组 SDH 活性降低而 PAS 含量增高，说明其舌上皮细胞内能量代谢较实证组及正常人低下，可能与其整体处于虚、寒状态有关。虚证组 ANAE 含量降低，提示其可能存在内质网的功能低下，也说明其细胞新陈代谢低下。实证组 ANAE 含量较正常人高，可能系一种细胞代谢病理亢进的现象^[24]。黄炎明作了慢性胃炎等消化系统疾病虚实证与血液流变性相关性的分析。其结果，实证组 RBV、RPV、RV、F1、BG 增高，说明慢性胃炎等消化系疾病实证伴有高粘滞血症，血液粘滞增高，可造成微循环障碍，影响组织的灌流量。HCT 正常，从一个侧面反映了正气不虚。虚证的血液粘度降低，血液处于一种稀释状。HCT 较正常低，说明虚证虽无气血之郁壅，但正气已损伤^[25]。倪宗珈对 35 例慢性胃病按虚实两种不同证候的舌苔应用电镜观察，结果发现无论虚证或实证患者舌苔可见大量的球菌和杆菌，以及幽门弯曲菌，其中虚证患者 18 例中 13 例可见弯曲菌占 73%；实证患者 17 例中有 7 例可见弯曲菌占 41%。舌苔脱落细胞中 35 例患者有 20 例发现幽门弯曲菌占 37%。可为中医发病学中微生物的致病作用提供客观

依据^[26]。钱立伟对舌上皮萎缩坏死细胞与胃脘痛阴虚证关系作了初步观察,其结果:舌上皮细胞总数正常组 50 例为 62.42 ± 3.35 。虚寒组 30 例为 59.60 ± 5.24 。阴虚组 23 例为 81.00 ± 8.50 个/总视野。阴虚组明显增多,与正常组和虚寒组比较有显著性差异 (P 均 < 0.01)。胃脘痛阴虚证患者舌苔涂片中出现大量成片密集的萎缩坏死细胞,而对照组仅偶尔单个出现。提示中医学有关胃津肾液枯竭,不能上潮于舌化生舌苔的理论,具有一定现代医学生理病理学基础。阴虚证组萎缩性胃炎者占 43.48%,提示胃粘膜的萎缩与舌上皮细胞的萎缩坏死可能有一定内在联系^[27]。

四、出血瘀血

(一) 胃肠道出血

胃肠道出血的症状主要是吐血、便血。出血的部位有胃、大小肠之不同。引起出血的病机有虚实寒热之分。如胃火内炽、灼伤血络,迫血妄行;或阴虚火旺,虚火伤络;或肝火犯胃,胃络受伤;胃肠道积热或湿热,使肠络受伤;而出现吐血便血。再如脾气亏虚,统摄无能;或脾胃虚寒,血行不畅;或瘀血阻于胃肠,使血不循经,均可导致胃肠道出血,故《景岳全书·血证》概括血证的原因说:“故有以七情而动火者,以七情而伤气者,有以劳倦色欲而动火者,有以劳倦色欲而伤阴者,或外邪不解而热郁于经,或纵饮不节而火动于胃,或中气虚寒则不能收摄而注陷于下……”。《吴举通医案》指出:“粪后便血,责之小肠寒湿,不与粪前为大肠湿热同科。”《临证指南医案·吐血》说:“酒热戕胃之类皆能助火动血。”《素问·举痛论篇》说:“怒则气逆,甚则呕血。”胃肠病之出血虽有多种,但其共同的病理变化可归纳为火热薰蒸,迫血妄行,及气虚不摄,血溢脉外两大类,临床以火热薰蒸,迫血妄行多见^[28]。在火热之病机中,又有实火虚火之分,外感风燥、湿热内蕴,胃火炽盛,肝郁化火均属实证;而阴虚火旺均属虚火。气虚之中,可见气损伤阳气,及阳气亦虚之别。从证候之虚实来讲,火热亢盛所致者属实证,而阴虚火旺及气虚不摄所致者则属虚证。但在疾病过程中往往发生虚实相互转化的情况,多见以实证向虚证的转化。

(二) 胃肠道瘀血

瘀血是由于血不循经、溢于脉外,蓄结而成,或血脉运行不畅而形成的一种病理产物。又可作为一种致病的因子,引起种种病证。胃肠病瘀血形成的病机主要有:①脾胃气衰,无力推动血液运行,血行迟缓而发生瘀阻;脾虚不摄,则血不循经而溢于脉外,离经之血不得消散,蓄而为瘀;脾胃阳虚,阳虚生寒,寒凝脉络,脉络拘急,血流不畅,涩而成瘀;脾胃阴虚,或肠道津亏,阴虚生内热,热而煎熬津液,血质稠粘,流通不畅而为瘀。②热邪积于胃肠,灼伤阴血,血受熏灼则易于瘀阻,进而引起瘀血。③各种原因引起的胃肠道出血之后,已离经脉而未推出体外的血液,留积体内,蓄积而为瘀血,并妨碍新血的生成及气血的正常运行。胃肠病瘀血多由气分进而波及血分所致。杨福盛认为,各种致病因素的相互影响,血瘀的表现广泛存在于慢性胃炎患者之中,并影响着该病的发展变化与转归^[29]。

近年来人们对胃肠道瘀血的病机进行了大量的研究。郑进为了进一步探讨唇粘膜微循环变化与胃脘痛血瘀证的关系,对 87 例胃脘痛患者(其中血瘀证 55 例,无瘀证 42 例),同时

进行了唇、舌微循环的联合检测，共观察畸形管袢、渗出明显、流态异常、扩张管袢、管袢瘀血、血色暗红等6项指标。其结果，两种微循环在血瘀证组有6项异常指标的发生率明显高于正常对照组，但其中唇粘膜微循环有5项的差异呈高度显著性 ($P < 0.001$)，而舌尖微循环有4项的差异呈高度显著性 ($P < 0.001$)。唇粘膜微循环血瘀证组有5项异常指标发生率显著高于无瘀证组，4项差异呈高度显著性 ($P < 0.001$)。而舌尖微循环在血瘀证组有3项异常指标发生率显著高于无瘀证组，其中有1项的差异呈高度显著性 ($P < 0.001$)。唇粘膜微循环在血瘀证组中，有3项异常指标发生率显著高于舌尖微循环，且差异均非常显著 ($P < 0.001$)。由此可见，唇、舌微循环在胃脘痛血瘀证中均有异常变化，且唇粘膜微循环变化较舌尖微循环更加明显^[30]。涂福音等将103例慢性萎缩性胃炎，根据中医辨证分为气滞湿热、脾胃虚寒、胃阴亏虚、瘀血内阻四型。观察到瘀血内阻型患者的胃泌素值显著高于其他三型 ($P < 0.05 \sim 0.01$)^[31]。说明胃肠道瘀血证是有一定的病理基础。

第三章 胃肠道疾病的诊断

第一节 西医对胃肠道疾病的诊断

一、病史

病史是诊断疾病的重要组成部分，特别是在胃肠疾病中，只靠病史即可大致作出诊断。但尚需结合实验室及其它特殊检查以进一步确诊。临床上如未作详细、细致的问诊，常常是造成误诊、漏诊的重要原因之一。

在询问病史时，对病人态度要和蔼、细心，有计划有目的地进行询问。首先，围绕病人的主要症状、主要不适，也就是病人的主诉来进行，了解该症状发生的缓急，发生及发展经过，加重或减轻因素。同时也要了解到与该病鉴别所应得到的资料，为下一步肯定或排除某些疾病的诊断打下良好的基础。伴随症状出现的时间、发生及发展次序，对主要症状产生的影响，这些对诊断也有帮助。另外，还要问清楚疾病从开始发生，发展，诊疗经过，治疗后反应，直到来院时为止。还有一般情况，包括饮食、睡眠、体重、大小便、精神状态及体力的改变等，也就是要问清楚全部现病史。

因为各系统的疾病皆可有消化道的症状，所以医生应该对各专业的内科疾病，有较为广泛及较为深入地了解，这样才能全面地理解症状发生的原因。如上腹部痛，不只是在消化性溃疡、胃炎、胰腺炎等消化系统疾病可以发生，而且在急性心肌梗塞也可以出现，尤其是同时伴有严重的恶心呕吐时，很容易误诊。肺功能不全，特别是急性肺功能不全，易发生急性胃粘膜损害，而慢性肺功能不全则易发生消化性溃疡。腹主动脉夹层动脉瘤可发生严重剧烈的腹痛，与消化性溃疡穿孔、急性胰腺炎容易混淆。垂体功能低下可发生严重的食欲不振、恶心、呕吐。肾上腺皮质功能不全可有食欲不振、恶心、呕吐，如发生危象可有腹痛、腹泻，而误认为消化系统疾病。甲状腺功能亢进多表现为食欲亢进，但发生危象时，可出现食欲不振、恶心、呕吐、严重腹泻、腹痛，可与急性胃炎相鉴别。甲状腺功能减退也出现食欲不振、腹胀、便秘。甲状旁腺功能亢进可引起顽固的消化性溃疡、胰腺炎。糖尿病病人表现为食欲亢进，但在酮症酸中毒时，可发生恶心、呕吐、严重腹痛。贫血病人可有明显的食欲减退、腹泻、恶心、呕吐、口炎、舌炎。过敏性紫癜可发生剧烈的腹痛及便血。脑出血、颅脑外伤可发生应激性溃疡，即 Cushing 溃疡，而出现消化道大出血。硬皮病、干燥综合征皆可出现严重的吞咽困难。说明临床上表现为胃肠系统的症状，但病因是由于其他系统疾病所引起，所以临床上要全面熟悉和深入了解其他系统疾病，才能正确地作出诊断。

病人的既往史对胃肠病的诊断也有意义。长期应用肾上腺皮质激素、阿斯匹林、消炎痛等，如发生腹痛、上消化道出血，应考虑药物引起胃粘膜损害。腹部有手术史，当发生腹痛

时,应考虑到是否与手术后腹腔内发生粘连有关。另外,不良饮食习惯,大量吸烟、饮酒,也是引起急慢性胃炎、消化性溃疡、过敏性结肠炎等疾病的原因之一。

二、症状

(一) 吞咽困难

吞咽困难(Dysphagia)是指在咽下食物或饮水时有梗阻或“发噎”。也即食物自口腔到胃的过程发生梗阻而出现的一个症状。感到梗阻的部位可能在咽部或食管。通常在吃固体食物时感到困难,严重者水也难以咽下。发生的原因可能是功能性的,也有的是器质性的。可能因局部病变引起,也可能是由器质性病变所致。应尽可能找到其发病原因。

吞咽困难伴吞咽时咽部疼痛多见于急性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、咽后壁脓肿、急性咽炎。吞咽时发生胸骨后疼痛见于食管炎、食管溃疡、食管异物,晚期食管癌、纵膈炎等。

吞咽困难伴有返流时,根据返流物的性质,可初步了解引起吞咽困难的原因。晚期食管癌返流物为粘液或血性粘液。贲门失弛缓症返流量大,为几小时前或几天前咽下去的食物,因未与胃酸接触故不呈酸性。同时有粘液及唾液。食管憩室返流物为未经消化有臭味的腐败食物。

中老年人发生进行性吞咽困难,并伴有明显的体重下降,应首先考虑为食道癌。

吞咽困难并伴有长时期的烧心、反酸,多见于反流性食管炎。

过冷或过热食物诱发吞咽困难,多见于弥漫性食管痉挛。固体食物发生吞咽困难,多为食管梗阻性疾病。

间歇性吞咽困难,见于贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、早期反流性食管炎、Plummer-Vinson 综合征。而持续性吞咽困难,则见于食管癌、腐蚀性食管炎、反流性食管炎晚期。

吞咽困难伴有呛咳、构音困难、饮水返流到鼻腔、多由于颅神经疾病引起。重症肌无力吞咽困难的特点为进食过程中吞咽困难逐渐加重。

与精神因素有关者,多见于贲门失弛缓症。

(二) 反胃

反胃(Regurgitation)是指食管或胃内容物反流到口腔。主要是由于食管下端括约肌力功能障碍同时有胃及食管的逆蠕动。若返流物为酸性胃内容物则称为反酸。体位性反胃是食管疾病主要症状之一。因返流到食管的胃内容物刺激食管粘膜也可引起烧心或疼痛。嗝气常与反胃同时出现。

严重反胃常见于贲门失弛缓症、食管癌、贲门癌、食道良性狭窄、幽门不全梗阻、食管憩室、溃疡病、反流性食管炎。

反胃伴有吞咽困难,多见于贲门失弛缓症、食管癌、贲门癌、食道良性狭窄、幽门不全梗阻、食管憩室。

反胃伴有腹胀,见于幽门不全梗阻、急性胃扩张。

反胃伴有音嘶,见于食管上端憩室、食管癌。

如返流物为酸性则为胃内容物,多见于溃疡病、慢性胃炎、幽门不全梗阻、急性胃扩张。

返流物为中性或碱性则为食管内容物，多见于食管癌、贲门失弛缓症、食管良性狭窄、食管憩室。

返流物为未消化食物并伴有臭味，多见于巨大食管憩室。

返流物为粘液或带血，多见于食管癌、食管憩室。

反胃同时伴有体重明显下降时，多见于食管癌、贲门癌、食管上端巨大憩室、食管良性严重狭窄。

(三) 呃逆

呃逆(Hiccup)是不自主的膈肌痉挛，引起呼吸肌收缩。在收缩终末时，声带突然关闭而发生声音。在呃逆时，不仅可以听到发出的声音，而且可以看到膈肌活动。正常人多在饱餐、饮酒、过度吸烟、精神紧张后发生。若持续几周不缓解，则称为顽固性呃逆，常有器质性疾病存在。引起呃逆的原因，可分为局部及全身性两种。

1. 局部因素

腹部疾病：如胃扩张、膈下脓肿、肿物、腹腔内出血等，刺激横膈所致。

颈部及胸部疾病：如大叶性肺炎、食管扩张、急性心肌梗塞、纵膈肿物，刺激或压迫膈神经所致。

中枢性疾病：如脑出血、脑梗塞、脑肿瘤等。

2. 全身性疾病

多见于尿毒症、低血钾等疾病。

(四) 烧心

烧心(Heartburn)是指在剑突或胸骨下的一种烧灼或发热的感觉，有时呈烧灼样疼痛。此为食管疾病的特征性症状。引起烧心的原因可分两种情况：

1. 食管功能紊乱

如进食过快、精神紧张。腹内压增加，如晚期妊娠、大量腹水、甲状腺功能低下，皆可使食管下端括约肌障碍而发生烧心。有些内分泌激素如胰泌素、胆囊收缩素、胰高糖素，药物如阿斯匹林等，食物如白薯、咖啡、巧克力，饮酒、吸烟等也可以引起食管下端括约肌障碍而出现烧心。

2. 器质性疾病

如返流性食管炎、溃疡病、不全幽门梗阻、贲门手术后、膈疝、食管溃疡等。

如烧心伴有反酸，多见于溃疡病。如饮水、服制酸药物可以缓解，多见于反流性食管炎。

烧心伴有食欲不振，多见于慢性胃炎、胃癌。伴有呕吐、便血，见于溃疡病、胃癌。伴有暖气、胃胀，多见于慢性胃炎、食道裂孔疝、幽门不全梗阻、胃神经官能症。

烧心伴有吞咽困难、吞咽疼痛，多见于反流性食管炎、食管癌、继发性食管狭窄。

烧心伴有进行性消瘦，见于食管癌、胃癌。

(五) 食欲不振

食欲不振(Anorexia)是指对食物缺乏需求的欲望，严重的食欲不振称为厌食。引起厌食的主要原因：

1. 神经、精神性因素

多见于青年女性，主要原因是惧怕肥胖而影响体型。还见于精神病患者拒食。

2. 消化系统疾病

胃部疾病对食欲的影响较大，如急慢性胃炎、胃癌，多有食欲不振，特别是萎缩性胃炎可引起严重的食欲不振。晚期胃癌可出现明显的厌食。溃疡病患者如合并胃窦炎，不全幽门梗阻，则发生食欲不振。如单纯溃疡病患者发生食欲不振时，应考虑有无癌变的可能。肠道疾病、急慢性胰腺炎、肝胆疾病皆可引起食欲不振，特别是肝炎、肝硬化、胰腺癌可引起严重的食欲不振。

3. 胃肠道外疾病

如各种原因引起的发烧、低血氯、低血钾、酸中毒、右心衰竭引起消化系统充血。内分泌系统疾病，如肾上腺皮质功能不全、甲状腺功能低下、垂体功能低下、尿毒症、贫血等，皆可引起严重的食欲不振。另外某些药物如氨茶碱、阿斯匹林等对胃粘膜的破坏，也可引起食欲不振。

（六）恶心、呕吐

恶心（Nausea）是一种特殊的主观感觉，是想将胃内容物经口吐出。轻度的恶心可有上腹部不适及胀满感，对食物感到厌恶；严重的恶心常伴有植物神经功能紊乱的表现。恶心同时伴有呕吐，但未将胃内容物吐出称为干呕。恶心常为呕吐的前驱症状与呕吐同时出现，但也可单独发生。

呕吐（vomiting）是指有力地将胃内容物经食管、口腔而排出体外。从生理意义上讲，呕吐是一种保护性反射，可将体内有害的胃内容物排出体外。但剧烈、频繁的呕吐，可由于大量胃液丢失，引起脱水，电解质紊乱，进而营养不良。有神志障碍的患者，可因呕吐发生误吸引起肺部感染。

能引起恶心、呕吐的病因有以下几方面：

1. 中枢性

（1）神经性呕吐。多见于青年女性，反复发作，饭后发生多次小量呕吐，吐物为食物，常不伴有恶心，多有神经官能症状，发病与精神及情绪因素有关。

（2）颅内压增高。脑水肿、颅内占位病变、脑炎、脑膜炎等，因颅内压增高而引起呕吐，呈喷射状，伴有剧烈头痛。

（3）第Ⅷ颅神经疾病。如美尼尔氏综合症、迷路炎、晕车、晕船等，多伴有眩晕。如小脑后下动脉血栓形成，基底动脉供血不足若累及前庭神经核时，亦可发生眩晕呕吐。

（4）脑血管运动障碍。如偏头痛可发生严重的恶心呕吐。

（5）化学感受器触发区受刺激。如酮症酸中毒、代谢性酸中毒、低血钾、低血钠、尿毒症、甲状腺危象、肾上腺危象、早期妊娠，常伴有明显的恶心。

2. 反射性

（1）闭角性青光眼。由于眼压突然升高，经三叉神经的反射作用引起恶心、呕吐。同时伴有剧烈的头痛及视力障碍。

（2）急性心肌梗塞。可引起恶心、呕吐，同时伴有胸痛、胸闷、大汗出。

（3）胃及十二指肠疾病。急性胃炎引起的恶心、呕吐，同时伴有上腹痛，呕吐后可缓解。

伴有腹泻者则为急性胃肠炎。幽门梗阻时，呕吐较严重，且量多，有隔夜食物及酸臭味。不混有胆汁。

(4) 肠道疾病。急性肠炎、急性阑尾炎皆可引起恶心、呕吐。急性阑尾炎最初症状为上腹痛。小肠梗阻可发生严重恶心、呕吐，若梗阻在小肠上部，呕吐发生早且呕吐物量大并混有胆汁。梗阻在小肠下部，呕吐物量小但可有粪臭。

(5) 肝、胆、胰腺疾病。皆可出现恶心呕吐，伴有发热、上腹痛、黄疸。急性胰腺炎可有休克现象。

(6) 腹膜炎。急性腹膜炎可有较重的恶心、呕吐，但有严重的全腹痛。

(7) 肾绞痛发作时可有恶心、呕吐，可伴有腰痛、腹痛、排尿困难等症。

(8) 宫外孕破裂、卵巢囊肿蒂扭转，也可发生恶心、呕吐，但主要为腹痛。

(七) 腹泻

腹泻 (Diarrhea) 是指排便次数增多，粪便量多，或呈水样便，并含有如未经消化的食物、粘液、脓血及脱落的肠粘膜等异常成分。病程少于 2 个月者为急性腹泻，否则为慢性腹泻。根据腹泻发生的机理，可分为以下几种：

1. 渗出性腹泻

可分有感染性及非感染性两种。感染性腹泻常见于痢疾、肠炎、肠结核等。非感染性常见于炎症性肠病、结肠癌、缺血性结肠炎、烟酸缺乏症等。

2. 渗透性腹泻

引起渗透性腹泻的原因可分为：①消化不良：可因胃、胰腺、肝胆系统疾病引起。胃源性腹泻常见于胃大部切除胃空肠吻合术后，萎缩性胃炎、恶性贫血等；胰源性腹泻常见于慢性胰腺炎、晚期胰腺癌、胰腺切除后，由于胰液外分泌不足引起；肝胆源性腹泻为脂肪消化不良引起的腹泻。②吸收不良：发病原因与营养缺乏及肠道细菌感染有关。小肠粘膜萎缩、充血、水肿，因而减少了小肠的吸收面积，而发生了脂肪泻、营养不良。③肠系膜淋巴管梗阻：由于各种原因引起肠系膜淋巴系统梗阻，小肠淋巴液回流障碍，则可发生脂肪泻。

3. 分泌性腹泻

分泌性腹泻可分为感染性与非感染性两种。感染性腹泻常见于霍乱、致病性大肠杆菌、弯曲杆菌、沙门氏菌属等感染引起。非感染性腹泻多见于心力衰竭、肝硬化门脉压升高、缩窄性心包炎等，因肠道静脉压升高，细胞外液容量增大，也增加水的分泌，而发生腹泻。

4. 肠运动功能紊乱

多见于神经性腹泻、结肠易激综合症、甲状腺功能亢进等。可因肠蠕动增快而引起腹泻。

引起腹泻的原因很多，临床上可根据发病年龄、时间、缓急与饮食的关系、粪便的性状、伴随的症状来进一步明确诊断。

年轻慢性腹泻患者，多见于炎症病变。而老年患者则应考虑为结肠癌、缺血性结肠炎。发病急者常见于急性痢疾、霍乱、食物中毒、肠激惹综合征等。而慢性起病则见于肠结核、慢性痢疾、慢性胰腺炎等。

饭后立即发生腹泻者，见于肠道激惹综合征、肠结核。饭后 2~24 小时发生急性腹泻，呈集体发病，常见于食物中毒。

水样大便见于肠毒性大肠杆菌、金黄色葡萄球菌食物中毒。绿色水样便见于小儿肠毒性

大肠杆菌肠炎。米汤样大便见于霍乱，副霍乱。血水样或洗肉水样大便见于嗜盐杆菌肠炎。腥臭血水样便见于急性坏死性小肠炎。脓血便见于痢疾、非特异性溃疡性结肠炎、结肠癌。粘液样便见于肠道激惹综合征、结肠绒毛瘤。

伴有里急后重，病变在直肠。结肠腹泻多伴有下腹部痛，小肠腹泻多有脐周围痛，肠鸣音亢进。

伴有高烧，见于急性痢疾，急性出血坏死性肠炎、伤寒。伴有低烧，见于肠结核、Crohn病、霉菌性肠炎、非特异性溃疡性结肠炎。

（八）便秘

便秘（Constipation）是指粪便在结肠停留时间太久，水分含量降低，变干变硬，以致不易排出，可称为便秘。引起便秘的病因及疾病有以下几种：

1. 胃肠道内容物运动速度减慢

如食物中纤维及饮食量太少，不能对胃肠道产生有效的刺激，胃肠蠕动减慢，由此产生便秘，又称原发性便秘。在脱水或饮水过少时，粪便干燥、坚硬，也可以引起便秘。

2. 胃肠道梗阻

由于胃肠道梗阻，胃肠道内容物不能正常通过，而滞留在胃或肠道内发生便秘。如幽门梗阻、肠梗阻、肛门狭窄等。

3. 结肠应激性减退

见于长期服用泻药，工作过度紧张忽视便意，甲状旁腺功能亢进时，高血钙也可使结肠应激性减退。

4. 肠道平滑肌功能异常

低血钾、长期卧床、消瘦无力、应用抗胆碱能类药物，皆可使平滑肌张力减低，发生便秘。肠道易激综合征等病，可使肠道平滑肌发生痉挛而引起便秘。

5. 精神因素

精神过度紧张或抑郁，抑制自然排便反射，可发生便秘。

如中老年人近期发生便秘，呈进行性加重，应考虑有结肠癌的可能。

急性便秘，伴有剧烈腹痛，多见于肠梗阻、肠套叠。

（九）呕血

呕血（Hematemesis）是上消化道出血的典型症状。上消化道包括食管、胃、十二指肠、胆道及胰腺。呕血一般都伴有黑便，而黑便不一定都伴有呕血。如出血量不大而且在胃中存留时间较长，因胃酸的作用使血红蛋白变为正铁血黄素，故可呕吐咖啡样物。若出血量大在胃肠中停留时间长，硫酸铁刺激肠粘膜分泌粘液，使其表面发亮而呈柏油样，即柏油样便。若出血量大，在胃肠中停留时间短暂，红细胞不能完全被破坏，可排出暗红色血便。出血量3ml大便潜血可呈阳性，出血量60ml左右即可排出黑便。出血量在1000ml以上时，黑便可持续几天。

1. 食管疾病

（1）食道静脉曲张。它是门静脉高压所致，最常见的原因因为肝硬化。有肝炎病史，皮肤可见黄疸、蜘蛛痣、肝掌、腹水、脾大。破裂后出血量大，呕血伴有便血，可发生出血性休

克而死亡。

(2) 反流性食管炎出血一般量不多。

(3) 食管癌出血往往由癌性溃疡所致，多为小量出血。若侵及周围较大血管时，特别是主动脉可大量出血致死。食管下端粘膜撕裂出血，先有严重的干呕或呕吐，开始呕吐物无血而后呕血，血呈暗红色，出血量大，不伴有胸痛、腹痛。若伴有疼痛时，应考虑为食管自发破裂综合征。

2. 胃部疾病

(1) 溃疡病出血。多有典型的溃疡病史，长期、慢性、节律性、周期性上腹部疼痛。在出血之前多是溃疡病的发作期，出血后腹痛减轻可消失。

(2) 胃癌。出血量不大，但较持续，可呕吐咖啡样物质，临床有食欲不振、腹胀、消瘦、贫血等表现。

(3) 应激性溃疡。在应激状态下发病。如中枢性疾病、大而积烧伤、创伤、大手术后、败血症等皆可引起应激性溃疡。临床表现主要为出血，出血量可很大甚至可以致死。

3. 胆道出血

常由胆道感染、胆道蛔虫、结石、胆道手术后等，表现为右上腹绞痛、呕血、便血、出血量较大。

4. 胰腺疾病

常见于胰腺炎、胰腺癌。急性胰腺炎多伴有急性胃粘膜损害而出现上消化道出血。慢性胰腺炎呕血及黑便的原因多由于溃疡病或食管静脉曲张。胰腺癌多因癌瘤侵犯胃、十二指肠后，粘膜溃烂引起。

5. 全身性疾病

如紫癜、再生障碍性贫血，急性白血病、弥漫性血管内凝血 (DIC)、尿毒症等，也可引起呕血。

上消化道大出血后的临床表现与出血量多少有关。如突然出血 500ml 左右，部分病人可表现头晕、眼黑、脉搏稍快、舒张压稍为升高。若一次出血量为 1000ml 左右时，则表现为烦躁不安、口渴、面色苍白、四肢厥冷、出冷汗。收缩压可降至 12kPa 左右，心率可达 100 次/分，尿少。此为轻度出血性休克。如一次出血量为 1500ml 左右，则表现为表情淡漠、口渴重、面色苍白、末稍紫绀。收缩压降至 9.3~8kPa 左右，心率可达 100 次~120 次/分，静脉下陷，尿量很少。此即中度出血性休克。一次出血量在 2000ml 左右，表现为意识模糊、甚至昏迷，皮肤呈花斑样、紫绀重，呼吸困难。收缩压在 8kPa 以下，心率可达 120 次/分，无尿。此为重度出血性休克。

(十) 便血

便血 (Hematochezia) 是指自肛门排出血液。包括空肠、回肠、结肠、直肠及肛门出血。临床常见的原因及表现：

1. 小肠疾病

多见于憩室、肿瘤、息肉、结核、Crohn 病、急性坏死性小肠炎。因小肠内容物为液体，故多呈水样血便。

2. 结肠及直肠疾病

多见于细菌痢疾、阿米巴痢疾、溃疡性结肠炎、息肉、结肠癌等。升结肠病变引起便血时，血多呈暗红色与粪便相混。降结肠、乙状结肠、直肠病变出血，血多呈暗红色，且附着在粪便的表面。

3. 肛门疾病

多见于痔、肛裂、肛瘘等疾病，其出血的特点为便后滴血，血呈鲜红色。

4. 全身疾病

如过敏性紫癜、原发性血小板减少性紫癜、弥漫性血管内凝血(DIC)、尿毒症、伤寒、流行性出血热、钩端螺旋体病等引起的便血，多同时伴有身体其他部位出血。

便血伴有高烧，见于伤寒、流行性出血热、钩端螺旋体病、溃疡性结肠炎。有部分结肠癌患者首先出现的症状为高烧。

便血伴有中毒性休克，见于急性坏死性小肠炎、肠系膜血管栓塞、急性细菌性痢疾等。

便血伴有腹部包块，见于肠结核、Crohn病、肿瘤、肠套叠。

老年人便血应考虑缺血性肠病、大肠癌、结肠憩室。

(十一) 腹胀

腹胀(Abdominal distension)可以是一个主观的感觉，一部分或全腹部胀满，可以是一种客观检查所见，即发现一部分或全腹部胀满。如腹水，胃肠积气、积食、积粪，腹腔内肿物等。引起腹胀的原因和临床表现：

1. 胃肠道胀气

如吞气症、急性胃扩张、幽门梗阻、肠梗阻、肠麻痹、顽固性便秘、或因消化不良或吸收不良、呼吸衰竭、心力衰竭、毒血症、败血症等。

2. 腹水

见于肾病综合症、肝硬化、心力衰竭、急慢性腹膜炎、肿瘤腹膜转移等。

3. 腹腔肿物

巨大的腹腔内肿物如卵巢囊肿、肾肿瘤、胰腺假性囊肿、肝癌、肾盂积水、肠系膜囊肿等可压迫胃肠道，使胃肠道梗阻而出现腹胀。

(十二) 腹痛

腹痛(Abdominal pain)是胃肠病中很常见的症状之一。引起腹痛的原因很多，但主要是腹腔内脏器的疾病所致。腹痛也可见于腹外器官性疾病，如大叶性肺炎、急性心肌梗塞。全身疾病如糖尿病酮中毒、血卟啉病、铅中毒等皆可引起腹痛。因此对于腹痛的病人，要认真分析其发病诱因、持续时间、疼痛的部位、性质和程度、伴随的症状、是否有放射疼痛，以及加重或缓解因素等，以尽快明确诊断。

1. 食管性疾病

常见的如反流性食管炎、食道裂孔疝。少见者有食管自发破裂、腐蚀性食管炎，食管化脓性炎症、弥漫性食管炎，虽然发生疼痛，但部位多在胸骨下或剑突下，并与吞咽有关系。

2. 胃及十二指肠疾病

所引起腹痛在上腹部中线附近。①急性胃肠炎。有饮食不洁病史，腹痛较重，伴发烧、恶心呕吐，腹泻，呈水样便。②慢性胃炎。最常见上腹部疼痛，伴腹胀、食欲不振、反酸、烧

心等,体检可有上腹部弥漫性压痛。③消化性溃疡。十二指肠溃疡疼痛偏右上腹部,胃溃疡偏左上腹部。有典型溃疡病表现。溃疡病穿孔,则由于酸性胃液进入腹腔,引起化学性腹膜炎,病人即感到剧烈腹痛,最初在上腹部,后即扩散到全腹,但仍以上腹部为重,伴恶心呕吐。穿孔早期,可见面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、心率快、血压低。1~4小时后因腹腔渗出液将酸性胃内容物稀释,病情可好转。12小时后则发生细菌性腹膜炎,病情可再度加重。初期腹部检查可发现“板状腹”压痛及反跳痛重,后期则腹胀较重,并出现移动性浊音及肠麻痹。④胃憩室。可有腹痛,腹痛多在上腹部为钝痛或胀痛,常在饭后加重。⑤胃粘膜脱垂症。多发生上腹部疼痛,多在饭后,呈阵发性,侧卧位则腹痛加重,伴上腹部胀满,呃逆、烧心等症。⑥胃癌。多有上腹部隐痛,伴食欲不振,体重下降。⑦胃石症。常在吃大量柿子后不久出现症状,上腹部疼痛,呈沉坠感、胀满、恶心呕吐、呕吐物中可有碎柿块。

3. 空肠及回肠疾病

如结肠炎、病毒性胃肠炎、急性出血性坏死性肠炎。粘连性肠梗阻,肠套叠。良性及恶性肿瘤,如平滑肌瘤、肉瘤、癌、类癌等,所引起的腹痛多呈绞痛,或持续性疼痛阵发性加重,疼痛的部位多在脐周附近。并有排便习惯的改变。

4. 结肠疾病

常见引起腹痛的结肠疾病有:阿米巴结肠炎、细菌性痢疾、溃疡性结肠炎、阑尾炎、结肠癌、息肉等。腹痛位于下腹部,多为绞痛,伴有排便习惯的改变,直肠病变可发生里急后重。典型阑尾炎的腹痛,开始是弥漫性的,位于上腹部或脐周,性质为持续性、阵发性加剧,也可有绞痛。伴有恶心呕吐。腹痛逐渐加重,数小时后疼痛局限于右下腹部,并有固定的压痛点。

5. 肝脏疾病

引起腹痛的肝脏疾病有病毒性肝炎、肝脓肿、肝癌、肝脏急性充血。疼痛位于右上腹,为持续性可轻可重,由轻度隐痛到顽固性剧痛,疼痛的性质为胀痛、烧灼痛。

6. 胆道疾病

常见的疾病如胆囊炎、胆石症、胆管癌。疼痛位于右上腹,呈绞痛或持续性疼痛阵发性加重,疼痛可以放射至右肩胛下。

7. 胰腺疾病

常见于急慢性胰腺炎、胰腺癌。疼痛位于中上腹,为持续性痛,并可阵发性加重,疼痛可放射至后背部。坐位、前躬位疼痛可减轻或缓解。

8. 泌尿系统疾病

常见引起疼痛的疾病为泌尿系结石,呈绞痛,可放射到病侧股内侧或会阴部。肾盂肾炎的腹痛,同时伴腰痛。

9. 腹膜疾病

①腹膜炎引起的疼痛为持续性,可轻可重。②输卵管妊娠破裂引起的腹痛,其特点是病人突感下腹部一侧有撕裂样或阵发性疼痛,持续或反复发作,之后则全腹疼痛,并伴有下坠感,阴道可有不规则出血。③肝脾破裂,病人突然出现腹痛,如有胆汁流入腹腔,腹痛剧烈,并有明显的腹膜刺激征,在左或右上腹有持续性痛,吸气时加重,多伴有恶心呕吐,及出血性休克。

10. 腹部以外的疾病

①胸部疾病如大叶性肺炎、急性心肌梗塞、胸膜炎等。②脊柱性疾病如胸椎结核、椎间盘突出，可压迫神经根而产生腹痛，痛多为闪电样，针扎样，阵发性发作，体位扭转、曲屈、咳嗽、排便时加重。③代谢疾病如糖尿病酸中毒、尿毒症、血卟啉病。④内分泌系统疾病如肾上腺危象，嗜铬细胞瘤。⑤中毒如铅、砷中毒皆可出现较剧烈腹痛。

三、体格检查

胃肠道疾病，临床上应进行全面而细致的体格检查，如没有进行体格检查，常常是发生漏诊的原因之一。本章重点讨论胃肠道的体格检查。

（一）一般检查

1. 皮肤

皮肤苍白多见于消化吸收营养不良性贫血，皮肤纤维瘤对于 Gardner 综合征，口唇及颊粘膜色素沉着对于 Peutz-Jegher 综合征，皮肤色素沉着对于 Whipple 病、吸收不良综合征，腹部两侧出现瘀斑、脐周围出现瘀斑，对于急性坏死性胰腺炎、结节性红斑对于肠结核、结核性腹膜炎、炎症性肠病的诊断皆有帮助。全身毛细血管扩张，可见于胃肠道血管瘤。

2. 营养状态

短期内体重明显的下降，多见于消化道恶性肿瘤、脂肪泻。发现进行性消瘦，多见于食道癌，慢性萎缩性胃炎、吸收不良综合征、肠结核、结核性腹膜炎等。

3. 淋巴结

左锁骨上淋巴结肿大，见于胃、胆囊、胰腺、结肠的恶性肿瘤转移。腹股沟淋巴结肿大，见于直肠癌转移。腹腔内淋巴瘤可见全身淋巴结肿大。肠结核、结核性腹膜炎，也可发现体表淋巴结结核。

（二）腹部检查

1. 视诊

（1）腹部外形①腹部隆起，根据腹部隆起的范围可分为全腹部及局部。全腹隆起由于形状的不同又分为球形隆起及蛙腹。局限性腹部膨隆其发生的部位与其下面的脏器有关。②腹部凹陷 全腹部凹陷见于恶液质，早期胃穿孔，即所谓舟状腹。局限性腹部凹陷见于腹部外伤，或手术后腹壁瘢痕所致。

（2）胃、肠型及胃肠蠕动波体型消瘦、腹壁松迟的老年人，在腹部可见到胃及小肠蠕动波。幽门梗阻时，胃蠕动增强，可看到自左肋缘下开始向右向下后消失于右上腹部的胃蠕动波，随着胃蠕动波的出现也可看到胃的轮廓即胃型。小肠梗阻时，因梗阻上端小肠蠕动增强，同样可出现肠蠕动波。蠕动波在脐部附近，其方向不固定，常突然出现或消失，此时也可看到不规则的肠型。如小肠上端梗阻，可见上腹部膨隆及蠕动波，但不易见到肠型，低位梗阻时，蠕动波少见，但在梗阻以上部位可见一段膨隆的肠型反复出现。

2. 触诊

腹部触诊对胃肠道疾病的诊断很重要，可补充视诊的不足。

触诊时应让病人采取仰卧位，两腿屈曲，以便使腹肌充分松弛。医生手要温暖，指甲应

剪短，动作要轻柔，以免造成腹部紧张影响触诊的效果。触诊次序应先下后上，先左后右，先轻后重。最后触诊病人自诉腹部疼痛的部位。应一面触诊，一面询问病人有无不适或疼痛，同时观察病人的表情。在作深触诊前，应先告诉病人可能出现不适或疼痛，使病人有思想准备，以便取得病人的合作。

(1) 触诊方法因触诊的目的不同，采取的方法也不同，通常采用以下几种方法。①浅部触诊。适用于触诊腹肌是否紧张，有无浅在的触痛。腹壁肿物，显著增大的脏器或较大腹腔内肿物。②深部触诊。包括：深部滑行触诊法。适用于检查腹腔内脏器或肿物的位置、大小、形状、硬度，表面是否光滑，有无触痛等；插入触诊法。此适用于确定腹腔内深在的压痛，如阑尾、胆囊、消化性溃疡压痛点；双手触诊法。在用深部滑行触诊法检查不满意时，可采用此法，如触诊肝、脾、肾时；浮沉触诊法。也称为冲击触诊法。适用于有大量腹水时触诊腹腔内脏器或肿物。在冲击时将脏器或肿物表面的腹水移去，同时将脏器或肿物推向下方。当脏器或肿物再度浮起时碰到触诊的手指，因而可感知其位置、大小、形状及硬度。

(2) 触诊内容①腹肌紧张度：腹膜炎时出现腹肌紧张，可以为全腹部，也可为局限性。②压痛及反跳痛：产生压痛的原因是腹腔内脏器有炎症病变。压痛可为局限性，也可为全腹性。浅在压痛多见于腹壁疾病；深在压痛多为腹腔内疾病引起。单纯内脏性疼痛如胃、肠痉挛，及反射性疼痛常不会出现压痛。出现反跳痛则表明腹膜炎，在血腹时亦可有轻度反跳痛。③波动感：当腹腔内有大量液体时，可发生波动感。但肥胖的正常人也可有此现象，需注意鉴别。④搏动：在正常人的中上腹部可触到腹主动脉搏动。腹主动脉瘤时，上腹部可触到搏动性肿物，而且呈扩张性搏动，如肿物压在腹主动脉上，也可能触到搏动性肿物，但为上下起伏的搏动。这两种情况皆可触到收缩期震颤。二尖瓣狭窄右心明显扩大、肺原性心脏病呈垂位心同时右心扩大时在剑突下可触到心脏的搏动。⑤结肠的触诊：正常情况下，盲肠、乙状结肠及横结肠皆可触及。盲肠位于右下腹部呈梨状，有轻度移动，压之稍久可自动消失。横结肠位于脐部附近呈腊肠样，压之稍久可自动消失。乙状结肠位于左下腹部与前腹壁距离很近，由于粪便存留，故形状可有改变。⑥腹部肿物的触诊：腹部肿物不外乎良性、恶性肿瘤、囊肿、炎症组织、粘连包块。当触到肿物时应注意：部位：在腹部任何部位触到肿物常表示该处腹腔内脏器异常。但也不排除某一器官发生病变而扩展到其它部位。大小：巨大的肿物见于肝癌，胰腺假性囊肿，多囊肝，卵巢囊肿。若腹腔内肿物迅速长大，多为胃肠道充气所致。形状：光滑及圆形肿物多为空腔器官的胀大。若表面粗糙不平呈结节状，应考虑为恶性肿瘤。另外，肠粘连时也呈不规则肿物。质地：有弹性、较紧张，面团样的囊性肿物多为胃、肠胀气。压痛：肿物压痛常表示局部有炎症病变。移动性：随呼吸运动的肿物常来自肝脏、胆囊、脾、胃及横结肠。胰腺肿物、后腹膜肿物、下腹部肿物多不随呼吸活动。肿物活动范围大，多为带蒂肿物，如游走肾、带蒂的卵巢囊肿。小肠、肠系膜、横结肠肿物活动性也很大。与邻近脏器的关系：肿物与邻近器官粘连而无明显压痛，多为肿瘤引起；有明显压痛则为炎症引起。

3. 叩诊

在正常情况下，肝脏、充盈的膀胱、妊娠的子宫，叩诊为浊音，此外全腹叩诊皆呈鼓音。当胃、肠道胀气、气腹时，鼓音区显著增大。当腹腔内有腹水、巨大实体肿物、囊性肿物时，鼓音区则缩小。

(1) 胃泡鼓音区叩诊胃泡鼓音区时病人采取仰卧或右侧卧位，用指指叩诊法。胃泡鼓音

区位于左胸下部。上界为膈，下界为肋弓，左为脾脏，右为肝左缘。胃泡鼓音区的大小与胃泡含量的多少有关。胃胀气胃泡鼓音扩大。心包、左侧胸腔大量积液、肝脏及脾脏明显肿大时，胃泡鼓音区缩小。

(2) 腹水的叩诊腹腔有游离液体时，液体沉积于腹腔的最低部位，故在腹部低处为浊音或实音。含气的肠管在液体上面漂浮故呈鼓音。病人如为仰卧位，浊音区在腹部两侧，侧卧位时，浊音则分布于腹部下方最低部位。此即为移动性浊音。出现移动性浊音腹腔内积液在1000ml以上。腹水需予以下情况相鉴别：

①过度肥胖：因大网膜大量脂肪堆积，在体位移动时，也随之移动，所以很象腹水时的移动性浊音。②长期幽门不全梗阻：胃呈极度扩张，内有大量胃内容物潴留，也可出现移动性浊音，但可发生振水音，可与此鉴别。③巨大卵巢囊肿：与腹水的鉴别方法有：卵巢囊肿呈球形腹，面腹水为蛙状腹；卵巢囊肿浊音界在腹正中部，鼓音在腹部两侧。坐位时两侧季肋角呈鼓音，而腹水则相反；卵巢囊肿无移动性浊音。④肠梗阻时因肠管内大量积液积气，叩诊可出现移动性浊音，并可发现肠型。

4. 听诊

腹部听诊可提供诊断胃肠疾病的重要线索。

(1) 肠鸣音肠蠕动时肠内液体及气体也随之流动，所产生的声音即肠鸣音。正常人每分钟可听到4~5次，有规律出现。但其频率、强度、音调有较大的变化。肠鸣音频率增加，强度增大，而音调不高，见于急性肠炎、服用泻药之后。急性机械性肠梗阻的早期，肠蠕动频率增加，音调高，强度增强，即所谓“金属性”肠鸣音，“叮铃音”，同时伴有腹痛、肠型、肠蠕动波。梗阻时间较久肠管平滑肌疲乏，肠蠕动减少、减弱，肠鸣音也减少、减弱，但音调仍可能较高。麻痹性肠梗阻时肠鸣音明显减少或消失。通常认为肠鸣音每分钟超过10次，为肠鸣音亢进。5分钟以上仍未听到肠鸣音为肠鸣音消失。如3分~5分钟才听到1~2次肠鸣音，为肠鸣音减弱。

(2) 振水音病人采用仰卧位，医生两手分别放在病人腹部的两侧，左右晃动病人腹部，可听到液体与气体互相撞击的声音，即振水音。也可用听诊器放在病人的上腹部，用右手弯曲的四指连续冲击病人的中上腹部，也可听到振水音。振水音发生于胃或肠内同时有大量液体及气体之后。正常人饮大量水后即可出现胃部的振水音，该音饭后6小时后消失。胃扩张、胃张力降低时，振水音即持续存在。

(3) 血管音腹主动脉瘤、腹主动脉炎、或肿物压迫腹主动脉，皆可在上腹部听到收缩期吹风样杂音。肾动脉狭窄时在脐附近可听到收缩期吹风样杂音。肝硬化门脉压增高时，由于脐静脉的开放，在脐部可听到静脉连续杂音，胰尾癌在左上腹也可听到收缩期吹风样杂音。

(三) 直肠检查

直肠检查包括直肠指诊、乙状结肠镜检查。对于诊断肠道疾病，是非常重要的。临床上如患者出现大便习惯的改变、便秘、慢性腹泻、便血、下腹痛、肛门有分泌物等症状时，要首先考虑做直肠指检，可及时地诊断或排除直肠癌等重要疾病。

在直肠指诊时应注意：①括约肌的紧张度：肛门括约肌过度紧张，见于肛裂，指诊时有剧痛，精神紧张的病人也可出现括约肌过度紧张。肛门括约肌过度松弛，见于精神功能障碍。②内痔：在齿状线以上可触到大小不等的曲张静脉团，柔软面有弹性。③直肠息肉：为柔软

的肿物。④直肠癌：为突出到肠腔的结节状肿物，坚硬。⑤直肠扩张：见于腹膜炎。⑥盆腔转移癌：在直肠前壁可触到单个或多个结节状肿物。⑦急性阑尾炎：在直肠壁右上方有触痛。

四、实验室及其它检查

(一) 化验检查

1. 粪便检查

粪便检查对于胃肠道疾病是一种简便易行的诊断手段，对肠道感染、寄生虫病、腹泻、便秘、上消化道出血等疾病尤为重要，必要时可做细菌培养，以进一步明确诊断。

2. 胃液分析

①胃液的一般性状检查。胃液增多，见于十二指肠溃疡；胃排空障碍，见于幽门梗阻；胃液分泌量减少，见于胃蠕动亢进。胃液呈黄色或草绿色，则为胆汁返流；棕褐色或咖啡残渣样外观，提示胃内有陈旧性出血，多见于胃癌、胃炎、十二指肠溃疡。当胃液中有大量粘液时，提示胃部有炎症，慢性胃炎时，胃液粘稠度增大。胃液有发酵味，见于幽门狭窄、胃张力降低；胃液有粪臭味，见于小肠低位梗阻、胃大肠癌；有恶臭味则见于晚期胃癌。胃液中有组织碎片，常见于胃癌、胃溃疡病人。空腹10小时上的胃液中存有食物残渣，则表示胃排空障碍，见于各种原因的幽门梗阻。②胃酸测定。胃酸分泌增加，见于十二指肠球部溃疡，胃泌素瘤；胃酸分泌减少，可见于胃癌、萎缩性胃炎。③胃蛋白酶测定。慢性胃炎、慢性胃扩张、慢性十二指肠炎等疾病，胃内无游离盐酸，常无胃蛋白酶。④隐血试验。消化性溃疡、急性胃炎、胃癌等可有不同程度的出血，消化性溃疡常在发病时出现隐血试验阳性，而胃癌多为持续性阳性反应。⑤显微镜检查。胃液中经常有红细胞存在，则表示胃部有溃疡、糜烂、炎症、肿瘤等；当出现大量白细胞时，见于胃粘膜的各种炎症；胃炎也可见大量柱状上皮细胞，常伴有脂肪变性或空泡。另外，将胃液涂片作革兰氏染色或抗酸染色后进行检查，对于消化性溃疡、幽门梗阻、晚期胃癌、胃炎、结核病的诊断有重要意义。胃液尿素酶试验对于检测幽门螺杆菌感染也有重要的临床价值。

(二) X线检查

1. 平片检查

在肠梗阻的诊断中，可根据立卧位腹部平片初步确定有结肠梗阻、梗阻的性质及部位；对结肠穿孔，间位结肠、巨结肠症、乙状结肠过长及肠气囊肿等，也有诊断价值。

2. 口服钡剂检查

对疑有食管炎、胃、十二指肠、空肠、回肠等疾病，如食管炎、食管憩室、食管溃疡、食管肿瘤、胃及十二指肠溃疡、胃炎、胃癌、幽门梗阻、溃疡病穿孔、回盲部病变及结肠憩室等均适应口服钡剂检查。但部分或完全性结肠梗阻病人禁用。

3. 钡剂灌肠检查

为诊断结肠器质性病变的较好方法之一。除疑有结肠坏死，穿孔及因肛裂疼痛不能作灌肠检查以外，一般无禁忌证。

4. 钡剂空气双对比造影

此法能显示结肠粘膜表面细小的凹凸状态,对于结肠小隆起及凹陷性病变的诊断很有价值。在某些结肠病变的早期诊断中有较大作用。如溃疡性结肠炎的早期诊断,息肉与早期结肠癌的诊断及鉴别等。并能较准确地判断病变的浸润范围。

5. CT 扫描

可了解结肠增厚的程度,肿瘤向壁外浸润进展,相邻脏器有无浸润以及有无淋巴腺转移、肝转移、腹膜转移等,从而可对结肠癌进行分期诊断,并对于治疗方案的确定有很大价值。对直肠癌术后有无复发也有很大作用。此外,对非上皮性肿瘤如脂肪瘤、囊肿等,还可根据CT值了解其组织结构,进而明确诊断。

6. 血管造影

主要适用于:①结肠肿瘤性疾患与炎症性疾患的鉴别,以及与肠外疾患的鉴别诊断。②对于原因不明的结肠出血,不仅能明确出血部位,判断病变的性质,还可进行介入性治疗。③对结肠恶性肿瘤有助于判断病变的范围,向肠管外浸润程度及有无向其它脏器转移等,对确定治疗方案及判断预后有很大意义。④对血管性疾患,如缺血性结肠炎、血管结构不良等的诊断及确定治疗方案有一定价值。⑤介入性治疗,如溃疡性结肠炎的肾上腺皮质激素类药物的动脉注入疗法等。

(三) 食管腔 pH、压力测定和食管活动力 (motility) 测定

食管腔 pH 和食管括约肌水平的腔内压力,对诊断反流性食管炎很有价值。了解食管各段的活动力对于诊断和鉴别食管运动障碍疾病,如食管贲门失弛缓症,弥漫性食管痉挛等有帮助。

(四) 纤维内镜检查

纤维内镜包括食管镜、胃镜、十二指肠镜、小肠镜、结肠镜等。应用内镜可以直接观察消化道腔内病变和拍照记录,并可采取活组织进行病理检查。是胃肠道疾病诊断的重要手段之一。

1. 食管镜检查

适应于:①吞咽困难者;②食管贲门肿瘤经细胞学及 X 线钡餐造影检查不能肯定诊断而需作活体组织检查者;③胸骨后心窝部疼痛,咽下不适,已除外心血管疾病者;④上消化道出血原因未明疑食管病变者;⑤食管炎、食管上皮细胞增生,特别是重度异型增生者,需定期复查;⑥食管粘膜下肿瘤或壁外压迫的鉴别,以及食管癌浸润的深度。

2. 胃镜检查

适应证:①凡有上腹部不适怀疑胃病,经过检查不能确诊者;②X 线检查发现溃疡、肿物及其它病变不能明确性质者;③急性胃出血及慢性原因不明的失血;④各种胃病的随诊,如胃炎、术后胃;⑤异物取出。

3. 小肠镜检查

适应证:凡慢性腹泻、腹痛、消瘦,疑有小肠炎症、溃疡及肿物的病人均可进行小肠镜检查。

食管镜、胃镜、小肠镜检查的禁忌症:①急性咽炎、腐蚀性食管炎及胃炎;②重症心脏病及肺病;③精神病或不合作病人。

4. 结肠镜检查

适应症：①原因不明的下消化道出血、便血；②原因不明的慢性腹泻、粘液便、脓血便；③顽固的便秘、排便不畅感、排便习惯改变和不明原因的大便性状改变；④疑为大肠病变引起的腹痛和腹部包块；⑤钡灌肠检查怀疑有异常需进一步确诊；⑥对已确诊的大肠病变和结肠手术后的必要随访观察；⑦结肠手术中，在手术台进行纤维结肠镜检查，可帮助确定病变部位和范围，可避免过多地切除肠管和病变的遗漏；⑧结肠镜下的治疗：息肉摘除，止血，肿瘤的治疗，取异物，结肠扭转和肠套叠的复位等。

结肠镜检查的禁忌症：①严重心肺功能不全；②严重高血压、脑供血不足、冠状动脉机能不全、明显心律失常者；③腹膜炎和中毒性急性消化道炎症，如中毒性菌痢、暴发型溃疡性结肠炎等；④急性消化道大出血、肠道积血过多、妨碍检查时；⑤近期内胃肠道或盆腔作过手术及放射治疗者；⑥由于手术及炎症，致使腹腔内粘连或形成硬性扭曲时，不勉强检查；⑦肠道有狭窄时，对狭窄以上的肠管不勉强进镜。肛门狭窄及肛门急性炎症时不宜检查；⑧精神病人或主观上不能配合者；⑨妊娠及月经期。

(五) 活组织检查

在内镜直视下，可用活检针、钳或刷、采取食管、胃或结直肠粘膜病变组织作病理检查，对炎症、溃疡、息肉、异性增生、癌症等作出较明确的定位定性诊断。

(六) 脱落细胞学检查

1. 食管脱落细胞学检查

应用于：①食管癌组织类型的鉴别；②可作为放疗或化疗疗效观察的主要方法；③癌前病变的追踪观察；④食管炎的诊断。

2. 胃脱落细胞学检查

主要用于胃癌的诊断、普查、癌前病变观察以及帮助判断疗效等，特别是在早期胃癌的诊断中已受到重视。

脱落细胞学检查禁忌症：①肝硬化有食道静脉曲张；②重度心脏病；③严重肺气肿；④妊娠晚期；⑤食管溃疡；⑥胃十二指肠溃疡出血；⑦急性咽喉炎。

第二节 中医对胃肠道疾病的诊断

中医对胃肠道疾病的诊断，是通过四诊的方法，根据病人一系列的具体症候，加以分析、综合，辨证求因，为临床治疗提供确切的依据。

一、望诊

通过观察病人的发育、营养、神、色、形、态及排泄异物，在诊断胃肠道疾病上占有重要地位，即所谓“望而知之谓之神”。

1. 发育、营养 发育包括体格和智力发育

生长发育虽与先天之精关系密切，但与后天脾胃功能有直接联系。机体的营养状况是衡

量健康和疾病程度的标准之一。脾胃为后天之本，气血生化之源，因此，发育、营养状况与脾胃功能的盛衰有密切关系。脾胃健旺，气血充足，则发育、营养良好，如脾胃虚弱，运化无力，气血乏源，则机体发育营养不良。

2. 望神

神是脏腑精气的外在表现。具体反映在人的目光面色、表情、形态、呼吸、意识等方面。《灵枢·平人绝谷篇》说：“神者，水谷之精气也。”也就是说，神源于先天之精，又靠后天之精的滋养。精气是神的物质基础，神是精气的外在表现。所以脾胃功能正常，水谷之精来源充足，精、气、神得以濡养，则表现为目光精彩、形体健壮、肌肉不削、面色明润、动态自如、呼吸平稳、舌脉有胃气。这充分证实了脾胃在人体生命活动中的重要地位。

3. 望色

正常人的面色一般是红黄隐隐，明润含蓄，是有神气、有胃气的常色。如表现①面色淡黄、枯槁无光，常见脾胃气虚，气血不足者。②面色浮虚，多为脾胃虚衰，湿邪内阻所致。③面黄而枯瘦者，胃病虚热。黄而色淡者，为胃病虚寒；④面色苍白，为脾胃虚寒；⑤若面目一身俱黄，称为黄疸。黄而鲜明如橘子色，属“阳黄”，为湿热熏蒸之故；黄而晦暗如烟熏者，属“阴黄”，为寒湿郁阻所致。

4. 望形体

①形体胖而食少，是形盛气虚，多为脾虚有痰。②形体瘦而食多，为中焦有火。③形体瘦面食少，是中气虚弱。

5. 局部望诊

①头发色黄面不泽，小儿发结如穗，是疳结的特征，由脾胃虚弱，营养不良所致。②白睛色黄，伴皮肤和小便同时发黄，可诊断为黄疸。③白睛呈现蓝点或蓝斑，提示虫病。④睡眠露睛，常见于脾胃虚弱，气血不足。⑤口唇淡白，主脾胃虚弱，气血不足；唇色黄，为脾病，湿证。⑥口角糜烂，多属脾胃湿热。⑦口中糜烂，色白，形如苔藓，刺痛，是谓口糜。为脾胃湿热所致。⑧齿燥如石，为胃肠热盛，津液大伤。⑨牙龈红肿出血，是胃火上炎。

6. 望排泄物

①呕吐物清稀无臭，多为寒呕。因胃阳不足，难以糜熟水谷，水饮内停，致胃失和降，多由于寒邪犯胃所致。②呕吐物秽浊酸臭，多为热呕。因邪热犯胃，或肝经郁火，致胃火上逆。③呕吐物酸腐夹杂不消化食物，多属食积。多因暴饮、暴食，损伤脾胃。若呕吐物为不消化食物无酸腐味，则属气滞，由肝气犯胃所致。④呕吐清水痰涎，伴口干不欲饮，苔腻胸闷，多属痰饮。由于脾失健运，胃内停饮，痰饮随胃气上逆而致。⑤呕吐黄绿苦水，多为肝胆湿热或郁热。肝气横逆犯胃，热迫胆汁上溢，胃失和降而致。⑥呕吐鲜血或紫暗有块、夹杂食物残渣，多属胃有积热或肝火犯胃，热伤血络；或素有瘀血，血不归经，随胃气上逆而致。

7. 望舌

舌诊在胃肠道疾病的诊断中占居重要地位。脏腑之气发于口而著于舌，舌为心之苗，心与小肠相互表里，舌又为脾之外候。舌由于反应灵敏，舌象的变化迅速而明显，所以说，舌能比较客观的反映胃肠道疾病寒热虚实的变化，因此在胃肠道疾病的诊断上，舌诊是重要的诊断手段之一。

舌有胃气，表现一是舌体荣润红活，有生气，有光彩，活动灵便；二是指舌上生苔而且有根，提示胃气未衰，生机尚存。人以胃气为本，所以古人曰：“有胃气则生，无胃气则死。”①

舌质：舌色淡白湿润，舌体胖嫩，多为脾胃虚寒；舌红绛少苔或无苔，或裂纹，为胃气衰败，或胃阴枯竭；舌质紫暗，多为瘀血阻于胃肠。舌体胖大，多因脾虚不运水湿痰饮阻滞所致，伴黄腻苔，多是脾胃湿热与痰浊相搏，湿热痰饮上溢所致。舌边有齿痕，多由于脾气虚不能运化水湿所致。②舌苔：厚苔是胃气夹湿浊邪气熏蒸所致，主邪盛入里，或内有痰饮湿食积滞。腐苔多因阳热有余，蒸腾胃中腐浊邪气而成，多见于食积痰浊为患；见脓腐苔，多为胃痛，是邪盛病重之象；霉腐苔亦因胃脘腐败，津液化为浊腐所致。腻苔多为湿浊内蕴，阳气被遏所致，若苔黄厚腻，多为痰热、湿热、食滞、湿痰内结，腑气不利等；如苔白滑腻，则为湿浊、寒湿；若白腻不燥，自觉胸闷，多为脾虚湿重；若白厚粘腻，口中发甜，乃脾胃湿热所致。舌苔花剥，为胃之气阴两伤所致。③舌苔消长：凡舌苔由少变多由薄变厚，一般都说明邪气渐盛，主病进；反之，苔由厚变薄由多变少，则说明正气渐复，主病退。如薄苔突然增厚，则说明正气暴衰，邪气急剧入里；若满舌厚苔，骤然消退，往往是胃气暴绝的反映。若舌苔逐渐消退，退后渐生薄白新苔，是“胃气渐复，谷气渐进”之佳兆；反之，舌苔骤然退去，不再生新苔，以致出现镜面舌，是胃之气阴衰竭的恶候。一般来说，舌质舌苔的变化是统一的，临床辨证应结合起来进行分析。

舌象的变化，对于胃肠道疾病诊断的重要性越来越引起人们的关注。张永丰等对 255 例胃十二指肠穿孔患者舌象进行观察，其表现特点为舌体胖大呆滞，舌前部红赤、光滑明亮、无刺状物，苔白腻。255 例中舌质变化者 218 例，占 85.5%，其中红舌 195 例，绛舌 15 例，青紫舌 8 例。单纯胃十二指肠穿孔以红舌为主，占 97.4%，绛舌占 2.6%；复杂性穿孔红舌占 28%，绛舌和青紫舌占 72%。255 例中舌苔变化者 217 例，占 85.1%；其中白苔 46 例，黄苔 32 例，白腻苔 94 例，黄腻苔 43 例，黑黄苔 2 例。白苔、黄苔多表现为局限性腹膜炎，无消化道不畅情况；而白、黄腻苔多表现为泛发性腹膜炎，有 96.6% 的病人有消化道不通畅情况。出现舌形变化者 244 例，占 95.7%，舌体光滑明亮占 98.4%，舌体胖大占 82.4%，舌体呆滞无华占 67.2%。舌下静脉增粗及颜色暗紫者 142 例，占 55.7%。有瘀斑点和隆起物者 85 例，占 33.3%。还发现在发病 6 小时之内的 76 例病人中，有 35% 的病例出现舌质变化，而出现舌苔变化者可达 84%；发病 6~8 小时的 92 例病人中，舌质变化者达 78%，舌苔变化者达 98%；发病在 12 小时以上者 87 例，舌质舌苔均出现变化。在观察中还发现，舌质淡者腹腔炎症轻，舌质青紫者腹腔炎症重。17 例淡红舌中，穿孔宽度均小于 0.5cm，腹腔渗液量 300ml 左右；23 例绛舌和青紫舌中，穿孔宽度有 75% 的病例大于 1cm，83.3% 的病例腹腔渗液达 1000ml。说明了利用舌象与十二指肠穿孔大体病理及组织病理关系，找到了胃十二指肠穿孔舌象发生变化的机理。舌色的变化决定于疾病的病理程度，舌苔的变化与消化道的通畅程度有关^[32]。戴维正等对 205 例下消化道疾病舌象与纤维结肠镜检查资料分析表明：下消化道疾病的舌苔以黄苔居多，与炎症、湿热有关；舌质以暗红、青紫比例较高，与瘀血、恶性肿瘤有关。同时黄苔、青紫舌在肠镜诊断的各组中，经比较有显著性差异。恶性肿瘤组以舌质青紫为特点，与正常组比较有高度显著差异 ($P < 0.005$)，舌苔变化无明显特征性。说明舌象对结肠恶性肿瘤的诊断有一定意义^[33]。韩文通过对常见胃病舌象调查，结果显示消化性溃疡活动期呈红绛舌^[34]。许章添对 16 例慢性萎缩性胃炎观察舌象变化，其中慢性萎缩性胃炎伴浅表性胃炎 6 例，舌质多见淡红或红，少津，舌苔多为白厚或灰厚，中、根部黄浊；慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生 5 例，舌质见淡红或绛紫，少津，舌苔中部黄厚或腻，根部多黄浊；慢性萎缩性胃炎伴肠上化生和不典型增生 5 例，舌质多见绛紫干裂、或绛红光剥，多是少

苔或无苔，根部黄浊或灰黑。说明萎缩性胃炎随着病情的变化，都容易在舌象上表现出来^[35]。孙维峰等对118例慢性萎缩性胃炎的舌象变化分析，其中淡舌占34.74%，淡暗舌占36.44%，明显高于健康者；但淡红舌占25%，低于健康者。从舌苔变化来看，薄白苔占4.57%，低于健康者；薄黄苔占16.9%，白腻苔占42.37%，均高于健康者^[36]。夏军权分析了408例临床病例，对进行胃镜检查的病人，都先进行舌象的观察记录，认为舌象与胃病关系尤为密切，舌象可以反映不同胃病的病机特点，提示舌象表现为舌质红或暗，苔黄或腻者，往往胃粘膜炎症较重，幽门弯曲菌感染率也较高；而舌象转为淡红舌、薄白苔则往往是胃病向愈的表现。还观察到，舌象在一定程度上可以反映胃镜象。胃粘膜象表现为红白相间、以红为主、有新鲜出血点、粘膜皱壁增粗、糜烂者，舌象多表现为舌质红或暗，苔黄或腻。胃粘膜象表现为红白相间，以白为主、或陈旧性出血点、粘膜粗糙或有颗粒感、透见血管网者，舌象多表现为舌质淡或淡胖有齿印，苔白。所以舌象为胃镜象的外候，从而可作微观辨证的依据。另外，萎缩性胃炎、消化道肿瘤，以及胃粘膜皱壁增粗或有颗粒感、或糜烂者，与病理证实有肠上皮化生或不典型增生者，舌象以暗舌多见，所以认为瘀血是其内在的病理机制，也是向胃癌演变的关键所在^[37]。贾杨对225例临床资料分析，观察到溃疡病多舌红苔黄、主实热，萎缩性胃炎多舌红苔白、主虚热，胃癌多舌淡苔白厚腻^[38]。刘圣杰观察到十二指肠球部溃疡活动期舌质以红、暗多见，苔白腻或黄腻居多；胃癌舌质多属暗红，苔白腻或黄腻^[39]。江汉才对不同程度的慢性结肠炎和血吸虫病史而患有息肉的99例病人进行了结肠息肉与舌象变化关系的观察，结果发现：有结肠息肉者46例，其舌系带周围颗粒阳性26例，无结肠息肉者53例，阳性15例，有非常显著差异（ $P < 0.01$ ）^[40]。

二、闻诊

对于胃肠道疾病的诊断，在闻诊方面，应包括诊察病人的声音、语言、呕吐、呃逆、嗝气、太息、肠鸣等声音，以及嗅病人体内发出的各种气味，分泌物，排泄物的气味，以判断病人的寒热虚实。

1. 声音

如呻吟不止，扪心护腹，多是胸脘或腹痛。声音低微细弱，前重后轻，或声音断续，此为中气大虚之证。

2. 呕吐

呕吐为胃气上逆。根据其声音，可辨寒热虚实。胃虚寒之呕吐，吐势徐缓，声音微弱，吐物呈清水痰涎；胃实热证的呕吐，吐势较猛，声音壮厉，吐物呈粘痰黄水，霍乱则吐利并作；反胃见朝食暮吐，为胃阳虚，不能消谷；口干欲饮，饮后则呕，为水逆证，是太阳蓄水证或有痰饮；胸闷腹满，便秘不通之呕吐，是肠有燥屎，秽浊上犯；肝气犯胃之呕吐伴胸闷胁痛；胃痛则呕吐脓汁。

3. 呃逆

亦属胃气上逆，根据其呃声长短，高低和间歇时间不同，以辨其寒热虚实。新病之呃，其声有力，多属寒邪或热邪容于胃；久病之呃，其声低怯，为胃气将绝之兆。呃声频频，连续有力，高亢而短，多属实热；呃声低沉而长，音弱无力，良久一声，多属虚寒；呃逆上冲，其声低怯而不能上达咽喉或时郑声，为脾胃气衰，虚气上逆，属虚寒证。

4. 嗝气

也是胃气上逆的一种表现。若嗝出酸腐气味，兼胸脘胀满者，是宿食不化，胃脘气滞；嗝声响亮，频频发作，得与天气则脘腹宽舒，属肝气犯胃。嗝气低沉，无酸腐气味，纳谷不香，为脾胃虚弱；寒气容于胃，以致胃气上逆而嗝气；汗、吐、下后、胃气不和，也可嗝气不除。

5. 太息

太息为情志病之声。多因情绪抑郁、胸闷不畅时发出，为肝气郁结之象。

6. 肠鸣

肠鸣是腹中漉漉作响。据部位声音可辨病位和病性。若其声在脘部，如囊裹浆，振动有声，起立行走或以手按抚，其声则漉漉下行，此为痰饮留聚于胃；如声在脘腹，漉漉似饥肠，得温得食则减、受寒、饥饿后加重，此属中虚肠胃不实之病；若腹中肠鸣如雷，则属风、寒、湿胜邪之脘腹痞满，大便泄泻；寒甚则脘腹疼痛，肢厥吐逆。

7. 嗅气味

如有口臭，多属消化不良；口出酸臭气，是内有宿食；口出臭秽气，是胃热；口出腐臭气，多为内有溃腐疮疡。大便臭秽为热；有腥气味为寒。矢气臭，多为宿食停滞。

三、问诊

是诊断胃肠道疾病的重要内容，通过问诊，医生可以分析病情，判断病位，掌握病性，为辨证治疗提供可靠的依据。对于胃肠道疾病的问诊可包括以下内容。

1. 问起病

问起病即问疾病发生的原因、进展治疗等全过程，了解疾病的性质非常重要。如因情志刺激致病者多为肝气犯胃；感受寒邪而胃脘痛，则为寒邪客于胃肠。问病程长短可了解疾病的虚实。如突然胃痛而胀，大便闭结不通为实；久病胃痛，痛而不胀，喜温喜按则为虚。问治疗经过和效果如何可作为辨证用药的参考。如病人服寒药无效者，则不是热证；服热药症状减轻者可能属寒证；服补药治疗不效者多实证；用行气消胀药治疗反而胀满加重，则是脾胃虚弱，无力化食的虚证。所以问起病的全过程，才能作出正确的诊断。

2. 问食欲与食量

胃主受纳、腐熟水谷，脾主运化、转输水谷精微，两者共为后天之本。人的饮食情况与脾胃功能的正常与否关系非常密切。①食欲减退：食少纳呆，伴有消瘦乏力，腹胀便溏，舌淡脉虚者，属脾胃气虚。多因脾胃腐熟运化功能低下所致。可见久病虚证和素体气虚的病人。脘闷纳呆，伴有头身困重，便溏苔腻，属湿邪困脾。如长夏感受暑湿之邪多见此证。纳少厌油腻，兼见黄疸胁痛，身热不扬者，属肝胆湿热。因湿热蕴结，肝失疏泄，木郁克土，脾失运化所致。厌食兼见嗝气酸腐，脘腹胀痛，舌苔厚腻者，属食滞内停。因暴饮暴食，损伤脾胃，使腐熟运化功能失常所致。②多食易饥：兼见口渴心烦、口臭便秘、舌红苔黄，属胃火亢盛，使腐熟运化功能亢进所致。③饥不欲食：是由于胃阴不足，虚火内扰所致，可见胃阴不足的病人。④偏嗜食物：多见于虫积。因饮食不洁，腹内生虫，影响脾胃运化，机体失养所致。

3. 问口味

因脾开窍于口，口中的异常味觉，常是脾胃功能失常的病变反映。①口淡乏味，属脾胃

气虚。因腐熟运化功能低下，病人食少纳呆，故感口淡乏力。②口甜或粘腻，属脾胃湿热。因甜味入脾，湿热蕴结脾胃，浊气上泛于口所致。③口中泛酸，属肝胃蕴热。因酸味入肝，肝热之气上蒸于口则泛酸。④口中酸馊，属伤食。食停胃中不化，胃中浊气上泛，故感口中酸馊。⑤口苦，属肝气犯胃。

4. 问胃脘

①胃脘冷痛剧烈、得热痛减者，属寒邪犯胃。因寒邪直接损伤胃腑阳气，使胃脘收缩拘急所致。②胃脘灼热疼痛、消谷善饥，口臭便秘者，属胃火炽盛。因火邪伤津，腐熟功能亢进所致。③胃脘胀痛、噎气，郁怒则痛甚者，属胃腑气滞。④胃脘刺痛、痛有定处者，属胃脘血瘀。因瘀血内停，胃腑络脉阻滞所致。⑤胃脘隐痛、喜暖喜按、呕吐清水者，属胃阳虚。⑥胃脘灼热嘈杂、饥不欲食、舌红少苔者，属胃阴虚。阴虚津亏、虚火内扰所致。

5. 问腹部

①大腹隐痛、喜温喜按、便溏者，为脾胃虚寒、运化失职所致。②绕脐痛，起包块，按之可移者，为虫积。③凡腹痛暴急剧烈、胀痛、拒按、得食痛甚者，多为实证。④凡腹痛徐缓、隐痛、喜按、得食痛减者，多属虚证。⑤凡腹痛得热痛减者，多属寒证。⑥凡腹痛、痛而喜冷饮者，多属热证。

6. 问大便

①便次异常：便秘者，由肠道津亏、大肠传导失司所致。如高热便秘、腹满胀痛，舌红苔黄燥者，属实热证，是热盛伤津、大肠燥化太过所致。病人面色苍白、喜热饮、大便秘结、脉沉迟者，是冷秘，因阴寒内结，导致肠道气机阻滞所致。病人便干，舌红少苔，脉细数者，属阴虚，是因阴液亏虚，肠道失润所致。久病、老年便秘，多属气液两亏。是因气虚无力排便，津亏、肠道失润所致。泄泻者，总由脾失健运、水停肠道、大肠传导失常所致。如病人纳少腹胀、大腹隐痛、大便泄泻者，属脾虚。是由于脾失健运，小肠清浊不分，水停肠道所致。病人黎明前腹痛作泄，泄后则安，腰膝酸痛者，属肾阳虚。因命门火衰，不能温煦脾土，脾寒运化失职所致。病人脘闷噎腐，腹痛泄泻，泻后痛减者，属伤食。因饮食不节、不洁，损伤胃肠，泻后腐浊得出，故痛减。病人情志抑郁，腹痛作泻，泻后痛减者，属肝气乘脾。因肝气郁结，横克脾土所致。②便质异常：完谷不化，多见于脾虚泄泻和肾虚泄泻。溏结不调，时干时稀，下痢脓血为痢疾；便黑如油是远血；便血鲜红是近血。③排便感异常：肛门灼热，属大肠湿热，见于暑泻。排便不爽，多属肝郁乘脾，肠道气滞；若便溏如黄糜，泻下不爽，是湿热蕴结大肠，肠道气机传导不畅所致。里急后重，见于痢疾，是湿热内阻，肠道气滞所致。滑泻失禁，是脾肾阳虚，肛门失约，肛门气坠，属脾虚中气下陷。

四、切诊

（一）脉诊

胃为水谷之海，后天之本，是人体营卫气血之源。所以，脉亦以胃气为本。正常人的脉象不浮不沉，不快不慢，从容和缓，节律一致，是谓有胃气。因此，通过脉诊可以了解胃气之存亡，以及判断胃肠道疾病寒热虚实、邪正盛衰的变化，对指导临床辨证治疗，有其重要的意义。

浮脉：浮脉主表。胃肠道疾病出现浮脉，多浮大无力。一般为脾胃气虚，或脾气下陷。沉脉：沉而有力为寒邪犯胃，沉细无力为脾胃虚弱、脾虚泄泻。迟脉：见于脾胃阳虚、寒湿困脾。数脉：见于胃热、食滞胃脘、大肠湿热；细数脉为脾胃阴虚、大肠津亏。虚弱脉：多见于脾胃气虚、脾胃阳虚、脾气下陷。实脉：多见于食滞胃脘、阳明腑实证。弦脉：见于肝气犯胃、胃寒。

刘淑芸通过脉象观察 403 例胃脘痛病人，结果弦脉占全数病例的 27%，弦细、弦滑脉达 80% 之多，尤其见于肝气犯胃型。以浅表性胃炎、反流性胃炎、十二指肠球部溃疡合并胃炎多见。其次沉细脉占 19.7%，多因久病、体质虚弱、脾胃运化失常所致。除慢性浅表性胃炎、反流性胃炎及十二指肠球部溃疡合并胃炎外，胃溃疡的沉细脉占 35.7%。提示脉诊仅能分清虚实寒热，对辨别何种性质的胃病尚待探讨^[41]。

（二）按诊

在胃肠道疾病的诊断中，按诊是不可缺少的一环，对于腹部的疼痛、肿胀、痰饮、肿块等病变，通过按诊，可以得到更完善的资料，以提供临床辨证施治。

1. 按腹部

①辨凉热。腹壁冷，喜暖手按抚者，属虚寒证；腹壁灼热，喜冷物按放者，属实热证。②辨疼痛。腹痛喜按者属虚；拒按者属实；按之局部灼热，痛不可忍者为内痈。③辨腹胀。腹部胀满，按之有充实感觉，压痛，叩诊声音重浊，为实满；腹部膨满，按之不实，无压痛，叩诊呈空声，为气胀，多属虚满。④腹部胀大如鼓状，称为臌胀。手分置腹部两侧，一手轻拍，另一手可触到波动感，同时，按之如囊裹水，腹壁有凹痕者为水臌；以手叩之如鼓，无波动感，按之无痕良者为气臌。⑤辨痞满。按之柔软，无压痛者属虚证；按之较硬、有抵抗感和压痛者为实证。脘部按之有形而胀痛，推之漉漉有声者为胃中有水饮。⑥辨结胸。胃脘胀闷，按之则痛者属小结胸；胸脘腹硬疼痛且拒按者，属大结胸。⑦辨肿块。痛有定处，按之有形而不移者为积，病属血分；痛无定处，按之无形，聚散不定的为聚，病属气分。左少腹作痛，按之累累有硬块者，肠中有宿粪。右少腹作痛，按之疼痛，有包块应手者，为肠痈。

2. 按俞穴

《灵枢·海论》说：“夫十二经脉者，内属于脏腑，外络于肢节。”《外科证治全书》说：“诸痛皆气血瘀滞不通。”说明了经穴的压痛或敏感反应，是与内脏疾病相联系。因为经络的气血在身体表现聚集，注入某些重要穴位，所以脏腑气血阻滞等病理变化，必然反应在相应体表的穴位上。所以按压俞穴的变化来帮助诊断胃肠道疾病具有重要意义。如胃脘痛在胃俞、足三里、中脘等穴位有压痛。肠痈在上巨虚有压痛。

张文亮选用诊断十二指肠球部溃疡的穴位为中脘或下脘二穴有一穴出现压痛即可，右梁门穴。诊断十二指肠球部溃疡伴胃窦炎，除上穴外，加胃俞或右承满穴。诊断胃小弯溃疡的穴位为中脘或下脘、水分、右承满穴。诊断胃炎（胃窦炎）的穴位为中脘或下脘、右承满、右胃俞。为验证上述穴位压痛对诊断上述疾病的可靠程度，用胃肠钡餐检查明确诊断的 136 例验证经穴压痛诊断，经卡方检验 $X^2=2.462$ ， $P>0.05$ ，说明经穴压痛诊断与胃肠道钡餐诊断差异无显著性。另外还观察了症状轻重与体表经穴压痛点之间的关系，以痛为指标，对记录完整的 112 例，按现有腹（痛）和两天以上无腹痛（不痛）分组，以经穴压痛点出现率在 60% 以上的穴位按病种分类统计，观察其与胃肠钡透检查诊断符合率进行统计对比分析。经卡方

检验： $X^2=32.12$ ， $P<0.01$ ，差异有高度显著性。 $X^2=2.58$ ， $P>0.05$ ，差异无显著性。以上结果表明，伴有上腹痛者，其穴位压痛出现率增高，压痛穴位也增多，程度也加重，因而构成疾病诊断机会也多，符合率也高，提示压痛点的出现与症状轻重程度密切相关^[42]。以上研究说明按俞穴在胃肠道疾病的诊断中有一定的临床意义。

综上所述，中医望、闻、问、切四诊，在胃肠道疾病的诊断中起着重要作用，特别对于辨别疾病的寒热虚实、邪正盛衰以及指导辨证施治方面，有它独特的优势。四诊各有千秋，不能相互取代。所以临床上必须将四诊有机的结合起来运用，即所谓“四诊合参”，这样才能较系统的了解病情。另外，临证时还要借助现代医学的诊疗手段，将中医宏观辨证与西医微观辨病结合起来，诊断符合率越高，则临床治疗效果越好。

第三节 现代医学检查病理改变的中医认识

传统的中医辨证主要根据临床症状、体征及病史进行综合分析，以明确证候的部位和性质。也就是从整体的、宏观的角度检查病理。随着现代医学实验室检查，X线钡餐透视、纤维胃镜、活组织检查、胃电图等多项检查运用于胃肠病的检查之中，所表现的病理改变，对中医辨证分析又有了新的认识。近几年来，中医对胃肠病的辨证在与微观变化相结合的研究方面有了新的进展。

一、实验室检查

1. 白细胞计数及唾液淀粉酶测定

陈志雄统计了212例上消化道出血的病人，白细胞计数在 $10\times 10^9/L$ ($10000/mm^3$)以上者56例，其中胃热型41例，脾虚型15例，提示白细胞升高的病例，多属胃热。另外对34例上消化道出血住院患者在出血期及血止后两周分别进行白细胞计数、生理指标观察(y值)、唾液淀粉酶活性比值及临床观察。结果：观察组出血时白细胞计数、y值比血止后增高($P=0.001$)，唾液淀粉酶活性比值也较血止后高($P<0.05$)，并超过正常平均值，临床几乎集中于火热及血虚证状，脾虚症状较少见。提示：上消化道出血期间，机体处于一处功能兴奋状态，兴奋者属阳、属热，其病机主要是火热熏灼，迫血妄行。还说明同一组病人随着证型的变化，酶活性比值也发生改变，对脾虚证的诊断有一的特异性^[28]，郭姣观察到脾气虚病人，在基础状态下唾液淀粉酶的活性显著增高($P<0.01$)，在酸刺激后唾液淀粉酶则明显下降($P<0.01$)，也提示了脾气虚与酶的活性变化有关^[43]。冯群先对脾虚病人做了唾液淀粉酶活性差的动态观察，结果表明：脾虚组酶活性差负值的例数明显多于对照组。正常人的消化腺分泌有一定储备力，大多数酶活性差为正值。而脾虚患者经酸纸刺激后，酶活性反而下降，说明其消化腺分泌的储备力不足，提示化学能力低下，所以临床出现食少，腹胀等症状^[44]。魏睦新也观察到脾阴虚和脾气虚组唾液淀粉的活力差正值的阳性率低于正常组，尤以脾气虚降低明显^{[45][46]}。

2. 胃液分析

董国明对62例胃镜确诊的消化性溃疡按辨证分为肝胃不和、脾虚胃热、脾胃虚寒三型。经五肽胃泌素胃酸分泌功能测定，探讨了它们之间的关系，以及各证型之规律和实质。检测结

果表明:脾虚胃热型胃酸分泌及胃蛋白酶活性显著高于其它两型($P<0.01$)^[4]。伍小华对 97 例慢性胃炎、消化性溃疡进行中医分型和胃液分析,其结果:36 例虚寒型患者的空腹胃液量、总酸度、基础分泌量大多升高,与其它各型相比($P<0.05$)。18 例阴虚型患者,以上各项指标均低于其它各型($P<0.05$)。24 例郁热型患者中,空腹胃酸及基础分泌量无显著差别, ($P>0.05$),但总酸高于正常者多见。15 例肝气犯胃型患者中无明显高低^[3]。杨春波对 161 例慢性胃炎的脾虚证和脾肾虚证进行分析,发现脾虚证组以浅表性胃炎多,胃酸分泌高;脾肾虚证以萎缩性胃炎多,胃酸分泌减少^[47]。赵荣莱对慢性胃病 pH、胆酸、己糖胺含量进行分析,其结果:阴虚型胃液 pH 与脾虚、肝胃不和型比较显著升高($P<0.05$),三羟胆酸含量,脾虚型为最低,己糖胺含量各型之间并无差异。认为 pH 的增高与返流肠液对胃液的中和作用,或因粘膜病变累及胃底腺及粘膜屏障受损害的结果。胆汁返流时常存在十二指肠逆蠕动,属中医临床的肝气郁结,胃气上逆。而脾虚病变多趋慢性,故三羟胆酸含量在脾虚组较肝胃不和组及炎证明显的湿热组为低^[48]。傅关孺观察到胃液中 Na^+ 浓度在胃热组显著高于胃寒及对照组, ($P<0.001$)。而 K^+ 、 Na^+ 浓度在虚证、虚实夹杂组的含量,无明显变化 ($P>0.05$)。认为胃液中 Na^+ 浓度可作为寒热证辨证的客观指标^[6]。

3. 血液流变学

许多学者研究表明,胃肠疾病的不同证型有不同程度的血液流变学改变。黄焱明对 74 例慢性胃炎及消化系统虚实证与血液流变学的相关性分析如下:实证组伴有高粘血症, RBV、RPV 增加。血液粘滞性增加,可造成微循环障碍,影响组织的灌流量。实证邪气壅塞,阻遏气血, HCT 正常,从另一个侧面反映了正气不虚。纤维蛋白原的增加,血液中容易形成网络结构,促使血栓形成而影响血流。虚证的血液粘度降低,血液处于一种稀释状,亦影响组织器官的微循环灌注。HCT 较正常低,表明虽无气血之郁壅,但正气已损^[25]。黄熙则观察到:虚寒型胃脘痛患者以低血粘、低红细胞电泳和红细胞压积为特点。认为脾阳虚则生化无源,运化无力,故致红细胞电泳率降低,红细胞运行乏力,输氧力下降,从而使胃肠粘膜组织得不到所需营养,但这种血流变的稀、淡、清还不致于造成微循环的局部障碍所致充血、水肿与溃烂。血瘀型、气滞型和实证型则以高血粘、高红细胞压积、高血沉和高纤维蛋白原为特征。其升高的程度为血瘀>气滞>实热,其中尤以血瘀型处于典型的“浓、粘、聚、凝”的血液流变性障碍状态,为气滞血瘀、“不通则痛”提供了定量依据。因此认为:血液流变学的“稀、淡、清”和“浓、粘、聚、凝”可能分别是虚寒型和血瘀、气滞,实热型的病理生理学基础之一^[49]。马纲对 68 例萎缩性胃炎血流变学观察:脾胃虚寒型患者的全血粘度、红细胞压积、红细胞电泳时间均比正常人增高或延长;肝郁脾虚组全血粘度比正常人增高;而肝胃不和组红细胞压积增高、电泳时间延长、全血粘度无异常差异^[50]。

4. 微量元素

许多学者都认识到微量元素与胃肠道疾病的发生密切相关,并与中医辨证分型也有一定规律性。董国明观察了 65 例消化性溃疡的中医证型与胃液微量元素的关系,结果:肝胃不和型镁、铜、锌含量低于正常值;脾虚胃热型钠、铜、锌含量低于正常值,钙高于正常值;而脾虚胃热型铜、锌含量低于肝胃不和型 ($P<0.05$);脾胃虚寒型铜低于肝胃不和型 ($P<0.01$);而锌与肝胃不和型无差异。另外,铁、铬、锰、钼、砷、硒、钾,三型之间无明显差异,与正常值亦无差异。以上三型均存在锌、铜低下,说明缺锌、铜是 PU 的共同原因。与证型之间仍有一定相关性,即脾虚胃热型锌、铜显著低于其他两型,而脾胃虚寒型铜低于肝胃不和

型。脾虚胃热、脾胃虚寒型钠含量低下,说明均存在胃粘膜屏障功能紊乱。肝胃不和型镁缺乏,可能是本型存在胃肠功能紊乱的病理基础。脾虚胃热型胃液钙升高,可能与本型胃酸分泌亢进有关^[51]。柴可夫为阐明脾胃虚寒、胃阴不足证的实质,对慢性胃炎辨证属以上两个证型者44例,进行血清微量元素锌、铜、铁含量测定,结果:脾胃虚寒证患者血清锌、铜、铁的含量比正常人明显降低。胃阴不足证组血清锌、铁的含量较正常人明显降低;血清铜略有升高,铜/锌比值升高,差异极显著。提示锌、铜元素的改变不一定是慢性胃病形成的原因,但由于上述锌、铜元素的变化,导致机体免疫功能降低,促进虚证的形成。同时,在治疗慢性胃炎的过程中,补充适当微量元素,可以帮助胃粘膜修复及症状改善^[52]。焦君良也观察到胃阴虚病人血清锌较正常人明显降低,差异极显著($P<0.01$);血清铜略有升高;铜/锌比值升高,差异极显著($P<0.005$),提示血清锌降低及铜/锌比值升高与胃阴虚证有关。还观察到脾胃虚寒证患者血清锌、铜和硅的含量比正常人明显降低($P<0.001$ 、 $P<0.05$ 、 $P<0.01$)^{[53][54]}。陈治水对150例脾虚泄泻和51例湿热泄泻患者血清锌、铜、铁三种微量元素进行检测,结果:脾虚泄泻组患者的血清锌、铁含量明显低于湿热泄泻组和正常人组。血清铜含量明显高于湿热泄泻组和正常人组,而且脾虚程度越重,血清锌、铁含量越低,铜含量越高^[55]。中医认为脾胃健旺则正气充足,外邪不易入侵,所谓“四季脾旺不受邪”,反之则使人体抗病力减弱导致疾病的发生。而缺锌则引起T淋巴细胞和胸腺激素活性降低,导致细胞免疫和体液免疫异常,铜和血浆铜蓝蛋白具有酶和氧化活性,能增强防御能力,感染时,血清铜含量增多,刺激并增加肝脏合成血浆铜蛋白,白蛋白结合铜增多,发挥其氧化酶作用,有利于增强免疫;缺铜时上述作用减弱,则机体防御能力下降^[56]。

5. 胃肠道激素

近年来研究表明胃肠道激素可直接或间接地调节胃肠道的消化吸收功能,它们的增多或缺少均可引起胃肠道功能失调而导致疾病发生,而且与中医证型有一定相关性。杨春波对慢性胃炎虚证进行研究表明:脾虚证者胃酸高且血清胃泌素偏高;脾肾虚者则胃酸低但血清胃泌素高,两者有显著差异($P<0.05$)^[47]。危北海观察到脾虚患者血清胃泌素略高于正常人^[57]。涂福音通过研究认为:慢性萎缩性胃炎中医辨证气滞湿热、脾胃虚寒、胃阴亏虚、瘀血内阻四型胃泌素均高于对照组($P<0.05\sim0.01$),呈递增现象。前三型与瘀血内阻型胃泌素有显著差异($P<0.05\sim0.01$)。提示:慢性萎缩性胃炎中医辨证与胃泌素含量的动态变化相一致^[31]。任平测定了25例脾虚泄泻患者血浆、十二指肠降段的胃动素(MOT),同时测定了降结肠、直肠的前列腺素(PGE2)的含量,发现非脾虚泄泻患者血浆及十二指肠MOT含量较对照组明显升高($P<0.05$),表明这种腹泻可能与MOT缩短小肠转运时间,加强结肠运动等作用有关。而脾虚泄泻患者血浆及十二指肠MOT含量下降,其中十二指肠MOT含量明显低于对照组及非脾虚泄泻组,血浆MOT含量明显低于非脾虚泄泻组($P<0.01$),提示脾虚与非脾虚泄泻确有不同的病理生理基础。另外脾虚泄泻患者大肠中的PGE2含量也增高,由此推断,脾虚时的病现变化是由于肠组织合成和释放PGE2的增多,而PGE2又对胃肠平滑肌具有直接兴奋作用,故使大肠运动亢进,导致脾虚泄泻。将MOT、PGE2与脾失健运结合起来研究认为:脾虚时所表现的腹胀、纳差、消化不良等与小肠MOT含量下降有关;而腹泻则与大肠中PGE2的含量升高有关^[58]。张声生研究发现脾虚组PGE2明显高于正常组,而PGF2则明显低于正常组;肝脾不和组与脾胃湿热组PGF2均高于正常组^[59]。金敬善对248例胃十二指肠疾病血、尿PGE2和PGF2和PGF2a含量及与中医证型关系作探索,发现脾气虚、

肝胃不和、脾胃湿热组 PGE2 水平明显高于对照组,脾胃湿热组明显高于脾气虚和肝胃不和组。PGE2/PGF2a 比值,脾胃湿热组也明显高于对照组及脾气虚和肝胃不和组。三组证型的尿 PG 与血中 PG 水平有类似的变化,这可能与血中 PG 经代谢灭活后从尿中排泄有关。脾气虚病人 PGE2 明显升高,对偏亢了的副交感神经功能有抑制作用,有利于植物神经系统功能的恢复。虽然 PGE2 水平的变化对脾气虚不是特异的,但也提示脾气虚形成过程中也有 PGE2 参与调节。脾胃湿热患者血、尿 PGE2/PGF2a 的变化更明显,可能是由于湿热之邪较盛,正邪之争剧烈,炎症较重,刺激 PGE2 的合成和分泌较多的缘故^[60]。胡彩钦测定了慢性浅表性胃炎、萎缩性胃炎和十二指肠溃疡患者胃窦及胃体粘膜,慢性结肠炎患者横结肠粘膜的 PGE2、PGF2a 水平。结果提示慢性炎症(炎症或溃疡的静止期)患者的 PG 水平不能显示出病理的轻重程度。从中医证型上亦未能观察到不同证型间的差异^[61]。陈泽民为探讨胃寒证和胃热证的发病机理,测定寒、热证患者胃液中 PGF2 和 6-Keto-PGF1 的含量,结果表明胃热证患者 PGF2 含量显著高于胃寒证患者。为胃寒、胃热证辨证提供了理论依据^[62]。程霞对 30 例消化性溃疡患者以子午流注纳甲法取穴针刺,观察了针刺前后胃酸分泌、血浆胃泌素及前列腺素 E1 的变化。结果:纳甲法取穴针刺能降低胃酸,提高血浆前列腺素 E1 的水平,从而对消化性溃疡的治疗确有积极意义^[63]。张桂珍观察到脾虚气滞型患者胃窦 G 细胞数密度及空腹血清胃泌素含量明显高于脾胃气虚组和正常对照组($P < 0.01 \sim 0.001$),胃窦 G 细胞数目与空腹血清胃泌素含量呈显著正相关($r = 0.40, P < 0.01$),脾胃气虚组空腹血清胃泌素值稍高于对照组。提示胃窦 G 细胞增生及分泌功能亢进可能是形成脾虚不同证型的病理学机制之一^[64]。郑樾年也发现脾虚组患者 G 细胞数较实证组明显减少。同时脾虚组患者 D 细胞(生长抑素产生细胞)数亦较实证组明显减少,但 G/D 比值明显增高^[65]。张忠兵对 30 例脾虚泄泻患者回肠末端、横结肠和乙状结肠粘膜中 P 物质(SP)和血管活性肠肽(VIP)进行测定,发现脾虚泄泻组显著增加;脾虚泄泻组乙状结肠粘膜 VIP 含量较无腹泄组也显著增加。SP 增加可导致肠蠕动加快而腹泻;乙状结肠 VIP 含量增加,可使此处平滑肌松迟,使粪便在乙状结肠停留时间过短,水分不能充分吸收,引起大便溏稀,大便次数增加。VIP 还能刺激肠道电解质和水分的分泌,也可导致大便溏稀。提示 SP 和 VIP 可能与脾虚泄泻的腹泻症状有关,根据脾虚临床表现和 VIP 的功能,脾虚泄泻中 VIP 可能起重要作用^[66]。

二、X 线检查

吴鸿宾观察了 150 例十二指肠球部溃疡患者的 X 线表现与中医证型的对照,发现肝胃不和型的 X 线表现为高张力胃,空腹潴留液少,蠕动亢进,排空增速,胃炎伴发率高,幽门松迟,十二指肠激惹较常见。脾胃虚寒型呈低张胃、蠕动微弱,排空缓慢,常伴有幽门痉挛,空腹潴留液多,十二指肠郁滞较多见。郁热化火型胃粘膜增生肥厚。气滞血瘀型胃粘膜萎缩或糜烂,其中 2 例在近期出血。另外,低张力胃又有明显胃炎,高张力胃又有较多潴留液,临床往往为寒热错杂表现。分析肝胃不和型的临床和 X 线征象类似迷走神经兴奋表现的十二指肠球部溃疡,脾胃虚寒型则类似以交感神经兴奋表现为主的十二指肠球部溃疡。以上各证型 X 线表现上的差异,说明了十二指肠球部溃疡的中医诊断,有一定的病理基础^[67]。周祝谦对 700 例胃痛患者辨证分型 X 线诊断研究表明:①脾胃虚弱型胃肠蠕动、排空功能减弱,胃张力低,胃下垂、胃有空腹潴留液,溃疡病发病率高。②脾胃湿热型则无典型的 X 线征象。③肝胃不

和型胃肠蠕动、排空功能增强,胃溃疡、胃癌的发病率高。④胃阴虚型胃内炎症多见,其范围小,多在5cm以下,常伴有十二指肠球炎,胃癌发病率低,胃下垂发病高^[68]。恽敏将400例胃脘痛分为中虚、肝胃不和、胃阴不足(阴虚)、气滞、湿阻、血瘀、胃寒、郁热、食滞9个单项证型,观察其X线征象与中医证型的关系:空腹胃内潴留液:中虚气滞型38例占23.31%,肝胃不和型69例占37.09%,二者有非常显著差异($P<0.05$)。胃张力:①呈低张者:中虚气滞者20例占13.07%,肝胃不和型64例占34.41%,二者有非常显著差异($P<0.01$)。②呈高张者在各型中的病例均较少。胃蠕动波:①呈强蠕动波者:中虚气滞型98例占60.12%,肝胃不和型24例占12.9%,二者间有非常显著差异, ($P<0.001$)。②呈弱蠕动波者:中虚气滞型17例占10.43%,肝胃不和型102例占54.84%,二者间有非常显著差异($P<0.001$)。胃幽门痉挛:中虚气滞型14例占8.59%,肝胃不和型22例占11.83%,二者无显著差异。观察发现:在胃肠道功能表现异常上,中虚气滞型呈胃蠕动增强、排空加速等一系列亢进的征象,而肝胃不和型却表现为胃蠕动减弱、排空迟缓等一系列衰退的征象,此外还发现:溃疡病和癌证在兼血瘀证型中多见,空腹胃内潴留液增多则在兼湿阻证型中多见。均可做为辨证分型时的一项重要客观依据^[69]。

三、纤维内镜及活组织病理检查

周福生直接从内窥镜取样,观察十二指肠球部溃疡、慢性胃炎患者治疗前后其球、胃部粘膜肥大细胞变化,探讨与脾虚证的关系。结果:①光学显微镜观察显示,溃疡病组患者无论脾虚型或非脾虚型,均可见明显的肥大细胞改变,而脾虚型者肥大细胞更加肿大,胞膜不完整,脱粒细胞数也较非脾虚组增多。②透射电镜观察显示:溃疡病组脾虚型患者的肥大细胞较非脾虚型患者胞体大、空泡多,胞膜有多量微绒毛状突起,其颗粒与胞膜融合明显,造成胞膜多处缺损;而非脾虚型患者胞膜仅以不清晰为,主胞核不规则,凹陷或凸起。提示肥大细胞质与量的变化,与中医证型实质存在一定的内在联系。肥大细胞的病理形态学改变,可能是溃疡病脾虚型的物质基础之一^[70]。罗伟生对146例消化性溃疡的胃镜诊断与胃痛证型的观察表明:肝胃郁热型,临床以溃疡病合并炎症者明显多于溃疡病静止期患者,胃镜观察到溃疡为较厚苔膜覆盖,其周围明显充血水肿,甚至十二指肠粘膜也可以见到糜烂、出血。粘膜表面粗糙,脆性增加,炎症分泌物粘稠、增多。脾胃虚寒型,溃疡合并炎症者也占多数,但多为慢性轻度浅表性炎症。其溃疡表面为较薄的白色苔膜覆盖,溃疡边缘粘膜充血水肿较轻。胃十二指肠粘膜充血呈麻疹样或斑纹样,粘膜反光较弱,炎症分泌物稀薄。而肝气犯胃型及其它证型中,也都以溃疡合并炎症为多见,但粘膜炎症表现有轻有重,与上述两型相比,缺乏特异性。提示消化性溃疡多与炎症相伴发生,炎症轻重程度的差异与中医证型有一定联系^[71]。任宏义对300例萎缩性胃炎按中医证型分为脾胃气虚、脾胃阳虚、脾胃阴虚三型,与胃粘膜活检病理观察到:①证型与病变程度的关系:胃粘膜病变程度以阴虚最重,阳虚次之,气虚较轻。脾胃气虚型多见于浅表一萎缩性胃炎,脾胃阳虚型以萎缩性胃炎Ⅰ级为多,而脾胃阴虚型则以萎缩性胃炎Ⅰ级者居多。②证型与胃粘膜上皮病变类型的关系:主要病变为粘膜糜烂伴中性粒细胞浸润、肠上皮化生、非典型增生。以上各种胃粘膜上皮病变的检出率均以脾胃阴虚为最高。③证型与胃粘膜腺体萎缩程度的关系:300例患者中,胃粘膜幽门腺体均有不同程度的萎缩,部分伴有胃体腺萎缩,以阴虚者腺体萎缩的程度最高,阳虚次之,气虚最轻。④

证型与胃粘膜间质炎细胞浸润类型的关系：全部患者胃粘膜间质内有不同程度的淋巴细胞浸润。中性粒细胞、嗜酸性粒细胞、浆细胞、淋巴滤泡形成的检出率以脾胃阴虚型为高。提示脾气虚型为轻症，脾阳虚和阴虚为重症，其发展规律是由气虚→阳虚→阴虚的证型演变规律^{[72][73]}。柴可夫观察萎缩性胃炎与中医证型的胃粘膜相发现：脾胃虚寒型胃粘膜相，胃粘膜红白相兼，以白为主，丝状血管可见，但也有部分以红为主，或花斑样改变，为散在均匀的小红点，且有粘膜水肿，以胃小弯明显。肝胃不和型，胃粘膜明显萎缩，红白相间，线状发红或小片状改变，常呈斑块样充血，线状充血常可见皱襞隆起处，胆汁返流，胃蠕动快。脾胃湿热型，胃粘膜有红肿及炎性剥脱及粘液斑，局部或大片发生，可有小丘疹状隆起，顶部有脐状凹陷。胃镜常提示糜烂性胃炎或疣状胃。胃阴亏损型，胃粘膜呈灰暗色，萎缩范围可以是弥漫的，也可是局限的，皱襞变细或消失，胃内分泌量少，呈龟裂样改变，粘膜表面粗糙不平，可透见粘膜小血管网^[74]。邹襄谷对56例慢性胃病（胃炎或溃疡）脾虚肝郁证分为脾虚兼肝郁、肝郁兼脾虚、脾虚肝郁相等三个亚型。其三型与胃粘膜病理炎变的关系，经卡方检验，该关系具有相关性（ $X^2=10.824$ ， $P<0.01$ ）。即脾虚兼肝郁，静止期居多，为18/25例；肝郁兼脾虚，活动期居多，为11/14例；脾虚肝郁相等，活动期为11/17例，静止期为6/17例。提示对于该病的虚实辨证和分清标本缓急，有一定应用价值^[75]。崔同建探讨了312例胃癌患者中医证型与病理学的关系，认为胃癌属本虚标实。本虚与标实证共同的病理学特征是病理分期从早期到晚期；浸润深度逐渐加深；瘤体逐渐增大；胃周淋巴转移逐渐加重。不同点是本虚证呈巢状或弥漫性浸润的方式逐渐加重，标实证瘤周淋巴样细胞由多到少。脾肾阳虚与痰湿瘀毒型肿瘤发生部位多较广泛，组织分化程度较低。证实了胃癌本虚标实辨证分型具有指导临床意义^[76]。

四、胃电图

赵淑贤对150例胃脘痛辨证分型与胃电图检查的关系进行观察表明，胃电参数胃阴虚和脾胃虚弱组均低于正常，肝胃不和和胃络瘀阻组均高于正常^[77]。张立德对187例胃脘痛患者的空腹和餐后胃电图进行分析，结果：脾胃虚寒型患者的胃电图波幅空腹及餐后都较低，特别是餐后显著低于正常人。肝胃不和型的波幅进餐后显著高于正常人。脾胃虚弱兼气滞型的波幅高低不等。阴虚胃热型则表现为，空腹和餐后波幅偏低的同时，频率明显比正常人快。提示胃电图参数可作为胃脘痛中医辨证的一个客观指标^[78]。马一观察了172例胃脘痛患者的胃电图表现与中医证型的关系：结果表明，幅值降低可见于脾胃虚寒和脾胃虚弱两型，幅值高可见于脾胃郁热型，肝气犯胃型则胃电参数变化不规则，节律多呈紊乱^[79]。杨雨田利用胃电差值观察与中医脾胃辨证的关系，结果得出：实热型胃电差值为较高正值，虚寒型胃电差值为负值，二者间及二者与气滞型、正常人间均有显著性差异（ $P<0.001$ ）；气滞型与正常人胃电差值均为较小正值。提示胃电差值作为脾胃病分型的客观指标更能反应脾胃运动功能和潜在的胃病^[80]。梁明观察了十二指肠球部溃疡属气滞血瘀及脾胃虚寒两型的体表胃电图改变，结果表明：脾胃虚寒型波幅为 $198\pm47\mu V$ （ $X\pm S$ ）。气滞血瘀型的波幅为 $330\pm74\mu V$ （ $X\pm S$ ）。组间差异非常显著（ $P<0.01$ ）^[81]。

随着中西医结合研究的发展，寻找新的客观指标为中医辨证服务。综上所述，现代医学的诊断手段及其客观指标，与中医辨证分型有密切的内在联系，这对于指导治疗、观察疗效、判

断疾病的发展及愈后有着非常重要的意义。因此,积极开展中医胃肠道疾病证型客观指标的研究,为辨证寻找客观依据,使中医辨证分型指标客观化,将使胃肠道疾病的中医治疗取得突破性进展。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993 年 12 月第 2 版, 第 168 页, 第 22 页
- [2] 郑学农. “仓廪”的临床意义. 吉林中医药, 1992, (4), 5
- [3] 伍小华. 97 例慢性胃炎、消化性溃疡的中医分型及胃液分析. 江西中医药, 1993, 24 (2): 28
- [4] 董明国. 消化性溃疡辨证分型与胃酸分泌及前列腺素 E₂ 含量的关系. 陕西中医, 1993, 14 (1): 41
- [5] 廖承济. 慢性胃炎的中医辨证分型与胃酸分泌功能的关系. 福建. 中医学院学报, 1993, 3 (4): 199
- [6] 傅关儒. 胃寒热辨证与胃液中 K⁺、Na⁺、浓度关系的探讨. 北京中医杂志, 1991, (3): 16
- [7] 唐铁军. 脾虚证患者肠液中分泌型 IgA 含量测定. 中医研究, 1993, 6 (1): 24
- [8] 吴正治. 脾虚患者外周血免疫细胞 ANAE 研究. 山东中医学院学报, 1991, 15 (1): 36
- [9] 侯淑琴. 消化性溃疡和慢性胃炎血浆中分子含量测定的临床意义. 中西医结合杂志, 1991, 11 (3): 164
- [10] 魏德煜. 慢性胃病脾虚证患者外周血 T 淋巴细胞亚群的变化. 福建中医学院学报, 1993, 3 (3): 135
- [11] 刘长林. 内经的哲学和中医学的方法. 北京科学出版社, 1982 年 12 月第 1 版, 第 14 页
- [12] 李乾构. 中医胃肠病学. 中国医药科技出版社, 1993 年 10 月第 1 版, 第 15 页
- [13] 元鲁光. 应用余弦法对 947 例上消化道出血时间节律的分析. 四川中医, 1990, (8): 29.
- [14] 杨 洪. 上消化道出血之病因学研究. 新中医, 1991, (5): 8
- [15] 巴善铎. 消化性溃疡与气象关系的研究. 中华消化杂志, 1992, 12 (5): 299
- [16] 北京市脾胃学组. 北京地区腹泻的调查. 北京中医, 1991, (3): 12
- [17] 邵展. 中成药诱发急性胃粘膜损害 35 例. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (9): 562
- [18] 刘立力. 160 例萎缩性胃炎的病因病机分析. 北京中医, 1991, (1): 13
- [19] 朱建华. 情志与消化性溃疡关系初探. 北京中医学院学报, 1992, 15 (1): 58
- [20] 魏秋林. 胃病从肾论治说. 河北中医, 1992, 14 (3): 31
- [21] 王春才. 叶天士治胃法探析. 四川中医, 1993, (9): 6
- [22] 夏军权. 胆胃同治的理论基础及临床应用. 山东中医杂志, 1991, 10 (3): 4
- [23] 柴可群. 胆胃相关的生理病理与临床证治. 陕西中医, 1991, 12 (9): 407
- [24] 吴正治. 胃脘痛虚实辨证舌象客观指标的定量细胞化学探讨. 云南中医杂志, 1990, 11 (6): 1
- [25] 黄焱明. 慢性胃炎等消化系统疾病虚实证与血液流变学关系的探讨. 辽宁中医杂志, 1990, (9): 11
- [26] 倪宗珈. 35 例慢性胃病患者舌苔脱落细胞超微结构观察. 云南中医杂志, 1994, 15 (5): 1
- [27] 钱立伟. 舌上皮萎缩坏死细胞与胃脘痛阴虚证关系的初步观察. 中医杂志, 1993, (4): 34
- [28] 陈志雄. 上消化道出血“火热”病机之临床研究. 广州中医学院学报, 1990, 7 (1): 8
- [29] 杨福盛. 试论慢性胃炎与血瘀的关系. 陕西中医, 1990, 12 (3): 117
- [30] 郑进. 唇、舌微循环变化与胃脘痛血瘀证关系之初探. 云南中医学院学报, 1994, 17 (1): 1
- [31] 涂福音. 慢性萎缩性胃炎 103 例中医证型血清胃泌素、尿蛋白酶关系探讨. 福建中医药, 1990, 21 (2): 11
- [32] 张永丰. 255 例胃十二指肠穿孔患者舌象分析. 中医杂志, 1992, 33 (12): 42
- [33] 戴维正. 中医舌诊对下消化道疾病的诊断意义. 上海中医药杂志, 1993, (10): 32
- [34] 韩文. 高寒地区肠胃病的舌象与胃镜资料的比较分析. 中医杂志, 1992, (6): 46
- [35] 许章添. 16 例慢性萎缩性胃炎舌诊观察. 中西医结合杂志, 1991, 11 (7): 438

- [36] 孙维峰. 慢性萎缩性胃炎 118 例的舌象与中医证型分析. 广东医学, 1990, (2): 30
- [37] 夏军权. 舌象、胃镜象与幽门螺旋菌感染的关系. 山东中医学院学报, 1993, 17 (1): 12
- [38] 贾杨. 舌象、口味与胃电图关系的初步观察. 上海中医杂志, 1994, (8): 10
- [39] 刘圣杰. 舌诊及幽门弯曲菌与胃脘痛发病关系探讨. 中西医结合杂志, 1990, 10 (11): 677
- [40] 江汉才. 结肠息肉与舌象变化关系的临床探讨. 浙江中医杂志, 1991, (6): 271
- [41] 刘淑芸. 403 例胃脘痛纤维胃镜辨病与辨证的探讨. 天津中医, 1990, (3): 9
- [42] 张文亮. 胃肠常见病经穴压痛诊断与治疗的临床观察. 上海针灸杂志, 1991, (3): 14
- [43] 郭姣. 心、肺、脾气虚证的唾液淀粉酶测定. 广州中医学院学报, 1990, 7 (2): 87
- [44] 冯群先. 脾虚病人唾液淀粉酶活性差的动态观察. 中西医结合杂志, 1984, (4): 202
- [45] 魏睦新. 脾阴虚患者消化功能的初步观察. 上海中医药杂志, 1988, (2): 8
- [46] 魏睦新. 脾阴虚证植物神经机能状态初探. 中西医结合杂志, 1988, 8 (4): 202
- [47] 杨春波. 慢性胃炎虚证的临床观察. 中西医结合杂志, 1990, 10 (8): 458
- [48] 赵荣莱. 慢性胃病胃液 pH, 胆酸, 己糖胺含量变化的观察. 实用中西医结合杂志, 1991, 4 (4): 215.
- [49] 黄熙. 胃脘痛的中医证型与血液流变关系初探. 四川中医, 1992, (8): 10
- [50] 马纲. 萎缩性胃炎的中医辨证分型病理改变与血液流变学观察. 实用中西医结合杂志, 1990, (3): 517
- [51] 董明国. 消化性溃疡中医辨证分型与胃液微量元素, 前列腺素 E₂ 及 IgG 的关系. 辽宁中医杂志, 1993, (8): 1
- [52] 柴可夫. 慢性胃炎患者血清微量元素与中医辨证的关系. 中医研究, 1993, 6 (1): 22
- [53] 焦君良. 慢性胃病胃阴虚证患者血清锌铜含量观察. 辽宁中医杂志, 1992, (7): 14
- [54] 焦君良. 慢性脾胃虚寒证病人血清某些微量元素含量的观察. 辽宁中医杂志, 1990, (6): 42
- [55] 陈治水. 脾虚泄泻患者血清微量元素变化及意义. 辽宁中医杂志, 1993, (7): 3
- [56] 焦君良. 试论中医的“脾”与微量元素锌、铜的关系. 陕西中医学院学报, 1993, 16 (1): 10
- [57] 危北海. 慢性胃炎诊治. 中西医结合杂志, 1990, 10 (5): 265
- [58] 任平. 对脾虚泄泻患者胃动素及前列腺素的初探. 中国医药学报, 1993, 8 (1): 22
- [59] 张声生. 慢性胃炎和消化性溃疡患者血与尿前列腺素 E₂, 及前列腺素 F₂ 水平的测定. 中西医结合杂志, 1992, 12 (9): 535
- [60] 金敬善. 胃十二指肠疾病血, 尿 PGE₂ 和 PGF_{2a} 含量及其与中医证型关系. 中医杂志, 1992, 33 (7): 43
- [61] 胡彩钦. 慢性胃病、慢性结肠炎患者胃肠粘膜前列腺素 E₂、F_{2a} 浓度与中医证型初探. 辽宁中医杂志, 1990, (11): 14
- [62] 陈泽民. 全国中西医结合防治消化系统疾病对策研讨会述要. 中西医结合杂志, 1992, 12 (6): 381
- [63] 程霞. 子午流注纳甲法对消化性溃疡患者胃酸分泌, 血浆胃泌素及前列腺素 E₁ 水平的影响. 中西医结合杂志, 1991, 11 (2): 91
- [64] 张桂珍. 脾虚证患者胃窦 G 细胞体视学定量分析. 中西医结合杂志, 1989, 9 (12): 711.
- [65] 郑耀年. 脾虚证胃痛与胃窦粘膜 G 和 D 细胞关系 (摘要). 中西医结合杂志, 1990, 10 (1): 33
- [66] 张忠兵. 脾虚泄泻患者肠粘膜中 SP 和 VIP 初步探讨. 中西医结合杂志, 1991, 11 (3): 144
- [67] 吴鸿宾. 十二指肠球部溃疡中医分型 X 线诊断的探讨. 福建中医药, 1990, 21 (3): 9
- [68] 周祝谦. 胃脘痛中医分型的 X 线诊断. 山东中医杂志, 1992, (4): 11
- [69] 恽敏. 胃脘痛临床证型的分类及其 X 线表现探讨. 中西医结合杂志, 1991, 11 (10): 618
- [70] 周福生. 肥大细胞与十二指肠球部溃疡及其中医证型的关系. 中医杂志, 1992, (6): 41
- [71] 罗伟生. 146 例消化性溃疡的胃镜诊断与胃痛证的关系. 广西中医药, 1990, 13 (3): 3
- [72] 任宏义. 萎缩性胃炎中医证型与胃粘膜活检病理对比观察. 中医杂志, 1992, 33 (8): 41
- [73] 任宏义. 脾虚证证型演变规律探讨. 山东中医学院学报, 1992, (4): 16

- [74] 柴可夫. 结合胃粘膜相辨证治疗萎缩性胃炎 103 例报告. 江西中医药, 1991, (6): 22
- [75] 邹襄谷. 慢性胃病脾虚肝郁证与胃电、胃粘膜病理及脉一心功能的关系. 中西医结合杂志, 1992, 12 (9): 51
- [76] 崔同建. 胃癌本虚标实证型病理学基础探讨. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (3): 151.
- [77] 赵淑贤. 胃脘痛辨证分型与胃电图内镜检查结果的关系. 山东中医杂志, 1990, 9 (4): 22
- [78] 张立德. 胃脘痛的中医辨证分型与胃电图关系的探讨. 辽宁中医杂志, 1991, (10): 17
- [79] 马一. 中医胃脘痛证型与胃电图关系初探. 辽宁中医杂志, 1991, (11): 12
- [80] 杨雨田. 胃电差值与中医脾胃病辨证分型关系探讨. 山西中医, 1990, 6 (3): 8
- [81] 梁明. 气滞血瘀型及脾胃虚寒型十二指肠球部溃疡的体表胃电图改变. 中医药学报, 1991, (6): 48

中编 临床诊疗

第一章 反流性食管炎

反流性食管炎是由于食管下端括约肌 (LES) 功能失调, 或有幽门括约肌的关闭功能不全, 使胃内容物 (胃酸和胃蛋白酶) 甚至十二指肠液 (包括胆汁、胰液) 经贲门倒流入食管, 使其产生炎症, 若返流长期存在, 最终将形成瘢痕和狭窄, 也称 LES 功能不全。由于近年内镜广泛开展应用, 发病率逐年有所增加。该病国外是常见病, 据 Beneclict 统计, 食管镜检查, 发现返流性食管炎占 90%, 中年人居多, 男女均可发病。西医治疗反流性食管炎包括三方面: 非药物治疗、药物治疗、手术和扩张疗法^[1]。

根据反流性食管炎的临床特征, 属于中医学中的“噎膈”、“胸痛”、“胃脘痛”、“反酸”、“嘈杂”等病证范畴。本病多因情志不畅, 饮食不调、劳累过度所致。对于本病的防治方法, 散见于“噎膈”、“胸痛”、“胃脘痛”及“反酸”的论治内容中。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因

目前认为本病病因与多种因素有关, 产生返流的原因和机理有以下几个方面:

1. 食管下端括约肌 (LES) 抗胃食管返流 (GER) 的屏障功能削弱

临床所见 GER 病病人经测量 LES 压力可见明显低于正常, 一般在 0.67~1.3kpa 以下。导致 LES 压力下降的原因尚不完全清楚, 但当此抗 GER 屏障功能削弱或丧失, 必有反复、持久和多量的胃内容物返流入食管。

2. 食管对胃反流物的清除能力障碍

正常人出现 GER 后, 进入食管下端的反流物扩张食管或刺激食管粘膜, 激起继发性食管蠕动, 即时清除食管内残留物。此外, 唾液对食管的冲刷作用, 唾液内含碳酸氢盐 (PH6-7) 对反流物中酸的缓冲作用以及坐或立位反流物自重影响, 都是清除机理的次要因素。异常 GER 可致食管运动功能不良, 使原发与继发性食管蠕动减弱, 对胃食管反流物的清除能力明显降低; 已有反流性食管炎者因反流物刺激炎性粘膜而致食管运动异常, 呈现食管痉挛, 进一步削弱了食管清除能力。

3. 反流物对食管粘膜的损害

反流物中的胃酸与胃蛋白酶是主要损害因子, 特别以胃酸为更重要, 胃酸超过一定浓度 (PH<4.0) 时胃蛋白酶才有水解活性, 也可因十二指肠液反流, 内含的胆盐和胰酶可造成食

管粘膜损害,有人称为“碱性返流性食管炎”^[2]。

(二) 病理

反流性食管炎病理改变有以下三方面:①发生于食管鳞状上皮的浅表性炎症和糜烂。②发生于 Barrett 上皮的 Barrett 溃疡。③以及在贲门食管段的糜烂和溃疡。病变主要在食管下段,范围约 10cm 左右。急性期,粘膜充血水肿、糜烂溃疡。早期病变在粘膜的固有层,后期病变侵及表层下,基底细胞层增厚,伴有腔内伸展的乳头状突出。恢复期,基底细胞层高度增殖修补了粘膜表面,最后乳头和基底层开始退化,恢复了正常的比例。重者后期炎症可深达基层,引起粘膜下层内纤维组织增生,粘膜可呈轻度息肉样变。纤维收缩可造成管腔狭窄和食管短缩。食管短缩又可引起短食管型食管裂孔疝。所以反流性食管炎和食管裂孔疝之间存在互为因果的关系^[1]。

二、中医的病因病机

1. 七情内伤、肝气郁结犯胃

是本病发生和复发的重要因素。肝为刚脏,性喜条达而主疏泄,若忧思恼怒,则气郁伤肝,肝木失于疏泄,势必克脾犯胃,致气机阻滞,胃失和降,气郁化火,从中焦逆乘上焦,又能致瘀血内结。

2. 饥饱失常、劳倦过度

久病脾胃受伤,复因木不疏土,致肝胃不和,均可导致痰、气瘀血结于食道,胃之通降受阻,而见恶心、呕哕、反酸、嗳气,胸骨后伴烧灼感诸症,甚则食入反出。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

烧心常称为姿势性烧心,或反流性烧心,由于屈曲、弯腰、咳嗽、妊娠、腹水、用力排便,穿紧身外衣和围腰,头低位仰卧等姿势均可诱发和加重烧心。还可由于进食过量或摄入茶、酒、咖啡、果汁、阿斯匹林等物质而诱发。

胸骨后或心窝部疼痛,重者为剧烈的刺痛,放射到后背、胸部、甚至耳后,酷似心绞痛或胸膜炎。如果反流性食管炎病人出现持续性胸骨后疼,甚至放射到颈部揭示有穿透性边界溃疡或同时伴有食管周围炎。

吞咽困难或呕吐,病程的初期由于炎症造成食管局限性痉挛,可发生间歇性吞咽困难和呕吐。后期由于纤维瘢痕所致的狭窄,出现持续性吞咽困难和呕吐。当吞咽困难逐渐加重时,烧心在频度和程度上也逐渐减轻,甚至在后期不再有烧心出现,吞咽困难的程度取决于狭窄

的长度和口径大小。这种良性狭窄，很少对流食产生咽下困难^[1]。

(二) 体征

本病一般无明显体征，有的病例仅于压胸骨时感胸骨后隐痛，或剑突下轻度压痛。

(三) 实验室及其他检查

1. X 线钡餐检查和酸钡吞咽试验

其检查可观察到食管蠕动情况。当有 GER 时原发性收缩波在食管远端中断，出现非推进性第三收缩波及逆蠕动波，见到钡剂倒流。如果 100ml 钡剂加入 37% 盐酸 1ml 混匀 (PH 1.7)，病人吞服了加酸的钡剂可诱发强烈的非蠕动性收缩。

2. 食管镜检查

将炎症程度分为三度：Ⅰ度充血；Ⅱ度糜烂或浅溃疡；Ⅲ度溃疡或狭窄，以及有无 Barrett 上皮和除外食管癌。

3. 食管功能检查

有返流症状但内镜或/和 X 线钡餐检查不能证实者，可进行此项检查。

(1) 24 小时食管下端 PH 测定，将一个 PH 电极放于 LES 上方 4cm—5cm 处，连接一架 PH 测定仪或带有电子计算机装置，连续 24 小时测定。诊断一次返流发作的标准为 PH<4 者疑有本病。

(2) 食管下端压力测定，用长 125cm 的聚乙烯三腔充水管测定；LES 压力。正常压力在 1.3~2.6kpa (10—20mmHg)。凡 LES 压力<1.3kpa (10mmHg)，常提示有 GER。

(3) 酸滴入试验，用 0.1N 盐酸注胃，可使 GER 病人，通过酸滴入，症状再现，提供返流的证据。

(4) 核同位素扫描

病人吞服含 250uci 硫氏 99 m 锝标记的凝胶后经照相机扫描和微电子计算机处理，以此作为定量性诊断^[1]。

(四) 并发症

1. 出血

严重食管炎患者，可因食管粘膜糜烂而致出血，多为慢性少量出血。

2. 食管狭窄

慢性食管炎时粘膜糜烂后发生纤维化，继之发生食管瘢痕性狭窄。

3. 慢性咽炎和慢性声带炎

由于酸性胃内容物经食道反流到喉部所致。

(五) 诊断要点

1. 诊断

本病诊断主要依据以下三方面：

(1) 凡与体位改变有关的烧灼样胸骨后疼痛或偶有首发原因不明的夜间发作性呛咳、喘息、甚至窒息者，应疑有反流性食管炎；

(2) 内镜及活检组织学证实有食道炎；

(3) 通过测定 LES 压力、PH、滴酸试验及 X 线吞钡检查证实有 LES 功能不全^[1]。

2. 鉴别诊断

注意与消化性溃疡、心绞痛及食管癌鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病辨证，当分寒热虚实。如肝气犯胃，脾胃湿热，多属实证；脾胃虚弱，胃阴不足，多属虚证；脾虚气滞，气滞血瘀为本虚标实之证。

(二) 辨证分型

1. 肝胃不和

〔临床表现〕每因情志不遂而致胃脘胀满，两胁疼痛，胸闷脘堵，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^[3]。

〔辨证分析〕肝主疏泄而喜条达，若情志不舒，则肝气郁结不得疏泄，横逆犯胃而胃脘胀满，胁为肝之分野，而气多走窜游移，故两胁疼痛；气机不利，肝胃气逆，故胸闷脘堵，嗳气频繁、打呃；肝胃郁热，逆而上冲，可见胸骨后灼热、灼痛及泛酸。气滞肠道传导失常，则大便不畅。病在气分而湿浊不甚则苔薄白，肝主痛，故见弦脉^[4]。

2. 脾虚气滞

〔临床表现〕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。舌淡苔薄白，脉沉弦。

〔辨证分析〕脾胃气虚复有气滞故见胃脘胀满隐痛，脾虚阴火旺，胃失和降，阴火随胃中之浊气上逆，故剑突下或胸骨后隐隐灼热。脾胃气虚则食欲减退，复因肝木克之，胃失和降，逆而上冲则泛酸或泛吐清水；舌脉为脾虚气滞之象^[4]。

3. 脾胃虚寒

〔临床表现〕受凉或食生冷而致胃脘隐隐作痛，泛吐酸水清水，喜暖喜按，疲乏无力，食欲不振，手足不温，大便溏泄，舌苔薄白，脉细弱或缓。

〔辨证分析〕脾胃虚寒，病属正虚，故胃痛隐隐。寒得温而散，气得按而行，所以喜温喜按。脾虚中寒，水不运化而上逆，故泛吐清水。脾胃虚寒，则受纳运化失常，故食纳较差，脾主肌肉而健运四旁，中阳不振，则健运无权，肌肉筋脉皆失其温养，所以疲乏手足不温。脾虚生湿下渗肠间，故大便溏薄。舌苔薄白，脉细弱或缓皆为脾胃虚寒，中气不足之象。

4. 肝郁化热

〔临床表现〕剑突下或胸骨后烧灼感或烧灼样疼痛，反酸嗳气，甚则发生呕吐，性情急躁易怒，头面燥热，胁肋引痛，大便干结，口苦干喜饮，舌红苔黄腻，脉弦数。

〔辨证分析〕肝郁日久化热，邪热逆乘上焦，故见剑突下或胸骨后烧灼感或烧灼样疼痛以及性情急躁易怒，头面燥热，肝火犯胃，则反酸嗳气，甚则呕吐。胁为肝之分野，故可见胁肋引痛。肝热夹胆火上乘则口苦干喜饮，舌红苔黄腻为里热兼湿之象，肝胃郁热则脉弦数。

5. 气虚血瘀

〔临床表现〕面色无华，神疲乏力，形体消瘦，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。

〔辨证分析〕脾虚则水谷不化，水谷之精气不足，难以充养形体，故见面色无华，神疲乏力，形体消瘦；脾胃气虚津不上承则口干咽燥；气虚血滞，瘀血阻于食道，则见吞咽困难并呈持续性胸骨后疼痛。舌淡暗，舌边有瘀点，脉沉涩均为气虚血瘀之象。

第三节 治 疗

一、西医西药治疗

西医西药治疗可分三方面：非药物治疗、药物治疗、手术和扩张疗法。

（一）非药物治疗

体位方法是减少返流的有效方法，例如餐后保持直立，避免过度负重，不穿紧身衣，抬高床头等。改变饮食和吸烟习惯，避免服用使下段食管括约肌压力（LESP）降低的药物亦有效。睡前三小时勿进食，可减少夜间食物刺激的泌酸。饮食上宜少量，高蛋白、低脂肪和高纤维素，限制咖啡因、酒精、酸辣食物、巧克力以及直接产生食管性疼痛的食物。

（二）药物治疗

1. 促进动力药物

与其他促进动力药氨甲酰胆碱、胃复安、多潘立酮相比，西沙必利是唯一可用于治疗本病的药物。这不仅更为有效而且几乎无副作用，增加LESP，西沙必利的用药剂量为40mg/d，治疗8~12周。

2. 粘膜覆盖药

既往已有用藻阮酸和制酸药联合治疗用于缓解症状。目前倾向于应用硫糖铝，它是一种八硫酸蔗糖的局部活性氢氧化铝盐，能粘附于裸露组织的蛋白质，形成一个对抗胃酸、胃蛋白酶和胆汁的物理屏障，而用于治疗本病。其推荐剂量为4g/d。

3. 中和与抑制胃酸药物

以往制酸剂最常用来治疗烧心症状。用H₂受体阻断药治疗反流性食管炎可减少反流，胃内容物量与酸度以及睡时夜间胃酸的分泌，可用西米替丁1600mg/d，雷尼替丁300mg/d。

（三）手术和扩张疗法

主要适用于食管瘢痕狭窄以及难以控制的出血等病情^{[5][6]}。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 肝胃不和

〔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 10g、陈皮 8g、香附 10g、元胡 10g、川楝子 10g、郁金 10g、甘草 5g、苏梗 10g、半夏 10g、川芎 10g。

〔加减〕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、柿蒂以降逆止吐；若胸骨后或剑突下灼热者，加黄连、蒲公英以清胃热。

〔分析〕柴胡舒肝散证是肝气郁结，不得疏泄，肝胃不和。方中柴胡、芍药、川芎、香附疏肝解郁；陈皮、枳壳、苏梗、甘草理气和中降逆。

2. 脾虚气滞

〔治法〕健脾理气。

〔方药〕丁香柿蒂汤加味。

丁香 3g、柿蒂 20g、党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、半夏 12g、苏梗 15g、枳壳 12g、元胡 10g、生姜 10g。

〔加减〕胸膈满闷甚者，加薤白、厚朴以增强宽胸理气之力；脘腹满闷，纳呆便溏者，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。

〔分析〕本方丁香温胃散寒，降上逆之气；柿蒂性温而苦涩，专止胃气上逆，更配伍党参、白术、茯苓益气补虚；生姜温胃降逆、元胡止痛。

3. 脾胃虚寒

〔治法〕温中健脾。

〔方药〕黄芪建中汤为主。

黄芪 15g、白芍 12g、桂枝 5g、炙甘草 6g、生姜 3g、大枣 5g、饴糖 18g。

〔加减〕若泛酸者，可加吴茱萸暖肝温胃以制酸，另可再加瓦楞子。泛吐清水较多者，可加干姜、陈皮、半夏、茯苓以温胃化饮。

〔分析〕方中黄芪益气补中；小建中汤温脾散寒，缓急止痛。

4. 脾虚胃热

〔治法〕健脾清胃。

〔方药〕半夏泻心汤加味。

党参 10g、干姜 5g、半夏 10g、黄芩 10g、黄连 6g、茯苓 15g、煅瓦楞子 30g、元胡 10g、炒竹茹 12g、炙甘草 5g、大枣 10g。

〔加减〕若胃热偏重，大便干结者，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。

〔分析〕本方用黄连、黄芩之苦寒降泻除其热，干姜、半夏之辛温开结散其寒，参、草、大枣之甘温益气补其虚。七味相配，寒热并用，苦降辛开，补气和中，复配煅瓦楞子止酸，竹茹清胃中之热，诸药合用，邪去正复，气得升降。

5. 肝郁化热

〔治法〕疏肝清热。

〔方药〕丹桅逍遥散加减。

柴胡 6g、白芍 12g、丹皮 10g、桅子 10g、生地 30g、全瓜蒌 20g、薄荷（后下）8g、石决明 30g、代赭石 30g、竹茹 15g、花粉 12g、大黄 10g、当归 10g。

〔加减〕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，加茯苓、茵陈以化浊祛湿，醒脾清肝。

〔分析〕本方既有柴胡疏肝解郁，又有当归、白芍养血柔肝。尤其当归之芳香可以行气，味甘可以缓急；白术、茯苓健脾去湿；炙甘草益气补中，缓肝之急；生姜烧过，温胃和中，薄荷少许，助柴胡散肝郁而生之热，丹皮、桅子疏肝清热。

6. 气虚血瘀

〔治法〕益气养阴，化瘀散结。

〔方药〕启膈散合橘皮竹茹汤加减。

沙参 20g、茯苓 20g、丹参 20g、浙贝母 15g、郁金 12g、砂仁 6g、荷叶、蒂各 15g、桃仁 10g、当归 12g、竹茹 10g、陈皮 10g、甘草 5g、生姜 6g、大枣 15g。

〔加减〕若津伤较甚者，加麦冬、元参以助增液润燥之力；若大便不通者，加大黄与甘草合用以苦降缓下；若阴虚内热较重者，加生地、沙参、丹皮、知母以加强滋阴清热之力。

〔分析〕方中丹参、郁金、砂仁化瘀利气开郁，当归、桃仁活血化瘀，沙参、浙贝、茯苓润燥化痰以散结；荷叶蒂化浊和胃以降逆；陈皮健脾化痰，姜枣和胃。

（二）验方治疗

1. 消炎护膜方^[7]

〔组成〕由黄连、滑石、生甘草、枳壳、陈皮组成，按 1: 6: 1: 2: 2 比例共研细末。

〔用法〕每次服 3g，大枣 10 枚煎汤送下，每日 3 次，4 周为 1 疗程。

〔功用〕清热化痰、理气和胃。

〔疗效观察〕采用本方治疗了 30 例反流性食管炎，同时设立了对照组 27 例，对照组服用硫糖铝 1.0g 饭前嚼服，每日 3 次，4 周为 1 疗程，结果经过一疗程治疗后，治疗组治愈 8 例（26.7%），好转 19 例（63.3%），无效 3 例（10.10%）。对照组分别为 3 例（11.10%），15 例（55.6%），9 例（33.30%）。经统计学处理， $P < 0.01$ 。

2. 橘皮竹茹汤^[8]

〔组成〕橘皮 20g、竹茹 20g、大枣 5 枚、党参 15g、甘草 10g、生姜 15g。

〔用法〕水煎日服 2 次。

〔功用〕降逆止呃，益气清热。

〔疗效观察〕应用本方法治疗 34 例反流性食管炎，另外 35 例患者用胃复安和甲氧咪呱治疗作为对照组。结果：中药组对清退口苦咽干、心口烧灼、呃逆等症状快而明显，半数病人服药一周内口苦咽干、嗝气症状消失。而西药组仅达 8.6%。二周后复查胃镜，两组治愈率

中药组稍好于西药组，但差别不显著 ($P>0.05$)。好转率中药组 (32.3%) 明显高于西药组 (14.3%)，西药组无效率高 (34.3%)。中药组总有效率 (88.2%)。明显高于西药组 (65.7%)。两周治疗结束后，对无效者进行药物交换治疗，即中药治疗无效者，改用西药，西药治疗无效者，改用中药，再治两周，结果中药组无效者改用西药，仅 1 例有效，西药组无效者 12 例改用中药后 10 例有效。

3. 小柴胡汤加味^[9]。

〔组成〕柴胡 15g、黄芩、党参、法半夏各 10g，甘草 6g、生姜 4 片、大枣 5 枚。

〔加减〕反酸者加煅瓦楞子 30g，兼血瘀者加丹参 20g，灼痛加乌梅、白芍各 30g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服。30 天为 1 疗程。治疗前及 1 疗程后做胃镜检查。

〔功用〕和解少阳，疏利三焦，和畅气机。

〔疗效观察〕治愈 69 例，好转 6 例，无效 3 例，总有效率 96.2%。

4. 仙方活命饮加减^[10]

〔组成〕金银花、皂角刺各 30g，当归 12g，陈皮、赤芍、天花粉各 10g，贝母、炙穿山甲、乳香、没药、甘草各 6g。

〔加减〕噎腐吞酸者，加海螵蛸、瓦楞子各 10g；咽部出血者，加仙鹤草 15g，藕节 10g；咽喉肿痛者，加射干、玄参各 10g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。

〔功用〕清热解毒，活血祛瘀。

〔疗效观察〕采用基本方加减治疗 1~3 周后，78 例痊愈（疼痛、灼热感消失，1 年以上不复发），占 75%；12 例有效（疼痛、灼热感减轻，或愈后 1 年内复发），占 11.5%。总有效率达 86.5%。复发者 5 例，仍用本法治疗，4 例获愈，1 例有效。

5. 参连大黄液^[11]

〔组成〕苦参 30g、黄连 10g、大黄 6g。

〔用法〕加水 150ml，煎至 60ml，每次口服 20ml，日服 3 次，服药后禁食 1 小时。

〔功用〕清热泻火解毒，燥湿和降胃气。

〔疗效观察〕服上方后，10 例患者在 1 周内症状全部消失。有 6 例患者治疗 10 天，复查胃镜，其中 5 例患者食管粘膜基本恢复正常。

6. 活络护膜汤^[12]

〔组成〕丹参、五灵脂、白芍、甘草、桔梗、枳壳、旋复花、乌贼骨、浙贝母、蒲公英、地榆、鸡蛋清。

〔加减〕腕中嘈杂灼痛，加小陷胸汤；吞咽困难，加代赭石、威灵仙；胸闷痞胀，加四七汤；吐血，加泻心汤；阴伤，舌光红，苔净，加麦冬、天花粉。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂，鸡蛋清冲服。

〔疗效观察〕治疗 35 例食道炎病人，疗效判断标准为：疼痛消失，吞咽无阻碍为临床治愈。结果 3~6 天全部治愈。

三、中西医结合治疗

耿朝义等人将 87 例反流性食管炎病人随机分为治疗组 55 例和对照组 32 例。治疗组用

药为：木香顺气丸 8g，每日 2 次，连服 2~3 周；香砂养胃丸 12g，每日 2 次，连服 3~4 周。西咪替丁 0.2g，每日 3 次，每晚睡前再加服 0.4g；胃复安 10mg，每日 3 次，饭前 15 分钟—30 分钟服用，均连服 6 周。对照组用药为：只用西咪替丁和胃复安，剂量与用法同上。结果中西医结合治疗组治愈率 36% (20/55)，总有效率 < 91% (50/55)；对照组治愈率 6% (2/32)，总有效率 53% (17/32)。两组对比差异显著 ($P < 0.01$)^[13]。

另据报道，有人采用食复散^[14]治疗反流性食管炎 35 例，疗效显著。食复散组成为：生瓦楞子 450g，生甘草 150g，胃复安 0.6g 共研为末，过 120 目筛，为 10 天量，装盒备用。服用方法：首先将食复散 20g 放入服药杯内并加温开水 10ml 调匀，饭前半小时缓慢咽下，1 日 3 次，30 天为 1 疗程。治疗期间禁烟、酒刺激物，两个疗程后复查内窥镜。结果：显效（临床症状消失，内窥镜下溃疡愈合，返流停止）22 例，有效（临床症状消失，内镜下溃疡形成瘢痕）10 例，无效 3 例。总有效率达 91.3%。

第四节 预防

反流性食管炎的主要病因为情志内伤，饮食不节，过于劳累。故预防本病，应避免不良情志刺激，保持心情愉快，劳逸结合，进行适当体育锻炼。饮食有节，避免暴饮暴食，烟酒和浓茶等刺激性食物，慎用对食管粘膜有刺激性药物，如抗胆碱药、茶碱、 β 兴奋剂等药物^{[6][13][11]}。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993 年 12 月第 2 版, 第 114 页
- [2] 李宗明. 胃食管返流与反流性食管炎. 国外医学内科学分册, 1993, 20 (2): 50
- [3] 王诗雅等. 反流性食管炎 39 例胃镜, 放射性核素等检查与中医辨证分析. 中西医结合杂志, 1990, 10 (8): 461
- [4] 张伯臾等. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985 年 10 月第 1 版, 第 133 页
- [5] Pytgat GNT, et al. 返流性食管炎. 国外医学内科学分册, 1991, 18 (9): 407
- [6] 郭大成等. 胃动力药治疗返流性食管炎疗效观察—附 90 例报告. 中华消化杂志, 1992, 12 (2): 117
- [7] 黄福斌等. 消炎护膜方治疗返流性食管炎 30 例. 上海中医药杂志, 1990, (1): 34
- [8] 李少华等. 橘皮竹茹汤治疗返流性食管炎. 中医药信息, 1988, (5): 19
- [9] 傅昌格. 小柴胡汤加味治疗返流性食管炎近期疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (11): 686
- [10] 郝海山等. 仙方活命饮加减治疗返流性食管炎 104 例. 浙江中医杂志, 1990, 25 (4): 155
- [11] 孙建忠等. 参连大黄液治疗食管炎 100 例. 甘肃中医, 1992, 5 (1): 43
- [12] 邵寄民等. 王少华治疗食道炎经验的临床验证. 江苏中医, 1994, 15 (11): 5
- [13] 耿朝义等. 中西医结合治疗返流性食管炎 55 例. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (12): 751
- [14] 王国田等. 食复散治疗返流性食管炎 35 例. 湖北中医杂志, 1991, 13 (1): 11

第二章 食管癌

食管癌在我国是较为常见的一种恶性肿瘤，预后很差。据统计死亡率为16.70/10万，食管癌死亡率占全国恶性肿瘤死亡率的21.8%^[1]，仅次于胃癌，居第二位。近30年来其发病率和死亡率没有明显下降趋势，中晚期病例5年存活率只有5%—11%，流行病学研究结果表明，人类食管癌与亚硝胺类化合物有着密切的相关性^[2-7]，患病率男性高于女性，发病年龄以40岁以上中老年人较多。治疗方法目前以手术疗法为主，配合放射治疗、中医药疗法及局部注射、化学疗法等。

食管癌属于中医学“噎膈”范围，《素问·阴阳别论篇》提出：“三阳结谓之膈”的论点，指出阳气结则膈气不通，饮食亦膈塞不下。《名医类案·噎膈》篇选录了24则医案，基本囊括了本病的致病原因、证型、分类及用药之大概，归纳出本病的病因有六：气郁、血瘀、痰凝、精亏、嗜酒、药石毒^[8]。《景岳全书》亦有五噎证的记载，并说此证“惟中衰耗伤者多有之。”给近代治疗食管癌提供了宝贵的经验。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

（一）病因

关于食管癌的发病原因，迄今尚未阐明，根据对食管癌的观察，认为饮食过硬过热，进食过快长期吸烟，饮烈性酒，口腔不洁或龋齿等可能为本病诱因。杨文献等^[9]对食管癌高发区居民胃内亚硝胺的暴露水平及其阻断的研究证明，人类食管癌与亚硝胺类化合物有密切的相关性。因此，长期进食含亚硝胺量高的食物可以引起食管癌的发生。基于大量的流行病学调查资料^[3-6]，我国流行病学家提出了食管癌的霉菌—亚硝基化合物病因学说。

有人还注意到食管癌有家庭聚集的现象^[10]，因此考虑到本病在遗传因素中可能占有一定地位，其他如病毒感染等也和本病有关。

（二）病理

1. 食管癌的部位分布

食管癌好发于食管的三个生理狭窄部分，即食管上段齐环状软骨处，食管中段被左下支气管跨越处及食管下段和胃连接处。1987年国际抗癌联盟（UICC）提出新的国际食管癌部位分段标准，将食管人口（环状软骨下缘）至胸骨柄上缘平面为颈段，其下为胸段，胸段食管又分为上、中、下三段；自胸骨柄上缘平面至气管分叉平面为胸下段，气管分叉平面至贲门

口平面的中点为中段，贲门口平面的中点以下为上段^[10]。

2. 食管癌的病理分型

(1) 早期食管癌的病理形态：①隐灶型：此型病变最早，全部为上皮内癌（原位癌），表现为轻度充血斑或粘膜皱襞增粗。细胞学涂片有增生和癌细胞外，一般无炎性渗出物，涂片背景较清晰，脱落细胞阳性可作为诊断依据。②糜烂型：癌变处食管粘膜轻度糜烂，粘膜浅表缺损，稍下陷，与周围组织分界清楚，呈地图状。此型细胞学涂片，除有分化较差的癌细胞外，常有或多或少的炎性渗出物。③斑块型：癌变处食管粘膜稍隆起，粘膜面有大小不等的斑块，呈牛皮癣样改变。细胞学涂片，多数癌细胞分化较好，有时可见少数炎性细胞。④乳头型：肿瘤呈结节状，乳头状或息肉状隆起，其边缘与周围食管粘膜分界清楚。细胞学涂片一般癌细胞分化良好，炎性细胞不多。

(2) 中、晚期食管癌病理形态：①髓质型：此型多见，占58.5%，癌已侵犯食管壁的各层，并向食管腔内外扩展，受侵食管壁显著增厚，上下缘呈波状隆起，表面有深浅不等的溃疡。肿瘤多累及食管周径全部或大部，恶性程度高。②蕈伞型：此型占17%，瘤体多呈圆形或卵圆形肿块，向食管腔内呈蕈伞状突起，肿瘤表面多有浅在形溃疡，溃疡底部为坏死的癌组织。肿瘤常累及食管之大部。③溃疡型：此类型占11%，癌组织表面多有深在性溃疡，一般深入肌层，有的甚至已侵入食管周围结缔组织中，边缘稍高起，病变多累及食管周径的一部分。④缩窄型：此型占85%，瘤体形成明显的环形狭窄，病变较短，常累及食管壁的全周，癌体与正常食管组织分界不清，食管粘膜呈向心性收缩，近端食管扩张。

3. 食管癌的组织学类型

- (1) 鳞状细胞癌：占食管癌的90.8%。
- (2) 腺癌：较少见，可分为腺癌、腺鳞癌、粘液表皮样癌、腺样囊性癌。
- (3) 未分化癌：此种类型较少，恶性程度高。
- (4) 瘤肉癌：较少见，一般转移较晚，预后较好。

二、中医的病因病机

(一) 病因

1. 气郁

忧思过度，损伤脾土，脾伤则气结，气结则津液不布，凝聚成痰，气痰交阻，逆而不降，初则饮食难进，继则食下随涎上涌，郁怒伤肝，木旺克土，脾伤而聚液为痰，气结上冲面噎，久则及血，症状加剧。正如《医宗必读·反胃噎膈》篇说：“大抵气血亏损，复因悲思忧恚，则脾胃受伤，血液渐耗，郁气生痰，痰则塞而不通，气则上面不下，妨碍道路，饮食难进，噎塞所由成也。”

2. 痰凝

痰液为人体津液代谢失常的病产物。水液凝结成痰后，易阻滞脏腑气机，伤及阳气，若痰阻于胃，复与瘀血相搏结，则为痞满、呕恶，甚则噎膈。

3. 酒食所伤

酒食助湿生热，若沉湎无度，嗜酒成癖，或恣食辛燥等物，或多食肥甘之品，则湿热蕴

结，伤津耗气，易酿成痰浊，妨碍咽食而发生噎膈。正如《临证指南医案·噎膈反胃》云：“酒湿厚味，酿痰阻气”《医碥·反胃噎膈》曰：“酒客多噎膈，饮热酒者尤多，以热伤津液，咽管干涩，食不得入也。”

4. 精血亏耗

房劳过度，耗伤精血，久则大虚。盖肾为先天之本，肾虚则诸脏受累，脾胃虚馁，运化无力，易停痰积瘀，若阻于食道，胃部则成噎膈。《景岳金书·噎膈》说：“酒食过度则伤阴，阴伤则精血枯涸，气不行则噎膈病于上，精血枯涸则燥结病于下。”

（二）病机

本病的病因不外乎血虚痰瘀、津亏气滞，病位在食道，为胃气所至。《古今医案·按》引叶天士“食管窄隘使然”之说，指出噎膈的基本病理改变为食道狭窄。其发病机理，除胃之外，又与肝、脾、肾三脏有关。在功能上，脾为胃行其津液，肝气之疏泄及肾阳之温煦亦有助于胃气和降，而肾之精液循足少阴之脉濡润咽嗑，以上均对食物咽下入胃有协同作用。故肝、脾、肾有病，可累及胃与食道渐生噎膈。噎膈逐渐发展，也往往波及脾、肝、肾等脏。一般而言，病情轻时，食道涩滞，食物咽下不顺，病久渐至血瘀，以致痰瘀阻碍胃气，或胃津亏耗而损及肾阴而成重症，甚则食入即吐，水饮难以咽下。倘病变继续发展，由阴损而渐至阳衰，则肾之精气并耗，脾之化源告竭，形体日渐消瘦，病变已到晚期。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

早期食管癌可无症状或仅仅表现为：①轻微的或偶尔的食物咽下梗噎感；②进食时胸骨后、心窝部有针刺、烧灼或摩擦样疼痛；③与进食无关的食管内异物感；④咽部干燥及颈部紧缩感；⑤进食时在食管行经的某一部位有食物停滞感；⑥胸骨后闷胀不适感。上述轻微症状可以单独存在，亦可数种并存；可持续存在，可间断发生。

食管癌发展到一定程度才会出现进行性吞咽困难的典型症状，开始时较轻，只在进干硬食物时感咽下困难，继之进普通饭也有困难，以后进半流质饮食也同样受阻，终至水和唾液亦难以下咽。

食管癌晚期可因肿瘤梗阻而发生肿瘤上端食管扩张，食物及唾液滞留，继之发生呕吐，或于第二次进食后发生呕吐大量粘液，夹杂少量食物的量换返流现象。少数病人有呕血和黑便，持续性胸痛或背痛提示癌已侵犯壁层胸膜或压迫胸壁神经。肿瘤压迫喉返神经可引起声音嘶哑。

（二）体征

早期食管癌病人常无阳性体征发现。晚期可发现颈淋巴结转移、肝转移。体重减轻，营养不良、脱水等逐日加重，最后表现为高度恶液质，严重消瘦，行动无力，皮肤松干，脉搏缓慢，血压低，血液浓缩，低蛋白血症等。

（三）实验室及其它检查

对可疑食管癌的病人应用下列检查，以明确诊断。

1. X线检查

X线钡剂造影检查是诊断食管癌的重要方法之一。早期多表现为食管粘膜皱襞增粗、紊乱，或局限于管壁一侧的小的充盈缺损，或局限性管壁僵硬、蠕动消失，进而可见管腔变窄，以及不规则的充盈缺损，病变上端食管往往有不同程度的管腔扩张。狭窄周围有时可见到软组织缺损。

2. 脱落细胞检查

我国创用的带网气囊摩擦法（简称拉网）采取网上食管脱落细胞进行细胞学检查是一种简便易行的早期诊断方法。阳性率可达90%，可推广运用于食管癌的普查。但对疑有食管静脉曲张者禁忌使用。

3. 食管镜检查

食管镜检查对中、晚期病例确诊率可达100%。有人采用甲苯胺蓝染色法，提高了纤维食管镜活检阳性率，使早期食管癌检出总阳性率提高到80%以上。

新近采用超声食管镜检查对食管癌的鉴别诊断，癌肿浸润深度以及纵隔淋巴结转移等情况能作出正确的诊断。

4. 其它

如有颈部淋巴结肿大的病例可行摘除作病理检查，以确定有无远处转移。

（四）诊断要点

年龄在30岁以上，患咽下困难的病人，首先要考虑食管癌的诊断。

1. 诊断

- （1）早期偶有咽下困难，胸骨后疼痛或不适，晚期出现进行性咽下困难。
- （2）食管钡剂造影可见食管粘膜局限性增粗，或管腔狭窄及充盈缺损。
- （3）食管镜检查见病变处粘膜粗糙、溃疡或菜花样突起等，活检可以确诊。
- （4）食管脱落细胞检查，可查见癌细胞。

2. 鉴别诊断

- （1）食管静脉曲张：病人常有肝硬化及门静脉高压症的其它体征，X线检查食管粘膜呈串珠样改变，且深吸气时往往消失，食管蠕动良好。纤维食管镜检查可进一步鉴别。
- （2）食管中段牵引性憩室：有胸闷和胸骨后灼痛，X线检查能显示憩室。
- （3）食管炎：有类似早期食管癌的刺痛或灼痛，X线检查粘膜纹理粗乱，鉴别困难者应作脱落细胞或食管镜检查。

- （4）贲门痉挛：多见于年轻女性，病程长、症状时轻时重，X线检查食管下段呈光滑鸟喙

状狭窄。

(5) 食管良性肿瘤：常为平滑肌瘤，病程较长，钡剂X线和食管镜检查可见食管腔外压迫，粘膜常光滑完整。食管拉网检查有助于排除癌瘤或发现与其并存的癌瘤。

(6) 食管良性狭窄：多有化学灼伤史，X线检查显示不规则细线狭窄，必要时作食管镜检查。

(7) 食管神经官能症：女性多，往往有精神因素。多表现为食管部经常有异物阻塞感，因此自觉不能下咽，如给食物吞咽、并无梗噎出现。X线钡剂检查无阳性发现。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

初起吞咽困难，尤其是固体食物，虽勉强咽下，亦必阻塞不下，随即吐出，甚至吐出物如赤豆汁。逐渐发展则胸膈疼痛，全身消瘦，面容憔悴，精神衰惫。

(二) 辨证分型

1. 痰气交阻型

〔临床表现〕胸部隐痛，食入梗阻。伴口干咽燥，舌苔白腻质较淡，脉弦细。

〔辨证分析〕痰气交阻，食道不利，则食入梗阻，气滞血瘀故胸部隐痛，气结阻碍津液不能上承，且郁热伤津，故口干咽燥。此型属噎膈初起之候。

2. 津亏热结型

〔临床表现〕吞咽梗塞而痛，固体食物难下、汤水可下，形体消瘦，口干咽痛，大便干结，五心烦热，舌质红或带裂纹，脉弦细数。

〔辨证分析〕胃津亏耗，食道失于濡润故吞咽时梗涩作痛，尤以进固体食物为甚。口干咽痛，大便干结，亦为胃肠道津亏热结所致。脾胃生化之源告竭，故形体消瘦。舌质红或带裂纹，脉弦细数，均属于津亏内热之候。

3. 瘀血内结型

〔临床表现〕胸骨后或背后疼痛，痛有定处，固定不移，吞咽困难。舌质红绛，边尖紫暗或有紫色瘀点，脉细涩。

〔辨证分析〕瘀血内结，阻于食道，因而痛有定处，固定不移，吞咽困难，舌质红绛，边尖紫暗或有紫色瘀点、脉细涩为血亏瘀结之征。

4. 气虚阳微型

〔临床表现〕饮食不下，面色㿠白，泛吐清涎，面浮足肿，舌淡少津，脉细弱。

〔辨证分析〕病情继续发展，由阴损及阳，脾胃之阳气衰微，饮食无以受纳和运化，津液输布无权，故长期饮食不下，泛吐清涎。形寒气短，面浮足肿，为脾肾俱败，阳气无以化津之象。舌淡少津，脉细弱亦属气微阳虚之征。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

目前对食管癌的治疗方法，不外乎手术治疗，放射治疗，化学疗法等。

(一) 手术治疗

手术是现今为止治疗本病的主要方法，对食管癌的诊断已成立，病变范围较局限（5～6cm），无远处转移，无手术禁忌症者，均可采取手术治疗。手术方法有根治性切除术、姑息性切除术及减状性手术三种。

对于有下列情况者，即不考虑手术治疗：

①高度恶液质；②已有广泛转移者，如锁骨上淋巴转移、肝转移、肺转移、腹水等；③癌已显然侵入邻近重要脏器，如已有食管气管瘘、或气管镜检查发现气管受压严重及固定，或已有肺脓肿、纵隔炎等；④身体其它系统机能明显障碍，估计不能耐受手术及麻醉者。如心肺疾病、肾功能损害等。

(二) 化学治疗

应用化疗的目的：①使癌灶局限，为手术创造条件，提高手术切除率。②减少术中癌细胞播散和种植的机会。③作为根治术后辅助化疗，消灭可能存在的微小癌灶，防止复发和转移。④作为姑息性手术或不能手术病人的姑息性治疗，以控制癌灶，延长生存期。

应用化学疗法，可使晚期病人症状缓解，部分瘤体缩小。常用的药物有：环磷酰胺、平阳霉素、顺铂、长春新碱、丝裂霉素、5-氟尿嘧啶、优福定等。临床治疗食道癌患者多采用大剂量DDP（顺铂）为主的联合化疗BMD方案：DDP100mg/m²，MTX（氨甲喋呤）20mg 静注，PYM（平阳霉素）10mg 肌注，每周1次，连用2周。应用化学疗法时要定期检查血象并注意药物反应。单纯应用化疗药物毒副作用较大，目前临床多采取综合疗法，临床效果较好。

(三) 放射治疗

适用于手术禁忌而癌肿尚局限，无极度吞咽困难者。颈部和上段食管癌手术困难且疗效欠佳，多采用放射治疗。放射治疗的效果，生存一年以上者可达40%左右，生存3年者可达20%左右，生存5年者可达10%左右。病程较短，治疗效果越好^[10]。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 痰气交阻型

〔治法〕开郁润燥，理气降逆化痰。

〔方药〕启膈散为主方^[11-18]。

丹参 15g、郁金 10g、砂仁壳 10g、沙参 15g、贝母 10g、茯苓 15g、杵头糠 10g、栝蒌 20g、陈皮 10g、荷叶、蒂各 10g。

〔加减〕气虚乏力者，加党参，太子参健脾益气，痰涎呕吐较甚者，加半夏、天竺黄、胆南星以化痰止呕，气郁较甚，胸胁胀满加青皮，炒枳实以行气宽中；便秘者，可配增液汤加白蜜以润肠通便；吞咽困难者，加生姜汁频频呷服，以降逆止呕。

〔分析〕启膈散原方出于《医学心悟》，方中以丹参、郁金、砂仁壳化痰利气以开郁；沙参、川贝、茯苓润燥化痰以散结；荷叶蒂、杵头糠化浊和胃以降逆。同时加栝蒌、陈皮以增加开郁化痰之力。

2. 津亏热结型

〔治法〕以滋养津液为主。

〔方药〕五汁安中饮加味^[17]。

梨汁、藕汁、牛乳、生姜汁、韭汁，以上诸味酌量，和匀，沙参 15g、石斛 12g、生地 15g、熟地 15g、水煎与五汁饮和匀凉服，用法：宜少量多饮，频频呷服。以免泥胃不化。

〔加减〕若肠中燥结，大便不通，可配用大黄甘草汤，但中病即止，以免重伤津液。热甚伤津口渴较重者，加麦冬、花粉、元参、知母、银花以养阴清热；痰热壅盛者，加川贝母、橘红化痰降逆。

〔分析〕本方为经验方，以梨汁、藕汁、牛乳养胃生津，生姜汁和胃降逆，韭汁活血行瘀。另加入沙参、石斛、生地、熟地双补胃肾之阴，以增加疗效。

3. 瘀血内结型

〔治法〕滋阴养血，破结行瘀。

〔方药〕用通幽汤加减治疗^[17-26]。

生地 15g、熟地 12g、桃仁泥 10g、红花 10g、当归 12g、急性子 10g、半枝莲 30g。

〔加减〕若服药即吐，难于下咽者，可先服玉枢丹，或用烟斗盛药，点燃吸入，以开膈降逆，随后再服煎药。若瘀血内结，疼痛较甚者，加三七、赤芍、丹参、五灵脂、蜣螂虫以祛瘀通络；痰涎较甚者，加贝母、瓜蒌去炙甘草以软坚化痰；大便色黑者，加三七粉、云南白药（另服）。

〔分析〕本方出自《兰室秘藏》，方中地黄、当归滋阴养血，桃仁、红花破结行瘀。另加急性子、半枝莲以祛瘀抗癌。

4. 气虚阳微型

〔治法〕益气健脾，通阳逐寒。

〔方药〕补气运脾汤合右归丸。

人参 5g~10g 或党参 15g~30g、黄芪 20g、白术 10g、茯苓 15g、半夏 10g、陈皮 10g、生姜 10g、砂仁 10g、熟地 20g、山茱萸 10g、枸杞 12g、鹿角胶（烔）10g、附子 6g、大枣 15g。

〔加减〕中阳不足、痰凝瘀阻、呕吐痰涎甚者，上方去黄芪、加韭汁、旋复花、代赭石降逆化痰止呕；便清者，生姜易煨姜加肉豆蔻以温中止泻；便秘者，加当归、肉苁蓉以润肠通结；肾阳虚甚，肢冷不温者，倍附子加肉桂以回阳救逆。

〔分析〕前方以人参、黄芪、白术、茯苓等补气健脾为主，半夏、陈皮、生姜等和胃降逆为辅。并加入砂仁以降逆祛痰止呕。后方以熟地、山茱萸、枸杞等滋肾阴，又用鹿角胶，附

子等温肾阳，为阴中养阳之法。

(二) 验方治疗

1. 枇杷叶煎

〔组成〕枇杷叶（去毛尖，蜜炙，布包）、橘红各 9~12g，生姜 15g。

〔用法〕上方水煎，过滤取汁，频频当茶饮，7 剂为 1 疗程。

〔功用〕降逆止呕，化痰理气。

〔疗效观察〕杨玉岬^[16]治一男性病人，吞咽梗塞，胸膈痞满 3—4 个月，呕吐食物及涎沫，口干咽燥，大便微干，形体消瘦；食道钡透示食道贲门癌。以枇杷叶煎加味，药进 7 剂，诸症锐减，精神渐佳，每餐能进稀饭 1 两左右。

2. 复方绞股蓝

〔组成〕基础方：绞股蓝 30g~50g、白术 10g~15g、茯苓 10g~15g、甘草 10g、陈皮 10g、焦三仙各 10g。

〔加减〕消化不良者加鸡内金 10g~15g、食管癌可选用白花蛇舌草、半枝莲、石见穿、山豆根、冬凌草、天花粉、威灵仙、急性子等 2—4 味具有抗癌作用的中草药；贲门癌可选加石见穿、龙葵、莨菪、白花蛇舌草、黄芪、夏枯草等。

〔用法〕水煎，每日 1 剂，分 2 次~6 次频服。

〔疗效观察〕李天海等^[27]对 20 例食管癌进行治疗，一组用复方绞股蓝治疗 14 例，一组作为对照组，结果看到，治疗组治疗食管癌有近期疗效，可以稳定病情，延缓发展，增进食欲，提高患者的抗病能力。

3. 抗肿瘤丸

〔组成〕党参、黄芪、天花粉、枳壳、夏枯草、马钱子、急性子等。

〔用法〕上药制成蜜丸，每丸重 9g、每 6 小时服 1 丸，每日口服 4 次、连服 30 天为 1 个疗程。

〔功用〕益气滋阴，开郁散结。

〔疗效观察〕宋晨生等^[28]观察 105 例中晚期食管癌患者，全部病例服药均在 2 个月以上，部分患者出现梗阻服药有困难时，先以硼砂、礞石、火硝、冰片、牛黄共研细粉含服 1g，每天 5 次~10 次，可很快缓解梗阻现象，继续服药。治疗结果显示：完全缓解 3 例，部分缓解 24 例，微效 51 例，稳定 11 例，无效 16 例，最长 6 年余，统计后 1 年、2 年、3 年以上生存率分别为 60%、25.7%、9.5%，生存质量明显提高。

4. 复方苍豆丸

〔组成〕苍术、山豆根、绿茶，比例为 3:3:1。

〔用法〕共研细末，制成水丸，每天服药 7g，每月服药 3 周，休息 1 周，连服 2 周。

〔功用〕防癌、抗癌。

〔疗效观察〕侯浚等^[29]应用复方苍豆丸治疗食管上皮重度增生患者，2 年后复查结果显示：治疗组食管癌变率为 1.5%，对照组癌变率为 4.2%，治疗组重度增生好转率 79.5%，对照组好转率 50.2%，说明苍豆丸有一定防癌作用。

5. 余韵墨^[30]

报导用大剂量术蛭为主治疗食道癌患者，存活 9 年。其方药为：水蛭粉（冲服）10g、石

斛、沙参、浙贝母各 15g、白花蛇舌草、海藻、昆布各 20g、丹参、桃仁、红花、赤芍各 12g、旋复花（包）、代赭石各 9g、水煎服，日 1 剂。

6. 汤新民^[31]

报导长期服用中药存活达 6 年以上者 3 例。药用：川贝、白芨各 9g、青、陈皮、水香、枳壳、竹茹、旋复花、公丁香、降香、桃仁、甘草各 120g、党参、黄芪、南北沙参、苡仁、夏枯草各 15g、山楂、六曲、麦芽、海藻、海带各 18g、瓦楞子、牡蛎、徐长卿、蜀羊泉、仙鹤草、侧柏炭、地榆炭、槐花炭各 30g，水煎服，日 1 剂。

（三）单味药治疗

1. 用斑蝥 1 只，放入鸡蛋中隔水蒸熟服，每日 1 只，连鸡蛋一起服用，10 天～14 天为 1 疗程。

2. 鹅血或白鸭血，热饮 1 盞，每日 1 次。

3. 守宫酒：活守宫（壁虎）5 条～6 条，浸入白酒 500ml 中 7 日。每次饮酒 10ml，每日 2 次。

（四）其它疗法

1. 针灸

尹氏^[32]用针灸配合中药治疗食管癌术后胃肠功能紊乱者 50 例，中药用参苓白术散加减，针灸方法为：将针刺入足三里穴应刺深度的 1/3，得气后行重插轻提向左捻转 9 次，再将针刺入要进针的中 1/3 部分，得气后行重插轻提向左捻转 9 次，然后将针刺入要刺深度的后 1/3 部分，得气后再向左捻转 9 次，留针 20 分钟。如比反复捻转，并加刺天枢、中脘、下脘，使针刺的局部及腹部产生温热感。每日针刺 1 次。治疗结果，43 例显效，5 例有效，2 例无效，总有效率 96%。

赵氏^[33]采用针刺治疗食道癌 303 例，属中晚期 297 例，早期 6 例，效果较好，随访 8 年～13 年均健在。取穴：廉泉、鸠尾、巨阙、上脘、中脘、下脘、建里、胃上；璇玑、华盖、紫宫；玉堂、膻中、中庭；不容、承满；梁门、关门。太乙、滑肉门。每次 1 组，依次轮流使用，每周 3 次，15 次为 1 疗程，一般重刺激，不留针。

乔氏^[34]等用激光血卟啉治癌机体表穴位照射，（取穴膻中、巨阙、膈俞、中脘、足三里，每穴 5min，每周照射 1 次，每次为 1 疗程），治疗本病 5 例，显效 3 例，好转 1 例，无效 1 例。

2. 气功

以鹤翔庄气功第三节“鹤首通关”中的“鹤音”动作为主^[35]。①预备式：两脚平站、略窄于肩、两手下垂、松静站立；舌顶上腭，似笑非笑；双目平视，心澄意静；由上向下放松将气沉入丹田，开始意守。引丹田气经会阴，沿督脉上至承浆。②动作：下颌似啄，以颈椎为轴，前点时意念承浆，后收时意念由承浆沿任脉向下，经会阴，再沿督脉上升至百会，为 1 次。次数不拘，随时可做，以不累为原则。③收功：做双回气。双手阻掌捧气似球，缓慢托起，贯入天目穴，然后张臂扩胸与肩平，掌心向下，慢慢从胸前导向下丹田（外导内行），分手抱球，臀后坐，松尾闾，松双肩，鼻尖对肚脐（为使上体正直），提肛、收功，（将气扰入下丹田）。

3. 食疗

- (1) 生韭菜叶泡过，打烂取汁，每日3次，每次服100ml。
- (2) 新鲜鸡食管，瓦上焙干，研为细末，每次黄酒冲服9g。
- (3) 治噎膈瘀血内结者，用雪梨1个、香瓜蒂50个，桃仁10g。服法：将雪梨去核，入瓜蒂在梨内，将桃仁浸泡后去皮尖亦放入梨内，外用麻纸包之煨熟食之。
- (4) 八仙膏：用藕汁、姜汁、梨汁、萝卜汁、甘蔗汁、白果汁、蜂蜜等分和匀蒸熟，任意食之。治噎食。
- (5) 拔火罐：胸背痛是食管癌晚期的表现，浦芪^[36]用大号火罐以痛为俞取穴，每次2~6个罐，留10~15分钟作减痛治疗，获一定疗效。

三、中西医结合治疗

(一) 中药加手术

食管癌首选的治疗方法是手术，但术后复发转移影响了患者的长期生存率。为此，人们探索利用中医药的抗肿瘤，提高免疫力作用，消灭体内微小病灶，提高术后生存率。侯浚等^[37]用中药494冲剂治疗食道癌65例，结果用药组的术后标本从癌组织生长尖端退化，癌旁淋巴结反应等病理形态学改变均与对照组有显著差异。在河北省食管癌高发区，用复方党参丸（组成：党参、赤芍和核黄素）治疗食管上皮细胞重度增生252例，结果治疗组细胞学好转率71.1%，癌变率2.8%，对照组分别为50.0%和10.0%，表明复方党参丸对阻断食管癌前病变有一定疗效^[38]。河南黄县^[39]采取手术切除，并以麝香撒入患者腹腔内，配合内服中药益气扶正，佐以化瘀解毒祛邪之品，治愈极晚期食管癌1例。139注射液成份是将有抗癌作用的油酸包封在含有大豆磷酸酯等组成的脂质体中。有报道^[40]对26例病变长度平均为7.1cm的食管癌术前静脉给139等抗癌药物1个疗程，另有26例病变平均长度6.8cm作为对照，结果给药组手术切除率96.1%，对照组57.7%， $P<0.01$ 。食管癌病变长度的手术选择范围一般在5cm左右，术前给139等抗癌药物，可提高手术切除率。

(二) 中药加放疗

上段食管癌以放射治疗为首选，中段食管不宜采用外科治疗时，可考虑放射治疗。放疗是利用放射线摧毁癌组织、杀灭癌细胞，属于中医“攻”的范畴，寓以毒攻毒之意。针对食管癌放射反应以求达到减毒增效目的而创立的扶正增效合剂^[41]。由太子参、炒白术、生黄芪、天冬、枸杞子、女贞子、天花粉、红花、苏木、鸡血藤等组成，对观察组病人采取放疗配合服用扶正增效合剂，结果30例中23例放疗后肿块消失，总有效率76.7%，显著优于对照组46.9%的结果。有报道^[42]对168例中晚期食管癌的病人进行观察，口服10%鸦蛋子乳剂加放疗，84例单纯放疗，结果疗效高于单纯放疗组（显效53例，有效27例，无变化4例，无恶化者）。两者比较看出，服药加放疗可减少放射剂量，胃肠反应较轻，病人容易接受，复发率及死亡率降低。张氏等^[43]采取自行设计的三腔管，一腔放置^[31]溶液，另二腔分别注入抗癌、消炎的中药粉和高营养的流质。用于106例中晚期食管癌的患者，完全有效33例，部分有效73例，无效或进展者无，一年生存率为26/47（55.3%）。

第四军医大学^[44]用动态观察方法，判断地龙胶囊（912）与放疗综合治疗的效果，治疗组

76例显效45(59%)稳定26,对照组显效22(41%); $P<0.05$,中医认为地龙味咸入血,行经通络,在基础研究方面证实,地龙胶囊不仅对放疗、化疗和热疗有增效作用,而且在单独使用地龙胶囊也有较好的抗癌作用^[45]。

中医认为放射线是一种热毒,对放疗所致毒副反应,临床多以清热解毒,生津润燥为主要治疗法则。对中药在这方面的疗效评价亦较一致。应当注意到滋阴清热类中药,不单纯是改善患者的放疗毒副反应,更重要的是全面地调节机体脏器功能。

(三) 中药加化疗

食管癌细胞倍增时间长,对化疗不敏感,目前中西医结合治疗食管癌主要是挖掘前人用中药治疗肿瘤的经验,结合化疗增加抗癌效果,再者纠正化疗毒副反应。

河南医科大学附属医院总结了用冬凌草等中西药物结合治疗的多种方法,观察了437例中晚期食管癌患者^[46]。分单纯口服冬凌草糖浆组(A),冬凌草糖浆加平阳霉素、消瘤芥组(B);博莱霉素、环磷酰胺加山豆根、龙葵等汤药组(C);长春新碱、顺铂、平阳霉素加活血化瘀药丹参、赤芍等组成的冲剂组(D)。中药与化疗同时应用。结果A、B、C、D各组有效率分别为37.3%、49.1%、70.2%和76.9%。近期疗效以D组最好,A组最差。但A组的1、3、5年生存率分别为42.9%、17.3%和13.9%;C组为38.0%、7.8%、和6.7%;B组和D组1、3年生存率分别为41.1%、12.5%和36.5%、9.5%。他们认为冬凌草没有明显毒性,可长期使用,故能使部分患者长期带瘤生存。另外从细胞动力学和药理学分析,冬凌草与平阳霉素、博莱霉素等符合用有增敏作用。

山东省肿瘤防治研究院采用中药加化疗的方法治疗中晚期食管癌50例^[47],中药主方为:党参15g、白芨20g、厚朴15g、青黛10g~30g、花粉20g、生黄芪30g、大黄9g、甘草9g。胸背痛者加全蝎6g、郁金12g、延胡索12g;脾虚湿盛者去花粉、大黄,加白术9g、茯苓15g、薏苡仁12g、砂仁9g。食少纳呆者加焦三仙30g、气阴不足者加麦冬30g、生地15g;气血虚者加鸡血藤30g。西药治疗主要采用联合化疗:鳞癌选用平阳霉素,氟脲嘧啶、长春新碱、优福定。治疗结果:完全缓解8例,部分缓解29例,微效10例,有效率94%。

河北省肿瘤研究所对60例手术及放疗后复发转移成不宜手术及放疗的晚期食道癌患者,采取化疗(1个疗程以上)后口服中药治疗^[48],基本方为:绞股蓝30g~60g,黄芪15g~30g,石见穿、石打穿、藤梨根各30g,白术15g,炙甘草10g。证型或症状明显者,可随证加减,治疗后生存时间最短3个月,最长5年以上。中位生存期为9.4个月。与单纯化疗的对照组比较,生存最短2个月,最长2年以上,中位生存期为5.6个月,治疗组生存期明显比对照组延长,两组中位生存期、化疗中出现的消化道反应及白细胞下降率分别经统计学处理均有非常显著性差异。

张氏报道^[49]对老年人食管癌应用POD加半夏泻心汤治疗效果满意。方法为:顺铂20mg于第1~5天,29~33天静脉滴注,预先水化,长春新碱1.5mg静脉冲入,每周1次;平阳霉素10mg肌肉注射,每周3次(隔日1次),以上三药用3周休息1周,再重复3周为1疗程。中药用:党参、黄芪各20g、制半夏10g、全当归15g、大白10g、甘草3g。每日1剂,水煎浓缩200ml口服。对服药困难者可灌肠。于化疗前3天开始服,连用7周。经治疗25例病人中,病变完全消退者10例;病变缩小50%以上者8例。

以上观察结果表明,加用中药后对化疗有较好的增效作用,同时能减轻化疗的毒副反应。

张氏^[50]报道对 100 例食道贲门癌手术后病人,应用双补方(太子参、白术、菟丝子、天门冬、山茱萸、草河车、莪术各 15g、巴戟天 10g)加减口服,结果治疗组 50 例 96% 足量全程完成化疗,而对照组 50 例仅有 12% 足量完成, ($P < 0.01$),由此可看到,化疗加用中药后,可使患者减少痛苦,提高生存质量,延长生存时间。

(四) 其它疗法

内窥镜下和动脉导管化疗是近年广泛应用于临床的一种新技术。有报道^[51]在胃镜直视下,对病灶基底部及周围粘膜处,分 4~6 点注入消癌灵(组成:鸦胆子油、明矾、5-Fu 和丝裂霉素),同时全部病例在辨证论治基础上,加党参、白术、生黄芪等药。观察食道贲门癌 33 例(2 例胃癌),有效率(CR+PR) 93.5%。王连贵等^[52]对晚期食道贲门癌病人,经内镜微波加局部化疗药物注射进行治疗 54 例,结果显示:癌肿局部灼平或明显缩小,梗阻缓解,进食状态改善,梗阻缓解有效率 100%,能通过镜管者占 94.9%,近期疗效满意,在生存期间均保持治疗后进食状态,54 例中有 41 例基本生活自理或能行走。

另有报道^[53]用 Seldinger 氏法,经股动脉穿刺选择性插入腹腔动脉或胃左动脉,将 5-Fu 或脱氧氟脲苷 1.25g~2.5g、顺铂 60mg~100mg 直接灌注。并根据化疗前、中、后三个阶段辨证分型,选择相应中药,治疗晚期食管癌 44 例,另设单纯插管化疗作对照。结果治疗组半年、1 年生存率为 82.9%、39.4%,对照组则为 32% 和 4%。

第四节 预防

一、未病先防

食管癌的预防,首先应精神愉快,避免七情所伤,注意劳逸结合,增强体质。其次,饮食要适宜,勿过热,过硬,过快进食,勿过食烟酒等辛辣刺激之物,不可偏嗜膏粱,醇酒及油煎等食物,以免损伤胃气。

对于食管癌高发区,要根据流行病学调查结果,确定致病原因,改善水土环境和膳食结构及不良习惯,经常进食新鲜蔬菜、水果和含维生素 A 高的食物,增加体内维生素 C 和 A 以及钙的含量,阻断亚硝胺在体内的合成。注意口腔卫生,积极治疗龋齿。

二、既病防变

食管癌整个病程平均约为 43 个月,因此,应强调早发现,早诊断,早治疗。食管上皮增生是诱发食管癌的病因之一,尤其是食管上皮重度增生更易发展到食管癌,因此,积极治疗食管上皮增生及癌前疾患非常重要,对有食管上皮重度增生的人群,应用药物进行阻断性治疗,如复方苍豆丸^[29],复方党参丸^[38]等,价格低廉,使用方便,疗效可靠,长期推广无毒副作用,有推广的前景。

另外如食管炎、白斑、息肉憩室、瘢痕性狭窄及贲门失弛缓症和裂孔疝等,虽然是一些

良性疾患,但属癌前疾患,应积极进行治疗。

对于已发生癌变者,宜早期手术治疗,并配合其它积极有效的方法进行综合治疗。本病的调护,首先应让患者解除顾虑及紧张情绪,树立战胜疾病的信心。其次,要戒郁怒、禁房事,给药宜多次少量,避免呕吐、应尽量选择富有营养的流汁饮食补给之。临床实践表明,中医药在肿瘤治疗中的疗效不可低估以改善患者一般状况,带瘤生存是其特点。今后如何更好地发挥中医药在这方面的优势,注意引用现代的科学方法,探讨在食管癌治疗中的作用,延长患者生存期,提高生存质量。

参考文献

- [1] 河南医学院主编. 食管癌. 北京人民卫生出版社, 1983 第一版; 第 29 页
- [2] Lu SH and Lin. PZ. Recent research on the etiology of esophageal Cancer in China. *Z Gastroenterologie*. 1982, 20: 361
- [3] 季川等. 中华肿瘤杂志. 7 (增刊): 1985, 25
- [4] LU SH, et al. Mutagenicity of extracts of pickled vegetables collected in Linhsien County high incidence area for esophageal Cancer in Northern China] *Nat Cancer inst*, 1981, 66: 33
- [5] 陆士新等. 肿瘤防治研究 1978, 1: 17
- [6] LU SH, et al. Determination of N—Nitrosamines in gastric juice and urine and a comparison of endogenous formation of N—Nitrosoproline and its inhibition in subjects from high and low—risk areas for esophageal Cancer. *IARC publ*. 1987, 84: 534
- [7] 陆士新等. 食管癌高发区人群中亚硝胺的分析. 中华肿瘤杂志, 1988, 5: 322
- [8] 吕志连. “名医类案. 噎膈”浅析. 浙江中医杂志, 1991, 11: 510
- [9] 杨文献等. 食管癌高发区居民胃内亚硝胺的暴露水平及其阻断的研究. 中华肿瘤杂志, 1992, 14 (6): 407
- [10] 郑芝田主编. 《胃肠病学》, 北京, 人民卫生出版社, 1992 年第二版; 第 139 页
- [11] 周宜强等. 治癌不忘辨证, 用药独到灵活. 新中医, 1991, 5: 4
- [12] 马振学. 噎膈. 四川中医, 1990, 10: 460
- [13] 田广秀. 陕西中医, 1989, 10: 460
- [14] 张文杰. 食管癌二例治疗纪实. 成都中医学院学报, 1985, 2: 34
- [15] 关幼波. 肿瘤辨治. 中医药研究, 1987, 1: 3
- [16] 杨玉岫. 枇杷叶煎治噎膈. 浙江中医杂志, 1990, (4): 156
- [17] 张伯臾主编. 中医内科学, (第 1 版). 上海: 科学技术出版社, 1985 年第一版. 第 140 页
- [18] 黄志华等. 通幽汤加味治疗晚期食管癌 76 例. 陕西中医, 1990, 11: 488
- [19] 秦亮. 王玉玲治愈食道中段癌 1 例. 四川中医, 1988, 12: 24
- [20] 谢亮辰. 治疗食道癌的经验. 辽宁中医杂志, 1986, 3: 21
- [21] 刘越. 噎膈阴血论治. 陕西中医, 1985, 1: 26
- [22] 孙桂芝等. 加味犀黄丸治疗晚期恶性肿瘤 157 例临床观察. 中医杂志 1990, 2: 44
- [23] 刘嘉湘. 运用养阴法治疗肿瘤的经验. 辽宁中医杂志, 1987, 1: 1
- [24] 谢远明. 活血化瘀法治愈噎膈 3 例. 陕西中医, 1984, 10: 23
- [25] 钱伯文. 滋阴法在治疗肿瘤病中的运用. 上海中医药杂志, 1986, 2: 31
- [26] 雷永仲等. 滋阴法在治疗晚期恶性肿瘤中的临床应用. 辽宁中医杂志, 1984, 4: 21
- [27] 李天海等. 绞股蓝治疗食管贲门癌 20 例疗效观察. 河北中医, 14 (4): 4. 1992
- [28] 宋晨生等. 中药抗肿瘤丸治疗食管癌的临临床与实验研究. 中国药房, 1992, 3 (6): 1

- [29] 侯浚等. 复方苍豆丸治疗食管癌前病变的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (10): 604
- [30] 余韵星. 大剂水蛭为主治疗噎膈. 浙江中医杂志, 1989, (1): 6
- [31] 汤新民. 中药治疗消化道癌存活6年以上三例. 上海中医药杂志, 1992, (7): 34
- [32] 尹德馨. 中药配合针灸治疗食管癌、贲门癌术后胃肠功能紊乱50例. 北京中医学院学报, 1991, 14 (4): 28
- [33] 赵东生. 针刺治疗食管癌303例临床报道. 中西医结合杂志, 1984, 4 (1): 16
- [34] 乔玉珍等. 穴位照射治疗食管癌近期疗效观察. 天津中医, 1990, 4: 30
- [35] 王美芝主编. 气功修炼指南. 北京, 知识出版社, 1991年5月第一版, 第166页
- [36] 浦鲁言. 拔火罐治疗食管癌胸背痛. 辽宁中医杂志, 1988, 7: 40
- [37] 侯俊等. 术前应用中药“494”冲剂治疗食管癌的临床和病理观察. 中国肿瘤临床, 1987, 14 (5): 286
- [38] 侯浚等. 复方党参丸治疗食管癌前病变临床研究. 中国医药学报, 1992, 7 (2): 11
- [39] 韦绪怀. 中西医结合, 治愈极晚期食管癌1例报告. 北京中医学院学报, 1991, 14 (5): 31
- [40] 周海鹏. “139”等抗癌药在长段食管癌术前应用. 癌症, 1990, 9 (6): 500
- [41] 吴广宁. 扶正增效合剂对食管癌放射增敏的临床和实验研究. 中华肿瘤杂志, 1993, 15 (1): 79
- [42] 冀法欣等. 鸦胆子油乳剂配合放疗治疗中晚期食管癌168例. 中原医刊, 1990, (3): 3
- [43] 张玉萍. ^{131}I 腔内放疗与中西医结合治疗食管癌. 中华肿瘤杂志, 1993, 15 (1): 52
- [44] 徐德门. 用动态观察方法判断地龙胶囊(912)与放疗综合治疗食管癌的近期效果. 中国肿瘤临床, 1991, 18 (3): 149
- [45] 徐德门等. 放疗与地龙胶囊(912)综合治疗恶性肿瘤的辐射增效作用近期效果观察. 中国肿瘤临床, 1991, 18 (3): 150
- [46] 王瑞林等. 食管癌437例临床疗效观察. 中西医结合杂志, 1989, 9 (12): 740
- [47] 马廷行等. 中西医结合治疗中晚期食管癌50例. 山东中医杂志, 1990, 9 (5)
- [48] 刘少翔等. 中医药结合化疗治疗晚期食管癌60例. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (8): 487
- [49] 张晓丽等. PoD加半夏泻心汤治疗老年人食管癌25例. 辽宁中医杂志, 1993, (8): 30
- [50] 张兴锐等. 双补方提高癌症化疗完成率的临床报告. 浙江中医杂志, 1993, (3): 128
- [51] 吴艳环. 内镜下注射“消癌灵”治疗食管贲门胃癌疗效观察. 中西医结合杂志, 1990, 10 (2): 743
- [52] 王连贵等. 晚期食道贲门癌的内镜治疗. 中华消化杂志, 1992, 12 (3): 175
- [53] 吴良材等. 中西医结合治疗食管癌69例疗效观察. 浙江中医学院学报, 1991, 15: (4) 29

第三章 食管贲门失弛缓症

食管贲门失弛缓症是食管神经肌肉功能障碍性疾病，主要特征为吞咽时食管下端括约肌失去了舒张功能，不能正常松弛，以致食物难以通过而滞留，引起食道的肥厚、扩张、扭曲等改变。临床以食物返流、吞咽困难及胸骨后疼痛为主要表现。本病曾出现各种名称，如贲门痉挛、蠕动停止、特发性食管扩大症、巨食管症等名称。任何年龄均可发病，常见20岁~40岁。儿童少见，男女无明显差别。本病占食管疾病的4%~7%^{[1][2]}。

根据食管贲门失弛缓症的临床特点，属于中医“噎膈”、“梅核气”的范畴。病位在食道，属胃气所主，常由情志刺激、饮食不节而致肝脾气结，痰气交阻。本证属本虚标实，治疗上当标本兼治^[3]。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

（一）病因

本病的原因迄今未明。遗传因素似不存在，因文献中有关一个家族中同时有两名食管贲门失弛缓症者的报道极少。虽然不少病人在情绪受到严重打击之后首次出现症状，但尚无确切的证据说明本病是一种原发性心身疾病。目前一般认为该病属于神经源性疾病，其运动障碍是食管胆碱能神经支配缺陷所造成。在巴西，Chagas病流行区的本病发病率明显增高，是由于克鲁斯锥虫感染导致食管内在性去神经支配的结果。这种病人的食管病变常与其他部位的病变，如巨输尿管或巨结肠同时存在^[2]。

（二）病理

失弛缓症的基本损害是肠肌丛的神经节细胞和迷走神经运动核细胞的变性。这些损害的严重程度相差极为悬殊，重者可以完全萎缩，轻者在一般的组织病理学检查时甚至不能发现病变。损害的轻重似与失弛缓时运动障碍的持续时间和严重程度成正比。此外，食管丛的迷走神经纤维和肠肌丛相连接的壁内神经纤维也有变性损害。本病即使神经系统没有明显结构上损害，均具有生理上的异常，吞咽时呈现食管下2/3不出现蠕动波，且LES不能正常松弛。由于吞咽时LES不能松弛，食物和液体便蓄积在食管内，只有当站立时食管内容物的流体静压超过括约肌的阻力，食管内容物才逐渐进入胃内。晚期食管极度扩张、延长、迂曲和不蠕动，由于食物滞留导致停滞性食管炎，粘膜呈现糜烂、溃疡、疤痕形成和上皮增生性改变（有白斑病、乳头瘤及食管癌）。

二、中医的病因病机

(一) 情志刺激

可致肝脾气结，气结则津液不得输布，遂聚而为痰，痰气交阻于食道，于是渐生噎膈。郁怒伤肝，肝为藏血之脏，肝郁则血液不能畅行，久之积而成瘀。痰瘀二者，又往往互相搏结，阻塞胃口，则食不得下。

(二) 饮食不节，酒食所伤

酒食助湿生热，若嗜酒无度，又多进肥甘之品，则易酿成痰浊；阻塞胃口，则食不得下。若恣食辛香燥热等物，则易致津伤血燥，使咽管干涩，妨碍咽食而生噎膈。

本病病期较久，由实转虚，气血化源不足，阳气虚衰，机体羸瘦。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状、体征

本病以吞咽困难、食物返流、呕吐、胸骨后闷胀疼痛、消瘦、精神症状及间断性肺部感染为主要表现。

吞咽困难是本病的突出症状，常为情绪受到严重打击或囫囵吞食时诱发。吞咽困难早期间断性发生，虽然持续时间较长，但多数病人能摸索出使食物通过贲门部到胃内的办法，如用汤水送食，站立位进食，进食时走动，跳跃，捶胸，或延长进食时间，食后摇动身体等迫使食管下端静压增高，括约肌开放，食物进入胃内。梗阻加重或进食加速可诱发呕吐和返流，呕吐物无酸味。返流以夜间平卧时发生为多见，因此睡眠时食物误吸入气管内引起呼吸道感染。由于食管内长期潴留食物，刺激食管引起痉挛或发生食管炎，粘膜糜烂溃疡，病人可有胸骨后发闷、疼痛。长期吞咽困难导致体重减轻和消瘦。此类病人多数有情绪不稳定，喜怒无常，易生气吵架等精神症状^[1]。

(二) 实验室及其他检查

1. X线检查

晚期本病病人的食管在胸部平片上可呈现纵隔旁阴影，食管内有时可见液平面；吞钡剂检查可见食管高度扩张、延长、迂曲，其下端呈锥形缩窄，边缘光滑而对称，与延长狭窄的括约肌相连，钡剂至此通过困难。潴留的固体食物可在钡柱形成大小不等的充盈缺损。由于胸部平片可显示纵隔旁阴影，误为纵隔肿瘤或脓肿。早期未见食管扩张，但发现食管第一级

收缩仅达主动脉弓水平，以下完全被一种非推进收缩所取代。舌下含硝酸甘油后可见 LES 弛缓。

2. 内镜检查

内镜检查可排除其他疾病，特别是肿瘤。本病镜下见食管腔口径增大，内有大量食物和液体残留。食管粘膜可大致正常或因食物潴留，呈现糜烂、溃疡和充血水肿。可见贲门口紧闭，虽食物不易经食管进入胃内，然而内窥镜却往往能够比较容易地通过胃食管交界处进入胃内而没有明显阻力，从而可排除器质性狭窄。

3. 测压检查和乙酰甲胆碱试验

测压时显示食管中下段蠕动消失，LES 压力升高为 2.94~4.9kpa (30~50CmH₂O) 以上。正常压力 <2kpa (10~20CmH₂O)。LES 不能完全松弛。乙酰甲胆碱试验呈阳性反应，当皮下注射 5~10mg 后，正常反应为食管收缩波略增加，而本病食管内静止压急剧上升，出现多个强大收缩波，与此同时病人感到胸痛^[2]。

(三) 并发症

膈上憩室，食道裂孔疝，极少数恶变食道癌症。

(四) 诊断要点

1. 诊断

凡有咽下困难和返食症状，且无吞服腐蚀剂或其他损伤史的病人都应考虑到本病的可能。体格检查对诊断帮助不大，唯一值得提出的是吞咽时间，即液体经口进入胃内后所需时间的测定。检查时病人取直立位，检查者将听诊器放在病人上腹部剑突下，并嘱病人喝水，流水声的出现标志着水进入胃内。正常的吞咽时间是 8~10 秒。食管贲门失弛缓症者大大延长或完全听不见声音。实验室检查无助于诊断。确诊需依靠 X 线、内镜和测压检查^[2]。

2. 鉴别诊断

本病需与食管癌、食管硬皮病和返流性食管炎鉴别。前者在内镜直视下可分辨，并取活体组织病理检查以明确诊断。食管硬皮病也有类似蠕动缺陷，但 LES 可完全松弛，乙酰甲胆碱试验无异常敏感反应。返流性食管炎可见 LES 压力降低，各种检查显示有返流现象及食管内 PH 值下降，并有食管炎症，管腔狭窄和食管裂孔疝等依据。

食管贲门失弛缓症尚需与弥漫性食管痉挛和钳型食管鉴别。前者常有胸痛，X 线检查显示食管排空迅速，LES 可弛缓。测压时食管体部压力曲线呈强而有力的重复波。对乙酰甲胆碱无过强反应。钳型食管者有非心源性剧烈胸痛伴有食管远段高幅度收缩波，谓之胡桃钳食管症，它可能是一种进行缓慢的失神经控制的症候群，并可转变为弥漫性食管痉挛和失弛缓症^[2]。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病辨证应注意标本虚实，病程长短及体质禀赋。初起证候表现为实多虚少，即以气结、痰阻、血瘀为主，兼有阴血不足及气虚证候。后期以本虚为主，主要表现阴伤血枯，阳气虚弱，但气结痰瘀仍还存在。

(二) 辨证分型

1. 痰气交阻证

〔临床表现〕 吞咽梗阻，进食迟缓，胸膈不适，忽轻忽重，多因情绪而诱发或加重。舌淡红或偏红，苔薄白而腻，脉弦滑。

〔辨证分析〕 情志抑郁，肝气横逆犯脾胃，脾失健运，水液不化生痰，痰气交阻于食道胃口，气机升降失司，故见吞咽梗阻，进食迟缓，胸膈不适。病由情志而起，故多因情绪不畅而诱发或加重。舌、脉表现为痰阻及肝气郁结。

2. 阴伤血燥证

〔临床表现〕 吞咽不顺，梗涩而痛，口干咽燥，心烦少寐，舌体瘦薄，质黯红而少津，苔有剥脱，脉弦细数。

〔辨证分析〕 胃津亏耗，食道失于濡润，故吞咽不顺，梗涩而痛，津不上承则口干咽燥，阴津枯竭，则虚阳扰动心神，故心烦少寐，舌瘦质黯红少津，苔有剥脱，脉弦细数，均属津亏内热之候。

3. 阳气虚衰证

〔临床表现〕 长期饮食不下，面色㿠白，精神疲惫，泛吐清涎，舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉细弱。

〔辨证分析〕 病情严重发展，致脾肾阳虚，中气不足，饮食无以受纳和运化，津液输布无权，故长期饮食不下，面色㿠白，精神疲惫，泛吐清涎，舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉细弱，亦属气微阳虚之征。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

目前尚无治疗食管失弛缓症的特效药物，西医学认为该病是仅次于食管癌而需外科治疗的疾病。本病治疗包括一般治疗、扩张、内镜下肌切开术、手术四类。

1. 一般治疗

消除病人情绪紧张，减少食用刺激性食物。服用镇静剂、抗胆碱能制剂，可预防或解除食管疼痛性痉挛。含服硝酸甘油制剂使LES松弛。采用钙离子通道阻滞剂，可抑制钙离子内

流,促使LES细胞内钙离子耗尽,从而降低LES张力,对轻、中度病人的症状可得到改善。

2. 扩张疗法

此法是强行用外力扩张失去弛缓的括约肌,使其部分纤维断裂。采用液体或气体扩张器,治疗1~2次后,约80%患者吞咽困难消失,获得较长期缓解。扩张时可出现少量出血和疼痛,并发穿孔者少见。

3. 内镜下肌切开术

1980年Ortega首次对17例病人获得成功。术后经过临床、X线、内镜、测压追踪,病人的治疗效果显著。1990年国内高氏已开展此法。该法适用于重症患者。

4. 手术治疗

如食管极度扩张,特别是呈现“乙状结肠”的外形时,则应手术治疗。现多推荐Heller法即将狭窄段食管的肌肉纵行切开,而粘膜保持完整,达到降低LES张力,术后须采取措施防止返流性食管炎发生^[2]。

本病的并发症膈上憩室、食道裂孔疝及食道癌治疗见有关章节。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 痰气交阻证

〔治法〕理气开郁,化痰散结。

〔方药〕启膈散(《医学心悟》)加减。

沙参15g、丹参20g、茯苓10g、川贝母10g、郁金12g、砂仁壳5g、荷叶、蒂各2个、杵头糠15g。

〔加减〕痰盛者加陈皮、瓜蒌;气郁而逆者加旋复花、代赭石;气虚明显者加太子参、黄精;津伤者加石斛、花粉、麦冬;气郁日久化热者可加蒲公英、栀子;气滞血瘀者可加当归、赤芍;若血瘀明显者也可加通幽汤(《兰室秘藏》),大便干燥者可适当加大黄、火麻仁。

〔分析〕方中丹参、郁金、砂仁壳化痰利气以开郁;沙参、川贝、茯苓润燥化痰以散结;荷叶蒂、杵头糠化浊和胃以降逆。

2. 阴伤血燥证

〔治法〕滋阴养血,润燥启膈。

〔方药〕益胃汤(《温病条辨》)加味。

沙参15g、丹参20g、麦冬10g、生地黄18g、玉竹15g、冰糖(化服)20g、炒枳壳10g、紫苏梗10g、赤白芍各10g、生甘草6g。

〔加减〕口干而渴者可用五汁安中饮少量频服;咽物涩痛者加元胡粉、三七粉冲服;大便干结者加火麻仁、瓜蒌仁。

〔分析〕方中沙参、麦冬、生地、玉竹滋养胃阴,是为甘寒生津之法,炒枳壳、紫苏梗以和降脾胃之气,赤白芍以滋阴养血活血。

3. 阳气虚衰证

〔治法〕温补脾肾。

〔方药〕脾虚为主者用补气运脾汤（《医宗必读》）加减。

人参粉（冲服）3g、炙黄芪20g、茯苓15g、砂仁3g、清半夏10g、陈皮10g、炒白术10g、生姜6g、旋复花（包）10g、代赭石20g。

〔加减〕久病之人，饮食不下，频频作吐者，可用丁沉透膈散（《太平惠民和剂局方》）化裁治疗。脾阳不振，胃寒肢冷者加炮姜、荜茇；兼见肾阳虚，腰膝冷痛者加用附子理中丸化服。

若肾阳不足为主者用右归丸（《景岳全书》）加减。

〔分析〕本方用人参、黄芪、白术、茯苓等补气益脾为主；半夏、陈皮、生姜等和胃降逆为辅。并可加入旋复花、代赭石以增强降逆止呕之力。

（二）验方治疗

1. 半夏泻心汤加减^[4]

〔组成〕法半夏、黄芩、甘草、党参、旋复花各10g、黄连、干姜各5g、代赭石、大枣各30g、为基本方。胸痛加桃仁、延胡索各10g，呕吐加竹茹5g；阴虚者去干姜、党参、加南沙参、麦冬各10g；便秘者加大黄5~10g。

〔用法〕水煎服，日服1剂，病情好转后改为隔日1剂。本组病例最少服5剂，最多服30剂，大多为10~20剂。

〔功用〕和胃降逆，化痰除痞。

〔疗效观察〕结果29例痊愈，8例显效，4例无效。

2. 芍药甘草汤、旋复代赭石汤合丹参饮加减方^[3]

〔组成〕基本方：白芍30g、甘草3g、旋复花12g（包煎）、大枣4枚、丹参18g、檀香9g、砂仁9g，加减法：呕吐重者，重用代赭石24g，胃气虚极者，加黄芪30g，重用党参24~30g，或改人参9g；痰湿内阻吐出粘液较多，舌苔腻者，重用半夏12g，加茯苓15g；胃脘灼热者，加黄连9g，黄芩12g；胸脘部胀痛著者，加元胡12g、枳实12g、川朴12g；胸脘部刺痛著者，重用丹参20g~40g、加郁金15g、制乳香9g、制没药9g。

〔用法〕水煎服，日1剂。

〔功用〕行气散结、化痰祛瘀、和胃降逆为主，扶脾益胃为辅。

〔疗效观察〕痊愈3例，好转3例，未复查X线但症状好转2例。

3. 小建中汤^[5]

〔组成〕桂枝30g、白芍60g、炙甘草、大枣、生姜各10g，饴糖100g。

〔用法〕水煎服，日1剂。

〔功用〕温中补虚，和里缓急。

〔疗效观察〕治疗1例本病患者，上方共服8剂，症状消失。再次经市医院食道钡餐检查未见异常，之后随访2月余，先后3次食道钡餐检查均未发现异常。

4. 四逆汤加味^[6]

〔组成〕附片32g、干姜48g、甘草64g、白芍64g、赤芍9g、丹皮6g、桃仁6g。

〔用法〕水煎服，日1剂。

〔功用〕温肾补阳，活血化瘀。

〔疗效观察〕服1剂后梗塞减轻，发作次数减少，时间缩短；5剂痊愈。

(三) 其它疗法

1. 针灸

陈玉华等应用呼吸补泻法针刺治疗本病 62 例, 收效显著。治疗方法为: 首先取体穴: 内关(双)、中脘、足三里(双)、膻中。针前用手轻叩手厥阴经(自中冲至天池), 然后针刺内关, 行呼吸泻法, 即吸气时进针, 呼气时提针; 针中脘行先泻后补(阴中隐阳)手法, 即针进至阴部, 行六阴数泻法, 结合呼气时提针, 将针提至阳部, 行九阳数补法, 结合吸气时插针, 共行三度; 膻中逆经向下平刺; 针刺足三里时先逆经轻叩足阳明经(自内庭至胃脘部), 深刺 2 寸有放射感后提针至阳部行呼吸补法, 即吸气时插针。留针 15 分钟, 每 5 分钟行针 1 次。结果: 62 例全部治愈。治疗 6 次痊愈者 29 例, 占 46. 8%; 12 次痊愈者 23 例, 占 37. 1%; 18 次痊愈者 10 例, 占 16. 1%。半年后复发者 6 例, 占 9. 7%。复发者按上法治疗仍有效^[7]。

2. 中药灌肠

范绍荣、冯昕报道, 他们给一确诊为贲门失弛缓症患者用中药灌肠治疗, 中药方为: 公丁香 6g, 旋复花 20g, 代赭石 30g, 桃仁、枳壳各 10g, 浓煎至 100ml, 由肛门持续点滴进入肠道, 保留 2~3h 以上, 每天早、晚各 1 次。治疗当日患者便能进流汁, 11 天后则可进食干饭, 蔬菜无碍, 并无其他不适。13 天后食道钡餐造影示: 食道下端呈鸟嘴样, 钡剂能够通过, 贲门管呈线状开放, 膈下食管扩张小于 6cm。好转出院^[8]。

第四节 预防

本病的病因尚不清楚, 故可靠的预防方法有待于进一步研究。中医学认为, 本病与饮食不节, 过食辛辣厚味及烟酒过度有一定的关系, 所以清心淡泊, 保持精神轻松愉快, 饮食有节, 对预防本病有着积极的意义, 尤其是在已病之后, 对控制疾病的发展, 其作用是不可忽视的。

参考文献

- [1] 胡传钢等. 贲门失弛缓症. 临床荟萃, 1992, 7 (8): 342
- [2] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993 年 12 月第 2 版, 第 123 页
- [3] 邹嘉琛. 中药治疗 8 例食管贲门失弛缓症. 山东中医学院学报, 1991, 15 (4): 37
- [4] 刘浩江. 半夏泻心汤加减治疗贲门痉挛 41 例. 浙江中医杂志, 1987, 22 (2): 61
- [5] 魏传余等. 小建中汤治愈一例贲门失弛缓症. 四川中医, 1987, (22) 12: 22
- [6] 张素冰. 四逆汤加味治疗食管痉挛. 四川中医, 1985, 19 (4): 19
- [7] 陈玉华等. 呼吸补泻法针刺治疗贲门失弛缓症. 中医杂志, 1992, 33 (10): 49
- [8] 范绍荣等. 中药灌肠治疗贲门失弛缓症 1 例. 安徽中医学院学报, 1994, (13) 3: 59

第四章 食管裂孔疝

食管裂孔疝是指食管、胃连接部移位到横膈上方和/或部分胃经膈肌食管裂孔疝入胸腔而引起的胃肠道疾病。本病约占胃肠道症状就诊病人中的5%~10%。可发生于各年龄组,但症状的出现以50岁以上多见。女性略多。无症状者一般不予治疗,有并发症者可对症治疗,有严重并发症或嵌顿时可手术治疗^[1]。

本病属于中医学的“呕吐”、“噎膈”、“胃痛”等范畴。病之初期,以气血瘀三者互结于食管的邪实为主,后期则以津血日渐枯竭,阳气亦衰的正虚为主^[2]。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

食管裂孔疝的形成有原发因素和诱发因素。前者系膈肌裂孔扩大或食管胃韧带变长变细;诱发因素有腹压增加,胃内压力增加,食管痉挛和恶心呕吐等。本病分滑动型和食管旁型裂孔疝两大类3个型。①滑动型,最多见,约占裂孔疝的85%~90%,其特征为食管与胃连接部在膈肌上方,胃的一部分疝入膈上。②食管旁型,是胃底和大弯通过扩大的膈肌食管裂孔疝入到胸腔内,但食管胃连接部仍在膈肌以下的正常部位。③混合型,很少见,即有食管胃连接部高于膈肌,又有胃底和大弯侧疝入胸腔^[1]。

二、中医的病因病机

本病常因忧思恚怒,气郁伤肝,肝失疏泄,横逆犯胃,导致胃气上逆;或酒食过多,积热伤阴,津伤血燥;或饮食不节,脾胃受损,久则致脾胃虚弱,不能消化谷食,饮食停胃;或病久血瘀气滞,结于食道,使胃失和降,以致发生本病。另外,先天禀赋不足亦是一个原因。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

1. 症状、体征、并发症

滑动型裂孔疝多见于老年人且无症状;有3个主要的并发症。①食管炎及其并发症。②食管和胃连接处的出血性粘膜撕裂。③疝囊的急慢性溃疡形成。所以,症状除了返流性食管炎和上部胃溃疡症状外无其他特殊表现。

食管旁裂孔疝的症状主要是疝入到胸腔的胃压迫纵膈、肺脏和心所引起。①疼痛:为最

常见症状，胸骨后或剑突下痛，为隐痛或钝痛，有的如牵拉痛或绞痛。②进食易饱且饭后上腹饱胀。③有返流性食管炎的症状，常反酸、胸骨后烧灼感、梗阻感或吞咽困难。食管旁疝的并发症：溃疡形成，大约33%病人发生疝囊粘膜溃疡，有典型的溃疡疼痛并可合并出血或穿孔。出血及缺铁性贫血。肺部并发症，常由于疝入胸腔的胃压迫肺部，致反复发作的肺部感染或吸入性肺炎。嵌顿，可致胃完全梗阻，病人有严重的胸骨后痛，不能进食软质甚至不能进食流质，由于胃全部梗阻，故无胃内容物吐出。

2. 实验室及其他检查

(1) X线胸片：可见胃囊在横膈之上，心脏阴影之内，同时可见胃囊内存在液—气平面。

(2) X线上消化道钡剂检查：食管呈纡曲状，食管胃连接处位于膈上胃的内后方，食管胃环出现在膈上，疝囊中出现明显粗糙的胃皱襞阴影，此为滑动型食管裂孔疝的X线特征。而食管旁裂孔疝的X线特征为食管位置正常，钡剂行至食管下段时则反行向上进入膈上的胃囊内，尤于头低足高的平卧位明显。

(3) 内镜检查：滑动型疝的食管胃连接部上移，齿状缘不规则。可见胃内容物反流入食管，食管旁型裂孔疝可见胃粘膜疝囊腔随呼吸而膨出和缩小。有返流性食管炎的内镜表现。

3. 诊断要点

(1) 诊断：症状：胸骨后烧灼感，食后饱胀，卧位加重，站立或起坐减轻，甚则吞咽困难、呕吐、呕血，胸骨后疼痛，呈间歇性隐痛，刺痛或牵拉痛等。

体征：一般无特殊表现，仅在出现巨大裂孔疝时，可在胸部叩出不规则的鼓音和浊音区^[3]。

X线检查：确诊本病主要靠X线钡剂检查。

(2) 鉴别诊断：应注意与胃炎、胃溃疡、胆道疾病以及心绞痛、心肌梗塞等鉴别。吞咽困难者应与食管癌鉴别。裂孔疝的吞咽困难以反复发作，突然出现持续几分钟 几小时或几天面突然消失或缓慢缓解为特征，与食管癌不同^[1]。

二、辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本病之初期，以气血痰三者互结于食管的邪实为主，后期则以津血日渐枯竭，阳气亦衰的正虚为主^[2]。

2. 辨证分型^[2,4]

(1) 肝胃气滞证

[临床表现] 情志抑郁，胸胁窜痛，呕吐吞酸，吞咽不利，嗳气呃逆，舌质红，苔薄白，脉弦。

[辨证分析] 肝气不舒，则情志抑郁，横逆犯胃，胃失和降，则呕吐吞酸，吞咽不利，嗳气呃逆，舌红，脉弦为气滞肝旺之征。

(2) 瘀血内结证

[临床表现] 胸骨后疼痛，如锥如刺，痛有定处，食入而复吐出，甚则水饮难下，口吐黯血，面色晦滞，舌质紫或边有瘀点，脉弦涩。

[辨证分析] 肝郁气滞，气滞结于胸膈，迁延日久，必由气结而血瘀，阻于食道，因而痛有定所，食入即吐，甚至水饮难下，面色及舌脉表现均为瘀血内结之象。

(3) 气虚阳微证

[临床表现] 饮食不下, 面色㿠白, 形寒气短, 泛吐清涎, 面浮足肿, 舌淡苔白, 脉细弱。

[辨证分析] 痰瘀互结, 内阻食管, 纳食锐减, 影响生化之源, 久则津血枯竭, 阳气亦衰, 故见上述临床表现。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

无症状的滑动型可不必治疗。合并胃溃疡、食管炎者应内科治疗。①少食多餐, 勿过饱, 饭后避免立即平卧或弯腰。②高枕卧位以防反流, 以 30 度头高位为宜。③避免增加腹压的活动, 腰带勿过紧, 避免弯腰。④药物以保护胃粘膜和抑制酸分泌为主, 可用 H^2 受体阻滞剂和洛赛克等质子泵抑制剂。要慎用抗胆碱药和解痉剂, 以防疝的嵌顿。⑤吗丁啉等胃动力剂可增加胃排空, 防止食管返流。

严重食管炎并发食管狭窄, 顽固性反复出血, 疝囊部溃疡久治不愈者, 应考虑内镜下治疗或外科治疗。尤其食管旁疝可作外科修补术以防嵌顿的发生。如有急性并发症, 应立即手术^[1]。

二、中医中药治疗

1. 辨证论治

(1) 肝胃气滞证

[治法] 疏肝理气, 和胃降逆。

[方药] 柴胡疏肝散 (《景岳全书》) 加味。

柴胡 12g、川芎 10g、枳壳 10g、陈皮 12g、香附 10g、赤芍 10g、炙甘草 3g、砂仁 6g、焦山楂、焦神曲、焦麦芽、焦槟榔各 10g。

[加减] 呕吐加旋复花、生姜; 口苦心烦加黄连、龙胆草。

[分析] 方中以柴胡、赤芍、川芎香附疏肝解郁; 陈皮、枳壳、甘草理气和中降逆, 焦山楂、焦神曲、焦麦芽、焦槟榔助脾胃消食及降逆气。

(2) 瘀血内结证

[治法] 活血祛瘀, 行气止痛。

[方药] 血府逐瘀汤 (《医林改错》) 加减。

桃仁 12g、红花 9g、当归 9g、生地 9g、川芎 5g、赤芍 6g、桔梗 5g、柴胡 3g、枳壳 6g、甘草 3g、牛膝 3g。

[加减] 呕吐加旋复花、半夏; 便血加地榆、三七; 呕血加白芨、大黄。

[分析] 方中桃红四物汤活血化瘀而养血, 四逆散行气和血而舒肝, 桔梗开肺气, 载药上行, 合枳壳则升降上焦之气而宽胸, 尤以牛膝通利血脉, 引血下行, 互相配合, 血活气行, 瘀化热消而肝郁亦解, 诸证自愈。

3. 气虚阳微证

〔治法〕温补脾肾。

〔方药〕补气运脾汤（《统旨方》）、右归丸（《景岳全书》）加减。

人参10g、白术10g、茯苓10g、甘草6g、黄芪15g、陈皮6g、砂仁6g、半夏曲10g、生姜5g、大枣5枚、右归丸组成略。

〔加减〕呃逆加柿蒂、生姜；腹泻加炮姜。

〔分析〕前方用人参、黄芪、白术、茯苓等补气益脾为主；半夏、陈皮，生姜等和胃降逆为辅。后方以熟地、山茱萸、当归、枸杞等滋肾阴，又用鹿角胶、肉桂、附子、杜仲等温肾阳，为阴中养阳之法。

2. 验方治疗

柴胡疏肝散加味方^[5]。

〔组成〕柴胡12g、赤芍30g、白芍30g、川芎10g、香附12g、佛手10g、青皮12g、陈皮12g、茯苓15g、半夏18g、砂仁6g、黄芩10g、炙甘草6g、生姜6g。

〔用法〕水煎服，每日1剂。早、晚服。

〔功用〕疏肝理气，和胃清降。

〔疗效观察〕1例本病患者服药16剂获愈，随访一年未复发。

三、中西医结合治疗

龚允彬等人根据中医辨证、西医辨病，按“噎膈”的治则，中西医结合治疗1例滑疝、重度反流性食管炎。病员取半坐卧位，在静脉补液等支持疗法下，先用小承气汤合当归补血汤加减治疗，处方为酒军、厚朴、枳壳、当归、藿香各9g，黄芪、白术、茯苓各12g。水煎服，每日一剂，多次少量口服。3剂后呕吐减少，继服3剂，呕吐停止，并能进流质饮食，“烧心”亦渐缓解。再于原方基础上去酒军，加丹参、红花各9g，旋复花（包）12g，沉香6g。连服9剂后“烧心”解除，饮食恢复正常，体质亦渐恢复。后进行X线钡餐检查，原膈上疝囊已消失，胃食管前庭在2厘米以内，食管下端“B”环消失，未见胃内钡剂反流^[6]。

第四节 预防

一、进食不宜过饱，避免胃内压骤增。

二、少食辛辣、过热等刺激性食物。

三、餐后不宜立即平卧，睡眠采取头高位。

四、避免剧烈运动、弯腰、负重，腰带不宜过紧。

五、慢性咳嗽应早治疗，避免咳嗽增高腹压。

六、忌烟酒，少进甜食、油腻食物以减少胃液反流。

七、忌用抗胆碱药，避免降低食管下段括约肌功能，延缓胃排空时间和促进胃酸反流。

参考文献

- [1] 潘秀珍. 食管裂孔疝. 实用内科杂志, 1992, 12 (1): 6
- [2] 龚允彬等. 中西医结合治疗滑动性食管裂孔疝 1 例报告. 中医杂志, 1980, 21 (4): 42
- [3] 高剑波等. 食管裂孔疝的临床表现. 临床医学, 1991, 11 (3): 113
- [4] 徐景藩. 对胃病食管裂孔疝怎样辨治. 中医杂志, 1993, 34 (8): 500
- [5] 兰少敏. 疏肝降逆法治疗食管裂孔疝. 甘肃中医, 1992, 5 (11): 44
- [6] 龚允彬等. 中西医结合治疗滑动性食管裂孔疝 1 例报告. 中医杂志, 1980, 21 (4): 42

第五章 急性胃炎

急性胃炎是由各种有害因素引起的胃粘膜或胃壁的炎症。一般短期内可治愈，但少数留有后遗症。既往有慢性胃炎而急性发作的患者，病程持续时间较长。急性胃炎相当于中医“胃脘痛”、“呕吐”等病范畴。治疗原则以急则治其标，止痛为先，然后针对病因分别治以理气、散寒、消食、降逆、疏肝、活血等使胃肠气机调畅以达治本之目的。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

1. 病因

(1) 化学刺激：口服某些药物（如水杨酸盐类、碘制剂、保泰松、消炎痛、利血平及肾上腺皮质激素等），烈酒、浓茶咖啡及辛辣食物等的刺激。

(2) 物理因素：进食过冷或过热与粗糙的食物，异物的刺激；吞服强酸、强碱或其他腐蚀剂等，可引起急性腐蚀性胃炎。

(3) 进食被细菌或其毒素污染的食物；常见的致病菌有沙门氏菌属或嗜盐菌属。细菌毒素以金黄色葡萄球菌毒素为多。此外，肠道病毒感染也可致病。

(4) 应激反应：严重创伤、大面积烧伤、大手术、休克、脑血管病变，或肝、肾、肺的功能衰竭等所致的严重应激反应，能使胃粘膜产生糜烂或溃疡。

(5) 全身性疾病：全身性非传染病也可引起胃炎，尤其是消化系疾病，如胃部分切除、胃溃疡、胆囊炎、胆石症、门静脉高压等^[1]。

2. 病理

急性单纯性胃炎胃镜下表现为粘膜的急性炎症，如充血、水肿、分泌物增多，表面覆盖灰黄色渗出物；腐蚀性胃炎的病理变化则取决于腐蚀剂的性质、浓度、剂量、当时是否空腹及抢救情况等因素。其主要病理变化为粘膜充血、水肿和粘液增多，多伴有糜烂和局部出血，甚至溃疡、坏死或穿孔。急性化脓性胃炎的胃壁可呈弥漫性蜂窝组织炎性改变，或形成局限的胃壁脓肿及坏死^[1]。

二、中医的病因病机

1. 饮食失节，食滞胃脘

饮食不当，暴饮暴食，饥饱失常；或饮食不洁，误进腐败变质之品；或因过食油腻、酒浆之物，胃中难以腐熟。

2. 恣食辛辣，热邪伤胃

嗜食辛辣香燥，恣饮烈酒，致湿热中阻，内伤脾胃，气机阻滞；或药毒肆作（如阿斯匹林等），胃热内盛，直接损伤胃膜；或外感热邪伤于胃，胃火内炽，胃失和降，食滞胃中。

3. 素体阳虚，寒犯脾胃

因素体阳虚，外感寒邪，直中胃腑；或过食生冷，寒积于中，寒性凝滞，阻遏气机，胃失通降，而致本病发作。

4. 情志失调

如暴怒伤肝，肝气犯胃，忧思伤脾，气机升降失调，每易致急性胃痛发作。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

1. 症状、体征、并发症

上腹部剧烈疼痛、嗳气、恶心、呕吐，部分患者可见发热、急性上消化道出血，也常伴有肠炎、腹泻。严重病例因呕吐腹泻剧烈，可导致脱水、电解质紊乱、酸中毒和休克。体格检查可见上腹部或脐部轻度压痛、肠鸣音亢进。

食物中毒所致的急性胃炎常有不洁食物摄入史，伴有腹泻是其突出症状。若吞服腐蚀剂，可见口腔、食道及胃粘膜均有不同程度的损害，临床上除表现为上腹部疼痛外，同时可见吞咽困难、呼吸困难（喉头水肿所致），呕吐物中有坏死的胃粘膜组织，严重者可发生食管或胃穿孔，可引起纵隔或腹膜炎。

急性化脓性胃炎一般呕吐频繁，伴有寒战和高热，有时可以出现中毒性休克，如脓肿向胃壁肌层侵蚀，可形成胃穿孔、继发性急性腹膜炎，呕吐物恶臭，呈胶冻样，或为脓样。

2. 实验室及其他检查

(1) 实验室检查：对不洁污染食物进行细菌培养，腐蚀剂的分析等。急性期中性粒细胞计数大多增高。

(2) 胃镜检查：因急性胃炎常在短时间内病变愈合，故一般检查越早，发现病变的机率越高。急性胃炎胃镜下的主要变化是胃粘膜充血、水肿，表面有片状渗出物和粘液，粘膜皱襞上有散在细小的出血点、糜烂或小脓肿。应激性胃糜烂大多数散布于全胃，但以胃底和胃窦部居多。腐蚀性胃炎原则上禁做内镜检查，操作必须十分谨慎，以免引起胃穿孔。

3. 诊断要点

诊断：

(1) 有服用某些化学品、药品、酒类、饮食不当、暴饮暴食或进食被细菌污染的食物等病史，并出现急性上腹痛、恶心、呕吐、流涎、食欲不振等症状，病程短，在数天内即可好转和自愈。

(2) 有吞服腐蚀剂史，口腔或咽部有急性腐蚀损伤。胸骨后及中腹部剧烈疼痛，频繁呕吐，严重者可呕血、脱水及休克。

鉴别诊断:

(1) 与急性胆囊炎相鉴别, 急性胆囊炎腹痛位于右上腹胆囊区, 疼痛剧烈而持久, 可向右肩放射, 墨菲氏征阳性, B 超可有胆囊的改变。

(2) 与急性胰腺炎相鉴别, 急性胰腺炎以 20~40 岁女性多见, 腹痛多位于中上腹部, 其次是左上腹、右上腹和脐部, 多呈持续性钝痛、钻痛或绞痛, 常伴阵发性加剧, 腹痛较剧烈, 严重者可发生休克, 可见中上腹或左上腹压痛、反跳痛与肌紧张。血清与尿淀粉酶测定, 有助于本病诊断。

(3) 与胆道蛔虫症相鉴别, 胆道蛔虫是突发的阵发性上腹部剧烈钻顶样痛, 有时吐出蛔虫, 间歇期患者安静如常。过去有排蛔虫或吐蛔虫病史。

(4) 与急性阑尾炎相鉴别, 急性阑尾炎的上腹痛或脐周痛是因内脏神经反射引起的, 最后表现为右下腹固定而明显的疼痛是其主要特点, 同时可出现右下腹壁肌紧张和麦氏点反跳痛^[1]。

二、辨证·中医诊断

1. 辨证要点

本病起病急骤, 多由饮食不慎或毒物伤胃, 在辨证时应首先详细询问病史, 然后结合脉证, 辨别证候之虚实, 区分病类之寒热。本病发病急, 病程短, 多系新患, 故以实证热证居多。而脾胃素有宿痰, 突然加重引发急性胃炎者, 多属本虚标实之证。

2. 辨证分型^[2]

(1) 食滞胃脘证

〔临床表现〕胃脘胀满, 疼痛拒按, 嗳腐吞酸, 甚则呕吐, 舌质红苔厚腻, 脉滑实。

〔辨证分析〕暴食多饮, 饮停食滞, 致胃中气机阻塞, 故胃脘胀满疼痛。健运失司, 腐熟无权, 谷浊之气不得下行而上逆, 所以嗳腐吞酸、呕吐, 苔厚腻为食滞之象, 舌红为食积化热, 脉滑实为宿食之征。

(2) 寒邪犯胃证

〔临床表现〕胃痛卒发, 遇寒加重, 喜按喜温, 纳少便溏, 口淡流涎。舌淡苔白, 脉沉紧。

〔辨证分析〕寒邪客于胃, 则阳气被遏而不得舒展, 致气机阻滞, 故胃痛卒发。寒邪得阳则散, 遇阴则凝, 所以遇寒则痛增, 得温则痛减, 若素体阳虚则喜按温, 阳被寒郁, 则不能温化水谷, 故纳少便溏, 口淡流涎, 舌淡为阳虚, 苔白属寒, 脉弦主痛, 紧主寒。

(3) 胃热炽盛证

〔临床表现〕胃脘疼痛, 胀满, 痛处灼热感, 口干而苦, 恶心呕吐, 吐出物为胃内容物。并有酸臭或苦味, 饮食喜冷恶热, 便秘尿黄, 舌红苔黄厚或黄腻, 脉弦滑数。

〔辨证分析〕多因嗜食辛辣炙及醇酒, 或过用温补之剂, 胃肠蕴积实热, 气机阻滞, 则见胃脘疼痛、胀满, 痛处灼热感, 胃火上冲故见口干而苦, 恶心呕吐, 吐出物可有酸臭味或苦味, 饮食喜冷恶热, 胃热伤津, 则便秘尿赤; 舌红苔黄厚, 脉弦滑数, 皆胃热炽盛之征。苔黄腻则有湿热中阻。

(4) 毒物伤胃证

〔临床表现〕有食物中毒病史, 胃脘灼痛, 恶心欲吐, 烦躁不宁或神昏, 头晕汗出, 心胸烦闷, 舌质青紫肿胀, 脉弦或结代。

〔辨证分析〕有毒之物入胃，可直接损伤胃络，则可见胃脘灼痛，恶心欲吐，毒气上窜扰乱清阳，则可烦躁不宁或神昏，头晕汗出，心胸烦闷，舌青紫肿胀为中毒之象，脉弦主痛脉结代有毒伤心脉。

第三节 治疗

一、西医西药治疗^[1]

本病初发病时，可暂时禁食1~2天。病情好转后改为流质。腹痛剧烈者可口服颠茄合剂，或口服溴化甲基苯羟乙胺片（服止宁）每次10mg 每日3次。恶心呕吐者，可肌肉注射胃复安，每次10mg~20mg。同时可予以静脉输液。

细菌感染所致本病者，可给予黄连素，吡哌酸类药物口服。

急性食物中毒，应用温开水反复冲洗胃内容物，直至洗胃液澄清无味为止。

因吞服强酸、强碱或其他腐蚀性剂引起的急性糜烂性胃炎，应首先积极抢救休克，静脉输液中可加入西咪替丁或雷尼替丁，并肌注止血药物。有继发感染者，可应用抗菌素。为保护胃粘膜，可给予鸡蛋清、牛奶、豆浆类食品，严禁进水进食和洗胃。有食管和胃穿孔等急腹症者，应立即请外科会诊。

二、中医中药治疗

1. 辨证论治

（1）食滞胃脘证

〔治法〕消食导滞，和胃降逆。

〔方药〕保和丸（《丹溪心法》）加味。

陈皮10g、半夏12g、茯苓10g、焦山楂10g、神曲10g、莱菔子10g、连翘10g、木香6g、厚朴6g。

〔加减〕食积化热便秘者，加大黄、枳实。呕吐者加藿香、苏梗。

〔分析〕方中山楂、神曲、莱菔子消导食积；半夏、陈皮、茯苓和胃化湿；连翘散结清热。诸药合用，共奏消积和胃之效。

（2）寒邪犯胃证

〔治法〕温胃散寒，行气止痛。

〔方药〕良附丸（《良方集腋》）加味。

高良姜、香附（醋制）各等份。

〔加减〕寒甚者加吴茱萸、陈皮等加强散寒理气之力。寒挟食滞，可加枳实、神曲、鸡内金、半夏、生姜等以清导食滞，温胃降逆。

〔分析〕方中取高良姜温胃散寒，制香附行气止痛。

（3）胃热炽盛证

〔治法〕清热止痛，降逆通便。

〔方药〕泻心汤（《金匮要略》）。

大黄 6g、黄连 3g、黄芩 9g。

〔加减〕胃脘痛甚者加元胡、枳壳；湿热均盛者加茵陈、蒲公英、黄芩。

〔分析〕方中黄连苦寒，清泄中焦之火；黄芩清中上焦之邪热；大黄苦寒，清热泻火，导滞通便，诸药共奏清热泻火，通便止痛之效。

（4）毒物伤胃证

〔治法〕解毒和胃止痛。

〔方药〕绿豆 60g、甘草 12g、芦根 30g、煎服。

〔加减〕可加入黄连、生姜汁以加强解毒和胃之功。

〔分析〕绿豆有清热解毒之效，甘草可解百毒，芦根具清胃热生津液功用，全方合用则有解毒生津和胃之功。

2. 验方治疗

（1）御制平安丹^[3]

〔组成〕苍术、陈皮、白豆蔻、山楂、沉香等组成，由厦门中药厂试制。

〔用法〕成人每次 1.5g，1 日 3 次，温开水送服，连服 1 日～3 日为 1 疗程，儿童酌情减至原剂量的 1/2～1/3。

〔功用〕理气机、和脾胃、升清降浊。

〔疗效观察〕本研究设口服阿托品片为对照组。结果发现平安丹组的起效时间较阿托品组者为快（ $P < 0.05$ ）。平安丹组的临床控制率优于阿托品组（ $P < 0.05$ ）。平安丹组的降低体温及降低白细胞作用优于阿托品，对上腹疼痛、上腹满闷、食欲不振或厌食、腹泻的疗效均优于阿托品（ P 均 < 0.01 ）。

（2）柴平汤^[4]

〔组成〕柴胡、黄芩、半夏、苍术、厚朴、陈皮各 12g、党参 15g、生姜、大枣各 10g、甘草 6g。痛甚加木香 10g、沉香 6g、玄胡 12g、脘腹胀甚者加山楂、神曲各 15g；胃酸多者加乌贼骨 20g，煅瓦楞子 15g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎分 2 次服。

〔功用〕和解表里，祛湿消滞，和胃止痛。

〔疗效观察〕痊愈 75 例，无效 7 例（服药 5 剂后，加用西药而愈，为无效）；治愈率为 91.5%。痊愈者中，服药 10 剂者 45 例，15 剂者 30 例。

（3）砂沉胶囊^[5]

〔组成〕取上等砂仁、沉香各等份，研细末，混匀装胶囊中。每粒 0.3g。

〔用法〕每次 4 粒，每日 2 次～3 次，饭前服用，7 天为 1 个疗程。

〔功用〕行气和胃，温中止痛，健脾化湿，消食导滞。

〔疗效观察〕治疗急性胃炎 82 例，结果，痊愈 52 例（63.4%），好转 24 例（29.3%），无效 6 例（7.3%）。

（4）重剂甘草泻心汤^[6]

〔组成〕甘草 60g、干姜 45g、黄芩 45g、大枣（去核）30g、黄连 15g、半夏 100g。

〔用法〕加水至 2000ml，浓煎为 500ml，每日 1 剂，分 3 次服。呕吐重者先服鲜姜汁适量再服本药液。

[功用] 益气和胃，消痞止呕。

[疗效观察] 用本方治疗急性胃炎 60 例，一般服药 1~5 剂可全部治愈。

3. 其他治法

(1) 胃俞、中脘穴拔罐治疗急性单纯性胃炎^[7]取胃俞和中脘穴，用中号大罐 1 个，以闪火法先在胃俞穴闪罐 3~5 次，以穴位皮肤充血为度，再于中脘穴坐罐 10 分钟，每日 1~2 次。用本方治疗急性单纯性胃炎 64 例，均在 1~2 日内痊愈。其中拔罐 1 次愈者 26 例，2 次 27 例，3 次 8 例，4 次 3 例，其中 4 例因腹泻较甚而加服黄连素片。

(2) 针刺小静脉放血法^[8]李西坤用针点刺小静脉放血治疗急性单纯性胃炎 240 例，效果良好。治疗方法为：在双侧窝和肘窝部找到怒张的细小静脉，也可用、肘窝上下小静脉或较大静脉。常规消毒后，用三棱针点刺静脉，放出粘稠、黑紫色而易凝血液数滴或数十滴，舌下双侧静脉用三棱针点刺放血。结果本组 240 例均用一次治疗后症状很快消失，症状消失时间 10~30 分钟者 118 例 (49%)，31~59 分钟者 77 例 (32%)，1~2 小时者 46 例 (19%)。除其中 17 例严重脱水患者给予复方盐水，5% 葡萄糖输液治疗外，其余未用任何药物。全部患者均经两天观察未见反复。

三、中西医结合治疗

张淑人报道了中西医结合治疗 23 例因服用阿斯匹林、强的松、保泰松、磺胺等药物所致的出血性胃炎。所用中药有：①参三七 30g、大黄炭 60g、白芨 90g、乌贼骨 90g，共研细末，每次以粳米汤适量调和 15~20g，空腹徐徐咽下，每日 2~4 次，服后静卧并于半小时内缓缓翻转取左右侧卧位及仰卧位，使药液广泛吸附于胃粘膜。②取全瓜蒌 10g、制半夏 9g、代赭石 20g、太子参 20g、黄连 5g、甘草 5g，每日 1 剂，于服上述散剂后 2 小时分次凉服。同时给予适当输液及输血。结果：21 例痊愈，2 例好转，平均止血时间约 40 小时^[9]。

第四节 预防

平时应注意饮食卫生，勿食生冷及不洁食物，少食刺激性食物，注意不食不新鲜的禽畜肉、水产品，不饮生水，这样就可以减少本病发病机会；慎用一些刺激胃粘膜的药物，生活饮食应有规律，劳逸结合。

如果已患本病，则既病防变，可采取下述措施，如适当禁食或流质饮食，食清淡食物，病愈后进食宜逐渐增加，不可过食。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993 年 12 月第二版, 第 252 页
- [2] 张伯臾等. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985 年 10 月第一版, 第 133 页
- [3] 陈可冀等. 御制平安丹治疗急性单纯性胃炎的研究. 中医杂志, 1991, 32 (7): 24
- [4] 李成泉等. 柴平汤治疗急性胃炎. 四川中医, 1990, 8 (7): 25
- [5] 刘宝云等. 自制“砂沉胶囊”治疗脾胃病 862 例分析. 河南中医, 1990, 10 (3): 20

-
- [6] 毕明义. 重剂甘草泻心汤治疗急性胃肠炎 60 例. 山东中医杂志, 1986, 5 (3): 14
- [7] 王文川. 胃俞、中脘穴拔罐治疗急性单纯性胃炎. 四川中医, 1990, 9 (7): 48
- [8] 李西坤. 针刺小静脉治疗急性单纯性胃炎 240 例. 中西医结合杂志, 1990, 10 (1): 42
- [9] 张淑人. 中药为主治疗出血性胃炎 23 例. 陕西中医 1987, 8 (7): 309

第六章 慢性浅表性胃炎

慢性胃炎的病理变化，基本局限于粘膜层，因此严格地讲应称之为“慢性胃粘膜炎”或“胃粘膜病”，而慢性浅表性胃炎是指炎症仅累及胃粘膜的浅层，但亦可累及深层。经国内病理专业组讨论炎症累及胃粘膜深层者也定为浅表性胃炎，并依据炎性病变的深浅分为轻、中、重度。随着纤维胃镜的广泛应用，慢性浅表性胃炎的发现率及发病率已渐升。如郑芝田报告了1980年至1991年上半年胃镜检查37428次，单纯慢性浅表性胃炎（合并溃疡及其他胃病者除外）占51.94%，其他报道为68.53%^[1]。慢性浅表性胃炎进一步发展，可以转化为萎缩性胃炎。本病属于中医“胃脘痛”、“呕吐”、“吐酸”等病证范畴。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

（一）病因

1. 遗传因素

对胃窦炎的研究发现有家庭聚集现象，A型胃炎（胃体胃炎）的遗传倾向亦有人做了大量工作，人体的遗传易感性在慢性胃炎发病中显然起着一定的作用。

2. 年龄

临床统计结果显示慢性胃炎的发生与年龄呈显著的正相关。

3. 吸烟

严重吸烟者胃炎的发生率可升高。

4. 饮酒

长期、大量地饮用烈性酒，可使胃粘膜发生急、慢性炎症。但有人认为低浓度的酒对胃粘膜不但无害反而有保护作用，推测低浓度的酒精可提高胃粘膜的前列腺素水平，前列腺素对胃粘膜有保护作用。

5. 药物

非甾体类抗炎药如阿斯匹林、保泰松可引起胃粘膜糜烂，糜烂愈合后可遗留有慢性炎症。原因在于这类药物可使胃粘膜内前列腺素E₂减少。

6. 食物刺激

各种佐料和刺激性食物可促进胃酸的分泌，但未能证明可引起慢性胃炎。

7. 阻塞性充血

慢性心力衰竭，尤其是右心衰竭或门静脉高压症，均可使胃粘膜长期淤血，胃壁组织处于缺氧状态、营养受到障碍引起胃粘膜的慢性炎症。

8. 鼻腔、口腔、咽部慢性炎症

这些部位的慢性感染病灶的细菌或其毒素吞入胃内，对胃粘膜长期刺激而引起慢性炎症。

9. 急性胃炎的遗患

急性胃炎如虽经治疗但仍遗留持久性消化不良，上腹隐痛等症状者，可能是急性胃炎未愈而逐渐演变成为慢性胃炎所致。

10. 胃内潴留

任何原因引起的长期胃内潴留均可引起胃炎，常为胃窦部的浅表性炎症。

11. 中枢神经功能失调

过度的精神刺激、忧郁、劳累与其他精神因素的反复作用，均可导致皮层及皮层下中枢兴奋与抑制失去协调，使植物神经机能失调，导致胃壁血管痉挛性收缩，形成缺血区使胃粘膜发生营养不良，胃腺分泌异常，久而久之形成胃粘膜慢性炎症反应。

12. 幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*；HP）感染

1982年Marshall和Warren首先分离出一种微嗜氧、触酶阳性、具有尿素酶活性的革兰氏阴性螺旋菌，活动性胃炎95%有此种细菌感染，起初命名为弯曲菌样微生物（CLO），以后又更名为幽门弯曲菌（CP），1989年根据其生化和形态学特点再次更名为幽门螺杆菌。HP具有一系列的致病因素，因而感染HP可以引起慢性胃炎^[1]。

（二）病理

浅表性胃炎有胃粘膜充血、水肿，或伴渗出物，少数有糜烂及出血等，组织学检查发现胃腺体保持正常，粘膜浅层有淋巴细胞及浆细胞浸润等。此外，某些浅表性胃炎可呈现较多的糜烂灶，常位于胃窦部，伴有数目较多的脐状突起称为慢性糜烂或疣状胃炎。

二、中医的病因病机

1. 饮食失节，阻滞中焦

多因暴饮暴食，饮食不节，食滞不化，阻滞中焦；或因脾胃素弱，食入难以消化，致食积胃脘，损伤胃气，胃失腐熟消化之用，而症见胃脘隐隐作痛或暴痛不已，吐酸等。

2. 肝气不舒，横逆犯胃

多因恼怒思虑，肝气不舒，郁滞肝脉；或脾胃病日久不愈，病久及肝；或肝病久延，肝郁气滞，皆致肝失疏泄，郁阻中焦，胃失和降，而见胃痛、呃逆等症。

3. 脾运失司，胃气虚弱

多因脾胃素虚，禀赋不足；或思虑太过，脾气暗耗，中焦虚弱；或劳伤过度，损伤脾胃中焦之气，皆致脾失健运，胃失和降，脾胃虚弱，而见胃脘痞满、疼痛等症。

4. 胃热炽盛，胃阴亏横

多因胃中火热素盛，复感热性疾病，损耗阴津；或过度饮酒、嗜食辣椒等炙燥烈之物；或因老年阴亏，胃液不足，皆致胃热炽盛，灼伤胃阴，失其濡降，而见胃痛、吐酸等症。

5. 脾胃虚弱，中焦虚寒

多因脾胃先天禀赋不足，素体虚弱，复感寒邪；或夏日贪凉饮冷，损伤脾胃；或劳损过度，损伤中焦阳气，致中焦虚寒，阳气不足，脾胃失于温煦滋养，而发生疼痛。

6. 寒邪客胃

外感寒邪，内客于胃，寒主收引，致胃气不和而痛。

7. 气滞不行，瘀血内阻

多因胃病日久反复发作，经久不愈，气血淤阻胃腑；或因情志不舒，肝郁气滞，气滞血淤，瘀血阻滞胃络，而致胃痛固定不移，痞满等症^[2]。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

浅表性胃炎可无症状，或有不规则上腹部隐痛，尤以进食油腻食物后较为明显，无饥饿痛，而有饭后不适感，可能因容受舒张功能障碍有关，常因冷食、硬食、辛辣或其他刺激性食物引起症状或使症状加重，这些症状用抗酸剂及解痉剂不易缓解。多数病人食欲不振，亦可有反酸、嗝气、腹胀等消化不良症状。

(二) 体征

多数病人有黄、白色厚腻舌苔。单纯溃疡病人无舌苔或有薄白苔，是两种胃病的不同点。上腹部可有压痛。此外无特殊体征。

(三) 实验室及其他检查

1. 胃液分析

测定基础泌酸量(BAD)、最大泌酸量(MAD)及胃液PH值，对诊断病变性质、指导治疗方针均有帮助，慢性浅表性胃炎正常或略低。

2. X线检查

浅表性胃炎X线钡剂检查多无阳性发现。

3. 胃镜检查

为本病最主要、最可靠的诊断方法，悉尼分类系统对胃镜检查的描述词作了一系列的规定，包括对水肿、红斑、脆性、渗出、扁平糜烂、隆起糜烂、结节、皱襞肥大、血管透见及出血点进行描述。首先是浅表性胃炎胃镜所见为花斑样潮红如麻疹患儿的皮肤（或称红白相间），在小弯垂直部则为线状潮红在纵行皱襞的顶端；其次是粘液分泌增多，附着在粘膜上不易剥脱、脱落后粘膜表面常发红或有糜烂，咽下或返流的粘液常含气泡而且随蠕动而流动，不难鉴别；再次是水肿的表现，粘膜苍白、小凹明显而反光强；最后是糜烂，由于腺窝以上的表皮剥脱发生糜烂且常伴出血，又可分为三型：①丘疹样隆起中央凹陷被覆暗褐色积血或白苔，周围潮红如天花的皮损，多发生在胃窦部皱襞的顶端；②平坦型几乎与粘膜水平一致，表

面不光滑被覆褐色或白色分泌物；③，凹陷型最常风，低于正常粘膜，表面粗糙或有分泌物甚至出血，范围或大或小，数毫米至数厘米，形态常不规则，或局限或弥漫。

（四）并发症

部分病人可出现上消化道出血。

（五）诊断要点

1. 诊断

根据病人的症状如饭后上腹部饱胀、疼痛及厚腻的舌苔，可疑本病的存在。但肯定诊断进一步明确部位及程度就必须通过胃镜及活组织检查。

2. 鉴别诊断

注意与溃疡病、胃癌、慢性肝病及慢性胆囊炎、胆结石进行鉴别^[2]。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

临床辨证，当分虚实两类：如寒邪客胃，饮食伤胃，肝气犯胃，瘀血停胃等，多属实证；如胃阴不足，脾胃阳虚，多属虚证，若久病因虚而导致气滞血瘀者，属于本虚标实。实证多痛急而拒按；虚证则多痛缓而有休止，痛而喜按，病情缠绵而难愈^[2]。

（二）辨证分型

1. 饮食停滞证

〔临床表现〕胃脘疼痛，脘腹胀满，噯腐吞酸，或吐不消化食物，吐食或矢气后痛减，或大便不爽，苔厚腻，脉滑。

〔辨证分析〕暴饮多食，饮食停滞，致胃中气机阻塞，故胃痛脘腹胀满。健运失司，腐熟无权，谷浊之气不得下行而上逆，所以噯腐吞酸，吐不消化食物。吐者宿食上越，矢气则腐浊下排，故吐食或矢气后痛减。胃中饮食停滞，导致肠道传导受阻，故大便不爽。苔厚腻为食滞之象，脉滑为宿食之征。本型多数患者有暴饮多食史。

2. 肝气犯胃证

〔临床表现〕胃脘胀闷，攻撑作痛，脘痛连胁，噯气频繁，大便不畅，每因情志因素而痛作，苔多薄白，脉沉弦。

〔辨证分析〕肝主疏泄而喜条达，若情志不舒，则肝气郁结不得疏泄，横逆犯胃而作痛。胁乃肝之分野，而气多走窜游移，故疼痛攻撑连胁。气机不利，肝胃气逆，故脘胀噯气。气滞肠道传导失常，故大便不畅。如情志不和，则肝郁更甚，气结复加，故每因情志而痛作。病在气分而湿浊不甚，故苔多薄白。病在里面属肝主痛，故见脉沉弦。辨证以胃痛胀闷，攻撑连胁为特点。

3. 胃阴亏虚证

〔临床表现〕胃痛隐隐，口燥咽干，大便干结，舌红少津，脉细数。

〔辨证分析〕胃痛日久郁热伤阴胃失濡养，故见胃痛隐隐，阴虚津少，无以上承，则口燥咽干，阴虚液耗，无以下溉，则肠道失润而大便干结。舌红少津为阴虚液耗之象。脉象细数，乃阴虚内热之证。

4. 脾胃虚寒证

〔临床表现〕胃痛隐隐，喜温喜按，空腹痛甚，得食痛减，泛吐清水，纳差，神疲乏力，甚则手足不温，大便溏薄，舌淡苔白，脉虚弱或迟缓。

〔辨证分析〕脾胃虚寒，病属正虚，故胃痛隐隐。寒得温而散，气得按而行，所以喜温喜按。脾虚中寒，水不运化而上逆，故泛吐清水。脾胃虚寒，则受纳运化失常，故纳差。胃虚得食，则产热助正以抗邪，所以进食痛止。脾主肌肉而健运四旁，中阳不振，则健运无权，肌肉筋脉皆失其温养，所以疲乏手足不温。脾虚生湿而下渗肠间，故大便溏薄。舌淡脉虚弱或迟缓，皆为脾胃虚寒，中气不足之象。

5. 寒邪客胃证

〔临床表现〕胃痛暴作，恶寒喜暖，脘腹得温则痛减，遇寒则痛增，口和不渴，喜热饮，苔薄白，脉弦紧。

〔辨证分析〕寒主收引，寒邪内客于胃，则阳气被寒邪所遏而不得舒展，致气机阻滞，故胃痛暴作。寒邪得阳则散，遇阴则凝，所以得温则痛减，遇寒则痛增。胃无热邪，则口和不渴。热能胜寒，故喜热饮。苔薄白属寒，脉弦主痛，紧主寒。

6. 瘀血停滞证

〔临床表现〕胃脘疼痛，痛有定处而拒按，或痛有针刺感，食后痛甚，或见吐血便黑，舌质紫黯，脉涩。

〔辨证分析〕气为血帅，血随气行，气滞日久，则导致瘀血内停，由于瘀血有形，故痛有定处而拒按。瘀停之处，脉络壅塞而不通，故痛如针刺。进食则触动其瘀，故食后痛甚。若瘀停于胃者，则多见呕血；瘀停于肠者，则多见便黑；血瘀则舌少滋荣，故舌色紫黯；血瘀则血行不通，故脉来艰滞而涩。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

（一）常规治疗

1. 一般治疗

避免引起急性胃炎的因素，如戒除烟酒，避免服用对胃有刺激性的食物及药物。饮食原则与溃疡病相似，多次少餐，软食为主，避免生冷及刺激性食物，更重要的是根据病人的饮食习惯和多年经验，总结出一套适合自己的食谱。

2. 保护胃粘膜药物

任何一种类型的慢性胃炎，胃粘膜上皮细胞和胃粘膜屏障均有不同程度的损伤，因此在治疗过程中，首先要注意如何保护胃粘膜和增强胃粘膜的屏障，使胃粘膜获得充分恢复的机

会。临床常用保护胃粘膜和改善胃粘膜屏障的药物有生胃酮 50mg~100mg, 每日 3 次口服, 服药期间注意减少钠盐摄入, 适当补充钾盐; 高血压病人不宜应用。维酶素 2 片~4 片, 每日 3 次口服。胃膜素 2g~3g, 每日 3 次口服。藻酸 1 片, 每日 3 次口服。硫糖铝 1g, 每日 3 次口服。氢氧化铝胶 10ml, 每日 3 次口服。合欢香叶酯每日 50mg~60mg, 分成 3 次口服。前列腺素 E₂ 50mg~150mg, 每日 3 次口服。

(二) 对症治疗

胃酸增高者, 可给予复方胃舒平 2 片或硫糖铝 4 片, 每日 3 次口服, 胃酸缺乏或降低者可给胃蛋白酶合剂 10ml, 每日 3 次口服。上腹痛可用颠茄片 8mg 或阿托品 0.3mg, 每日 3 次口服。消化不良、上腹胀、恶心、呕吐者可用胃复安 5mg~10mg, 每日 3 次, 少数患者服药后可出现锥体外系症状, 吗叮啉优于胃复安且无以上副作用, 可每次 10mg 每日 3 次口服。

(三) 抗菌治疗

近年来发现幽门螺杆菌 (HP) 与慢性胃炎尤其是活动性胃炎的关系密切, 为慢性胃炎的治疗提出了一个新的课题。对 HP 阳性慢性胃炎病人应采用抗 HP 治疗, HP 的消灭有助于活动性炎症的恢复。试验证明 HP 对多种抗生素敏感包括灭滴灵、羟氨苄青霉素、四环素、头孢菌素, 痢特灵及庆大霉素等。此外, 胶体铋对 HP 也有效果。单用一种药物容易引起 HP 耐药, 因此, 目前国际上推崇三联疗法, 并取得较好的 HP 根除率, 最高达 90%。所用药物为: 胶态次枸橼酸铋、灭滴灵、羟氨苄青霉素, 疗程 2~4 周。但药物的副作用较大^[3]。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 饮食停滞证

[治法] 消食导滞。

[方药] 保和丸 (《丹溪心法》)。

山楂 18g、神曲 6g、半夏、茯苓各 9g、陈皮、连翘、萝卜子各 3g。

[加减] 若脘腹气多胀甚者, 可加枳实、砂仁、槟榔等以行气消滞。如服上药不效, 胃脘胀痛而便秘者, 可合用小承气汤加木香、香附等以通腑行气。

[分析] 方中山楂、神曲、萝卜子消导食积; 半夏、陈皮、茯苓和胃化湿; 连翘散结清热。诸药合用, 共奏消积和胃之效。

2. 肝气犯胃证

[治法] 以疏肝理气为主。

[主药] 柴胡疏肝散 (《景岳全书》)。

陈皮、柴胡各 6g、川芎、香附、枳壳、芍药各 4.5g、甘草 1.5g。

[加减] 可选加郁金、青皮、木香等以加强理气解郁之效。若疼痛较甚者, 可加川楝子、延胡索以加强理气止痛动。嗳气较频者, 可加沉香、旋复花以顺气降逆。

[分析] 方中以柴胡、芍药、川芎、香附疏肝解郁; 陈皮、枳壳、甘草理气和中, 共奏理

气止痛之功。

3. 胃阴亏虚证

〔治法〕养阴益胃。

〔方药〕一贯煎（《柳州医话》）合芍药甘草汤（《伤寒论》）。

北沙参10g、麦冬10g、当归身10g、生地黄30g、甘枸杞子12、川楝子5、芍药20g、甘草6g。

〔加减〕可选加香橼、佛手、绿萼梅。胃脘灼痛、嘈杂泛酸者，可加黄连、吴茱萸。

〔分析〕前方用沙参、麦冬，和养胃阴；生地、枸杞子滋养肝阴胃液；当归养肝活血，且有疏通之性；川楝子疏肝理气。后方芍药、甘草和营缓急止痛。

4. 脾胃虚寒证

〔治法〕温中健脾。

〔方药〕黄芪建中汤（《金匱要略》）。

黄芪9g、芍药18g、桂枝9g、炙甘草6、生姜10g、大枣4枚、饴糖30g。

〔加减〕若泛酸者，可加吴茱萸暖肝温胃以制酸，另可再加瓦楞子。泛吐清水较多者，可加干姜、陈皮、半夏、茯苓等以温胃化饮。

〔分析〕方中黄芪益气补中；小建中汤温脾散寒，暖急止痛。

5. 寒邪客胃证

〔治法〕散寒止痛。

〔方药〕良附丸（《良方集腋》）加味。

高良姜、香附各等份，作散剂或水丸，每日1~2次，每次6g，开水送下。

〔加减〕寒甚者，可加吴茱萸、陈皮等以加强散寒理气之力。若兼见胸脘痞闷、不食、暖气或呕吐者，是为寒挟食滞，可加枳实、神曲、鸡内金、半夏、生姜等以消食导滞，温胃降逆。

〔分析〕本方温中散寒、理气止痛，兼能疏肝。

6. 瘀血停滞证

〔治法〕活血化瘀。

〔方药〕实证用失笑散（《太平惠民和剂局方》）合丹参饮（《医宗金鉴》）；虚证可用调营敛肝饮（《医醇义》）。

五灵脂、蒲黄各等份；丹参30g、檀香、砂仁各5g；

当归10g、白芍10g、沙蛤粉20g、阿胶10g、枸杞子10g、五味子5g、川芎10g、枣仁10g、茯苓10g、陈皮6g、木香5g、大枣5枚。

〔加减〕实证可加大黄、甘草；若血出不止，可加三七、白芨以化瘀止痛。

〔分析〕蒲黄、五灵脂行血散瘀止痛；丹参饮理气和胃止痛；调营敛肝饮中的当归、川芎、阿胶养血止血；枸杞、五味子、枣仁、茯神柔肝敛肝，白芍柔肝止痛。

（二）验方治疗

1. 胃肠康胶囊方^[4]

〔组成〕厚朴、葛根、大蒜等药物组成，按比例配方粉碎，过100目筛，灭菌消毒后分装胶囊，每粒含生药200mg。

〔用法〕每次服4粒，日3次，各证型均服此药。

[功用] 扶正祛邪，标本兼顾。

[疗效观察] 对 45 例经纤维胃镜及病理活检证实为慢性胃炎患者用本胶囊治疗，结果临床总有效率为 91.1%；对不同证型其疗效无显著性差异，故可适用于多种证型。

2. 清胃止痛汤^[5]

[组成] 黄芩 10g，地榆 24g，乌贼骨 18g，玄胡 12g。为主治胃热证的基本方。

[加减] ①胃热证：采用基本方。②肝郁气滞胃热证：基本方合四逆散加减：黄芩 10g、地榆 24g、乌贼骨 18g、玄胡 12g、柴胡 8g、枳实 10g、白芍 12g、甘草 5g、蒲公英 20g、佛手片 8g。③脾胃虚弱热证：基本方加党参 12g、白术 10g、茯苓 12g、陈皮 8g、砂仁 5g、半夏 10g、炙甘草 5g。④阴虚胃热证：基本方加沙参 20g、麦冬 12g、玉竹 12g、冬桑叶 10g、生地 15g、白芍 12g、甘草 5g。⑤脾湿胃热证：基本方加藿香 20g、厚朴 10g、半夏 10g、赤茯苓 20g、苍术 10g、白芷 10g、苏梗 10g、陈皮 10g。⑥痰浊中阻胃热证：基本方加陈皮 10g、姜半夏 12g、茯苓 20g、炙甘草 5g、枳实 8g、厚朴 10g、苍术 10g、白术 10g。⑦胃热气逆证：基本方加陈皮 10g、半夏 10g、炒竹茹 10g、枇杷叶 15g、柿蒂 20g、代赭石 20g、党参 12g、炙甘草 5g。⑧瘀血内阻证：基本方加蒲黄 10g、炒五灵脂 10g、白芍 15g、三七 5g（研末冲服）、丹参 20g、当归 10g、大黄 6g。

[用法] 每日 1 剂，水煎服。

[功用] 清热、敛创、消肿、止痛。

[疗效观察] 本组 83 例慢性胃炎患者，经过 1~4 个月（平均为 2.4 个月）的治疗后，临床显效 42 例（50.6%），有效 36 例（43.4%），无效 5 例（6.0%），无 1 例恶化。有 63 例作了胃镜及病理复查，结果：显效 31 例占 49.2%，有效 28 例占 44.44%，无效 4 例占 6.36%，总有效率为 93.64%。

3. 胃炎宁方^[6]

[组成] 水飞滑石、醋制延胡索、炒白芍、甘草。以上 4 药各等分研细末；过筛后混匀，装入药用“O”号空心胶囊内，每丸 0.6g~0.7g 备用。

[用法] 胃炎宁组：每次饭前服 5 粒胃炎宁胶囊，每日 3 次，连服 30 天后，停药 3 至 5 天后作纤维胃镜复查。维酶素对照组：将维酶素片的瓶签和说明去掉后，嘱患者于饭前每次服 5 片，每日 3 次，连续服药 30 天后，停药 3 至 5 天后作纤维镜复查。

[功用] 解痉，制酸，消炎止痛，促进创面愈合。

[疗效观察] 共观察 336 例慢性胃炎患者，（其中胃炎宁组 224 例，维酶素组 112 例）结果两组治愈率分别为 50% 和 25%， X^2 检验（ $P < 0.001$ ）；总有效率分别为 93.74% 和 80.35%， X^2 检验（ $P < 0.01$ ），有显著性差别。表明了胃炎宁对慢性胃炎的治愈率和有效率都高于维酶素。

4. 丹参饮百合汤^[7]

[组成] 紫丹参 15g、百合 15g、檀香 10g、砂仁 10g、台乌 10g、防风 10g、川楝子 3 枚、元胡 10g、煅瓦楞 15g、乌贼骨 15g、炒白术 15g、炒杭芍 15g、广皮 10g、炙甘草 6g、大枣 5 枚。

[加减] 吐酸加吴萸、黄连、法半夏。腹胀去白术改炒苍术加炒厚朴、草果仁、槟榔、炒枳壳。出血加生三七粉、炒地榆、灶心土、炮姜炭。消化不良加炒厚朴、炒谷芽、炒麦芽、焦山楂、鸡内金、炒老米。呕吐加公丁、法半夏、藿香、生姜。疼痛加炙乳香、炙没药。肝气郁

滞加柴胡、郁金、香附、佛手。

[用法] 每日1剂分3次煎服，12剂为1疗程。

[功用] 活血祛瘀，升清降浊，疏肝理气止痛。

[疗效观察] 共治疗慢性浅表性胃炎35例，痊愈12例，显效8例，好转13例，无效2例。

5. 胃宁冲剂^[8]

[组成] 党参、云苓、白术、木香、川楝子、乌梅等为主。

[用法] 不论辨证分型为哪一型均服此药。对照组服安慰剂，由糊精糖粉制成，外观与胃宁冲剂相似，两药服法相同，每次20g(1包)，日服3次，每日总重60g，相当于中药日1剂，3个月为1疗程。

[功用] 保护胃粘膜。

[疗效观察] 用胃宁冲剂对经纤维胃镜及病理证实慢性浅表性胃炎408例患者进行了临床观察，症状有效率为90.5%，胃镜有效率为81.9%，病理有效率为72.8%，与对照组相比有显著差异。

6. 小柴胡加黄连汤^[9]

[组成] 柴胡12g、黄芩10g、党参10g、半夏10g、甘草6g、生姜6g、大枣6枚、黄连8g。

[用法] 煎取150ml，每服50ml，1日3次，饭后1小时或饭前半小时热服。

[功用] 消炎健胃，扶正祛邪。

[疗效观察] 86例慢性浅表性胃炎治疗40天后获痊愈44例(51.20%)，好转27例(31.40%)，无效15例(17.40%)；总有效率为82.60%。辨证以胃热型的疗效为最好，有效率达97.1%；其次为肝胃不和型，有效率为84.40%；脾胃虚寒型疗效较差，有效率为52.60%。经统计学处理，胃热型和肝胃不和型疗效均显著高于脾胃虚寒型($P<0.01$ 和 $P<0.05$)。86例中有胆汁反流者36例，有效率为94.4%；无胆汁反流者50例，有效率为74.0%。经统计学处理，有胆汁反流者的疗效明显高于无胆汁反流者($P<0.05$)。

7. 和胃降逆健脾升陷法^[10]

[组成] 胃炎I号方：柴胡12g、川郁金15g、川楝子15g、佛手15g、元胡15g、川朴花15g、山栀12g、沙白芍40g、甘草10g、草薢12g、黄芩15g、生山楂20g。

胃炎II号方：桂枝6g、良姜15g、黄芪15g、柴胡10g、升麻12g、土白术20g、甘松15g、白扁豆30g、炒白芍25g、麦芽25g、甘草10g、当归15g。

[用法] 肝胃不和，胆胃不和，胃气上逆之证型，采用胃炎I号方；脾阳不足，脾气虚陷，运化无力之证型，采用胃炎II号方。两方均水煎服，日服3次，每次150ml，20天1个疗程。

[功用] 和胃降逆(胃炎I号方)；健脾升陷(胃炎II号方)。

[疗效观察] 胃炎I号方治疗慢性胃炎93例，痊愈49例，好转42例，无效3例，总有效率96.7%；胃炎II号方治疗67例，痊愈37例，好转28例，无效2例，总有效率97%。

8. 化痰和胃汤^[11]

[组成] 三棱、广木香、丹参、厚朴、白芍各10g、生甘草6g。

[加减] 吐酸者加乌贼骨20g、煅瓦楞10g，纳差者加焦三仙各10g；畏寒肢冷者加干姜、肉桂各10g；恶心呕吐者加半夏6g、泽泻30g；口苦、口干欲饮者加沙参、石斛、黄芩各10g；四肢乏力者加白术、炙黄芪各10g。

〔用法〕每日1剂，7天为1疗程，每疗程后休息2天，进行第2疗程，共3疗程。

〔功用〕活血化瘀和胃。

〔疗效观察〕痊愈61例，显效20例，有效17例，无效2例，总有效率为98%。

9. 理饮汤加味^[12]

〔组成〕茯苓15g、白术12g、橘红、白芍各9g、炙甘草、干姜、桂枝各6g、厚朴3g、公英15g、麦芽12g。

〔加减〕泛酸加川贝6g，乌贼骨9g，腹胀加木香6g，恶心欲吐加法半夏9g。

〔用法〕每日1剂，水煎服，1个月为1个疗程。

〔功用〕温中健脾，兼清热化痰。

〔疗效观察〕治疗慢性浅表性胃炎41例，结果临床痊愈33例，好转5例，无效3例，有效率为92.68%。

10. 薄佩香枳汤^[13]

〔组成〕薄荷梗、佩兰梗各15g，九香虫、炒枳壳各10g，瓦楞壳20g、白蔻仁4~12g。

〔加减〕阳热实证，加银花、蒲公英、生大黄；阴虚者，加沙参、麦冬、石斛、减白蔻仁用量；寒实证加干姜、桂枝、并重用蔻仁；气血两亏者，加黄芪、当归、熟地、枸杞子等；胃痛部位不移，舌质见有紫气或瘀斑者，加五灵脂，三棱、莪术等。

〔用法〕水煎服，日1剂。

〔功用〕芳香化湿，理气止痛。

〔疗效观察〕210例胃病患者中，显效160例；有效40例，无效10例，总有效率为95.20%。

11. “胃炎灵”ⅠⅡⅢ号^[14]

〔组成〕胃炎灵Ⅰ号方：苍术、川朴、陈皮、香附、苏梗、玄胡、丹参、檀香、五灵脂、三棱、莪术、白芍、半枝莲、黄连、甘草。胃炎灵Ⅱ号方：黄芪、党参、白术、茯苓、陈皮、香附、五灵脂、蒲黄、三棱、莪术、丁香、檀香、丹参、高良姜、黄连。胃炎灵Ⅲ号方：黄精、生地、百合、石斛、乌梅、白芍、丹参、灵脂、蒲黄、三棱、莪术、苏梗、花粉、香附、佛手、甘草。

〔用法〕气滞血瘀型应用胃炎灵Ⅰ号方，气虚血瘀型应用胃炎灵Ⅰ号方，阴虚血瘀型采用胃炎灵Ⅱ号方。每疗程20天，第一疗程根据分型用以上相应方汤剂10~15剂（1~2天1剂）。可视兼证作相应加减。第二、三疗程均服相应方丸剂，每次3g，每天3次，温开水送服，满三个疗程列为观察对象。

〔功用〕胃炎灵ⅠⅡⅢ号方的功用分别为：化瘀通络，理气和胃；健脾益气，理气活血；养阴和胃，理气行瘀。

〔疗效观察〕478例慢性浅表性胃炎中，痊愈76例，显效316例，好转83例，无效3例。

12. 滋脾和胃汤^[15]

〔组成〕百合30g~60g、山药30g、白芍15g、云苓12g~15g、川楝子9g~12g、陈皮9g~12g、炒麦芽12g~20g、佛手9g~12g、香橼9g~12g、炙甘草3g。

〔加减〕舌红少津少苔者，用原方；舌胖质淡者，加黄芪12g、丹参12g；舌苔厚腻者，加茵陈9g~12g、扁豆30g；舌红苔黄者，加焦栀子6g~9g；疼痛明显者，加玄胡12g~15g，郁金12g~15g；腹胀明显者，加厚朴9g~12g。

〔用法〕每日煎服1剂，早晚各服1次，40天为1个疗程。

〔功用〕补脾阴

〔疗效观察〕以本方治疗慢性胃病128例，其中浅表性胃炎78例，结果显效68例(54%)；好转55例(43%)；无效5例(30%)。总有效率97%。

13. 四逆散^[16]

〔组成〕柴胡10g、生白芍10g、炒枳实10g、炙甘草5g。

〔加减〕胃热炽盛则加黄连、蒲公英、连翘、炙甘草改碧玉散(包煎)；积滞内停添神曲、炒山楂、炒谷麦芽、炒莱菔子；脾胃虚寒伍黄芪、桂枝、红枣、生姜；夹有络瘀者佐丹参、丹皮、炙刺猬皮、制延胡；胃阴不足见有口干欲饮，入石斛、麦冬、天花粉；泛酸者合左金丸、乌贝散；大便溏薄则进茯苓、炒白术。

〔用法〕每日1剂，分2次服。

〔功用〕疏肝和胃。

〔疗效观察〕用本方治疗125例慢性浅表性胃炎，显效45例；好转68例；无效12例，总有效率90%，服药最多45剂，最少7剂，平均15剂。

14. 和胃汤^[17]

〔组成〕太子参、黄芪、五灵脂、赤芍、白芍、丹参、玄胡索、谷芽、麦芽、蛇舌草各15g，云苓、枳实各12g、陈皮10g、甘草6g、九香虫、川连各3g。

〔加减〕腹胀加广木香或香附；湿阻加法半夏、佩兰；食积加鸡内金、山楂曲；胃火加芦根；胃寒加吴茱萸、山奈；阴虚加沙参、麦冬或石斛。

〔用法〕每日1剂，水煎2次，浓缩至450ml，分3次匀服，2月为1疗程，一般需1~3个疗程。

〔功用〕活血通络，理气和营，化湿清热，健脾化食。

〔疗效观察〕87例临床痊愈，占70.2%；20例显效，占21%；7例有效，占5.6%；4例无效。总有效率为96.8%。

15. 愈胃宁加味^[18]

〔组成〕黄芪10g~30g、党参、白术、白芍、云苓、炙甘草、徐长卿各10g，丹参、百合各30g。

〔加减〕脾胃虚寒加干姜、乌药、砂仁各6g；肝胃气滞明显加苏梗、厚朴、川楝子各10g；胃热壅盛加大黄、黄精各10g；血瘀加乌贼骨、制乳香、元胡各10g；气虚明显重用黄芪；兼痰湿加制半夏、陈皮各6g；刺痛加莪术、九香虫各6g；胃阴不足加北沙参、生地、乌梅各10g。

〔用法〕先用基础方加味，水煎，日1剂，2次分服。待病情稳定改汤为散，研末，混匀装胶囊，每粒0.5g，每次3g~4g，每日3次，40日为1疗程。

〔功用〕调气和胃，活血止痛。

〔疗效观察〕用本方治疗慢性胃炎78例，27例显效，占36.61%；41例有效，占52.56%；10例无效，占12.80%。总有效率为87.2%。

16. 开肺宣郁汤^[19]

〔组成〕粉甘草3g、秋桔梗6g、川郁金、炒枳壳各9g、炙杷叶、炙紫菀各12g。

〔用法〕每日1剂，水煎2次共400ml，每次200ml，早、晚各服1次，20日为1疗程，最多3个疗程，平均40天。

[功用] 降肺气，行气郁。

[疗效观察] 共治疗慢性胃炎 137 例，其中浅表性胃炎 81 例，结果痊愈 40 例，显效 80 例，有效 10 例，无效 7 例，总有效率 94.80%。服药最短 5 天，最长 2 个月。

17. 加味肾着汤^[20]

[组成] 益母草 30g、云苓 15g、甘草 6g、红花 10g、干姜 10g、延胡索 10g、白术 10g。

[加减] 寒湿为患，脾胃阳虚者，加藿香 15g、砂仁 10g；肝气郁结，犯及脾胃，加柴胡 10g、制香附 15g；胃热伤阴，津液耗竭，去干姜加生石膏 30g、淡竹叶 10g、黄连 10g；伴溃疡者，瘀久不消，积而不散，加丹参、海螵蛸各 15g，白及 10g、龙骨 20g；胃下垂者，加黄芪 20g、党参 15g、升麻 6g。

[用法] 每日 1 剂，水煎分早晚温服。

[功用] 温脾胃，行气血。

[疗效观察] 用本方治疗胃炎 311 例，其中浅表性胃炎 237 例，治疗结果为：痊愈 213 例；有效 67 例；无效 31 例，总有效率 90%。

18. 射干瓜蒌饮^[21]

[组成] 射干 10g、全瓜蒌 30g、法半夏 10g、云苓 15g、丹参 20g、陈皮 10g、党参 10g、炙甘草 6g、砂仁 6g。

[加减] 脘痛连胁，暖气反酸者加柴胡、川楝子、郁金等；胃脘灼痛，口苦口干者加黄连、栀子、代赭石等；胃脘刺痛，痛有定处者加檀香、苏木、九香虫等；胃脘隐痛，喜温喜按者加干姜、吴茱萸、熟附片等；胃脘隐痛，口干咽燥，舌红少苔者去党参、法半夏、陈皮、加麦冬、沙参、川楝子、白芍、生地等。

[用法] 每日服用 1 剂，分 2 次温服。

[功用] 化痰散结，行气活血，补益中气。

[疗效观察] 共治疗慢性胃炎 68 例，其中慢性浅表性胃炎 43 例，治疗效果为：显效 49 例，好转 16 例，无效 3 例，总有效率为 95.60%。

19. 活血清热方^[22]

[组成] 丹参、赤芍、郁金、元胡、铁树叶、红藤、土茯苓等。

[用法] 水煎服，5 周为 1 疗程。

[功用] 活血止痛，清热消痈。

[疗效观察] 随机将 73 例慢性胃炎分为活血清热组（30 例）和分型治疗组（43 例），前者给予活血清热方，后者进一步辨证分为脾胃虚寒型（17 例）和肝胃不和型（26 例），分别给予黄芪建中汤和黄连温胆汤治疗。结果：在临床症状和体征方面：两组病人均有好转，但分型治疗组更为明显，显效率为 81.40%，较活血组的 63.33% 为高。内镜检查：内镜复查 46 例，总有效率以活血组为高，但统计学差别不显著。病理活检：大部分病例治疗后，炎症都有减轻，但均未恢复正常，活血组炎症或萎缩减轻和肠化消失病例均多于分型治疗组。胃粘膜已糖胺含量：活血组和分型组治疗后均显著增加，但两组之间差别不显著。胃粘液组化染色：PAS 阳性区相对宽度在两组治疗后都有显著增加，但两组间无明显差别。

20. 胃囊煎^[23]

[组成] 柴胡、白术、白芍、云苓各 12g~15g、枳实 6g~10g、党参 15g~30g、半枝莲 15g~60g、公英 15g~30g、玄胡 10g、半夏 10g、鸡内金 10g、桂枝 6g~12g、八月札 10g~12g、

生麦芽 15g~30g、甘草 5g~10g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂，2 个月为 1 疗程，可连用 2~3 个疗程。

〔功用〕通补相寓。

〔疗效观察〕60 例胃窦炎患者经治疗后痊愈 46 例，显效 5 例，有效 3 例，无效 6 例，总有效率 90%。

21. 清胃通腑汤^[24]

〔组成〕黄连 8g、大黄 6g、乌贼骨 15g、延胡索 10g、甘草 6g。

〔加减〕兼肝郁气滞加柴胡 10g，枳壳 10g，白芍 12g；兼脾虚去大黄加党参、云苓各 12g，白术 10g、陈皮、砂仁各 6g，兼阴虚加沙参、麦冬各 15g，玉竹、生地黄、白芍各 12g，兼脾湿加藿香、云苓各 15g，厚朴、半夏、苍术各 10g，兼痰湿中阻加半夏 12g、云苓 15g、陈皮、枳壳、厚朴各 10g；兼血瘀加蒲黄 10g、丹参、赤芍各 15g，三七 6g；兼气逆加丁香 5g，柿蒂 20g、竹茹、党参各 12g，半夏 10g；兼食滞加神曲、山楂、莱菔子各 15g，麦芽 20g、陈皮 6g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服，20 天为 1 疗程。

〔功用〕清胃，敛疮，止痛，通腑。

〔疗效观察〕治疗慢性胃炎 64 例，其中浅表性胃炎 46 例，结果为：近期临床治愈 5 例，显效 26 例，有效 29 例，无效 4 例，无一例恶化。总有效率 94%。治疗时间最短 30 天，最长 91 天，平均 42 天。

22. 旋覆代赈汤^[25]

〔组成〕旋覆花 10g、代赈石 15g、半夏 6g、党参 12g、炙甘草 9g、生姜 3g、大枣 6g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服。30 天为 1 疗程。

〔功用〕降逆化痰，益气和胃。

〔疗效观察〕40 例浅表性胃炎患者经治后，结果：治愈 15 例，好转 21 例，无效 4 例，总有效率为 90%。

23. 胃炎灵冲剂^[26]

〔组成〕炙黄芪、潞党参、炒白术、炙桂枝、炒白芍、广木香、广陈皮、佛手、炙甘草、生姜、大枣。

〔用法〕制成冲剂，每次 1 包，1 日 3 次，冲服。1 个月为 1 疗程，一般服药 1~3 个疗程。

〔功用〕温中健脾，理气行滞。

〔疗效观察〕治疗中虚气滞型慢性浅表性胃炎 67 例，临床治愈 2 例，显效 24 例，好转 39 例，无效 2 例，总有效率为 97.01%。治疗前后腕腹胀，腹痛，纳呆，嗳气，神疲等五大症状等级积分间的差别有非常显著意义。

24. 半夏泻心汤加减^[27]

〔组成〕姜半夏 12g、黄连 3g、干姜 10g、炙甘草 10g、大枣 6g、黄芩 10g、人参 10g。

〔加减〕热重者重用黄连、黄芩，寒重者重用干姜，血瘀者加延胡索，蒲黄，气滞痰凝者加枳实、白术，泛酸者加乌贼骨、白及。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。

〔功用〕辛开苦降，和胃降逆。

〔疗效观察〕治疗胃窦炎 60 例，痊愈 35 例，好转 23 例，胃粘膜脱垂 2 例无效，总有效率为 96.66%。

25. 加味半夏泻心汤^[28]

〔组成〕半夏、黄连、黄芩、失笑散各10g，干姜、厚朴、石菖蒲各12g，党参、龙葵、丹参各20g，大枣5枚、甘草6g。

〔用法〕每日1剂，水煎2次，混合后分2次温服。1个月为1疗程，无效者可进行第2疗程，间隔1周左右。

〔功用〕益气理气，调理升降，祛瘀止痛。

〔疗效观察〕治疗浅表性胃炎44例，一个疗程有效30例，二个疗程有效者10例。4例无效。

26. 活血化瘀方^[29]

〔组成〕基本方：丹参15g、生蒲黄15g、延胡索（醋炒）10g、三七粉3g、枳壳10g、败酱草15g。

〔用法〕每日服药1剂，以3个月为1个疗程，可连续治疗1~2疗程。

〔功用〕活血化瘀为主，兼益气、温阳、养阴、行气、清热。

〔疗效观察〕用本方治疗慢性胃炎68例，包括45例慢性浅表性胃炎。结果痊愈29例；显效19例；有效19例，无效1例；总有效率98.5%。

27. 复方胃康灵^[30]

〔组成〕川楝子15g、玄胡15g、郁金15g、海螺蛸30g、蒲公英30g、半枝莲30g、鸡血藤30g、酒大黄2g、代赭石20g、甘草3g、莱菔子15g、共成粉压成片。

〔用法〕每次4片，每日4次，饭前1h和睡前0.5h服。

〔功用〕清热疏肝解郁，消炎杀菌，行气止痛。

〔疗效观察〕经纤维胃镜和活检证实为慢性胃炎的246例患者，采用复方胃康灵治疗，并用硫糖铝加解痉剂作对照治疗。治疗组共124例，其中治愈76例，好转41例，无效7例，总有效率为94.35%；对照组122例，其中治愈41例，好转39例，无效42例，总有效率65.57%。治疗组与对照组总有效率比较，经统计学处理 $P < 0.01$ ，差异有非常显著性意义。

28. 失笑丸加减^[31]

〔组成〕干姜、炙甘草、麦芽、白术、茯苓、半夏、党参、厚朴、枳实、黄连。

〔加减〕肝气犯胃者，加柴胡、陈皮、丹参，减干姜。脾胃虚寒者，加炮姜、桂枝，减黄连。脾胃湿热者，加丹皮、栀子。

〔用法〕水煎服500ml，早、晚2次分服，每日1剂。亦可分为小丸，每服6~9g，日2次，温开水送下。

〔功用〕消痞除满，健脾和胃。

〔疗效观察〕经治疗30例胃窦炎者，有效26例，好转3例，无效1例，总有效率为96.9%。

29. 麝香保心丸^[32]

〔组成〕人参、麝香、牛黄等组成。

〔用法〕日服3次，每次2粒，疗程2个月。

〔功用〕健脾理气，活血解毒。

〔疗效观察〕治疗30例慢性胃炎，结果：显效10例，有效16例，无效4例，总有效率为86.7%。

(三) 其他疗法

1. 针灸

慢性胃炎是一种病因病机复杂,见证多端的消化道疾病,临床上多用药物进行治疗,近年来针灸治疗本病也取得了可喜的成绩,现将其临床研究近况作一介绍。

(1) 辨证辨病结合取穴据熊云^[33]报道:将 68 例脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎随机分为电热针组 (32 例),毫针组 (19 例),西药组 (17 例),各治疗 3 个疗程。电热针组与毫针组均取双侧足三里、内关、双侧三阴交、合谷。西药组服用维酶素。结果,电热针组症状疗效为 97.01%,胃痛疗效和总疗效均为 90.63%,且电热针组总疗效高于毫针组 ($P<0.05$) 和西药组 ($P<0.01$) 的疗效。提示电热针治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎有肯定疗效。

蔡国伟等^[34]报道了电针内关、公孙穴对慢性浅表性胃炎胃电图影响的观察,证实电针公孙配内关,或电针公孙或内关能明显地提高慢性浅表性胃炎患者的胃窦及胃体部的胃电幅值 ($P<0.01\sim0.05$),尤以电针公孙配内关对胃电幅值的影响最大 ($P<0.01$)。由此初步地找出了此两穴治疗胃脘部疾病临床疗效确实存在的科学数据,为今后进一步从现代医学方面研究此两穴的治病机理打下了一定的基础。

荆尔滨^[35]治疗 42 例慢性胃炎,取中脘、内关、足三里、三阴交、胸 5~9、胸 11~12 夹脊为主穴,再辨证选穴,辨病辨证相结合,总有效率达 94.6%。孙氏^[36]认为针刺确有调理脾胃及消炎的作用,取中脘、足三里为主,根据不同兼症辨证取穴治疗慢性胃炎 20 例,收到了很好的疗效。谢中灵^[37]运用芒针取双侧膈俞,向肝俞、胆俞、三焦俞透刺,使针感放射至腰腹,重复 2~3 个疗程,共治疗慢性胃炎 42 例,显效率达 80.9%。李景义^[38]观察了 358 例胃脘痛患者用针刺即刻止痛的疗效,其中 93 例慢性胃炎的疗效比较好。针灸对胆汁返流性胃炎亦有明显的作用。

(2) 子午流注法 张连城等人^[39]根据子午流注纳子法,采用辰时针刺足三里穴治疗慢性胃炎 68 例。方法为:每天早晨 7~9 点针刺双侧足三里。根据中医辨证分为三型:①肝胃不和用泻法,留针 15~30 分钟;②脾胃虚寒用补法加温针,留针 30~60 分钟;③胃阴不足,先泻后补,留针 30~60 分钟。1 日 1 次,15 天为一疗程。结果:近期治愈 28 例,显效 20 例,好转 16 例,无效 4 例,总有效率 94.1%。

周章玲等人^[40]运用子午流注纳甲法治疗慢性浅表性胃炎 31 例,并采用纳甲法之闭穴治疗 15 例作为对照。开穴组治疗方法为:根据徐凤《针灸大全》中“子午流注逐日按时定穴歌”取穴治疗,并依“合日互用”的原则,依病人来诊时辰而按时取穴,不配用其他任何腧穴。针刺得气后,行平补平泻手法(开穴除外)然后接通 G-6805 电针仪,用频率 120 次/分的连续波形,电流大小以患者能忍耐为宜,通电 20 分钟,10 次为 1 疗程,每日 1 次。闭穴组仍采用上述纳甲法之基本原则,所不同的是,将取穴时间推迟 24h。结果:临床总有效率开穴组为 93.55%,闭穴组为 86.67%。针前基础胃酸高者,针后无论其胃酸还是胃液量,均有下降趋势,反之则升高。与针前比较,针后血清胃泌素呈上升趋势;开穴组在针后 30 分钟达到高峰,而闭穴组针前与针后 60 分钟才有显著性差异。

李占元^[41]运用纳支法辨证选取耳穴,其效果明显优于单纯逢时开耳穴或任意选取耳穴。

以上疗法利用十二时辰与十二经脉配属的关系,适时调动经脉气血运行,调整相应脏腑功能,所以均取得了明显疗效。

(3) 耳穴 白哲伦^[42]观察到慢性胃炎患者胃区出现的异常反应物主要表现为突起、充血、苍白,且右耳变化多于左耳。陈余建^[43]用耳部信息诊断仪测定生理电位,也发现慢性胃炎患者耳部信息的改变多集中于胃区。潘纪华^[44]单纯运用耳压胃、脾、皮质下、十二指肠、交感等穴,总有效率达94%;B超观察见胃蠕动增强,胃排空提前,且不同的耳穴作用特点亦有不同。孙景胜^[45]贴压胃、脾、肝、三焦、腹穴治疗浅表性胃炎96例,观察1年以上未有复发的占58.3%,其余均见不同程度改善。耳穴疗法立足于调整植物神经功能及内分泌,减少自身免疫因素,促进炎症的吸收好转。

(4) 药物注射及穴位埋线 肖彬秀^[46]用当归注射液加普鲁卡因封闭足三里、中脘、内关穴治疗43例慢性胃炎患者,一个疗程即有见效,4~5个疗程后痊愈33例。张振东^[47]在当归注射液中加入葡萄糖水,选上脘、中脘、下脘、足三里等穴治疗本病,疗程短、见效快,部分典型病例治疗数次即获治愈。

羊肠线穴位埋入是利用肠线持续刺激腧穴达到疗效。

魏氏^[48]取胃俞、中脘、足三里、穴位埋线治疗500例慢性胃病,其中慢性浅表性胃炎占261例。结果:治愈率达66.4%,明显好转16.2%,好转11.60%,无效5.8%。总有效率为94.20%。徐新初等人^[49]采用下脘透上脘,胃俞(双)透脾俞(双)的方法治疗慢性胃病121例,结果达到了临床痊愈84例,治愈率为70%,显效24例,有效6例,无效7例,总有效率为94%。李氏取穴足三里、内关、三阴交、中脘埋线,每半月1次,连续埋线3次为一疗程,并同时口服灭滴灵消除幽门螺杆菌感染。结果临床治愈91例,占86%,好转13例,占12%;无效2例,占20%^[50]。

(5) 灸法 施士生^[51]选足三里、中脘为主、胃俞、脾俞、夹脊、三阴交、太溪为辅,于三伏天施化脓灸,24.8%的患者症状完全消失,病理检查恢复正常。刘氏^[52]以白芥子、细辛、甘遂、延胡索共研为末,于辰时敷贴足三里、天枢、三阴交、中脘等穴,总有效率为84.2%。

2. 食疗

张绪生^[53]根据其治疗慢性胃炎的经验认为,该病在药物治疗的同时,配合药粥疗法,能取得较为满意的效果。并认为药粥服法一般以10天~15天为1疗程,可服用2~3个疗程,少数病人亦可长期服用。具体辨证分型施膳如下:①脾胃虚寒型:白术猪肚粥:将白术30g,猪肚1只,生姜少许加水煎煮取汁,再加粳米60g同煮成粥。吴茱萸粥:将吴茱萸2g研末再与煮熟之粳米30g、生姜2片加水500ml同煮为粥。②脾虚下陷型:参苓山药粥:先将白茯苓15g~20g捣碎浸泡于600ml水中,半小时后煎煮取汁,入粳米60g煮成稀粥,再入生姜3g~5g,山药粉20g稍煮即可,最后将人参3g~5g水煎取汁兑入粥内。参芪粥:将黄芪60g水煎取汁,合粳米60g再加水400ml,煎煮成粥,兑入人参5g(水煎后取汁)即成。③肝郁脾虚型:甘松粥:甘松汁,另将粳米30g~60g煮成稀粥后,入甘松5g取汁,稍煮一二沸即可。曲半粥:将神曲30g捣碎,加水200ml,煎至100ml,取汁,再入粳米60g,加水50ml(煮成稀粥)。④胃阴不足型:甘蔗粥:鲜甘蔗汁100g~150g兑水适量与粳米60g同煮为稀粥。玉竹粥:鲜玉竹60g切碎,加水1000ml,煎取浓汁约500ml;再加入粳米60g。煮为稀粥,和人少许冰糖即可。

蔡金波^[54]发现古今医家治胃病多有不经从胃治,而取治肝之法而安胃,即治胃取之肝。运用糜粥治肝以安胃,诚为治胃之一大法门,作者将治肝安胃辨证施膳分为六类:①肝气犯胃型:治宜疏肝和胃。可选用《宦游日札》佛手柑粥(每次取佛手柑10g~15g,煎汤取汁,人

粳米100g,冰糖少许,同煮为粥);《饮食辨录》橘皮粥(陈广橘皮研末,每取3g~5g调入粥中,再煮二、三沸即可);《百花镜》梅花粥(先用粳米100g,白糖少许,加滚开水煮至米开花而汤未稠时,加入梅花5g,改用文火稍煮片刻即可);《饮食辨录》香附粥(取香附子10g~15g,水煎取汁,入粳米100g,白糖适量煮粥食之);《中国药粥谱》合欢花粥(每次用合欢花干者25g,鲜者50g,粳米100g,红糖适量,同入砂锅煮粥);橘叶粥(鲜橘叶50g,水煎取汁,入粳米100g煮粥,酌加白糖食之)。②肝火犯胃型:治宜清肝泻火,滋养胃阴。可选用《养生食鉴》梔子粥(先用粳米100g加水煮为粥,将熟时入梔米5g,稍煮数沸即可);《中国药粥谱》蒲公英粥(鲜蒲公英30g,洗净,水煎取汁,入粳米100g煮粥食之);牡丹皮粥(牡丹皮10g研末,待粳米100g煮粥欲熟时调入);《饮食辨录》天门冬粥(天门冬25g,水煎取汁,入粳米100g煮粥);《南阳活人书》麦门冬粥(麦冬15g~30g,水煎取汁,入粳米100g煮粥);《二如亭群芳谱》生地黄粥(用生地黄汁浸粳米半斤,晒干,三浸三晒,每夜以此米煮粥一盞食之);《遵生八笺·饮饔服食笺》竹叶粥(竹叶一握,山梔1枚,煎汤去渣,下米煮粥,候熟下盐少许食)。③肝阳扰胃型:治宜平肝和胃。可选用《中国药粥谱》石决明粥(取煅石决明30g,猛火先煎1小时,去渣取汁,入粳米100g,再加水600ml,煮为粥);钩藤粥(粳米100g煮粥,欲熟时,加入布包钩藤15g,稍煮数沸即可);白蒺藜粥(制蒺藜10g~15g洗净,水煎取汁,入粳米100g煮粥);《本草纲目》芹菜粥(鲜芹菜60g洗净,切碎,和粳米50g~100g煮粥食)。④肝寒犯胃型,治宜暖肝和胃。可食用《食医心镜》吴茱萸粥(米100g,煮粥至熟后加吴茱萸末2g,葱白5茎,和匀,空腹食);《寿世青编》干姜粥(白米100g合干姜、高良姜各15g,加水煮粥食);《普济方》椒面粥(蜀椒1g研末,入白面100g内和匀,于豉汁中煮令熟,空腹食之);《饮食辨录》茴香粥(小茴香5g,炒后水煎取汁,去渣,入米100g煮粥食);《养生食鉴》毕拔粥(毕拔6g,胡椒末2g,和米100g煮为粥);乌药粥(台乌药10g,水煎取汁,入粳米100g煮粥);《食医心镜》桂心粥(桂心3g,茯苓10g,桑白皮12g,水煎取汁,入粳米100g煮粥食)。⑤肝胃血凝型:治宜疏肝通络,理气和胃。可选用《中国药粥谱》丹参粥(丹参30g,水煎取汁,入粳米100g,红糖适量,煮粥食);《太平圣惠方》益母草汁粥(益母草汁1合,生地黄汁2合,藕汁2合,生姜汁半合,蜜2合,先用水煮白粟米1合为粥,再入各汁继煮二三沸即可);《肘后备急方》桃仁粥(桃仁10g,水研取汁,和粳米100g煮粥食之);凌霄花粥(粳米100g煮粥,欲熟时入凌霄花8g,再煮数沸即可);《太平圣惠方》桃仁粥(桃仁21枚,生地黄30g,桂心米5g,生姜5g,粳米100g煮作粥);月季花粥(粳米50g煮作粥,欲熟时,入月季花10g,再煮数沸,空腹食之);《中国药粥谱》当归粥(当归15g,水煎取汁,入粳米50g,红枣5枚,砂糖适量煮粥食);田三七粥(粳米100g煮粥,熟后调入三七米5g,搅匀食之);泽兰粥(泽兰叶15g,水煎取汁,入粳米100g,煮粥食);玄胡索粥(粳米100g煮粥,待粥熟后调入玄胡索末6g,搅匀食之);郁金粥(粳米50g煮粥,待粥熟后调入郁金末,再煮数沸食之)。⑥肝胃阴虚型:治宜酸甘济阴。可选用《中国药粥谱》石斛粥(取鲜石斛30g,水煎取汁,入粳米50g,冰糖适量,煮粥食之);西洋参粥(粳米50g煮粥,熟后兑西洋参10g之另煎液,搅匀,空腹食之);《圣济总录》乌梅粥(乌梅10g~15g,水煎取汁,入粳米100g煮粥食);五味子粥(五味子10g~15g,水煎取汁,入粳米50g煮粥食之);《证治要诀》沙参粥(北沙参30g,水煎取汁,入粳米100g煮粥食之);《锦囊秘录》胡麻粥(黑芝麻淘净晒干,炒香研末,每取20g,调入粥中食);黄云鹄《粥谱》山楂粥(山楂30g,水煎取汁,入粳米100g煮为稀粥);《太平圣惠方》木瓜粥(木瓜1枚,破为4瓣,水

煎取汁，入陈仓米100g煮为稀粥食；《中国药粥谱》无花果粥（先用南梗米100g煮粥，待粥将熟时，调入无末20g再煮数沸）；《本草纲目》百合粥（百合30g，糯米50g，冰糖适量煮粥食之）。

3. 气功

天津中医研究所自创了《健胃功》《健脾养胃八段功》^[55]，简便易学，功效显著。健胃功方法为：①患者平卧，以右手食指、中指、无名指，三指微张，分别按在上脘、中脘、下脘三穴。并以三指指腹紧贴腹部皮肤作不间断的反复回旋的揉动。顺时针揉1~2分钟再逆时针揉1~2分钟。②右手按上腹部，以掌根部或大小鱼际，紧贴皮肤，作反复回旋揉动。其方向分别为：上下，左右，依次各揉1~2分钟。③患者坐位以双手中指指腹按揉足三里，方法同上。④患者平卧，双手交叉，按上腹部，左手掌按时右手掌拍起，右掌按时左掌拍起，依次有节奏地作按揉2~3分钟，每分钟不少于50次。

健脾养胃八段功为：①双手抱腹理三焦：两脚平行站立，距离与肩同宽相等，两眼平视前方，舌尖轻抵上腭，用鼻呼吸，周身关节放松，躯体自然正直，足趾抓地。将两臂抬至腹前，掌心向内，五指分开，微做屈指两臂圆曲做环抱大树状。②全身摇动食谷消：预备姿势同上。然后两手插腰，以腰为轴，上半身作旋转动作，先顺时针旋转，后逆时针旋转。③左右两臂需单举：预备姿势同上。右手翻掌举五指并紧，掌心向上，指尖向左，同时左手下按掌心向下，指尖向前，然后复原。左手掌动作与右手掌相对应。④脚踏原地不辞劳：预备姿势同上。然后左下肢缓缓抬起，右下肢保持直立，复原后，左下肢缓缓抬起，左下肢保持直立，如此反复多次，此式最好采用自己呼吸。⑤前俯后仰健脾气：上身缓缓前倾，两手插腰，复原。上身缓缓后仰，最好能后仰至最大限度，下身保持直立。复原。⑥抚摩腹部胃病消：预备姿势同前。然后以右手掌紧贴上腹，对准中脘作反复回旋的揉动，其方向先顺时针揉动1~2分钟再逆时针揉动1~2分钟，每分钟不少于60次。⑦俯身揉足三里：预备姿势同上。然后上身微微向前深屈，膝保持挺直，同时双臂垂下，以两手中指指腹分别按在两腿足三里穴，反复回转揉动，先顺时针1~2分钟，再逆时针1~2分钟，每分钟不得少于60次。⑧蹲起八次：预备姿势同前。然后身体缓缓自然下蹲，再缓缓起立，身体直时左脚跟缓缓抬起尔后复原，如此反复蹲八次。

（三）中西医结合治疗

徐文均应用自拟方“四君三莪汤”合庆大霉素治疗慢性胃炎217例，疗效满意。

组方为：党参30g、白术、茯苓、山楂各15g，三棱、莪术、乌梅、白芨各10g，甘草6g。每日1剂，水煎分2次服。庆大霉素糖衣片4万~8万，每日3次，饭前半小时服。

随证加减：脾胃虚寒加黄芪、桂枝、良姜、薏仁；肝胃郁热加黄连、黄芩；肝气犯胃加柴胡、白芍、佛手；脾胃阴虚加石斛、沙参、麦冬、黄精；大便秘结加大黄；痛甚加元胡、香附等。30天为1疗程，一般均应连续服药3个疗程以上，6个月后判定疗效及复查胃镜。

结果，临床治愈141例，占65%；好转65例，占30.3%；无效11例，占4.7%。总有效率为95.3%^[56]。

第四节 预防

预防应以针对本病病因为主，如戒除烟、酒，慎用非甾体抗炎药。积极治疗慢性心力衰

竭,防止胃粘膜长期淤血。注意防治鼻、咽、口腔慢性炎症。避免过度的精神刺激。

中医认为本病多与情志不遂,饮食不节和寒温不适,劳累过度有关。因此,在本病预防上要重视精神与饮食方面的调摄。患者要保持精神愉快,性格开朗,注意劳逸结合,切忌暴饮暴食或饥饱不均。

饮食上应少量多餐,清淡易消化为原则。若胃脘剧痛伴呕血黑便者应禁食,使胃得到休息。在禁食 12~24 小时后吐血已止,则可逐渐缓进米汤、牛奶等流质饮食,进而吃藕粉、山药粉、米粥等半流质饮食;对胃酸多而饥饿时胃痛加重者,可进苏打饼干或烤面包片,烤馒头片以中和胃酸减轻疼痛。要预防胃脘痛除注意情志调摄外,还要注意饮食定时定量,吃七八成饱,克服偏食不良习惯,食品温度宜适中,饮食不宜过凉,亦不可过热,同时注意饮食的质量,既不可进食油炸煎炒、辛辣甜润之品,也不可过量饮酒吸烟和专吃粗粮或专吃精细粮食,做到掌握好饮食的质和量,照顾到饮食营养全面摄取而不伤脾胃,从而达到预防胃病的目的。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993 年 12 月第二版, 第 255 页
- [2] 张伯臾等. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985 年 10 月第一版, 第 133 页
- [3] Tytgat GNJ, et al. 幽门螺旋菌是否消化性溃疡的病因. 国外医学内科学分册, 1991, 18 (7): 302
- [4] 宫纯寿等. 胃肠康胶囊治疗慢性胃炎的临床研究. 同济医科大学学报, 1993, 22 (2): 133
- [5] 李道本等. 清胃止痛汤治疗胃热型慢性胃炎 83 例. 中西医结合杂志, 1991, 11 (9): 561
- [6] 余泽勋等. 自拟胃炎宁治疗慢性胃炎疗效观察. 广西中医药, 1991, 14 (3): 57
- [7] 宁秀兰. 丹参饮百合汤加减治疗慢性浅表性胃炎 35 例. 云南中医学院学报, 1991, 14 (3): 27
- [8] 高寿征等. 胃宁冲剂治疗慢性浅表性胃炎的临床及实验研究. 中西医结合杂志, 1990, 10 (5): 269
- [9] 吴瑞贤. 小柴胡加黄连汤治疗慢性浅表性胃炎. 中医杂志, 1991, 32 (4): 30
- [10] 田养年. 和胃降逆健脾开陷法治疗慢性胃炎 160 例. 陕西中医函授, 1992, (5): 12
- [11] 张汉忠. 化癥和胃汤治疗慢性浅表性胃炎 100 例. 陕西中医, 1991, 12 (9): 401
- [12] 李振中等. 理饮汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎 41 例. 河南中医, 1991, 11 (4): 29
- [13] 石磊. “薄佩香枳汤”为主治疗胃病 210 例. 江苏中医, 1992, 13 (12): 33
- [14] 祝庆堂等. “胃炎灵” J I I 号方治疗慢性胃炎 628 例临床观察. 中医研究, 1991, 4 (3): 28
- [15] 赵淑媛等. 补脾阴为主治疗慢性胃病 128 例临床体会. 上海中医药杂志, 1992, (10): 15
- [16] 张福产. 四逆散治疗慢性浅表性胃炎 125 例观察. 黑龙江中医药, 1991, (5): 11
- [17] 刘宜铭等. 和胃汤治疗慢性浅表性胃炎 124 例. 浙江中医杂志, 1991, 26 (6): 246
- [18] 张惠和. 愈胃宁加味治疗慢性胃炎 78 例. 浙江中医杂志, 1991, 26 (6): 247
- [19] 杨存社. 开肺宣郁汤治疗慢性胃炎 137 例. 陕西中医, 1993, 14 (1): 7
- [20] 王海江. 加味肾着汤治疗胃炎 311 例观察. 河北中医, 1991, 13 (4): 4
- [21] 蔡柳洲. 射干瓜蒌饮治疗慢性胃炎 68 例. 北京中医杂志, 1991, (5): 20
- [22] 吴丹明等. 活血清热药治疗慢性胃炎的临床观察及胃粘膜分泌的实验研究. 北京中医杂志, 1991, (4): 18
- [23] 孔宪章. 胃寒煎治疗胃寒炎 60 例. 山东中医杂志, 1991, 10 (5): 25
- [24] 苏惠玲等. 清胃通腑汤治疗慢性胃炎 64 例. 广西中医药, 1993, 16 (1): 11
- [25] 王立照. 旋覆代赭汤治浅表性胃炎 40 例. 国医论坛, 1993, (5): 16
- [26] 汪红. “胃炎灵”冲剂治疗中虚气滞型慢性浅表性胃炎的初步探讨. 江苏中医, 1992, 13 (7): 6

- [27] 王科先等. 半夏泻心汤加减治疗胃窦炎 60 例. 山东中医杂志, 1994, 13 (7): 296
- [28] 秦志民. 加味半夏泻心汤治疗浅表性胃炎 44 例. 天津中医, 1993, 10 (4): 23
- [29] 周慎. 从瘀论治慢性胃炎 68 例的临床观察. 1992, 6 (2): 39
- [30] 唐才东等. 复方胃康灵治疗慢性胃炎 246 例观察. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (2): 116
- [31] 盛为民. 应用失笑丸治疗慢性胃炎 30 例报告. 中医药学报, 1991, (3): 30
- [32] 许尤琪等. 麝香保心丸治疗慢性胃炎疗效观察. 中成药, 1992, 14 (10): 25
- [33] 熊云等. 电热针治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎疗效观察. 中国针灸, 1993, 13 (5): 1
- [34] 蔡国伟等. 电针对慢性浅表性胃炎胃电图的影响. 上海针灸杂志, 1993, 12 (3): 102
- [35] 荆尔滨. 针灸治疗慢性胃炎 42 例疗效观察及机制探讨. 中国针灸, 1989, 9 (4): 23
- [36] 孙学忠. 针刺治疗慢性胃炎 20 例的疗效观察. 河南中医, 1988, 8 (3): 30
- [37] 谢中灵. 芒针治疗慢性胃炎 42 例. 上海针灸杂志, 1990, 9 (3): 16
- [38] 李景义. 针刺治疗胃脘痛 358 人次即刻止痛效果观察. 针灸学报, 1990, 6 (3): 22
- [39] 张连诚等. 辰时针足三里治疗慢性胃炎. 四川中医, 1991, 9 (2): 49
- [40] 周章玲等. 子午流注纳甲法治疗慢性浅表性胃炎 31 例临床观察. 中西医结合杂志, 1991, 11 (2): 94
- [41] 李占元. 耳穴应用子午流注纳子法治疗痛证 209 例疗效观察. 中医药研究, 1989, (1): 28
- [42] 白哲伦. 86 例慢性胃炎患者的耳穴观察. 中国针灸, 1986, 6 (6): 23
- [43] 陈余建. 67 例慢性胃炎、胃溃疡病的耳部信息检测. 河南中医, 1987, 7 (5): 50
- [44] 潘纪华. 耳压治疗慢性胃炎 73 例. 陕西中医, 1990, 11 (1): 33
- [45] 孙景胜. 耳穴贴压治疗浅表性胃炎 96 例. 针灸学报, 1990, 6 (4): 9
- [46] 肖秀. 穴位注射当归注射液治疗慢性胃炎 43 例. 湖北中医杂志, 1989, 11 (3): 39
- [47] 张振东. 复方当归注射液穴位注射治疗慢性胃炎. 四川中医, 1989, 7 (7): 26
- [48] 魏金奎等. 经穴埋线治疗慢性胃炎及溃疡病 500 例. 北京中医杂志, 1991, (1): 46
- [49] 徐新初等. 羊肠线埋藏治疗慢性胃病 121 例近期疗效观察. 实用中西医结合杂志, 1990, 3 (3): 156
- [50] 李兴华. 穴位埋线加服灭滴灵治疗慢性胃炎 106 例. 北京中医杂志, 1990, (5): 22
- [51] 施土生. 化脓灸对慢性胃炎疗效观察. 中医药研究, 1990, (3): 8
- [52] 刘炳权. 穴位贴药治疗胃脘痛 120 例疗效观察. 云南中医杂志, 1988, 9 (2): 39
- [53] 张绪生. 慢性胃炎药粥分型施膳法. 广西中医药, 1993, 16 (3): 39
- [54] 蔡金波. 试论糜粥治肝安胃法. 浙江中医学院学报, 1991, 15 (1): 52
- [55] 明池等. 慢性胃炎的自我疗法. 天津中医, 1992, (6): 43
- [56] 徐文均. 中西药配合治疗慢性胃炎 217 例. 福建中医药, 1993, 24 (4): 40

第七章 慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎(CAG)是以胃粘膜固有腺萎缩甚至消失为其突出的病变,常伴有肠上皮化生及炎性反应,发病率随年龄增长而增高,故中老年人多发此病。本病可由慢性浅表性胃炎发展而来,也可两者并存。有的呈隐袭性,发现时即为本病。本病可能与遗传有关,有家族中呈发病集中的趋势。1978年以后利用免疫学方法,根据壁细胞抗体的阴性或阳性将慢性萎缩性胃炎分为A、B两型。本病反复发作,不易治愈。因为部分萎缩性胃炎有癌变的可能,所以有人把萎缩性胃炎作为重点研究项目^[1]。

中医无CAG病名。根据其临床表现,如痞闷、胀满、胃痛、纳呆、噯气等,一般认为属于“胃痞”、“胃脘痛”、“嘈杂”等脾胃病范围。其发病多与饮食不节、劳倦太过、情志不畅、先天禀赋等有关^[2]。CAG多属本虚标实、虚实夹杂,脾虚阳虚为本,日久所致瘀滞为标,故治疗的关键应在于益气温中,活血化瘀。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因

西医对本病的病因尚未完全阐明,现在认为与下列多种因素有关:①慢性浅表性胃炎的继续:慢性浅表性胃炎治疗不彻底反复发作,日久不愈可发展为CAG,慢性浅表性胃炎的病因均可成为CAG的致病与加重因素。②免疫因素:近年来关于免疫与CAG的关系报道较多。A型胃炎已明确是一种独立的具有遗传背景的器官特异性自身免疫性疾病,血清学检查壁细胞抗体、内因子抗体阳性。甚至有人发现胃泌素受体的抗体亦可阳性。最近研究认为B型胃炎发病中免疫机制也起到了一定作用。除检出壁细胞抗体以外,Vandlelli在B型CAG患者血清中首先检测到G细胞抗体,其阳性率为10%~20%。除自身抗体外,B型CAG患者胃粘膜中产IgG、IgM、IgA的免疫活性细胞增多;外周血总T细胞及Ts细胞显著低于正常,OKT4/OKT8比值增高。说明患者有局部及全身的免疫功能紊乱。③习惯服用对胃粘膜有刺激的烈酒、浓茶、咖啡、泡菜、过烫或过冷等食物,使胃粘膜损伤。④过度吸烟。⑤金属:铝、水银、碲、铜及锌等金属对胃粘膜都有一定损伤作用。⑥放射:放射治疗肿瘤,可使胃粘膜损伤甚至萎缩。⑦体质因素:临床统计年龄越大本病发病率也越高。⑧十二指肠液反流:近年,更多学者认为十二指肠液反流是CAG发病重要原因,CAG患者胃酸减低,并不单纯由于胃泌酸功能降低,而主要由于大量胆汁反流使胃粘膜屏障破坏,以致胃腔内H⁺大量反弥散,H⁺净流出量减少。⑨营养不良:长期缺乏蛋白质、维生素B族。⑩心衰或门脉高压,使胃长期处于瘀血和缺氧状态。⑪遗传因素:Varis做了大量工作,发现恶性贫血的一级亲属胃体胃炎

的发病率明显高于一般人群,严重CAG发生的危险性是随机人群的20倍。⑫幽门螺杆菌(HP)感染:HP可穿过粘液层,在上皮细胞表面及细胞连接之间粘附、定居、繁殖,产生尿素酶、蛋白酶、磷脂酶、细胞毒素等物质,并诱发局部免疫反应,破坏胃壁粘液和粘膜屏障,使腺体遭受破坏。反复的HP感染使组织炎症程度加重,进而由浅表性胃炎发展为CAG,甚至胃萎缩^{[1][3]}。

(二) 病理

炎症变化与浅表性胃炎相似,惟范围扩大可波及粘膜全层;另外主要的病变是腺体数目减少甚至消失。Whitehead将本病分为三度:①只有1~2组腺管消失者为轻度;②全部消失或仅留1~2组腺管者为重度;③介乎两者之间者为中度。浆细胞浸润主要在上层,淋巴细胞及滤泡主要在下层。肠上皮化生在萎缩性胃炎时很常见,轻者只见少量的杯细胞,重者可见大量典型的肠绒毛上皮。此外尚可见潘氏细胞及嗜银细胞,腺窝增生屈曲延长,粘膜肌正常或增厚,粘膜全层变薄,萎缩的变化可以很广泛,可以表现为全胃萎缩,即胃萎缩,也可以局限于一部,又称局灶性萎缩。此外尚可见脂肪细胞堆积。如炎症发生在胃窦部,应有1/3的腺体消失诊断为萎缩性胃炎方有把握。

二、中医的病因病机^[2]

(一) 病因

①饮食不当,恣食生冷,嗜好烟酒,炙烤厚味,以致湿热中阻,影响脾胃运化,湿郁热伏,气机不畅所致。②情志不舒,劳倦太过,导致中气本虚,脾胃升降失调,肝气疏泄失职,以致脾胃内伤,肝气郁滞,胃失和降而为病。③禀赋不足,饮食劳倦,七情六郁,六淫中之寒、湿、火郁,皆可导致本病的发生。

(二) 病机

关键在于中气之盛衰,若中气不足则纳运失常,生化乏源,气机不得舒展畅运,久之胃之络脉自痹,气血运行受阻,胃失失荣养,渐而粘膜萎缩而成本病。

第二节 临床诊断

一、辨病、西医诊断

(一) 症状

本病临床表现缺乏特异性,但有一定的规律性及特点。一般可见:腹痛,呈隐痛、胀痛、钝痛,急性发作时也可见剧痛或绞痛,有的胃脘不适或胃脘部难受无可名状,疼痛,可在胁、背、腹部或胸部。饱胀感,嗳气、痞闷。也可见吞酸、烧心、恶心、呕吐、食欲不振、腹泻、乏力、消瘦、头晕、失眠^[1]。

(二) 体征

多数病人可有黄、白色厚腻舌苔。单纯溃疡病人无舌苔或有薄白苔，是两种胃病的不同点。上腹部可有压痛。少数病人消瘦、贫血。此外无特殊体征^[1]。

(三) 实验室及其他检查

1. 胃液分析

正常胃内容物的 PH 值为 1.3~1.8，如刺激后，最大分泌时的 PH 值 >6.0 则可诊断为真正胃酸缺乏。A 型 CAG 患者无酸或低酸，提示壁细胞数量显著减少；B 型 CAG 患者大多正常或正常值低限，但一般不会乏酸。

2. 血清胃泌素测定

正常 30~140pg/ml，A 型 CAG 往往升高，B 型可在正常范围或偏低。

3. 壁细胞抗体 (PCA) 测定

PCA 在 A 型 CAG 的阳性率较高。

4. 内因子

CAG 时可减少到 400~600^u/l。

5. 胃蛋白酶

CAG 患者的基础胃蛋白酶分泌量 (BPO) 和最大胃蛋白酶分泌量 (MPO) 均低于正常。

6. 若伴恶性贫血时

其贫血性质为巨幼红细胞性贫血。

7. 幽门螺杆菌 (HP) 测定

在 CAG 伴有活动性胃炎时，此检查常呈阳性。

8. 胃镜检查

CAG 胃镜检查有两个突出的表现：①粘膜颜色改变，多呈灰、灰白、灰黄或灰绿色，同一部位深浅可不一致，境界常不清，范围或大或小。萎缩范围内也可能残留红色小斑；②因为粘膜变薄加之注气膨胀，粘膜下血管常可显露，轻者血管网，重者可见如树枝状的血管分支。暗红色微带蓝色，易与皱襞相混，根据血管走行方向与胃的长轴垂直，可资鉴别^[1]。

9. X 线检查

CAG 可见皱襞细小或消失，张力降低。

(四) 并发症

胃溃疡、胃息肉和胃癌常伴发或继发于 CAG，彼此之间存在因果关系。

(五) 诊断要点

1. 诊断

根据病人的症状如饭后上腹部饱胀、疼痛，可疑本病存在。但肯定诊断进一步明确部位及程度就必须通过胃镜及活组织检查。同时还必须除外溃疡病、胃癌、慢性肝病及慢性胆系病^[1]。

2. 鉴别诊断

与消化性溃疡相鉴别：消化性溃疡常表现为规律性上腹部疼痛，胃溃疡多饭后发作，而十二指肠溃疡常空腹发作，进食则缓解。消化性溃疡常反复发作，在活动期x线检查可发现溃疡壁龛。

与慢性浅表性胃炎相鉴别：慢性浅表性胃炎病程较萎缩性胃炎相对较短，纤维胃镜检查病变部位粘膜充血水肿，反光增强，可有糜烂，或红白相间，以红为主，粘膜表面多见有乳白色分泌物附着，无粘膜下血管透见。活检可证实为浅表性炎症。

与胃癌相鉴别：若胃癌的癌肿位于胃底部或临近贲门时，可出现吞咽困难，位于幽门区者可有幽门梗阻症状。x线检查可见胃内钡剂充盈缺损，肿瘤表面有溃疡时可见龛影。此时应行纤维胃镜检查，经活组织检查可确诊。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

CAG的临床表现是复杂的，其主要有脘痛、腹胀、噯气、食欲不振、神疲乏力、大便溏软等脾胃虚弱之症状，部分CAG患者尚兼有怯寒怕冷之寒象症状及口苦咽干之热象症状，舌象以气虚阴虚舌象多见，脉呈虚象多见。本病辨证有虚有实，以本虚夹实多见^[4]。

（二）辨证分型^[5]

1. 脾胃（气）虚弱，气滞血瘀证

〔临床表现〕胃脘痞满、胀痛；纳呆食少，噯气矢气，胸闷气逆，面黄消瘦，体乏无力，大便不调，舌质暗红；脉沉细弦。

〔辨证分析〕饮食不节，禀赋不足致脾胃气虚，脾失运化，气机不得舒展畅运，久之胃之络脉自痹。故可见胃脘痞满、胀痛、噯气矢气，胸闷气逆，纳呆食少；生化乏源则面黄消瘦，体乏无力；舌质暗红为血瘀之象，脉沉细为脾胃气虚，脉弦为气滞之象。

2. 肝胃不和，郁火爆热证

〔临床表现〕胃脘灼热胀痛，痛窜胁肋，心烦易怒，气怒症重，嘈杂泛酸，便干尿黄，口苦咽干，舌红苔黄；脉象细弦。

〔辨证分析〕恼怒伤肝，肝气不能疏泄，横逆犯胃，或土虚木乘，致肝胃不和，故见胃脘胀痛，痛窜胁肋，气怒症重。若气郁化火，则可见胃脘灼热，心烦易怒，嘈杂泛酸，便干尿黄，口苦咽干，舌红苔黄，脉细弦。

3. 胃阴不足，气虚血滞证

〔临床表现〕胃灼隐痛，纳呆痞满，嘈杂灼热，口干咽燥，五心烦热，纳少无味，倦怠消瘦，大便不调，舌绛无苔，脉细弦涩。

〔辨证分析〕偏食辛辣、热烫食物，易伤胃阴，胃失濡养，则胃灼隐痛；胃阴不足，受纳失常，故纳呆痞满；阴虚津少，无以上承，则口干咽燥，无以下溉，则肠道失润故大便不调；阴虚内热则五心烦热；脾胃阴液受损，运化失常；水谷津液无以生化充养四肢，则倦怠消瘦；舌脉为阴虚液耗血滞之象。

4. 中气虚弱，湿热中阻证

〔临床表现〕胃痞胀闷，胃痛喜按，口苦口粘，大便不畅，身重乏力，苔黄厚腻，脉细弦滑。

〔辨证分析〕饮食失节，情志失调，致病久中气虚弱，脾胃升降不能，故胃痞胀闷，中气虚弱则胃痛喜按，脾虚则水湿不化，湿滞日久则可化热，湿热内蕴，则口苦口粘；脾虚湿滞，故身重乏力；湿热下注，大肠传导失职，则大便不畅，舌脉为湿热中阻及脾气虚之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗^{[1][3]}

CAG 被认为是不可逆转的，没有特效疗法的病，但近年来临床效果证明经治疗后可以有不同程度的恢复。西药对该病的治疗以缓解症状为主。

1. 消除病因

避免服用对胃有强刺激的食物和药物。忌烟酒，注意饮食规律，积极治疗慢性浅表性胃炎及有关的感染病灶。

2. 药物治疗

(1) 服用保护胃粘膜的药物，如硫糖铝，每次 1g，1 日 3 次。也可服维酶素片，6 片/次，每日 3 次；麦滋林 0.67g，每日 3 次。

(2) 若胃酸偏低或无酸可适量给予稀盐酸和胃蛋白酶。如 1% 盐酸 10ml，3 次/日，胃蛋白酶合剂 10ml 3 次/日。但胃液分泌量每日达 1.5~2.5L，30mL，1% 盐酸根本不能改变胃液的 PH 还有些患者服盐酸后反觉胃部不适，可能是粘膜糜烂，盐酸刺激所致。

(3) 对 PCA 阳性的 CAG 病人，特别是合并恶性贫血者，可试用肾上腺皮质激素，如强的松 5mg，3 次/日，2~4 个月，但临床效果不肯定，因此不作为常规治疗。此外合并贫血者，若为缺铁，应补充铁剂。大细胞贫血者根据维生素 B₁₂ 或叶酸缺乏分别给予补充，方法是维生素 B₁₂，50ug~100ug/日，肌注，20~30 天、叶酸 5mg~10mg，3 次/日，直至症状和贫血完全消失。

(4) 上腹胀满者，可服吗叮啉，每次 10mg，3 次/日，饭前半小时服。

(5) 伴胆汁返流性胃炎病人可服胃复安，每次 10mg~20mg，3 次/日，饭前服。

(6) 对幽门螺杆菌阳性的 CAG 患者，可服得乐冲剂，每次 1 袋，4 次/日。

3. 手术治疗

对 CAG 手术治疗应持慎重态度，对伴重度不典型增生是否手术切除仍意见不一致，但多主张手术治疗。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 脾胃虚弱，气滞血瘀证

[方法] 补中益气，理气活血。

[方药] 以补中益气汤（《脾胃论》）和失笑散（《太平惠民和剂局方》）加味。

党参 10g、黄芪 20g、白术 10g、当归 10g、陈皮 10g、炙甘草 10g、升麻 6g、柴胡 10g、砂仁 6g、蒲黄 15g、五灵脂 10g。

[加减] 夹食滞者可加莱菔子、麦芽等消导食滞，兼出血者加生三七、白芨以化瘀止血。

[分析] 方中以黄芪益气为君；党参、白术、炙甘草健脾益气为臣，共收补中益气之功。配陈皮理气，当归补血，均为佐药。升麻、柴胡升举下陷清阳，为补气方中的使药。五灵脂、蒲黄相须为用，通利血脉，祛瘀止痛，对瘀血积滞胃痛较适宜。

2. 肝胃不和，郁火燥热证

[治法] 疏肝理气，泄热和胃。

[方药] 以柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味。

陈皮、柴胡各 6g、川芎、香附、枳壳、芍药各 4.5g、甘草 1.5g。

[加减] 郁热明显者，可加丹皮、栀子、青皮等。

[分析] 柴胡透邪升阳以疏肝，枳壳行气，芍药益阴养血，与柴胡合而舒肝理脾；甘草甘温益气以健脾，加陈皮、川芎、香附，增强行气疏肝和血止痛之效。

3. 胃阴不足，气虚血滞证

[治法] 养阴益胃，补气活血。

[方药] 益胃汤（《温病条辨》）合失笑散（《太平惠民和剂局方》）加味。

沙参 5g、麦冬 15g、生地黄 20g、玉竹 10g、蒲黄 15g、五灵脂 10g。

[加减] 方中可加元胡活血止痛，加党参、黄精加强补脾胃气阴之力。

[分析] 方中沙参、麦冬、生地、玉竹滋养胃阴，是为甘寒生津之法。五灵脂、蒲黄可通利血脉，祛瘀止痛。

4. 中气虚弱，湿热中阻证

[治法] 补气健脾，清热化湿。

[方药] 四君子汤（《太平惠民和剂局方》）合三仁汤（《温病条辨》）加味。

人参 10g、白术、茯苓、炙甘草各 6g；杏仁 10g、飞滑石 18g、白通草 6g、白蔻仁 6g、竹叶 6g、厚朴 6g、生苡仁 18g、半夏 10g。

[加减] 可加黄芪以增强补气之力；恶心呕吐者加竹茹、生姜以和胃降逆；兼表湿者可加藿香以解表化湿；食欲不振明显者，加内金、焦三仙以消导食滞。

[分析] 方中以人参为君，甘温大补元气，健脾养胃。以白术为臣，苦温健脾燥湿。佐以茯苓，甘淡渗湿健脾；苓术合用，健脾除湿之功更强，促其运化。使以炙甘草，甘温调中。三仁汤中杏仁宣利上焦肺气，盖肺主一身之气，气化则湿亦化；白蔻仁芳香化湿，行气宽中；苡仁甘淡性寒，渗利湿热而健脾；加入滑石、通草、竹叶甘寒淡渗，增强利湿清热之功；以半

夏、厚朴行气化湿，散结除痞。

(三) 其他疗法

吴军^[6]分别用火针、毫针和药物治疗慢性萎缩性胃炎 420 例，发现火针疗效显著。420 例患者随机分为三组：①火针组 285 例。②毫针组 60 例。③药物组 75 例。治疗方法：①火针组：主穴分 2 组：膈俞、脾俞、上脘、建里、足三里为一组；肝俞、胃俞、中脘、下脘、足三里为另一组。配穴：脾胃虚弱加章门；肝胃不和加期门；胃阴不足加三阴交；胸闷恶心加内关。以上两组主穴交替使用，背俞穴可和相应夹脊穴交替使用，其他穴位两侧交替使用。

操作：选穴、消毒，将细火针针身于酒精上烧红至白亮，迅速将针刺入穴内，并立即而敏捷地出针，随后用消毒干棉球按压针孔。

②毫针组采用毫针，取穴同火针组，平补平泻，留针 30 分钟，中间行针两次。

火针和毫针组均隔日治疗 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间隔 10 天，3 个疗程后，第 4 个疗程前复查胃镜、病理，疗效评定。

③药物组：服维酶素、维生素 E、C，选服三九胃泰、猴头菌片等。连服 3 个月后复查胃镜、病理，疗效评定。

结果：火针组总有效率为 93%，毫针组、药物组分别 80%、38.7%，以统计学处理， $P < 0.01$ ，有非常显著性差异。

张氏等^[7]针灸治疗本病 110 例，方法为：取太白、公孙、梁门、中脘、脾俞、胃俞穴。然后太白穴直刺 3 分深，施迎随补泻之法后，将生姜片套于针底部，枣核大艾柱插于针柄上点燃施灸 10~15 壮。公孙穴直刺 3 分深，灸 20~30 壮。梁门穴直刺 5 分深，灸 30 壮。中脘穴直刺 8 分深，灸 20~30 壮。脾俞与胃俞均直刺 8 分深，刺灸法同上，灸 10~15 壮。隔日治疗 1 次，15 次一疗程。结果：本组 110 例，治愈 101 例，占 91.8%；无效 9 例，占 8.2%。治愈者中，1 个疗程内治愈 11 例（10.0%），2 个疗程内治愈 35 例（31.8%），3 个疗程内治愈 43 例（39.1%），4 个疗程内治愈 12 例（10.9%）。

吴氏^[8]采用温针治疗 A 型 CAG 102 例，方法是取双侧足三里、中脘。用 30 号不锈钢毫针，刺入足三里 1.5~2 寸，中脘 0.5~1 寸。得气后留针，于针尾穿以 1 寸长艾条，点燃，燃尽一段为一壮，每穴 2~3 壮，每天 1 次。1 个月为 1 疗程，两疗程后复查胃镜。其中治愈 2 例，占 11.8%；好转 71 例，占 69.6%；无效 19 例，占 18.6%。总有效率为 81.4%。

第四节 预防

一、未病先防

避免对本病发生有关的病因。精神愉快，防止情绪抑郁或恼怒。饮食有节，少食或不食刺激性食物。注意全面补充营养，戒烟，可少量饮酒。劳逸适度，增强机体免疫力。

二、既病防变

一旦患 CAG 应及时治疗, 则病变部位萎缩的腺体是可以恢复的。在重度 CAG 伴中、重度肠上皮化生及重度不典型增生者, 或伴癌胚抗原阳性的病人, 被认为属癌前期病变, 应引起足够的重视。在确诊后, 一般 1 个月到 3 个月之内行纤维胃镜复查, 积极服中药治疗。手术后萎缩性胃炎患者因长期受胆汁返流的刺激, 癌变率较高, 故应采取积极措施减轻碱性返流液刺激, 预防癌变发生。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993 年 12 月第 2 版, 第 255 页
- [2] 肖应健. 慢性萎缩性胃炎中医研究进展. 江西中医药, 1991, 22 (6)
- [3] 丁麦峰. 慢性萎缩性胃炎的研究进展. 浙江医学, 1993, 15 (4): 213
- [4] 肖应健. 慢性萎缩性胃炎中医药研究进展. 江西中医药, 1991, 22 (6): 50
- [5] 李乾构. 萎缩性胃炎辨证的证型探讨. 北京中医杂志, 1992, (3): 9
- [6] 吴军. 火针、毫针与药物治疗慢性萎缩性胃炎 420 例疗效分析. 中国针灸, 1990, (5): 1
- [7] 张玉璞等. 针灸治疗萎缩性胃炎 110 例. 中国针灸, 1993, 13 (4): 16
- [8] 吴鞠卿. 温针治疗 A 型慢性萎缩性胃炎 102 例. 中国针灸, 1993, 13 (5): 16

(附) 悉尼系统: 新的胃炎分类法

第九届世界胃肠病学会议于 1990 年 8 月 26 日至 31 日在澳大利亚悉尼市召开, 会上专家研究小组提出了胃炎的新分类法——悉尼系统。悉尼系统是一套高度灵活的分类系统, 将以往不同分类法统一起来, 具有广泛的应用价值。该系统包括组织学分类和内镜分类两大部分。组织学分类由病因、病变部位和病理形态三部分组成。按病理形态将胃炎分为急性、慢性和特异性三大类。对炎症、活动性、萎缩、肠上皮化生和幽门螺杆菌五项主要病变程度分成无、轻、中及重四个级别。病变部位要注明胃窦、胃体或全胃。病因包括幽门螺杆菌、自身免疫、药物及特发性等。内镜分类是对胃粘膜炎症特征作分级描述并注明部位, 据此将胃镜胃炎归纳为红斑渗出性、平坦糜烂性、隆起糜烂性、萎缩性、出血性、返流性及肥厚性等类型。(参考文献: Misiewicz JJ, et al. 悉尼系统新的胃炎分类法. 国外医学内科学分册, 1991, 18 (7): 289)

第八章 消化性溃疡

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，愈合后必然留有瘢痕，一般认为胃液的消化作用是溃疡形成的基本因素，故取名为消化性溃疡。由于溃疡主要在胃和十二指肠，故又称胃、十二指肠溃疡。本病是一类常见病、多发病，据统计每 10 人中就有 1 人患过消化性溃疡。目前一般认为本病属典型的身心疾病范畴，对其遗传关系，近年来研究也取得了不少成果。有研究表明，本病属于遗传异质性疾病范畴。本病可发生于任何年龄，但以青壮年为多，性别方面，男性较女性为多，二者之比为 2~4:1。十二指肠溃疡较胃溃疡多见。本病如防治不当，可引起严重的并发症，如大出血、胃穿孔和幽门梗阻等。因为本病的损伤因素主要是胃酸、胃蛋白酶的消化作用，而保护因素主要是粘液 HCO₃ 屏障和粘膜的修复机能，故对消化性溃疡的治疗都是着眼在减少胃酸分泌或增强胃粘膜的保护因素这两方面^[1]。

消化性溃疡属于中医的“胃脘痛”、“吐酸”的范畴。经过多年的探索，认为胃溃疡和十二指肠球部溃疡在发病机理和治法方面有所不同，胃溃疡多使胃和肝的生理功能遭到破坏而致相应的病理变化，主要是和降濡润、疏泄调达的功能失常，治疗当从通降和胃或疏肝和胃入手，十二指肠球部溃疡多使脾、脾胃或肝脾的生理功能遭到破坏而导致相应的病理变化，主要是升运化浊、纳化水谷或疏调气机的功能失常，治疗当用健脾益气、调和脾胃、疏肝健脾之法^[2]。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因^[3]

本病的病因较为复杂，概括来说溃疡的形成是粘膜的局部损伤与保护之间的不平衡，损伤因素的相对增强或保护因素的相对减弱，均可能导致消化性溃疡。

1. 损伤因素

(1) 胃酸、胃蛋白酶的影响：在损伤因素中，胃酸和胃蛋白酶分泌增多占主要地位，尤其是胃酸。胃酸是由乙酰胆碱、胃泌素、组胺刺激壁细胞分泌的。这三种刺激因子分别通过与壁细胞膜上的乙酰胆碱受体、胃泌素受体和组胺 H₂ 受体结合而使壁细胞分泌胃酸。胃酸分泌过多，则可损害粘膜而致溃疡。

(2) 精神因素：多年以来在精神应激和消化性溃疡病发病关系这个问题上存在着争议。许

多人相信应激和焦虑可以诱发消化性溃疡病,然而尚缺乏科学证据。但是,当前在研究精神因素在消化性溃疡病中所起作用这一问题还存在着许多方法学的问题,而且消化性溃疡病又是一组疾病的复合体,因此现在尚难完全排除应激是某些消化性溃疡病病人的病因因素的可能性。

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

(4) 药物的不良作用:阿斯匹林、消炎痛、保泰松、布洛芬、肾上腺皮质激素等,可通过各种机理引起消化性溃疡。

(5) 吸烟:吸烟可使胃酸和胃蛋白酶分泌增加,抑制消化道粘膜前列腺素的合成,造成胃粘膜血流量减少,抑制胰腺外分泌功能,使中和胃酸能力下降,影响幽门功能导致胆汁反流。

2. 胃粘膜保护因素的减弱

(1) 粘膜抵抗力降低:由于大多数胃溃疡和许多十二指肠溃疡发生在没有胃分泌增多的病人,从而推想溃疡的发生可能涉及粘膜抵抗酸和胃蛋白酶损伤能力的降低。决定胃粘膜抵抗损伤能力的因素还不很明确,可能包括粘膜血流、上皮细胞的再生、粘液分泌和粘膜屏障的完整性。如果这些粘膜抵抗力的因素被削弱,则有可能导致溃疡的发生。

(2) 前列腺素的缺乏:胃和十二指肠粘膜的内生前列腺素具有促进胃粘膜上皮细胞分泌粘液与 HCO_3^- 、加强粘膜血运循环和蛋白质合成、抑制胃泌素与胃酸分泌、保护胃粘膜屏障等作用。内生前列腺素合成障碍,可能是溃疡形成的机理之一。

(3) 胃、十二指肠炎症的影响:胃、十二指肠溃疡多伴有炎症,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、十二指肠炎除可能与胆汁、胰液反流有关外,晚近认为还可能与幽门螺杆菌(HP)感染有关。可在胃、十二指肠溃疡相邻的粘膜中常可检出HP。虽然此菌无直接导致溃疡形成的证据,但通过其所致的粘膜炎症,可能间接参与溃疡的发生,并有证据说明它与胃、十二指肠溃疡的顽固不愈和早期复发有密切关系。

3. 遗传因素

现已一致同意消化性溃疡病的发生具有遗传素质,而且证明胃溃疡病和十二指肠溃疡病系单独遗传,互不相干。

4. 其他疾病和消化性溃疡病的关系

消化性溃疡与一些疾病有一定联系,如类风湿性关节炎、慢性阻塞性肺部疾病、慢性肾功能衰竭、肝硬化、慢性胰腺炎、高钙血症等患者的十二指肠溃疡的发病率均高于一般人群。

(二) 病理

胃溃疡多位于胃窦小弯,有时见于大弯,亦位于幽门管。十二指肠溃疡多位于球部,偶位于球以下部份,称为球后溃疡。溃疡多呈圆形或椭圆形,直径一般小于2.5cm,深达粘膜肌层,边缘整齐,具有炎性水肿、细胞浸润和纤维组织增生等病变。底部平坦洁净,覆有灰白纤维渗出物。溃疡进一步发展时,则累及肌层和浆膜,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。

二、中医的病因病机

本病病因病机主要有情志所伤、饮食劳倦等方面。忧思恼怒，七情刺激，肝失疏泄，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，胃膜受损，均可致溃疡发生。长期体力、脑力劳动过度，伤脾耗气，运化迟滞，气血失畅，胃膜不生，而易发本病。本病病位在胃脾，与肝关系密切，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。并可兼脉络瘀阻之象。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

本病的疼痛具有局限性、缓慢性、节律性和周期性的特点。其中胃溃疡疼痛多位于剑突下正中或偏左，十二指肠溃疡则位于上腹正中或稍偏右。起病多缓慢，病程长达数年或数十年。胃溃疡疼痛多在餐后 0.5~2 小时发作，经 1~2 小时胃排空后缓解，其疼痛规律是进食→疼痛→缓解。十二指肠溃疡多在空腹时疼痛，一般在餐后 3~4 小时发作，进食后缓解，其规律是进食→缓解→疼痛，也可呈晚间睡前或半夜出现疼痛。如果胃溃疡位近幽门，其疼痛节律可与十二指肠溃疡相同。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。与饮食、精神情绪、治疗反应等亦有关。疼痛性质常为隐痛、烧灼样痛、钝痛、饥饿痛或剧痛，可为碱性药物所缓解。特殊类型溃疡如幽门管溃疡、球后溃疡、胃底贲门区溃疡、巨大溃疡、多发性溃疡、复合性溃疡或有并发症时，疼痛可不典型。

其他症状：反酸和泛口水、烧心、恶心、呕吐等。呕吐和恶心多反映溃疡具有较高的活动程度，大量呕吐宿食，提示幽门梗阻。

(二) 体征

缓解期多无明显体征，发作期如无并发症，可仅于上腹疼痛区有压痛点，一般较轻。后壁穿透性溃疡在背部 11~12 胸椎两旁常有压痛。

(三) 实验室及其他检查

1. X 线检查

应用硫酸钡混悬液作为不透过 X 线的对比物质进行胃肠道的 X 线检查是当前诊断消化性溃疡最普遍采用的手段之一。龛影的出现是本病的直接征象，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。在缺乏肯定溃疡壁龛的情况下，提示十二指肠溃疡病的 X 线所见是十二指肠球部畸形。

2. 内镜检查

纤维胃镜对诊断本病和鉴别良、恶性溃疡很有价值。在内镜下可见溃疡呈圆形或椭圆形，边缘充血、水肿，底部有白苔，皱襞可向溃疡集中，胃镜尚可按其所见分为活动期，愈合期、瘢痕期，并可在胃镜直视下取活检作病理检查。

3. 胃液分析

一般说来，十二指肠溃疡病、胃和十二指肠复合性溃疡病病人基础酸分泌和刺激后酸分泌增多，胃溃疡患者的胃酸分泌正常其胃酸幅度与正常有重叠，故对诊断帮助不大，用增大组胺或五肽胃泌素试验，有参考价值。

4. 其他检查：

活动性溃疡病时，粪中可出现潜血，在这种情况下，连续潜血检查可做为判断治疗效果的指标。

（四）并发症

胃、十二指肠溃疡病变向周围或深处发展，可侵蚀血管，穿透胃、十二指肠壁，幽门附近的溃疡往往因瘢痕形成而发生狭窄。出血、穿孔和梗阻是溃疡病威胁病人生命的三大严重并发症。胃溃疡恶性变也有认为是第四种并发症。

（五）诊断要点

1. 诊断

- (1) 慢性病程，周期性发作，常与季节变化、精神因素、饮食不当有关。
- (2) 上腹隐痛、灼痛或钝痛，服碱性药物后缓解，具有节律性疼痛。
- (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。局部压痛、激惹或变形等间接征象仅作参考。

(6) 胃镜检查：根据溃疡所见，可分为：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。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，其上有极少的薄苔。瘢痕期：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 3、6 项者可诊断为胃或十二指肠球部溃疡。

2. 鉴别诊断

(1) 与慢性胃炎鉴别：消化性溃疡与慢性胃炎均可有剑突下疼痛及嗝气、吐酸、烧心等症状。但慢性胃炎胃部症状无一定的规律性。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。

(2) 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、呃逆等，但症状缺乏溃疡病的节律性，常伴有神经精神症状，各种器械与生化检查均无异常。

(3) 与胃癌及胃溃疡癌变相鉴别: 一些溃疡型胃癌在早期其形态和临床表现可甚似良性溃疡, 应予严格区分, 明确溃疡性质。通常胃癌多见于中年以上, 病程较短, 并有进行性恶化过程, 疼痛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。制酸药一般效果不佳, 粪便潜血试验持续阳性, 胃液分析多缺乏胃酸。如果胃溃疡在短期内疼痛失去其节律性, 症状加重, 虽用抗酸药仍不能缓解, 应考虑溃疡癌变。胃癌与胃溃疡癌变的确诊, 主要依靠内镜直视下病灶活检。

(4) 与慢性胆道疾病相鉴别: 慢性胆囊炎和胆石症可引起慢性、复发性上腹痛。但其疼痛一般缺乏溃疡病的节律性, 主要为右上腹部疼痛、不适或典型的胆绞痛, 多因进食脂肪而发作, 应用碱性药物不能缓解, 莫菲氏征阳性。B 型超声与 X 线胆囊造影可明确诊断。

(5) 与胃粘膜脱垂相鉴别: 胃粘膜脱垂为间歇上腹痛, 无溃疡病的节律性疼痛, 制酸药物不能缓解, 左侧卧位可使疼痛缓解。X 线钡餐检查可确诊。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

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、瘀血停滞等, 多属实证; 胃阴不足、脾胃虚寒等, 多属虚证; 久病因虚而致气滞血瘀湿阻者, 属本虚标实。

对本病的辨证, 应在坚持传统中医脏腑辨证的同时, 结合纤维胃镜下的征象, 并用中医的理论加以认识和辨别。活动期胃溃疡以实热证为主, 以中焦湿热为多见; 静止期多虚实相兼。十二指肠球部溃疡初期寒热虚实错杂, 为本虚标实, 后期以虚证居多, 其中以中焦虚寒为主要表现^[4]。

(二) 辨证分型^[5]

1. 脾胃虚寒证

[临床表现] 胃脘隐痛, 喜暖喜按, 绵绵不断, 遇凉痛甚, 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。

[辨证分析] 脾胃虚寒, 病属正虚, 故胃脘隐痛。寒得温而散, 气得按而行, 所以喜暖喜按, 病属虚证, 多绵绵作痛不断, 空腹痛甚为脾胃虚的表现。脾胃虚寒, 则受纳运化失常, 故纳差。胃虚得食, 则产热助正以抗邪, 故得食痛减。脾主肌肉而健运四旁, 中阳不振, 则健运无权, 肌肉筋脉皆失其温养, 所以疲乏、四肢不温。脾虚生湿下渗肠间, 故大便溏薄。舌淡脉细弱, 皆为脾胃虚寒, 中气不足之象。

2. 胃阴亏虚证

[临床表现] 胃脘隐痛或灼痛, 口燥咽干, 纳呆食少, 大便干结, 舌红少津, 脉细数。

[辨证分析] 胃痛日久, 郁热伤阴, 胃失濡养, 故见胃痛隐隐或灼痛。阴虚津少, 无以上承, 则口燥咽干, 无以下溉, 则肠道失润而大便干燥。胃为燥土, 其性喜润恶燥, 胃阴不足, 受纳不能, 则纳呆食少。舌红少津, 为阴虚液耗之象。脉象细数, 乃阴虚内热之征。

3. 肝胃不和证

[临床表现] 胃脘胀闷, 攻撑作痛, 脘痛连胁, 嗳气频繁, 大便不畅, 每因情志因素而痛

作，苔多薄白，脉沉弦。

〔辨证分析〕肝主疏泄而喜条达，若情志不舒，则肝气郁结不得疏泄，横逆犯胃而作痛。胁乃肝之分野，而气多走窜游移，故疼痛攻撑连胁。气机不利，肝胃气逆，故脘胀噎气。气滞肠道传导失常，故大便不畅。如情志不和，则肝郁更甚，气结复加，故每因情志而痛作。病在气分而湿浊不甚，故苔多薄白。病在里而属肝主痛，故见脉沉弦。

4. 瘀血停滞证

〔临床表现〕胃脘疼痛，痛有定处而拒按，或痛有针刺感，食后痛甚，或见吐血便黑，舌质紫黯，脉涩。

〔辨证分析〕气为血帅，血随气行，气滞日久，则导致血瘀内停，由于瘀血有形，故痛有定处而拒按。瘀停之处，脉络壅而不通，故痛如针刺。进食则触动其瘀，故食后痛甚。若瘀停于胃者，则多见呕血；瘀停于肠者，则多见便黑；瘀停于胃肠者，则呕血与便黑同时并见。血瘀则舌少滋荣，故舌色紫黯。血瘀则血行不通，故脉来艰滞而涩。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

（一）常规治疗

包括精神安慰，消除紧张状态；避免食物及药物的刺激，戒饮浓茶和浓咖啡，戒烟酒。

（二）药物治疗^{〔1〕〔3〕}

现今对消化性溃疡的治疗都是着眼减少胃酸分泌和/或增强胃粘膜的保护因素这两方面。

1. 组胺 H₂ 受体阻断药

本类药物用法，传统上多根据组胺 H₂ 受体阻断药的血浆半存留期采用一日多个剂量的投药法。西米替丁 200mg，1 日 4 次或 400mg，1 日 2 次；4~6 周为 1 疗程。雷尼替丁疗效优于西米替丁，150mg，1 日 2 次；法莫替丁为新一代 H₂ 受体阻断剂，其抑制酸分泌效能较雷尼替丁强 7 倍多，较西米替丁强 30 倍以上。用法为 20mg，1 日 2 次。后两种药疗程同西米替丁。

2. 抗毒蕈碱药

新药哌仑西平（Pirenzepine）常用剂量为早、晚各服 50mg~100mg，疗程 4~6 周。

3. 胃泌素受体拮抗剂

丙谷胺，常用剂量为 400mg，每日 3 次。

4. 质子泵抑制药

理论上此种泵的抑制剂，将能在最大限度上抑制胃酸的分泌。80 年代这种泵（H⁺/K⁺ ATP 酶）抑制剂奥美拉唑（omeprazole，商品名 Losec，洛赛克）的问世，在溃疡病的治疗学上又出现了一次新的突破。常用量为：每日清晨口服 1 次，每服 20mg。本药副作用较轻，对肝肾无明显影响。

5. 胃粘膜保护剂

硫糖铝，常用剂量为 1.0g，1 日 3 次。胶体铋，即胶体次枸橼酸铋或三甲二枸橼酸铋，国外商品名 De-Nol，是一种复合性铋盐，作用机制可能和硫糖铝相似，并有抗幽门螺杆菌的作用，液体剂型每 5ml 内含三钾二枸橼酸 120mg。片剂 1 片含三钾二枸橼酸铋与 5ml 液体剂型的含量相同。常用剂量是 1 片或 5ml 1 日服 4 次（每日餐前半小时及晚餐后两小时），1 疗程为 4 周。生胃酮 50mg，每日 3 次，第 2 周以后适当减量，4~6 周为 1 疗程，因可引起钠水潴留，故高血压、心脏病、肾脏病、肝脏病者当慎用。

6. 呋喃唑酮

本药与甲氧咪胍具有同等疗效，且能治疗幽门螺杆菌感染，而幽门螺杆菌又与溃疡病发生密切关系，因此，有人认为抗幽门螺杆菌作用是本药抗溃疡机制之一。用法：第 1~3 天服 0.2g，每日 4 次；第 4~7 天 0.2g，每日 3 次；第 8~14 天 0.1g，每日 4 次，疗程共 2 周，溃疡愈合率可达 73%~84%。

（三）并发症治疗

1. 溃疡病大出血

一般于 12~24 小时内做急诊胃镜检查以确诊。具体治疗见“上消化道出血”。

2. 幽门梗阻

一般幽门梗阻病人，不宜施行紧急手术，先行内科治疗，因为丢失胃酸多，存在不同程度的碱中毒，故纠正水与电解质紊乱是治疗本病的首要问题，如经 3~5 天胃肠减压，病人能恢复饮食，病情逐渐好转，说明痉挛和水肿的因素得到消除，可继续观察，必要时重复钡餐检查。反之，如减压无效则说明为瘢痕性狭窄，必须采取手术治疗。如有恶性肿瘤的证据，无疑更须积极采取手术措施。

3. 溃疡病穿孔

急性穿孔一经确诊就应禁食，放置胃管抽吸胃内容物，防止腹腔继续污染；静脉输液和应用抗菌素以防止感染。在空腹下发生穿孔，病人来就诊时时限短、症状轻、一般情况好的单纯性小穿孔采取非手术疗法，可望穿孔自行闭合。以往频繁发作、症状严重或有并发症的病人，或在饮食下发生穿孔，估计急性穿孔破口大者，均应在病发 6~12 小时内施行紧急手术治疗。慢性穿孔发展虽较缓和，但仍可引起严重后果。由于疾病进展慢，溃疡往往与周围脏器粘在一起，穿入腹腔引起弥漫性腹膜炎者较少，但偶尔穿入附近已粘连的内脏，如胰腺、横结肠、胆囊等，可引起胰腺炎、胃结肠瘘、十二指肠胆囊瘘等。此时内科治疗难以收效，必须施行手术。

二、中医中药治疗

（一）辨证论治^{[5][6]}

1. 脾胃虚寒证

〔治法〕温中健脾。

〔方药〕黄芪建中汤（《金匮要略》）为主方。

黄芪 30g、桂枝 10g、白芍 20g、炙甘草 10g、生姜 10g、大枣 12g、饴糖 18g。

〔加减〕若泛酸者，可加吴茱萸暖肝温胃以制酸，另可加瓦楞子，泛吐清水较多者，可加干姜、陈皮、半夏、茯苓等以温胃化饮。如寒胜而痛甚，呕吐肢冷，可用大建中汤建立中气，或理中丸以温中散寒，中阳得运，则寒邪自散。痛止之后，可用香砂六君子汤调理。

〔分析〕方中黄芪益气补中；小建中汤温脾散寒，缓急止痛。

2. 胃阴亏虚证

〔治法〕养阴益胃。

〔方药〕一贯煎（《续名医类案》）加味。

当归 10g、川楝子 10g、枸杞子 12g、沙参 15g、麦冬 12g、生地 18g。

〔加减〕胃脘灼热疼痛，吞酸嘈杂者，可配用左金丸；兼瘀血者，加丹参、元胡、赤芍、桃仁等化瘀止痛；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、火麻仁以通便。

〔分析〕沙参、麦冬和养胃阴；生地、枸杞滋养肝肾阴液；当归养肝活血，且有流通之性；川楝子疏肝理气。

3. 肝胃不和证

〔治法〕疏肝理气。

〔方药〕柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味。

柴胡 10g、枳壳 10g、芍药 15g、甘草 10g、香附 10g、川芎 10g、陈皮 10g。

〔加减〕可选加郁金、青皮、木香等以加强理气解郁之效。若疼痛较甚者，可加川楝子、延胡索以加强理气止痛。嗳气较频者，可加沉香、旋复花以顺气降逆。

〔分析〕方中以柴胡、芍药、川芎、香附疏肝解郁；陈皮、枳壳、甘草理气和中，共奏理气止痛之功。

4. 瘀血停滞证

〔治法〕活血化瘀。

〔方药〕失笑散（《太平惠民和剂局方》）合丹参饮（《医宗金鉴》）加味。

生蒲黄 10g、五灵脂 10g、丹参 24g、檀香 10g、砂仁 6g。

〔加减〕可加当归、赤芍、元胡以加强活血止痛之力；兼气滞者，加柴胡、枳壳、香附以疏肝理气止痛；瘀血日久，耗伤正气者，加黄芪、白术以益气健脾；兼呕血、便黑者，加生大黄、白芍粉、藕节以化瘀止血。

〔分析〕生蒲黄、五灵脂行血散瘀止痛；丹参、檀香、砂仁活血理气和胃止痛。

（二）验方治疗

1. 益胃汤^[7]

〔组成〕白芍 18g、甘草 8g、台乌药、广木香各 6g、陈皮 5g。

〔加减〕胃脘灼痛，食后尤甚，泛酸嘈杂，舌红苔黄者，加蒲公英、麦冬，或左金丸；脘痛绵绵，喜热喜按，加桂枝、炮姜；痛有定处，屡发不已，加蒲黄、三七；大便秘结，加生大黄。

〔用法〕每日 1 剂，水煎分 2 次温服。2 个月为 1 疗程。

〔疗效观察〕用本方治疗 30 例消化性溃疡，对照组 20 例用西米替丁片，结果：治疗组治

愈 21 例, 治愈率 70%, 好转 8 例, 好转率 26. 7%, 无效 1 例。对照组治愈 10 例, 治愈率 50%, 好转 4 例, 好转率 20%; 无效 6 例。经 X² 检验, $P < 0. 05$, 两组疗效差别有显著性意义。

2. 溃疡散^[8]

〔组成〕进口冰片、凤凰衣、元胡、芡实、海螺蛸、浙贝母组成, 其重量比例为 3: 10: 10: 33: 33: 33。以上药物研细粉, 制成散剂。

〔用法〕胃痛发作时, 每次口服 3g。

〔功用〕止痛制酸。

〔疗效观察〕用本方治疗消化性溃疡 159 例作为治疗组; 82 例患者口服片剂 654—210mg 作为西药组。结果中药获显效 163 例 (81. 5%), 有效 25 例 (12. 5%), 无效 12 例 (6. 0%)。西药组获显效 46 例 (46. 0%), 有效 39 例 (39. 0%), 无效 15 例 (15. 0%)。中药组疗效明显优于西药组 ($P < 0. 01$)。

3. 溃疡散^[9]

〔组成〕鸡蛋壳 170g、佛手 50g、元胡 40g、草拔 50g、人参 10g、肉桂 40g、海螺蛸 120g、高良姜 50g、广木香 40g、鸡内金 30g。

〔用法〕焙干过筛。每日 4g~5g, 餐后 1 小时和晚睡前用温开水各送服 1 次, 1 个月为 1 个疗程。

〔功用〕温健脾胃, 散寒止痛。

〔疗效观察〕本组共 132 例, 其中胃溃疡 30 例, 愈合 18 例, 好转 6 例, 无变化 6 例。有效率为 80. 6%; 十二指肠球部溃疡 102 例, 愈合 76 例, 好转 18 例, 无变化 8 例, 有效率为 93. 5%。本散剂对十二指肠球部溃疡愈合率高于胃溃疡, 有显著性差异 ($P < 0. 05$)。

4. 胃康丸^[10]

〔组成〕黄芪 35 份、白术 16 份、沉香、砂仁各 6 份, 白芨、三角青、广木香各 12 份, 穿山甲、乳香、没药、三七粉各 10 份, 当归、山药各 15 份, 石斛、玉竹各 10 份, 元胡 16 份, 大贝母、生杭芍、乌贼骨、煅瓦楞各 18 份, 陈皮 20 份、生甘草 12 份, 以上诸药, 炼蜜为丸。

〔用法〕每次 10g, 每日 3 次, 饭前 1 小时给药。

〔功用〕制酸止痛、收敛生肌、健脾止血。

〔疗效观察〕用胃康丸治疗消化性溃疡 108 例, 并设对照组 (甲氧咪胍组) 89 例, 结果: 治疗组 108 例, 治愈 93 例 (占 86. 1%), 显著好转 9 例 (占 8. 3%), 好转 3 例, 无效 3 例, 总有效率为 97. 17%; 对照组 89 例, 治愈 69 例 (占 77. 52%), 好转 16 例 (17. 99%), 无效 4 例, 有效率为 95. 51%, 治疗组的治愈率显著高于对照组。

5. 溃疡汤^[11]

〔组成〕黄芪 30g、丹参 6g、陈皮 6g、乌贼骨 12g、黄连 6g、甘草 6g。

〔用法〕每剂煎四次, 1 日内分 3 次饭后服。

〔功用〕扶正祛邪, 抑菌, 促进溃疡愈合。

〔疗效观察〕用本方治疗 73 例消化性溃疡患者作为治疗组, 并设胃必治及胃舒平对照组。结果治疗组治愈 63 例, 治愈率 87%, 好转 6 例, 无效 4 例, 总有效率 94%。胃必治对照组 30 例, 治愈 24 例, 治愈率 80%, 好转 3 例, 无效 3 例, 总有效率 90%。胃舒平对照组 28 例, 治愈 18 例, 治愈率 64. 3%, 无效 10 例, 总有效率 64. 3%。中药溃疡汤治疗组, 随访一年

后经胃镜检查无复发，胃必治组复发2例，胃舒平组无复发。以X²检验，治疗组与胃必治组比较 $P>0.05$ ，无显著差异，与胃舒平组比较， $P<0.01$ ，有非常显著性差异。

6. 溃疡散胶囊^[12]

〔组成〕葛根15g、儿茶6g、白芍10g、元胡10g、白芨15g、大黄3g、白芷10g、乌贼骨20g、煅瓦楞子30g、砂仁6g、甘草10g。以上各药碾为末过筛，装入0号药用胶囊，每粒0.6g。

〔用法〕口服溃疡散胶囊每次5粒，每天3次。

〔功用〕制酸、消炎、祛瘀、生新。

〔疗效观察〕76例胃、十二指肠溃疡病人分为治疗组46例、对照组30例，治疗组服用溃疡散胶囊，对照组服用甲氰咪胍。两组均治疗42天。结果：中药治疗组中治愈38例，占82.6%，显效4例，占8.69%，有效3例，占6.51%，无效1例，占2.17%，总有效率97.83%；西药对照组治愈19例，占63.3%，显效2例，占6.66%，有效3例，占13.33%，无效6例，占20%。两组比较， $P<0.05$ 。半年后复发率治疗组为16.66%，对照组60%。

7. 经验方^[13]

〔组成〕丹参、黄芪各15g，蒲公英15~30g、黄芩、白术各10g，红花、甘草各6g。

〔加减〕肝胃郁热加黄连、吴茱萸、郁金、栀子；肝郁脾虚加柴胡、川楝子、山药；胃阴不足加北沙参、麦冬、石斛。

〔用法〕每日1剂，水煎服，日服2次。

〔功用〕活血解毒益气。

〔疗效观察〕应用本方治疗30例消化性溃疡患者作为治疗组，另外20例患者服用甲氰咪胍作为对照组，疗程均为5周。结果：治疗组总有效率为90%，对照组总有效率为85%，两组疗效无显著性差异（ $P>0.05$ ）；治疗组幽门螺杆菌阴转率达90%，而对照组仅达5%，两组比较有显著性差异（ $P<0.001$ ）；治疗组的1年复发率明显低于对照组（ $P<0.001$ ）。

8. 复方瓦甘散^[14]

〔组成〕煅瓦楞子150g、炙甘草100g、元胡100g、炒白术100g，混合研末装盒。

〔用法〕每次5g，饭前冲服，30天为1疗程。

〔功用〕补虚，活血，行气止痛，祛瘀生新。

〔疗效观察〕用本方治疗140例消化性溃疡病人，锡类散治疗60例。结果：复方瓦甘散的总有效率为90.8%，锡类散则为85%，两组比较：复方瓦甘散治愈率高于锡类散。另外，复方瓦甘散的胃脘痛消失时间、止血时间均短于锡类散组。

9. 溃疡散I号^[15]

〔组成〕三七粉1g、乌贼骨粉1.5g、枯矾粉0.5g，混匀后装0号胶囊。

〔用法〕每服4粒，每日4次。

〔功用〕化瘀护膜。

〔疗效观察〕用本方治疗活动期消化性溃疡50例，同时设20例服甲氰咪胍为对照组。结果：治疗组痊愈34例，好转15例，无效1例，总有效率为98%；对照组痊愈11例，好转6例，无效3例，总有效率为85%，两组总有效率有显著差异（ $P<0.05$ ）。

10. 溃疡宁^[16]

〔组成〕救必应15g、紫珠草15g、甘草5g、甘松10g、大黄粉0.8g、青黛0.4g、珍珠

层粉 1g 等组成, 制成片剂。

〔用法〕 每次 5 片, 每日 4 次, 疗程 6 周。

〔功用〕 清热宁胃、理气止痛、祛瘀生肌。

〔疗效观察〕 用本方治疗 36 例十二指肠球部溃疡为治疗组, 另外 12 例口服雷尼替丁为对照组。结果: 治疗组近期治愈率为 61. 1%, 总有效率为 100%, 消除各种症状的效果较好, 与雷尼替丁对照组的疗效基本相同 ($P>0. 05$), 同时, 溃疡宁对本病活动期的各个中医证型的临床治愈率也基本相同 ($P>0. 05$)。

11. 消溃膏 I 号、II 号^[17]

〔组成〕 消溃膏 I 号: 精制硫黄 1. 5kg、半夏 3kg、黄连 3kg、甘草 4. 5kg、煅龙骨 3kg、赤石脂 3kg、炙乳香 1. 5kg、炙没药 1. 5kg、炙象皮 1. 5kg、儿茶 1. 5kg、地骨皮 3kg、党参 6kg。其中甘草、地骨皮、党参煎水浓缩收膏。余药研粉, 加蜜 45kg 调为稀膏装瓶。

消溃膏 II 号: 熟附子 3. 6kg、干姜 3. 6kg、儿茶 0. 36kg、甘草 0. 72kg、苏叶 1. 8kg、川连 3. 6kg。干姜、甘草煎水浓缩收膏, 余药研粉, 加蜂蜜 44kg 调为稀膏装瓶。

〔用法〕 治疗一、二组分别服用消溃膏 I、II 号, 午饭和晚饭后约 1h 服药 10ml 左右, 少量温开水冲服。

〔功用〕 消溃膏 I 号温中补火、益气扶正、祛腐生肌、活血生肌; 消溃膏 II 号温清并行以畅气血、生肌收敛、活血止痛。

〔疗效观察〕 将消化性溃疡病人分为消溃膏治疗一组 (30 例)、治疗二组 (40 例) 和辨证分型对照组 (30 例)。治疗一、二组分别服用消溃膏 I、II 号, 辨证分型对照组根据辨证处方用药。结果: ①溃疡病的主要临床表现胃脘痛, 三组病例总有效率为 100%, 但治疗一组胃脘痛消失率为 93%, 治疗二组为 90%, 而对照组为 60%, 经统计学处理, 有极显著性差异 ($P<0. 01$)。②三组的临床症状总有效率均达 100%, 但治疗一组症状消失率 89. 6%, 治疗二组为 87. 5%, 对照组为 68. 9%, 各组之间有极显著性差异 ($P<0. 01$)。③治疗一组溃疡愈合率达 80%, 好转 20%; 治疗二组溃疡愈合率为 73%, 好转 17%; 对照组溃疡愈合率为 27%, 好转为 70%, 无效 3%。各组间有极显著性差异, 说明消溃膏 I、II 号在愈合溃疡方面疗效也明显优于辨证分型对照组。

12. 桂枝加芍药汤加黄芪^[18]

〔组成〕 黄芪 50g~100g、桂枝 10g、白芍 10g、炙甘草 10g、生姜 3 片、大枣 5 枚。

〔用法〕 水煎服, 日 1 剂。连服 3 个月。

〔功用〕 温中健脾、缓急止痛、生肌敛溃。

〔疗效观察〕 共治疗 170 例十二指肠球部溃疡, 结果治愈 155 例, 有效 15 例, 总有效率 100%。

13. 平胃散合芍药甘草汤^[19]

〔组成〕 白芍 25g、甘草、厚朴、陈皮、苍术各 15g, 砂仁、白术各 10g, 木香、白芨、延胡索各 15g, 黄连、吴茱萸各 5g。

〔加减〕 实证: ①气滞型, 原方重用木香、厚朴、陈皮, 并可加川楝子、枳实、青皮。②肝胃郁热型, 原方去砂仁、白术, 加丹皮、栀子。③血瘀型, 原方加蒲黄、灵脂、丹参、郁金。虚证: ①阳虚型, 原方加党参、干姜、黄芪。②阴虚型, 原方去苍术、白术、黄连、吴茱萸、木香, 加沙参、麦冬、石斛、五味子。

〔用法〕水煎服，日1剂，疗程平均为45天。

〔功用〕理气和胃、缓急止痛。

〔疗效观察〕共治疗胃、十二指肠球部溃疡35例，结果：痊愈22例，好转13例。

14. 芪香汤^[20]

〔组成〕炙黄芪15g、土木香15g、当归6g、川连6g、甘草5g、白芍9g。

〔加减〕①肝胃不和型加用柴胡、香附、郁金。②脾虚胃热型加蒲公英、栀子、黄芩。③伤阴者加沙参、石斛、玉竹。④脾虚肝郁型加佛手、柴胡、郁金。痛甚加沉香、甘松；兼便血者加白芨粉、蒲黄、乌贼骨。

〔用法〕水煎服，每日1剂，1疗程为4周。

〔功用〕补中理气，活血清热。

〔疗效观察〕用本方治疗消化性溃疡活动期120例，疗程最短20天，最长90天，平均36天。临床治愈90%，显效15%，有效5.8%，总有效率95.8%。

15. 核芝豆延汤^[21]

〔组成〕核桃仁30g、芝麻25g、延胡索15g、豆浆200ml，鸡蛋清两个组成。

〔用法〕先将核桃仁、芝麻、延胡索焙干研末，放入煮好的豆浆中，搅匀，然后放入蛋清。饭前15分钟喝下，每日3次，30日为1疗程。

〔功用〕镇静养神，健脾和胃，行气活血止痛。

〔疗效观察〕用本方治疗本病46例，治愈37例，好转8例，无效1例，总有效率97.8%。全部病例随访1~4年，复发4例，后经原方治疗2~3疗程痊愈。

16. 活络效灵丹加减方^[22]

〔组成〕当归15g、丹参15g、乳香15g、没药15g。

〔加减〕脾胃虚寒者加黄芪、白术、桂枝、炮姜、甘草；呕吐清水者加吴萸、半夏；四肢逆冷者加附子；心下水声者加二陈汤；肝郁气滞者加柴胡、白芍、甘草、香附、枳壳、陈皮、川楝子、赭石；肝胃郁热者加陈皮、青皮、白芍、丹皮、山栀；泛酸加黄连、海螵；口渴加生石膏、知母、花粉；吐血加赭石、三七；阴虚者加生地、玉竹、沙参、寸冬、石斛；食少纳呆者加焦三仙。

〔用法〕每日1剂，水煎服。

〔功用〕活血化瘀。

〔疗效观察〕应用本方治疗瘀血型溃疡病40例，服药时间达2个月。结果：痊愈36例，治愈率为90%；有效者2例，总有效率为95%；无效者2例。

17. 敛溃丸^[23]

〔组成〕连须葱白头、生甘草、绿矾、地榆粉、煅龙骨粉、淮山药粉、大枣、炼蜜，按照一定的工艺流程制成黑豆大小浓缩胶丸备用。

〔用法〕每日服3次，每次4~6粒，连续服30天为1疗程。

〔功用〕健脾益气，温阳和胃，生肌敛溃。

〔疗效观察〕治疗虚寒型胃、十二指肠溃疡70例，结果：治愈39例，好转27例，无效4例，总有效率94.2%。

18. 溃疡I号、II号方^[24]

〔组成〕I号方：旋覆花15g、厚朴花15g、柴胡12g、枳实15g、清半夏12g、黄连12g、

青礞石 10g、莪术 10g、没药 10g、白芨 30g、瓜蒌 20g、石菖蒲 12g、香附 20g、山梔子 10g、甘草 15g。Ⅰ号方：黄芪 15g、草果 10g、高良姜 12g、香附 20g、黄连 10g、甘松 15g、没药 10g、九香虫 6g、石菖蒲 12g、大白术 15g、薏苡仁 20g、白芨 20g、乌贼骨 15g、青木香 15g、桃仁 10g。

〔用法〕根据辨证分别应用溃疡Ⅰ号或Ⅱ号方，水煎服，每日3次，每次100ml。20天为1个疗程。

〔功用〕Ⅰ号方功用为理气祛痰化瘀；Ⅱ号方功用为健脾祛痰化瘀。

〔疗效观察〕分别采用Ⅰ、Ⅱ号方治疗消化性溃疡200例，均经3个疗程治疗。其疗效为Ⅰ号方140例：治愈71例，显效51例，好转18例。Ⅱ号方为60例：治愈32例，显效19例，好转9例。

19. 百合乌药汤合丹参饮加味^[25]

〔组成〕百合 15g、乌药 10g、白檀香 6g、丹参 15g、砂仁 6g、焦槟榔 10g。

〔加减〕瘀甚者加桃仁 10g；食滞者加炒莱菔子 10g；中寒者加桂枝 6~10g；胃热者加连翘 10g；吐酸者加乌贼骨 10g。

〔用法〕水煎成400ml，早、晚各半分服。

〔功用〕活血化瘀，理气止痛。

〔疗效观察〕用本方治疗消化性溃疡60例为治疗组，另30例病人口服甲氰咪呱为对照组。结果：治疗组59例有效，总有效率为98.3%；对照组26例有效，总有效率86.7%，两组有效率有显著性差异（ $P<0.05$ ）。治疗组溃疡愈合率为83.3%，对照组溃疡愈合率为63.3%，两组愈合率亦有显著性差异（ $P<0.05$ ）。疗程结束半年后，对溃疡痊愈者复查胃镜。治疗组复查了47例，有2例溃疡复发；对照组复查了19例，有4例复发。两组间复发率有显著性差异（ $P<0.05$ ）。

20. 溃疡散^[26]

〔组成〕乌贼骨 60g、赤石脂 30g、香橼 30g、鸡内金 30g、白芨 15g、甘草 30g。晒干、研粉、过筛即成。

〔用法〕每服1.5g，日服3次，连服2月。

〔功用〕祛瘀、生肌、止痛。

〔疗效观察〕用本散剂治疗胃及十二指肠溃疡283例，临床治愈75例，占26.5%；好转者195例，占68.9%；无效者13例，占4.6%。总有效率95.4%。

21. 蒲葭溃疡汤^[27]

〔组成〕党参 15g、茯苓 20g、桂枝、白术、大果榆、枳壳、菖蒲、炒蒲黄、白芨、海螵蛸、炮姜、红花、当归、五灵脂各12g，丁香、炙甘草各6g。

〔加减〕胃热去白术，加黄连 6g、山梔 12g；气虚者加黄芪 13g；夹湿者加藿香 15g；胃酸多加牡蛎、瓦楞子各12g；伴有呕血黑便者加云南白药 0.5g，每日3次口服。

〔用法〕水煎服，每日1次。

〔功用〕健脾、化瘀、止血、制酸。

〔疗效观察〕用本方治疗消化性溃疡60例为中药组，并设58例患者服用氢氧化铝凝胶、胃溃宁、云南白药为西药组。结果：中药组治愈45例，好转12例，无效3例，总有效率为95%。西药组治愈34例，好转13例，无效11例，总有效率81%。两组疗效经统计学处理，

$P < 0.05$, 有显著性差异。中药组治愈率及总有效率均高于西药组。

22. 平溃散^[28]

〔组成〕绞股蓝甙、沙棘、甘草等。

〔用法〕每次 6g, 每日 3 次。

〔功用〕补气、健脾、活血、止痛、收敛生肌。

〔疗效观察〕用本方治疗 80 例消化性溃疡为治疗组, 30 例服雷尼替丁为对照组。结果: 服药 3 周、5 周平溃散组愈合率为 92.5%, 99.2%, 对照组分别为 39%, 81.5%, 两者相比有显著性差异 ($P < 0.05$)。

23. 溃疡宁^[29]

〔组成〕党参 20g、白术 15g、黄芪 20g、救必应 15g、香附 15g、蒲公英 20g、丹参 20g、海螵蛸 15g、煅瓦楞子 15g、三七粉 3g、甘草 10g。

〔用法〕每日 1 剂, 水煎服, 6 周为 1 疗程。

〔功用〕健脾益气, 疏肝和胃, 消炎制酸, 活血化瘀。〔疗效观察〕应用本方治疗消化性溃疡 30 例为治疗组, 另 20 例病人采用辨证施治为对照组。结果: 治疗组显效率为 90.30%, 总有效率为 96.67%; 而对照组分别为 85.70%, 95.24%。两组比较均差别无显著意义 ($P > 0.05$)。胃镜疗效, 治疗组与对照组的治愈率分别为 83.33%, 52.38%, 差别有显著意义 ($P < 0.05$); 而总有效率分别为 96.67%, 95.24%, 差别无显著意义 ($P > 0.05$)。

24. 宁胃二白汤^[30]

〔组成〕炒枳实 10g、砂仁 10g、白芍 20g、白术 20g、党参 25g、云苓 12g、法半夏 12g、陈皮 10g、柴胡 10g、甘草 10g。

〔加减〕脘腹胀闷痛连两胁, 暖气较甚者加青皮、佛手; 大便如柏油状者加蒲黄炭、大黄炭、田七粉; 呕吐酸水甚者加海螵蛸、煅瓦楞、黄连、吴茱萸; 胃灼热较甚者加黄连、炒山栀; 头昏眼花, 面色萎黄者加黄芪、阿胶; 进食后腹胀甚者加生麦芽、焦山楂。

〔用法〕水煎服, 日 1 剂, 4 周为 1 疗程。

〔功用〕健脾和中, 治肝安胃。

〔疗效观察〕用本方治疗十二指肠溃疡 80 例, 结果: 治愈 52 例 (占 65%); 显效 15 例 (占 18.75%); 好转 8 例 (占 10%); 无效 5 例 (占 6.25%), 总有效率为 93.75%。

25. 谷麦散^[31]

〔组成〕早稻谷芽 3000g、大麦芽 1000g、鸡内金 250g、海螵蛸 200g、冰糖 250g。研末过筛即成。

〔用法〕饭后 1 小时, 温开水调服 1 汤匙, 每日 3 次, 服完为 1 疗程。

〔功用〕扶正固本, 祛瘀生新, 辅以祛邪。

〔疗效观察〕本散剂治疗胃及十二指肠溃疡 45 例, 痊愈 38 例, 好转 7 例, 总有效率为 100%。

26. 平痞散^[32]

〔组成〕佛手 150g、白芨 100g、青皮 100g、香附 100g、元胡 100g、乌贼骨 150g、玉竹 100g、甘草 100g。制成散剂。

〔用法〕日服 3 次, 每次 8g, 30 天为 1 疗程, 共服 1~2 个疗程。

〔功用〕疏肝和胃, 理气止痛。

[疗效观察] 用本方治疗溃疡病 105 例, 30 天治愈 73 例, 占 69. 52%, 60 天治愈 28 例, 占 26. 67%, 好转 3 例, 无效 1 例。

27. 黄芩合剂^[33]

[组成] 黄芪 30g、黄精 30g、玉竹 30g、甘草 6g、饴糖 30g、炙刺猬皮 5g、醋元胡 10g、代代花 5g、白芍 15~30g、蒲公英 30g、炒白芨 12g。

[用法] 水煎服, 日 1 剂。

[功用] 补脾益胃, 活血化痰。

[疗效观察] 用本方共治疗 76 例十二指肠溃疡患者, 结果: 临床治愈 62 例, 占 81. 6%, 好转 13 例, 占 17. 1%, 无效 1 例, 占 1. 3%。

(三) 其他疗法

1. 针灸

卢氏^[34]采用针刺治疗胃、十二指肠急性穿孔 24 例, 方法为: 采用双侧足三里为主, 辅以禁食, 胃肠减压, 抗菌素, 水和电解质及酸碱平衡处理。患者平卧位, 取双侧足三里, 用 40mm 毫针, 以 60° 角度快速捻转进针, 针尖向腹部方向斜刺, 深度为 30mm, 强刺激, 得气后接上电麻仪, 连续刺激 30~60min, 频率为 200Hz, 电流强度以本人能耐受为度, 第 1 天, 每隔 3~4h 1 次, 以后每隔 3~8h 1 次, 连续 2~3 天。并设 45 例手术组为对照。结果: 针刺组第 2 天就有 17. 3% 患者开始进食, 第 3 天达到 39. 0%, 平均为 2. 24 天。手术组: 第 3 天开始进食者为 11%, 第 5 天开始进食者为 43%, 平均 5. 36 天, 针刺组比手术组提前 3. 12 天。远期疗效: 针刺组 10 例经 6~10 年随访据 X 线复查结果: 溃疡愈合 7 例, 无溃疡征象 2 例, 十二指肠旧溃疡 1 例。手术组 19 例经 6~10 年随访, 死亡 4 例, 溃疡再穿孔 3 例, 溃疡复发再手术 12 例。

孙静等^[35]用针灸治疗消化性溃疡 40 例, 方法为: 主穴取中脘、章门; 胃俞、脾俞。脾胃虚寒型配足三里、三阴交, 偏虚寒疼痛者取中脘、足三里, 加艾条熏灸, 配用黄芪建中汤加减; 脾胃不和型偏火郁者配阳陵泉、期门、大陵, 偏气滞者配足三里、行间。住院患者每日治疗 1 次以上。两组主穴交替使用。针刺手法均用提插捻转补泻。每次留针 30min, 50 日为 1 个疗程。疗程结束后, 基本痊愈 29 例, 显效 8 例, 有效 2 例, 无效 1 例, 有效率 97. 5%; 胃镜疗效中, 痊愈 12 例, 显效 6 例, 有效 4 例, 无效 8 例, 有效率 80%。

陈氏^[36]应用针刺治疗 31 例胃、十二指肠溃疡穿孔, 方法有: ①体针取穴: 主穴、足三里、中脘、天枢、梁门。腹满剧痛者加气海、关元, 高热者加曲池、合谷, 恶心、呕吐者加内关、上脘, 腹胀、肠鸣音减弱者加脾俞、胃俞、大肠俞, 休克者针刺人中、十宣、涌泉。操作方法: 进针得气后用提插、捻转补泻, 除足三里用补法外, 均用泻法, 较强刺激, 留针 30~60 分钟, 每 15 分钟加强 1 次手法, 每 4~6 小时重复 1 次。②水针: 用 2% 当归或红花注射液, 取上述体针主穴, 每穴 0. 5~1ml, 每次使用 2 穴, 每日 2 次。③耳针: 取穴: 胃、腹、神门、交感、皮质下。方法: 每次 3~4 穴, 中强刺激, 留针 20~30 分钟, 4~6 小时 1 次。疗程: 每 4 小时治疗 1 次, 以 24~48 小时为限。结果: 本组 31 例, 单用体针治疗 25 例, 体针加水针 2 例, 体针加耳针 4 例。最长治疗 7 次, 最短治疗 3 次。其中 22 例为有效, 9 例无效, 中转手术治疗。

穆氏^[37]采取耳穴 (胃、脾、十二指肠、交感、内分泌) 贴压王不留行治疗消化性溃疡 72

例, 结果治愈 44 例 (占 61. 1%), 好转 26 例, 无效 2 例, 总有效率 97. 2%。

刘氏等^[38]对 300 例溃疡病人全部采用维生素 B₁100mg, 维生素 B₁₂250ug 混合穴位注射方法治疗, 以脾俞、胃俞为主穴, 脾胃虚寒者取此两穴; 肝气犯胃者加肝俞; 瘀血停滞者加梁丘。每穴注 0. 5ml 左右, 日 1 次, 10 天为 1 个疗程。每疗程间歇 4 天。结果: 300 例病人经过 6~7 个疗程后, 治愈者 106 例, 占 35. 3%; 好转者 192 例, 占 64%; 无效者 2 例, 占 0. 7%。总有效率达 99. 3%。

2. 穴位埋线

邵氏等^[39]应用穴位埋羊肠线治疗胃十二指肠溃疡病 500 例, 选穴: 第一组穴: 中脘、上脘、梁门 (双)、胃俞 (双)、脾俞 (双); 第二组穴: 足三里 (双)、上巨虚 (双、背部放射痛点。穴位消毒后局麻, 将羊肠线穿于三角缝合针上, 自中脘穴进针, 穿过皮下组织及肌层于上脘穴出针, 剪断肠线埋于皮下。用同样方法再从左梁门透右梁门, 胃俞透脾俞。对照组 480 例服西药治疗 3 个月。结果: 治疗组半年、一年的总有效率分别为 97. 6% 及 96. 8%; 对照组半年、一年的总有效率分别为 89. 6% 和 82. 5%。无论是半年疗效, 还是一年疗效治疗组均优于对照组 ($P < 0. 01$)。

李方儒等^[40]对消化性溃疡患者首先以 H₂ 受体拮抗剂进行正规治疗, 4~6 周后复查内镜确定溃疡愈合后随机分成两组进行长期随访。一组进行穴位埋线疗法 (选双侧胃俞、脾俞、上脘和中脘), 另一组为对照, 并进一步分为两组, 其一为 H₂ 受体阻滞剂维持组, 维持量用药 2 年, 其二为停药组, H₂ 受体拮抗剂维持用药不超过 1 个月。总共观察了 72 例病例。结果埋线组半年内复发率为 11. 4% (4/35), 明显优于停药组 55. 6% (10/18)。X²=10. 80, $P < 0. 005$ 。与维持组 21. 1% (4/19) 比较则无显著差别 (X²=1. 02, $P > 0. 05$)。随访超过半年后埋线组复发率明显增加至 51. 6% (16/31), 与停药组 50% (4/8) 比较已无显著性差别 ($P < 0. 01$), 不及维持组 (7. 1% 即 1/14) ($P < 0. 005$)。

魏氏等^[41]取下脘透上脘, 胃俞透脾俞 (双) 埋线, 治疗消化性溃疡 173 例, 总有效率为 94. 8%。本法对单纯性胃和十二指肠溃疡疗效较好, 对复合性溃疡疗效较差; 对成年病者疗效好, 对老年, 少年病者疗效较差。

王登山等^[42]取水分、下脘、中脘、上脘、鸠尾及脾俞 (双)、胃仓 (双) 穴位埋藏羊肠线治疗消化性溃疡 53 例, 结果: 治愈 37 例, 有效 13 例, 无效 3 例。

王福权^[43]用中药内服配合穴位埋线治疗胃十二指肠球部溃疡 70 例。内服药组成: 象皮 300g, 珍珠层粉 30g, 紫草茸 500g, 鸡蛋壳 500g, 绿豆粉 300g, 普鲁卡因粉 30g, 大黄 300g, 鲜猪胆汁 500g。配成散剂。每次服 10g, 1 天 4 次, 3 个月为 1 个疗程。穴位埋线取中脘、胃俞、脾俞、足三里穴。1 个月埋线 1 次, 3 次为 1 个疗程。经 1 个疗程治疗, 11 例胃溃疡中, 9 例痊愈, 2 例好转; 19 例十二指肠球部溃疡中, 16 例痊愈, 3 例好转; 40 例复合性溃疡中, 35 例痊愈, 5 例好转。总有效率为 100%。

3. 食疗

冯五金等^[44]用传统中药和普通饼干原料加工成的新型食疗饼干胃宝康, 配合胃及十二指肠溃疡治疗。胃宝康的主要成份为: 精面粉、精白精、精炼植物油、精盐、膨松剂, 珍珠钙粉、砂仁等。比例为 500g 成品饼干中含中药粉 15g。74 例胃及十二指肠溃疡病人作为试者, 在食用胃宝康前一周以及食用期间, 尽可能保持治疗药物稳定。以餐间佐食或胃部症状明显时即食, 每次食量不少于 30g, 疗程最短不少于 2 周, 总用量不少于 1000g, 多食不限。结果:

消化性溃疡 74 例患者有效率达 100%。其中 53 例接受胃镜检查, 有 38 例完全愈合, 15 例不完全愈合, 而单纯药物治疗组的 51 例患者中完全愈合 23 例, 不完全愈合 23 例, 两组比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。

4. 灌肠

刘漠农等^[45]用单味大黄保留灌肠治疗溃疡病急性穿孔一、二期患者, 效果满意。方法为: 单味大黄末 5g, 沸水冲调至 100ml~200ml, 待水温降至约 40℃ 时, 用导尿管注入直肠内保留 1~2 小时。每日 2 次。同时胃肠减压、半卧位、补液治疗。共治疗 13 例, 治愈 11 例, 占 84.6%, 无效 2 例, 占 15.4%。2 例无效者, 均为饱食后穿孔, 腹穿液多, 腹腔污染严重, 保留灌肠无效而中转手术。

5. 胃镜下局部敷药

李氏等^[46]采用胃镜下局部敷撒中药粉治疗消化性溃疡 33 例, 并与口服雷尼替丁 30 例作对照观察。方法为: 胃镜检查发现溃疡后, 经由钳导孔导入装有中药粉剂的塑料管 (导管末端以少许凡士林封口, 以防胃液进入导管, 导致药粉结块堵塞, 外端连接 50ml 注射器) 向溃疡面喷洒, 使之在创面上形成较为均匀的药膜, 术后 4h 进食。如未愈, 10 日后重复上述治疗 1 次。中药组成: 枯矾、冰片、硼砂、青黛、珍珠各等份, 研极细末, 过筛。结果: 近期疗效: 治疗组 1 次治愈者 21 例, 占 63.3%; 2 次治愈者 6 例, 占 18.2%; 3 次治愈者 2 例, 占 6.1%; 共治愈 29 例, 占 87.9%。对照组治愈 15 例, 治愈率 50%, 两组具有非常显著性差异 ($P < 0.01$)。远期疗效: 1 年后治疗组 29 例复发 2 例, 占 6.9%, 对照组 15 例复发 7 例, 占 46.7%, 两组具有非常显著性差异, $P < 0.01$ 。

三、中西医结合治疗

马连生^[47]对 300 例消化性溃疡患者分别以清创敷药、注射及内服“溃疡灵胶囊”治疗, 并设对照组 (服用泰胃美) 进行近期疗效对照观察。具体治疗方法为: ①溃疡灵胶囊组成: 青黛 1.1g, 冰片 0.5g, 珍珠 0.3g, 黄连素 0.2g, 三七 1.5g, 研末装胶囊, 每粒 0.4g。服法: 每晚睡前服 9 粒。②局部治疗: 胃镜下检出溃疡后, 清创, 溃疡周边粘膜下注射山莨菪碱 30mg, 甲氰咪呱 300mg, 庆大霉素 8 万 U。另外用中药 (白芨 3g, 阿胶 2g, 三七 1.5g, 冰片 0.1g, 珍珠 0.3g) 配成混悬液, 注敷在溃疡面上。治疗组一般局部治疗 1~3 次, 每次间隔 1 周。共 3 个疗程。结果: A. 腹痛及其他症状缓解情况: 第一疗程治疗组缓解率明显好于对照组 ($P < 0.01$)。2~3 个疗程两组缓解率无显著差异 ($P > 0.05$)。B. 两组溃疡愈合率无显著性差异 ($P > 0.05$)。③随访结果: 半年内胃溃疡复发者: 治疗组 4 例 (3.0%), 对照组 20 例 (14%); 一年之内复发者: 治疗组 18 例 (12.0%), 对照组 85 例 (57%); 一年半复发者: 治疗组 19 例 (13.0%), 对照组 95 例 (63%)。不同时期两组复发率有显著差异 ($P < 0.01$)。

徐永正^[48]对 20 例活动性消化性溃疡采用锡类散胃镜下直接喷涂合小剂量雷尼替丁治疗, 并与 22 例雷尼替丁组进行对照观察。方法为: 治疗组对溃疡表面之积苔予以清除, 抽除胃内液体, 以锡类散 10 支 (每支 0.3g) 由导管从胃镜活检孔内插入至离溃疡面 1~2cm 时, 将药物直接喷涂于溃疡表面, 术后再禁食 4~6 小时, 其中 12 例曾静脉滴注或静脉注射 50% 葡萄糖 40ml~60ml, 并每晚睡前口服雷尼替丁 150mg; 治疗对照组用药时间均为 4 周, 治疗

组内镜内给药共2次。结果：治疗组溃疡愈合16例，有效率90.0%。对照组溃疡愈合10例，有效率58.2%。两组间疗效差异显著（ $P < 0.05$ ）。另外，对HP转阴进行了观察，治疗组11/13例转阴，而对照组2/15例转阴，两组间差异显著（ $P < 0.05$ ）。

另据马连生等^[49]报道，为了治疗难愈性溃疡，他们对508例胃及十二指肠溃疡患者随机分为内镜（内镜）下局部治疗配合内服穿甲胃弹冲剂（含穿山甲6g，黄芪12g，三七5g，黄连5g，细辛3g，白芨10g）（称局组）260例和西咪替丁组（称西组）248例对比治疗。结果显示两组近期愈合率、总有效率无显著性差异；主要症状中缓解率，局组第1周为70%，第2周为97%；西组分别为33%和64.5%，两组差异显著（ P 均 < 0.05 ）。幽门螺杆菌（HP）消失率，局组胃溃疡和十二指肠溃疡分别为71.2%和78.3%；西组分别为5.3%和7.2%，两组有非常显著性差异（ P 均 < 0.01 ）。18个月随访局组复发率胃溃疡和十二指肠溃疡分别为13%和14.2%；西组为63%和71.3%，两组有非常显著性差异（ P 均 < 0.01 ）。结果表明，采用内镜下局部治疗配合内服穿甲胃弹冲剂是治疗难愈性溃疡较为理想有效的药物和方法。

叶青泉^[50]分别以西药、中医、中西医结合治疗消化性溃疡。方法为：①西药治疗组30例，用普鲁本辛、丙谷胺、甲氰咪胍等西药。②中药治疗组30例，辨证分四型：脾胃虚寒型：方用黄芪建中汤加减；肝胃不和型：方用龙牡柴胡疏肝汤加减；肝郁化热型：方用化肝煎合左金丸加减；血络瘀滞型：方用失笑散加味③中西医结合治疗组30例，治疗方法按上述中医辨证四型方药，结合西医局部病理变化用西药。结果：西药组的治愈率为43.3%，平均治愈天数40.1天；中药组治愈率为53.3%，平均治愈天数38天；两组疗效无明显差异（ $P > 0.1$ ）。中西医结合组治愈率76.6%，平均治愈天数37天，与西药组比差异非常显著（ $P < 0.01$ ），以中西医结合治疗效果为最好。

徐化文等^[51]将120例消化性溃疡病人分为三组：A组40例，予西咪替丁治疗；B组40例给建中愈疡汤，以桂枝、延胡索、白芨、炒白术、乌贼骨、旱莲草、生黄芪、蒲公英、干姜为基本方，水煎服，日1剂。C组40例建中愈疡汤合西咪替丁同时服用。结果：A组治愈22例，好转12例，无效6例，总有效率为85%。B组治愈19例，好转16例，无效5例，总有效率为87.5%。C组治愈30例，好转9例，无效1例，总有效率为97.5%。C组疗效明显高于A、B两组。

于本固^[52]将120例消化性溃疡病人随机分为白药加甲氰咪胍组（观察组），甲氰咪胍组（对照组），每组各60例。观察组投给云南白药0.5g，每日3餐前0.5h温开水服，甲氰咪胍0.2g每日3餐后服，睡前加服0.4g。对照组甲氰咪胍的剂量与用法同观察组。4周为1疗程，共2个疗程。结果：第一疗程观察组痊愈42例（70%），好转12例（20%），总有效率为90%；对照组痊愈26例（43.3%），有效15例（25%），总有效率为68.3%。第一疗程两组的治愈及总有效率差异均非常显著（ P 均 < 0.01 ）。2个疗程结束后，观察组痊愈56例（93.3%），对照组痊愈46例（76.7%），两组差异显著（ $P < 0.05$ ）。两组的总有效率分别为96.67%与93.3%，无显著差异。

曾氏^[53]治疗消化性溃疡30例，方法为：治疗开始用中药“胃脘化瘀汤”（当归12g，川芎9g，玄胡9g，丹参15g，五灵脂9g，蒲黄6g，赤芍9g，红花5g，白芍15g，甘草6g），水煎服，日1剂，连服4~5剂。停中药后续服痢特灵（0.1g）、猴菇菌片、维生素B₁、B₆。连服4~6周。结果：①临床总有效率为96.7%。②溃疡总愈合率为83.3%。③25例溃疡完全

愈合患者随访7~10年,复发4例,复发率为16%。

姜文华等^[54]采用非手术疗法治疗消化性溃疡穿孔585例。治疗方法有:①一般治疗:包括胃肠减压、静脉输液,适当应用抗生素。②口服甲氰咪胍,全疗程6个月。③电针治疗:针刺中脘、天枢(双)、梁门(双)、足三里(双)穴,停针60分钟。④中药灌胃:待腹痛明显缓解,体征减轻,闻及肠鸣音时,即可经胃管分次,缓慢灌注加减大柴胡汤100ml(共分4次:10ml、20ml、20ml、50ml,每次间隔20~30分钟),灌注后夹管1~2小时,严密观察症状变化。经以上治疗4~6小时,病情无好转或加重者,中转手术治疗。结果:本组790例中,直接手术145例,死亡22例,病死率为15.2%;非手术治疗585例中,死亡9例,病死率1.5%;中转手术60例中,死亡2例,病死率3.3%。中转手术率(60/645例)占9.3%。在非手术治疗组585例中,平均症状消失时间为5.8小时。对前10年350例非手术治疗组患者中268例进行随访,结果远期疗效良好者210例,占非手术治疗总数的78.2%。

第四节 预防

消化性溃疡属于身心疾病范畴,故心理、社会因素对发病起着重要作用。预防本病应注意保持心情愉快、乐观、避免精神过度紧张,劳逸结合,进行体育锻炼。避免暴饮暴食,或饥饱无常,避免生冷刺激性食物和烟酒,慎用某些药物,如阿斯匹林、保泰松、利血平、咖啡因和激素等。如已患本病,则应积极彻底治疗,以防本病的并发症发生。另外,即使经治疗后,溃疡已愈合,但本病的复发率仍很高。溃疡病的复发周期多发生在冬春、夏秋之交,是因为此期寒热转变陡剧,处于由阴出阳由阳入阴的天时阴阳转折之际。可以认为仅溃疡的暂时愈合,并没有消除“虚寒”这一基本病理和体质状态的影响因素,仍可能是溃疡复发的“温床”,不能认为已经从根本上解决了问题而中断治疗。因此当健脾温中法治愈溃疡病后,仍需延用这一法,继续治疗以求彻底消除溃疡病复发的潜在因素,达到“四季脾旺不受邪”,增强胃粘膜自身抵抗能力^[55]。

参考文献

- [1] 江绍基. 消化性溃疡治疗的沿革. 中华消化杂志, 1991, 11 (5): 249
- [2] 田德录. 消化性溃疡临床研究述评. 北京中医学院学报, 1991, 14 (6): 1
- [3] 郑芝田. 胃肠病学, 人民卫生出版社, 1993年12月第2版, 第255页
- [4] 习栓成等. 田德录教授治疗胃、十二指肠溃疡的经验. 北京中医学院学报, 1993, 16 (4): 32
- [5] 叶继夫. 中医治疗消化性溃疡近况. 河北中医, 1992, 14 (5): 11
- [6] 张伯臾. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985年10月第1版, 第133页
- [7] 夏中华. 益胃汤治疗消化性溃疡30例临床观察. 浙江中医杂志, 1991, 26 (3): 103
- [8] 林永禧. 溃疡散对消化性溃疡200例止痛效果观察. 中医杂志, 1991, 32 (7): 23
- [9] 左常兴等. 溃疡散治疗消化性溃疡187例疗效观察. 河北中医, 1991, 13 (3): 23
- [10] 李彪等. 胃康丸治疗消化性溃疡108例. 陕西中医, 1992, (8): 342
- [11] 房丽云等. 中药溃疡汤治疗消化性溃疡73例疗效观察. 中医杂志, 1990, 31 (1): 23
- [12] 余泽勋等. 自制“溃疡散胶囊”治疗胃十二指肠溃疡观察. 实用中西医结合杂志, 1990, 3 (3): 145
- [13] 毛新宽等. 活血解毒益气法对消化性溃疡疗效和复发的影响. 河北中医, 1992, 14 (5): 17
- [14] 王国田等. 复方瓦甘散治疗消化性溃疡140例疗效观察. 山西中医, 1991, 7 (2): 21

- [15] 李康等. 化瘀护膜法治疗消化性溃疡 50 例疗效观察. 北京中医学院学报, 1991, 14 (6): 23
- [16] 周福生等. 溃疡宁治疗十二指肠球部溃疡活动期疗效观察. 广州中医学院学报, 1990, 7 (4): 213
- [17] 唐旭东等. 消化性溃疡从疽论治. 山东中医学院学报, 1990, 14 (3): 2
- [18] 陈汝润. 桂枝加芍药汤加黄芪治疗十二指肠球部溃疡 170 例观察. 黑龙江中医药, 1991, (4): 21
- [19] 郭汉卿. 平胃散合芍药甘草汤治疗胃、十二指肠球部溃疡 35 例. 辽宁中医杂志, 1990, (11)
- [20] 伊春锦等. 芪香汤治疗消化性溃疡活动期 120 例临床观察. 福建中医药, 1992, 23 (6): 10
- [21] 孔祥武等. 核芝豆延汤治疗消化性溃疡的疗效观察. 浙江中医杂志, 1990, (12): 541
- [22] 王天庆. 活血化瘀法治疗瘀血型溃疡病四十例报告. 黑龙江中医药, 1990, (4): 23
- [23] 邹逸天等. 敛溃丸治疗虚寒型胃、十二指肠溃疡病 70 例. 南京中医学院学报, 1991, 9 (1): 40
- [24] 田养年. 200 例消化性溃疡临床疗效观察. 上海中医药杂志, 1993, (2): 9
- [25] 李康等. 百合乌药汤合丹参饮加味治疗消化性溃疡 60 例疗效总结. 北京中医学院学报, 1990, 13 (4): 21
- [26] 高福厚. 溃疡散治疗 283 例胃及十二指肠溃疡病. 内蒙古中医药, 1992, 11 (2): 17
- [27] 彭富春等. 蒲芩溃疡汤治疗消化性溃疡 60 例疗效观察. 云南中医杂志, 1992, 13 (2): 24
- [28] 李长顺等. 平溃散治疗消化性溃疡 80 例临床观察. 西安医科大学学报, 1993, 14 (3): 253
- [29] 刘绍能等. 溃疡宁治疗消化性溃疡疗效观察. 广西中医药, 1992, 15 (1):
- [30] 欧阳伟国. 宁胃二白汤治疗十二指肠溃疡 80 例. 湖南中医杂志, 1992, (3): 42
- [31] 张忠. 谷麦散治疗胃及十二指肠溃疡 45 例. 湖南中医杂志, 1992, (3): 43
- [32] 马烈. “平痞散”治疗溃疡病 105 例观察. 实用中医内科杂志, 1992, 6 (3): 39
- [33] 李雅琴. 黄芩合剂治疗十二指肠溃疡. 浙江中医学院学报, 1991, 15 (2): 16
- [34] 卢燕燕. 针刺治疗胃、十二指肠溃疡急性穿孔 24 例. 上海针灸杂志, 1993, 12 (1): 25
- [35] 孙静等. 针灸治疗消化性溃疡 40 例. 陕西中医, 1991, 12 (3): 130
- [36] 陈文娟. 针刺治疗 31 例胃、十二指肠溃疡穿孔的临床观察. 上海中医药杂志, 1991, (12): 27
- [37] 穆绪超. 耳穴贴压法治疗消化性溃疡 72 例. 陕西中医, 1993, 14 (1): 31
- [38] 刘华元. 穴注维生素 B₁B₁₂ 治溃疡病 300 例疗效观察. 江西中医药, 1992, 23 (3): 40
- [39] 邵风梅等. 穴位埋藏羊肠线治疗胃十二指肠溃疡病 500 例疗效观察. 中国针灸, 1992, (5): 1
- [40] 李方儒等. 穴位组织疗法防止消化性溃疡复发前瞻性研究——附 72 例长期随访结果. 天津中医, 1991, (2): 13
- [41] 魏殿鹏等. 穴位埋线治疗消化性溃疡 173 例疗效观察. 新中医, 1991, (2): 36
- [42] 王登山等. 穴位埋藏羊肠线治疗消化道溃疡 53 例. 河南中医, 1993, 13 (5): 218
- [43] 王福权. 象皮珍珠散配合穴位埋线法治疗胃十二指肠球部溃疡 70 例. 吉林中医药, 1993, (5): 27
- [44] 冯五金等. “胃宝康”食疗作用的临床观察. 山西中医, 1993, 9 (1): 38
- [45] 刘漠农等. 单味大黄保留灌肠治疗溃疡病急性穿孔 13 例体会. 中西医结合杂志, 1991, 11 (11): 650
- [46] 李延茎等. 胃镜下局部敷撒中药末治疗消化性溃疡的临床观察. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (11): 679
- [47] 马连生等. 中西医结合治疗消化道溃疡 300 例疗效观察. 山西中医, 1992, 8 (5): 14
- [48] 徐永正. 锡类散合雷尼替丁治疗消化性溃疡疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (3): 177
- [49] 马连生等. 中西医结合治疗难愈性溃疡疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (9): 524
- [50] 叶青泉. 中西医分组治疗胃十二指肠溃疡对比观察. 陕西中医学院学报, 1993, 16 (1): 12
- [51] 徐化文等. 建中愈痞汤合西咪替丁治疗消化性溃疡的疗效观察. 上海中医药杂志, 1993, (2): 9
- [52] 于本固等. 云南白药加甲氰咪胍治疗消化性溃疡 60 例. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (3): 182

-
- [53] 曾鹏翔. 中西医结合治疗消化性溃疡 30 例远期疗效报告. 江西中医药, 1991, 22 (5): 31
- [54] 姜文华等. 非手术治疗消化性溃疡穿孔 585 例体会. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (12): 745
- [55] 江杨清. 抗消化性溃疡复发的临床思路与方法. 中医杂志, 1992, 33 (4): 48

第九章 胃粘膜脱垂症

胃粘膜脱垂症是指胃窦部粘膜通过幽门进入十二指肠而言。我国自1957年开始有关本病的报导。其发病率为1.05%~2.03%，男性多于女性，发病年龄以30岁~60岁多见。按其临床表现分为有症状及无症状两种。按其发病原因可分为原发性与继发性两种。本病在临床上不多见，但病情严重时，可引起幽门梗阻、出血甚至坏死，故需积极进行防治。

胃粘膜脱垂症属中医“胃脘痛”、“反胃”、“呕吐”、“痞满”等病范畴。认为本病多由饮食不节或劳伤过度，致脾胃气虚，邪气壅滞，胃气不降，造成虚实夹杂之候。正如《脾胃论》云：“幽门不通，上冲，……气不得上下。”

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

本病的病因多为胃窦部粘膜的慢性炎症、溃疡、粘膜水肿等，引起局部粘膜皱襞肥大、冗长、松弛，当胃蠕动加强时，使胃窦部粘膜脱入幽门管。少数为胃窦部粘膜皱襞畸形，或胃的粘膜下层先天性松弛所致。此外，本病的发生与胃蠕动异常亦有一定关系，当粘膜发生病理变化如水肿、炎症、肥厚等情况时，胃粘膜正常的活动性丧失，肥大的粘膜作为异物，被增强的胃蠕动挤出幽门管，脱入十二指肠。

本病按其发病原因可分为原发性和继发性两种，原发性如高度活动的胃皱襞及先天性胃皱襞肥大。继发性可分为良性：如急、慢性胃炎、溃疡病，由充血性心衰或低蛋白血症引起的粘膜下水肿。恶性：如淋巴性白血病。

胃粘膜脱垂症的病理表现为胃粘膜皱襞冗长，松弛易动，或水肿，排列紊乱，可有浅在的糜烂或溃疡或假息肉形成；镜下可发现脱垂的粘膜充血、水肿，并有不同程度的淋巴细胞、浆细胞及嗜酸细胞浸润。

二、中医的病因病机

（一）脾胃虚弱

饮食不节、饥饱失常或劳倦过度；忧愁思虑，损伤脾胃；或大病久病之后，失于调养，均能损伤中气，导致脾胃虚弱，升降失常，胃体粘膜失于固摄而下垂。

（二）脾肾阳虚

年老体弱之人或素体阳虚，或因脾胃久病，日久及肾，肾阳不足，无以温煦脾阳，脾胃失于温养，无力固摄，胃膜弛缓，痰饮内停。

（三）寒热夹杂

胃病日久，复因忧思恼怒，则气郁而伤肝，肝失疏泄，郁而化热，肝气横逆犯胃，胃气失于和降而导致胃膜弛缓。

（四）气虚血瘀

多因胃病日久不愈，导致中气虚弱，气虚无力运血，瘀血内停，瘀血阻滞壅阻胃脘日久，导致幽门不通。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

胃粘膜脱垂可以没有任何症状，只是在胃肠X线钡剂造影时发现。因其常与慢性胃炎、溃疡病等同时存在，故易为其他胃病引起的症状所掩盖。

胃粘膜脱垂引起的主要症状为上腹部疼痛，多在饭后发生，呈阵发性，不放射，服用碱性药物不易缓解，缺乏周期性及节律性。左侧卧位易发生疼痛或使其加重，有人认为此点为本病的特征表现。此外，可有上腹胀满、不适、打呃、烧心等症状。

当脱垂的粘膜引起暂时性幽门梗阻时，则出现持续性上腹剧痛，恶心呕吐。

（二）体征

胃粘膜脱垂病人多无阳性体征发现，部分病人在上腹部或右上腹部有深在压痛，个别病人可于上腹部触到柔软的包块。

（三）实验室及其它检查

大便潜血可呈阳性，胃液分析多数正常，若有高胃酸时，应注意合并十二指肠溃疡病的可能。X线胃肠钡餐造影是诊断本病的重要依据，典型的X线表现为：十二指肠球部基底处有凹面的充盈缺损，呈菜花状、蕈状或伞状。脱垂到十二指肠球部的胃粘膜在球部可形成蜂窝状或分叶状的充盈缺损。幽门管常较正常人宽。若在右前斜卧位检查其阳性发现率较高。胃镜检查可看到胃窦粘膜进入幽门，或将幽门口堵塞。同时常有慢性胃炎的改变。

（四）并发症

1. 幽门梗阻

常为暂时性，表现为胃痛逐渐加重，并有嗝气、恶心呕吐重，量大，有隔夜食物及酸臭味，不混有胆汁。常因胃胀而厌食，X线透视可看到巨大的胃泡。经胃肠减压治疗，炎症水肿消失后，梗阻可缓解或消除。

2. 上消化道出血

轻度出血（出血量不超过500ml）而无症状，仅表现大便潜血阳性，重者（超过1000ml）可出现心悸、恶心、软弱，或呕血，严重者可发生出血性休克。

3. 癌变

常由于慢性刺激而发生癌变。表现为上腹痛或不适、消瘦、食欲减退、呕吐、出血和黑便，上腹部肿块，X线钡餐是诊断本病的主要方法之一。

（五）诊断要点

1. 诊断

主要依靠X线钡剂造影检查，临床症状有以下情况出现时应想到有胃粘膜脱垂的可能。即不能解释的上消化道出血，无周期性及节律性的胃痛、无溃疡病史而发生幽门梗阻者，十二指肠溃疡的龛影口愈合而症状顽固不退者。

2. 鉴别诊断

（1）慢性胃炎：胃粘膜脱垂症与慢性胃炎二者均可发生上腹部疼痛，胀满、嗝气、烧心等症，单凭症状难以区分，二者主要依靠X线钡剂造影或纤维胃镜检查鉴别，但胃粘膜脱垂症的病人常伴有胃窦部慢性炎症，慢性胃炎时，粘膜及粘膜下水肿等可能是容易发生粘膜脱垂的重要因素。但粘膜脱垂后，胃窦部由于受幽门括约肌的挤压，也可使粘膜发生充血、水肿等炎症反应，甚则出现糜烂及溃疡。

（2）消化性溃疡：明显的节律性上腹部疼痛，服用制酸药可使疼痛缓解，纤维胃镜检查可见溃疡，X线钡剂检查可见龛影。

（3）胃长蒂息肉：当胃长蒂息肉脱入幽门管或脱出至十二指肠球部时，其球底部可出现小圆形充盈缺损，唯位置不恒定，也不能看到脱出之粘膜纹。必要时可配合纤维胃镜以确诊。

（4）幽门肌肥大：成人幽门肌肥大常伴随胃炎或胃溃疡而存在。在X线钡剂检查时，可在球底部造成明显压迹，酷似胃粘膜脱垂。但其压迹边缘整齐，球部不见胃粘膜脱出，幽门管细长，常有胃排空延迟。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

上腹部发作性疼痛，进食后加重，伴上腹部胀满，嗝气、反胃、纳呆，甚则恶心呕吐或呕血、黑便。

（二）辨证分型

1. 脾胃虚弱证

〔临床表现〕胃脘隐痛，食后脘胀或疼痛加重，或伴有反胃、吞酸、呕吐、纳呆、懒言、

四肢乏力。舌淡胖苔白，脉缓。

〔辨证分析〕中气亏虚，胃受纳腐熟功能失常，胃失和降故发生疼痛，腐熟不及、食谷停滞故食后疼重，中焦虚寒不能消化谷食，饮食停留，终至反胃，呕吐而出，纳呆、吞酸；中气虚运化无力，机体生化之源亏乏，故四肢乏力懒言；舌淡胖苔白为脾胃虚弱，失于健运，水饮内停所致，脉缓为中气虚之象。

2. 脾肾阳虚证

〔临床表现〕胃脘隐痛，心下痞满，脘中振水音，脘腹喜暖畏冷，背部恶寒，呕吐清水痰涎，口渴不欲饮，或伴头眩心悸，纳少，倦怠乏力，大便或溏。舌淡胖，苔白腻，脉滑。

〔辨证分析〕脾肾阳虚，气化不利，水饮内停故心下痞满，脘中振水音，呕吐清水痰涎。胃脘隐痛，喜温喜按，肢冷便溏多属中焦虚寒，中阳不振，胃失温养不能消化水谷所致。阳气虚津液无力上承故口渴不欲饮，痰涎上阻，气机不利故头眩心悸，阳虚寒盛故舌淡胖；苔白腻，脉滑为水湿内停之征。

3. 寒热夹杂证

〔临床表现〕胃脘痞满疼痛，食入加重，伴嘈杂吞酸，烧心暖气或恶心呕吐，口干口苦，脘部喜暖畏寒，喜热饮食，纳差乏力，大便干或溏，舌苔黄或黄白相兼，脉弦细或略带数。

〔辨证分析〕脾胃虚弱，寒热互结，气机受阻故胃脘痞满疼痛，食入加重，脘部喜暖畏寒，喜热饮食，食少便溏；湿热蕴阻中焦，胃气失于和降，故恶心呕吐，口干口苦，烧心暖气，便干；气机阻滞，寒热夹杂，故苔黄、脉弦数。

4. 气虚血瘀证

〔临床表现〕胃痛日久不愈，渐至加重，痛处拒按，食后痛甚，消瘦乏力，口干不欲饮或见黑便吐血。舌质暗或紫，或有瘀斑，脉涩或沉弦。

〔辨证分析〕胃病日久不愈，渐至中气虚弱，气虚不能运血，瘀血内停，故痛处拒按，食后痛甚，口干不欲饮；瘀血阻滞脉道，血不归经，故呕血，黑便。舌质暗或紫，或有瘀斑，脉涩为血瘀之征。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

（一）一般治疗

积极治疗原发病，如溃疡病，慢性胃炎等，控制饮食，少食多餐，服用解痉止痛药，碱性药物等，但效果常不显著。

（二）并发症的治疗

合并上消化道出血或幽门梗阻者，可先行保守治疗，如病人有持续性呕吐，反复大出血，怀疑癌变，用内科疗法腹痛不能缓解时，宜考虑采用外科治疗。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 脾胃虚脾证

〔治法〕健脾和胃，升清降浊。

〔方药〕补中益气汤（《脾胃论》）加味^[1]。

黄芪、蒲公英、谷芽、麦冬各 30g，党参、白术、当归、延胡索各 15g，炙甘草 5g，陈皮 6g，升麻、柴胡各 12g。

〔加减〕若吐酸较甚，或反胃，呕吐者加煅瓦楞子、吴茱萸、旋复花以和胃制酸，降逆止呕；兼湿邪阻滞中焦，脘中胀甚，苔白腻而不化者，加苍术、厚朴、藿香、白蔻仁之属，以化湿醒脾，若兼见黑便，或大便潜血阳性者，加炮姜炭、灶心土、仙鹤草、白芨、三七等以温中止血。

〔分析〕本方配伍，一是补气健脾以治气虚之本，用黄芪益气为君药，党参、白术、炙甘草健脾益气为臣药。二是以升提下陷阳气之升麻，柴胡以求浊降清升，另加谷芽，麦芽消食化滞，配陈皮理气，当归补血，以蒲公英，延胡索而达到消炎、止痛、解痉、保护胃粘膜的作用。

2. 脾肾阳虚证

〔治法〕温中化饮、和胃降逆。

〔方药〕理中汤（《伤寒论》）合小半夏加茯苓汤（《金匱要略》）。

党参 15g、白术 12g、干姜 10g、半夏 15g、茯苓 15g、吴茱萸 10g、桂枝 10g、陈皮 10g、枳实 10g、甘草 6g、生姜 10g。

〔加减〕若饮停较甚者，加椒目以利尿导饮；小便不利者加猪苓、泽泻以通利小便；如痰郁化热，壅阻于胃，胃失和降，出现胃脘胀满，疼痛拒按，恶心呕吐，心烦口渴、小便黄少，苔黄腻者，可改用黄连温胆汤清化痰热，和胃降逆。

〔分析〕方中以干姜、桔梗、吴茱萸温中祛寒；党参、白术、茯苓、半夏健脾燥湿；陈皮、枳实理气和胃；甘草益气和中；生姜温化痰涎以除呕恶。诸药合用，清阳升而浊阴降，温化健而中焦治，以达温脾化饮之目的。

3. 寒热夹杂证

〔治法〕辛开苦降，平调寒热。

〔方药〕半夏泻心汤（《伤寒论》）合左金丸（《丹溪心法》）加味。

党参 15g、半夏 10g、黄连 6g、黄芩 10g、干姜 10g、吴茱萸 6g、陈皮 10g、元胡 10g、茯苓 15g、煅瓦楞子 30g、炙甘草 6g、生姜 10g。

〔加减〕若脘中痞满较甚者，加瓜蒌、枳壳以行气宽中；脘中畏寒，疼痛明显者，加良姜、香附以散寒止痛；呕吐明显者，加苏叶，与黄连相配有辛开苦降，和胃止呕之功。

〔分析〕半夏泻心汤原为寒热互结而成之心下痞而设，方中以黄芩、黄连苦寒降泻而除其热；干姜、半夏辛温开结而散其寒；党参、甘草甘温益气补其虚，合左金丸以清肝泻热，降逆止呕；因其中气虚弱，故加党参、茯苓以健脾；陈皮、元胡理气以止痛，煅瓦楞子、生姜

制酸以止呕。

4. 气虚血瘀证

[治法] 益气健脾、化瘀止痛。

[方药] 四君子汤（《太平惠民和剂局方》）合丹参饮（《时方歌括》）失笑散（《太平惠民和剂局方》）加味。

党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、丹参 30g、檀香 6g、砂仁 6g、生蒲黄 10g、五灵脂 10g、莪术 10g、红花 6g、枳实 10g、炙甘草 6g。

[加减] 若兼血虚者，加当归、白芍、川芎以养血补血；兼气虚下陷者，加柴胡、升麻、黄芪以益气升清；舌干津少欠润，阴津不足者，去白术、党参，加太子参、石斛、麦冬、生地、山药等以养阴益胃生津；便黑或大便潜血阳性者，去莪术，改用炒蒲黄，加乌贼骨、大黄炭、白芨、三七等化瘀止血。

[分析] 本证以中气虚弱而瘀血内停，故用四君子汤以奏益气健脾之功，同时加入失笑散、丹参饮以活血行气止痛，瘀血停滞日久，故益莪术、红花、枳实以活血破气行瘀，全方共奏健脾活血行气止痛之功。

（二）验方治疗

1. 升阳收膜汤^[2]

[组成] 黄芪 30g、党参、白术、乌贼骨各 15g，当归、白芍各 10g，升麻 5g。

[用法] 水煎取汁 300ml，日 2 次口服。

[加减] 脾胃虚寒加桂枝、炮姜；胃热或合并肝炎者加姜黄或左金丸，呕吐加姜夏、枳壳，或竹茹，枇杷叶；吐血加参三七、白芨。

[疗效观察] 治疗本病 3 例，均获痊愈。

2. 升提活血汤^[3]

[组成] 黄芪 30g、党参 10g、升麻 10g、柴胡 10g、细辛 5g、公英 10g、枳实 10g、肉桂 10g、红花 12g、蒲黄 10g、川芎 15g、丹参 30g、三棱 10g、莪术 10g、丹皮 10g、甘草 6g。

[用法] 水煎服，日 2 次。

[功用] 补气升提，温中化痰。

[适应证] 虚寒性上腹疼痛，饭后疼重，尤以左侧卧位痛著，右侧卧位痛减、伴腹胀、嗳气、不泛酸、怕冷。

[疗效观察] 治疗本病 77 例，结果：1 例转化为腺瘤，1 例好转，其余 75 例经胃镜，X 线钡餐复查病变消失。服药最少 30 剂，最多 120 剂。

3. 温肾升阳汤^[4]

[组成] 黑附块 3g~10g、当归 10g~12g、熟地黄 10g~15g、肉桂 3g~6g、杜仲 10g~12g、升麻 3g、肉苁蓉 10g~12g、白芍 10g~15g、桔梗 3g、沉香 1.5g~3g、刺猬皮 4.5g~10g。

[用法] 水煎，日 2 次口服。

[功用] 温补脾肾，升阳。

[疗效观察] 治疗本病 2 例，服药 20 剂~21 剂，达到临床治愈。

（三）单味药治疗

鲜毛茛洗净切碎，加 3% 红糖共捣烂，装入青霉素的橡皮瓶盖内，敷贴于胃俞，肾俞两穴，

至局部有灼热感时即弃去，胃痛当时即可减轻或消失^[5]。

(四) 其它疗法

李炎高^[6]运用手法按摩后上腹部用石蜡饼或热水袋热敷 20 分钟~30 分钟，每日 1 次，24 次为 1 疗程。治疗结果：24 例病人中痊愈 6 例，好转 15 例，无效 3 例。

手法为：①医者用右手掌按摩上腹部，着重中脘、右梁门、下脘穴，一般 5 分钟~6 分钟，随后以右手拇指按压在右梁门穴 3 分钟~5 分钟，至指下有温热感至。②用右手拇指按太乙穴，逐渐加力，使病人感酸沉胀时，推向中脘穴，重复 5 次。③用大鱼际揉上腹部，以中脘为重点施治 3—5 分钟；④用双手拇指分别按揉脾俞、胃俞、三焦俞各 30—50 次。

三、中西医结合治疗

哈尔滨医科大学附属二院^[7]4 年内观察了 103 例胃粘膜脱垂症病人，对全部病例均行胃粘膜活检病理组织学检查，把病人随机分为三组，甲组用胃舒平十甲氰咪胍治疗，乙组用补中益气丸治疗，丙组用补中益气丸十庆大霉素治疗，两周后复查胃镜（包括活检及尿素酶试验）治疗结果：甲组无 1 例治愈，乙组治愈 1 例，好转 8 例，27 例无效，丙组治愈 12 例（34.2%），好转 18 例（51.4%），无效 5 例（13.4%），丙组好转率达 85%。从本组材料来看，胃粘膜脱垂症全部合并有慢性活动性胃炎，应用庆大霉素治疗后，幽门弯曲菌清除，胃窦部急性炎症消退，脱垂的胃粘膜得以回缩，变平，乃至完全消失，提示幽门弯曲菌感染可能是胃粘膜脱垂的病因之一。

王维德^[8]按胃脘痛采用中西医结合辨证分型治疗本病，如属气滞者用理气健胃片（吴茱萸、黄连、本香、煅瓦楞子、奴夫卡因）；属虚寒者用温胃止痛片（黄芪、香附、良姜、石菖蒲、氢氧化铝）；属胃阴不足者用养胃安片（沙参、石斛、乌梅、藿香、木瓜）；胃络瘀阻用化瘀止血片（丹参、白芨、侧柏叶、土大黄，次碳酸铋），亦取得了一定效果。

第四节 预防

对胃粘膜脱垂症的预防，主要应注意两个方面：

一、对原发病的预防：如慢性胃炎，消化性溃疡是引起胃粘膜脱垂的重要因素之一，应积极预防，以减少本病的发生。

二、顾护后天之本：胃为燥土，性喜润恶燥，因而醇酒辛辣，肥甘厚味之品食饮过度，均能化燥生热伤胃而引起病变。因此，饮食上须少吃多餐，禁酒忌辣，情绪乐观，注意调摄，使脾胃强健，则可减少本病的发生机率。

参考文献

- [1] 史祥法. 补中益气汤加味治疗胃粘膜脱垂症. 浙江中医杂志, 1989, (1): 6
- [2] 周午平. 自拟升阳收膜汤治愈胃粘膜脱垂症 3 例. 黑龙江中医药, 1984, (2): 27
- [3] 马山等. 升提活血汤治疗胃粘膜脱垂症 77 例. 中医杂志, 1986, 27 (9): 49

- [4] 李文亮等. 千家妙方. 北京: 战士出版社, 1982: 56
- [5] 韩明道. 鲜毛茛敷治胃痛. 上海中医药杂志, 1982, (1): 30
- [6] 李炎高. 推拿配合热敷治疗胃粘膜脱垂 24 例. 按摩与导引, 1983, (4): 7
- [7] 李少华等. 补中益气丸加庆大霉素治疗胃粘膜脱垂症. 中医药学报, 1991, (1): 30
- [8] 王维德. 中西医分型论治胃脘痛 186 例. 四川中医, 1986, 4 (5): 40

第十章 胃癌

胃癌是最常见的恶性肿瘤之一，其发病率约为整个消化道肿瘤的40%~50%，居消化道肿瘤首位。胃癌是我国的主要恶性肿瘤之一，其死亡率占有所有恶性肿瘤死亡的23.02%，居各类癌死亡的第一位。中国胃癌死亡率在世界范围内也属于较高的地区。男女发病之比为2.3~3.6:1，任何年龄均可发生，然而大多数发生在中年以后，约70%的病例发生在40岁~60岁之间，尤以50岁~60岁最多。小于30岁者占5%，一般认为年青人的胃癌细胞分化不良，生长快，转移机会也多。近年来胃癌的发病率有增加趋势。

胃癌在祖国医学中属“噎膈”、“痞满”、“反胃”、“胃脘痛”、“积聚”、“癥瘕”、“伏梁”的范畴。《灵枢·邪气脏腑病形》中记载：“胃病者发胀，胃脘当心而痛……膈咽不通，饮食不下。”《金匱要略》云：“朝食暮吐，暮食朝吐，宿谷不化名曰胃反。”《外台秘要》曰：“心腹积聚久痛癖，块大如杯碗，黄疽，宿食朝起呕变，支满上气，时时腹胀，上来创心，傍攻两胁，彻背连胸”《素问·腹中论》云：“病有少腹盛，上下左右皆有根……病名伏梁。”以上论述，均类于本病的病变部位和主要临床表现。

对于本病现应按国际统一分类法，合理制定治疗方案，提高早期诊断水平，力求尽量根治，规范化综合应用各种辅助疗法，以进一步有效地提高胃癌患者的生存率。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因^[1]

1. 胃癌的外因

(1) 环境因素：胃癌的发病在不同国家和种族间有较大差异，除了可能与种族或遗传因素有关外，更主要的是与环境因素有关。我国胃癌的发病在各省区之间的地区差，也可相当悬殊，病死率最高的青海(40.62/10万)与病死率最低的广西(5.16/10万)之间，相差7.9倍。国内研究也发现黄河上游，河西走廊及长江、闽江口等高发区均为大山岩地带，且有的含高泥炭。而珠江水系的石灰岩地区，胃癌发病相对较低。生活在低锌、低硒、高铜地区或第三系地层出露地区的居民，胃癌发病率较高。

(2) 饮食因素：由于食物直接接触胃，又在胃内停留消化，胃要经常的受到食物的机械的和化学的刺激。因此饮食因素在胃癌的发病中受到普遍的重视。冰岛胃癌发病率较高的原因，被认为是与食用熏制的鲑鱼和鳕鱼有关，因在熏制的食品中有相当高的多环芳烃类具有致癌性的物质。也有报道认为多食高盐地区胃癌的发病率较高。食物霉变污染可能也是致癌

因素之一。在我国胃癌高低发区的萎缩性胃炎病人的胃内检出杂色曲霉的污染率,胃癌高发区显著高于低发区。日本胃癌发病率较高可能与进食用滑石粉处理的大米有关,滑石粉中含有大量的能致癌的石棉纤维。

③亚硝胺等化学物质:亚硝胺化合物具有很强的致癌性,动物实验已证实可诱发胃癌,饮水中亚硝酸盐含量高的地区胃癌发病率也高。亚硝胺在体内可由仲胺及亚硝酸盐合成。亚硝酸盐可随食物、水和空气而摄入。在萎缩性胃炎伴肠上皮化生时,胃液不能破坏亚硝酸盐,或在空腹胃液 PH 值增高的情况下,亚硝酸盐受胃内细菌及硝酸还原酶的作用而形成亚硝胺化合物,在胃粘膜存在炎症时更容易发生内源性亚硝酸基团的参入作用,发生癌变。

2. 胃癌的内因

(1) 遗传因素:多数的回顾性调查材料认为遗传因素在胃癌病因中的作用比较肯定。有明显的家族性聚集的倾向,一般认为胃癌病人亲属中胃癌的发病率比对照组高 4 倍。至于 ABO 血型与胃癌发病的关系,目前尚无定论,虽然国外有不少 A 型血人群中胃癌发病较高的报道,但国内的材料并不能证实此论点。

(2) 萎缩性胃炎:多年来,人们已认识到胃癌与慢性胃炎,尤其是萎缩性胃炎之间有密切的关系。胃癌往往同时伴随有萎缩性胃炎,其发生率分别为 52%、82% 及 97%。不少报道萎缩性胃炎病人胃癌的发生率约在 10% 左右。

(3) 其他内因有肠上皮化生、胃溃疡、胃息肉、及残胃均与胃癌发病有关。

(二) 病理

1. 胃癌的发病部位

胃癌可以发生于胃的任何部位,但以幽门区及胃窦部最为多见,约占全部胃癌的 50%~70%,其次为胃小弯、贲门区,胃体部及广泛浸润者较少见。

2. 大体形态分类

表浅型:指胃癌病变仅限于粘膜固有层及粘膜下层。依其形态又可分为隆起型(息肉型)、平坦型(胃炎型)、凹陷型(溃疡型)。

肿块型:突向胃腔,呈菜花状,表面呈乳头状或结节状,常伴有溃疡或糜烂。

溃疡型:癌肿呈溃疡状,中央坏死而形成凹陷,边缘隆起,基底部不平整。

浸润型:癌细胞弥漫浸润于胃壁各层,大多侵犯部分胃壁,少数累及胃壁的大部分或全部,而使胃体皱缩成皮革样,称为“皮革胃”。

溃疡癌:为胃溃疡癌变。

3. 组织病理分类

根据胃癌的组织结构可分为:腺癌:包括乳头状腺癌、管状腺癌与粘液癌;未分化癌;粘液细胞癌;特殊类型癌:腺鳞癌、鳞状细胞癌。

胃腺癌根据细胞异型性的高低,可分为四级,用以表达癌的恶性程度。分化型胃腺癌为 I 级;低分化胃腺癌属于 II、III 级;未分化胃腺癌属于 IV 级。

4. 临床病理分期

国际抗癌联盟于 1988 年在总结以往分期的基础上公布了新的胃癌临床病理分期,现已各国采用,作为统一的分期标准。其具体定义及范畴如下:

T:肿瘤浸润深度。

T1: 浸润至粘膜或粘膜下。

T2: 浸润至肌层或浆膜下。

T3: 穿透浆膜层。

T4: 侵及邻近结构或腔内扩展至食管、十二指肠。

N: 淋巴转移状况。

N0: 无淋巴结转移。

N1: 距肿瘤边缘 3cm 以内的淋巴结转移。

N2: 距肿瘤边缘 3cm 以外的胃周淋巴结转移, 包括胃左、肝总、脾及腹腔动脉周围淋巴结转移。

M: 远处转移状况。

M0 无远处转移。

M1: 有远处转移, 包括第 12、13、14、16 组淋巴结转移。

如原发肿瘤局限于粘膜层而未累及粘膜固有层者为原位癌, 以 Tis 表示, 当肿瘤为 T_{is}NOMO 时, 即为原位癌, 也可称为 0 期。

根据上述定义, 各期的划分如下:

I 期: Ia: T₁N₀M₀; Ib: T₁N₁M₀、T₂N₀M₀。

II 期: T₁N₂M₀、T₂N₁M₀、T₃N₀M₀。

III 期: IIIa: T₂N₂M₀、T₃N₁M₀、T₄N₀M₀; IIIb: T₃N₂M₀、T₂N₁M₀。^[1]

IV 期: T₄N₂M₀、T₁₋₄N₀₋₂M₁。

5. 扩散与转移

胃癌的转移有淋巴转移、直接转移、血运转移、种植转移等形式。

二、中医的病因病机^[2]

胃癌病位在胃, 伤于六淫七情、饮食不节、劳逸失调, 或脾胃素虚、气血不足, 均可造成或加重脏腑功能失调, 脾失健运, 胃失和降, 聚湿生痰, 血行不畅, 化生瘀毒, 阻于胃脘, 日久逐渐形成积聚。而正气更受损伤, 产生恶性循环, 加速病情发展。整个病程都表现出本虚标实的证候。本虚标实的具体内容有:

本虚: 主要为正气不足、气血两亏、脾肾虚损。

标实: 有瘀血阻滞。瘀毒阻结, 气郁化火, 致热毒壅盛、胃气不和。凡忧思抑郁, 劳逸过度, 饮食过冷过热, 饥饱不匀、恣食肥甘, 嗜好烟酒损伤脾胃, 饮食不能化生精微被吸收反而成痰浊水湿, 皆可引起气机不畅, 气滞则血瘀、食积、痰阻。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

胃癌的早期常无特异的症状,甚至毫无症状,随着肿瘤的发展,影响胃的功能时才能出现较明显的症状。

1. 胃部痛

是胃癌最常见的症状,该症状出现较早。常被认为是胃炎、溃疡病等,易被忽视。直到病情进一步发展,疼痛发作频繁,症状持续,疼痛加重甚至出现黑便或发生呕吐时,才引起注意,此时往往已是疾病的中、晚期。所以必须重视胃部痛这一常见而又不特异的症状,尤其当治疗症状缓解后,短期内又有发作者,就要予以注意。

2. 食欲减退、消瘦、乏力

这是另一组常见而又不特异的胃癌症状。必须注意此症状有时可作为胃癌的首发症状,而在早期出现。

3. 恶心、呕吐

早期可能仅有食后饱胀及轻度恶心感。

4. 出血和黑便

少量出血时可仅有大便潜血阳性,当出血量较大时可以有呕吐血及黑便。

5. 其他症状

如腹泻、便秘、发烧等。

(二) 体征

胃癌早期常无明显体征,上腹部深压痛有时伴有轻度肌抵抗感,常是唯一值得注意的体征。上腹部肿块、直肠前陷窝肿块、脐部肿物、锁骨上淋巴结肿大等均是胃癌晚期出现转移灶的体征。

(三) 实验室及其他检查

1. 实验室检查

(1) 血液检查:可见贫血。早期血沉正常或稍快,晚期患者血沉增快,早期患者血粘稠度增高。

(2) 大便潜血试验:胃癌患者大便潜血阳性者约为80%~90%,即使早期患者也可达32.3~37.9%。

2. 胃液分析

胃癌患者胃酸缺乏者达39.5%~64%。胃液隐血试验常为阳性。

3. 生化及免疫学检查

(1) γ -谷氨酰转肽酶 (γ -GTP) 检测: 可作为胃肠道恶性病变的早期诊断指标。

(2) β -葡萄糖醛酸酶的测定: 胃癌患者胃液中此酶活力常明显增高。

(3) 胃癌抗原 ($\alpha 2$ -Gp): 检测血清胃癌的阳性率为 78.8%~83.3%。

(4) 胎儿硫糖蛋白抗原 (FSA): 阳性率可达 60%~84.8%。

(5) 纤维结合蛋白 (Fn): 胃癌胃液中 Fn 阳性率为 96.15%, 具有特异性。

(6) CEA (癌胚抗原)、CA19-9、TAG72 (肿瘤相关糖蛋白) 等在 IV 期胃癌血清中的阳性率为 50%~60%, 但在早期或可切除的病例中阳性率甚低, 仅 2%~23%, 故术前病人血清中 CEA、CA19-9、CA125 的水平提高时, 常已不能施行治愈性切除术或预后不佳。

4. X 线检查

(1) 钡剂充盈缺损: 肿块型胃癌, 可见钡影边缘呈不规则的充盈缺损, 该处蠕动消失, 胃壁强直。

(2) 癌性龛影: 溃疡性胃癌可见大、浅、宽及边缘不规则的龛影, 附近粘膜皱襞粗乱, 中断或消失, 胃壁强直, 蠕动波不能通过。

(3) 狭窄与梗阻: 浸润性胃癌胃壁增厚, 胃腔狭窄, 蠕动消失。幽门或胃窦部癌, 常有漏斗状变形。可致胃潴留。

本法诊断胃癌的阳性率一般可达 71.4%~90.1%。

5. 纤维胃镜检查

应用纤维胃镜检查, 不但可以直接观察癌变的粘膜情况, 对胃癌, 尤其是早期胃癌的诊断具有很大价值, 同时在胃镜下可进行冲洗、擦刷、印片、摄影及活体组织检查。故重视内镜检查为提高早期胃癌确诊率的要素^{[1][3]}。

(四) 并发症^[4]

幽门前区的胃癌常可引起部分或完全性幽门梗阻。胃癌有时也可以并发大出血, 但较胃溃疡少见。溃疡性癌肿可引起胃穿孔, 穿至横结肠形成胃-结肠瘘。

(五) 诊断要点

1. 诊断

(1) 凡年龄在 40 岁以上, 短期内出现上腹部不适、饱胀、隐痛、饮食减少、消瘦等症状, 或持续黑便者。

(2) 原有胃痛加重, 节律改变, 治疗效果不明显, 不明原因消瘦、贫血。

(3) 原有胃病史, 体检发现肺、肝转移病灶, 锁骨上淋巴结肿大, 直肠指诊发现直肠周围淋巴结肿大者。

(4) X 线钡餐造影检查及胃镜检查提示胃癌者。

(5) 活体组织检查发现癌细胞者可确诊。

2. 鉴别诊断

(1) 与胃溃疡鉴别: 溃疡性胃癌应与胃溃疡相鉴别。胃溃疡有慢性反复发作史, 胃癌病程短, 进展快, 或原有溃疡病史, 突然出现节律改变, 疼痛加重等。恶心、上腹不适、纳差等症状, 二者均可出现, 但胃癌则症状顽固且日益加重; 溃疡、病经对症处理后可缓解。中

后期胃癌可出现淋巴结肿大、黄疸、腹水、肝、肺、骨转移；溃疡病在无并发症时一般情况良好。X线检查及纤维胃镜检查可明确诊断。

(2) 与胰腺癌鉴别：胰腺癌进展较胃癌快。自症状出现至就诊时间，胰腺癌平均为3~4个月，胃癌平均为6~12个月。胰腺癌在短期内即可恶化，上消化道钡餐、B超等检查对诊断胰腺癌有帮助。

另外，除上述疾病外，临床上也需与良性肿瘤、胃肉瘤及慢性胃炎相鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点^[2]

本病辨证要点以正虚邪实为主。如：胃癌患者症见面色萎黄，体重减轻，神倦纳差，胃脘饱闷疼痛，舌多胖大面有齿痕，甚则心悸气短，头晕眼花，腰膝酸软，表现出以脾虚为主严重者兼见肾虚之象。胃癌患者脘腹疼痛，固定不移，疼痛剧烈，唇舌青紫，皆为瘀血之征。如中脘痞满疼痛，甚则恶心饮食困难，发热持续不退，舌质红绛，苔厚腻，多为瘀毒阻结，气郁化火所致。若上腹部可触及肿块，胀满疼痛，多属气滞血瘀、食积、痰阻。

(二) 辨证分型^[5]

中医对胃癌的辨证分型根据全国中西医结合胃癌协作组讨论稿，采用北京地区胃癌中医辨证分型方案，把胃癌分为以下6型：

1. 肝胃不和证

〔临床表现〕胃脘胀满，时时作痛，窜及两胁，呃逆呕吐，脉沉或弦细，舌质淡苔微黄。

〔辨证分析〕肝失疏泄，横逆犯胃，肝胃气结，则胃脘胀满，时时作痛，窜及两胁；胃失和降，则呃逆呕吐；脉沉主病在里，弦细为肝阴不足，舌淡苔微黄为肝郁脾虚且有化热之势。

2. 脾胃虚寒证

〔临床表现〕胃脘隐痛，喜暖喜按，朝食暮吐，或暮食朝吐，面色苍白，肢冷便溏，浮肿，神疲。舌质淡胖，苔白滑润；脉沉缓。

〔辨证分析〕脾胃虚弱，中阳不振，胃失温煦，脉络拘急，则见胃脘隐痛，喜暖喜按；水谷因中焦虚寒不能被消化，故可朝食暮吐，暮食朝吐；阳虚不能温布，则面色苍白、肢冷、神疲；中焦虚寒，运化失常，气不化津，则见浮肿、便溏；舌淡胖苔白滑润、脉沉缓乃脾阳不足之象。

3. 瘀毒内阻证

〔临床表现〕胃脘刺痛，心下痞硬，压痛，吐血便黑，皮肤甲错，舌质紫暗，脉沉细涩。

〔辨证分析〕瘀血阻滞，脉络壅塞不通，故痛如针刺，瘀血有形，故心下痞硬，按压则触动其瘀，故压痛，若瘀停于胃，则多见呕血；瘀停于肠者，则多见便黑；瘀毒内阻，肌肤失荣，故皮肤甲错，血瘀则舌少滋荣，故舌色紫黯；脉沉细涩为瘀毒内阻表现。

4. 胃热伤阴证

〔临床表现〕胃内灼热，口干，胃脘嘈杂，食后剧痛，五心烦热，大便干燥，舌红少苔，脉滑细数。

〔辨证分析〕热毒内结，胃阴被灼，则见胃内灼热，津亏则口干，阴虚胃热则胃脘嘈杂，癌肿阻于胃，痰毒壅塞，食后壅塞加重，故食后剧痛，阴虚则可见五心烦热，热耗阴液，无以下溉，则肠道失润而大便干结。舌红少苔为阴虚液耗之象，脉细数乃阴虚内热，脉滑为癌肿在内之象。

5. 痰浊凝结证

〔临床表现〕胸膈满闷，食后尤甚，呕吐痰涎，心悸胸闷，腹胀便溏，面色虚浮，痰核累累，舌胖淡，苔白滑或垢浊；脉滑或细滑无力。

〔辨证分析〕痰浊内阻，可致气机不畅，则胸膈满闷；进食则气滞更甚故有食后加重现象，痰浊内阻致胃气不降可见呕吐痰涎；痰浊上泛，胸阳受阻，故心悸胸闷；痰阻日久可致气虚运化无力，清浊不分，则腹胀便溏；痰湿不化上泛则面色虚浮；痰浊凝结可见痰核累累；舌脉表现为痰浊内停、气虚不化之候。

6. 气血双亏证

〔临床表现〕全身乏力，心悸气短，头晕目眩，面色无华，虚烦不寐，自汗盗汗，舌淡少苔，脉沉细无力。

〔辨证分析〕癌肿可损伤气血，致气血两亏则气短乏力；血不养心，心神不宁，故心悸不寐；气虚则清阳不展，血虚则脑失所养，故头晕目眩，血虚则面色不华；气虚则肌表疏松，故自汗，血属阴，血虚则阴精不足，虚火内生，热迫津液外泄，故见盗汗；舌淡少苔，脉沉细无力均为气血两虚之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

（一）手术治疗^[5]

手术治疗现在仍是治疗胃癌的主要手段。但手术不能防止肿瘤复发和远处转移。对Ⅰ、Ⅱ期胃癌宜作根治切除；Ⅲ期胃癌争取根治切除，或作姑息性切除；Ⅳ期胃癌在病人全身情况允许下、无远处转移，局部解剖条件许可、无手术禁忌症时，可作姑息性手术切除，或短路手术。手术适应症：全身情况较好，无严重贫血、无黄疸、腹水及全身水肿、无远处转移、肝、肾、心功能基本正常者。

（二）化学治疗^[6]

胃癌仅有约1/3的病人可行手术。至于不能进行手术治疗，手术不能切除局部病变，以及切除后局部复发或者有远处转移者，均需在病程的不同阶段进行化疗为主的综合治疗。近10年来，新的化疗药物先后问世，联合化疗的广泛应用，使胃癌的化疗进入新的发展阶段。尽管胃癌化疗总的疗效不够理想，但胃癌已被公认为是消化道癌中对化疗比较敏感的肿瘤。

对胃癌较为有效且被广泛应用的药物是：5-FU（1，5-氟尿嘧啶）及其衍生物、MMC（丝裂霉素）、ADM（阿霉素）及DDP（顺铂）。应用这些单一药物对进展期胃癌的有效率为

15%~20%。临床上常用FT207(呋喃氟尿嘧啶), 200mg/次, 每天3次, 20g~40g为一疗程。UFT(优福定) 3粒/次, 每天3次, 300~500粒为1疗程。

联合用药常用的方案有: MFV方案: MMC10mg、VCR(长春新碱) 1mg 静注、第1天; 5-FU500mg 静注, 第1~5天。4周为1周期, 3个周期为1疗程。MFC方案: 除不用VCR而用Ara(阿糖胞苷) 50mg外, MMC、5-FU用量及用法与MFV方案相同。FAM方案: ADM40~50mg, MMC10mg, 静注, 第1天; 5-FU500mg, 静注, 第1~5天, 4周为1周期, 3个周期为1疗程。UFTM方案: UFT3粒/次, 每天3次, 口服, 总量20g~30g(以FT207量计算); MMC第1、2、3月每周1次, 每次5mg, 总量60mg 静注。国内江振源对术后病人应用这些方案, 5年生存率为56.4%。日本最近提出的EAP方案, 对于进行期胃癌的有效率为73%, 被认为是迄今最好的治疗方案。具体方法: 第1, 7天静滴ADM20mg/m²; 第2, 8天静滴DDP40mg/m²; 第4, 5, 6天静滴VP16(鬼臼乙叉甙), 治疗3~4周重复1次, 最大6个疗程。而Kemeny和Engstrom的研究表明联合化疗效果并不优于单药, 而且反应大, 生存质量差。提出5-FU仍是目前胃癌化疗的标准化疗药。

胃癌化疗中十分强调全身情况的估计, 即根据具体病情, 除药物治疗外, 还须采用综合性治疗包括食疗、体疗、精神治疗等。以进一步提高胃癌化疗的效果。

(三) 放疗

应用加速器进行放射治疗, 对胃癌有一定疗效, 多用于综合治疗, 可延长患者存活时间。同时尚有镇痛、止血作用。除低分化癌外, 一般X线治疗不敏感, 故应根据肿瘤病理类型应用。

(四) 免疫治疗

本法现已得到重视, 但尚无突破性进展, 疗效尚有待观察和总结, 常使用的卡介苗、左旋咪唑、转移因子、OK-432、干扰素、白细胞介素-2、单克隆抗体等尚在研究中。

(五) 综合疗法

上述各种治疗方法, 综合应用可提高疗效。另外, 在抗癌治疗中, 必须十分注意对患者的支持疗法。如补充营养、纠正贫血、中医扶正治疗等。尚需注意调整酸碱平衡、预防感染、止痛、抢救出血、穿孔等并发症。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治^{[7][8]}

1. 肝胃不和证

[治法] 舒肝和胃, 降逆止癌。

[方药] 逍遥散(《太平惠民和剂局方》)合半夏泻心汤(《伤寒论》)。

甘草6g、当归12g、茯苓12g、白芍12g、白术12g、柴胡12g、半夏10g、黄芩、干姜、党参、炙甘草各10g, 黄连5g、大枣12枚。

〔加减〕两胁疼痛，加川楝子、元胡以增强理气止痛之力；噎腐胀满，加内金、山楂、谷麦芽以消导助运；舌红口干加大黄、公英以通腑泄热。胃中嘈杂，口干思饮，舌红少苔，则去木香、陈皮、半夏，以防香燥耗液，加用沙参、麦冬、石斛、佛手以养阴理气。

〔分析〕方中柴胡疏肝解郁，当归、白芍养血补肝，三药配合，补肝体而助肝用为主；配伍入脾之茯苓、白术为辅，以达补中理脾之用，加入少许薄荷、生姜为佐，助本方之疏散条达；炙甘草为使者，助健脾并调和诸药，诸药合用，使肝郁得解，疼痛得缓。后方用味辛苦之半夏入胃为主，辛开散结，苦降止呕，以除痞满呕逆之证；辅以干姜辛温祛寒，黄芩、黄连苦寒泄热；佐以党参、大枣补益中气；使以甘草补脾胃而调诸药。诸药共用，使胃气得降，痞满得消，而诸症悉除。

2. 脾胃虚寒证

〔治法〕温中散寒，健脾和胃。

〔方药〕理中汤（《伤寒论》）加减。

红参 6g、白术 12g、干姜 6g、甘草 6g。

〔加减〕可加制附片、良姜、吴萸以增强温中之力；加半夏、陈皮以理气和胃降逆止呕；兼见畏寒肢冷，腰膝酸软，加肉桂、补骨脂以温肾煖土；大便质软，但数日一行可加肉苁蓉以温阳通便。

〔分析〕方用红参甘温入脾，补中益气，强壮脾胃为主；干姜辛热，温中而扶阳气，故以为辅；脾虚则生湿，以甘苦温之白术为佐，燥湿健脾；再用甘草为使，补中扶正，调和诸药，共治中焦虚寒之证。

3. 瘀毒内阻证

〔治法〕解毒祛瘀，活血止痛。

〔方药〕膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。

五灵脂 10g、川芎 10g、桃仁 12g、红花 10g、当归 12g、丹皮 10g、赤芍 10g、乌药 10g、延胡索 10g、香附 10g、枳壳 10g、甘草 10g。

〔加减〕胃脘痛甚加三七粉冲服，以化瘀止痛；呕吐甚，加半夏、生姜、大黄以降逆止呕；呕吐物或红或褐，加用三七粉、血余炭、白芨以止血；胃中灼热，加蒲公英、梔子、丹皮、白花蛇舌草以清热凉血。

〔分析〕方用灵脂、川芎、桃仁、红花活血祛瘀止痛为主药；当归、丹皮、赤芍活血化瘀、凉血止痛为辅，以助主药之功；乌药、延胡索、香附行气止痛，枳壳宽中理气共为佐药，甘草调和诸药为使，共奏祛瘀生新之功。

4. 胃热伤阴证

〔治法〕清热解毒，养阴生津。

〔方药〕竹叶石膏汤（《金匱要略》）加减。

竹叶 15g、石膏 30g、半夏 9g、麦门冬 15g、人参 5g、甘草 3g、粳米 15g。

〔加减〕口干甚者加用沙参、石斛、麦冬以增强养阴之力；如舌红苔黄，大便干结，可以方中加大黄、梔子、黄连以泄胃热。

〔分析〕方中以竹叶、石膏清热泄胃火，共为主药；辅以人参、麦冬益气养阴；佐以半夏降逆止呕；使以甘草、粳米调养胃气。合而用之，清热而兼和胃，补益而不恋邪。

5. 气血双虚证

[治法] 补养气血，健中和胃。

[方药] 十全大补汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

人参 8g、肉桂 8g、川芎 5g、地黄 15g、茯苓 8g、白术 10g、炙甘草 5g、黄芪 15g、当归 10g、白芍 8g、生姜 3 片、大枣 2 枚。

[加减] 口干舌红、耳鸣、五心烦热、大便干结者为气阴两虚，可加沙参、麦冬、女贞子以增强养阴之力；心悸少寐，头晕耳鸣加珍珠母、炒枣仁、丹参养血安神。

[分析] 方用人参、黄芪、熟地甘温益气养血为主；辅以茯苓、白术健脾燥湿，肉桂温运阳气，鼓舞气血生长；更用炙甘草和中益气，川芎活血行气，共为佐药；使以生姜、大枣调和脾胃之气。合以气血双补，则诸症悉除。

6. 痰湿凝结证

[治法] 涤痰化浊，理气散结。

[方药] 导痰汤（《校注妇人良方》）加减。

半夏 12g、南星、枳实、茯苓、橘红各 6g，甘草 4g，生姜 3g。

[加减] 脘痞腹胀加菖蒲、苈仁、厚朴以理气化痰；舌淡便溏、纳差喜热饮者，属脾阳不振，可于方中加用干姜、草蔻、苍术以温运中阳。

[分析] 方中半夏、天南星燥湿化痰、和胃降逆止呕为主药，辅以茯苓健脾渗湿；陈皮、枳实、生姜行气消痰、宽中降逆为佐药；使以甘草调和诸药，共奏燥湿豁痰，行气开郁之功。

（二）验方治疗

1. 三宝功德丹^[9]

[组成] 半枝莲 100g、白花蛇舌草 100g、金石斛 50g、黄芪 100g、广木香 60g、威灵仙 100g、大黄 60g、羚羊骨 100g、砂仁 50g、炮山甲 50g、山豆根 50g、露蜂房 50g、马鞭草 50g、地骨皮 50g、核桃树枝 50g，上药共为细末过 100 目筛备用，或做成丸如梧子大备用。

[用法] 每次 10g，每日 3 次，用地骨皮 10g、枸杞子 10g 煎汤冲服。可连续服用，直到临床症状缓解为止。

[功用] 开郁散结，补气益血。

[疗效观察] 共治疗 182 例中晚期胃癌患者，基本治愈 46 例，显效 52 例，好转 45 例，无效 39 例。服药时间最长者 10 年，最短者 1 个月。服药时间越长，治疗效果越好。对部分病人进行了随访，随访 1 年者 64 例，2 年者 36 例，3 年者 19 例，4 年者 11 例，5~10 年者 19 例。随访期间有 97 例仍在服药，生活能自理，部分病人已工作。

2. 复方白龙汤^[10]

[组成] 人参 15g、仙鹤草（龙牙草）15g、白花蛇舌草 30g、急性子 15g、皂刺 12g、淫羊藿 15g、女贞子 20g、生白术 15g、桃仁 15g、丹参 15g、龙葵 30g、半枝莲 30g。

[加减] 气血双亏为主时，加黄芪 30g，当归 10g；气滞血瘀为主时，加三棱 10g，莪术 12g；湿热内阻为主时，加生薏米 30g，土茯苓 30g，草河车 20g，旱莲草 30g。其次，如遇食欲不振、胃纳差者加用神曲、麦芽、焦山楂等；睡眠不安者加用生龙骨、生牡蛎、炒枣仁等；热盛者加大青叶、板蓝根；出血者加小蓟、血余炭、棕榈炭、黄芩炭等。

[用法] 水煎内服，日 1 剂。

[功用] 增强人体免疫功能，抑制肿瘤生长，改善病人临床症状。

[疗效观察] 采用本方共治疗消化道恶性肿瘤 100 例, 其中胃癌 30 例, 胃癌治疗效果为: 显效 2 例, 有效 23 例, 稳定 1 例, 无效 4 例。另外, 对 42 例患者的 CEA、 $\beta 2$ -MG 进行观察, 发现经治疗后均有明显降低。

3. 扶正抗癌Ⅱ号^[11]

[组成] 黄芪 60g、党参 45g、云苓 60g、白术 45g、海藻 30g、牡蛎 60g、三七 30g、壁虎 30g、蟾蜍皮 20g 等共为细末, 水蜜为丸, 如梧桐子大。

[用法] 每次服 20 丸, 每日 3 次, 2 月为 1 疗程。

[功用] 健脾益气, 化痰软坚。

[疗效观察] 共治疗晚期胃癌 32 例, 结果: 完全缓解 1 例 (3. 1%), 部分缓解 6 例 (18. 9%), 稳定 20 例 (62. 5%), 恶化 5 例 (15. 6%)。另外, 又观察了治疗前后巨噬细胞吞噬功能, 结果治疗后吞噬百分率与吞噬指数升高者 28 例, 占 87. 5%。其均值与治疗前相比有非常显著差异 ($P < 0. 01$)。治疗后各项血粘度指标均有不同程度下降, 经统计学处理均有显著差异 ($P < 0. 01$)。

4. 范氏验方^[12]

[组成] 枸橘李 15g、八月札 30g、青皮 15g、生白术 15g、石打穿 15g、白花蛇舌草 15g、菝葜 30g、生米仁 15g。

[加减] 胃中嘈杂、胸胁胀痛、呕逆暖气、苔薄黄、脉沉弦加柴胡、赤芍、枳壳、木香、沉香曲; 呃逆呕吐、口泛清水、面色萎黄、便溏浮肿、舌黯苔白、脉沉细加党参、黄芪、紫河车、肉桂; 胃内灼热、心下痞硬、压痛刺痛、舌紫、脉沉细涩加失笑散、干蟾皮; 面色㿗白、自汗盗汗、头晕目眩、舌淡苔少、脉沉细无力加人参、当归、白芍、阿胶。

[用法] 水煎服, 日 1 剂。

[功用] 理气解郁, 活血化痰, 解毒消积。

[疗效观察] 用本方治疗 49 例胃癌术后患者作为中药治疗组, 另 50 例采用规范化方案 MF 或 FAM 作为化疗治疗组。结果: ①1 年、5 年生存率: 中药治疗组 1 年生存率为 65. 31%, 化疗治疗组为 60. 00%。5 年生存率: 中药治疗组为 10. 2%, 化疗治疗组为 10. 00%。10 年生存率: 中药治疗组为 10. 20%, 同五年生存率, 化疗治疗组无 5 年生存率。②临床症状变化: 治疗后手术加中药治疗组显效加有效率为 89. 80% (44/49); 手术加化疗组为 62. 00% (31/50)。两组统计差异显著, $P < 0. 05$ 。③Karnofsky 评分: 手术加中药治疗组显效加有效率为 84. 38% (27/32), 手术加化疗为 36. 67% (11/30), 两组统计差异显著, $P < 0. 01$ 。

5. 六君薏苡三虫汤^[13]

[组成] 党参、半夏、僵蚕、炒白术、九香虫、茯苓各 10g, 炙甘草、陈皮各 6g, 生米仁 30g, 守宫 2 条。

[加减] 脘腹胀痛加木香、枳壳、延胡索、香附各 10g; 恶心呕吐, 胃热者加川连 3g, 竹茹 10g; 胃寒者加吴萸 3g, 生姜 3 片, 暖气频作加旋覆花 10g, 代赭石 30g; 纳呆加炙鸡内金、焦六曲各 10g, 谷麦芽各 30g; 气血不足加炙黄芪 18g, 当归、枸杞子各 10g; 阳虚加附子 10g, 干姜 3g, 阴虚加川石斛、炒白芍、麦冬各 10g。

[用法] 水煎服, 每日 1 剂, 连续服药 3~4 个月, 待症状好转稳定后间日 1 剂, 间断坚持服药 1~2 年。

[功用] 健脾益气, 活血解毒, 软坚散结, 渗湿清热排脓。

〔疗效观察〕用本方治疗晚期胃癌手术后30例患者,经过治疗,存活时间1年以上者2例,2年以上者3例,3年以上者11例,4年以上者6例,5年以上者6例,6年以上者1例,10年以上者1例。大多数患者症状缓解,食欲好转,体重增加,一般情况改善。

6. 扶正冲剂^[14]

〔组成〕党参、白术、枸杞子、女贞子、菟丝子、补骨脂。

〔用法〕从化疗前1周开始服用,每日服2次,每次用温开水冲服1包(30g),一直到化疗结束后1周停药。

〔功用〕阴阳双补,健脾益肾。

〔疗效观察〕用本处方以减轻晚期胃癌化疗毒副反应,共治疗34例作为治疗组,其中根治术占29例;另外26例不服用扶正冲剂为对照组。结果:扶正冲剂使13例患者体重增加,而对照组仅使2例患者体重增加,两组相比有显著性差异($P<0.01$)。治疗组食欲减退及恶心表现分别有6例、8例,而对照组则有11例、16例,两组相比有显著性差异($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗组化疗后血细胞数大于4000以上者有30例,而对照组仅有17例,两组相比有显著性差异($P<0.05$)。

7. 郭氏验方^[15]

〔组成〕炒党参15g、炒白术9g、云苓9g、炒米仁12g、炙黄芪15g、陈皮9g、沙参12g、麦冬9g。

〔加减〕若口干舌燥明显,加芦根、石斛、花粉、山药;腹胀显著加川楝子、佛手片;饮食不佳,加炒谷麦芽、炒楂曲;因头晕者可加制黄精、枸杞子、鸡血藤;神疲乏力严重者,可加大党参、黄芪用量至各30g,或加太子参增益健脾作用;大便见溏可酌用补骨脂等。

〔用法〕水煎服,每日1剂,服3个月。

〔功用〕健脾理气养阴。

〔疗效观察〕用本方治疗24例胃癌术后、经过全程化疗结束3个月的患者,中医辨证均为气阴两虚。用本方治疗3个月后,结果:临床症状有神疲乏力者由20例减至7例;脘腹闷胀由18例减至6例;饮食不佳由22例减至8例;大便溏由12例减至4例;口舌干燥由15例减至5例;舌淡红由14例减至7例。T细胞亚群变化为:CD3有17例上升,绝对数值经统计学处理, $P>0.05$;CD4有18例上升,绝对数值经统计学处理 $P<0.01$;CD8下降8例,绝对数值经统计学处理 $P>0.05$ 。提示本法可增加免疫辅助细胞的作用,特别对CD4的提高具有极显著的差异,说明了本方的扶正作用。

8. 蓼参丹^[16]

〔组成〕棉毛酸膜叶蓼、何首乌、茜草、青龙衣、山慈菇、夏枯草、人参等组成。

〔用法〕每次5粒胶囊,每日3次,给药3个月至1年半。

〔功用〕抗癌扶正。

〔疗效观察〕用本药共治疗163例各类癌症患者,其中胃癌28例(术后12例,化疗8例,单用蓼参丹8例)。结果:总有效率达90.4%。

9. 蛇毒制剂^[17]

〔组成〕眼镜蛇毒3mg,五步蛇毒3mg及人参粉494mg,装入胶囊。

〔用法〕1g,3次/日,术后2周开始内服,持续1年,以后改为1.5g,2次/日,巩固1年。

〔功用〕抗癌扶正。

〔疗效观察〕对术后确诊的中晚期胃癌随机分为两组：Ⅰ蛇毒制剂组 22 例，Ⅱ化疗组 21 例。Ⅰ组口服蛇毒制剂。Ⅱ组采用化疗。结果：Ⅰ、Ⅱ组的 1、3 和 5 年生存率分别为 77.2% (17/21)、47.6% (10/21)、22.7%；4.8 (1/21) 和 18.2%，(4/22)，0%。经统计学处理，近期疗效有显著性差异 ($P < 0.05$)，而远期疗效相似 ($P > 0.05$)。两组副作用比较：胃肠道反应 (0:19)，白血球下降 (0:21)，有显著性统计学意义 ($P < 0.01$)。

(三) 单味药治疗

1. 鸦胆子油乳^[19]

〔药理〕鸦胆子油乳具有抗肿瘤作用，是通过抑制癌细胞内 DNA 的生物合成而实现，随着浓度增加而增强其抑瘤作用。

〔用法〕静脉给药：每日用鸦胆子油乳 20ml~30ml 加生理盐水静滴，每日 1 次；口服给药：每次服鸦胆子口服液 20ml~25ml，每日 3 次。15 天为 1 疗程，有效可连续使用多疗程。

〔疗效〕共治疗复发并转移胃肠癌 35 例，其中胃癌 25 例，肠癌 10 例。结果：治疗后显效 7 例、有效 8 例、稳定 14 例，无效 6 例，总有效率 15/35 (42.8%)。其中单纯鸦胆子油乳治疗 24 例中显效 5 例、有效 6 例、稳定 10 例、无效 3 例，有效率为 11/24 (45.8%)；合并化疗 8 例中显效 1 例、有效 2 例、稳定 2 例、无效 3 例，有效率为 3/8 (37.5%)；合并放疗 3 例中显效 1 例、稳定 2 例，有效率为 1/3 (33.3%)。

2. 巴豆生物碱^[19]

〔药理〕镇痛、镇静、增进食欲、缓解症状、缩小瘤体。

〔用法〕巴豆生物碱注射液 0.5mg 肌注，2 次/日，3 个月为 1 疗程。休息 2 周再继续下 1 疗程。休息期间口服巴豆生物碱 3mg/次，3 次/日。

〔疗效〕将 128 例胃癌患者分甲乙两组，甲组 81 例，为未手术组，乙组 47 例，为行胃大部切除组，另设 100 例行胃大部切除术与乙组对比。甲、乙组均用巴豆生物碱治疗，总治疗时间甲组 1 个月至 2 年，乙组 3 个月至 1 年。结果：甲组 81 例，完全缓解 7 例，占 8.6%；部分缓解 20 例，占 24.7%；稳定 32 例，占 39.5%；恶化 22 例，占 27.2%，缓解率为 33.2%。存活时间比较：术后巴豆生物碱治疗的乙组 3、5 及 10 年生存率分别为 61.7%、44.7% 和 37.5%；而单纯手术的对照组 3、5 及 10 年生存率分别为 9.0%、5% 及 0，差异有非常显著性意义。

(四) 其他疗法

1. 气功

刘鲁明等^[20]配合气功治疗恶性肿瘤，将 82 例病人分为两组：A 组即单纯化疗组，共 42 例，B 组即气功化疗组，共 40 例。其中，A、B 两组各有 4 例胃癌患者。经治疗后发现：气功化疗组患者生存率明显高于单纯化疗组 ($P < 0.01$)。另外气功化疗组的血常规和免疫功能指标均较单纯化疗组稳定或有所改善。

2. 针灸

崔开贤以中脘、章门为基本穴位，配以相应背俞（肝胃不和取足三里、行间；气血双亏取足三里、三阴交、膈俞、脾俞；痰湿结聚取丰隆、公孙；脾肾阳虚可灸背部俞穴），治疗本病可改善症状，提高机体免疫力^[21]。

李维藩在腹膜内埋藏或撒入麝香 1~3g 治疗胃癌术后 4 例, 观察 8 年病人情况良好^[22]。

二、中西医结合治疗

周氏等^[23]运用小金丸加减为主治疗中晚期胃癌(术后)患者 44 例, 并与对照组 28 例进行对比观察。小金丸加减的组成为: 马钱子 0.5g, 当归、制乳香、制没药各 6g, 白胶香、地龙、五灵脂、丹参、制草乌、陈皮、厚朴、木香各 9g, 砂仁 4.5g。加工成片剂, 每片含生药 0.5g。对照组方药: 陈皮、厚朴、木香各 9g, 砂仁 4.5g。加工成片剂, 每片含生药 0.4g。治疗方法: 治疗组和对照组都在手术后 1 个月起分别口服小金丸加减方和对照方, 剂量均为每次 4 片, 每日 3 次; 均同时口服 FT-207, 每次 100~200mg, 每日 3 次, 服药 5 天间隔 2 天。维生素 B、C、E 均按常规量口服。结果: ①生存率: 0.5 年生存率两组无明显差异, 治疗组患者 1 年、1.5 年和 2 年生存率分别为 93.2%、82.4%、80%; 对照组患者分别为 64.3%、48.0%、38.9%, 两组比较 P 值均 $<0.05 \sim 0.01$ 。治疗组各临床病理分期患者 1 年、2 年生存率均高于对照组, 其中 IV 期患者 1 年生存率治疗组 88.2%, 对照组 45.5%, 两组差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。②舌质: 治疗组舌质有非常显著好转 ($P < 0.001$), 对照组舌质无显著变化。③血凝指标: 治疗组 4 项血凝指标 (AT-III、Fn、Fa 和 VHR: Ag) 治疗后有显著好转 ($P < 0.05$), β TG 有所降低, 但无显著性意义; 对照组血凝指标未见明显变化 ($P > 0.05$)。

王冠庭等^[24]以中药扶正抗癌方为主结合化疗, 治疗 158 例术后晚期胃癌患者。扶正抗癌方组成为: 潞党参、生黄芪各 15g, 生白术 10g, 生薏仁、仙鹤草、公英、白花蛇舌草各 30g, 七叶一枝花、石见穿各 18g。根据辨证在基本方的基础上随证选加以下药物: 阴虚加沙参、天冬、麦冬、生地、石斛等; 血虚加当归、白芍、熟地等; 气滞、气逆加八月札、旋覆花、枳壳; 血瘀加丹参、桃仁等; 恶心呕吐加姜半夏、姜竹茹、赭石等; 消化不良加神曲、山楂、鸡内金、谷麦芽; 疼痛加川楝子、延胡索、川草乌等; 白细胞减少加黄精、补骨脂等。此方每日服 1 剂, 可长期服用, 一般持续 1~2 年, 2 年以上可间断服用。大部分患者长期服用 3~4 年。另外, 设中药加化疗方案。即中药加单纯应用 5-Fu、中药加 FT207 及中药加联合化疗三种方案。结果: 第一批 56 例晚期胃癌患者随机分为单纯中药与中药加化疗组, 平均 3、5、10 年以上生存率分别为 41.07%、30.36% 和 12.5%; 第二批 102 例以中药加三种不同化疗方案进行治疗, 三组 3 年生存率均超过 50%, 但以中药加 5-Fu 为最佳。动物实验研究表明, 该方能抑制或杀灭艾氏腹水瘤癌细胞, 使小白鼠生存期显著延长。

吴氏等^[25]用中药结合动脉插管化疗治疗晚期胃癌 86 例, 作为治疗组。另 50 例单用动脉插管化疗作为对照组。治疗分三个阶段进行。①插管前: 以中药辨证治疗为主。A、病程较久, 或经手术或其他疗法治疗后, 故脾胃虚弱, 气血不足, 运化失司, 湿痰瘀血凝结成积, 治疗以健脾助运, 补益气血, 扶正抗癌为主。处方: 生黄芪、西党参、猪苓、茯苓、焦三仙各 15g, 苍术、白术、生苡仁、仙鹤草、槐木各 30g, 金当归、补骨脂、广木香、制半夏、鸡内金各 10g, 淡附片 6g, 三七粉 3g。每日 1 剂。B、病情进展迅速, 或化疗、放疗后热毒内蕴, 灼伤津液, 阴虚内热。治宜养阴生津, 清热解毒。处方: 鲜生地、鲜石斛、水牛角片、北沙参、麦冬、白花蛇舌草、川楝子各 30g, 玄参、生甘草各 10g, 银花、三叶青各 12g, 炒黄连、生大黄各 6g, 西洋参(代茶泡饮) 3g, 真西黄(冲或吞) 0.3g。便秘者, 加玄明粉(冲) 10g。②腹腔动脉灌注抗癌药物。③插管后: 以中药配合水化与利尿措施: A、中药: 针对因化疗的消化道毒

性引起肝胃不和,治宜疏肝和胃、降逆止呕:姜竹茹、清半夏、橘皮各 10g,枇杷叶、旋覆花、乌梅各 12g、柿蒂 3g,炒川连、吴萸各 3g,代赭石、焦三仙各 15g,生甘草 6g。连服 3~7 剂。(不能进中药者宜针足三里、内关、膈俞。B、化疗后骨髓抑制、肝肾中毒,血象偏低。治宜养血益气为主,兼补肝肾:生黄芪、太子参、炒苡仁、虎杖根、仙鹤草、八月札、红枣各 30g,全当归、鸡内金各 10g,清阿胶、生地、熟地、陈萸肉各 12g,鸡血藤 20g,猪苓、茯苓、紫丹参各 15g。每日 1 剂。C、水化利尿。结果:治疗组 86 例,显效 2 例,有效 56 例,稳定 21 例,无效 7 例,总有效率为 91.86%;对照组 50 例,有效 8 例,稳定 15 例,无效 27 例,总有效率 46%。两组疗效相比有极显著差异 ($P < 0.001$)。生存率观察:治疗组治疗后的半年生存率为 85%,1 年生存率 46.3%;对照组治疗半年生存率为 41.2%,1 年生存率仅为 12%。

马廷行等^[26]采用中西医结合治疗中晚期胃癌 50 例,拟健胃消 汤:党参 15g,茯苓 10g,白术 10g,生黄芪 30g,生苡米 30g,白花蛇舌草 30g,佛手 10g,陈皮 10g,清半夏 10g,半枝莲 20g,甘草 10g,昆布 30g,桃仁 10g,红花 10g。水煎服,日 1 剂。术前、术后或化疗中均可服用。辨证加减:脾胃虚寒,选加砂仁、蔻仁、干姜、田三七、淡附子等;胃热伤阴,口干咽燥,舌红少苔,选加麦冬、玉竹、芦根、石斛、天花粉、生地、知母等;并改党参为太子参。气血两虚,选加当归、枸杞子、鸡血藤,改党参为西洋参,重用生黄芪。便秘者选加瓜蒌、大黄、槟榔、麻仁等。腹泻者选加米壳、葛根、厚朴、黄连等。纳呆者选加焦三仙、鸡内金、砂仁等。疼痛者选加元胡、白芍、乌药等。水肿者选加车前子、茯苓皮、猪苓、泽泻、大腹皮等。呃逆者酌加米壳、西洋参。除服用中药外,还采用手术及化疗。结果:中西医结合治疗中晚期胃癌 50 例,不同手术方式 3 年生存率的情况分别为:根治术 58.3% (14/24),姑息术 37.5% (3/8),探查术为 0 (0/6),非手术 8.3% (1/12)。本文不同手术方式后的中西医结合治疗 3 年生存率与徐光炜综合全国纯手术的比较起来如下:根治术、姑息术、探查术全国分别为 44.6%、22%、4.74% 个月(中位生存期);本文分别为 58.3%、37.5%、8.2 个月。经统计学处理 $P < 0.05$,有显著性差异。从 50 例病例分析看,生存三年以上和现在健在者都是手术后及时中医药治疗,坚持中药配合化疗和化疗后的中药调理治疗。

饶氏等^[27]用升血汤配合化疗治疗中晚期胃癌并进行远期疗效随访。81 例患者随机分为升血汤配合化疗组 64 例、单纯化疗组 17 例。72 例患者化疗采用 MFV 方案,9 例用 MFC 方案,两组均 6 周为 1 疗程,用 2~4 个疗程。升血汤组成为:生黄芪、太子参、鸡血藤各 30g,白术、茯苓各 10g,枸杞子、女贞子、菟丝子各 15g。每日 1 剂,水煎服,6 周为 1 个疗程,单纯化疗组则不服升血汤。结果:升血汤配合化疗组 64 例中 61 例有效,总有效率为 95.3%。单纯化疗组 17 例,有效 13 例,总有效率为 76.4%。远期疗效:升血汤组患者平均生存期 3.188 年,对照组平均生存期为 1.12 年。升血汤组 64 例中,3 年存活 37 例占 54.8%,5 年存活 22 例占 34.4%。单纯化疗组 17 例中 3 年存活 3 例占 17.6%,5 年存活 1 例占 5.9%。两组显著性差异 ($P < 0.01$)。

张氏^[28]应用局部注射治疗本病,方法为:行肿瘤部位及其边缘部位注射,分四个疗程进行。第一、二个疗程注射环磷酰胺,第三个疗程注射消痔灵,第四、五个疗程再注射环磷酰胺及 5-Fu。每周 1 个疗程,共 4~5 个疗程。经治疗后临床表现均较治疗前明显好转,6 例胃癌中治疗后呈炎性改变者 3 例,仍呈胃腺癌者 3 例。

近年来,中医及中西医结合防治胃癌正向纵深发展,且取得为较为满意的疗效。其中中西医结合的治疗原则有人主张第一、二期以手术为主,以中药化疗为辅;第三期以手术切除

病灶,用多种药物联合化疗及中医药等综合治疗;第四期以抗癌化疗、中医药治疗为主,即按标本兼治,攻补结合以补助攻,重攻兼补,祛邪扶正^[29]。

目前肿瘤治疗的主要倾向之一是提高病人的生存质量。已有研究表明,中医药不仅可以增强癌症病人免疫力,改善临床症状,还能延长生存率,提高生活质量。其中尤以扶正抗癌、补气健脾、活血化瘀的中药最引人注目^[30]。

尽管如此,仍存在着不足之处,如:单纯应用中草药治疗肿瘤的有效率还较低,缺乏特效药,有待进一步研究。宏观与微观的结合也应更加深入。肿瘤是一全身性疾病,在疾病的发生、发展过程中,存在着体内各系统的变化,因此,对本病的研究不仅要注重细胞、亚细胞、分子、基因及遗传工程方面的深入,还要注重整体、辨证论治。辨证分型力求统一,制定统一的方案,疗效评价也应是统一基准,这样便于研究。

第四节 预防

胃癌的确切病因尚不清楚,但按目前对胃癌病因的了解,看来胃癌是多种因素复合作用的结果,预防中应设法控制和排除已知的可疑致癌因素。具体有:注意饮食卫生,避免多食过度刺激性食物。节制烟酒,定时饮食,防止暴饮暴食,以减少胃炎及胃溃疡的发生。改变传统的盐腌或烟熏保存食物的方法,广泛应用冷冻保鲜贮存法。减少饮食中盐分摄入,经常食用新鲜蔬菜及水果。多食牛奶及奶制品。增加食物中肉类、鱼类等蛋白质含量。戒烟。积极治疗胃溃疡及萎缩性胃炎。对经久不愈或有重度瘢痕组织的胃溃疡病,有肠上皮化生伴有重度不典型增生的萎缩性胃炎,以及多发性息肉,可采取手术治疗。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993年12月第2版, 第357页
- [2] 杨健武. 胃癌的中医病机证治. 云南中医学院学报, 1993, 16(3): 34
- [3] 沈俊等. 提高早期胃癌确诊率的要素. 内镜, 1991, 8(4): 45
- [4] 江绍基. 临床胃肠病学. 上海科学技术出版社, 1981年12月第1版, 第344页
- [5] 马汴梁. 中西医结合胃肠病学. 中医古籍出版社, 1983年4月第1版, 第272页
- [6] 沈康年等. 消化道癌化学治疗进展. 实用外科杂志, 1993, 13(5): 305
- [7] 张伯臾. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 1995年10月第1版, 第133页, 139, 187页
- [8] 许济群. 方剂学. 上海科学技术出版社, 1985年6月第1版, 第52页
- [9] 陈长义. 三宝功德丹治疗中晚期胃癌182例. 湖南中医杂志, 1992, (3): 39
- [10] 张华等. 含砒中草药治疗消化道恶性肿瘤的临床疗效评价——附100例报告. 山西中医, 1991, 7(2): 12
- [11] 陈斌等. 扶正抗癌I号治疗晚期胃癌的临床观察. 国医论坛, 1991, (5): 32
- [12] 范忠泽等. 中医药在胃癌术后治疗中的作用. 上海中医药杂志, 1994, (5): 16
- [13] 顾兆雄. 六君薏苡三虫汤治疗晚期胃癌手术后30例. 浙江中医杂志, 1990, (10): 443
- [14] 李秉英等. 扶正冲剂治疗晚期胃癌化疗毒副反应的临床观察. 山西中医, 1990, 6(4): 16
- [15] 郭松云. 健脾理气养阴法对24例胃癌术后免疫功能影响的观察. 上海中医药杂志, 1994, (9): 40
- [16] 李舜卿等. 蓼参丹抗癌疗效的临床观察. 北京中医杂志, 1992, (6): 22

- [17] 吴启才. 中晚期胃癌术后蛇毒制剂治疗的疗效分析. 中国肿瘤临床, 1992, 19 (1): 63
- [18] 程剑华等. 邪胆子油乳治疗 35 例复发并转移胃肠癌的疗效分析. 中成药, 1991, 13 (9)
- [19] 徐立生. 巴豆生物碱治疗胃癌 128 例临床观察. 中华肿瘤杂志, 1992, 14 (5): 392
- [20] 刘鲁明等. 气功治疗恶性肿瘤的初步观察. 气功与科学, 1992, (10): 22
- [21] 崔开贤. 针刺治疗食道癌, 胃癌 30 例的临床观察. 中国针灸, 1987, 7 (2): 7
- [22] 李维藩等. 手术节除癌灶加麝香埋藏治疗消化道癌 4 例. 北京中医, 1984, (4): 23
- [23] 周阿高等. 小金丸加减为主治疗中晚期胃癌术后患者疗效观察. 中西医结合杂志, 1990, 10 (6): 343
- [24] 王冠庭等. 扶正抗癌方为主结合化疗对 158 例术后晚期胃癌的治疗及实验研究. 中西医结合杂志, 1990, 10 (12): 712
- [25] 吴良村等. 中药结合动脉插管化疗治疗晚期胃癌. 浙江中医杂志, 1992, 27 (5): 205
- [26] 马廷行等. 中西医结合治疗中晚期胃癌 50 例. 山东中医杂志, 1993, 12 (2): 35
- [27] 饶燮卿等. 升血汤配合化疗治疗中晚期胃癌的远期疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (6): 366
- [28] 张振兴. 局部注射治疗晚期食道癌、胃癌 10 例疗效观察. 中医杂志, 1990, 31 (8): 63
- [29] 陈文义等. 手术、化疗及中医药联合治疗胃癌成都中医学院学报, 1983, (2): 28
- [30] 梁兴才. 健脾补气常用药防治癌症研究综述. 中医药信息, 1988, (3): 17

第十一章 胃内结块

胃内结块是指进食某些食物、物品或异物，既不能被消化，又不能及时通过幽门，在胃内滞留并聚积而成的团块，或胃粘液结成硬块的一种疾病。它也称胃结石或胃石症。胃石一般按其成份不同可分为植物性、毛发性及混合性三种，此外还有其他性质的结石，如药物性等。临床常见者为植物性如柿石，黑枣石，山楂石和毛发石。无论男女老幼均可发病。

胃内结块按其临床表现属祖国医学“积聚”范畴，《景岳全书·论积垢》说：“饮食之滞，留蓄于中，或结聚成块，或鞭痛，不化不行，有所阻隔者，乃为之积”《严氏济生续方》云：“夫积者，伤滞也，伤滞日久，停留不化则成积矣。”由此，本症应属于中医学“积症”范畴。而其病位在胃并伴有胃脘部疼痛，呕吐胀满等症状，又应纳入“胃痛”范畴。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

根据结块成分不同，可以分为下列几种：

（一）植物性结块

最常见为因食柿子引起，其次为食黑枣、山楂、石榴等引起，上述植物中含鞣质，而未成熟的柿子鞣质含量可达25%—52%，鞣质在胃酸的作用下，能与蛋白质结合成分于较大的但又不溶于水的鞣酸蛋白，沉淀在胃内。而鞣酸蛋白、树胶及果胶，把柿皮、柿核、植物纤维粘合在一起，在胃内可迅速形成结石。若胃酸较高就更易促使结石形成。

（二）毛发性结块

绝大部分病人为精神不正常的成人（国内少见）及儿童^[1]，由于食入较多的头发，在胃内粘着在胃粘膜上而不易排出，慢慢相互粘着缠绕而形成发球，结块内常混有食物残渣、脱落上皮，其表面粗糙不平附有粘液并有腐败恶臭。对胃长期刺激可发生胃溃疡甚至穿孔。

（三）混合性结块

主要由毛发和植物纤维混合而成。

二、中医的病因病机

祖国医学认为本病由饮食不节、寒温失度、中阳受损、胃失健运，食积内停，气机阻滞

而为病^[2]。从多数病人发病前患有慢性胃炎来分析,认为其病机为脾胃素虚,空腹进食山楂、柿子致使饮食内停、脾胃受伤,脾失健运,胃失和降,气机阻滞,脉络壅塞,痰食相结,积而成石^[3,4]。根据患者形体肥胖,素喜油腻厚味等特点,认为胃毛粪石是由湿邪内郁、郁久化热,热积中焦,脾运失职,结聚成积之所致^[5],可见饮食不节,脾胃虚弱,胃腑积热是发生本病的主要病因。

(一) 饮食不节

涩柿性寒易结,过食不仅耗伤脾胃,脾失健运,气机阻滞,脉络不和,气血不畅,食物残渣与瘀血相结而为病。

(二) 脾胃虚弱

过食生冷,损伤脾阳致中阳不振,寒湿停滞,胃失和降,郁阻而成。正如《卫生宝鉴》所云:“凡人脾胃虚弱或饮食过常,或生冷过度,不能克化,致成积聚结块。”

本病初起,正气未衰,积块软而不坚,日久正气大伤,积块坚硬,固定不移,其病机与正气不足有关。治疗应攻补兼施。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状及体征

胃内结块的临床表现可分为急性及慢性两型。病程在6个月以内者为急性,超过6个月者为慢性。

急性型在空腹食入大量柿子或黑枣、山楂及石榴后,半小时到一小时即可出现症状,亦有在1—2个月后出现症状者。开始觉上腹部不适或疼痛,上腹部有沉坠感、胀满、恶心、呕吐,呕吐物中可有碎柿块等,而呕吐量不多,呈水样或粘性液体。体积较大的结块,上腹部可有重压感。可有一定程度胃梗阻的表现,表现周期性恶心、呕吐、上腹部痉挛性疼痛。胃内结块可引起粘膜损伤性溃疡、出血、幽门梗阻,严重者可致穿孔和腹膜炎,胃内结块进入肠道可发生肠梗阻。

慢性型其症状似溃疡病或慢性胃炎,如食欲不振,消化不良,上腹部胀、钝痛,反酸、烧心等。

有1/3的胃内结块病人,可在上腹部触及肿块。

(二) 实验室及其它检查

[实验室检查] 部分病人大便潜血试验阳性,亦可有轻度贫血,胃液分析:胃游离酸常较正常人偏高。

[X线检查] 柿石不能透过X线,因此,在腹部透视或腹部平片可发现密度增高的阴影。

钡餐造影可发现圆形或椭圆形不规则充盈缺损。当钡剂自胃排空后，其表面凹凸不平仍附有钡剂，肿块在胃内移动，中间可有透明区，有时柿石可分裂成形态不一的数块。

〔纤维胃镜检查〕胃镜可看到暗褐色可移动的柿石，并可由活检钳取出柿石碎块以明确诊断。

（三）诊断要点

1. 诊断

胃柿石多发生在产柿地区及柿熟季节，有食入大量特别是涩柿的历史，吃后不久即出现胃部症状，上腹部可摸到可移动的肿物，X线检查发现可移动的阴影一般诊断即可明确。

胃毛发石病人可长期并无不适，以后逐渐发生胃痛，恶心呕吐，食欲不振，消瘦，无力，并发溃疡则出现溃疡病症状，多数可触到上腹部包块。

2. 鉴别诊断

（1）胃癌：胃内结块与胃癌二者在症状上均有上腹部胀满，疼痛，食欲不振，体重下降，上腹部又可触及肿块，易误诊为胃癌。其鉴别主要依靠X线钡餐造影及纤维胃镜活组织病理检查以资确诊。X线钡餐造影，本病表现为游离可动的团块，圆形、卵圆形或略有不规则的充盈缺损，可随蠕动或触动而复位。而胃癌表现的充盈缺损边缘不规则，该处胃蠕动消失，胃壁强直。

（2）胃十二指肠溃疡：一般本病与胃及十二指肠均有上腹部疼痛，但本病缺乏溃疡病疼痛的周期性节律性的特点：一般起病较急，胃梗阻症状出现较早，发病短期内上腹部可触及包块。而溃疡病多起病缓慢，幽门梗阻以并发症形式出现，上腹部无包块。诊断主要依靠X线钡餐造影及纤维胃镜确诊。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

①病史中有明显的进食致胃石形成的物品；②上腹部异物重压感及间歇发作的胃梗阻症状；③上腹部可扪及光滑可移动的坚硬团块；④X线表现及纤维胃镜证实团块的特点及其性质，并可与胃肿瘤相鉴别。

（二）辨证分型

1. 饮食积滞证

〔临床表现〕起病急骤，胃痛沉重，脘闷胀满，噯腐泛酸，恶心欲呕，纳呆少食，舌苔厚腻或浊腻，脉滑或弦滑。

〔辨证分析〕饮食不节，食滞于胃，故起病急，脘闷胀满，噯腐泛酸；积滞日久成块，脾胃受损，阻碍气机故纳呆少食，恶心欲呕，胃痛沉重；积滞日久化热，故噯腐泛酸。苔厚腻为食滞之象，脉滑为宿食停留之征。

2. 寒邪痹阻证

〔临床表现〕胃痛喜按，胀闷沉重，口淡不渴，食少纳呆，舌淡苔薄，脉沉紧或沉迟。

〔辨证分析〕脾胃素虚，过食生冷致脾阳受损，脾失健运，胃失和降，故胃痛胀闷沉重，口淡不渴；寒得温而散，气得按而行，故喜温喜按；脾胃虚寒，则受纳运化失常，故食少纳呆。舌淡苔薄，脉沉迟或沉紧皆为寒邪痹阻、中气不足之象。

3. 瘀血阻胃证

〔临床表现〕上腹部隆起，饭后及平卧时明显，胃脘胀满或刺痛，呕不能食，急躁易怒，形体消瘦，面色无华，身疲乏力。舌质紫暗或有瘀点，脉弦或涩。

〔辨证分析〕本证多因食积日久，脾胃受伤，胃络受损，波及血分，故出现上腹部隆起，胃脘胀满或刺痛，呕不能食等。气滞血瘀证候，久之气血化生乏源，故形体消瘦，面色无华，身疲乏力；血瘀则舌少滋荣，故舌色紫暗或舌有瘀点，血行不通故脉来弦或涩。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

以5%苏打水洗胃，可使粘着的粘液逐渐溶解，胃石因而缩小，以便自幽门排出，也可用胃镜活检钳，将结块钳碎取出。

若结块很大，用上述方法无效时，或出现合并症时，可考虑手术治疗。

二、中医中药治疗

近年来中医治疗本病疗效较好，初显优势，常用药物为鸡内金、枳实、大黄、甘草、厚朴、槟榔、三棱、莪术等，以通腑散结（化石），理气化瘀为主要治疗^[7]。

（一）辨证论治

1. 饮食积滞证

〔治法〕消食导滞、散结破积。

〔方药〕保和丸（《丹溪心法》）加减。

山楂15g、神曲20g、莱菔子15g、陈皮15g、半夏曲15g、鸡内金30g、枳实15g、茯苓15g、连翘15g、大黄10g。

〔加减〕泛酸重者加海螵蛸3g，胀甚者加厚朴15g、槟榔15g、便血者加藕节15g、白芍10g。

〔分析〕保和丸为治疗食积的通用方，本方用山楂、神曲、鸡内金、莱菔子以消各种食物积滞，佐半夏、枳实行气化滞、和胃止呕；茯苓健脾利湿；食积易于化热，故佐以连翘清热面散结，更加大黄以荡涤胃肠积滞。

2. 寒邪痹阻证

〔治法〕温中散寒，消积散结。

〔方药〕理中丸（《伤寒论》）加减。

淡附子7.5g、干姜10g、鸡内金10g、元胡15g、白术10g、木香10g、枳实15g、山楂

20g、莱菔子 20g。

[加减] 寒甚者加良姜 7.5g 以加强温胃散寒之力；痛甚者加三棱、莪术逐瘀散结。

[分析] 药用淡附子、干姜温补脾胃；以白术、枳实、木香行气导滞；元胡行气止痛，诸药合用，则脾阳得以恢复，食积得以消化，气机得以畅通，以利于胃内结石的粉碎、溶解而消失。

3. 瘀血阻胃证

[治法] 行气活血，消积破滞，兼扶正气。

[方药] 大七气汤（《医学心悟》）加减。

青皮 10g、香附 10g、柴胡 9g、桂枝 9g、当归 10g、赤芍 12g、桃仁 10g、大黄 9g、三棱 10g、莪术 10g、鸡内金 20g、焦神曲 10g、焦山楂 10g、炒麦芽 10g、党参 10g。

[加减] 呕不能食，胃气虚弱者，去大黄加半夏 10g、茯苓 15g、生姜 9g 以和胃止呕；口干、舌红少苔，为胃阴已伤，去柴胡、香附、桂枝、大黄，加白芍 12g、石斛 10g、麦冬 10g，以滋养胃阴。

[分析] 本证因积滞日久，脾胃虚弱，气滞血瘀，故用药滞攻补兼施，以防攻伐太过，以当归、赤芍、桃仁、大黄、三棱、莪术活血化瘀；以青皮、香附、柴胡行气破滞；以党参、以内金、神曲、山楂、麦芽消积破滞，桂枝温胃散寒，扶助正气。

（二）验方治疗

1. 温胃消食化痰汤^[8]

[组成] 干姜、熟附片、陈皮、槟榔、莱菔子、木香、三棱、莪术各 10g，吴茱萸、半夏、鸡内金各 5g，焦山楂、丹参各 20g，青黛 3g。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。再取皮硝适量，以棉布包，外敷胃脘部，每日换 1 次。

[功用] 温胃消食，化痰。

[疗效观察] 20 例全部治愈，疗程长者 10 天（10 例），短者 6 天，平均 8 天。

2. 保和丸加减^[9]

[组成] 陈皮、鸡内金、连翘、茯苓、木香各 10g，半夏、槟榔各 15g，三棱、莪术、莱菔子各 12g，钩藤 15g，丹参 30g，大黄 8g，青黛、生甘草各 6g。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[功用] 化湿散结，活血行气。

[疗效观察] 治疗 15 例，全部治愈。疗程最长 15 天，最短 4 天，其中 6 例伴消化性溃疡均愈合。

3. 消导承气汤^[10]

[组成] 厚朴 6g~15g、枳实 6g~15g、大黄 6g~15g、内金 10g~20g、焦三仙各 10g~20g、槟榔片 10g。

[用法] 水煎服，每日 1 剂。

[加减] 气虚加党参或人参；呕吐者加半夏、旋复花；腹痛加元胡、白芍；大便稀酌减大黄。

[功用] 消坚散积、排石。

[疗效观察] 9 例全部治愈，疗程最多 13 天，最少 4 天，全部病例均为黑枣结石。

4. 保和丸合温胆汤^[11]

〔组成〕陈曲 15g、麦芽 30g、茯苓 12g、半夏 12g、陈皮 12g、炒莱菔子 30g、枳实 2g、竹茹 10g、黄芩 12g、黄连 10g、香橼 12g、佛手 10g、牡蛎 30g、木香 10g、三棱 10g、莪术 10g、鸡内金 10g、旋复花（包煎）12g、赭石 30g。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔加减〕大便秘结加大黄 15g（后下），芒硝 12g，（分冲）。脾虚者加白术 12g。

〔功用〕消积散结，行气导滞。

〔疗效观察〕治疗 20 例全部治愈，疗程最长 15 天，最少 3 天，平均 6.3 天。全部为柿石或山楂结石。

5. 白矾二金粉^[3]

〔组成〕自矾末 0.5g、郁金粉、生大黄粉各 1g，生鸡内金粉、火硝粉各 1.5g，滑石粉、生甘草粉各 0.5g。

〔用法〕以上药末和匀，为 1 次服用量。每日服 4 次，于饭后 1h 温开水冲服。1 个月为 1 疗程。

〔注意〕妇女经期及妊娠或有其它合并症者忌服。年老体弱者及儿童，用量酌减。

〔功用〕消积化痰

〔疗效观察〕本方治疗 11 例，全部治愈。服药最短 35 天，最长 72 天。

6. 消石汤^[12]

〔组成〕内金 30g、山楂 20g、茯苓 20g、海藻、槟榔、陈皮各 15g，三棱、枳实、川朴、芒硝各 12g、清半夏 10g、甘草 6g。

〔加减〕脘腹胀甚者加木香、砂仁各 10g，腹痛加元胡 12g，吞酸嘈杂加连翘、乌贼骨各 12g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎，早、晚分服。

〔功用〕消石化瘀，散积。

〔疗效观察〕本方治疗 15 例，全部治愈，服药最少者 5 剂，最多 17 剂，平均 8 剂。

7. 健胃化积汤^[2]

〔组成〕苍术 15g，炒白术 15g，半夏 12g，厚朴 12g，枳实 10g，黄连 5g，三棱 10g，莪术 10g，鸡内金 10g，陈皮 10g，甘草 6g，生姜 3 片。

〔用法〕每日 1 剂，水煎，早、晚 2 次分服。

〔加减〕泛酸者加乌贼骨 15g，煅牡蛎 15g；腹痛甚者加延胡索 10g，川楝子 10g。

〔功用〕健脾消积，散结化石。

〔疗效观察〕治疗胃结石 12 例，全部治愈。其中食柿子引起者 4 例，食山楂引起者 6 例，两者相兼者 2 例。服药最少者 5 例，最多者 12 剂，平均服药 9 剂。

8. 保和丸合小承气汤加减^[13]

〔组成〕焦三仙 30g~60g、鸡内金 10g~20g、半夏、陈皮、厚朴、枳实各 10g~15g，生大黄 6~20g（后人）。

〔加减〕体壮者加三棱、莪术、槟榔；呕吐者加旋复花、竹茹；吐酸者加左金丸；气虚者加党参、白术；阴虚者加玄参、生地。

〔用法〕水煎 300ml~500ml，每日 1 剂。

〔功用〕消食导滞，通腑化痰。

〔疗效观察〕治疗 33 例胃石症患者，其中治愈 29 例，有效（数量减少或体积缩小 $1\text{cm} \times 1\text{cm}$ 以上者）3 例，无效改手术者 1 例。

9. 大柴胡汤加味^[14]

〔组成〕柴胡 12g、大黄、半夏、木香、甘草各 10g，枳实、黄芩、焦槟榔片各 20g，焦三仙各 20g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎 2 次取 300ml，早、晚分服。

〔功用〕通腑散结。

〔疗效观察〕本方治疗胃石症 33 例，其中黑枣结石 31 例，柿饼结石 2 例，病程在 5 天～30 天之间，结果 33 例均治愈，其中服药最少者 3 剂，最多 21 剂。

（三）单味药治疗

1. 皮硝

〔用法〕取皮硝适量，（适结石大小而定）用棉布包，外敷胃脘部，每日换 1 次。

〔药理〕《本草纲目》指出：“皮硝，苦、寒，无毒，逐六腑积聚，结固留癖。能化七十二种石”。

〔疗效〕程氏^[8]应用内服汤剂配合外敷的方法，疗程平均 8 天，20 例病人全部治愈。结石大者 $7\text{cm} \times 10\text{cm}$ 左右，小者约 $3\text{cm} \times 6\text{cm}$ 左右。可以看出，外敷皮硝可以加速胃内结石的消散，缩短治疗时间。

2. 鸡内金

〔用法〕研末冲服。

〔药理〕实验证明，鸡内金研末吞服，疗效较入汤剂为好，是治疗胃内结块的主药，口服鸡内金后胃液的分泌量和消化能力均增高，胃运动加强，排空力加快。

〔疗效〕傅氏^[15]治疗胃石症 6 例，采用自拟化石丹（鸡内金、白术、三棱、莪术、焦三仙、莱菔子、焦槟榔，重用鸡内金研末服），治疗结果除 1 例外地患者未经复诊，5 例治愈。

三、中西医结合治疗

江滨等^[16]对上消化道结石运用中医辨证施治及现代药理学的理论，以消石导积的代表方剂槟榔四消丸，结合胃镜下活检钳碎石术，术前口服碱性液溶石，术后服用胃动力药吗丁啉促进排石，这一系列中西医结合非手术疗法，成功地治疗了上消化道结石 30 例，较以往文献记载的中药、西药、碎石术等单一疗法的疗程缩短了 8 天，1 周内治愈率 100%，无任何并发症及副作用。

大连医学院附属第一医院^[17]采取内镜碎石并催吐疗法治疗胃石症，术后投中药消石祛积汤剂及胃复安片剂，促进胃石碎块的进一步松解与排空，经治疗的 12 例患者，9 例一次性痊愈，1 例术后复查仍有残留胃石，经二次碎石术后痊愈，1 例残胃由于年迈体弱，催吐不成功，采取手术取石痊愈。

北京积水潭医院^[18]对巨大胃石症病人采取内镜下碎石术配合中药消食导滞，祛瘀散结治疗，对伴有溃疡病患者，给以痢特灵配合治疗，结果 3 例病人全部治愈。

吴炳忠^[19]治疗1例胃结石病人,以理中汤加味,药用:党参24g、干姜10g、白术12g、茯苓10g、内金30g、甘草10g,并加用:大黄苏打片4g,苏打片1.5g,每日3次,服药十余剂后,症状消失,复查结石已无。

第四节 预防

一、避免过量食入柿子、黑枣、山楂、果核等干鲜果品,特别是柿子,食用前应去皮,空腹时更应少食或不食,尤其是患慢性胃炎及溃疡病的病人更应注意。对于精神不正常的成人及儿童,应警惕食入带毛发的食物及其他异物。

二、对于平素脾胃虚弱者及儿童,一次食入较大量柿子、黑枣等,出现胃脘不适者,应服用中药以消食导滞、理气,以免日久结石逐渐沉积,治疗较为困难,或并发溃疡穿孔等。

三、积极治疗原发病。

参考文献

- [1] 吴阶平等主编. 黄家驷外科学. 第四版(上册) 北京: 人民卫生出版社, 1986: 第1049页
- [2] 郑梅荣等. 胃内结石症15例辨证探讨. 北京中医杂志, 1991, (5): 24
- [3] 郭洪奎等. 健胃化积汤治疗胃结石12例. 山东中医杂志, 1991, 10(4): 31
- [4] 袁今奇等. 中药治愈胃柿石症11例. 陕西中医, 1991, 12(9): 405
- [5] 彭登慧等. 胃石1例中医治验. 中医杂志, 1981, 22(11): 32
- [6] 江绍基主编. 临床胃肠病学. 上海: 上海科技出版社, 1981年第1版, 365页
- [7] 李延培. 胃石症的中医治疗近况. 陕西中医, 1995, 16(1): 45
- [8] 程运文. 温胃消食逐瘀汤治疗胃柿石症20例. 浙江中医杂志, 1990, (10): 441
- [9] 马山等. 胃柿石症15例治验. 江苏中医杂志, 1989, 10(4): 17
- [10] 崔雅庭. 中药治疗胃石症9例报告. 中医杂志, 1991, 32(8): 13
- [11] 张允忠. 保和丸合温胆汤治疗胃石症. 山东中医杂志, 1994, 13(9): 42
- [12] 张立营等. 消石汤治疗胃柿石症15例. 实用中医内科杂志, 1992, 6(3): 22
- [13] 朱秀英等. 保和丸合小承气汤治疗胃石症33例. 山东中医杂志, 1993, 12(4): 21
- [14] 马洪祥. 大柴胡汤加味治疗胃石症. 浙江中医杂志, 1992, 27(5): 220
- [15] 傅贵余. 自拟“化石丹”治疗胃石症. 北京中医, 1989, (6): 22
- [16] 江滨等. 中西医结合非手术疗法治疗上消化道结石30例. 北京中医杂志, 1993, (1): 26
- [17] 晋佩. 经内镜机械碎石并催吐疗法治疗胃石症. 内镜, 1992, 9(3): 178
- [18] 甘毓麟等. 内镜下碎石术配合中药治愈巨大胃石症3例报告. 内镜, 1992, 9(3): 155
- [19] 吴炳忠. 胃结石治验一则. 天津中医, 1994, 11(1): 37

第十二章 十二指肠炎

十二指肠炎指十二指肠的炎症，是一种常见的上消化道疾病。可分为原发性和继发性两种，原发性也称非特异性十二指肠炎。随着纤维内镜的广泛开展，对十二指肠炎的认识日渐深入，其发病率据国内纤维内镜检查结果，占上腹部有症状受检病人的10%~16%，其中30%~60%伴有上消化道出血^[1]。临床表现有上腹部不适和压痛等，有时与消化性溃疡相似。继发性十二指肠炎，又称特异性十二指肠炎，可因多种疾病引起，如克隆氏病、寄生虫、霉菌、溃疡性结肠炎、灼伤、中枢神经系统损害、大手术等，可并发十二指肠炎，其治疗主要是治疗原发病，本章重点阐述原发性十二指肠炎。

十二指肠炎属于中医学“胃脘痛”范畴，多由饮食失节，损伤脾胃，情志不畅，肝郁气滞或脾胃虚弱，中土不运所致。如《沈氏尊生书·胃痛》所说：“胃痛，邪干胃脘病也。”《医学正传·胃脘痛》云：“胃脘当心而痛……未有不由清痰食积郁于中，七情九气触于内之所致焉。”治疗当根据临床辨证，分别寒热虚实而治之。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

（一）病因

对于原发性十二指肠炎的病因，尚不十分清楚，目前有下列几种学说：^[2]①认为十二指肠炎是一种独立的疾病；②认为十二指肠炎仅是十二指肠溃疡的一个期或潜在病变；③幽门弯曲杆菌感染致十二指肠炎。

继发性十二指肠炎常伴发于各种疾病如感染、小肠及腹腔疾病，十二指肠临近器官疾病，全身性疾病，烧伤，医源性及中毒性疾病等。

（二）病理

粘膜活检可见水肿、糜烂、充血、出血，有时绒毛变平，粘膜层及粘膜下层有单核细胞浸润，急性期可有多核细胞浸润。有人将非特异性慢性十二指肠炎分为：浅表性、间质型和萎缩型^[2]。

二、中医的病因病机

本病与脏腑功能失调有关，但与肝、脾、胃的关系更为密切，并以脾胃气虚为主，其病

机演变是肝气犯胃，乃致肝胃气滞；郁热伤阴可发展为气阴两虚。

（一）肝胃气滞

忧思恼怒则气郁而伤肝，肝木失于疏泄，横逆犯胃，脾胃纳运受制，气机阻滞而引起胃脘胀痛。如《沈氏尊生书·胃痛》所说：“胃痛；邪干胃脘病也。……唯肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”肝郁日久可化火生热，气郁日久，则血行不畅，血脉凝涩，瘀血内结，阻于胃络，又可致胃脘痛加剧。

（二）湿热阻胃

恣食肥甘辛辣油炸煎灼之品或过饮烈酒，或久居湿地，湿邪内侵可致湿热阻滞中焦，灼扰胃腑，引起胃脘疼痛。

（三）脾胃虚寒

素体脾胃虚弱者，因脾阳不振，寒自内生，或过食生冷；或过服寒凉药物；耗伤中阳，均能引起脾阳不足，中焦虚寒，使胃络失于温养，致胃脘隐痛。

（四）气阴两虚

若脾胃虚弱，过食辛辣油炸煎炒之物，或肝郁化火生热耗伤胃阴，使胃络失于滋润而致隐隐灼痛。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

可酷似十二指肠溃疡，如上腹部饥饿痛，进食或制酸剂能缓解疼痛，有时泛酸、嗝气、消化不良、恶心呕吐等，有的伴糜烂可发生出血。因其症状无特异性，与其他胃病如消化性溃疡，慢性胃炎等不易鉴别。

（二）体征

上腹部轻度压痛，部分患者可有舌炎、贫血和消瘦等。

（三）实验室及其他检查

1. 胃液分析

胃酸及胃液量分泌正常或较高，部分病例的胃酸水平与十二指肠溃疡相似。

2. 十二指肠液分析

十二指肠液呈混浊，有粘液，镜检可见有较多的上皮细胞，胃酸低者可见较多的细菌。

3. X线钡餐检查

常因有球部激惹、痉挛等而出现球部变形，皱襞变粗等现象而被误诊为十二指肠溃疡。

4. 纤维内镜

本病主要依靠内镜检查，十二指肠炎多发生于球部，内镜下表现有：粘膜粗糙、颗粒感或有增生的小结节；绒毛模糊不清；充血、水肿、糜烂，霜斑样糜烂比较多见；有出血点或片状出血，皱襞粗大，粘膜下有血管显露，球部变形等。因病变程度轻重不同，其表现往往有很大的差异。

(四) 诊断要点

主要依靠内镜检查确诊。

1. 诊断

本病有下列特征可资诊断：a. 症状方面和消化性溃疡相似；b. x线检查球部无明显壁龛或畸形，但有明显激惹现象。c. 内窥镜检查示上述典型的变化；d. 组织学变化可有大量细胞浸润，（尤其单核细胞），显微镜下可见有微溃疡，粘膜可呈胃上皮外观。严重病例绒毛变平；e. 胃酸分泌可正常或较高。

2. 鉴别诊断

本病需与下列疾病相鉴别。

(1) 十二指肠溃疡：十二指肠炎与十二指肠溃疡有时在症状上有相似之处，二者均有与饮食有关的上腹痛，不适感，可为碱性药物所缓解。单凭症状较难鉴别，据统计，十二指肠炎单凭症状体征被误诊为十二指肠溃疡者可达80%。因此，主要依靠内镜检查明确诊断。

(2) 胃神经官能症：胃神经官能症与十二指肠炎均可见上腹部疼痛，嗳气，泛酸，恶心，呕吐等症。胃神经官能症患者以中年女性为多见，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、嗳气、呃逆等，间有呕吐。体检中上腹压痛较广泛，且不固定。患者一般情况较好，但常伴有头痛，头昏，乏力，失眠，抑郁或焦虑等神经精神症状。各种器械与生化检查均无异常。

(3) 慢性胃炎：慢性胃炎的症状，如上腹部不适或疼痛、消化不良、饱胀、嗳气等与十二指肠炎相似，且二者常同时存在。内镜检查是鉴别二者的主要方法。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

十二指肠炎以胃痛、脘胀、嗳气、乏力、纳呆、口干苦为多见。由于病因不同，表现亦有差异，如属肝胃气滞者，多以胀痛为主，嗳气则舒，攻撑作痛；属脾胃虚寒者，多隐隐作痛，空腹痛甚，得食则缓，伴嗳气，胀满等；属湿热阻胃者，多有胃脘灼痛，饥不欲食，脘胀，嗳气等症属气阴两虚者，多有脘痛嗳气，口干纳呆，乏力等症。临床当结合其它症状，体征进行综合辨证分析。

(二) 辨证分型

1. 肝胃气滞证

〔临床表现〕胃脘胀满不适，食后尤甚，痛无定处，攻窜两胁，每因情志因素而痛作，苔

薄白，脉沉弦。

〔辨证分析〕肝喜条达而恶抑郁，若肝气不舒，肝气郁结不得疏泄，横逆犯胃而作痛，肝之经脉布两胁，而气多走窜游移，故痛无定处，攻窜两胁；本证初起多为气滞实证，故胀满不适而食后尤甚，病在气分而湿浊不甚，故苔多薄白。病在里而属肝主痛，故见脉沉弦。

2. 湿热阻胃证

〔临床表现〕胃脘疼痛、胀满，嘈杂、泛酸，口干而苦，口渴不欲饮，尿黄便秘。舌苔黄腻，脉滑数。

〔辨证分析〕肝气郁结，日久化热，邪热犯胃，故胃脘痛；肝胃郁热逆而上冲，故泛酸嘈杂；肝胆互为表里，肝热夹胆火上乘，故口干而苦；湿热阻滞气机，煎熬津液，故口渴不欲饮；尿黄便秘，舌红苔黄，脉滑数为湿热之象。

3. 脾胃虚寒证

〔临床表现〕胃痛隐隐，喜温喜按，空腹痛甚，得食痛减，泛吐清水，神疲纳差，甚则手足不温，大便溏薄。舌淡苔白，脉虚弱或迟缓。

〔辨证分析〕脾胃虚寒，病属正虚，故胃痛隐隐。寒得温而散，气得按而行，所以喜温喜按。脾虚中寒，则受纳运化失常，故食纳较差。胃虚得食，则产热助正以抗邪，所以进食痛止。脾主肌肉而健四旁，中阳不振，则健运无权，肌肉筋脉皆失其温养，所以疲乏，手足不温。脾虚生湿下渗肠间，故大便溏薄。舌淡脉虚弱或迟缓，皆为脾胃虚寒，中气不足之象。

4. 气阴两虚证：

〔临床表现〕胃脘灼痛，胀满暖气，口干唇燥，手足心热，食纳减退，倦怠乏力，大便干或溏，舌质淡红，舌苔少或有剥苔，脉弦细。

〔辨证分析〕肝气郁结，日久化热生火，邪热犯胃，故胃脘灼痛，胀满暖气；阴虚津少，无力上承，故口干唇燥；郁热伤阴，胃失润养故食纳减退；阴虚液耗，无以下溉，则肠道失润而大便干结，阴虚内热，故手足心热，脾主肌肉四肢，脾气虚而运化无力故便溏；舌红苔少或剥苔为阴虚液耗之象；脉弦细为肝郁化火伤津之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

（一）常规治疗

慢性非特异性十二指肠炎的治疗原则与胃炎、消化性溃疡相同，目的是缓解症状，促进炎症恢复和防止复发。

（二）对症治疗

1. 抗酸、解痉、止痛

对胃酸偏高而有疼痛的病例可用阿托品、普鲁本辛、颠茄、甲氧咪胍及碱性药物如氢氧化铝等。

2. 抗菌素

如果胃酸低而有细菌过度繁殖者，可口服链霉素，有糜烂者，可加服云南白药。

二、中医中药治疗

本病的治疗以健脾和胃为基本原则，当根据其临床表现及轻重程度辨证施治，邪盛者以祛邪为主，属虚症者应以补虚为先，苦虚实夹杂，当扶正祛邪。

(一) 辨证论治

1. 肝胃气滞证

〔治法〕疏肝和胃，理气止痛。

〔方药〕柴胡疏肝汤（《景岳全书》）加减。

柴胡 10g、枳壳 6g、香附 10g、白芍 10g、甘草 10g、陈皮 10g、玉金 10g、蒲公英 15g。

〔加减〕泛酸者，可加乌贼骨、瓦楞子以敛酸，或上方加左金丸，黄芩、竹茹以清肝泄热，和胃止痛；若疼痛较甚者，可加川楝子、元胡加强理气止痛之功，嗝气较频者可加沉香、旋复花以顺气降逆；疼痛日久，气滞夹瘀者可加失笑散以活血行瘀，散结止痛；若见呕血黑便者加白芨、椿根皮、生藕节，以凉血止血。

〔分析〕方中以柴胡、白芍、川芎、香附疏肝解郁，陈皮、枳壳、甘草理气和中，共奏疏肝理气止痛之功，再加玉金以加强理气止痛之力，另加公英以达抗菌消炎之目的。

2. 湿热阻胃证

〔治法〕清化湿热，理气和胃。

〔方药〕黄连湿胆汤（《六因条辨》）加减。

黄连 6g、半夏 10g、茯苓 10g、陈皮 12g、竹茹 10g、公英 30g、甘草 6g。

〔加减〕本方可加藿香、厚朴以加强化湿理气和中之功，脘胀甚者加瓜蒌 30g，大便秘结者加枳实 30g。

〔分析〕方中以黄连、半夏清化中焦之湿热，茯苓、陈皮健脾理气，竹茹利湿止呕除烦，用公英清热消炎以利炎症恢复，甘草和中止痛。

3. 脾胃虚寒证

〔治法〕温中健脾。

〔方药〕黄芪建中汤（《金匱要略》）加减。

黄芪 18g、桂枝 10g、白芍 15g、炙甘草 10g、生姜 10g、大枣 12g、饴糖 30g、良姜 10g、香附 10g。

〔加减〕泛酸者，可加吴茱萸暖肝温胃以制酸，另可加瓦楞子；泛吐清水较多者，可加干姜、陈皮、半夏、茯苓等以温胃化饮；加寒盛而痛甚，呕吐肢冷可加理中丸温中散寒，中阳得运，则寒邪自散，痛止之后可用香砂六君子汤调理。

〔分析〕方用黄芪益气补中，小建中汤温脾散寒，缓急止痛。再益良姜温中散寒以止痛，香附理气，以达温中健脾，理气止痛的目的。

4. 气阴两虚证

〔治法〕益气养阴，和胃降逆。

〔方药〕麦门冬汤（《金匱要略》）加减。

麦冬 15g、太子参 15g、半夏 6g、石斛 15g、沙参 15g、白芍 15g、玉竹 12g、陈皮 10g、甘草 6g。

〔加减〕若胃脘灼痛，固定不移，舌暗少津有瘀斑，或见呕血、便血者，为阴虚夹瘀，可加失笑散活血化瘀；若胃脘痞闷，纳呆作呕，大便不爽，为阴虚夹湿，可加砂仁、厚朴，以燥湿和胃健脾。

〔分析〕方以太子参补益脾胃，麦冬、甘草滋养胃阴，半夏降逆止呕，若津伤较甚，则半夏宜少用，用石斛、玉竹、沙参生津养胃，陈皮降逆理气止痛。

（二）验方治疗

1. 六味煎^[3]

〔组成〕丹参 15g、当归 12g、白芍 12g、香附 14g、炙甘草 10g、煅瓦楞 30g。

〔用法〕日 1 剂，分 2 次口服。45 天为 1 疗程。

〔加减〕按辨证分型加味：脾胃虚寒者，宜温中散寒，行气缓急止痛，加黄芪 15g，桂枝 10g，良姜 8g，白术、陈皮各 12g；肝胃不和者，宜疏肝和胃，兼制酸止痛，加元胡、川楝子各 12g，柴胡 10g，胃阴不足者，宜养阴益胃，加生地 10g、麦冬、石斛各 12g。

〔功用〕行气活血，止痛制酸。

〔服药禁忌〕服药期间禁辛辣、刺激食物及其它药物。

〔疗效观察〕用六味煎治疗慢性胃炎及十二指肠球炎共 30 例，均为男性，病程最短 8 个月，最长 11 年。经胃镜检查及胃液分析，其中慢性浅表性胃炎 15 例，十二指肠球炎 10 例，胃窦炎 5 例。治疗结果 21 例显效（症状及体征消失，胃镜检查比服药前明显改善或胃液分析正常）占 70%，好转 9 例（主要症状及体征基本消失，胃镜检查比服药前好转或胃液分析接近正常）占 30%。

2. 香连丸加味^[4]

〔组成〕黄连、木香。

〔加减〕痛甚者加元胡；腹胀者加柴胡、香附、枳实；反酸嗳气者加代赭石、旋复花；便秘者加大黄；便溏者加炒白术；便血者加生大黄。

〔用法〕日 1 剂，分 2 次口服。

〔功用〕清化湿热，行气导滞。

〔疗效观察〕应用本方治疗 42 例十二指肠炎患者，按中医辨证分为肝胃不和、脾胃虚弱、脾胃湿热、气滞血瘀四型。其中病程最长 21 年，最短 1 年。治疗结果：痊愈（镜检及病理检查完全恢复正常，症状消失）13 例，占 30.95%；显效（镜检及病理检查明显好转，症状部分消失）20 例，占 40.61%；有效（症状好转）7 例，占 16.67%；无效 5 例，占 11.90%。总有效率为 88.10%。

〔药理〕现代中药研究证明，木香对肠运动的影响类似罂粟碱，有直接的松弛作用，木香煎剂对部分细菌有一定的抑制作用，可拮抗乙酰胆碱引起的平滑肌收缩效应，故对十二指肠炎肠胃功能失调，肠管紧张力增高所致疼痛有明显的缓解效果。黄连对多种革兰氏阳性及阴性细菌都有显著的抑制效果，是一种广谱抗菌药物，并可加强白血球吞噬功能。从治疗效果看，香连丸加味对治疗肝胃不和、脾胃湿热、气滞血瘀三型，有效率达 97.05%；而脾胃

虚弱型则仅 50%，明显低于其他三型，两者呈显著性差异 ($P < 0.01$)。

3. 胃炎宁胶囊^[5]

〔组成〕水飞滑石、醋制元胡、炒白芍、甘草各等分，制成胶囊剂，每粒重 0.6~0.7 克。

〔用法〕成人每次饭前服 5 粒，日 3 次，连续服药 30 天后，休息 3~5 天作纤维胃镜复查，小儿用药酌减。

〔功用〕燥湿理气，缓急止痛。

〔疗效观察〕观察治疗 535 例胃脘痛患者，设对照组进行对照，服用维酶素片，每次饭前服用 5 片，每日 3 次，连续服药 30 天后，休息 3~5 天作纤维胃镜复查。治疗结果：胃炎宁组 354 例，治愈（症状全部消失，胃镜复查胃粘膜全部恢复正常）159 例；显效（症状消失，胃粘膜基本恢复正常或原病变范围缩小）96 例；好转（临床症状及胃粘膜均有不同程度减轻或好转）76 例，无效 23 例；总有效率 93.48%。维酶素片组 181 例病人，治愈 35 例，显效 51 例，好转 45 例，无效 50 例。总有效率 72.36%。两组比较，有显著性差异 ($P < 0.01$)。胃炎宁对胃脘痛病人中医分型疗效情况：脾胃气虚型有效率 96%，脾胃虚寒型有效率 86%，肝郁脾虚型有效率 96%，脾虚挟瘀型有效率 96%，脾肾阳虚型有效率 90%，脾虚湿热型有效率 95%，可见胃炎宁对中医分型的各型胃脘痛均有效。

4. 王氏经验方^[6]

〔组成〕黄芪 40g、蒲公英 30g、白芍 30g、炙甘草 15g、肉桂 10g、丹参 20g、百合 20g、乌药 10g、煅瓦楞子 20g。

〔用法〕1 剂煎取 300ml，每次 100ml，每日 3 次，40 天为 1 疗程。

〔功用〕温清并用，虚实互调。

〔疗效观察〕本方治疗十二指肠炎病人 61 例，与用胃舒平治疗的 18 例进行对照，总的疗效为：中药组显效 40 例（病理结果好转，胃镜检查粘膜病变恢复正常，临床症状消失）；好转 13 例（病理结果无变化，胃镜检查粘膜病变恢复正常或好转，临床症状基本消失）；无效 8 例，总有效率 86.88%；胃舒平组显效 5 例，好转 3 例，无效 10 例，总有效率 44.44%，中药组疗效明显高于胃舒平组 ($P < 0.001$)。

〔药理〕本方中黄芪、蒲公英是中医治疗疮疡的要药，具有消肿、托毒、生肌的功效，现代药理研究证明有抗菌作用^[7]。本方疗效可能与此有关，中药组治疗后病理组织学观察有 9 例血管扩张、充血明显，而炎细胞浸润减少，这可能与肉桂能刺激血管扩张，有利于炎症恢复有关。

5. 刘氏经验方^[8]

〔组成〕黄芪 20g~30g、蒲公英 20g~30g、元胡 10g~20g、丹参 10g~20g、厚朴 20g~30g、枳壳 10g、白芍 20g~30g、瓦楞子 20g、肉桂 6g~10g、炙甘草 10g。

〔用法〕每日 1 剂，分 3 次口服。30 天为 1 疗程。

〔功用〕行气调血，缓急止痛。

〔疗效观察〕本方治疗胃及十二指肠球炎 45 例，病程 1 年~8 年，经 30 天治疗后，结果显示显效（胃镜检查粘膜恢复正常，临床症状消失）28 例；有效（胃镜检查粘膜病变减轻或病变范围缩小，临床症状基本消失）14 例；无效 3 例，总有效率 93.33%。从上述结果可以看出，中药不仅能使症状较快缓解，而且胃镜检查证实，粘膜病变可恢复正常或好转，说明中药对本病治疗有较好疗效。

山西省中医研究所^[9]对十二指肠炎在分型论治的基础上,结合内镜下粘膜相用药,取得了较好的疗效。将108例十二指肠炎病例,随机分为两组,单纯分型证治组57例,分型证治加粘膜相用药组51例,中药每日1剂,30天为1疗程。其中脾虚气滞型治法为健脾理气,药用香砂六君子汤加佛手、山药。脘中疼痛,喜温喜按,形寒肢冷,时泛清水者加桂枝、良姜;便秘者以生白术易炒白术。肝胃不和型治法为疏肝理气,和胃降逆,药用柴胡疏肝散加苏梗、半夏、木香。痛甚者加川楝子、元胡;烧心、泛酸明显时合左金丸。脾虚湿阻型治法为健脾燥湿,和胃降逆,药用平胃散合二陈汤加薏仁、菖蒲、苡仁。口干口粘,苔黄厚腻,湿热中阻者加黄连、晚蚕砂。瘀血内阻型治法为祛瘀和胃,安络止血,药用五灵脂、炒蒲黄、元胡、川楝子、白芍、甘草、红花、三七参。便黑者加乌贼骨、白芨、地榆炭。粘膜相用药为在以上各型中,凡内镜下见有充血水肿者,加蒲公英、败酱草、泽泻;有糜烂时,加土茯苓、晚蚕砂、儿茶;粘膜粗糙,有颗粒感或有增生的小结节,加三棱、莪术、连翘;有出血者,加云南白药冲服。治疗结果为单纯分型证治组总有效率为61.4%,分型证治加粘膜相用药组为94.1%,经 χ^2 检查有显著性差异($P<0.01$)。根据临床观察研究认为:粘膜充血水肿属热郁湿阻,故加蒲公英、败酱草清解热邪,泽泻以利水湿,则红肿可去;糜烂属温热并重,热壅肉腐,故当以土茯苓、晚蚕砂清热利湿,儿茶祛腐生肌,使粘膜得以修复;粘膜粗糙不平,结节增生,是为瘀阻,故以三棱、莪术、连翘化瘀散结;有出血者加云南白药化瘀凉血止血,使血止而不留瘀。药理研究亦表明:^[10]活血化瘀药能改善微循环和组织营养,促进病变恢复;也能降低毛细血管通透性,减少炎症渗出,促进炎症吸收。在辨证分型的基础上,选用粘膜相用药,有利于粘膜下用药,使临床症状改善的同时,粘膜相亦得到显著好转或痊愈,故临床取得了较好的疗效。

(三) 针灸

1. 体针疗法

取足三里、内关、中脘。肝气犯胃加期门、阳陵泉;脾胃虚寒加脾俞、胃俞、章门;泛酸加太冲。

2. 耳针疗法

取十二指肠、交感、神门等穴。

第四节 预防

一、未病先防

本病的预防,除保持生活规律,注意饮食卫生,戒除烟酒外,还应注意少食多餐,勿过食肥甘厚味之品,保持心情舒畅,对一些可以诱发本病的药物,如阿斯匹林、肾上腺皮质激素、利血平、咖啡因等,应慎用或禁用。

二、既病防变

对于十二指肠邻近脏器的疾病如慢性胃炎、胰腺炎、肝胆疾病等应积极进行治疗。特别是对继发性十二指肠炎，应积极治疗原发病，以防止本病的发生。

参考文献

- [1] 郑芝田主编.《胃肠病学》.北京,人民卫生出版社,1992年8月第二版,第464页
- [2] 干兆芬.十二指肠炎研究进展.国外医学(消化系统疾病分册),1989,(2):106
- [3] 彭家胜.六味煎加减治疗慢性胃炎、十二指肠球炎的临床观察.中西医结合杂志,1987,(10):619
- [4] 余永等.香连丸加味治疗十二指肠炎.四川中医,1989,(4):19
- [5] 余泽勋等.胃炎宁胶囊治疗慢性浅表性胃炎及十二指肠炎.云南中医杂志,1991,12(2):39
- [6] 王长洪等.中药治疗十二指肠炎61例疗效观察.中西医结合杂志,1987,7(7):410
- [7] 余贺等.免疫学研究的现状和未来.上海第二医学院学报,1982,2(4):6
- [8] 刘喜新等.中药治疗胃及十二指肠球炎45例报告.河南中医药学刊,1994,9(4):48
- [9] 王 星等.十二指肠炎的中医辨证分型及粘膜相用药体会附108例病历分析.中医药研究,1992,(5):28
- [10] 初航等.益气化瘀法为主治疗慢性胃炎106例疗效分析.中西医结合杂志,1985,5(5):267

第十三章 十二指肠壅积症

十二指肠壅积症是指各种原因引起的十二指肠远端或十二指肠空肠交界处的梗阻，以致十二指肠近端扩张，内容物壅结产生的一种临床综合征。临床比较少见。引起十二指肠壅积的原因很多，如先天性畸形、肿瘤、肠道浸润性疾病和炎症，胃空肠吻合术后及慢性间歇性动脉肠系膜十二指肠阻塞等，在上述原因中，以慢性间歇性动脉肠系膜十二指肠阻塞是十二指肠壅积症中最常见的致病原因，约占50%以上，故本篇重点叙述慢性间歇性动脉肠系膜十二指肠阻塞。（以下简称本病）

本病旧称肠系膜上动脉综合症，现已不采用，临床可发生于任何年龄，以40岁左右为多见，女性多于男性，确切的发病率难以统计，一般认为，每300个上消化道X线钡餐检查的病例中，有一个本病患者^[1]。临床以间歇发作性腹痛、腰痛、呕吐等十二指肠梗阻症状为主要表现。

本病属中医学中“胃脘痛”、“腹痛”、“呕吐”等范畴，祖国医学认为“胃气以下行为顺”，外邪阻滞，气失和降，则如《临证指南》所云：“胃气上逆固病，即不上逆，但不通降亦病矣。”《素问·举痛论篇》亦云：“寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕也。”临床采用中医辨证结合辨病治疗，常可收到满意疗效。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

本病的发生与十二指肠的解剖特点有关。正常人十二指肠水平部中段于第二腰椎水平，横跨于腹主动脉前，而包含有肠系膜上动、静脉等的肠系膜根部恰又越其前方而下行，对之产生轻度压迫。这种压迫是生理性的，能使食糜在该处有稍长的停留时间，以与十二指肠液充分混合。凡能增加这种压迫者，都能使十二指肠部分性乃至完全性的阻塞，阻塞部位以上的肠段扩张，而阻塞以下的肠段则见瘪塌。内脏下垂、腹壁松弛或其他的原因使肠系膜向下甚至向后牵引时，可使肠系膜根部对十二指肠的压迫增加；脊柱前突，将腹主动脉向前推，可减小十二指肠的空间占位，同样也增加对十二指肠的压迫。

二、中医的病因病机

本病病因多因饮食不节、劳逸失度，或郁怒伤肝，忧思伤脾所致。肝郁、脾虚、胃实均可导致脾胃损伤，气血郁滞，不能腐熟水谷而发为本病。

1. 情志失调

由于情志失调，肝失疏泄，横逆犯胃，以致脾不健运，胃失和降，引起胃痛、痞满、呕吐等证。

2. 饮食不节

饮食不节损伤脾胃，湿浊、食滞蕴阻胃肠，胃肠气机阻滞，血运瘀阻，壅积不通而发病。

3. 脾胃虚弱

脾胃虚弱食入不消，致食积中脘，或中焦虚寒，不得温煦，运化迟滞；或脾肾阳虚，胃不腐熟，肠失传导，以致肠腑壅阻，气血瘀滞，导致本病发生。

4. 气滞日久，病及血分

气血瘀滞于胃肠，胃失和降，胃肠气机壅滞，邪积中脘，清浊逆乱，而出现胃痛，呕吐，痞满等。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

本病主要表现为腹痛、恶心呕吐、腹胀、嗝气、打嗝等，以及一些其他继发的症状。

疼痛位于上腹或脐周，轻者仅表现为胀痛，甚者呈撕裂状锐痛，多为进餐后1~4小时出现或加重，具有间歇发作的特点，俯卧位或膝胸位可改善或缓解，呕吐亦可使之缓解，进食后呕吐往往是本病最早发现的症状，呕吐时间可在餐后即发生，或在餐后数小时发生，呕吐物中总有较多的胆汁，长期呕吐，可造成水、电解质代谢紊乱和酸碱平衡失常，长期反复发作，可导致营养缺乏，出现贫血、消瘦等。

(二) 体征

发作间歇期十二指肠梗阻的直接证据一般不易获得，可见患者呈消瘦无力体型，可能检测到内脏下垂的体征。但在症状期，加压于下腹部，将腹部内脏上托时症状好转是一个重要的诊断学依据。或可发现胃型、肠型以及上腹部振水音。

(三) 实验室及其它检查

1. 实验室检查

胃液检查可发现胆汁。在禁食16小时后抽取十二指肠液仍有滞留的过夜食糜。如在十二指肠液中有脱落的上皮细胞、粘液和大量细菌，则可能合并有十二指肠炎。此外，约有50%的病人可有轻度或中度贫血。

2. X线检查

宜在症状期进行，因为阳性率高，而且可以定位。低张十二指肠造影是诊断本病的最主要方法。典型的X线表现是：“刀切征”，即钡剂不能通过阻塞的十二指肠水平部，钡头平齐，其上之肠腔则见扩张。钡剂在局部滞留时间延长，甚至有胃潴留。若作膝-胸位后再检查，则

或见潴留现象明显好转。此外,可见局部运动情况改变,大多表现为蠕动增强或逆蠕动,而个别严重患者可见运动消失。

3. 血管造影

必要时可选择血管造影,以显示肠系膜上动脉和十二指肠之间在解剖上的关系。

(四) 并发症

十二指肠腔内的长期壅滞可造成局部并发症,而并发症的产生又可加重本病。最常见的并发症有胃或十二指肠消化性溃疡,胆囊、胰腺或十二指肠炎症,以及胃扩张等。

(五) 诊断要点

1. 诊断

有上腹痛和上消化道梗阻症状,尤其是反复间歇发生者,要考虑到本病。X线检查是最重要的诊断手段,必要时可以作低张性十二指肠造影或选择性血管造影,以与其他病因所致的十二指肠壅积症相鉴别。

2. 鉴别诊断

与其他肠内外原因引起的慢性十二指肠郁滞相鉴别

胃后壁的恶性肿瘤、胰腺肿瘤和囊肿等,均可引起十二指肠郁滞,X线钡剂造影或逆行胰胆管造影可以发现。腹主动脉瘤亦可引起十二指肠郁滞,x线钡剂造影或血管造影有助于诊断。溃疡穿孔成其他腹部手术形成的粘连、以及粪石、胆石排入肠腔,蛔虫团块、吞入的异物等均可导致十二指肠发生郁滞,可根据病史或x线钡剂造影确诊。

此外,先天性腹膜束带可使儿童形成巨十二指肠,远端十二指肠闭锁、十二指肠极度下垂、十二指肠空肠区的先天性囊肿、胚胎时中肠无扭转或扭转不良等先天性发育异常疾病,均可引起十二指肠郁滞,大多都有原发病的表现须靠x线钡剂造影等帮助诊断,如鉴别仍有困难,需手术确定病因。

2. 本病与十二指肠的其他疾病相鉴别

十二指肠溃疡、十二指肠炎、十二指肠憩室等疾病,有时在症状上与本病有相似之处,故必须加以鉴别。十二指肠溃疡以空腹时疼痛为主,亦可见嗝气、泛酸、恶心、呕吐等症状,主要依靠x线钡剂检查及胃镜检查与本病相鉴别。十二指肠炎具有周期性、节律性的上腹部痛,并多伴有消化不良症状,如嗝气、泛酸、上腹郁胀满等。X线钡剂或气钡双重造影检查可与本病相鉴别。十二指肠憩室炎时,可有上腹部疼痛、反酸、嗝气、呕吐等,餐后加重,x线钡剂检查的结果可提供诊断的主要依据,纤维十二指肠镜检查亦可明确诊断,而与本病相鉴别。

对仅有嗝气、胃胀等症状的本病轻型患者,尚需与胃肠神经官能症区别;对呕吐严重的患者,需与幽门梗阻相鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

十二指肠壅积症以胃痛、呕吐、痞胀为主症。临床辨证,当首先分辨其虚实。气滞、湿

阻、食积、痰饮、热结、瘀血所致者，多属实证，治宜祛邪为主，辅以通降胃肠气机。脾胃虚寒和胃阴亏虚者，属虚证，治宜养正为主，亦须辅以和胃降逆，虚实夹杂者，当扶正与祛邪兼顾；寒热错杂者，当寒热平调。

（二）辨证分型

1. 肝气犯胃证

〔临床表现〕胃脘胀满，攻撑疼痛，痛及两胁，嗳气吞酸，恶心呕吐，心烦易怒，纳食减少，每因情志刺激加重或诱发。舌边红，苔薄白；脉弦。

〔辨证分析〕肝主疏泄而喜条达，若情志不舒，则肝气郁结不得疏泄，横逆犯胃而作痛。胁乃肝之分野，而气多走窜游移，故疼痛攻撑连胁。气机不利，肝胃气逆，故脘胀嗳气。如情志不和，则肝郁更甚，气结复加，故每因情志刺激而痛作。肝气犯胃，胃失和降，故恶心呕吐，吞酸。肝胃郁热，逆而上冲，故心烦易怒，舌边红为气郁化热之象，病在气分故苔薄白。病在里而为肝所属，故脉弦。

2. 湿邪蕴阻证

〔临床表现〕胃脘痞塞满闷，或胀满疼痛，食入胀加，恶心呕吐，纳呆口粘，口干欲饮水，大便溏或秘。舌苔厚腻，布满全舌；脉濡或滑。

〔辨证分析〕湿浊内蕴，阻通气机，胃气不降，故脘闷痞塞，邪阻胃肠，腑气不得疏泄横逆犯胃，故胃脘胀痛，恶心呕吐，食入胀加。脾不运化，湿邪内阻，故纳呆口粘、口干欲饮水，便溏或秘。苔厚腻，脉濡或滑，为湿浊内蕴之征。

3. 气滞血瘀证

〔临床表现〕胃脘胀满疼痛，牵及胸胁，嗳气频作，以食后、午后、夜间为甚，渐至疼痛加重，痛有定处，痛时拒按，甚则痛及后背，或便秘、便血。舌质暗，脉弦涩。

〔辨证分析〕气滞日久，病及血分，气血瘀滞于胃肠，胃失和降，故胃脘胀满疼痛，嗳气频作；由于瘀血有形，故痛有定处而拒按；瘀停于胃肠，进食则触动其瘀，故食后痛甚，以血属阴分，午后阴气渐盛，夜间阴气至盛，故午后、夜间为甚，瘀停于肠，故见便血，瘀血阻于肠道，通降失常，故便秘，血瘀则血行不通，故脉弦涩。血瘀则舌少津液，故舌质暗。

4. 中焦虚寒证

〔临床表现〕脘腹隐痛，或表现为冷痛、掣痛，喜暖喜按，形怯神倦，食少乏力，手足不温，大便溏薄。舌淡嫩，苔白润；脉沉细无力。

〔辨证分析〕脾阳不振，脾胃虚寒，病属正虚，故胃痛隐隐。寒主收引，故有时冷痛、掣痛，寒得温而散，气得按而行，所以喜温喜按，脾主肌肉而健运，中阳不振，则健运无权，肉筋脉皆失其温养，所以疲乏食少，手足不温。脾虚生湿下渗肠间，故大便溏薄。舌淡嫩，苔白润，皆为脾胃虚寒，中气不足之象，脉沉细无力为脾虚之征。

第三节 治 疗

一、西医西药治疗

(一) 常规治疗

对于病情较轻者，无需特殊处理。治疗主要是减少肠系膜根部对十二指肠的压迫。严重者需卧床休息，并使臀部高于上腹部，减少对肠系膜的牵拉。每1~2小时采取膝一胸卧位十分钟亦有助恢复，待体重有所恢复后再起床活动，但仍宜餐后卧床1小时，对梗阻严重，呕吐频繁者，尤其是急性发作型者，可予以胃肠减压。

(二) 对症治疗

对营养不良者，要补充营养、维生素等，必要时，予以深静脉高能量营养疗法。对于有脱水者，要补充液体，纠正水、电解质代谢失衡。对内科保守无效者，再考虑外科手术。十二指肠一空肠吻合术是首选手术。

(三) 并发症治疗

对并发症的治疗，可参阅各有关章节。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 肝气犯胃证

〔治法〕疏肝和胃，理气消滞，和胃降逆。

〔方药〕柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味。

柴胡10g、白芍15g、枳实10g、青、陈皮各10g、郁金15g、香附10g、元胡10g、川楝子10g、半夏10g、旋复花10g、甘草6g。

〔加减〕若大便秘结者，加大黄以通腑降逆；兼食滞者，加炒谷麦芽、炒莱菔子以消食导滞；吞酸者，加黄连、吴萸、煅瓦楞子以泄肝和胃制酸；肝郁化火者，去香附、旋复花，加黄连、栀子以清胃泄热；腹痛即便者，加白术、防风以调和肝脾。

〔分析〕方中以柴胡、白芍、香附疏肝解郁，青、陈皮，枳实、甘草理气和中；另加郁金、川楝子、元胡以加强理气解郁之效；加入半夏、旋复花以和胃降逆。

2. 湿邪蕴阻证

〔治法〕燥湿健脾，和胃降逆。

〔方药〕平胃散（《太平惠民和剂局方》）加味。

苍术10g、厚朴10g、陈皮10g、半夏10g、茯苓15g、泽泻10g、枳实10g、藿香10g、薏

苡仁 30g、白蔻仁 6g、苏梗 10g、甘草 6g。

〔加减〕若属寒湿内阻者，加干姜、吴萸、草蔻仁以温化寒湿；湿郁化热者，加黄连、栀子、大黄、竹茹以清热降逆，兼食滞者，加神曲、炒莱菔子以消食导滞；大便秘结不通者，可加大黄以通腑降浊。

〔分析〕方中以苍术温燥除湿运脾，厚朴行气化湿，消胀除满，以陈皮、苏梗、枳实理气化滞，配伍以二陈汤燥湿健脾，理气降逆；以藿香、薏苡仁、白蔻仁芳香化湿醒脾，使脾运而诸病证自除；以泽泻淡渗利湿而健脾，甘草甘以和用，调和诸药；众药合用，以达健脾燥湿降逆之目的。

3. 气滞血瘀证

〔治法〕行气活血，和中降逆。

〔方药〕膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。

当归 12g、赤芍 12g、川芎 6g、桃仁 10g、红花 10g、丹参 15g、元胡 10g、降香 10g、乌药 10g、五灵脂 10g、柴胡 10g、枳壳 10g、砂仁 6g、大黄 6g、甘草 6g。

〔加减〕若兼气虚者，加党参以益气补中；若呕吐明显，加半夏、代赭石；若便血者，加蒲黄、三七。

〔分析〕方中以当归、赤芍、桃仁、红花、灵脂活血祛瘀；以川芎行气活血祛瘀，降香、乌药、枳壳理气降逆；柴胡、砂仁理气解郁；大黄破瘀结，甘草调和诸药。

4. 中焦虚寒证

〔治法〕温中健脾，和胃降逆。

〔方药〕理中汤（《伤寒论》）合香砂六君子汤（《时方歌括》）。

党参 15g、白术 12g、干姜 10g、吴萸 10g、木香 10g、陈皮 10g、半夏 10g、砂仁 6g、枳壳 10g、炙甘草 6g、生姜 10g。

〔加减〕若呕吐较甚者，加旋复花、代赭石以降逆止呕；气虚较甚者，加黄芪以益气升阳；兼血瘀者，加桃仁、红花；兼寒湿者，加草蔻仁、苍术；脘腹胀满较甚者，加厚朴以理气散满。

〔分析〕方中以党参、白术健脾燥湿；以辛热之干姜温中焦脾胃而祛里寒，以陈皮、木香、枳壳理气消滞，吴萸温胃降逆，半夏、砂仁、生姜健脾化湿，温胃止呕，炙甘草健脾益气调中。

（二）验方治疗

1. 温降承气汤^[2]

〔组成〕熟附子 9g、补骨脂 12g、旋复花 12g（包煎）、代赭石 30g（先煎）、姜半夏 9g、陈皮 12g、桃仁 12g、红花 9g、生大黄 9g（后下）、枳实 12g、厚朴 12g、芒硝 9g（冲）。

〔用法〕水煎，每日 1 剂，分 2 次空腹温服。

〔功用〕温脾助阳，散结止痛。

〔疗效观察〕临床应用本方治疗 30 例十二指肠壅滞病人，病程 1~5 年，平均治疗 1 个半月后评定疗效。结果为：临床主要症状消失，x 线或纤维胃镜复查正常，评为治愈 26 例；呕吐止，饮食增加，胃脘胀痛虽有减轻但未消失，上消化道 x 线复查示钡餐仍不易排至空肠，评为有效者 4 例。治愈的 26 例中有 15 例经二年多随访未见复发。本病在临床治疗中分为三个

阶段，第一阶段为开始治疗的阶段，时间为一周左右，用温降承气汤治疗；第二阶段视患者呕吐、疼痛、纳食的情况及排便次数之多少，酌情去芒硝、减大黄用量，加党参 15g、鸡内金 9g 以健脾消导，时间约需两周左右；第三阶段为诸症基本消失或明显缓解后，再改服附子理中合香砂养胃以巩固疗效，时间约为三周左右；本治疗中 30 例病人有 21 例于服用温降承气汤三周后改服香砂养胃合附子理中汤治疗 2 周左右收功。临床具体应用时，还须根据病情灵活掌握。

2. 荷叶活血汤^[3]

〔组成〕 荷叶 30g、紫丹参 15g、红花 12g、赤芍 18g、川芎 7g、沉香 4g、槟榔 9g、三棱 9g、党参 15g。

〔加减〕 腹痛甚加元胡 12g、枳实 9g、降香 7g。呕吐甚加龙骨 30g、牡蛎 30g、腹胀肠鸣甚加川朴 12g、青皮 18g。

〔用法〕 水煎服，日 1 剂。

〔功用〕 活血化瘀，理气降逆。

〔疗效观察〕 本方治疗十二指肠壅滞症 7 例，最长疗程 3 个月，最短疗程为 1 个月，一般于服药 20 天左右即有不同程度的好转，表现为腹痛腹胀减轻，嗝气减少，呕吐停止。患者因饮食转佳而体重明显增加，食后无不适感觉，临床症状消失。4 例患者经 X 线钡剂造影或胃镜复查，见壅结症消失；3 例患者虽然在复查中壅结症消失，但与前片比较大为改善，而且临床症状消失，停药后远期效果良好，未见复发。

3. 补中益气汤加味^[4]

〔组成〕 黄芪 30g、党参、白术各 15g，升麻、柴胡、当归、制半夏、旋复花（包煎）各 10g，枳实 12g、陈皮、甘草各 6g，生姜 3 片、大枣 5 枚。

〔用法〕 日 1 剂，水煎分 2 次服。

〔功用〕 益气健脾，和胃降逆。

〔疗效观察〕 本方治疗 1 例十二指肠壅积症患者，经服本方 6 剂后，诸症皆除，改服成药补中益气丸，二月后复查胃肠钡餐阴性，随访二年，未见复发。

4. 小柴胡汤加减^[5]

〔组成〕 柴胡 12g、半夏 10g、黄芩 10g、党参 15g、炙甘草 10g、大枣 12 枚、生姜 6g、枳壳 10g、郁金 10g。

〔用法〕 水煎，日 1 剂，分 2 次口服。

〔功用〕 和解少阳，调畅气机。

〔疗效观察〕 应用本方治疗十二指肠壅积症 1 例，共服药 10 剂，诸症消失，停药随访年余，未见复发。

5. 解郁汤^[6]

〔组成〕 苍术、白术、藿香、香附、厚朴、广木香、陈皮、神曲、麦芽、元胡、甘草。

〔用法〕 水煎服，日 1 剂。

〔功用〕 化湿解郁，和胃止痛。

〔疗效观察〕 治疗本病 16 例，最长 22 天，最短 4 天，结果：显效 12 例（临床症状及体征消失，X 线钡餐检查正常）；有效 3 例（症状及体征改善，但停药即复发，X 线钡餐检查见肠管扩张及逆蠕动改善）；无效 1 例（症状及体征改善不明显，X 线钡餐检查亦无改善），总有

效率为 93.70%。

(三) 其它疗法

针灸疗法：以呕吐为主者，可取中脘、胃俞、足三里、内关。属热者，配合谷、金津、玉液；属寒者，配上脘；属食积者，配下脘、璇玑；属气滞者，加阳陵泉、太冲；属中气虚弱者，加脾俞、章门。以胃痛为主，属肝气犯胃者，取中脘、期门、内关、足三里、阳陵泉，毫针刺，用泻法；属脾胃虚寒者，取脾俞、胃俞、中脘、章门、内关、足三里，毫针刺，用补法，配合灸治。

第四节 预防

平时宜加强锻炼，增强体质，经常进行腹部锻炼，增强腹肌力量，适当增加体重。生活应有规律，避免过劳，情绪乐观，避免焦虑、精神过度紧张，饮食应定时定量，不可暴饮暴食。

参考文献

- [1] 江绍基主编. 临床胃肠病学. 上海科技出版社, 1981 年 2 月第一版, 第 377 页
- [2] 袁今奇等. 温降承气汤治疗十二指肠壅积症 30 例. 中医杂志 1990, 31 (11)
- [3] 施鸿瑞等. 治疗十二指肠壅积症 7 例的临床体会. 上海中医药杂志, 1986, (1), 15
- [4] 倪世涛. 升降并用治疗十二指肠壅积症. 四川中医, 1991, (5): 24
- [5] 郭润田. 小柴胡汤治疗十二指肠壅积症一例. 中医杂志, 1991, 32 (2): 22
- [6] 张双斌. 解郁汤治疗十二指肠壅积症 16 例. 湖北中医杂志, 1992, 14 (1): 11

第十四章 餐后综合征

餐后综合征又称倾倒综合征，倾倒综合征是由 Herte's 在 1911 年首先报道的，反映在做过胃及十二指肠手术后患者进餐后半小时内感受的各种症状。根据发病的时间临床分为两类：

一、即刻性倾倒综合征

又名早期倾倒综合征、餐后早发综合征。是指在餐后 30 分钟内发病，见于各种胃切除术后，发生率一般为 10%~30%，女多于男^[1]。以 Billroth I 式胃大部切除术后最常见、也最严重。胃切除量愈多，吻合口愈大，发病率愈多。几乎所有病例，（约 80%）手术后或多或少有些早期倾倒综合征的表现，但往往随着时间的推移而减轻，几星期后发病率即明显下降，只有 5% 持续存在而酿成病变。

二、餐后血糖过低征

又名延迟倾倒性综合征、餐后迟发综合征、晚期倾倒综合征。是指在餐后 2 小时~3 小时发病。发病率比即刻型低，它可以单独出现，也可以和即刻型倾倒综合征合并发生。

第一节 病因病理

一、倾倒综合征

多年来进行了很多研究，目前尚未完全弄清。倾倒综合征可用口服高渗葡萄糖液来复制，表示快速胃排空是一重要因素^[2]。由于胃快速的排空，大量流质和固体食物很快进入小肠，使之扩张，引起了上腹部的饱胀不适。高渗液在小肠造成了一陡的渗透阶差，使很多液体从血浆流入小肠，结果引起血浆容量减低，站立时更甚，引起脉速和血压下降。血容量的减少和周围阻力的降低导致血管舒缩的不稳定症状，如眩晕，心悸、苍白、软弱和血压降低。

本病可按中医的“呕吐”、“泄泻”、“眩晕”等病进行辨证。认为本病发病机理由中焦戕损，不能腐熟水谷，泌其津液，致使气血不足，脏腑失于濡养，功能失调，故出现一系列虚弱症候。

二、餐后血糖过低征

胃切除患者作口服葡萄糖耐量试验示 30 分钟~60 分钟时血糖升高,在 1 小时~2 小时后继之出现低血糖,这相当于延迟型倾倒综合征发生之时,发生这一综合征的患者血糖小于 50 毫克%。有人假定胃切除术后葡萄糖的快速吸收解释了患者开头的高血糖症,然后继发地诱致胰岛素的释放。给延迟型倾倒综合征患者口服葡萄糖后有计划地测血糖和胰岛素;发现在 30 分钟~60 分钟时血中胰岛素的升高,比正常对照者要高出 3~4 倍。但是对这种患者静脉注射葡萄糖造成同样程度的高血糖,未能诱致高胰岛素血症,提示小肠还必定释出某些因素促使胰岛的 β 细胞分泌过多的胰岛素。这可能是肠胰升糖素,因为胃切除患者口服葡萄糖后血中肠胰升糖素浓度很快升高,并知它能刺激胰岛 β 细胞分泌胰岛素^[2]。胰岛素产生过多,造成反应性低血糖。由于个体对低血糖反应性不同,临床症状可轻可重。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

即刻性倾倒综合征

(一) 症状

分腹部(胃肠道)和全身(血管舒缩性)二类。胃肠道症状包括腹胀、腹鸣、暖气、恶心中腹部痉挛痛,有时伴有呕吐,接着腹泻。血管舒缩症状与有效血循环量突然下降有关,包括心悸、脉弱、头痛、口渴、出汗、面色苍白、倦怠、眩晕、体位性低血压、甚至昏厥,常需躺平。症状大多延续 30 分钟~60 分钟。

症状的轻重,与摄食量和食物性质有关。摄取中量或大量碳水化合物特别是蔗糖和流质形式往往可以诱发。发作次数不定,可自偶尔发生以至每次餐后均有症状发生。发作及严重程度与患者体位有关,站立时容易发生,且程度较重,躺下时即缓解,因此在进餐后多急欲卧床休息。

(二) 体征

为了减轻或防止症状发作,患者则不愿多食,体重往往减轻。

(三) 实验室检查

发作时往往血糖升高,红细胞压积提高,血容量减少。

(四) 诊断要点

1. 诊断

进食约半小时后出现上腹饱胀,发热感,心悸、眩晕、大量出汗,全身乏力,恶心呕吐,

脉速，血压降低等；饭后平卧片刻症状即可好转。

2. 鉴别诊断

与胃肠炎相鉴别：胃肠炎亦有腹胀肠鸣、泄泻、恶心、呕吐等胃肠道症状，但无餐后30分钟内发病。与平卧后可自行缓解的特点，一般也不会同时出现心悸、出汗、面色苍白、体位性低血压甚至昏厥。且本症尚有明确的手术史和一定的发病时间。

餐后血糖过低征

(一) 症状及体征

一般在餐后1小时~2小时发病，症见软弱无力、眩晕、震颤、心悸、多汗、饥饿或空虚感觉、恶心、焦虑和神经质，类似低血糖所产生的症状。摄取高碳水化合物食物或饮料、运动或情绪激动，都可诱发或加重症状。

(二) 实验室检查

发作时血糖降低。

(三) 诊断要点

1. 诊断

(1) 食后1小时~2小时出现饥饿、乏力、头晕、心悸、出汗等，严重者可摔倒，血压下降。

(2) 症状发作时血糖降低，进食后症状缓解。

2. 鉴别诊断

与其他低血糖症相鉴别：本病的表现主要为低血糖症状，是属反应性低血糖症，主要从手术史、餐后1小时~2小时发病，发作时服少量糖水即可缓解等特征，与其他低血糖症相鉴别，如胰岛疾病、垂体、肾上腺皮质功能低下、肝脏疾病、胰外肿瘤、中枢神经系统疾病、过度消耗、医源性、药源性、酒精性等所引起的低血糖症。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

餐后综合征为胃大部切除术后并发症，中医认为术后元气大伤，气血两亏，又胃主受纳腐熟，脾主运化吸收，同为后天之本，气血生化之源，胃部疾患并手术之后脾胃受损为之必然。虚则以中气虚为主，可兼有气滞、痰饮、食积等实证表现。气虚气滞则脘腹胀满；脾胃虚寒则肠鸣、腹泻；气逆则恶心呕吐；中虚饮停则眩晕；更甚则中虚气脱出现厥证。凡此种种，临床又当结合全身情况进行综合辨证分析。

(二) 辨证分析

1. 中虚气滞证

〔临床表现〕胃脘胀满不适，按之则舒，兼有肠鸣，泄泻，恶心，头昏，心慌，乏力。舌

淡苔薄白，脉虚。

〔辨证分析〕胃主受纳腐熟，脾主运化吸收，胃部手术之后脾胃受损为之必然，脾胃虚弱，气行不畅故胃脘胀满不适；按之则气行，故按之则舒；气虚故恶心、头昏、心慌、乏力；脾虚不运，传导失司故肠鸣；舌淡苔薄白，脉虚为气血两虚之证。

2. 中虚气逆证

〔临床表现〕恶心呕吐，兼有头晕，乏力、出汗或肠鸣腹痛，面色苍白，四肢不温。舌淡苔薄白，脉虚。

〔辨证分析〕脾胃虚弱，气行不畅，胃气失于和降故恶心呕吐；脾气虚不能化生水谷精微，气血来源不充故有头晕，乏力，面色苍白四肢不温，出汗；脾胃虚寒，运化不及，传导失司，故肠鸣腹痛。中气虚弱故舌淡苔白，脉虚。

3. 中虚饮停证

〔临床表现〕头晕目眩，乏力出汗，夜寐不安，恶心呕吐，面色无华。舌淡苔薄，脉濡。

〔辨证分析〕中阳不振，痰饮内停，清阳不升故眩晕；气血两虚故乏力出汗，面色无华；停中焦，阻遏胃气，故恶心呕吐，气血不足故舌淡苔薄；痰饮内停故脉濡。

4. 中虚气脱证

〔临床表现〕眩晕昏仆，面色苍白，心悸自汗，呼吸微弱，汗出肢冷，兼有脘胀，恶心、肠鸣腹泻。舌质淡苔薄，脉沉微。

〔辨证分析〕中气下陷，清阳不升，髓海失养，故眩晕昏仆；血虚面色苍白，血不养心故心悸；气随血脱故汗出肢冷；中气大衰故呼吸微弱。气虚面兼气滞，则有脘胀，胃气不降则恶心，脾虚无力运化故肠鸣，传导失司则腹泻。舌淡苔薄为气血两虚，脉沉微为气血两亏，无力充盈脉道，推动气血运行之故。

第三节 治 疗

一、西医西药治疗

1. 常规治疗

对本征采取非手术疗法，大多能奏效。主要是控制饮食，包括少食多餐、每餐进干食、少饮汤，可以减少发作次数，减轻发作程度。碳水化合物，特别是食糖应限制，宜提供高蛋白质、高脂肪、低碳水化合物饮食。餐后立即平卧半小时可以预防或减轻症状的发生。餐后低血糖征可在发病时口服少量糖水以缓解症状。药物如血清素拮抗剂、抗胆碱能药等并无显效。

2. 对症治疗

如口服抗胆碱药可阻止胃肠的过度蠕动，口服甲苯磺丁脲（D₈₆₀）0.5g~1.0g，可控制高血糖症的延长。焦虑不安者，给予安定10mg肌肉注射。若症状严重，出现昏厥，休克者，当进行抗休克处理。

绝大多数轻度或中度倾倒综合征病例经保守治疗后，可在数日或数年内减轻症状或痊愈。经久不愈的严重病例，内科治疗无效时，可考虑手术治疗。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 中虚气滞证

〔治法〕 气血双补，理气行滞。

〔方药〕 八珍汤（《正体类要》）加减。

党参 10g、白术 10g、茯苓 12g、甘草 5g、当归 10g、白芍 10g、川芎 5g、陈皮 8g、枳壳 6g、木香 5g。

〔加减〕 肠鸣、泄泻明显者，加炮姜以温脾止泻；头昏心慌，加酸枣仁，夜交藤以养血安神。

〔分析〕 方中以党参、白术、茯苓、甘草补脾益气；当归、白芍滋养心肝；用陈皮、枳壳理气行滞；共收气血双补，理气行滞之功。

2. 中虚气逆证

〔治法〕 健脾益气，和胃降逆。

〔方药〕 六君子汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

党参 10g、茯苓 12g、白术 10g、制半夏 10g、陈皮 6g、黄芪 10g、当归 10g、白芍 10g、干姜 5g。

〔加减〕 呕吐痰涎清水者，加桂枝、吴茱萸以温中降逆，若泛吐清水，又兼腕冷肢凉者，可加附子、肉桂等温阳散寒。

〔分析〕 本方以党参、白术健脾燥湿养胃，佐以茯苓淡渗利湿健脾，而苓、术合用健脾除湿之力更强，促其运化；配以甘草甘温调中，陈皮理气降逆；半夏燥湿降逆和中；以黄芪益气健脾，助其运化，当归、白芍养血调血；干姜温胃散寒以化湿降逆。

3. 中虚饮停证

〔治法〕 补益气血，温阳化饮。

〔方药〕 人参养荣汤（《太平惠民和剂局方》）合苓桂术甘汤（《伤寒论》）加减。

党参 15g、白术 10g、当归 10g、白芍 15g、黄芪 15g、陈皮 6g、干姜 6g、桔梗 5g、茯苓 20g。

〔加减〕 血压偏低者，合补中益气汤化裁；脘痞、苔腻者，加藿香、佩兰、砂仁以化湿醒脾，恶心呕吐清水者，合小半夏加茯苓汤以和胃化痰。

〔分析〕 方中用党参、白术、黄芪健脾益气；用当归、白芍养血；桔梗、陈皮一升一降，使清阳升而浊阴降，茯苓利水渗湿健脾使饮去而脾胃功能健运。

4. 中虚气逆证

〔治法〕 益气固本，补中升阳。

〔方药〕 参附汤（《正体类要》）或芪附汤（《魏氏家藏方》）。

人参 10g，制附子 6g。

〔加减〕 病人苏醒后，服四味回阳饮；若表虚自汗明显者加黄芪、白术以益气固表，汗出不止者，加龙骨、牡蛎固涩敛汗；心悸不宁者，加熟地、远志、当归、酸枣仁养血安神，恶

心腹胀者加陈皮、半夏以理气和胃；手足震颤者，加天麻、钩藤、当归、白芍、黄芪以益气养血，平肝熄风；烦躁不安、心神不宁，加龙齿、五味子、夜交藤以宁心安神。

〔分析〕本方以大补元气之人参益气固脱，使阳气回复，阴血自生；附子纯阳，为补益先天命门真火之第一要药，通行十二经，待阳气回升之后，再行加减治疗。

（二）验方治疗

1. 黄芪建中汤加减^[3]

〔组成〕黄芪 30g、芍药 20g、桂枝 15g、甘草 10g、炮姜 6g、大枣 5 枚，法半夏 15g、党参 30g、焦白术 15g、玫瑰花 10g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎 2 次，早晚温服。忌生、冷、硬刺激食物，节制糖类、少量多餐，每进干食，注意饭后休息。

〔加减〕贫血者加入养血活血之品，当归 12g、枸杞子 15g、阿胶、鹿角胶各 6g（另烊化冲服）。脘腹胀满者加入理气消胀之品，香橡皮 10g，炒枳壳 18g，煨木香 6g。失眠者加入清心除烦，交合阴阳之品，肉桂 10g，黄连 10g。大便稀溏者加入健脾固涩之品，炒扁豆 10g，怀山药 15g，焦麦芽 15g，芡实 20g。

〔功用〕温中补虚，和胃止痛。

〔疗效观察〕本方治疗 16 例胃倾倒综合症患者，服药时间一般 9 天~18 天，多则 3 个月，治疗结果为：痊愈 15 例（症状消失，食欲增加，体质恢复，近期随访无复发）。无效 1 例。痊愈率为 93.7%。

2. 补中益气汤加味^[1]

〔组成〕黄芪 30g、党参 20g、白术 10g~15g、升麻 5g、柴胡 6g、当归 12g、白芍 15g~30g、法半夏 10g、丹参 15g、甘草 5g。

〔加减〕病情较重，少气懒言，精神疲倦，脉细弱无力者，党参改用白参 10g；心悸、气短，失眠多梦，脉细数无力者加枣仁 10g，茯神 10g，炙远志 5g；消化不良、腹胀、不欲食、大便稀溏者去当归加鸡内金 15g，山楂 10g，陈皮 8g。

〔用法〕每日 1 剂，日分 2 次温服，28 天为 1 疗程。服药宜忌生冷、油腻、辛辣、香燥之品；同时强调少食多餐，少食汤类及味甜类食物，餐后宜躺卧 30 分钟~60 分钟。

〔功用〕补益中气，振升中阳，调理气机。

〔疗效观察〕治疗本病 20 例，临床治愈 12 例（治疗 1~3 个疗程后，症状体征消失，饮食基本正常，无其他并发症）；好转 7 例（治疗 1~3 个疗程后，症状和体征减轻，饮食改善，但仍可诱发者）；无效 1 例（经本方治疗 3 个疗程后，病情无改善）。总有效率为 95%。

第四节 预防

本病有自愈趋势，在胃及十二指肠手术后，调整饮食习惯，大多均可使临床症状得到缓解。餐前 20 分钟~30 分钟，服抗胆碱能药物，如普鲁本辛 15mg，可阻止过度的胃肠蠕动，起到预防作用。餐后立即平卧半小时，也可预防本病的发生。

参考文献

- [1] 朱伟光. 补中益气汤加味治疗术后倾倒综合征 20 例小结. 湖南中医杂志, 1994, 10 (6): 12
- [2] 江绍基主编. 临床胃肠病学. 上海科技出版社, 1981 年 12 月第 1 版, 308 页
- [3] 庞存生等. 黄芪建中汤加减治疗胃倾倒综合征 16 例. 甘肃中医学院学报, 1988, (3): 53

第十五章 胃切除后胆汁反流性胃炎

上世纪末至本世纪初, 溃疡病外科治疗的传统术式多采用胃空肠吻合术或毕Ⅰ式胃大部切除术。其后, 人们发现一些患者术后出现严重“消化不良”伴剧烈胆汁性呕吐, 归为“输入袢梗阻综合征”。1951年 Wells 首次明确阐述了胃术后综合征与输入袢慢性间歇性梗阻的关系。1965年 Toye 对此提出质疑。1969年 VanHeerden 通过大量实验, 第一次用“术后碱性反流性胃炎”(PARG) 来命名这种胃术后并发症。并认为其根本原因是幽门括约肌功能丧失^[1], 由此, 把它与“输入袢梗阻综合征”明确区别开来。但 PARG 也可发生在单纯胆囊切除或括约肌成形术后, 甚至某些没有做过手术的病人。近年, 随着纤维胃镜的广泛应用和有关胆汁流入胃对粘膜影响的实验与临床上的深入研究, 使人们对术后反流性胃炎的认识不断加深。据统计, 其临床发生率为 2%—35%, 手术转流虽是有效的治疗方法, 但仍有 30%—50% 的病人术后症状得不到改善^[2]。

祖国医学无本病的记载, 根据其临床表现, 属中医学“胃脘痛”等范畴, 早就有“邪在胆、逆在胃, 胆液泄则苦, 胃气逆则呕苦”的认识, 其所述症状与本病相似。其治疗则以和胃通降为主。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

本病多见于行胃一空肠吻合术的患者。由于术后丧失幽门的功能, 十二指肠中硷性内容物逆流入胃, 引起碱性反流性胃炎, 多见于毕Ⅰ式术后^[3]。必须指出, 有胆汁返流者并不均发生胃炎, 有胆汁反流性胃炎者, 并不一定有症状。胆汁入胃固然可以引起胃排空障碍及胃炎, 但单纯胆汁或单纯胰液致病力均小, 胆汁与胰液的混合液致病力增强^[4], 甚至胆汁、胰液以外的其它十二指肠内容物、胃酸、术后线头异物刺激等也不无作用^[5]。

二、中医的病因病机

关于本病的病因病机, 大多认为与肝胆和脾胃有关, 如曹氏认为: 胃大部切除术后特别是 Billroth Ⅰ 式破坏了胃的正常解剖结构, 影响肝胆疏泄, 致胆汁返流入胃, 胃腑受伐失于和降而病^[6]。聂氏认为: 《灵枢·四时气》曰: “邪在胆, 逆在胃, 胆液泄, 则口苦, 胃气逆, 则呕苦。”因此肝胆气郁, 横逆中焦, 胆汁排泄失常, 逆入胃中, 以致胆胃失和, 胃气上逆而引起诸多病症^[7]。而张氏认为: 脾胃气虚, 胃阴不足, 胆邪犯胃, 瘀阻胃络, 湿热中阻, 痰浊阻胃, 均可引起胃失和降, 胆邪上逆而导致本病发生^[8]。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状及体征

1. 中上腹部持续性烧灼痛最为常见, 约占 80%—90%。餐后疼痛加重, 服制酸药物无效。
2. 胆汁性呕吐为其特征性表现, 呕吐后症状并不能缓解, 由于胃排空同时受阻, 故呕吐常可于半夜发生, 呕吐物中可伴有食物。
3. 可有贫血、消瘦、舌炎和腹泻等慢性萎缩性胃炎的表现。

(二) 实验室及其它检查

1. 胃镜检查可见胆汁返流, 胃粘膜胆汁着色, 病变多局限于吻合口附近, 无溃疡及狭窄。
2. 胃粘膜组织呈急性或慢性炎症, 有严重的炎症细胞浸润。
3. 口服胆囊造影无异常。
4. 钡餐检查上消化道, 除手术因素外无其它异常发现。
5. 基础胃酸分泌量 (BAO) 小于 2mEq/小时。

(三) 诊断要点

可依据 PARG 三联症: 即①上腹和/或胸骨后持续性烧灼样疼痛, 餐后加重。②胆汁性呕吐, 吐后疼痛不缓解。③体重减轻, 贫血^[1], 考虑胆汁反流性胃炎的可能。如胃液分析表现为胃酸缺乏, X 线钡餐检查无输入样梗阻表现; 胃镜检查胃粘膜示萎缩性胃炎者, 胆汁反流性胃炎可以确诊^[9]。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

对本病的治疗, 中医辨证分型较多而不统一, 由于患者体质差异, 情志所伤, 工作环境及病程长短之殊, 因而证情有虚实寒热之别; 病位有在脾胃肝胆, 在气在血之异; 肝胃不和者, 每因郁怒而痛甚, 牵连胁背; 胆热犯胃者, 则痛势急迫, 心烦易怒, 嘈杂吞酸; 胃阴不足者, 见胃痛隐隐, 嘈杂似饥; 瘀血留滞者, 证见脘痛固定不移, 痛时拒按; 以上诸证常可相兼为病, 再者证候往往因病情的发展和治疗的关系而互相转化。如肝气犯胃证, 因肝气郁久化火伤阴或气滞日久, 血行瘀滞而致瘀阻胃络。因此, 必须详细辨证, 灵活施治, 俾有益于治疗。

(二) 辨证分型

1. 肝气犯胃证

〔临床表现〕脘痛且胀，时而牵连胁背，常因郁怒而痛甚，食少，食后胀甚，嗳气频频，或泛吐酸苦水，时叹息则舒，苔薄，脉弦。

〔辨证分析〕情志不舒，则肝气郁结不得疏泄，横逆犯胃，故脘痛且胀；肝之经脉布胸胁，而气多走窜游移，故疼痛连胁；情志不和，则肝郁更甚，故每因情志而痛作；胃气不降，故食少，食后胀甚；气机不利，肝胃气逆，故嗳气频频；肝郁日久化热，故泛酸；肝郁气滞，故时叹息；病在气分而湿浊不甚，故苔薄，病在里而属肝，故脉见弦象。

2. 胆热犯胃证

〔临床表现〕脘痛，痛势急迫，心烦易怒，嘈杂吐酸，口干、口苦，舌红，苔黄，脉弦数。

〔辨证分析〕肝气郁结，日久化热，肝热挟胆火犯胃，故脘痛嘈杂，吐酸，心烦易怒；肝胆互为表里，肝热夹胆火上乘，故口苦；舌红苔黄为里热之象，脉见弦数，乃肝胃郁热之征。

3. 胃阴不足证

〔临床表现〕胃脘灼热，隐隐作痛，嘈杂似饥，或饥而不欲食，食后饱胀；口干唇燥，便干，形瘦乏力，舌红少苔，脉弦数。

〔辨证分析〕郁热伤阴，胃失濡养，故见胃痛隐隐，嘈杂似饥；胃失和降，故饥而不欲食，食后饱胀，津液不能上承，故口燥咽干；阴虚液耗，无以下溉，则肠道失润而大便干结；肝肾阴亏故形瘦乏力；舌红少苔为阴虚液耗之象，脉弦数为阴虚内热之征。

4. 瘀阻胃络证

〔临床表现〕脘痛固定不移，痛时拒按，或如针刺，或如刀割，食后痛甚，或夜间尤剧，或见便黑，甚或呕血，舌质紫暗，脉弦或细涩。

〔辨证分析〕气滞日久导致瘀血内停，瘀血阻滞胃络，由于瘀血有形，故痛有定处而拒按；瘀停之处，脉络壅而不通，故痛如针刺，进食则触动其瘀，故食后痛甚；血属阴，夜间归于阴分，故疼痛夜间尤剧；瘀血停于肠，故可见呕血或黑便；血瘀则舌少滋荣，故舌紫暗，血瘀则血行不通，故脉来弦或细涩。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

(一) 内科治疗^[9]

对病程短，症状轻的病人可先采用内科治疗。

1. 胃复安 5mg~10mg，1日3次，饭前半小时用。

2. 消胆胺

开始时可于餐后1小时服4g，并于临睡前加服1次。通常于服药后1~2周奏效，以后可减小剂量，长期服用者应补充脂溶性维生素。

另外还可应用：灭吐灵，生胃酮及抗生素如甲硝达唑等^[2]。

(二) 手术治疗

对症状较重，内科治疗又无效者，为防止碱性十二指肠内容逆流人胃，常需外科手术矫

正。也有人主张本病一旦确诊，经药物治疗无效，即应行外科手术治疗^[5]。目的是将胆汁自胃转流，使之不再与胃粘膜接触，手术方法应视首次手术之术式而定。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 肝胃不和证

〔治法〕疏肝理气，和胃降逆。

〔方药〕柴胡疏肝散（《景岳全书》）合旋复代赭汤（《伤寒论》）加减。

醋柴胡、炒山栀、炒枳壳、广郁金各10g，川芎、白术、茯苓各12g，代赭石30g、陈皮、川楝子各6g，淮山药15g、砂仁、川朴花各3g。

〔加减〕痛甚加延胡索3g吞服。

〔分析〕方中以柴胡、枳壳、陈皮、川芎疏肝行气解郁；郁金和血止痛；代赭石降逆和胃；茯苓、白术、山药、砂仁健脾和胃；川朴花、川楝子理气止痛，炒山栀清热泻火以防肝郁化热伤阴。

2. 胆热犯胃证

〔治法〕清胆泄热，和中降逆。

〔方药〕泻心汤（《金匱要略》）合旋复代赭汤（《伤寒论》）加减。

黄连3g、黄芩、生大黄、苍术、厚朴、枳壳各10g，蒲公英30g，广木香、生地各10g，代赭石30g、竹茹15g。

〔加减〕如热邪甚而见面红目赤加生石膏30g，山栀、知母各10g。

〔分析〕方中以大黄泻火以解热毒；以黄芩、黄连清泻上中二焦之热邪，所谓“以泻代清”，代赭石质重下沉善镇冲逆；而以苍术、厚朴、竹茹燥湿以和胃；枳壳、木香理气和中止痛；公英、生地凉血清热解毒，共奏清胆泄热，和中降逆之效。

3. 胃阴不足证

〔治法〕滋阴益胃，佐以和中助运。

〔方药〕沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

北沙参、麦冬、潞党参各15g，生地、广木香、枸杞子各10g，淮山药、生苡仁各15g，鲜茅根30g。

〔加减〕舌光红无苔加太子参15g、鲜石斛30g，阴虚火旺用玉女煎加减。

〔分析〕方中以沙参、麦冬、鲜茅根清养肺胃之阴而润燥；潞党参、淮山药健脾养胃而不燥；以生地凉血润燥，枸杞子补血润燥；木香理气行滞，生苡仁健脾化湿以防滋腻太过。全方共奏滋阴和中降逆之功。

4. 瘀阻胃络证

〔治法〕活血祛瘀，理气调中。

〔方药〕膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。

生地、桃仁、川芎、全当归、生大黄各10g，五灵脂、青皮各6g，生甘草3g。

〔加减〕如黑便似柏油可加地榆炭15g，用三七粉、白芨粉各6g分2次调服。

〔分析〕方中以生地、当归、川芎活血化瘀而养血；桃仁、灵脂、大黄祛瘀通络而止痛；青皮行气止痛，甘草调中，共达活血祛瘀，行气止痛而调中之效。

（二）验方治疗

1. 疏胆和胃汤^[7]

〔组成〕醋柴胡、苏叶各15g，半夏10g，厚朴15g，炒枳实20g，旋复花15g，生姜10g，大腹皮、当归各15g，白花蛇舌草30g、白豆蔻10g。

〔加减〕胆汁返流明显者加川楝子、乌梅；胃粘膜充血明显者加红藤、蒲公英；胃粘膜水肿明显者加薏苡仁、泽泻；合并溃疡者加白芨、贝母、大黄。

〔用法〕水煎服，每日1剂，每餐后2小时服用。30天为1疗程。

〔功用〕疏胆和胃，降逆化浊。

〔疗效观察〕用本方治疗68例病人，经2个疗程治疗后结果为：治愈（症状完全消失，胃镜检查胃粘膜恢复正常，无胆汁返流）29例；显效（症状明显减轻，胃镜检查胃粘膜明显好转，无明显胆汁返流）24例；好转（症状有所减轻，胃镜检查胃粘膜有所好转，仍可见胆汁返流）11例；无效（临床症状、胃镜检查均无变化）4例。总有效率为94.1%，平均治愈天数为41.6%。

2. 枳实通降汤^[10]

〔组成〕枳实15g、代赭石20g、白术12g、蒲公英20g、山楂12g、茯苓15g、两面针15g、党参12g。

〔加减〕胃脘痛重者加元胡15g；腹胀重者加厚朴、炒莱菔子各10g；大便秘结者加制大黄9g，出血者加炒蒲黄9g、白芨10g等。

〔用法〕每日1剂，分早、晚2次煎服。以40天为1疗程。

〔功用〕化滞散瘀，清热健脾。

〔疗效观察〕以本方治疗本症84例，同期设立对照组治疗15例，对照组用胃复安10mg，庆大霉素4mg，生胃酮50mg，每日3次。每隔15~20天胃镜检查1次，一疗程后评定疗效。治疗结果为：临床治愈（胃镜检查未见胆汁瘀积，胃粘膜形态恢复正常，临床症状消失）58例；显效（临床症状消失，胃镜检查病灶较前明显好转）14例；好转（临床症状部分缓解）10例；无效（胃镜检查无变化）2例。对照组：临床治愈3例，显效4例，好转3例，无效5例，总有效率治疗组97.62%，对照组66%，两组疗效比较差异显著， $P<0.01$ 。

3. 柴黄汤^[11]

〔组成〕柴胡、蒲公英各15g，郁金、佛手各12g，大黄8g、白芍20g、佩兰、浙贝母、枳壳、川朴各10g，黄芩、甘草、木香各6g。

〔加减〕恶心呕吐明显加竹茹、姜半夏；上腹疼痛明显者加元胡、罂粟壳；胃寒者加吴茱萸、干姜；胃阴不足者加石斛、麦冬；睡眠不佳者加合欢花、醋枣仁。

〔用法〕水煎服，早晚分2次口服，日1剂。

〔功用〕疏肝理气，降逆和胃。

〔疗效观察〕经用本方治疗12例病人，自觉症状消除，胃镜检查未见胆汁返流，胃部炎症明显改善及吻合口充血、水肿消失者，而一年以内未复发者为显效，6例，占50%。自觉症状明显好转，胃镜检查胆汁返流明显减少，胃郁炎症有所改善及吻合口充血、水肿基本消

失而一年以内未加重者为好转, 5 例, 占 42%。自觉症状无改善, 胆汁返流、胃部炎症及吻合口充血、水肿无变化者为无效, 1 例, 占 8%。总有效率为 92%。

4. 胆复散^[12]

〔组成〕炒白术、川桂枝各 100g, 吴茱萸、生甘草各 80g, 延胡索、生龙骨各 50g。上药共研细末, 过 120 目筛, 装瓶备用。

〔用法〕每次 5g, 每日 3 次, 用红枣 5 枚, 生姜 3 片煎汤, 于饭前半小时冲服, 禁烟酒。

〔功用〕燥湿健脾, 降逆和中。

〔疗效观察〕对 80 例病人采用双盲法原则, 随机分为治疗组及对照组, 对照组采用丙谷胺 0.002g, 乳酶生 1.0g, 吗丁啉 0.01g, 每日 3 次进行治疗, 两组治疗以 4 周为 1 疗程。疗效结果为: 治疗组显效 (自觉症状消失, 舌脉象恢复正常, 内窥镜下胆汁返流消失, 合并症好转) 24 例, 占 60%, 有效 (自觉症状改善, 舌脉象好转, 内窥镜下胆汁返流减少, 合并症减轻) 10 例, 占 25%, 无效 6 例, 占 15%。对照组显效 17 例占 37.5%; 有效 12 例, 占 30%, 无效 11 例占 27.5%。80 例病人经一个疗程的追踪观察后发现, 治疗组中 35 例用药 1 周后上腹痛、饱胀感有不同程度的减轻, 恶心、呕吐明显减少; 除 1 例服药后短暂腹痛外, 余无副作用。对照组出现腹泻、便秘各 1 例, 眩晕 2 例, 停药后消失。

第四节 预防

为了预防本病的发生, 对年龄大、胃酸低的胃溃疡病人在第一次手术时应行预防性 Roux-y 式吻合。而对高酸性十二指肠溃疡可在胃切除术后行 Roux-y 式吻合的同时, 再行选择性胃迷走神经切除术^[2]。

本病在饮食方面要求“寒毋沧沧, 热毋灼灼”, 食物宜柔软而富有营养, 少食多餐, 切忌暴饮暴食, 亦不可时饱时饥, 必须戒烟酒及辛辣刺激食物, 并持之以恒。同时更须调摄精神, 远烦戒怒, 颐情悦性, 有助于尽快康复。还需认识到, 本病属慢性病, 辨治确当, 服药有效者, 应守法守方, 坚持治疗, 方可奏效, 切勿因求愈心切, 处方用药, 朝更夕改, 反致欲速不达。

参考文献

- [1] 曹杰等. 术后碱性返流性胃炎与癌前病变. 国外医学肿瘤学分册, 1992, 19 (3): 151
- [2] 张志清等. 术后返流性胃炎防治进展. 综合临床医学, 1993, 9 (1): 3
- [3] 郑芝田主编. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1992 年第二版, 339 页
- [4] 江绍基主编. 临床胃肠病学. 上海科技出版社, 1981 年第 1 版, 311~312 页
- [5] 徐恩俊等. 术后返流性胃炎的防治. 实用外科杂志, 1986, 6 (2): 81
- [6] 曹仕兵. 辨证治疗胃大部切除术后并发碱性返流性胃炎 34 例. 陕西中医, 1991, 12 (9): 402
- [7] 聂志伟等. 疏胆和胃汤治疗胆汁返流性胃炎 68 例. 辽宁中医杂志, 1989, (11): 26
- [8] 张德超. 胆汁返流性胃炎中医证治心得. 中医杂志, 1992, (1): 22
- [9] 上海医科大学《实用内科学》编辑委员会编. 实用内科学. 人民卫生出版社, 1993 年 9 月第九版, 第 1345 页
- [10] 曹亚庆. 枳实通降汤治疗胆汁返流性胃炎. 中西医结合杂志, 1991, 11 (10): 631

-
- [11] 李兆苓. 柴黄汤治疗胃大部切除所致的胆汁返流性胃炎 12 例. 北京中医杂志, 1990, (1): 34
- [12] 王国田等. 胆复散治疗胆汁返流性胃炎疗效观察. 浙江中医杂志, 1991, (10): 444

第十六章 上消化道出血

上消化道出血是临床常见而严重的症候。出血部位一般指屈氏韧带以上的食管、胃、十二指肠、上段空肠以及胰管和胆道的出血。本病在西欧的发病率约为每年 50 人~150 人/10 万。上消化道出血常因暴饮暴食、酗酒、劳累过度以及不合理用药而诱发,男性多于女性,好发于冬、春两季,以中青年多见,老年人则以消化道肿瘤出血为多。近年资料提示上消化道出血的死亡平均年龄在上升,乃与世界人口老龄化有关。上消化道出血以呕血和黑便为临床的主要表现,按其出血速度和出血量的多少,分为急性和慢性两类,临床上以急性上消化道出血多见。上消化道出血的诊断在临床上并不困难,但确定出血部位和估计出血量的多少颇为重要,对治疗和预后有重要意义。随着诊断技术的发展,使某些急症得到及时而适宜地处理,从而使急性上消化道出血的死亡率由 25% 下降到 10%^[1]。

上消化道出血属于中医学中“呕血”、“便血”、“远血”等范畴。中医学认为上消化道出血是络脉损伤,血液内溢之果,《灵枢·百病始生》谓:“阳络伤则血外溢,阴络伤则血内溢。”络脉伤是出血的主要病理基础。脾胃虚弱、饮食不节,或肝气横逆、胃失和降,或脾虚不能统血,或久病人络、血络受伤等,均可导致呕血或便血,治疗常以急则治标予止血,缓则治本以求因,其法较多,疗效亦佳。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理^[1]

(一) 病因

1. 炎症因素

炎症可致胃肠道粘膜充血、水肿、渗出外,还可致糜烂出血和溃疡。此外,胃、十二指肠粘膜脱垂、息肉、结核及钩虫感染等均可导致出血。

2. 机械因素

如憩室、食管裂孔疝、食管下端贲门撕裂症。

3. 血管因素

食管静脉曲张破裂出血以肝硬化与血吸虫病性肝纤维化为最常见。其他血管因素如动脉粥样硬化,过敏性紫癜、遗传性毛细血管扩张症、感染性毛细血管病变、营养性毛细血管壁通透性或脆性增加均可引起出血。血管瘤、血管发育不良也可引起出血。

4. 肿瘤因素

常见者有腺癌和淋巴瘤。

5. 全身性疾病

急性感染、血液病、尿毒症、结缔组织病、脑溢血。

6. 上胃肠道邻近器官的病变

如胸主动脉瘤破裂进入食管，腹主动脉瘤穿入十二指肠，由蠕虫感染、结石、细菌感染和创伤所致的胆汁源性出血，出血坏死性胰腺炎。

(二) 病理

上消化道出血的基本病理是消化道的粘膜或肌层，甚或浆膜层的血管因糜烂、坏死、破裂而出血，由于病因及原发性疾病不同，其出血的病理也存在一些差异。如消化性溃疡并出血是活动期的重要临床表现，出血是因溃疡基底的血管被侵蚀而破裂，或因溃疡周围充血性小血管破裂、或因溃疡基底肉芽组织中血管破裂所致。当消化道肿瘤的癌组织发生缺血性坏死时，肿瘤表面糜烂、溃疡，致使血管破裂出血，以息肉型和溃疡型肿瘤易出血。肝硬化并食管静脉曲张常因门静脉压力增高而破裂出血。而胃炎和食管炎出血则是因粘膜充血、水肿、糜烂、坏死等损伤毛细血管出血。胆道出血多因胆管粘膜溃疡、或肝内多发性脓肿侵蚀血管而造成，多系胆道蛔虫或胆结石合并感染所致。其他非消化道疾病并发消化道出血，或因血液凝血机制发生障碍、或血管通透性增强、或缺氧等致出血。

二、中医的病因病机^{[2][3][4]}

1. 饮食伤中，胃中积热

多因饮食不节，暴饮暴食，反复伤胃；平素嗜食肥甘，饮酒过多，以致湿热郁结于胃，湿热郁久化火，灼伤胃络；或平素嗜食辛辣之品，燥热蕴结，胃火炽盛，火伤胃络，迫血外溢，血随胃气上逆而致呕血吐血。

2. 疫毒蕴肝，病损及络

久患肝瘟，病久失治；或疫虫侵及肝体，治之不当；或嗜酒过量，酒毒伤肝，皆可导致病邪壅于肝脏，肝络阻滞，肝体失养，甚则肝脉淤阻，肝失疏泄，肝病及胃，食管及胃底络脉受阻，久郁破损，血溢气逆，随致呕血。

3. 肝郁化火，横逆犯胃

禀赋抑郁性格，情志不畅，肝气郁结，郁久化火，火灼胃络；或性情暴躁，暴怒伤肝，肝火横犯脾胃；或素体胃热内盛，复因肝火扰动，损伤胃络，气逆血溢而致吐血。

4. 劳倦内伤，脾虚不摄

多因禀赋不足，脾胃素虚，久虚失治；或因思虑、劳伤太过，损伤脾胃；或因饮食不洁（节），暴饮暴食，反复损伤脾胃，致脾气虚弱，胃络不荣，则血失固摄，营血上逆，而吐血发作。

5. 寒滞胃络，脾肾阳虚

多因素体阳虚，久患胃病，日久累及脾肾之阳；或因夏日贪凉，寒邪内阻，痹阻脾肾阳气；或因脾肾久虚及胃，致脾肾阳虚，温化失源，水湿不利，阴寒内盛，阻滞胃络，久则络伤，营血失于温摄而外溢上涌，导致呕血。

6. 外伤误食，损伤胃络

跌仆或撞击损伤，或误食锐利异物，或误服毒药，皆可致食管或胃体脉络破损，而致呕血。

7. 瘀血内停，阻滞脉络

跌仆挫伤，内脏出血，瘀血阻滞于经脉之中；或血证过用苦寒凉血之品，形成血凝；或鼓胀之病，瘀血内阻，均可致血不循经溢出，而致吐血不已。

8. 阴虚火盛，损伤精血

每因吐血便血之证反复发作不已，阴精营血亏损；或色欲过度，损伤精血，肾阴亏虚；或酒毒内热，灼津炼液，肝血不足，肾精内损，每致阴虚火旺，虚火上浮，冲气上逆，血随虚火冲气上逆而妄行，发生吐血之证。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状、体征^[1]

1. 呕血与黑粪

其临床症状和体征视出血量、出血速度、出血部位和出血前的机体状况而定。一般而言，幽门以上出血易致呕血，幽门以下出血易致黑便，有呕血者均有黑便，而有黑便者可无呕血。

2. 失血性周围循环衰竭

上消化道大量出血可致急性周围循环衰竭。临床上可出现头昏、心悸、恶心、口渴、黑朦或晕厥；皮肤灰白、湿冷；体表静脉往往瘪陷。病人疲乏无力，进一步可出现精神萎靡，烦躁不安，甚至反应迟钝，意识模糊。也可引起多器官功能衰竭。

3. 氮质血症

由于失血、血容量减少，引起肾血流量和肾小球滤过率下降以及肠腔中滞留血液的分解、吸收，而导致肾性氮质血症和肠源性氮质血症，两者往往合二为一。根据上消化道出血引起的氮质血症不仅可以估计出血量的多少，而且可以估计出血是否停止和病情预后。

4. 发热

大量出血后，多数病人在 24 小时内常出现低热。

5. 上消化道出血对消化性溃疡疼痛及肝硬化肝功能的影响

消化性溃疡患者于出血后疼痛往往减轻或消失。其机理可能为：①出血后溃疡及其周围的充血、水肿消退。②溃疡的痛觉神经末梢覆以血液并与胃酸脱离接触。③大量血液所形成的“蛋白质餐”，在胃排空延迟的情况下，有效地中和胃酸而解除疼痛。肝硬化合并食管胃底静脉曲张破裂出血时，常因出血量大促使肝功能衰竭，导致肝昏迷。

(二) 实验室及其他检查

少量出血，实验室检查多无明显异常。大量出血，则红细胞、血红蛋白、网织红细胞均有下降，红细胞压积升高，多在出血后 24 小时变化明显。连续动态检查对判断有无继续出血、

治疗效果及预后有帮助。血小板计数、出血和凝血时间、凝血酶原时间等检查有助于诊断因凝血机制障碍所致的出血。

血浆尿素氮、血肌酐在出血后可升高，在24小时~48小时内达到最高峰，3天~4天内降至正常。再次出血则尿素氮、肌酐再次升高。

肝功能、血清蛋白、血清碱性磷酸酶、单胺氧化酶及B超、放射性同位素等各项检查有助于诊断肝脏疾病所致出血。

当上消化道出血时，大便隐血试验（OB）为阳性，出血越多则反应越强。

其他检查参见诊断。

（三）诊断要点^[1]

1. 诊断

上消化道大量出血的早期识别：上消化道出血引起的急性周围循环衰竭征象可先于呕血和黑粪，有时尚须进行上消化道内镜检查和直肠指诊，借以发现尚未呕出或便出的血液，而使诊断得到及早确立。

出血量的估计：上消化道出血量达到20ml时，粪便匿血（愈创木脂）试验可呈现阳性反应。当出血量达70ml以上，可表现为黑粪。严重性出血指3小时内需输血1500ml才能纠正其休克。持续性出血指在24小时之内的2次胃镜所见均为活动性出血，出血持续在60小时以上，需输血3000ml才能稳定循环者。再发性出血指2次出血的时间距离至少1~7天。如果出血量不超过400ml，由于轻度的血容量减少可很快被组织间液与脾脏贮血所补充，一般无症状。当出血量超过500ml，失血又较快时，患者可有头昏、乏力、心动过速和血压偏低等表现，随着出血量增加，症状更加显著，甚至引起出血性休克。

对于上消化道出血量的估计，主要根据血容量减少所致周围循环衰竭的临床表现，特别是对血压、脉搏的动态观察。根据病人的血红细胞计数，血红蛋白及血细胞压积测定，也可估计失血的程度。

出血持续或停止的判断：定时反复测量脉搏与血压，根据其动态变化来监测出血的进展，一向被列为常规观察的内容。病人于出血后，意识由模糊转为清醒，体力好转，食欲丧失后又恢复，提示出血好转或停止，反之则表示出血在继续或有加剧。另外还可听诊肠鸣音的变化、胃管抽取胃肠液的隐血检查、血浆尿素氮的监测、放射核素检测法等。

出血的病因和部位的诊断：

病史与体征：消化性溃疡80%~90%都有长期规律性上腹痛史，并在饮食不当、精神疲劳等诱因下并发出血，出血后疼痛减轻，急诊或早期胃内镜检查即可发现溃疡出血灶、呕出大量鲜红色血，而有慢性肝炎、血吸虫病等病史，伴有肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、脾大、腹水等体征时，以门脉高压食管静脉曲张破裂出血为最大可能。45岁以上慢性持续性粪便匿血试验阳性，伴有缺铁性贫血者应考虑胃癌或食管裂孔疝。有服用消炎止痛或肾上腺皮质激素类药物史或严重创伤、手术、败血症时，其出血以应激性溃疡和急性胃粘膜病变为可能。

X线钡餐检查：是常用的传统检查方法，但仅适用于出血已停止和病情稳定的患者。

内镜检查：对上消化道出血的病因确诊率可达95%。紧急内镜检查应在出血后12小时~24小时之内进行，能看到X线不易发现的糜烂或浅表溃疡所致的出血灶。急诊内镜检查对贲

门撕裂症的早期诊断甚有价值。

放射性核素显像：近年来应用放射性核素显像检查法来发现活动性出血的病例。此法应用静脉注射 99m 锝胶体后作扫描、以探测标记物从血管外溢的证据，是选择性血管造影前的筛选试验，以得初步的定向作用。

选择性动脉造影：反复消化道出血而 X 线钡餐和内镜检查未能获得确诊者，可考虑作选择腹腔动脉、肠系膜动脉、造影或门静脉造影。此项造影术必须在有活动性出血的情况下，才可能发现出血病灶。血管造影术是唯一能发现和证实血管异常、血管发育不良、血管扩张、动静脉瘘和血管瘤所致出血的检查方法。

2. 鉴别诊断

本病与呼吸道出血相鉴别：

来自呼吸道的血常是肺结核、支气管扩张症所引起，血色鲜红，常混有痰液和气泡，伴咳嗽、喉痒，无黑便，以咯血方式排出。而来自消化道的血常由消化系统疾病引起，血色呈咖啡色或紫暗色，常混有食物残渣，伴恶心、呕吐和上腹部疼痛，有黑便。排出血液的方式为呕血。

本病与下消化道出血相鉴别：

下消化道出血临床主要表现为便血。便血伴有呕血则提示上消化道出血。上消化道出血之便血多为暗红色或黑便；而下消化道排出的多为较鲜红或鲜红色的血便。但是如果上消化道出血伴有肠蠕动加速时，则可排出较鲜红的大便，而在小肠出血时，如积血在小肠停留时间较长，也可呈柏油样大便。故出血部位的明确诊断往往依赖于胃镜、全消化道钡餐、乙状结肠镜检查、选择性动脉造影等检查手段。

本病与全身疾病及其他因素所致出血相鉴别：

口腔、鼻、咽、支气管、肺等部位的出血，如吞咽后由肛门排出，则大便隐血试验可呈阳性。便血伴有皮肤、粘膜及其他器官出血，须考虑血液病、急性传染病、重症肝炎、尿毒症、维生素 C 缺乏症等。

口服某些中药、炭剂、铁剂、铋剂等，大便可呈暗褐色，但大便隐血试验呈阴性。当食用过多肉类、猪肝、动物血后，大便亦呈暗褐色或黑色，大便隐血试验为假阳性，但改食素食后即可转呈阴性。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点^[5]

上消化道出血，其证属于吐血和便血范围。不论吐血或便血，中医证治首先要辨清寒热虚实，对于吐血，多认为由热邪而致；便血则多由脾胃虚寒，气虚不能统摄，阴络损伤而致。

（二）辨证分型^{[5][6]}

1. 胃热壅盛证

〔临床表现〕脘腹胀闷，甚则作痛，吐血色红或紫黯，常夹有食物残渣，口臭，便秘或大便色黑，舌红，苔黄腻，脉滑数。

[辨证分析] 胃中积热，胃失和降，气血不和，故脘腹胀闷，甚则作痛。热伤胃络，故吐血色红或紫黯。胃为水谷之海，胃主纳谷，其性主降，胃气上逆，故呕血夹食。胃热耗津，故大便秘结。血随糟粕而下，则使大便色黑。舌红、苔黄腻、脉滑数为内有积热之象。

2. 肝火犯胃证

[临床表现] 吐血色红或紫黯，口苦胁痛，心烦易怒，寐少梦多，舌质红绛，脉弦数。

[辨证分析] 肝火横逆犯胃，胃络损伤则吐血。肝火上炎，则口苦、胁痛、易怒。热扰心神，故心烦、寐少梦多。舌红绛、脉弦数为肝火亢盛，耗伤胃阴之象。

3. 脾气虚弱证

[临床表现] 吐血绵绵不断，时轻时重，体倦神疲，形色憔悴，心悸，头晕，大便色黑，舌苔薄白，脉沉细无力。

[辨证分析] 脾气亏虚，统摄无能，血液外溢，故吐血绵绵不断，时轻时重。脾气本已虚衰，加之反复出血，气随血去，气血亏虚，则体倦神疲，心失所养则心悸，血虚不能上荣于头面，则形色憔悴、头晕。舌脉为脾气虚弱之征。

4. 气随血脱证

[临床表现] 吐血或便血，盈碗倾盆，而色唇甲苍白，心悸，眩晕，烦躁口干，冷汗淋漓，四肢厥逆，尿少，神志恍惚或昏迷，舌淡红，脉细数无力，或微细如丝。

[辨证分析] 吐血或便血量多而急骤，精血暴损，则面色唇甲苍白；心神清窍失养，则心悸、眩晕；气随血脱，血厥气衰，心神无主，则可见烦躁，神志恍惚或昏迷，四肢厥逆；营阴内衰，正气不固，则冷汗淋漓；气随血脱，水津不化，则尿少；舌淡红、脉细数无力，表现为阴血虚为主，脉微细如丝，为气血衰脱之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗^{[1][7][8][9]}

1. 一般治疗

卧床休息，观察神色和肢体皮肤是冷湿或温暖；记录血压、脉搏、出血量与每小时尿量；保持静脉通路并测定中心静脉压。保持病人呼吸道通畅，避免呕血时引起窒息。大量出血者宜禁食，少量出血者可适当进流质。多数病人在出血后常有发热，一般不必使用抗生素。

2. 补充血容量

当血红蛋白低于 9g/dl，收缩压低于 11.97kpa (90mmHg) 时，应立即输入足够量的全血，对肝硬化患者应输入新鲜血。

3. 止血

根据不同病因采取不同止血措施。消化性溃疡的出血是粘膜病变出血，采用血管收缩剂如去甲肾上腺素 8mg 加于冰盐水 150ml 分次口服，可使出血的小动脉强烈收缩而止血。 H_2 受体拮抗剂如甲氰咪胍对应激性溃疡和急性胃粘膜病变出血的防治有良好作用。另外也可应用生长抑素治疗本病，可以首次静注 250ug，继以 250ug/h，大多数病人数小时内止血。其效果优于甲氰咪胍。

4. 胃内降温

通过胃管以 10~14℃ 冰水反复灌洗胃腔而使胃降温,可起到止血作用。

5. 内镜治疗

①局部喷洒 5% Monsell 液。②注射疗法:常用制剂有血管收缩剂和硬化剂(无水酒精和聚乙二醇单十二醚)两类。应用时将其注射到粘膜下或溃疡底部出血的血管周围。③激光治疗:能有效地治疗溃疡出血,但注意防止出血、穿孔的激光治疗的并发症发生。④电凝治疗:适用于持续性出血者,但应注意电灼不当可引起动脉出血。⑤热探头:热探头能将电能在其顶部转变成热能,通过热效应止血。

6. 食管静脉曲张出血的非手术治疗

①气囊填塞止血:最常用气囊是双气囊三腔管。有人总结其止血率 77%。②药物治疗:垂体加压素,能使内脏小动脉收缩,减少门脉系统血流量,达到止血目的。小剂量静脉缓滴 0.4^u/分,止血率可达 86%。心得安,通过降低心搏出量,使内脏动脉血流量减少,达到降低门脉压作用。③硬化剂注射疗法主要适用于不宜手术治疗的高危病人。④经皮经肝食管胃底静脉曲张血管栓塞术(PTO)用于加压素或气囊填塞止血失败的高危病人。

7. 手术治疗

食管静脉曲张出血者可作结扎术,可作门静脉系统短路术包括分流和断流。胃及十二指肠球溃疡出血者早期手术可降低死亡率,尤其是老年人。

二、中医中药治疗

本病除出血外,临床尚伴有不同程度的阴阳、气血以及脏腑功能失调的表现,故临证之时须权衡其主次、先后、轻重、急缓,而分别采用急则治其标、缓则治其本、或者标本兼治之法。

(一) 急则治其标^[5]

对中重度大出血,尤其在有休克情况下,首先要抢救休克和迅速补充血容量。可使用中药静脉注射剂进行静脉推注或静脉滴注。如用养阴和增液注射液(人参、麦冬),100ml 加入 500ml 5% 葡萄糖生理盐水中静脉滴注,以输液救阴,对于气血衰脱,阳气暴脱之病人,使用参附青(红参、附子、青皮等)注射液,100ml 加入 5% 葡萄糖生理盐水 500ml 中快速静脉滴注;也可用枳实注射液,5ml~10ml (加入 25% 葡萄糖液 20ml 中先进行缓慢静脉注射,以回阳固脱。

在补充血容量后,可应用中药止血。如云南白药 1g,3 次/日;三七粉 3g,3 次/日;紫地合剂(紫珠草、地榆草等)50ml,4 次/日;针剂中有大黄注射液,参三七注射液,牛西西注射液,血宁注射液等;此外,金不换注射液也可用于静脉给药,20ml 加入 5% 葡萄糖 40ml 缓慢静脉注射,1~2 次/日。

(二) 缓则治其本——辨证论治^[5]

1. 胃热壅盛证

[治法] 清胃泻火,凉血止血。

〔方药〕 泻心汤（《金匱要略》）加味。

大黄 10g、黄连 6g、黄芩 9g、生地 15g、茜根炭 15g、白及 12g、大、小蓟各 12g。

〔加减〕 恶心呕吐加代赭石、竹茹以和胃降逆，胃脘隐痛加三七粉、花蕊石、炒蒲黄以化瘀止痛；口渴舌红加沙参、石斛、生地以养阴增液。

〔分析〕 方中大黄、黄连、黄芩泻火清胃；生地、茜根炭、白及、大、小蓟清热凉血而止血。

2. 肝火犯胃证

〔治法〕 清泻肝火，和胃止血。

〔方药〕 丹桅逍遥散（《医统》）加减。

丹皮 9g、桅子 9g、当归 9g、白芍 9g、柴胡 9g、茯苓 9g、白术 9g、生地 15g、龙胆草 9g。

〔加减〕 便血重者可加三七粉以增强止血化瘀之力。

〔分析〕 方中龙胆草、桅子清肝泻火；当归、白芍、柴胡疏肝解郁；丹皮、生地、白及凉血止血；茯苓、白术健脾和胃。诸药合用泻肝和胃，凉血止血。

3. 脾气虚弱证

〔治法〕 益气健脾，养血止血。

〔方药〕 归脾汤（《济生方》）加减。

党参 12g、黄芪 12g、白术 9g、茯苓 9g、当归 12g、白芍 9g、山药 12g、熟地 12g、白芨 9g、仙鹤草 12g。

〔加减〕 出血量多可以加地榆炭、侧柏叶、阿胶珠、血余炭等。

〔分析〕 方中党参、黄芪、茯苓、白术、山药益气健脾；当归、白芍、熟地养血敛阴；白芨、仙鹤草收敛止血。诸药合用，共奏益气养血而止血的功效。

4. 气随血脱证

〔治法〕 益气摄血，固脱回阳。

〔方药〕 独参汤（《景岳全书》）。

野山参 6g~9g，浓煎，灌服或鼻饲。

〔加减〕 若兼见气虚阳微则用参附汤加炮附子、干姜；若兼见阴虚现象，则加麦冬、甘草滋补和中。

〔分析〕 人参可固脱回阳，益气摄血。

（三）验方治疗

1. 清胃止血汤^[10]

〔组成〕 生大黄、丹皮、棕榈炭、赤石脂、乌贼骨各 10g，白芍 20g、生山桅 12g、地榆、白芨各 15g，干姜 8g。

〔加减〕 吐血不止为虚火上逆者，去山桅加三七粉 2g、艾叶 10g；脘胀满闷，大便色黑便秘，苔黄腻，脉滑数者，去干姜，加大、小蓟各 15g；而色苍白，四肢厥冷者加红参 4g、麦冬 10g。

〔用法〕 水煎浓缩 50ml~100ml，半小时内多次频服。

〔功用〕 柔肝、泻火、化瘀、止血。

〔疗效观察〕 应用本方治疗消化道溃疡大出血 32 例，并与 18 例应用西药组相对照，结果：

清胃止血汤组治愈 11 例，显效 8 例，无效 3 例，总有效率 90.6%。西药组治愈 5 例，显效 10 例，无效 2 例，死亡 1 例，总有效率为 83.3%。治疗组有效率高於对照组。

2. 荷叶丸^[11]

〔组成〕荷叶炭、藕节炭、白茅根炭、生地炭、仙鹤草、白芨各 90g，棕榈炭、大蓟炭、小蓟炭、茜草根炭、侧柏炭、梔子炭、炒蒲黄各 30g。

〔加减〕兼湿热者，加苍术、川朴、黄芩等；脾虚不摄血者，加黄芪、党参、白术、茯苓、当归、熟地等；胃热灼络者，加大黄、黄连；肝火犯胃者加龙胆草；胃阴不足者，加玄参。

〔用法〕每日 1 剂，加水 1000ml，煎取 500ml，煎 2 次取汁相加；每小时服 100ml。

〔功用〕凉血、止血、祛瘀。

〔疗效观察〕用本方治疗溃疡病出血 399 例为治疗组，有效率为 99.8%；静脉滴甲氧咪胍 93 例为对照组，有效率为 93%。经统计学处理差异非常显著 ($P < 0.01$)；治疗组疗效优于对照组。大便隐血试验平均转阴时间，治疗组为 21 天，比对照组短 4.3 天 ($P < 0.01$)。

3. 复方白背叶^[12]

〔组成〕白背叶，扶芳藤。

〔用法〕本方采用合剂或散剂两种剂型，合剂每次口服 30~50ml（每 ml 含生药 0.3g），每日 3~4 次；散剂每次 3g~5g，每日 3~4 次，冷开水调服。

〔功用〕止血清热、散瘀补虚。

〔疗效观察〕应用本方治疗急性胃、十二指肠出血 136 例为治疗组，另外 54 例采用甲氧咪胍、止血芳酸等西药治疗为对照组。结果：治疗组 136 例中，完全止血 128 例（94.12%），其中重度 40 例，完全止血 35 例（87.5%）。对照组 54 例中，完全止血 44 例（81.41%），两组止血有效率差别非常显著 ($X^2 = 7.20, P < 0.01$)；对于重度出血，止血有效率也有显著差别 ($X^2 = 4.87, P < 0.05$)。两组大便隐血平均转阴时间（天）分别为 3.35 ± 1.78 和 4.02 ± 1.99 ($M \pm SD$) 差别显著 ($t = 2.211, P < 0.05$)。表明复方白背叶止血疗效优于甲氧咪胍。

4. 止血合剂^[13]

〔组成〕地榆炭 30g、仙鹤草 30g、煅瓦楞 30g、田三七 2g、甘草 3g。

〔用法〕水煎，浓缩为每剂 60ml，加防腐剂消毒保存，病人每天每人服用 2 次，每次 60ml，大便潜血试验连续 3 天 3 次阴性后停药。

〔功用〕清热凉血，收湿止血。

〔疗效观察〕用本方治疗消化道出血 34 例，痊愈 34 例，全部有效。潜血转阴时间：最快者 1 天，最长者 3 天。

5. 桂枝加龙牡汤加味^[14]

〔组成〕桂枝 7g、白芍 15g、炙甘草 6g、生姜 3 片、大枣 8 枚、煅龙骨、煅牡蛎各 20g，海螵蛸 15g、茜草 7g、白芨 10g、地榆 12g。

〔加减〕伴脘灼烧心者重用海螵蛸至 30g，有呕血者加生赭石 30g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。

〔功用〕和营卫、调阴阳、固络脉、止血溢。

〔疗效观察〕用本方治疗上消化道出血 25 例，治愈 23 例，好转 2 例。服药 3 剂后便血止者 16 例，服药 4~6 剂后便血止者 7 例。

6. 黄土汤加味^[15]

〔组成〕灶中黄土 30g (包煎)、炮附子 10g、炒白术 10g、生地炭 15g、阿胶 10g (烔化)、黄芩 10g、炙甘草 3g。

〔加减〕兼有呕血者加制半夏 10g、旋复花 10g (包煎)、代赭石 30g; 若出血量大者加海螵蛸 15g、白芨 6g; 气虚甚者加党参 10g, 生黄芪 15g。

〔用法〕水煎 200ml, 分 2~3 次服完, 日服 1 剂。

〔功用〕温中健脾摄血。

〔疗效观察〕3 天内大便隐血试验转阴者 89 例, 占 50.86%; 4 天~15 天内大便隐血试验转阴者 74 例, 占 42.28%; 转外科手术者 8 例, 改用其他药物治疗 4 例, 占 6.86%。总有效率为 93.14%, 无效 6.86%。大便隐血转阴时间最短为 1 天, 最长为 15 天, 平均 4.17 天。

7. 止血散^[16]

〔组成〕羊蹄根、生蒲黄、海螵蛸、白芨各等分, 共研细末拌匀备用。

〔用法〕止血散 3g, 每日 3 次吞服, 直至大便转黄, 隐血试验转阴。

〔功用〕止血、消瘀、宁血。

〔疗效观察〕用本散剂治疗急性上消化道出血 356 例, 痊愈 203 例, 占 57.02%, 显效 133 例, 37.36%, 有效 6 例, 1.69%, 无效 14 例, 3.93%。总有效率 96.07%。大便隐血平均转阴时间 3.6 天。

8. 温摄方^[17]

〔组成〕党参 15g、白术 10g、茯苓 10g、生甘草 3g、干姜 6g、乌贼骨 30g、赤石脂 30g、黄芪 20g。

〔用法〕轻度出血者, 每日 1 剂, 水煎 2 次后将药汁混合, 分 2 次服, 每次约 100ml~200ml; 中度出血者, 每日 2 剂, 煎后每次服 150ml, 每 6 小时 1 次, 以 10 天为 1 疗程。

〔功用〕补脾治本、收摄止血。

〔疗效观察〕用本方治疗急性上消化道出血 7 例患者; 全都在 5 天之内大便潜血转阴, 其中 2 天内转阴者 3 例, 第 4、5 天内转阴者各 2 例。

9. 胃血宁合剂^[18]

〔组成〕虎杖 30g、姜炭 6g、白芨 6g、神曲 10g。经水煎、过滤、浓缩成乳胶状溶液加防腐剂备用。

〔用法〕每次 30ml, 每日 3~4 次口服。

〔功用〕清热止血。

〔疗效观察〕应用本合剂治疗上消化道出血 50 例为中药组, 并设西药对照组 50 例。结果中药组痊愈 45 例 (占 90%), 显效 4 例, 无效 1 例, 总有效率 98%, 无效的 1 例入院第 3 天又大出血并穿孔后转外科手术治疗; 西药对照组 50 例中, 痊愈 20 例 (占 40%), 显效 21 例, 有效 6 例, 无效 3 例, 总有效率 94%。两组痊愈率对比, $P < 0.01$ 。止血天数中药组平均 3.67 ± 2.02 天, 西药组平均 7.89 ± 3.97 天, 提示中药组疗效优于西药对照组 ($P < 0.01$)。

10. 龙胆泻肝汤加减^[19]

〔组成〕龙胆草 12g、黄芩 12g、柴胡 12g、当归 12g、五倍子 15g、紫珠草 15g、田三七 3g、法半夏 10g、乌贼骨 20g、制大黄 3g~6g。

〔用法〕水煎服，每日1剂。

〔功用〕清泻肝胆，凉血止血，通腑活血祛瘀，收敛止酸。

〔疗效观察〕应用本方治疗100例急性上消化道出血病人为治疗组，另设100例应用西药患者为对照组。结果：治疗组痊愈91例，显效6例，有效1例，无效2例；对照组痊愈54例，显效17例，有效15例，无效14例。治疗组疗效明显高于对照组，有非常显著性差异（ $P < 0.01$ ）。大便隐血转阴天数，治疗组平均4天，最短2天，最长6天；对照组平均6.2天，最长10天，最短3.5天，有显著差异（ $P < 0.05$ ）。

11. 血宁冲剂^[20]

〔组成〕大黄、黄连、黄芩制成冲剂。

〔用法〕每次7.5g，1日3~4次。

〔功用〕泻火、降逆、化痰。

〔疗效观察〕应用本冲剂治疗40例各种上消化道出血为治疗组，并选择20例西药治疗患者为对照组。其中治疗组40例中痊愈27例，显效8例，有效4例，无效1例，总有效率97.5%；对照组中痊愈9例，显效7例，有效3例，无效1例，总有效率95%。两组疗效无显著性差异（ $P > 0.05$ ）。治疗组大便隐血转阴时间为 2.98 ± 1.51 ，对照组为 4.80 ± 1.44 ，两组比较有非常显著差别（ $P < 0.001$ ），表明血宁冲剂在缩短大便隐血转阴时间上，优于西药止血剂。

12. 验方^[21]

〔组成〕炙黄芪30g~60g、西党参20g、乌贼骨、白芨片、炒当归各15g，云苓12g、焦白术、花蕊石各10g、炙甘草6g。

〔加减〕口渴尿赤，舌红苔黄，炙黄芪易生黄芪，党参易太子参，加生大黄10g~15g，川黄连3g；伴呕血加旋覆花10g，代赭石15g。

〔用法〕每日1剂，水煎分2次服。

〔功用〕益气摄血。

〔疗效观察〕用本方治疗上消化道出血99例，痊愈52例，显效38例，好转6例，无效3例，总有效率97%。

13. 止血散^[22]

〔组成〕儿茶、白芨、生大黄、乌贼骨。研末过筛，按4:4:1:3配伍。

〔用法〕每次服2g，1日3次。

〔功用〕止血、生肌、散瘀。

〔疗效观察〕应用本方治疗急性上消化道出血86例，并与甲氰咪胍治疗110例作对照观察。结果：止血散组治愈61人，治愈率70.9%，显效17人，无效3人，总有效率96.5%；平均止血时间2.25天。甲氰咪胍组治愈50人，治愈率45.5%；显效28人，有效22人，无效10人，总有效率90.9%，平均止血时间3.74天。两者比较平均止血时间及治愈率均有极显著差异（ $P < 0.001$ ），止血散组疗效优于甲氰咪胍组。

14. 止血散^[23]

〔组成〕白芨100g、生大黄20g、蒲黄炒阿胶100g、三七20g、浙贝母40g。研末，备用。

〔用法〕1次10g，1日3次，口服。

〔功用〕收敛养血止血，化瘀止痛。

〔疗效观察〕运用本散剂为主治疗上消化道出血 24 例为治疗组，并与 10 例应用西药治疗患者相对照。结果：治疗组平均潜血转阴时间为 4.04 天，有效率 95.83%；对照组则分别为 5.09 天，90.63%。治疗组较对照组大便潜血转阴时间缩短，有效率增高，经卡方检验， $P < 0.05$ ，具有显著性差异。

15. 二白一黄散^[24]

〔组成〕白芨、生大黄各等量，研末过筛服用时现加云南白药。三药比例为 5:5:1。

〔用法〕5.5g，每日 3~4 次吞服。

〔功用〕止血祛瘀，气火同治。

〔疗效观察〕用本散剂治疗上消化道出血 40 例，临床治愈 39 例，无效 1 例，治愈率为 97.5%。止血时间最短者 11 小时，最长者 4 天。

16. 加味泻心汤^[25]

〔组成〕生大黄 30g、黄连 6g、黄芩 9g、生赭石 18g、花蕊石 12g、乌贼骨 6g，研末。

〔用法〕日 1 剂，水煎 2 次分服。

〔功用〕泻火、降逆、消瘀、通腑。

〔疗效观察〕采用本方治疗溃疡病出血 48 例，并与 24 例西药对照组比较。结果：治疗组显效 40 例（83.3%），有效 7 例（14.6%），无效 1 例（2.1%）；对照组显效 9 例（37.5%），有效 12 例（50%），无效 3 例（12.5%）。两组疗效比较，以治疗组为优（ $P < 0.01$ ）。治疗组大便潜血转阴时间平均为 4.1 ± 2.2 天，对照组为 5.322 ± 3.6 天。治疗组的潜血转阴时间明显短于对照组（ $P < 0.05$ ）。

17. 麻苳芪归汤^[26]

〔组成〕麻苳 5g、白芨 20g、黄芪 30g、当归 10g、焦白芍 15g、党参 12g、延胡索 10g、香谷麦芽各 10g。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕益气摄血。

〔疗效观察〕共治疗上消化道出血 11 例，显效 6 例，有效 4 例，无效 1 例，总有效率为 91%。11 例中止血天数最短 2 天，最长 12 天。

18. 建理汤^[27]

〔组成〕生黄芪、当归、党参、甘松各 9g，桂枝、附片、干姜各 3g，白芍、炙甘草、天仙藤（或用佛手）各 6g，饴糖（冲）30g，红枣 8 枚组或。

〔加减〕若呕血较甚者，减干姜、参、附、加白芨、代赭石、酒大黄（后下），或送服束络止血散（血竭、花蕊石、乌贼骨、枯矾，研极细末）；大便稀溏、次数增多者，当归、干姜炒炭，并酌加地榆炭、大黄炭；伴嘈杂泛酸者，加海螵蛸、煅瓦楞、鸡内金（研冲）；伴暖气、胁疼腹胀者，加延胡索、郁金、枳壳；若胃痛如刺，或夜间加甚者，加丹参、山楂炭、三七（研冲）；若恶心呕吐者，加伏龙肝、半夏、陈皮；心下筑筑然者，再加生姜；若伴心烦躁急，口苦频呕，舌红苔黄者，减干姜、附片、甘松，加竹茹、炒山栀、左金丸；伴发热者，减干姜、甘松、饴糖，加败酱草、连翘、酒大黄（后下）。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。血止后，再续服 3~4 周。

〔功用〕温建中土，调理气血，和谐荣卫。

〔疗效观察〕共治疗溃疡病出血 36 例，其中 25 例临床痊愈，9 例显效，2 例有效，平均

血止时间为 3.83 天。

19. 白芨粉、三七粉^[28]

〔组成〕白芨粉、三七粉。

〔用法〕白芨粉 1.5g, 每日 2 次, 必要时每日 3 次, 口服。三七粉 1.5g, 每日 2 次, 口服。

〔功用〕化瘀止血。

〔疗效观察〕共治疗上消化道出血 10 例, 大便隐血试验转阴时间平均为 3.2 天, 其中 4 例服药仅一天即止血, 经过多年随访, 患者均未再次出血。

20. 五白止血散^[29]

〔组成〕五倍子、白芨各等分烘干研磨, 过 80 目筛, 分装 20g1 袋。

〔用法〕每次取五白止血散 1 袋, 加水 150ml 及少许糖, 烧开, 待温凉后分 4 次口服, 每次间隔 30 分钟至 3 小时。

〔功用〕收敛止血。

〔疗效观察〕应用五白止血散治疗上消化道出血 110 例, 并与西药组 110 例对照。结果: 五白止血散组痊愈 91 例, 显效 14 例, 有效 3 例, 无效 2 例, 总有效率为 98.18%。大便隐血阴转时间 8 小时~6 天, 平均 15 天。西药组痊愈 41 例, 显效 28 例, 有效 28 例, 无效 13 例, 总有效率为 88.17%。大便隐血阴转时间 1~14 天, 平均 5.31 天。经统计学处理, 二组间疗效有显著性差异 ($P < 0.05$)。

(四) 单味药治疗

1. 大黄醇提片^[30]

〔药理〕大黄酚予小鼠口服或皮下注射, 可缩短血液凝固时间而有止血作用。其治疗胃、十二指肠出血, 已经过反复验证与临床药理研究证实^{[31][32]}

〔用法〕三种大黄醇提片重 0.26g, 含生药 1g。将急性胃、十二指肠溃疡出血 312 例分为三组, 即 I、II、III 组, 分别有 76、96、140 例病人。第 I、II、III 组分别用 I (马蹄大黄)、II (掌叶大黄)、III (唐古特大黄) 号大黄醇提片治疗, 剂量均每次 3 片, 每日 3 次。结果: 312 例中显效 165 例 (52.9%); 有效 124 例 (39.7%); 无效 23 例 (7.4%)。总有效率 92.6%。三组疗效比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。

2. 五倍子液^[33]

〔药理〕五倍子所含鞣酸有很强的收敛作用, 对蛋白质有沉淀作用。皮肤、粘膜、溃疡面接触到鞣酸后, 其组织蛋白即被凝固, 形成一种有收敛作用的被膜, 同时对小血管产生一种压迫收缩作用, 从而引起止血效应。五倍子液可以明显地减少出血量和缩短出血时间, 能使空腹胃液分泌量明显降低。故可认为五倍子液对上消化道出血的止血效应, 是通过局部的收缩及降低胃酸、胃蛋白酶分泌的双重作用来实现的。

〔用法〕五倍子口服液, 其浓度为 20%, 每毫升相当于生药 0.2g, 每次口服 10ml, 每日 3 次, 空腹时服, 血止后 2 至 3 日停药。

〔疗效〕应用五倍子液治疗 103 例上消化道出血病人为治疗组, 另外 33 例病人应用止血芳酸为对照组。结果: 治疗组中显效 92 例, 有效 6 例, 无效 5 例, 总有效率为 95.15%。对照组中显效 19 例, 有效 11 例, 无效 3 例, 总有效率 90.90%。治疗组止血时间最短 1 天, 最

长9天,平均4.35天;对照组止血时间最短2天,最长19天,平均7.57天。经统计学处理,治疗组平均止血时间明显短于对照组($P<0.05$)。

3. 紫珠素

〔药理〕紫珠草注射液对人可使血小板增加,出血时间、血块收缩时间、凝血酶原时间缩短。对蛙肠系膜表现血管收缩。将紫珠草溶液滴于家兔肠壁上,可引起肠管强烈痉挛收缩,浆膜由粉红变白,对家兔出血时间可使之缩短。以紫珠草提取液为主药的35号止血粉,对狗肝、脾创伤及枪伤均有止血作用^[32]。

〔用法〕应用紫珠叶乙醇沉淀提取的不定形粉末(即紫珠素)口服,将紫珠素1g,稀释为30ml,口服,每日3~4次。

〔疗效〕应用紫珠素治疗消化性溃疡出血146例,并与大黄粉组、泻心液组、去甲肾上腺素组对照。结果:紫珠素组显效120例,有效17例,总有效率为93.8%,无效9例,与大黄粉组(共39例,其中显效33例,有效3例,总有效率92.3%)、泻心液组(共18例,其中显效10例,有效6例,总有效率为98.9%)比较,三组的总有效率相似($P>0.1$),去甲肾上腺素组与上三组比较则疗效稍差($P<0.01$)^[34]。

4. 紫珠草注射液^[45]

〔药理〕本注射液可显著缩短出血时间及凝血时间、增加血小板数量、与对照组比较有非常显著差异($P<0.01$)。

〔用法〕紫珠草静脉注射液12ml,加入5%~10%葡萄糖注射液或生理盐水250~500ml内静脉滴注,每日1~2次。

〔疗效〕应用本注射液为主治疗胃火、肝火犯胃、脾虚不摄三型上消化道出血32例,其中痊愈30例,有效1例,总有效率96.9%,大便隐血转阴时间平均 4.2 ± 1.1 天。临床初步证明该注射液对中医各证型及轻、中、重度上消化道出血均有较快及较高的止血效果。

5. 侧柏蜜^[36]

〔用法〕侧柏炭粉3g加入蜂蜜30g,调成糊状口服,每6小时1次,一般服药3天。

〔疗效〕应用侧柏蜜治疗上消化道出血50例,总有效率98%,与对照组比较,临床止血时间明显缩短,大便隐血转阴天数显著减少($P<0.01$)。

6. 生大黄粉^[37]

〔药理〕大黄酚予小鼠口服或皮下注射,可缩短血液凝固时间而有止血作用^[31]。

〔用法〕每日2次口服生大黄粉3.0g。

〔疗效〕应用生大黄粉治疗上消化道出血34例为大黄组。另外与21例综合治疗组比较。结果:大黄组大便潜血转阴平均天数为2.18天,综合组为5.88天,两组相比,差异显著($P<0.01$)。大黄组重度出血有效率为100%,中度出血为100%,轻度出血为100%;综合治疗组重度出血有效率66.6%,中度为100%,轻度为100%。两组疗效有显著差异($P<0.05$)。

7. 金不换注射液^[38]

〔药理〕本药能缩短家兔出血时间及凝血酶原时间,能延长家兔血浆复钙时间,说明其凝血作用与影响内源性凝血系统的某些凝血因子有关。

〔用法〕金不换注射液20ml~60ml加入5%~10%葡萄糖液300ml~500ml中静滴(3~50滴/分)。对重度出血患者静滴前可先以50%葡萄糖液40ml加金不换注射液10ml静脉推注。

〔疗效〕以金不换注射液治疗急性上消化道出血 170 例为治疗组，并与 53 例西药组对照。其中治疗组痊愈 152 例，显效 13 例，有效 2 例，无效 3 例，总有效率为 98.24%。大便潜血阴转天数为 3.85 ± 1.87 。对照组痊愈 33 例，显效 13 例，有效 3 例，无效 4 例，总有效率为 92.45%，大便潜血阴转天数为 5.95 ± 2.17 。两组比较，治愈率及大便潜血阴转天数的差异，前者有显著性意义 ($P < 0.05$)，后者有极显著性意义 ($P < 0.01$)。可见治疗组疗效优于对照组。

8. 血竭^[39]

〔药理〕其止血机理尚未明确。

〔用法〕血竭末 1.5g~3g，冷开水送服，每 4 小时服 1 次药。

〔疗效〕将 23 例上消化道出血患者分为大剂量组 16 例，小剂量组 7 例，结果：大剂量组中，有 8 例服药 2 次血即止，6 例服 4 次药，2 例服 6 次药，治愈率为 100%。小剂量组中，有 2 例服药 4 次血即止，4 例服 4 次药，1 例服 8 次药，治愈率 100%。

9. 青黛^[40]

〔药理〕止血机理尚不明确。

〔用法〕青黛口服，每次 5g，每 15 分钟~0.5 小时 1 次，或将青黛插管灌入，每次 10g，每 0.5 小时给 1 次。

〔疗效〕应用青黛治疗上消化道大出血 3 例均痊愈。

(五) 其他疗法

1. 内窥镜直视下给药

陈玉琥^[41]等经动物实验证明了复方马勃止血液对胃肠道具有局部止血作用后，进一步进行临床研究。复方马勃止血液由马勃、五倍子和明矾制成澄清溶液，他们选择了急性上消化道出血 46 例及下消化道出血 2 例共 48 例，用复方马勃止血液 10~20ml 通过内窥镜活检孔道插管向出血表面喷洒，结果全部病例均在 3 秒种内止血，住院观察未见反复。另外应用复方马勃止血液口服 1 次，对 30 例上消化道出血患者也获得全部止血有效的结果。

孙氏等^[42]应用中药复方五倍子液治疗上消化道出血 36 例，并与 12 例西药对照组比较。复方五倍子液的制作方法为：五倍子 15g，诃子 5g，加水 100ml，煎煮至 50ml 倾出，再加水 80ml 煎煮，过滤后将两次滤液混合一起煎至 80ml，加明矾 5g 加热溶解后过滤，贮冰箱 24 小时后倒出上清液备用。将急性上消化道出血病人分成复方五倍子液治疗组 36 例及去甲肾上腺素液对照组 12 例，方法为：在内镜下见到出血病灶后，由活检孔插入塑料管，距病灶 3cm~5cm 时，注入，喷洒药液至出血灶表面。两组对每例病人用药量均为 5ml~30ml，平均 20ml。结果治疗组的 36 例病人，在喷洒复方五倍子液 1 分钟后止血，有效率 100%，一次成功率为 95.55%；对照组喷洒 8mg/dl 去甲肾上腺素液后，只有 9 例病人收到明显效果，有效率为 75.0%，一次成功率为 66.6%。两种药物相比止血效果有非常显著差异 ($P < 0.01$)。

据杨氏等报道^[43]，采用自制复方诃黄液经内镜局部喷洒 (53 例) 或口服 (45 例) 治疗消化道出血，取得良好效果。药剂配制方法为：取诃子 30g，大黄 30g，枯矾 30g 加入水 600ml 煎至 300ml 过滤浓缩至 200ml 加入防腐剂少许装瓶备用。治疗方法：内镜下局部喷洒法：在进行纤维胃镜检查时发现出血病灶立即定位，经活检孔道插入塑料管喷洒药液于病灶上。口服法：每次 50ml，每日 2 次，共服 2 天。结果：局部喷洒组 53 例中立即止血 100%，止血有

效 49 例 (92.5%), 无效 4 例 (7.5%)。口服组 45 例止血有效 39 例 (86.7%), 无效 6 例 (13.3%)。两组方法的止血效果无显著差异 ($P>0.05$)。

吴氏等^[44]运用内镜定位局部喷洒大黄浸出液的方法治疗上消化道出血 37 例, 并将另外 33 例静滴甲氧咪胍患者设为对照组。结果: 治疗组 37 例中有效 36 例, 有效率为 97.3%; 对照组 33 例中有效 25 例, 有效率为 75.76%, 两组疗效差异显著。

刘建明^[45]将大黄 1g, 白芨 5g 碾末、过筛、加水制成稀糊状, 制成复方大黄液, 在胃镜下局部喷洒治疗上消化道出血 40 例, 结果有效 35 例 (87.5%)。

李良胜等应用苈麻根液胃镜直视下用喷射法、口服法、喷射加口服法分组治疗 85 例, 结果止血效果以喷射加口服法最佳, 口服法次之, 喷射法最差^[46]。

2. 经胃管灌胃止血

任明^[47]以血愁汤 (乌贼骨、大黄炭各 30g、苈麻根 50g、生地炭、黄芩炭各 20g, 黄连 15g) 冰冻后经胃管灌胃 200ml, 每小时 1 次, 治疗 85 例, 痊愈 78 例, 有效率 98.82%。

丘氏等^[48]应用紫地合剂 (紫珠草、地榆根各 150g) 冰冻至 3~4℃ 经胃管灌胃 200ml, 治疗 305 例, 有效率 98.82%, 优于甲氧咪胍及止血芳酸对照组。

邓若文等^[49]应用紫珠草、地榆根各 300g, 水煎浓缩 1000ml, 加防腐剂置冰箱或冰块中降温至 3~4℃, 经胃管注入胃内 800ml, 转动体位, 抽出, 再注入 200ml, 1~3/日, 治疗 10 例, 有效 9 例。

三、中西医结合治疗

杨江升等^[50]以中西医结合治疗上消化道出血 32 例, 中药基本方药为: 炙大黄 8g~10g、白芨 10g~15g、柴胡 8g~10g、酒白芍 15g~30g, 炒枳壳 (或枳实) 8g~10g, 炙甘草 10~15g。并根据辨证进行加减。每日 1 剂, 水煎 2 次, 各 100ml, 日分 2 次服。同时配合西药治疗, 主要包括抗炎、对症及支持疗法, 如伴有低血压休克者, 给予输血等抗休克治疗, 伴有发热或继发感染者, 给予抗生素以抗炎。结果: 所治疗 32 例中, 胃炎、胃溃疡显效 11 例, 占 73.3%, 有效 4 例, 占 26.7%; 十二指肠溃疡显效 8 例, 占 66.6%, 有效 4 例, 占 33.4%; 肝硬化有效 1 例, 占 50.0%, 无效 1 例, 占 50.0%; 胃肠道憩室, 无效 1 例。

毛氏等^[51]报道了应用黄胃止血散治疗胃热出血, 效果满意。方法为: 治疗组 33 例用黄胃止血散 (生大黄 3g, 胃舒平 2 片, 打粉, 混匀) 1 包, 1 日 3 次, 服至大便隐血阴性时停药。对照组 25 例应用甲氧咪胍, 止血敏, 去甲肾上腺素。结果: 治疗组中显效 31 例, 占 94%; 无效 2 例, 占 6%; 总有效率 94%。对照组中显效 16 例, 占 64%; 有效 6 例, 占 24%; 无效 3 例, 占 12%; 总有效率 88%。

邓彪等^[52]对中西医结合与单纯西药治疗上消化道出血的疗效进行对比。方法为: 85 例病人在西医治疗基础上加用紫珠草、地榆炭汤剂以促进止血, 用法为紫珠草 20g, 地榆炭 15g 加水 200ml, 煮沸后去渣制成汤剂, 每日 3~4 次。急性大出血时将汤剂冷却至 2~4℃, 插胃管抽尽胃内容物后注入 100ml, 视病情每日 1~3 次。另外 90 例患者为西医组。结果: 按不同病因对两组病例进行对比观察, 发现两组治愈率无显著差别; 对出血程度与疗效的关系对比发现: 对于轻、中度出血, 中西医结合组止血效果明显优于西医对照组, 其显效率明显高于西医组, 大便潜血平均转阴天数显著短于西医组。对于重度出血, 中西医结合组大便潜血平均

转阴时间也明显短于单纯西医组。

杜氏^[53]自拟止血灌胃方, 组成为: 蒲公英、白芨、五倍子、田七、乌贼骨、赤石脂、生大黄。剂量比例为 10: 15: 15: 3: 10: 10: 5 研细过筛混合, 每包 3g 分装备用, 每天 1 包加水 250ml, 煮沸过滤去渣制成汤剂, 配合去甲肾上腺素 16mg, 10% 氯化钙 40ml 共加入 5% GNS500ml 液中, 并冷藏于 2℃~4℃, 摇匀, 4 小时 1 次, 每次 100ml, 5 天为 1 疗程。应用本方治疗急性上消化道出血 70 例为治疗组, 另外 69 例患者应用甲氰咪胍、止血芳酸作为对照组。结果: 治疗组有效 68 例, 大便潜血转阴平均天数 4.1 ± 2.61 , 对照组有效 65 例, 大便潜血转阴平均天数 6.7 ± 3.5 。两组有效率在 94.2~97.1% 之间, 无显著差异 ($P > 0.05$), 但大便潜血转阴天数两组间有显著差异 ($P < 0.01$)。

周越峰^[54]采用中西医结合治疗本病 200 例, 方法为: 在应用西药补充血容量及输血等措施的基础上, 服用自制中药溃疡止血散 (白芨 1.5g, 三七 0.5g, 乌贼骨 4g) 6g, 每日 3~4 次。经治疗后 80% 以上患者有明显疗效。其中 8% 的病人在服药后第 1 天出血停止, 服药后第 2 天出血停止的占 33%, 服药后第 3 天停止出血的占 42%, 服药无效则手术治疗的占 3%。

第四节 预防

上消化道出血是上消化道疾病的并发症, 其预防主要是对原发疾病的预防, 对于上消化道疾病应积极治疗, 促使早日康复。平日应坚持参加力所能及的各项体育锻炼, 以增强体质, 预防疾病。生活应有规律, 不过劳, 保持稳定、乐观的情绪, 避免焦虑、精神过度紧张, 戒除烟酒, 饮食宜定时定量, 不过饥过饱, 少食对胃有刺激的食物, 食物宜选择含粗纤维少者。

天人相应学说是中医理论中整体观念中的一个重要内容。故近年来有人对自然界的变化对上消化道出血的影响进行了一些探索。如: 杨洪勇^[55]发现上消化道出血的主要诱因是气象因素 (外感) 和伤食, 在季节上, 出血发病有 12~2 月、4~5 月两个高峰, 及 8~9 月一个小高峰。在气象因素中, 又以气温日变差, 气压日较差对出血影响最大, 结合出血发病高峰日与气象要素剧变指标之符合率, 特别强调在气温骤降和气压剧烈波动时, 易发生上消化道出血。而这种恶劣天气常伴随冷空气、台风或热带风暴出现。他认为了解上述因素对预防上消化道出血有重要意义。叶氏等^[56]对 756 例急性上消化道出血住院病人发病与时相的关系作了分析, 结果发现本病发病在太阴历月中旬高于上旬与下旬 ($P < 0.01$); 冬春季发病明显高于夏、秋季 ($P < 0.01$); 且与日照、气温呈反比。洪氏等^[57]也发现在盈月前后出血发生率数高而月初和月末则较低, 表明月节律与消化性溃疡出血存在一定的联系; 太阴月日历的 11~20 的脾虚胃热与肝火犯胃例数高于其他时期。对此, 对于上消化道出血发病高峰时期中, 采取相应预防措施, 就可以降低本病发病率, 即体现出“上工治未病”的预防原则。

参考文献

- [1] 戴自英. 实用内科学. 人民卫生出版社, 1993 年 9 月第 9 版, 第 1347 页
- [2] 马泮梁. 中西医结合胃肠病学. 北京中医古籍出版社, 1993 年 4 月第 1 版, 第 161 页.
- [3] 王辛秋. 中医药治疗上消化道出血的进展. 中国医药学报, 1994, 9 (3): 42
- [4] 梁福球. 中医药治疗上消化道出血近况. 广西中医药, 1991, 14 (3): 135

- [5] 危北海. 上消化道出血的中医证治. 中国农村医学, 21 (1): 50
- [6] 张伯臾. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985年10月第1版, 第97页
- [7] 罗振麟. 生长抑素及其对消化病治疗现况. 实用内科杂志, 1993, 13 (1): 41
- [8] 汪福良. 消化性溃疡出血的内镜治疗. 国外医学内科学分册, 1991, 18 (11): 486
- [9] 吕鹏飞等. 食管胃底静脉曲张的非手术疗法. 河北医药, 1993, 15 (1): 35
- [10] 毛长宏. 清胃止血汤治疗消化道溃疡大出血 32 例. 陕西中医, 1989, 10 (9): 394
- [11] 卢书山. 荷叶丸方加减治疗溃疡病出血 400 例. 浙江中医杂志, 1991, (10): 445
- [12] 方显明等. 复方白背叶对急性胃、十二指肠出血的临床观察与实验研究. 中国中医急症, 1993, 2 (5): 198
- [13] 李耀钧. 中药“止血合剂”治疗上消化道出血 34 例分析. 湖南中医杂志, 1989, 4 (11)
- [14] 黄德尚. 桂枝加龙牡汤加味治疗上消化道出血 25 例. 湖北中医杂志, 1989, (1): 10
- [15] 蔡金伟. 黄土汤加味治疗上消化道出血 175 例体会. 天津中医, 1990, (2): 5
- [16] 蔡金伟. 止血散治疗急性上消化道出血 356 例. 黑龙江中医药, 1989, (3): 17
- [17] 龚琼模等. 温摄方治疗急性上消化道出血临床观察. 北京中医杂志, 1989, (6): 20
- [18] 黄怀龙等. 胃血宁合剂治疗上消化道出血 50 例疗效观察. 福建中医药, 1988, 19 (5): 47
- [19] 伯运宽. 泻肝汤为主治疗急性上消化道出血疗效观察. 中国中医急症, 1993, 2 (5): 203
- [20] 陈健. 血宁冲剂治疗上消化道出血的临床观察. 中国中医急症, 1993, 2 (3): 110
- [21] 郁万先. 益气摄血法治疗上消化道出血 99 例. 陕西中医, 1991, 12 (3): 110
- [22] 陈爱平. 止血散治疗上消化道出血的疗效观察. 浙江中医杂志, 1990, (12): 556
- [23] 陈先耀等. 止血散为主治疗上消化道出血 24 例. 湖北中医杂志, 1991, 13 (3): 10
- [24] 李玄等. 二白黄散治疗上消化道出血 40 例. 湖南中医杂志, 1991, (2): 14
- [25] 杨清志. 加味泻心汤治疗溃疡病出血 48 例. 临床观察. 湖北中医杂志, 1991, 13 (5): 13
- [26] 陆成标. “麻芩芪归汤”为主治疗上消化道出血 11 例. 江苏中医, 1992, (12): 6
- [27] 梅建国. 建理汤治疗溃疡病出血 36 例临床观察. 浙江中医杂志, 1990, (4): 155
- [28] 张宗瑛. 白及粉、三七粉联合服用治疗上消化道出血的观察. 中成药, 1989, 11 (3): 24
- [29] 梁贵章. 五白止血散治疗上消化道出血 110 例临床观察. 实用中西医结合杂志, 1991, 4 (7): 397
- [30] 周鹤鸣等. 三种大黄醇提片治疗急性胃十二指肠溃疡出血 312 例观察. 中西医结合杂志, 1990, 10 (3): 150
- [31] 翁维良等. 大黄醇提片对微循环的影响. 山西医药杂志, 1985, 14 (6): 399
- [32] 江苏新医学院. 中药大辞典. 上海科学技术出版社, 1986年5月第1版, 第104页, 第2347页
- [33] 吴水芝等. 中药五倍子液治疗上消化道出血 103 例. 浙江中医杂志, 1992 (3): 135
- [34] 林树芳. 紫珠素治疗消化性溃疡出血的临床疗效评价. 广州中医学院学报, 1991, 8 (2. 3): 130
- [35] 丘和明等. 紫珠草静脉注射液治疗上消化道出血临床疗效的初步观察. 中国中医急症, 1993, 2 (4): 152
- [36] 王虎生. 侧柏蜜治疗上消化出血 50 例报告. 现代中医, 1989, (2): 11
- [37] 刘春兰等. 生大黄粉治疗上消化道出血 34 例. 辽宁中医杂志, 1989, (11): 31
- [38] 周晓等. 170 例上消化道出血用“金不换注射液”治疗并临床观察. 上海中医药杂志, 1989, (4): 4
- [39] 黄海坤. 血竭治疗上消化道出血 23 例观察. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (7): 431
- [40] 陈景虞. 青黛治疗上消化道大出血 3 例. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (1): 29
- [41] 陈玉琥等. 复方马勃止血液对胃肠道出血的疗效观察. 现代中医, 1989, (2): 10
- [42] 孙绍雄等. 内镜检查与局部喷洒中药治疗急性上消化道出血 36 例. 辽宁中医杂志, 1992, (10): 29
- [43] 杨嘉永等. 复方诃黄液治疗消化道出血 98 例疗效分析. 北京中医杂志, 1991, (5): 23
- [44] 吴培俊等. 大黄浸出液局部喷洒治疗上消化道出血临床观察. 江苏中医, 1989, 10 (12): 9
- [45] 刘建明. 复方大黄液治疗上消化道出血 40 例临床疗效观察. 实用中西医结合杂志, 1991, 4 (5): 301

- [46] 李良胜等. 苎麻根液治疗上消化道出血疗效观察. 中西医结合杂志, 1986, 6 (8): 463
- [47] 任明. 冰冻血瘀汤灌胃治疗急性上消化道出血. 四川中医, 1989, 7 (4): 17
- [48] 丘和明等. 紫地合剂治疗急性上消化道出血的临床研究. 中药通报, 1988, 13 (8): 48
- [49] 邓若文等. 中药液冰冻洗胃治疗上消化道大出血的初步观察. 新中医, 1985, 17 (5): 24
- [50] 杨江升等. 中西医结合治疗上消化道出血 32 例临床观察. 实用中西医结合杂志, 1991, 4 (7): 396
- [51] 毛必文等. “黄胃止血散”, 治疗胃热出血疗效观察. 实用中医内科杂志, 1992, 6 (3): 13
- [52] 邓彪等. 中西医结合与单纯西药治疗上消化道出血的疗效对比. 广东医学, 1991, 12 (6): 30
- [53] 杜德胜. 止血灌胃方治疗急性上消化道出血 70 例. 实用中西医结合杂志, 1992 (4): 237
- [54] 周越峰. 中西医结合治疗上消化道出血 200 例临床小结. 中国农村医学, 1991, (10): 56
- [55] 杨洪勇. 上消化道出血之病因学研究. 新中医, 1991, (5): 8
- [56] 叶诚焯等. 急性上消化道出血与时相的关系. 中国中医急症, 1993, 2 (4): 1
- [57] 洪兆汉等. 消化性溃疡出血中医证型与月廓盈亏的关系. 福建中医药, 1993, 24 (3): 20

第十七章 急性出血性坏死性肠炎

急性出血性坏死性肠炎主要是小肠广泛出血及坏死为特征的急性炎症。以腹泻、便血、腹痛、发热及中毒症状为主要临床表现。现认为由C型魏氏梭状芽胞杆菌感染引起。第二次世界大战后荷兰、丹麦、德国、非洲、东南亚及美国均有类似本病流行。国内上海、河北、广东、四川、云南、贵州、湖北、江苏、浙江、江西、山东、辽宁、甘肃先后有发病报道。本病四季均可发病，春季最多，夏秋次之。儿童发病率较高，青少年次之。男性高于女性，病死率约为20%~27%^[1]。

本病属于中医学“便血”、“下血”、“血箭”、“肠风”、“脏毒”范畴。认为此病因风火熏迫大肠，大肠湿热蕴毒，或肝肾阴虚，脾肾阳虚等引起。治疗上分别采用凉血泻热，熄风宁血，清化湿热，和营解毒，滋阴降火，养血宁血，健脾温肾，益气摄血等方法^[2]。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理^[1]

(一) 病因

坏死性肠炎的发病一般认为与营养不良、饮食不当、变态反应及肠道病原体感染有关，可能是综合因素。梭状芽胞杆菌类为一种动物及人类肠道重要病原体，一般不致病。厌氧性C型魏氏梭状芽胞杆菌在繁殖期产生一种蛋白质外毒素称B毒素，能使肠绒毛麻痹，干扰正常肠道的冲洗作用，使病原体得以附着绒毛而致病，已证明为人和动物中坏死性肠炎的致病因子。平时主食缺乏蛋白的人，胰液和其他蛋白分解酶减少，食入C型魏氏梭状芽胞杆菌污染或变质的食物，或暴食后蛋白质分解不充分，也不能破坏梭状芽胞杆菌产生的B毒素，因而细菌定居引起机体变态反应而发病。有报告酒精中毒、营养不良、胰腺和胃手术后易发生坏死性肠炎。

(二) 病理

本病的病理改变主要在空肠、回肠，其次在十二指肠，有时也累及结肠和胃。病变范围由数厘米到数十厘米。初期为散在性和分段性病变。受累肠袢呈充血水肿，肠管扩张，肠壁肥厚、僵硬、柔韧性消失。粘膜增厚、粗糙，呈鲜红或暗红色，粘膜皱褶不清，伴有片状坏死和散在溃疡。浆膜面病变区与正常肠段分界线多不清楚，病变与正常肠段可交替出现。可见线状出血环或片状瘀斑，有纤维素渗出与邻近肠袢粘着，严重者出现坏死灶。显微镜下可见肠绒毛水肿充血和变粗，绒毛尖端粘膜上皮有凝固坏死，多核及单核细胞浸润，粘膜下充

血水肿，平滑肌玻璃样变，甚至坏死，胶原纤维肿胀，毛细血管扩张，血管栓塞，血管壁有纤维素样坏死，坏死周围及血管周围有淋巴细胞、嗜酸性粒细胞和大单核细胞浸润。肠系膜淋巴结普遍肿大，切开流出多量液体。

二、中医的病因病机^[3~8]

（一）病因

1. 饮食不节、不洁

饮食无规律，过饥过饱，或进食污染、发霉、生冷等不洁之物与本病的发生有密切关系。

2. 卫生习惯不良

卫生习惯不良，造成胃肠道细菌感染及肠蛔虫病，容易引发本病。

3. 感受时邪

本病一年四季均可发生，而以夏秋季为多，8~9月份为高峰。此时正值暑湿当令，瓜果上市之季，若饮食不慎，复感时邪，则易发生此病。

（二）病机

多数学者认为，湿热毒邪蕴结肠腑，以致脾失健运，胃失和降，而致气滞血瘀。若热毒深陷，入于营血，血为热搏，损伤肠络，血溢肠道，则为瘀血。其病变部位在小肠，初期多表现为里实热证。病变过程中，因热毒炽盛，正不胜邪，则可出现阳气虚脱，阴血亏竭之证。总之，其病机主要为湿热毒邪炽盛，瘀血阻留肠道，胃肠功能紊乱。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断^[9]

（一）症状

发病前多有不洁饮食史。腹痛最多见，病初常表现为逐渐加剧的脐周或左中上腹阵发性绞痛，其后逐渐转为全腹持续性痛并有阵发性加剧。腹痛发生后即可有腹泻。粪便初为糊状而带粪质，其后渐为黄水样，继之即呈血水状或呈赤豆汤和果酱样，甚至可呈鲜血状或暗红色血块，粪质少而具恶臭，无里急后重。出血量多少不定，严重者一天出血量可达数百毫升，轻者可仅有腹泻。腹泻和便血时间短者仅1天~2天，长者可达1月余。呕吐常与腹痛、腹泻同时发生。呕吐物可为黄水样、咖啡样或血水样，亦可呕吐胆汁。可伴全身不适、软弱和发热等全身症状。发热一般在38℃~39℃。腹泻严重者可出现脱水和代谢性酸中毒等。

（二）体征

胃肠道症状虽重，但腹部体征却相对较少。腹部饱胀，有时可见肠型。脐周和上腹部可

有明显压痛。早期肠鸣音可亢进，而后可减弱或消失。

(三) 实验室及其他检查

1. 血象

白细胞增多，一般为 $12 \sim 20 \times 10^9/L$ ，以中性粒细胞增多为主，并有核左移现象。

2. 粪检

粪便呈血性，或潜血试验强阳性，可有少量或中等量脓细胞。

3. X 线检查

腹部 X 线平片可见空肠充气和液平面。肠穿孔者可有气腹。在急性期不宜作胃肠钡餐或钡灌肠检查，以免发生肠穿孔。急性期过后钡灌肠可示肠粘膜粗糙，肠壁增厚，肠间隙增宽，肠壁张力和蠕动减弱，肠管扩张和僵直。

(四) 并发症

严重者因大量便血而致休克，此外，可出现麻痹性肠梗阻、肠穿孔和急性腹膜炎等并发症。

(五) 诊断要点

1. 诊断^[10]

(1) 多见于 3 岁~12 岁的小儿，以秋季为多。

(2) 腹痛、便血、呕吐及发热。腹痛呈持续性且阵阵加剧，有时脐周围较明显。大便开始可为水样，数小时后转为暗红色洗肉水样，腥臭。重者呕吐频繁，可吐胆汁或咖啡样物。发热高低不等。

(3) 发病时体征不多，随病情发展肠鸣音减弱，腹胀明显，肠鸣音消失或伴有腹肌紧张，压痛。可发生广泛性肠坏死、腹膜炎及中毒性休克。

(4) 血白细胞总数及中性粒细胞增多。大便潜血试验强阳性，镜检见大量红细胞、白细胞。可培养出产气荚膜梭状芽胞杆菌。

(5) X 线检查可见肠管扩张或有大小不等的液平面，肠间隙增宽、肠粘膜皱襞粗大、模糊或消失，或有肠壁气囊肿等。

2. 鉴别诊断^[1]

(1) 痢疾：细菌性痢疾腹痛在左下腹，常有里急后重及脓血便，大便培养阳性。阿米巴痢疾可找到溶组织阿米巴滋养体。

(2) 急性克隆氏病：克隆氏病无季节性及地区性，腹痛以右下腹为主，便血少见，很少合并中毒性休克症状；本病似有季节性，地区性，腹痛以脐周及左上腹为主，多有便血，且常为大量，多合并中毒性休克，且出现较早。

(3) 非特异性溃疡性结肠炎：发病过程较慢，病变多在结肠，乙状结肠镜及活检均可发现溃疡。

(4) 绞窄性肠梗阻：先有腹痛，发热后出现，肠鸣音亢进，有气过水声，钡灌肠发现结肠内无气体呈萎陷状。

(5) 肠套叠：腹部多摸到块状物，可作钡剂灌肠检查。

(6) 急性胰腺炎：无腹泻及血便，血、尿淀粉酶升高。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

腹胀、腹痛为食滞内阻，湿热毒邪蕴结肠腑，致气滞血瘀；若腹泻，其味恶臭则为湿热蕴结，便血及呕吐血性物为热毒炽盛，灼伤络脉，失血量多，出现休克为气血大伤。总之，本病初起以邪实为主，在病变过程中则多见邪盛正衰，脾虚不能统摄，或便血如注，气随血脱等亡阴亡阳之证。

(二) 辨证分型^[8]

(1) 湿热内蕴证

〔临床表现〕发热面赤或高热谵语，阵发性剧烈腹痛，呕吐频繁。泻下为果酱样或血水样便，且有恶臭，也可见烦躁，惊惕抽搐。舌质红，苔黄腻，脉洪数。

〔辨证分析〕湿热毒邪内盛，则发热面赤或高热谵语，扰动心神则烦躁、惊惕抽搐。湿热毒邪蕴结肠腑，阻塞中焦气机运行，致气滞血瘀，不通则痛，故见剧烈腹痛。中焦气机壅塞，浊邪不降，上逆则吐。湿热蕴蒸，腐肠伤络，可见泻下为果酱样或血水样便，且有恶臭。舌脉表现为湿热蕴结之象。

2. 气滞血瘀证

〔临床表现〕腹胀、腹痛阵作且较重，呕吐频繁，泻下果酱样或赤豆汤样大便，或下利不畅、无矢气。舌质黯红或紫黯，苔黄腻或黄褐，脉弦滑或弦数。

〔辨证分析〕邪热内阻，腑气不通，则腹胀，气滞血瘀故见腹痛阵作且较重；气滞血瘀，肠络损伤而血溢，则泻下果酱样或赤豆汤样大便；下利不畅，无矢气，为气滞较重，腑气不通；中焦气滞不降，则呕吐频繁；舌脉表现为气滞血瘀及邪热内阻之象。

3. 阳气虚弱证

〔临床表现〕神志淡漠，面色苍白，尿少，气短息微，大便稀溏如赤豆汤，口干唇燥，舌淡红苔白；脉微细。

〔辨证分析〕若失血量较多，气血大伤，气随血脱，阳气虚弱，则可见神志淡漠，面色苍白，气短息微；阳虚则膀胱气化不能，故尿少，气虚不能蒸腾津液上承于口，则口干唇燥；阳气虚弱不能温化水谷、摄血不能则大便稀溏如赤豆汤；舌脉均为阳气虚弱之征。

4. 脾气下陷证

〔临床表现〕面色萎黄，精神倦怠，少气懒言，大便溏薄或滑脱失禁，头昏乏力，腹胀纳呆。舌淡苔白，脉濡细。

〔辨证分析〕脾虚运化失常，水谷精微化生不足，不能上荣于面，则面色萎黄；脾气不升而下陷，清阳之气不能上煦于头，则头昏乏力；宗气化生不足，故少气懒言，精神倦怠；脾不健运，故腹胀纳呆；中气下陷，升举固摄无权，故大便溏薄或滑脱失禁。舌脉反映出脾气虚弱。

第三节 治疗

一、西医西药治疗^[9]

1. 一般治疗

腹痛、便血和发热期应完全卧床休息和禁食。禁食期间应静脉输入高营养液，如10%~15%葡萄糖液、复方氨基酸液和水解蛋白等。过早摄食可能导致疾病复发。腹胀和呕吐严重者可作胃肠减压。

2. 纠正水电解质紊乱

本病失水、失钠和失钾者较多见。可根据病情酌定输液总量和成份。

3. 抗休克

迅速补充有效循环血容量。除补充晶体溶液外，应适当输血浆、新鲜全血或人体血清白蛋白等胶体液。血压不升者可配合血管活性药物治疗。

4. 抗生素

控制肠道内感染可减轻临床症状，常用的抗生素有氨基苄青霉素、氯霉素、庆大霉素、卡那霉素、多粘菌素和头孢菌素等。

5. 肾上腺皮质激素

可减轻中毒症状，抑制过敏反应，对纠正休克也有帮助，但有加重肠出血和促发肠穿孔之危险。一般应用不超过3天~5天；儿童用氢化可的松每天4mg~8mg/kg或地塞米松1mg~2.5mg/d；成人用氢化可的松200mg~300mg/d或地塞米松5mg~10mg/d，均由静脉滴入。

6. 对症治疗

严重腹痛者可予度冷丁；高热、烦躁者可给予氧、解热药、镇静药或予物理降温。

7. 外科手术治疗

下列情况可考虑手术治疗：①肠穿孔；②严重肠坏死；③反复大量肠出血，并发出血性休克；④不能排除其他急需手术治疗的急腹症者。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治^[8]

1. 湿热内蕴证

〔治法〕清热利湿解毒。

〔方药〕白头翁汤（《伤寒论》）加减。

白头翁 15g、秦皮 10g、黄连 6g、黄柏 10g、车前子 10g、广本香 6g、枳壳 10g。

〔如减〕热重加银花、黄芩；湿重加厚朴、苍术。

〔分析〕方以白头翁清血分热毒为主药；黄连苦寒清湿热，理肠胃，黄柏泻下焦湿热，两

药共为清解凉血的辅佐药；秦皮性寒，味苦而涩，具有收涩止利之功，与上药相配，清热解毒，凉血止利之效俱备。木香、枳壳理气通滞，车前子利湿热。

2. 气滞血瘀证

〔治法〕理气通络，活血化瘀，托里解毒。

〔方药〕托里解毒活血汤加减。

丹参 15g、三七 3g、赤芍 10g、银花 15g、当归 10g、乳香 6g、没药 6g、白头翁 15g、枳壳 10g、川朴 10g、沉香 3g、苡仁 30g、西党参 20g、甘草 3g。

〔加减〕大便秘结加大黄 10g；便血加血余炭 10g。

〔分析〕方中丹参、三七、赤芍、当归、乳香、没药均有活血化瘀之功，可以祛瘀生新；枳壳、川朴、沉香理气通络，使邪有出路；白头翁、银花及苡仁合用可以清热解毒祛湿；西党参、甘草合用则有托里解毒之效。

3. 阳气虚弱证

〔治法〕益气温阳活血，托毒排脓。

〔方药〕牡丹皮散加味

黄芪 20g、西党参 20g、当归 10g、川芎 6g、肉桂 4g、桃仁 12g、丹皮 10g、赤芍 10g、白芷 12g、苡仁 15g、木香 6g、甘草 8g。

〔加减〕若出现阳气暴脱，用参附汤或四逆汤加减。

〔分析〕方中黄芪、西党参可以补中益气，肉桂温阳；当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍相配，共奏活血化瘀之功；白芷、甘草可以托毒排脓，苡仁助白芷、甘草排脓解毒，木香使黄芪、党参补而不滞。

4. 脾气下陷证

〔治法〕补中益气，升阳举陷。

〔方药〕补中益气汤（《脾胃论》）加味。

黄芪 30g、党参 20g、白术 10g、山药 15g、当归 10g、陈皮 6g、升麻 3g、柴胡 6g、砂仁 6g、荷叶 6g、甘草 6g。

〔加减〕心烦口干者加连翘、石斛；虚烦不眠，身热汗出者加竹叶、五味子。

〔分析〕本方以黄芪益气为君；党参、白术、炙甘草健脾益气为臣，共收补中益气之功。陈皮理气，当归补血，均为佐药；升麻、柴胡升举下陷清阳，为补气方中的使药。砂仁理气健脾，荷叶升发清阳，散瘀止血。

（二）验方治疗

1. 桃红解毒承气汤^[6]

〔组成〕大黄 10g~15g、川朴 5g~10g、枳实 5g~10g、桃仁 5g~10g、红花 5g~10g、赤芍 10g、银花 15g~30g、连翘 10g~15g、木香 5g~10g、槟榔 5g~10g。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕清热解毒，化瘀通腑。

〔疗效观察〕应用本方为主治疗急性坏死性肠炎 36 例，其中治愈 33 例，占 91.10%。病程最短者 7 天，最长者 13 天。

2. 白芨糊^[2]

[组成] 生白芨 30g (研末), 生山药 30g (研末), 水煮 20 分钟成糊状 100 毫升~150 毫升。

[用法] 每日 1 剂, 分 2 次服用。

[功用] 益气强阴, 祛邪止血, 生肌止痛。

[疗效观察] 应用本方治疗出血性肠炎 17 例, 16 例痊愈, 1 例无效。

(三) 单味药治疗

1. 大黄

[药理] 大黄含蒽醌甙, 又含鞣质, 具有泻下、清热、凉血、祛瘀、止血之功, 既能排除肠道瘀血热毒, 又能使血凝时间缩短, 促进血小板生成和增强毛细血管抵抗力, 达到止血作用。

[用法] 用生大黄 24g~30g/次, 每日服 3 次, 水煎服, 煮沸不超过 10 分钟。

[疗效] 周建宜用大黄治疗急性出血性坏死性肠炎 14 例, 治愈 11 例。

三、中西医结合治疗

由于本病发病急, 病势凶险, 单纯西医治疗, 病死率高, 对危重病例, 单以中药治疗, 应急措施不够。近年来由于中西医结合治疗, 治愈率大为提高, 死亡率下降到 3.16~11.7%^[13]。

据谢世远^[14]报道, 应用中西医结合治疗出血性坏死性小肠炎 40 例, 设中西医结合组和对照组各 20 例, 两组均用抗生素和激素, 抗休克治疗, 必要时用止血剂、输血或手术治疗。治疗组加用清热解毒、活血化瘀、凉血止血方药: 紫花地丁、凤尾草、刘寄奴、红藤、地榆各 16g, 仙鹤草 31g。腹痛重者加延胡索、乌药各 10g; 腹胀加枳壳 6g, 厚朴 10g; 体虚加羊乳 16g, 黄芪 15g, 红枣 7 枚。结果治疗组痊愈 18 例, 好转 2 例, 平均住院 9 天; 对照组痊愈 16 例, 好转 3 例, 死亡 1 例, 平均住院 12 天。中西药结合组疗效明显高于对照组。

杨长泉^[15]运用中医通里攻下法配合西药治疗本病 75 例, 西药以综合措施抢救感染性休克及防治肠麻痹为主。所用中药以大承气汤加黄连解毒汤为主。邪热炽盛者, 重用大黄、黄连、生地、栀子。出血量多者, 重用旱莲草、茜草、地榆、槐花。腹痛甚者, 酌用小量木香、川楝子、延胡索。另外, 根据病情需要, 配合电针、穴位封闭及隔姜灸。治疗效果为: 治愈 72 例 (96%), 死亡 3 例 (4%); 死亡 3 例是: 混合型中的中毒休克加腹膜炎、肠梗阻加腹膜炎和中毒休克。

熊氏等^[16]以血肠饮为主治疗本病 108 例, 根据辨证分型而处方用药。湿热伤肠络型, 方用血肠饮 (黄芩、黄连、生地、银花、旱莲草、鱼腥草、紫珠草、鸡血藤); 肠腑闭结型, 方用小承气汤合黄连解毒汤加生地、旱莲草、紫珠草; 阳气暴脱型, 方用参附龙牡汤, 当脱固厥回后按以上两型辨证用药。另外, 配合西药治疗。结果: 痊愈 104 例, 平均治愈天数 7.59 天; 死亡 4 例。

第四节 预防^[1]

出血坏死性肠炎是可以预防的。首先从增加营养着手, 增加饮食中的蛋白质、新鲜蔬菜

水果等以增强身体抵抗力。最近, Laurence 报道用 C 型梭状芽胞杆菌制备的类毒素, 对在流行区的儿童进行自动免疫, 初步效果令人鼓舞。

生活上应有规律, 饮食有节, 勿偏食生冷及暴饮暴食, 以免损伤脾胃, 引发本病。

注意饮食卫生, 不食发霉食物及腐烂变质之水果等。

有肠道蛔虫病的患者应及时驱虫, 以消除肠道感染因素。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993 年 12 月第 2 版, 第 478 页
- [2] 严可斌等. 出血性肠炎白芨糊治之. 上海中医药杂志, 1994, (9): 46
- [3] 肖旭辉等. 桃核承气汤加减治疗急性坏死性肠炎 22 例临床体会. 新中医, 1984, (2): 34
- [4] 李瑜元. 急性出血坏死性肠炎治疗的改进. 新医学, 1984, 15 (3): 133
- [5] 崔凤文等. 中西医结合治疗急性出血性肠炎 20 例. 四川中医, 1984, (2): 32
- [6] 隋建屏等. 桃红解毒承气汤为主治疗急性坏死性肠炎 36 例报告. 中医杂志, 1984, (9): 47
- [7] 徐富云. 略论急性出血性小肠炎的中医辨证施治. 辽宁中医杂志, 1984, (3): 4
- [8] 皮执民等. 急性坏死性肠炎 67 例临床分析. 中医杂志, 1984, (7): 31
- [9] 戴自英. 实用内科学. 下册. 人民卫生出版社, 1993 年 9 月第 9 版, 第 1352 页
- [10] 中国人民解放军总后勤部卫生部编. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 人民军医出版社, 1987 年 4 月第 1 版, 第 478 页
- [11] 周建宜. 大剂量大黄治疗急性出血性坏死性肠炎的初步观察. 福建中医, 1985, 16 (1): 36
- [12] 郭景岳等. 小肠疾病. 甘肃人民出版社, 1981 年第 1 版, 第 143 页
- [13] 谢世远. 中西医结合治疗出血性坏死性小肠炎. 浙江中医杂志, 1987, 22 (7): 295
- [14] 杨长泉. 用中医通里攻下法为主治疗坏死性肠炎 75 例的疗效观察. 广东医学, 1990, 11 (4): 39
- [15] 熊茂洋等. 血肠饮为主治疗出血性小肠炎 108 例临床分析. 江西中医药, 1992, 23 (3): 46

第十八章 伪膜性肠炎

伪膜性肠炎 (PMC) 是病理改变以伪膜为特征的结肠炎症, 亦可累及远端小肠, 多数与抗生素的使用有关, 又称抗生素相关肠炎 (AAC), PMC 是 AAC 中最严重的一种, 经过 100 多年的临床观察及研究, 现一致认为本病是由难辨梭状芽胞杆菌 (CD) 引起。发病年龄多在 40 岁~60 岁, 女性略较男性多。本病以急性腹泻为主要临床表现^{[1][2]}。

目前中医对本病的研究还不深入, 治疗本病的经验尚不多, 采用中医中药治疗本病的报道几乎没有。根据本病的临床表现, 现认为本病属中医学中的“暴泄”范畴。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因^[3]

广谱抗生素应用之后, 特别是林可霉素、氯林可霉素、氨基苄青霉素、羟氨基青霉素等的应用, 抑制了肠道内的正常菌群, 使难辨梭状芽胞杆菌得以迅速繁殖并产生毒素而致病。本病也可发生于手术后, 特别是胃肠道肿瘤手术后, 以及其他有严重疾病如肠梗阻、恶性肿瘤、尿毒症、糖尿病、心力衰竭、败血症等患者, 这些病例一般抗病能力和免疫能力极度低下, 或因病情需要而接受抗生素治疗, 机体的内环境发生变化, 肠道菌群失调, 有利于难辨梭状芽胞杆菌繁殖而致病。难辨梭状芽胞杆菌及其毒素为本病致病因素, 但粪中毒素的效价高低与病情的轻重并不平行, 由此说明该菌毒素并非影响疾病严重程度的唯一因素。

(二) 病理^[2]

PMC 主要侵及结肠, 以结肠远端为主, 乙状结肠、直肠的病变高达 80%~100%, 近端及全结肠亦可受累, 目前已有小肠中发现 CD 并致 PMC 的报告。受侵犯的粘膜腺体隐窝表层上皮首先发生水肿变性, 细胞脱落, 间质水肿, 中性粒细胞浸润, 血管扩张, 可有微血栓形成。继之, 更多的上皮细胞变性脱落, 基底膜受损, 液体及纤维素渗出, 与炎性细胞、脱落上皮细胞、粘液等共同形成 2mm~5mm 黄白色或黄绿色斑块。它们紧覆于隐窝开口部, 阻碍粘液、脱落上皮及渗出的炎细胞排出而致隐窝扩张, 病变范围扩大, 伪膜增大。病变之间常有正常粘膜存在。病变愈合后, 伪膜脱落, 伪膜下愈合的创面发红。

二、中医的病因病机

素体虚弱，或久病之后脾胃亏虚加之外邪侵袭，或饮食不慎，致湿热中阻，升降失司，以致暴泄无度。如调治失宜，可致热毒炽盛，耗损脾阴，阴竭而阳无所附，而形成阴竭阳脱之危象。如素体脾虚，过用寒凉，以致损伤脾阳，脾损及肾，关门不固，故泄泻不止。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断^[3]

(一) 症状

起病大多急骤，病情轻者仅有轻度腹泻，重者可呈暴发型，病情进展迅速。

1. 腹泻

是最主要的症状，多在应用抗生素治疗后5天~10天内，或在停药后的1~2周内，或于手术后5天~20天发生。腹泻程度和次数不一，轻型病例，大便每日2~3次，可在停用抗生素后自愈。重者有大量腹泻，大便每日可达30余次之多，有时腹泻可持续4周~5周，少数病例可排出斑块状伪膜，血粪少见。

2. 腹痛

为较多见的症状。有时很剧烈，可伴腹胀、恶心、呕吐，以致可被误诊为急腹症、手术吻合口漏等。

3. 毒血症表现

包括心动过速、发热、谵妄，以及定向障碍等表现。重者常发生低血压、休克、严重脱水、电解质失衡以及代谢性酸中毒、少尿，甚至急性肾功能不全。

(二) 体征

本病无特异性体征，大量水泻者多出现口干、皮肤干燥及弹性减弱等脱水征象，腹部大多有触痛，严重者可出现反跳痛，肠鸣音活跃占多。

(三) 实验室及其他检查

1. 实验室检查

周围血白细胞增多，多在 $20 \times 10^9/L$ 以上，以中性粒细胞增多为主。粪常规检查无特异性改变，仅有白细胞，肉眼血便少见。有低蛋白血症、电解质失平衡或酸碱平衡失调。粪便细菌特殊条件下培养，多数病例可发现有难辨梭状芽胞杆菌生长。粪内细胞毒素检测有确诊价值，将患者粪的滤液稀释不同的倍数，置组织培养液中，观察细胞毒作用，1:100以上有诊断意义。

2. 内镜检查

在高度怀疑本病时,应及时作内镜检查。本病常累及左半结肠,而直肠可无病变。乙状结肠镜检查是重要的诊断手段之一。如病变在右半结肠,则需用纤维结肠镜检查。镜下的典型改变是肠粘膜水肿、充血,有接触性充血或溃疡,还可见到隆起卵圆状或斑片状的伪膜,也可融合成片状、带状,伪膜呈灰绿色或棕色。

3. X线检查

腹部平片可显示肠麻痹或轻、中度肠扩张。钡剂灌肠检查可见肠壁增厚,显著水肿,结肠袋消失。在部分病例尚可见到肠壁间有气体,此征象为部分肠壁坏死,结肠细菌侵入所引起;或可见到溃疡或息肉样病变表现。上述X线表现缺乏特异性,故诊断价值不大。空气钡剂对比灌肠检查可提高价值,但有肠穿孔的危险,应慎用。

(四) 并发症

可见中毒性巨结肠、结肠穿孔、休克、急性肾功能不全等。

(五) 诊断要点

1. 诊断

(1) 用林可霉素、氯林可霉素、头孢霉素、青霉素等后出现腹泻,多有恶臭的脓粘液便,海苔状黑绿色便,稀便及腹部钝痛。重症可有高热、白细胞增多。

(2) 大肠内窥镜发现黄白色的片状伪膜形成,其由中性粒细胞及其他炎性细胞、纤维蛋白及坏死物等组成。

(3) 从大便中检出CD及其毒素。

有上述3项可确诊,有一、二项为可疑诊断。

(《内科病诊断荟萃》,哈尔滨:黑龙江科技出版社,1986)

2. 鉴别诊断

本病应与溃疡性结肠炎、结肠Crohn病、缺血性肠炎以及艾滋病结肠炎等相鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病属中医泄泻范畴,因其基础疾病的不同而有不同程度的气血、阴阳及脏腑功能失调,继之腹泻更使邪毒内陷,或倾泻无度而伤津亡阴;或气随泻,去气去而阳衰。对本病辨证不能只从大便性质去辨证,需四诊合参以辨虚实、阴阳。

(二) 辨证分型

1. 湿热内蕴证

[临床表现] 倾泻暴注,下利色青或蛋花样水稀便,肛门灼热,里急后重,腹痛肠鸣,发热身重,尿赤短少,舌红苔黄腻;脉弦数或细数。

[辨证分析] 湿热之邪壅滞肠中,气机不畅,传导失常,故倾泻暴注;湿热下注,则肛门灼热,里急后重;肠胃气机不畅,故腹痛肠鸣;湿热内蕴则发热身重,尿赤短少为湿热下注,

舌脉均表现为湿热之象。

2. 热盛伤阴证

〔临床表现〕大泻之后，糊便频繁而量少，高热不退或日晡潮热，口干欲饮，五心烦热，尿短赤，舌红少苔而干，脉细数。

〔辨证分析〕大泻之后，津液亏少，则虽然糊便频繁却量少，内热，盛则高热不退，日晡潮热为阳明热盛的表现，津亏则口干欲饮，热伤阴津，阴虚则热盛，故五心烦热，尿短赤为伤津之象，舌红少苔而干，脉细数为热盛伤阴表现。

3. 脾虚湿盛证

〔临床表现〕面色㿔白，神疲懒言，短气乏力，食少纳呆，口渴不饮，面浮肢肿，腹胀便稀，频繁入厕，舌淡胖苔白薄，脉沉缓。

〔辨证分析〕脾阳不振则面色㿔白；脾胃虚弱，运化无权，水谷不化，气血来源不足，则食少纳呆、神疲懒言、短气乏力；脾虚湿盛，津不上承，故口渴不饮；湿盛溢于肌表则面浮肢肿；脾虚湿盛气滞，传导失常，则腹胀便稀，频繁入厕；舌脉均为脾虚湿盛之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗^[3]

1. 立即中止有关抗生素

2. 支持疗法及抗休克

可输入血浆、白蛋白或全血，及时静脉补充足量液体和钾盐等。补液量根据失水程度决定，纠正电解质失衡及代谢性酸中毒。如有低血压可在补充血容量基础上使用血管活性药物。

3. 肾上腺皮质激素治疗以改善毒血症状

4. 病因治疗

难辨梭状芽胞杆菌对万古霉素、不吸收的磺胺药及灭滴灵很敏感。万古霉素口服不吸收，对肾脏无损害，在肠道内可达高浓度，而静脉内用药则胃肠内的浓度极低，因此不宜取静脉用药法。万古霉素 125mg~500mg 口服，每日 4 次，SG 和 PST1g 口服，每日 4 次；灭滴灵每日 1.2~1.5g 口服或静脉给药；或可用杆菌肽等。疗程为 7~14 天。

5. 其他治疗

消胆胺 2g~4g，每日服 3 次。此药能与毒素结合，减少毒素吸收，促进回肠末端对胆盐的吸收，以改善腹泻症状。恢复正常肠道菌群，轻型病例停用抗生素后任其自行恢复。严重病例可口服乳酸杆菌制剂（如乳酶生）、维生素 C 以及乳糖、蜂蜜、麦芽糖等扶植大肠杆菌；口服叶酸、复合维生素 B、谷氨酸及维生素 B₁₂ 以扶植肠球菌，亦可以健康成人粪滤液保留灌肠，引入正常菌群。

如为暴发型病例，内科治疗无效，而病变主要在结肠，或有显著的肠梗阻、中毒性巨结肠时，可考虑行结肠切除或改道性回肠造口术。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 湿热内蕴证

[治法] 清热解毒，分利清浊。

[方药] 葛根芩连汤（《伤寒论》）加味

葛根 30g、黄连 10g、黄芩 15g、公英 30g、败酱草 30g、连翘 20g、银花 30g、丹皮 15g、滑石 30g、生甘草 10g、车前子（包）10g。

[加减] 如热闭于内，耗津灼液，四肢逆冷，神志昏迷，即用清热解毒，芳香开窍之法。急服或鼻饲紫雪丹（《温病条辨》）或安宫牛黄丸（《温病条辨》）。

[分析] 方中重用葛根为君药，既能解表清热，又能升发脾胃清阳之气而治下利，配伍苦寒之黄芩、黄连为臣，其性寒能清胃肠之热，味苦燥胃肠之湿，如此则表解里和，身热下利诸症可愈。甘草甘缓和中，并协调诸药为佐使。加用公英、败酱草、连翘、银花以加强清热解毒之力，丹皮、花粉以解毒凉血生津，滑石、车前子分利清浊。

2. 热盛伤阴证

[治法] 清热养阴，益气升清。

[方药] 青蒿鳖甲汤（《温病条辨》）加味。

青蒿 15g、生地 15g、丹皮 12g、鳖甲 15g、知母 12g、西洋参（另煎兑）6g、葛根 30g、连翘 15g、银花 30g、栀子 6g、败酱草 30g、黄芩 12g、生甘草 10g。

[加减] 腹痛者加赤芍、白芍；腹胀者加薄荷；有汗者去连翘加麦冬、五味子。

[分析] 方用鳖甲滋阴退热，青蒿芳香清热透络，引邪外出。生地甘凉滋阴，知母苦寒滋润，与鳖甲、青蒿相配，共具养阴透热之功。丹皮配青蒿，内清血中伏热。方中加西洋参以益气养阴；葛根升清止泻，连翘、银花、栀子、败酱草、黄芩、甘草以清热解毒，苦寒坚阴。

3. 脾虚湿盛证

[治法] 益气健脾，利湿止泻。

[方药] 参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加味。

党参 15g、茯苓 15g、白术 12g、薏苡仁 30g、白扁豆 15g、莲子肉 15g、淮山药 15g、桔梗 10g、砂仁 6g、葛根 15g、车前子（包）15g、甘草 5g。

[加减] 湿重舌苔厚腻者去莲子肉，加藿香、厚朴、法半夏以燥湿化浊；大便溏稀加肉桂、肉豆蔻以补火煨土。

[分析] 本方以四君（以党参代人参）平补脾胃之气为主，配以扁豆、苡仁、山药之甘淡，莲子之甘涩，辅助白术，既可健脾，又能渗湿而止泻。加砂仁之辛温芳香醒脾，佐四君更能促中州运化，使上下气机贯通，则泄泻可止。桔梗为手太阴肺经引经药，配入本方，如舟楫载药上行，达于上焦以益肺。

(二) 验方治疗

中医药治疗伪膜性肠炎，罕有报道，作者查阅近 10 余年来的文献，仅发现赵冠英等治疗

的二例。其中一例辨证为脾肾阳虚，中气不足。治以健脾益肾，补中益气，佐以酸涩敛肠之品。药用生晒参 6g，党参 10g，炒白术 10g，云苓 10g，炮姜 3g，炙甘草 4g，莲子肉 10g，炒山药 12g，煨葛根 10g，诃子肉 3g，川附子 6g，补骨脂 10g。共服 4 剂而愈。另外一例患者辨证为脾胃虚寒，气阴两伤，以理中汤。四神丸合参苓白术散加减。药用：生晒参 8g，白术 15g，肉桂 6g，茯苓 12g，干姜 6g，制附片 6g，麦冬 10g，肉豆蔻 8g，补骨脂 10g，罂粟壳 8g，焦三仙各 9g，炙甘草 9g。共进 8 剂痊愈^[4]。

第四节 预防

合理使用抗生素，在使用抗生素时如发生急性腹泻应可疑本病，立即停用抗生素，并做粪便培养及肠镜检查，以明确诊断。另外在使用广谱抗生素药的同时，使用扶植肠内常住菌群药物，加强医院内病房及用具的消毒，预防院内感染。运用中医理论与辨证方法，对使用广谱抗生素者采用中药配合治疗，预防本病的发生。

参考文献

- [1] 吉重华. 伪膜性肠炎与难辨梭菌. 首都医学院学报. 1988, 9 (3): 223
- [2] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993 年 12 月第 2 版, 第 695 页
- [3] 戴自英. 实用内科学. 人民卫生出版社, 1993 年 9 月第 9 版, 第 1353 页
- [4] 赵冠英等. 中医治疗伪膜性肠炎二例. 中医杂志, 1990, 31 (5): 19

第十九章 克隆病

Crohn 病又名局限性肠炎、肉芽肿性肠炎、慢性肠壁全层炎。此病于 1932 年由 Crohn、Ginzterg 和 Oppenheimer 最早描述,因而称 Crohn 病。现这一名称已广泛为各国所接受。1973 年,世界卫生组织医学科学国际组织委员会将本病定名为 Crohn 病,定义为:“Crohn 病是一种原因未明的疾病,多见于青年人,表现为肉芽肿性炎症病变,合并纤维化与溃疡,可侵犯胃肠道的任何部分;转移的病变可侵犯肠道以外,特别是皮肤。最初的描述认为是回肠末段的疾病(末段回肠炎),以后发现这种疾病可侵犯胃肠道的任何部位,包括口腔到肛门。临床表现决定于病变的部位和病变的范围。全身合并症可有发热、营养不良、贫血、关节炎、虹膜炎和肝病等。”

本病在西方国家发病较多。据美国统计资料,有色人种发病少,黑人发病为白人的 1/5。本病的发病率为 2~4/10 万。我国发病数较少。据上海、北京等地大医院统计,大城市的医院每年约能见到 1~3 例^[1]。

克隆病属中医学“泄泻”、“腹痛”、“积聚”、“便血”等病范畴。《医方考》说:“泻责之脾,痛责之肝,肝责之实,脾责之虚,脾虚肝实,故令痛泻。”《景岳全书·泄泻》亦言:“凡遇怒气便作泄泻者,必先怒时挟食,致伤脾胃,故但有所犯,即随触而发,此肝脾二脏之病也,盖以肝木克土,脾气受伤而然。”故本病与肝脾有关,病久脾虚及肾,导致脾肾阳虚,脾肝肾三脏相互影响,最终可导致三脏同病,同时湿浊久蕴肠腑每可郁而化热;病久入络而致气滞血瘀,治疗颇为棘手。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因

国外对本病的病因作了大量的研究,但至今仍不甚清楚。目前有下列几种学说^[2]:①感染:1970 年 Mitchell 和 Rees 首先用病变组织的匀浆接种动物造成肉芽肿性病变获得成功,提出本病的病因可能系一种感染性病原体,以后很多学者将切除的有病变的末端回肠和肠系膜淋巴结匀浆的滤液分别接种于小鼠的足垫和家兔的回肠,均能造成具有类上皮细胞和巨细胞的肉芽肿炎症性病变,与 Crohn 病的组织学特征相同。Crohn 病的病变组织中曾提炼出一种因子,能遇 220 毫微米滤孔,注射于动物能致肉芽肿,故提示为病毒。②遗传因素:本病与遗传因素可能有一定的关系,曾观察到约 5%~15% 患者的亲属中有相同的患者,在某些家庭中本病有聚集现象。有些学者认为 Crohn 病可能属于多基因病的遗传规律,是由许多对等位基因共

同作用的结果,受到遗传因素和环境因素的双重影响。患者在一定的环境因素(如病毒等)作用下,由于存在着遗传的易感性,从而发病。③免疫因素:多数学者认为与免疫反应有关,理由是:a.本病的主要病理表现是肉芽肿性炎症,也是迟发型变态反应的组织学变化。b.在组织培养中,患者的淋巴细胞对正常的结肠上皮有细胞毒作用。约半数患者的血清中发现抗结肠上皮细胞抗体或病变组织中查到抗原抗体复合物。c.患者对结核菌素和2,4-二硝基氯苯皮肤试验常为阴性,提示细胞免疫功能低下。d.本病常并发肠外表现如关节炎、虹膜睫状体炎、胆管周围炎等,且经肾上腺皮质激素治疗能使病情缓解。

(二) 病理

Crohn病在胃肠道的发病部位以小肠和结肠同时受累最为常见,约占60%左右;小肠末端单独发病的约占30%~50%;单独发生在肛门或直肠的病变少见,约占3%,多与小肠和结肠病变合并存在;结肠单独发病者较少,约占5%~20%。胃或十二指肠、食管、口部病变则更少,共约占10%以下。

早期病变呈口疮样小溃疡,大小不等。最小者如针尖,伴有出血,较大者边界清楚浅表,底为白色。手术切除时如遗漏小的病变,可从该处复发。

本病可分急性炎症期、溃疡形成期和瘻管形成期(穿孔期)。急性炎症期肠壁水肿,充血,呈紫红色,浆膜层有纤维素性渗出物,相应的肠系膜肿胀、充血,淋巴结肿大,具有炎症反应。慢性期肠壁因纤维组织增生而显著增厚、僵硬,外形似水管样,而致单发或多发的肠管狭窄,从而引起肠梗阻,在其上段可有肠管扩张,肠系膜和周围脂肪组织增厚,集合淋巴结和肠系膜淋巴结肿大,粘膜的典型病变有①溃疡,呈多发纵行裂隙状。②卵石样结节,由于粘膜下层水肿和细胞浸润形成的小岛突起,加上溃疡愈合后纤维化和疤痕的收缩,使粘膜成卵石状。③肉芽肿,由类上皮细胞和郎罕氏巨细胞组成,无干酪病灶。④瘻管和脓肿,肠壁的深层溃疡可穿透肠壁、其他器官和腹壁形成脓肿、内瘻和外瘻。

二、中医的病因病机

饮食不节,感受外邪,情志不畅,久病体虚皆可导致脾胃运化失健,小肠分清泌浊功能失司,大肠传导失常而致泄泻。其病位主要在脾,若脾失健运则水反为湿,谷反为滞,清浊相混,水走肠间而成“泄泻”,故《景岳全书·泄泻》谓:“泄泻之本,无不由于脾胃。”脾虚之体,又遇忧思恼怒,可因土虚本贼而成脾虚肝郁之症,或脾病及肾,成火不暖土均可出现脾肾两虚;若肝脾两伤,气滞血瘀,“不通则痛”则可形成“腹痛”,日久脉络壅塞,湿瘀互结渐成“积聚”;若肝郁化热,热伤阴络,或脾气亏虚,不能统血,血溢脉外则可出现“便血”。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 临床表现

本病起病缓慢，初起症状常不易引起患者的注意，需经数月或数年以上才积极求医而得到诊断。患者的临床表现程度轻重不一，轻症者仅有较少的腹部症状，重症者往往有明显的全身症状和并发症。

1. 腹泻

约85%~90%病人有腹泻，其中半数以上为主要症状之一。每天腹泻2~5次，粪便稀烂可半流体，亦可为粘液便，常伴有肛门出血，很少为脓血便，除非有直肠或肛门病变时，大多无里急后重感。

2. 腹痛

约80%~90%患者有腹痛，多数不很严重。疼痛常位于右下腹部，疼痛的程度和性质不一，可为隐痛、钝痛，或甚至为绞痛。常于餐后加重，排便或排气可使腹痛缓解。

3. 发热

为低热或中等度热，约占5%~10%病例，发热为主要的症状。继发感染或化脓性病变时，可出现高热和毒血症的表现。

4. 腹块

约1/3病例出现腹块，大小不一，与病变部位有关，以右下腹和脐周多见，移动度小，压痛多不明显，腹块的出现常预示有内瘘。

5. 便血

小肠Crohn病时一般无便血，结肠Crohn病时可有便血，一般量不多，但偶亦可便血达500毫升或以上。胃或十二指肠或空肠受累者，偶有呕血或黑便。

6. 其他表现

有恶心、呕吐、纳差、乏力、消瘦、贫血、低蛋白血症等营养障碍和肠道外表现及由并发症引起的临床表现。

(二) 实验室及其他检查

1. 实验室检查

白细胞常增高，可有不同程度贫血，血沉增快，大便潜血阳性，血清免疫球蛋白增高，提示为活动性病变。

2. X线检查

胃肠道钡餐造影能了解末端回肠或其它小肠的病变和范围。可见到节段性分布，病变偏肠系膜缘，小肠粘膜变化（皱襞增宽，扁平或消失）和卵石症。如用小肠气钡双重造影，早期病变的浅小粘膜溃疡可以显出。钡灌肠造影，尤其是气钡双重造影对诊断最有价值。x线腹

部平片可见肠袢扩张和肠外块影。

3. 内镜和活组织检查

内镜检查有助于发现微小和各期病变,如粘膜充血、水肿、溃疡、肠腔狭窄、肠袋改变、假息肉形成以及卵石状的粘膜相。经口作小肠粘膜活检对确诊十二指肠和高位空肠的克隆病有重要意义。内镜检查时必须作粘膜活检,以明确诊断。

(三) 并发症

1. 瘻管形成

这是本病常见的并发症,瘻管的发生率各家统计不一(26%~48%)。内瘻在小肠和结肠同时受累时发生率较高。外瘻多数发生于手术后。有些是手术后立即发生,也有些可发生在手术后1—13年,这是由于残留病变复发或反复活动所致。

2. 脓肿

腹内脓肿达22%,后腹膜脓肿达6%。发生脓肿常有败血症发生,其死亡率10%。

3. 直肠出血

Crohn统计545例有下消化道出血者4.5%,由于病变侵犯部位不同,出血情况也不同。

4. 肠梗阻

约可见于25%~30%的患者,以亚急性肠梗阻为主,急性梗阻少见。多见于回肠或回结肠有病变的患者。肠梗阻主要由于病变肠段纤维化、疤痕收缩,以及伴有急性炎症水肿所致,开始为间歇性和不完全性,随着疾病的慢性进行性,最终成为完全性梗阻。

(四) 诊断要点

1. 诊断

Crohn病主要症状为腹痛、腹泻和体重下降,有以下情况应考虑小肠Crohn病:小肠慢性炎症表现,x线钡剂造影有典型的Crohn病征象或病理组织(包括活检取材或手术取材)有肉芽肿,中心无干酪坏死。

有以下情况者,应考虑为结肠Crohn病:结肠慢性炎症表现,伴有小肠Crohn病者;x线或结肠镜下有典型Crohn病表现,组织病理有肉芽肿,中心无干酪坏死,结肠病变呈节段性分布,而直肠正常,活检证实无病变者,或慢性结肠炎有肠与肠内瘻管或其它瘻管者。具有以上情况,临床即可作出诊断。

1. 鉴别诊断

小肠Crohn病需与下列疾病相鉴别:

(1) 急性阑尾炎:一般腹泻少见,右下腹痛比较严重,压痛及肌紧张更明显。病程急,有发热,血白细胞增高。但有些病例仍难准确地鉴别,如病情不减轻或诊断难以明确,应手术探查,以免延误诊断和治疗。

(2) 非肉芽肿性溃疡性空肠炎:腹痛和腹泻是此病的突出表现。体重下降,吸收不良和低蛋白血症更为明显。小肠活检病变为弥漫性,绒毛变平和增厚,基底膜炎症浸润,粘膜溃疡。

(3) 小肠淋巴瘤:腹泻、腹痛、发热、体重下降,疲劳感更为明显,易发生肠梗阻。症状多为持续性,恶化较快。腹部肿块硬,边界清楚,一般无压痛。浅表淋巴结和肺门淋巴结

肿大。多数病例肝、脾明显肿大。X线检查可发现肠腔内有明显的肿物。小肠活检有助于诊断。

(4) 肠结核：与本病不易鉴别，x线表现也很相似。在其他部位如肺部或生殖系统有结核病灶者，多为肠结核，结肠镜检查及活检有助鉴别。如不能鉴别，可试用抗结核治疗。常需开腹探查，经病理检查才能诊断。

(5) 十二指肠球后溃疡：十二指肠 Crohn 病常与消化性溃疡的症状和 X 线表现相似。但 Crohn 病的疼痛不如十二指肠溃疡有规律，纤维内镜检查及活检有助诊断。制酸剂治疗对消化性溃疡有效，而对 Crohn 病则无效。

结肠 Crohn 病需与下列疾病鉴别：

(1) 溃疡性结肠炎：其病变与 Crohn 病很相近，鉴别相当困难。Crohn 病的直肠和乙状结肠多无病变，病变多局限于右侧结肠或横结肠；结肠病变呈跳跃式，粘膜有裂隙状溃疡，深入至肠壁，结肠周围有脓肿，有窦道或瘘管等全壁层病变，皆为 Crohn 病的表现。两种病皆可发生末端回肠炎，但 Crohn 病易发生狭窄，而偏心的狭窄则以溃疡性结肠炎为多见。

(2) 阿米巴肠炎：寻找阿米巴原虫有助于诊断，但慢性阿米巴肠炎难以找到阿米巴原虫，据报道，血凝试验是诊断阿米巴肠炎的有用方法。

(3) 缺血性肠炎：为血管供血障碍所引起。发病较急骤，常有便血。早期 x 线钡灌肠有助于诊断。病程一般为 4~6 周，不呈慢性过程。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

克隆病属祖国医学“泄泻”、“腹痛”、“积聚”、“便血”范畴，当依据四诊、八纲、脏腑辨证，综合判断，以虚证为主，但往往易见虚中挟实之证。脾胃虚弱、湿浊内盛是本病的病理基础。并可由于肝木乘脾而成肝郁脾虚之证，病久脾病及肾，导致脾肾阳虚，泄泻日重，脾肝肾三脏相互影响，最终可导致三脏同病，病久入络而致气滞血瘀。治疗当以健脾化湿为主，有肝郁者，兼以疏肝，久病及肾者，温补肾阳，湿郁化热者，清肠化湿，气滞血瘀者，行气活血。

(二) 辨证分型

1. 脾虚湿阻证

[临床表现] 大便时溏时泻，完谷不化，饮食减少，腹痛喜按，面色萎黄，形体消瘦，神疲乏力。舌淡苔薄白腻、脉细弱。

[辨证分析] 脾胃虚弱，运化无权，水谷不化，清浊不分，故大便溏泻。脾阳不振，运化失常，不能腐熟水谷则完谷不化，饮食减少。脾气虚，得温按则气行，故腹痛喜按。久泻不止，脾胃虚弱，气血来源不足，故苔薄白腻，脉细弱为脾虚生湿，运化失健之故。

2. 肝郁脾虚证

[临床表现] 右少腹或脐周胀痛，痛则欲便，便后痛减，大便稀溏，胸胁胀闷，暖气饱食，抑郁恼怒或情绪紧张时易于发生腹痛、腹泻、肠鸣、矢气频作，舌淡苔薄，脉弦。

[辨证分析] 七情所伤，气机不利，肝失条达，横逆侮脾，失其健运，故抑郁恼怒或情绪

紧张易腹痛、腹泻、肠鸣、矢气频作；肝失疏泄，故胸胁胀闷、暖气食少；脾气虚弱，肝气乘之，故右少腹或脐周胀痛，大便稀溏，痛则欲便，便后痛减。舌淡苔薄，脉弦是为肝木乘土，脾胃虚弱之征。

3. 脾肾阳虚证

〔临床表现〕病久迁延，反复泄泻，黎明腹痛，肠鸣即泻，泻后痛减，形寒肢冷，腰膝酸软。舌淡；脉沉细。

〔辨证分析〕脾虚日久，损及肾阳，肾阳虚衰，不能温养脾胃，运化失常故反复泄泻；黎明之前阳气未振，阴寒较盛，故腹痛、肠鸣即泻；泻后则腑气通利，故泻后则安，形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细，为脾肾阳气不足之征。

4. 气滞血瘀证

〔临床表现〕腹部积块，固定不移，腹部胀痛或刺痛，大便溏泻，胃纳不振，形体消瘦，神疲乏力。舌质紫暗或有瘀点，脉细涩。

〔辨证分析〕病久不愈，肝脾两伤，运化失职，故大便溏泻，胃纳不振；气血乏源，故形体消瘦，神疲乏力；气滞血瘀，血行不畅，脉络壅塞，渐成积块；血瘀日甚，固定不移；不通则痛，腹部胀痛或刺痛。舌质紫暗或有瘀点，脉细涩为肝脾两伤，气滞血瘀之征。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

（一）常规治疗

目前尚缺乏根治疗法。一般支持疗效和对症治疗十分重要。加强营养、纠正代谢紊乱，改善贫血和低蛋白血症。必要时可输血、血浆、白蛋白、复方氨基酸，甚至要素饮食或静脉内全营养（TPN）。

（二）对症治疗

腹泻：复方苯乙哌啶 5mg，或洛哌丁胺（即易蒙停）2mg～4mg，或酌用磷酸可待因 15mg，1 日 3 次。

腹痛：阿托品、颠茄等解痉药物，亦可用苯巴比妥、安定等镇静剂。

维生素：可肌注各种 B 族维生素（特别是维生素 B₁₂），及维生素 K、D、A 等。

抗菌素：腹泻或腹痛常因肠道或肠系膜急性炎症引起，可给抗生素。本病抗炎症的药物以水杨酰偶氮磺胺吡啶（SASP）疗效较好^{[3][4]}。对结肠病变效果尤好。

ACTH 和糖皮质激素：仅用于活动期，但用法不一，对静止期无效，亦不能预防复发。

免疫抑制剂：常用如硫唑嘌呤等。

其他药物：灭滴灵等。

(三) 手术治疗

克隆病病人要进行手术者, 10 年以内约有 50%~60%, 30 年以内约有 90%^[3]。

紧急手术指征: ①急性小肠梗阻; ②并发中毒性巨结肠, 保守治疗无效者; ③急性阑尾炎不能排除者; ④急性肠穿孔和严重肠出血, 保守治疗无效者; ⑤肠内感染灶用抗生素不能控制者。

择期手术指征: ①内科治疗效果不佳, 仍有肠梗阻而持续腹痛者, 或一般情况未见改善者; ②有严重药物不良反应; ③合并瘘管, 严重肛门周围病变或腹内严重化脓性病灶者; ④疑有癌变者。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 脾虚湿阻证

〔治法〕健脾助运, 化湿止泻。

〔方药〕参苓白术散 (《太平惠民和剂局方》)。

党参 10g、白术 10g、茯苓 15g、山药 15g、白扁豆 15g、陈皮 6g、莲子肉 10g、砂仁 2g、薏苡仁 15g、桔梗 6g。

〔加减〕食欲不振加焦山楂、焦神曲健脾助运; 脘腹痞胀, 苔白腻加苍术、厚朴、藿香化湿止泻; 形寒怕冷, 泻如稀水加制附子、炮姜温中健脾; 湿郁化热, 口苦, 苔黄腻加黄连, 败酱草清肠化湿; 肛门坠胀加黄芪、升麻补气升提。

〔分析〕方中党参、白术、茯苓、甘草补气健脾; 山药、炒扁豆、陈皮、莲子肉运脾和胃; 桔梗升举上提; 砂仁理气化湿; 薏苡仁利湿健脾。

2. 肝郁脾虚证

〔治法〕健脾化湿, 疏肝理气。

〔方药〕痛泻要方 (《丹溪心法》) 加味。

白术 10g、白芍 20g、防风 10g、陈皮 6g、茯苓 15g、枳壳 10g、乌药 10g、白扁豆 15g、木瓜 12g、薏苡仁 15g、炙甘草 5g。

〔加减〕食少、神疲加党参、山药、焦山楂、焦神曲健脾助运; 腹痛较剧, 胸胁胀满加柴胡、制香附、元胡疏肝理气; 泻下垢腻加黄连、败酱草清肠化湿; 便血鲜红加仙鹤草、地榆凉血止血。

〔分析〕方中白术健脾补虚; 白芍养血柔肝, 陈皮、枳壳、乌药理气醒脾, 防风升清止泻; 茯苓、白扁豆、炙甘草健脾和中化湿, 木瓜酸敛止泻。

3. 脾肾阳虚证

〔治法〕温肾健脾, 化湿止泻。

〔方药〕四神丸 (《证治准绳》) 加味。

补骨脂 10g、吴茱萸 6g、肉豆蔻 6g、五味子 6g、益智仁 10g、白术 10g、茯苓 15g、山药 15g、薏苡仁 15g、炙草 5g。

〔加减〕久泻不止加赤石脂、禹余粮、诃子涩肠止泻；形寒肢冷，五更泄泻加制附子、炮姜温肾暖脾；大便垢腻，便血鲜红，口干苦，苔薄黄加黄连、败酱草、地榆清肠化湿，调和寒热。

〔分析〕方中以补骨脂、益智仁补肾阳；吴萸、肉豆蔻温中散寒；五味子涩肠止泻；白术、茯苓、山药、薏苡仁益气健脾以止泻，甘草调中。

4. 气滞血瘀证

〔治法〕理气活血，通络消积。

〔方药〕膈下逐瘀汤（《医林改错》）。

五灵脂 6g、当归 10g、川芎 6g、桃仁 10g、红花 6g、赤芍 10g、乌药 10g、玄胡索 10g、制香附 10g、枳壳 10g、甘草 5g。

〔加减〕脾虚明显加党参、白术、茯苓、山药；肾虚加补骨脂、益智仁；肠腑湿热加黄连、黄芩、败酱草；湿浊内盛加苍术、厚朴、藿香；久泻不止加石榴皮、诃子肉涩肠止泻。

〔分析〕方中当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、五灵脂、玄胡索活血化瘀；香附、乌药、枳壳行气止痛；甘草益气缓中。

（二）验方治疗

本病在我国较少见，目前中医中药治疗本病仅有个别案例报道，缺乏系统研究，翟文生认为本病属祖国医学“虚劳”范畴，辨证分为气血亏虚型，瘀血阻络型，脾虚湿困型，肝肾不足型，脾肾阳虚型等，治疗上分别以益气养血之八珍汤加减；八珍汤加丹参、赤芍、红花、三棱、山甲等；健脾温阳利水；宜采用五苓散合五皮饮；滋补肝肾采用六味地黄丸加杞果、女贞子、大云；温补脾肾宜用右归丸加减^[5]。

绪方玄芳治疗 29 例克隆氏病的经验以为，采用千金内托散和托里消毒散在下列情况下使用有效：自然发生的外瘻，内瘻（从结肠向十二指肠，从小肠向膀胱穿孔者）容易愈合；形成腹腔内脓肿者；初患病例早期治疗者^[6]。

田仁德认为本病是脾阳亏虚，健运无权，气机阻滞，脾气宜升而反降，胃气宜降而反升，气血不足，不能温养脏腑所致，故治疗当从温中健脾，行气导滞着手，曾用大建中汤治疗 2 例患者，获得痊愈^[7]。

徐景藩创立连脂清汤治疗本病有一定疗效^[8]。该方用补骨脂补肾阳，加用少量黄连清肠化湿，用白术、茯苓、山药健脾化湿；用白芍和营柔肝、与甘草相配，缓急止痛，泻痢咸宜；与山药相合，能补益脾肝之阳，防过燥伤阴。加入防风可协助白芍、白术以舒肝脾，且由于除风能胜湿，有化湿止泻之功。用五灵脂活血化瘀。

（三）其它疗法

1. 体针

泄泻取脾俞、中脘、章门、天枢、足三里；腹痛取脾俞、胃脘、足三里、中脘、气海、关元；便血取足三里、三阴交、气海、关元、阴陵泉。

2. 耳针

泄泻者取大肠、小肠、胃、脾、交感、神门；腹痛者取交感、神门、皮质下、胃、脾、小肠；便血者取皮质下、心、肾上腺、肝、脾胃、十二指肠、神门。

三、中西医结合治疗

采用中药灌肠治疗本病疗效较好^[9]，由于克隆病病位较广泛，其灌肠药液量应多一些，控制在200ml~300ml，肛管插入深度25cm~30cm，灌肠方可采用辩证施治方或单验方，可在灌肠方中加入锡类散、养阴生肌散、青黛散、通用消肿散，愈合溃疡的效果明显。

本病采用水杨酰偶氮磺胺吡啶、激素、免疫抑制剂治疗有一定疗效，但副作用较大，复发率较高。在应用西药同时，加入中医中药，辩证施治，可改善病情，减少副作用的发生。对重症体质虚弱者，调补气血，温补脾胃，调整免疫功能，有利于增强体质，恢复机体抗病能力。对合并肠梗阻患者，采用通腑方法，常可收到良好的效果。

第四节 预防

对本病目前尚缺乏具体的预防措施，注意饮食卫生，预防肠道感染可能有一定意义。

对已患病者，要及时诊断，及早治疗，以防并发症的发生，活动期应限制活动。进食高热量、高蛋白、低脂肪、低渣和易消化食物。当病变部位广泛，脂肪吸收低下和腹泻时应限制脂肪摄入，予要素饮食，这种饮食脂肪含量少，不含抗原性蛋白质，能使肠道得到充分休息。对重症患者注意观察情绪变化，密切观察血压、脉搏、呼吸情况，给予安慰和鼓励尤为重要。

参考文献

- [1] 郑芝田主编. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1992年8月第三版, 第466页
- [2] 江绍基主编. 临床胃肠病学. 上海科技出版社, 1981年, 第633~634页
- [3] Riemann JE. 克隆病的治疗. 国外医学内科学分册, 1991, 18(2): 70
- [4] 袁世珍等. 炎症性肠病的药物治疗进展. 国外医学内科学分册, 1991, 18(2): 59
- [5] 翟文生等. 青少年克隆氏病的中医辨证. 河南中医药学刊, 1994, 9(4): 22
- [6] 绪方玄芳. 炎症性肠病的汉方治疗. 国外医学中医中药分册, 1989, 12(3): 15
- [7] 田仁德. 大建中汤治愈克隆病2例. 山东中医学院学报, 1983, 7(3): 62
- [8] 徐景藩. 诊余随记. 中医杂志, 1983, 24(5): 18
- [9] 叶柏. 中药保留灌肠治疗慢性特异性结肠炎近况. 南京中医学院学报, 1991, 7(2): 115

第二十章 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎又称为“特发性直肠结肠炎”、“慢性非特异性溃疡性结肠炎”。本病是一种原因不明的主要发生在结肠粘膜层的炎症性病变，以溃疡糜烂为主，多累及远端结肠，亦可遍及全部结肠。以血性粘液便、腹痛、里急后重、腹泻为主要症状。病情轻重悬殊，多数病程缓慢，有反复发作的趋势，亦有急性暴发者。在国内的发病率尚缺乏精确统计，一般印象远较欧美等国为少，但近年来国内报道例数明显增多，值得引起重视。本病可发生于各年龄组，但以20—40岁为多，男女发病率无明显差异^[1]。

中医学认为该病主要属于“泄泻”、“痢疾”、“便血”、“肠风”、或“脏毒”范畴。主要致病因素为湿邪，因其性重浊粘滞，故发病多缓慢，病程长，反复难愈。湿伤于下，故病位始于大肠，与脾胃关系密切，久病多及肝肾。初发时多为大肠湿热证，大肠为传导之官，气机阻滞证为常见伴发证，均属实证。大肠与胃同属阳明，病久则伤胃，胃与脾互为表里，继之困脾，病情由实可渐转化为虚证。病久可耗伤津血，穷必及肾，则脾胃虚弱证可转化为脾肾两虚证，加之湿热缠绵未去，形成虚实夹杂的局面也属多见。久病人络，导致气滞血瘀。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因^[1]

本病病因有多种学说。近年来由于免疫学的迅速发展，对本病免疫因素的研究取得一些进展，受到人们的重视。

1. 感染因素

由于本病结肠粘膜的炎症表现与一些感染性腹泻，如细菌性痢疾、阿米巴痢疾相似，有人提出感染学说，但在本病的急、慢性期均未检出任何病原微生物，也无传染给密切接触者的事实，更无地区流行的证据。有人认为痢疾杆菌和溶组织阿米巴只是发病的启动因素。

2. 精神因素

由于精神障碍引起植物神经功能失调，随之而来肠道运动亢进、肌痉挛、血管收缩、组织缺血、毛细血管通透性增高等病理改变，最终导致肠壁炎症及溃疡形成。

3. 遗传因素

在欧美本病的家族发病率较高，种族间的发病率有明显差异，提出本病的发生可能与遗传因素有关。但在我国和日本家族性发病很少见，因此我国的溃疡性结肠炎病因中遗传因素不占重要地位。

4. 溶菌酶

肠壁分泌过多的溶菌酶破坏粘膜的保护作用,因而招致细菌侵入,发生粘膜坏死。但患者的溶菌酶分泌过多可能是炎症刺激的后果并非病因。

5. 过敏反应

某些食物(特别是牛奶)可使少数病例症状复发,从食谱中去除后病情可很快缓解。但绝大多数病人对特殊饮食治疗是无效的。

6. 防御机能障碍

食物中含有象硫酸多糖体这类高分子物质,被吸收后到达结肠的固有层及巨噬细胞内,以它所具有的多阴离子的硫酸基所荷的阴电,妨碍了结肠的防御机能而导致溃疡。

7. 自身免疫因素

为近年来最受到注意的因素,事实有:A、临床表现:本病患者常伴有诸如虹膜炎、眼色素层炎、结节性红斑、系统性红斑狼疮、自身免疫性溶血性贫血等免疫性疾病,而且对肾上腺皮质激素的治疗,往往能起良好的反应;B、体液免疫:小儿溃疡性结肠炎患者血清内有与胎儿结肠的酚-水提出物起作用的高滴度血凝抗体、病人大肠组织内曾分离出作用于肠粘膜上皮的抗体、患者血清中抗大肠杆菌O14型的抗体能与结肠上皮抗原起交叉反应。C、细胞免疫:在组织培养中病人的淋巴细胞可损伤结肠上皮;D、免疫复合物:荧光免疫技术显示本病患者结肠粘膜固有膜中有IgG、补体和纤维蛋白原沉积的免疫复合物存在;E、动物实验:利用免疫方法,已在动物中成功地制成了实验性溃疡性结肠炎模型。

(二) 病理^{[1][2]}

病变部位位于直肠和乙状结肠,由此也可延伸到降结肠、甚至整个结肠。炎症主要位于粘膜层,亦可累及粘膜下层,较少深达肌层。活动期结肠粘膜充血、水肿,散在细小表浅溃疡,同时有出血,粘膜颗粒状病变,粘膜很脆弱,触之易出血。病量活体组织检查发现最早的病变发生在肠腺基底部的隐窝上皮受损,大量的中性粒细胞浸润而形成小脓疡,进而相互联接形成溃疡,继之融合成广泛的大溃疡。溃疡边缘组织有细胞浸润,以淋巴细胞与浆细胞为主,在继发感染或急性活动期时可见大量中性粒细胞。病变肠壁的血管栓塞很常见,缓解期肠壁充血、水肿消退,溃疡愈合后粘膜再生可致“假息肉”。慢性恢复期疤痕增生,粘膜、粘膜下层甚至肌层纤维化,以致肠管变短,肠腔变窄。

二、中医的病因病机^{[3][4]}

(一) 感受外邪

本病多因感受湿热、疫毒之邪,亦可因寒湿之邪内侵而成。湿热疫毒内犯,侵及肠胃,郁蒸为患,则导致运化失司,气血阻滞,热毒壅盛,互相搏结,化为脓血,发为本病。若寒湿侵于肠胃,因寒性凝滞,与肠中秽物相结,亦可成为本病。

(二) 七情内伤

郁怒所伤,肝气犯脾,气滞血瘀,饮食难化,日久胶结;或忧虑伤脾,运化失职,饮食

停积，与气血胶结而酿成本病。

（三）脾肾阳虚

久病不愈，必使脾胃受损，继而及肾；或寒湿内侵，易伐中阳，终成命门火衰；再者劳役过度或禀赋不足，脾肾素虚，或过服寒凉通下之剂，每致阳气更弱而成本病长久不愈。

（四）瘀血内阻

久病不愈，气血阻滞，或脏腑乖和，气血运行不畅，而致腹泻、或下利脓血。

（五）风邪侵袭

风邪由表入里，或直中肠胃，脾胃受损，升降失司，运化失调，生湿、生热，湿热之邪困于中焦，致升降清浊功能失司，清浊俱下形成泄泻；湿热蕴结于大肠，致腑气不利，气血凝滞，脉络受损出现脓血便。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状^[2]

一般起病缓慢，少数急骤。病情轻重不一。好反复发作，发作的诱因有精神刺激、过度疲劳、饮食失调、继发感染等。

1. 腹部症状

血性腹泻：为最主要的症状，粪中含血、脓和粘液。较轻者腹泻每日2~4次，粪软或糊状，混有血和粘液；严重者每日腹泻可多达10~30次，粪便往往呈血水样。

腹痛：疼痛性质常为阵发性痉挛性绞痛，局限于左下腹或下腹部。疼痛后可即有便意，排便后疼痛可暂时缓解。轻症腹痛可呈间歇性隐痛，而重症则可持续性钝痛。

里急后重：因直肠炎症刺激所致。

2. 全身症状

体温正常或升高，急性期多出现发热。重症患者出现全身毒血症，水、电解质、维生素、蛋白质等从肠道丢失以及厌食，而致体重减轻和体力下降。

（二）体征^[2]

除全身有发热、脉速和失水的表现外，左下腹部甚或全腹部常有压痛，伴有肠鸣音亢进，常可触及如硬管状的降结肠或乙状结肠，提示肠壁增厚。可有腹胀，常见于急性结肠扩张者，此时上腹部膨隆特别明显。在结肠病变范围广泛的急性活动期患者，可有腹肌紧张。轻型病例或在缓解期可无阳性体征。

(三) 临床类型^[2]

1. 按病程经过可分为 4 个类型

(1) 慢性复发型：最多见，本型病变范围小，症状较轻，往往有缓解期，但易复发，预后好。

(2) 慢性持续型：症状持续半年以上。

(3) 急性暴发型：少见，起病急骤，腹部和全身症状严重，易出现较严重并发症。

(4) 初发型：指无既往史而系首次发作者。

2. 按病情程度又可分为以下 3 级

(1) 轻度：轻型最常见，通常仅累及结肠的远端部分。起病缓慢，腹泻轻，大便次数增加不多，粪便多成形，血、脓和粘液较少，出血量少，呈间歇性，可有腹痛，但程度较轻，缺乏全身症状和体征。

(2) 中度：介于轻度与重度之间。

(3) 重度：腹泻严重，至少 6 次/每日以上，腹痛持续或剧烈，肠出血量多，鲜红。体温高于 38℃，脉率大于 100 次/分，血红蛋白小于 70g/L，血沉显著增快，血浆白蛋白可减低，体重减轻大于 5kg。

3. 病变范围

根据受累结肠的病变范围可有直肠炎、直肠乙状结肠炎、左半结肠炎、右半结肠炎、区域性结肠炎以及全结肠炎。

4. 病态分期

可分为活动期和缓解期

(四) 实验室及其他检查^[2]

1. 血液检查

(1) 血常规：贫血常见，主要由失血和缺铁引起，常发生低血色素性、小细胞性贫血；急性期常有中性粒细胞增多。

(2) 高凝血状态：由于血浆第 V、VI、VII 因子的活性增加和纤维蛋白原增加，而且血小板数可明显升高，常引起血栓性栓塞现象，尤以肺栓塞和内脏血栓形成较为多见。

(3) 血清蛋白电泳：严重者血清蛋白降低， α_1 和 α_2 球蛋白明显升高。在缓解期如 α_2 球蛋白增加时，常为复发的信号。本病发作时，如 γ 球蛋白下降常提示预后不良。

(4) 其他：在严重病例，常有明显的电解质紊乱，尤以低血钾为突出，活动期病人血沉常增速。

2. 粪便检查

粪便肉眼检查常见血、脓和粘液。涂片检查可见红、白细胞或脓细胞。溶组织阿米巴原虫、血吸虫卵、孵化、致病细菌和真菌培养等均阴性。

3. 内镜检查

对本病诊断有重要价值，但在急性期重型患者应暂缓进行本检查，以防穿孔。在绝大多数病例，特别在发作期，粘膜呈细颗粒状，并有弥漫性充血、水肿、脆而易出血，糜烂及多数形状不规则大小深浅不同的溃疡，覆盖有黄白色或血性渗出物。晚期有肠壁增厚、肠腔狭

窄、假息肉形成，甚至癌变。活组织检查显示非特异性炎性病变和纤维瘢痕，同时常可见糜烂、隐窝脓肿、腺体排列异常及上皮变化等。一般应先行直肠或乙状结肠镜检查，纤维结肠镜检查重要在于确定病变范围和通过镜腔摘除较大的假性息肉。

4. X线检查

钡剂灌肠在早期可见到结肠粘膜紊乱、结肠袋形加深、肠壁痉挛、溃疡所引起的外廓小刺或锯齿形阴影；在晚期可见结肠袋形消失、管壁强直呈水管状、管腔狭窄、结肠缩短、息肉所引起的充盈缺损等。如排空钡剂，结肠充气后检查，或用含有1%~2%鞣酸的钡混悬液灌肠，或用低张气钡双重结肠造影，则可更清晰地显示病变细节。

(五) 并发症

1. 局部并发症

急性结肠扩张与溃疡穿孔，大量出血，肛周疾病如肛裂，肛周脓肿，肛瘘、痔疮等，结肠癌变，结肠假息肉形成，结肠狭窄与肠梗阻。

2. 全身的并发症

皮肤粘膜损害，眼损害，一过性游走性关节痛，肝脏损害，贫血，肾盂肾炎和肾石病。

(六) 诊断要点^[2]

1. 诊断

根据病史、症状、体征和实验室检查结果，不难对本病作出诊断。但常需排除以下各种特异的结肠疾病。本病的主要诊断依据包括慢性腹泻，粪中排出血、脓和粘液，以及腹痛、不同程度的全身症状，反复发作的趋势；多次粪检无病原体发现，内镜检查及X线钡剂灌肠显示结肠炎病变，伴有溃疡形成。

一个完整的诊断应包括其临床类型、严重程度、病变范围及病态分期。

2. 鉴别诊断

本病应注意与慢性细菌性痢疾、慢性阿米巴肠病、血吸虫病、结肠癌、肠道激惹综合征、克隆病等疾病鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点^{[5][6]}

若证见腹痛，里急后重，便下脓血粘液，舌苔黄腻，多为实、热证；病程日久，多为虚证；久痢不止，大肠虚弱，可为脾肾不固。若腹痛拒按、舌黯、脉弦则为肠络瘀阻；肠鸣腹泻，泻后痛减多为风邪侵袭。

(二) 辨证分型^{[5][6]}

1. 大肠湿热证

〔临床表现〕腹痛即泻，泻下脓血或赤白粘冻，里急后重，腹痛，肛门灼热，小便短少，舌苔黄腻，脉滑数。

〔辨证分析〕湿热积滞，蕴结肠中，气血阻滞，传导失司为主要病机。盖火热之性急迫，故为腹痛里急。气滞湿阻，泻下不畅，而见后重。湿热熏蒸，气血瘀滞，化为脓血赤白。湿热下注，则肛门灼热，小便短少。苔黄腻，脉滑数，俱为湿热熏蒸之象。

2. 寒湿凝滞证

〔临床表现〕腹泻，便下赤白粘冻，白多赤少，或为纯白冻，腹痛拘急，里急后重，口淡乏味，中脘痞闷不渴，头重身困，小便清白，舌质淡苔白腻，脉濡缓。

〔辨证分析〕寒湿客于肠胃，气血滞涩，肠中津液凝滞，运化失常，传导失司，是本证的主要病机。寒凝津液，湿伤气分，故见利下白冻，或白多赤少。寒主收引，气滞血涩，故为腹痛里急。气滞湿阻，便下不畅，则为后重。寒湿阻于脾胃，阳气被遏，运化失常，故口淡乏味，中脘痞闷，头重身困。小便清白，苔白腻，脉濡缓，均是寒湿内盛之征。

3. 毒热壅盛证

〔临床表现〕发病急骤，壮热口渴，头痛烦躁，胸脘满闷不食，呕吐恶心，腹痛剧烈，后重特甚，腹泻，利下脓血，多为紫红色，或呈血水状，便次频繁，舌红绛，苔黄燥，脉滑数或疾，甚至昏迷痉厥。

〔辨证分析〕此为暴发急重之证。多见于暴发型溃疡性结肠炎。毒热壅结于肠，燔灼气机为其主要病机。毒热之邪，其性猛烈，故发病急骤。热盛阳明，灼伤津液，则壮热口渴。热扰于上，而见头痛。热乱心神，而为烦躁。热攻脾胃，故有胸脘满闷不食，恶心呕吐之证。热毒鸱张，气血瘀滞，故腹痛急迫，后重特甚。热毒熏灼，耗伤气血，相互搏结，化为紫红脓血，或热伤络脉，暴注下迫，而呈血水之状。舌红绛，苔黄燥，脉疾为热毒炽盛之征。若热毒内陷心营，蒙蔽神明，可见神昏谵语；热极引动肝风，可见惊厥。

4. 瘀阻肠络证

〔临床表现〕下利日久，便下粪少，夹有粘冻或黯血，或下血色黑有光如漆，腹部刺痛，痛有定处，按之痛甚，而色晦滞，舌边有瘀斑，或舌质暗红，脉沉涩。

〔辨证分析〕本证因下利日久入络，血瘀肠络而成。因瘀血内停，损伤气血，则泻下粪少，夹有粘冻黯血；瘀血内阻，血不循经，败血外出则下血色黑有光如漆；血瘀肠络，血脉阻滞，不通则痛，故腹部刺痛，痛有定处，按之痛甚；面色晦滞，舌边有瘀斑或质暗红、脉沉涩，均为瘀血内阻的征象。

5. 肝郁脾虚证

〔临床表现〕腹泻，或便秘和腹泻交替发作。时作时止，每因恼怒而发作或加重。发作则腹痛欲泻，泻后痛减，矢气频作，大便溏薄，粘液较多，时夹脓血，日行3~4次，左少腹坠胀或里急后重，伴纳差，胸脘痞满，噫气不舒，性情急躁等。舌红苔薄白而腻，脉弦。

〔辨证分析〕本证以肝旺乘脾，脾虚失运为病机特点。肝气易动，失于条达，横逆乘脾，脾失健运，脾气下陷而为大便溏泄且时作时止，每因恼怒动肝而发作或加重。气机郁滞不畅，则便秘腹泻交替发作，肝气郁结，气机失畅，则腹痛欲泻，泻后痛减；但肝郁未解，故矢气频作；肝脾不和，脾被湿困，运化失职，则大便溏薄，粘液较多；肝郁化热，伤及血络，则性情急躁，便夹脓血；气滞大肠，则少腹坠胀，里急后重；肝气犯脾克胃，气机升降失常则胸脘痞满，噫气不舒，纳差。舌质红、苔薄白面腻，脉弱者为肝郁脾虚之征。

6. 脾气虚弱证

〔临床表现〕大便时溏时泻，迁延反复，完谷不化，劳累则便溏加重，饮食减少，食后脘

闷不舒，稍进油腻厚味食物，则大便次数明显增加，面色萎黄，神疲倦怠，或腹胀有下坠感，甚则脱肛，舌淡苔白，脉细弱。

〔辨证分析〕本证主要病机为脾气虚弱，清阳之气不能升发，运化失常，水谷并走于肠。因脾虚清阳不升，失于健运，水谷杂下，故大便时溏时泻，完谷不化；劳则伤气，脾气更虚，故劳累则便溏加重；脾胃虚弱，纳运无力，则饮食减少，食后脘闷不舒，稍进油腻厚味食物则大便次数明显增多，久泻不已，脾胃益虚，化源不足，气虚血少，故面色萎黄，疲乏倦怠；气虚下陷则见腹胀有下坠感，甚则脱肛；舌淡苔白、脉细弱均是脾气虚弱之象。

7. 脾肾阳虚证

〔临床表现〕久泻不愈，泻下稀薄，带有白冻，五更作泻，腹部隐痛，喜温喜按，口淡食纳不佳，形寒畏冷，腰脊酸软，甚或四肢逆冷，滑脱不禁，舌淡苔薄，脉虚细。

〔辨证分析〕本证多由久泻不愈而成，以脾肾阳虚、寒湿阻滞为病机特点。下利稀薄夹有粘冻，腹部隐痛，口淡食纳不佳等为久病正虚、脾胃虚寒，寒邪阻滞肠中；形寒畏冷，腰脊酸软为脾病及肾、命门火衰所致。肾为少阴，肾虚则五更作泻；肾为胃关，命门火衰则胃关不固，因而滑脱不禁；舌淡苔薄、脉虚细，为脾肾虚寒之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗^{[2][7]}

（一）一般治疗

注意休息。对于神经过敏、情绪紧张者，必要时可予以镇静安定药；饮食应以柔软、易消化、富于营养、有足够热量为原则，宜少食多餐，补充多种维生素。忌食牛乳和乳制品；对于腹痛、腹泻次数较多者可用抗胆碱解痉药，但应注意大剂量有时可引起急性结肠扩张的危险。对于伴贫血者，可按病情给予输血、口服铁剂或肌肉注射右旋糖酐铁。对于急性发作，特别是暴发型，患者有严重失水、电解质紊乱，尤其是低血钾，应予以及时纠正。对下列情况需考虑给予静脉营养：长期病变活动，明显消瘦，且需要肠管休息者。病情严重，伴低蛋白血症及毒血症，肠梗阻，肠痿，手术前后，短肠综合征，可输注高渗葡萄糖、血浆、白蛋白，氨基酸和脂肪乳糜等。

（二）药物治疗

ACTH、肾上腺皮质激素及磺胺药，为目前控制本病有效的药物。

1. 肾上腺皮质激素和 ACTH

适用于结肠病变广泛的急性期和严重病例。每日 ACTH $20''\sim 40''$ 加入 5% 葡萄糖溶液 500ml 静脉滴注，或乳剂 $80''\sim 100''$ 皮下注射；每日氢化可的松 100mg ~ 300 mg 加入 5% 葡萄糖溶液 500ml 静脉缓慢滴注，通常 2 周为 1 疗程，或口服强的松或强的松龙 20mg ~ 80 mg。经以上剂量治疗，取得满意疗效后，宜逐渐减量至维持量，可每晨或隔日 1 次，一般服用强的松，待病变完全或基本消退，然后在 1 ~ 3 月内逐渐减量停用。

为了避免长期全身应用肾上腺皮质激素而引起不良反应,如病变局限于直肠和乙状结肠远端的较轻型的病例,可采用激素直肠滴入或保留灌肠治疗。

2. 抗感染药物

首选柳氮磺胺吡啶(SASP),发作期每日4g~6g(分4次服用);如病情好转,数周后可减为每日3g~4g,连续1~2月;俟病情缓解后,可改为每日2g,持续用药1年以上。5-氨基水杨酸(5-ASA)国外已应用于临床,能长期维持本病的缓解(平均每日1.8g),而且特别适用于不能耐受SASP和其所致不育的患者。病变局限于远端结肠的患者,应用5-ASA2~4g,置于适量溶液中灌肠也有较好疗效,2周为一疗程,必要时可重复。

在急性结肠扩张症、全身性感染以及化脓性并发症,有应用广谱抗生素的指征。

3. 其他免疫抑制剂:对磺胺药或肾上腺皮质激素治疗无效的病例,可改用或加用其他免疫抑制剂,如硫唑嘌呤或6-巯基嘌呤,剂量均按每日1.5mg/kg升算,当白细胞数减至5,000以下,宜减半服用,白细胞数减至3,000以下停药。一般疗程半年至2年多。这些药物对骨髓有抑制作用,故使用时必须慎重。

(三) 外科治疗

多数病人经上述治疗可望病情获得缓解,少数需要外科处理,手术的指征为:①肠穿孔或濒临穿孔;②大量或反复严重出血;③肠狭窄并发肠梗阻;④癌变或多发性息肉;⑤急性结肠扩张内科治疗3~5天无效;⑥结肠周围脓肿或瘘管形成;⑦并发关节炎、皮肤和眼部病变药物治疗无效;⑧长期内科治疗无效,影响儿童发育。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治^{[5][6]}

1. 大肠湿热证

〔治法〕清泄湿热,调气行血。

〔方药〕白头翁汤(《伤寒论》)加减。

白头翁20g、秦皮10g、黄芩10g、黄连10g、生苡仁15g、通草10g。

〔加减〕若兼表证,上方加双花10g、葛根10g疏散外邪;夹食滞者,加山楂10g、麦芽10g、槟榔10g以消食导滞,恶心者加半夏10g、陈皮10g以降逆和胃止呕。

〔分析〕方中白头翁、秦皮以清热解毒、祛肠中之邪热,黄芩、黄连清热燥湿,生苡仁利湿排浊,通草导湿热而下行。

2. 寒湿凝滞证

〔治法〕温化寒湿,调气和血。

〔方药〕胃苓汤(《丹溪心法》)加减。

茯苓15g、薏苡仁15g、苍术10g、白术10g、桂枝6g、炮姜10g、厚朴9g、木香10g、当归10g。

〔加减〕若兼恶寒身痛,发热无汗、脉浮等证者,可合荆防败毒散或藿香正气散以疏表解肌;若寒邪偏盛、泄下清稀如水样,将上方桂枝改为肉桂9g,加乌药10g、良姜10g以温化

寒湿；若小便不利者加猪苓 10g；兼暑湿加草果 10g、藿香 10g、砂仁 6g 以解暑化湿。

〔分析〕方中茯苓、薏苡仁、苍术、白术祛湿健脾；桂枝、炮姜温散寒邪，又温通助化湿；厚朴、当归则调气和血，全方合用具有健脾温化寒湿，行气和血止利之用。

3. 毒热壅盛证

〔治法〕清热解毒、凉血宁神。

〔方药〕白头翁汤（《伤寒论》）合黄连解毒汤（《外台秘要》引崔氏方）加减。

白头翁 20g、黄连 10g、黄柏 10g、秦皮 10g、大黄 10g、黄芩 10g、生地 15g、双花炭 30g、丹皮 10g、赤芍 10g、生石膏 30g、知母 10g。

〔加减〕若热毒侵入营血，高热神昏谵语者，可加用紫雪丹或安宫牛黄丸 2g~3g，以清热解毒，开窍安神；若高热、抽搐痉厥者加用紫雪散 2g、全蝎 10g、钩藤 15g 以清热熄风镇痉；若呕吐频繁，胃阴耗伤，舌红绛而干，则可酌加西洋参 10g、麦冬 10g、石斛 15g，扶阴养胃；屡饮屡吐，可用玉枢丹吞服以和胃止呕；若下利无度，饮食不进或突然四肢不温，面白，出冷汗，喘促乃毒热内闭阳气外脱；应急用独参汤或四逆加入参汤浓煎顿服，以益气救阳。

〔分析〕方中白头翁清血分之毒热；配黄连、黄柏、黄芩、秦皮清热燥湿；生地、双花炭、丹皮、赤芍、知母凉血活血，清热解毒；大黄清热泄毒，荡大肠之毒热；生石膏清气分之热毒。全方诸药相配，大清毒热之邪，清气凉血安神。

4. 瘀阻肠络证

〔治法〕化瘀通络，和营止痛。

〔方药〕少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减。

蒲黄 10g、五灵脂 10g、当归 10g、川芎 10g、元胡 10g、没药 10g、肉桂 10g、小茴香 10g、干姜 6g、香附 10g、广木香 10g。

〔加减〕若气血瘀滞，化为脓血，大便挟有赤白粘冻，可合白头翁汤同用，以清热凉血；兼食滞加槟榔 10g、山楂 10g 以消食导滞；挟有痰阻者，以泻下粘液为主，本方合苓桂术甘汤同用，以温化痰湿；若血热，大便暗红色较多，上方加三七粉 3g（冲服），大黄炭 10g 凉血止血；若气虚明显，见神疲、乏力、肢倦者，加党参 10g、白术 10g 以益气行血。

〔分析〕方中蒲黄、五灵脂、当归、川芎活血化瘀为本方主药；加没药、元胡活血定痛；肉桂、小茴香、干姜温经散瘀，香附、广木香行气以助血行；各药相配，使肠络瘀血得散，则腹泻腹痛自止。

5. 肝郁脾虚证

〔治法〕抑肝扶脾，理气化湿。

〔方药〕逍遥散（《太平惠民和剂局方》）合痛泻要方（《景岳全书》引刘草窗方）加减。

柴胡 10g、白芍 10g、薄荷 6g、白术 10g、茯苓 15g、防风 6g、青、陈皮各 10g、山药 15g、甘草 6g。

〔加减〕若两胁胀痛，脉弦有力，上方加元胡 10g、郁金 10g 以疏肝止痛，便秘和腹泻交替发作，则上方加槟榔 10g、沉香 6g 以疏导积滞。腹胀腹痛者，上方加枳实 10g、厚朴 6g 以行气消胀；暖气呕恶为肝气犯胃，胃气上逆，则上方加旋复花 10g、代赭石 30g 以降逆止呕。

〔分析〕方中柴胡、白芍、青皮疏肝理气，缓急止痛；白术、茯苓、陈皮、山药健脾祛湿；防风、薄荷舒肝养肝，醒脾燥湿；甘草缓急而调和诸药。全方相配共奏泻肝木而补脾土，调气机以止痛泻之效。

6. 脾气虚弱证

〔治法〕补中益气，升阳止泻。

〔方药〕补中益气汤（《脾胃论》）加减。

黄芪 15g、党参 15g、白术 10g、升麻 6g、柴胡 6g、陈皮 10g、葛根 10g、诃子 10g、炙甘草 6g。

〔加减〕若脾气下陷重者，上方加重参、芪药量至 20g；见心慌气短失眠者，为心神失养，上方加炒枣仁 10g、煅龙骨 20g 以养心安神；气虚血少者加阿胶 10g、当归 10g、山药 15g；伴发热、汗出者，上方加桂枝、白芍以调和营卫；夹食滞者，加莱菔子 10g、山楂 10g、鸡内金 10g 以消食导滞；如脾虚而夹湿热，大便泻下黄褐者加黄连 6g、厚朴 10g、地锦草 10g 以清化湿热。

〔分析〕方中黄芪、党参、白术、炙甘草补气健脾，为本方主药；升麻、柴胡配合参、芪以升举清阳，加葛根增强升清止泻作用；陈皮理气和胃，以防中气壅滞；加诃子温肠固脱，防气陷太过。诸药合用，使气旺脾健，升降复常，腹泻自除。

7. 脾肾阳虚证

〔治法〕温补脾肾，收涩固肠。

〔方药〕真人养脏汤（《太平惠民和剂局方》）。

党参 15g、白术 10g、肉桂 6g、肉豆蔻 10g、广木香 10g、白芍 10g、当归 10g、诃子 10g、炙粟壳 10g、炙甘草 6g。

〔加减〕脾阳虚为主者，重用党参、白术、炮姜；肾阳虚偏重者，重用附子、肉桂、破故纸；下腹隐痛加吴萸 10g、制香附 10g；腰痛加金狗脊 10g、菟丝子 10g；若久泻不止，兼见脱肛者，上方加生黄芪 15g、升麻 10g 以升阳益气固脱。若久泻不止，由阳及阴，脾肾阴虚者，又当填以补阴之剂，上方可加天门冬 15g、黄精 15g、麦冬 10g。

〔分析〕本方为脾肾虚寒、关门不利而设。方中以党参、白术、炙甘草温脾益气；肉桂、肉豆蔻温肾暖脾散寒止泻；广木香以调气；白芍则缓急止痛；当归和血；诃子、炙粟壳止涩固脱。全方温暖脾肾，收涩固脱，调气和血并用。用于泻利日久，肠中积滞已去，呈现虚泻滑脱者，甚宜。

（二）验方治疗

1. 升阳益胃汤加减^[8]

〔组成〕黄芪、半夏、人参、炙甘草、防风、白芍、橘皮、茯苓、柴胡、白术、黄连、生姜、大枣、当归、升麻、葛根、山药、木香。

〔用法〕水煎，取汁 400ml~500ml，早晚 2 次饭后温服，日 1 剂。

〔功用〕升阳益气，补益脾胃。

〔疗效观察〕应用本方治疗溃疡性结肠炎 32 例为治疗组，另外 20 例患者服用水杨酸偶氮磺胺嘧啶为对照组。结果：治疗组 32 例，痊愈 17 例，显效 8 例，有效 6 例，无效 1 例，总有效率 97%；对照组 20 例，痊愈 10 例，显效 5 例，有效 4 例，无效 1 例，总有效率 95%；两组比较， $P>0.05$ ，无显著差异。平均治愈时间：治疗组为 42 天，对照组为 85 天。

2. 胃肠宁^[9]

〔组成〕黄芪 15g、葛根 15g、党参 150g、白术 100g、当归 100g、白芍 100g、延胡索 100g、

防风 60g、砂仁 60g、木香 60g、炮姜炭 60g、赤石脂 300g (水飞)、补骨脂 150g、粟壳 60g、炙甘草 100g、柏勒儿茶 50g。研细过筛，装入胶囊内。

〔用法〕每次口服 5g，每日 3 次，1 个月为 1 疗程，一般服药 2~3 个疗程即可。

〔功用〕健脾益气。

〔疗效观察〕应用本胶囊治疗 123 例脾虚型结肠炎患者为治疗组，并以中药保留灌肠治疗 60 例为对照组。结果：治疗组治愈 60 例，占 48.78%；显效 45 例，占 36.58%；好转 15 例，占 12.19%；无效 3 例，占 2.43%，总有效率 97.6%。对照组治愈 19 例，占 31.66%，显效 25 例，占 41.66%；好转 11 例，占 18.33%；无效 5 例，占 8.33%；总有效率 91.7%，经 X^2 检验， $P < 0.01$ ，有显著性差异。随访复发情况：治疗组随访 61 例，其中复发 11 例，占 18%，未复发 50 例，占 82%；对照组随访 40 例，其中复发 24 例，占 60%，未复发 16 例，占 40%；经 X^2 检验， $P < 0.01$ ，有非常显著性差异。

3. 健脾灵^[10]

〔组成〕生黄芪、党参、白术、炮姜、儿茶、乌梅炭、白芍、广木香、元胡、甘草等，制成片剂。

〔用法〕口服 3 次，每次 8 片，20 天为 1 个疗程，连服 3 个疗程。

〔功用〕健脾益气，涩肠止泻，缓急止痛，养血生肌。

〔疗效观察〕应用健脾灵治疗 300 例慢性溃疡性结肠炎为健脾组，应用 SASP 治疗 60 例为 SASP 组，另外 60 例服用补脾益肠丸作为益肠组。结果：健脾组治愈 203 例，显效 64 例，好转 26 例，无效 7 例；SASP 组治愈 18 例，显效 17 例，好转 16 例，无效 9 例；益肠组治愈 29 例，显效 18 例，好转 9 例，无效 4 例。健脾组的治愈率明显高于 SASP 组及益肠组 ($P < 0.001$)。治疗前后肠镜检查结果为：健脾组充血、水肿和溃疡病变的消失率分别为 70.8% 和 88.5%；SASP 组分别为 35% 和 45%；益肠组分别为 53.3% 和 65.4%。三组消失率比较有非常显著差异 ($P < 0.001$)。

4. 验方^[11]

〔组成〕米炒党参、炒白芍、升麻、赤石脂、乌梅、元胡、儿茶、茅莓、肉桂、炮姜、炙甘草等 15 味组成。其中元胡、赤石脂、儿茶等 6 味粉碎成细粉，其余 9 味加水煎煮 3 次，合并滤液，浓缩成稠膏，加入元胡等细粉，混匀、制粒、焙干，制成片剂，每片重 0.4 克。

〔用法〕每日 3 次，每次 4 片~6 片，重症酌增，痛泻症状控制后，每次减量至 2 片~4 片。20 天 1 疗程。

〔功用〕温补脾胃，涩肠止泻，缓急止痛，清肠止血。

〔疗效观察〕采用本专方治疗溃疡性结肠炎 81 例作为治疗组，另外 31 例服用补脾益肠丸作为对照组。结果：治疗组近期治愈 49 例，显效 19 例，好转 12 例，无效 1 例，治愈显效率为 84%，总有效率达 98%，其治愈显效率与对照组比较 $P < 0.01$ ，提示该方对溃疡性结肠炎有较好疗效。

5. 速效止泻灵^[12]

〔组成〕五倍子、人参、三七、黄连，制成胶囊剂。

〔用法〕成人日总量为 0.1g/kg (即每日 3 次，1 次 4 粒)，米汤冲服。

〔功用〕益气固涩，活血化瘀。

〔疗效观察〕采用速效止泻灵治疗慢性结肠炎 30 例为治疗组，对照组 15 例服用四神丸，

以上2组均2个月为1疗程。结果：治疗组中治愈20例，有效7例，无效3例，有效率90%；对照组中治愈2例，有效6例，无效7例，有效率为53.33%。提示治疗组疗效优于对照组。

6. 结肠平Ⅰ号、Ⅱ号^[13]

〔组成〕Ⅰ号：黄芪、党参、白术、茯苓、山药、诃子、黄连、防风、白芷、枳壳、杭芍、罂粟壳、赤石脂。

Ⅱ号：以民间草药为主：天浆衣、红苏苏、万两金、回头望母、万年扒、钻地风、杨梅枝、赤阳子、苦金盆、赤石脂、防风、白芷。

〔用法〕结肠平Ⅰ号制成散剂，每服10g，日2次；Ⅱ号可水煎服2日1剂，可以制成散剂，每次10g，每日2次。

〔疗效观察〕共200例结肠炎，以结肠平Ⅰ、Ⅱ号各治疗100例，结果：Ⅰ号组中治愈10例，显效50例，有效35例，无效5例。Ⅱ号组中治愈15例，显效60例，有效24例，无效1例。结肠平Ⅱ号优于Ⅰ号。

7. 平胃散加味^[14]

〔组成〕苍术、香附各12g、炒白术20g，陈皮6g，厚朴、生大黄、甘草各10g，五灵脂15g，牵牛子5g。

〔加减〕气虚加党参、黄芪等；阳虚加附子、干姜等；湿重加藿香、佩兰等；瘀重加桃仁、红花等；气滞加枳壳、大腹皮等；脓血及粘液便加马齿苋、秦皮等。

〔用法〕日1剂，水煎分早、晚服。

〔功用〕健脾燥湿，通腑化瘀。

〔疗效观察〕应用本方治疗慢性结肠炎36例，显效28例，有效7例，无效1例。

8. 温中实脾汤^[15]

〔组成〕熟附块（先煎）、白术炭、煨木香各10g，肉桂（后下）、黄连、炒枳壳、炮姜各5g，茯苓、山楂炭各15g。

〔加减〕凡水样便者，加煨肉豆蔻10g，粘冻便者，加马齿苋30g。

〔用法〕每日1剂，水煎服，7天为1疗程。

〔功用〕温中实脾。

〔疗效观察〕以本方治疗慢性结肠炎33例，结果：服药1个疗程基本控制者22例，占66.67%；2个疗程者4例，占21.21%；3个疗程者7例，占21.12%。总有效率100%。

9. 连姜汤^[16]

〔组成〕川连3g、炮姜炭5g、米仁30g、苍术、白术、川朴、茯苓、煨木香、元胡、炒鸡内金、车前子各10g。

〔用法〕水煎，每日分2次服用，30天为1个疗程。

〔疗效观察〕用本方治疗慢性结肠炎50例，5例痊愈，28例显效，17例好转。

10. 清暑益气汤^[17]

〔组成〕黄芪、党参各15g，白术、苍术、当归、黄柏、泽泻各8g，青皮、陈皮、升麻各5g，葛根24g，神曲、甘草各6g、麦冬10g、五味子3g。

〔加减〕热盛心烦、苔黄脉数者加黄连；湿阻气滞、腹胀痞满苔浊腻者去麦冬、五味子，加木香、厚朴；阴虚咽干、五心烦热、舌红苔少者去苍术、泽泻，加白芍、乌梅；肾虚完谷不化、五更泄泻，形寒畏冷者去麦冬、泽泻，加补骨脂、吴茱萸；久痛成瘀、少腹压痛，肠

粘膜有点状出血、充血水肿，或炎症性息肉、溃疡糜烂者去泽泻，加赤芍。

〔用法〕每日1剂，水煎空腹温服。2周为1疗程。

〔功用〕健脾益气，清热化湿，理气消食，养血通瘀。

〔疗效观察〕采用本方治疗慢性非特异性结肠炎12例，其中治愈2例，显效6例，有效3例，无效1例，总有效率为91.67%。

11. 陈荷散^[18]

〔组成〕陈皮15g、干荷叶10g、砂仁2g。

〔加减〕里急后重甚者加木香5g，腹泻甚者同服参苓白术散，有脓血便者加秦皮6g。

〔用法〕开水泡服，每日2剂，早、晚各服1剂。

〔功用〕理气健脾，化湿和胃止泻。

〔疗效观察〕以本方治疗溃疡性结肠炎30例，结果：17例治愈，6例显效，4例好转，2例无效，治愈率56.7%，总有效率90%。

12. 验方^[19]

〔组成〕党参、茯苓、补骨脂、肉豆蔻、五味子各10g，炒白术12g、高良姜6g、黄芪、石榴皮各15g，吴茱萸3g、川连2g。

〔加减〕腹痛加白芍15g，甘草5g；腹中冷加熟附片10g，肉桂2g（后下）。

〔用法〕水煎，日服2次，每次150ml，30天为1疗程。

〔功用〕健脾温肾。

〔疗效观察〕以本方治疗慢性结肠炎31例，其中痊愈11例，好转19例，无效1例，总有效率为96.70%。

13. 健脾温中利湿汤^[20]

〔组成〕生山药30g、生黄芪30g、炒白术24g、升麻6g、杭芍18g、炮姜9g、肉蔻10g、吴茱萸16g、补骨脂9g、淡附片12g、车前子18g、茯苓9g、白扁豆12g、禹余粮（或赤石脂）12g、炒麦芽18g。

〔加减〕大便稀而次数多者加罂粟壳12g；大便带脓及粘液者加藿香10g、黄柏12g；大便带血者加地榆炭10g、旱莲草10g。

〔用法〕1日1剂，每剂分3次早、午、晚饭前各服1次。

〔功用〕补火生土，温中暖肠，散寒止痛，除湿利水，固涩止泻。

〔疗效观察〕以本方治疗慢性结肠炎55例，结果：服3剂~10剂后，大便次数及性状恢复正常者24例，11剂~20剂恢复正常者17例，21剂~30剂者8例，31剂~40剂4例，41剂~50剂1例，50剂~60剂1例。55例患者服药后大便中脓球、红细胞、粘液均逐渐消失，性质亦恢复正常。

14. 四六痛泻汤^[21]

〔组成〕防风21g、白术、白芍、山药、黄芪各30g，陈皮、补骨脂、山萸肉、泽泻各12g，熟地、云苓各18g，丹皮、当归各15g，五味子9g，升麻6g。

〔加减〕肝脾不和型加柴胡9g；脾肾两亏型加肉桂、炮附子各3g；寒热虚实夹杂型加秦艽12g。

〔用法〕水煎服，每日1剂，1个月为1疗程。

〔功用〕疏肝健脾，祛风行气，温阳退热，补肾散寒。

〔疗效观察〕用本方治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 180 例, 其中治愈 172 例占 95. 55%, 好转 1 例占 0. 55%, 无效 7 例占 3. 9%。

15. 结肠宁^[22]

〔组成〕党参、茯苓、陈皮各 12g, 白术、柴胡、广木香、防风、玄胡索、炒三仙各 10g, 枳实、白芍、炒鸡内金各 15g, 甘草、黄连各 6g, 败酱草 20g。

〔用法〕每日 1 剂, 分 2 次~3 次服用。疗程为 1 月~6 个月。

〔功用〕补脾益胃, 调和肝脾, 清热解毒。

〔疗效观察〕以本方治疗慢性结肠炎 43 例, 其中临床治愈 10 例, 有效 32 例, 无效 1 例。

16. 祛痛止痢方^[23]

〔组成〕陈皮、白术、白芍、木香、川连、仙鹤草、秦皮、败酱草、白头翁。

〔加减〕脓血便多者加地榆炭、槐花炭、丹皮、乌梅炭; 纳少腹胀甚者加焦三仙、鸡内金、槟榔、枳实; 湿热内盛见口干苦, 饮水甚, 舌红苔黄腻者加大败酱草、白头翁之剂量, 并酌加黄芩、蒲公英、苡仁; 大便不畅, 便秘者加当归、川军、枳实、槟榔; 腹痛日久无缓解者加三棱、莪术、蒲黄、五灵脂; 泄泻日久呈腹部冷痛, 舌淡苔白腻者去败酱草、白头翁, 加炙升麻、良姜、补骨脂、肉豆蔻、诃子。

〔用法〕口服本方, 治疗时间最长者 3 个月, 最短者 1 个月。

〔功用〕调和肝脾, 清热燥湿止痢。

〔疗效观察〕采用本方加减治疗 30 例慢性结肠炎, 结果显效 11 例, 好转 17 例, 无效 2 例, 总有效率为 93. 3%。

17. 加味桂枝加大黄汤^[24]

〔组成〕桂枝 9g~12g、白芍 18g~30g、大枣 12 枚~15 枚、炙甘草 6g~12g、生姜 9g~12g、生大黄 4. 5g~6g、田三七 2g~4g、山楂 9g~12g、鸡内金 6g~9g。

〔加减〕腹痛剧者, 加玄胡索、五灵脂、里急后重者, 加广木香。大便清泄者, 加赤石脂、淮山药、肉豆蔻。舌苔厚腻者, 加苍术、厚朴。

〔用法〕水煎服, 日 1 剂。

〔疗效观察〕用本方治疗慢性溃疡性结肠炎 24 例, 其中达临床治愈标准者占 62. 5%, 好转者占 29. 2%, 有效率为 91. 7%。

18. 秦连胶囊^[25]

〔组成〕秦皮、黄连、木香、滑石、甘草。除黄连提取小蘖碱外, 其余四味药水煎提取总成分, 浓缩, 减压干燥制成干浸膏, 粉碎过筛, 装胶囊, 每胶囊装 0. 42g。

〔用法〕每次 5 粒, 日 3 次。

〔疗效观察〕用本胶囊治疗结肠炎 40 例, 结果: 痊愈 23 例, 显效 12 例, 症状减轻 5 例。

(三) 其他疗法

1. 针灸

瞿佩玉^[26]采用针刺及穴位注射治疗非特异性多发性溃疡性乙状结肠炎, 效果良好, 取穴: ①天枢、足三里, 配穴: 关元、太溪; ②维生素 B₁₂ 0. 25mg 穴位注射足三里。操作方法: ①徐进疾出结合提插捻转, 针刺深度 1 寸~1. 2 寸。每隔 5 分钟捻转 1 次, 留针 30 分钟。②取针后用 75% 酒精棉球在足三里穴处消毒, 用 6 号针头, 维生素 B₁₂ 0. 25mg 注射足三里穴 (每

穴维生素 B₁₂ 0.125mg)。本法适于脾肾阳虚型。另一处方适用于脾肾虚寒、肝失条达、横逆伤脾型，取穴处方为：天枢、足三里（双），配穴：太冲（双）。操作方法：徐进疾出结合提插捻转补泻及水针。

朱氏^[27]治疗本病所选穴位有：脾俞、足三里、上巨虚（以上穴均取双侧，足三里、上巨虚两穴交替使用）。隔日1次。穴位注射所用药物有：胎盘组织液2ml、亮菌甲素注射液0.2g、黄芪注射液4ml、维生素B₁₂100mg（妇女月经期停治，有肺结核史者不用胎盘组织液）。操作方法：当针进入一定深度后，采用轻微提插，以使患者产生酸、麻、重、胀等针感后再注入药液。通常以酸、胀感为最多见。隔日1次，10次为1疗程。每疗程间休息2天~3天，本处方适于慢性复发型，慢性持续型溃疡性结肠炎。

魏腾凡^[28]用耳穴压豆法治疗本病124例，取穴：止泻、大肠、小肠、直肠、肝、脾、胃为主穴，幽门、交感、肾、神门为辅助穴。常规消毒后将王不留行籽置于选好的穴位上，3天换1次，4次为一疗程，休息5天再继续贴压，在贴压期间，嘱病人每日自行按压7次~10次，每次按压2分钟~3分钟。结果：治愈89例，显效18例，有效10例，无效7例，总有效率为94.4%。

2. 推拿

李文科^[29]推拿取穴为：脾俞、胃俞、肾俞、小肠俞、大肠俞、命门、足三里、阳陵泉、中脘、下脘、关元、气海。配穴：膈俞、肝俞、胆俞、神阙、天枢、内关。方法为：患者平卧，医者用双手拇指沿足太阳膀胱经俞穴顺序从膈俞一直到大肠俞依次按揉，每穴1分钟，反复3次。然后推脊，沿督脉腰俞穴推至大椎穴，用右手掌根连续推20次，再用双手掌心重叠在命门穴按压1~2分钟。然后患者仰卧，医者左手食指端按在右侧天枢穴上，左中指、无名指分别按在中、下脘穴，右手食指按在左侧天枢穴上，右手食指、无名指按在关元、气海穴上。双手六个手指指腹点按2分钟后，双手掌心按在神阙穴、天枢穴、关元、气海穴上，先逆时针方向轻按重揉20次；再顺时针方向轻按重揉20次，再按2分钟为补气。之后，再用拿法拿3分钟；最后，按揉双侧内关、足三里、阳陵泉。连续推拿2周为1疗程。

3. 灌肠治疗：见下编部分。

第四节 预防^[30]

本病病程缠绵漫长，尤其易反复发作，使病情复杂，治疗较为棘手。因此如何有效地防止本病的发生，尤其是防止其复发，是当前研究本病所面临的一个非常重要课题。中医学非常重视对疾病的预防，积累了许多行之有效的预防措施，今用之于本病，同样具有重要的预防作用。

1. 掌握先兆征象

本病的原因复杂而广泛，就脏腑而言，五脏六腑皆能致本病，尤以脾胃的关系密切，因此本病先兆征象的出现必然立足于脏腑，故掌握其先兆规律，首先应从脏腑着手，且调整脏腑功能是阻截防止本病发生的重要途径。

(1) 本病必因于湿，非兼寒即兼热

其中寒湿型多出现于冬秋，湿热型则常见于夏秋。属寒湿多呈脾胃寒湿先兆证型，属湿热的则呈脾胃湿热先兆证型，阻截治则为：属寒湿先兆证型的宜湿化寒湿阻截，方予理中汤

加二陈汤；属湿热先兆证型的，宜清热利湿阻截，方予葛根芩连汤合六一散。

(2) 肝脾失调型的先兆征象

多见于青年女性，忧郁、焦虑为腹泻的前驱症状，常以腹泻、便秘交替出现。方予逍遥散加味。

(3) 水湿阻滞型的先兆征象

为“肠中漉漉”、“素盛今瘦”由于肠蠕动加快，肠分泌物增多，故多为水油稀便。阻截治疗以健脾化湿除饮为原则，方用苓桂术甘汤或四逆君子汤。

(4) 肠络瘀阻型的先兆征象

为腹部隐痛、痛区固定，舌质偏暗或有瘀点。阻截方予少腹逐瘀汤。

(5) 脾气不升型的先兆征象

为乏力下坠，常伴脱肛。食少腹胀是其信号，常有完谷不化特征，方宜桂附理中汤加味。

(6) 脾肾阳虚型的先兆征象

为五更泄，并伴有畏寒肢冷腰膝软，面白头晕等症，方宜桂附理中汤，或四神丸。

2. 饮食应适宜。

3. 生活起居有常。

4. 顺应自然环境。

5. 劳逸讲究结合。

6. 调节精神情志。

7. 坚持运动锻炼。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993年12月第2版, 第646页
- [2] 戴自英等. 实用内科学. 人民卫生出版社, 1993年9月第9版, 第1375页
- [3] 马汴梁. 中西医结合胃肠病学. 中医古籍出版社, 1993年4月第1版, 第203页
- [4] 刘冬岩等. 慢性结肠炎风邪致病机理探讨. 山西中医, 1993, (5): 7
- [5] 王新志等. 特发性结肠炎证治. 天津科技翻译出版公司, 1994年7月第1版, 第16页
- [6] 李晓春等. 中医中药治疗慢性溃疡性结肠炎. 中国肛肠病杂志, 1992, (3): 17
- [7] 章建华. 5-ASA及其衍生物治疗溃疡性结肠炎. 中国肛肠病杂志, 1992, (3): 37
- [8] 傅鲁慧等. 升阳益胃汤治疗溃疡性结肠炎疗效观察. 山东中医杂志, 1994, 13(11): 499
- [9] 余泽勋等. 胃肠宁治疗脾虚型结肠炎123例观察. 实用中医内科杂志, 1990, 4(3): 29
- [10] 陈治水等. 健脾益气方药治疗慢性溃疡性结肠炎的临床疗效与药理研究. 中医药学报, 1991, (1): 49
- [11] 田维君. 溃疡性结肠炎的临床研究. 中医研究, 1990, 3(4): 9
- [12] 姚德纯等. 益气活血与温肾法治疗慢性结肠炎的临床观察. 辽宁中医杂志, 1990, (12): 13
- [13] 李继贵. 中草药结肠平治疗结肠炎200例疗效观察. 云南中医杂志, 1991, 12(6): 17
- [14] 王东. 健脾燥湿、通腑化瘀法治疗慢性结肠炎36例. 陕西中医, 1990, 11(107): 447
- [15] 胡康才等. 温中实脾汤治疗慢性结肠炎33例. 浙江中医杂志, 1992, (10): 441
- [16] 姚芳. 自拟连姜汤治疗慢性结肠炎50例. 浙江中医杂志, 1992, (12): 532
- [17] 林应华等. 清暑益气汤治疗慢性非特异性结肠炎. 四川中医, 1991, (5): 29
- [18] 吕德. 陈荷散治疗溃疡性结肠炎的疗效观察. 浙江中医杂志, 1991, (4): 156

- [19] 孙年祥. 健脾温肾治疗慢性结肠炎的体会. 江苏中医, 1992, (8): 17
- [20] 刘光汉. 健脾温中利湿汤治疗慢性结肠炎 55 例. 中国肛肠病杂志, 1988, 8 (3): 12
- [21] 管仲安. 四六痛泻汤治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 180 例. 陕西中医, 1992, 13 (8): 353
- [22] 邱绮玉等. 自拟结肠宁治疗慢性结肠炎 43 例, 1992, 14 (6): 11
- [23] 赵振均. 祛痛止痢方治疗 30 例慢性结肠炎. 云南中医杂志, 1988, 9 (6): 28
- [24] 林家坤. 加味桂枝加大黄汤治疗慢性溃疡性结肠炎 24 例. 成都中医学院学报, 1991, 14 (3): 19
- [25] 崔永振等. 秦连胶囊治疗结肠炎 40 例临床观察. 实用中医内科杂志, 1988, 2 (4): 174.
- [26] 瞿佩玉. 针刺治疗非特异性多发性溃疡性乙状结肠炎. 上海中医药杂志, 1990, (4): 15
- [27] 米跃平. 穴位注射治疗慢性溃疡性结肠炎 43 例. 上海针灸杂志, 1990 (2): 15
- [28] 魏腾凡. 耳穴压豆治疗慢性结肠炎 124 例. 辽宁中医杂志, 1992, (5): 44
- [29] 李文科. 按摩治疗慢性结肠炎 76 例. 实用中医内科杂志, 1991, 5 (1): 47
- [30] 王新志等. 特发性结肠炎证治. 天津科技翻译出版公司, 1994 年 7 月第 1 版, 第 108 页

第二十一章 大肠癌

大肠癌包括结肠癌与直肠癌,是常见的消化道恶性肿瘤,占全部胃肠道癌的第1~2位^[1]。其发生率在不少地区有程度不等的增加趋势,根据大肠癌的流行病学调查资料,其发病情况有明显的地区分布性,美国大肠癌占全部癌症死亡原因中的第2位。我国据山东、上海、广东、浙江、湖北等地的一些肿瘤死亡调查报告,大肠癌的发病率也有程度不等的上升。大部分省、市大肠癌年死亡率占全部恶性肿瘤死亡率的第5~6位,个别地区如浙江省嘉善县占首位。据国内报道的2509例大肠癌中男女之比为1.65:1,发病年龄约75%在31岁~60岁;本病发生在家族性多发性结肠息肉病基础上或合并血吸虫肠病者的发病年龄较轻。大肠癌以腹泻、便秘、肿块、便血、贫血、肠梗阻为主要表现,晚期以肝和腹腔内转移较多,早期不易发现。治疗方法以手术疗法为主,辅以中西药物治疗。

大肠癌属中医“积聚”、“肠毒”、“肠”、“肠风”、“便血”、“下痢”、“锁肛痔”、“肠覃”等诸病证范畴。其病机古人认为:“凡脾肾不足及虚弱失调之人多有积聚之病。”(《景岳全书·积聚》)、《卫生宝鉴》亦说:“凡人脾胃虚弱或饮食过常,或生冷过度,不能克化,致成积聚结块。”可见脏腑功能不足与失调是本病发生的根本原因。《外科正宗·脏毒论》又云:“又有生平情性暴急,纵食膏粱,或兼补术,蕴毒结于脏腑,火热流注肛门,结而为肿。”所以,情志失调,饮食劳倦等诱发因素作用于正气不足、脾肾两虚之体,使之邪毒湿热滞留肠道,导致局部气血不足。湿毒瘀滞凝结。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因

大肠癌的病因尚未明确,部分大肠癌的发病与下列因素有关:

1. 饮食与环境

大肠癌具有明显的地理分布性,在发病率较低地区的居民(如日本)移居欧美后,其第一代的大肠癌发病率明显上升,至第2代与当地居民的发病率相似。生活习惯的改变,由素食改为高脂肪食后,大肠癌发病率有增加。高脂肪食后肠内的胆酸、胆固醇量增加,在肠道细菌的作用下,此两者的代谢产物可能与大肠癌的发生有关。食物中的过量不饱和脂肪酸可能是致癌因素之一。

(2) 大肠腺瘤

已经从临床和组织病理上证实,结肠腺瘤可恶变,结肠腺瘤特别是乳头状腺瘤(亦称绒

毛状腺瘤)的癌发生率高达40%~50%,至于家族性结肠息肉病病人,至成年后都会先后发生癌变。

(3) 慢性大肠炎症

慢性非特异性溃疡性结肠炎的大肠癌发生率比正常人群高出5倍~10倍,血吸虫肠病、慢性细菌性痢疾、慢性阿米巴肠病以及Crohn病发生大肠癌比同年龄对照人群高,这些慢性结肠炎症可能通过肉芽肿、炎性或假性息肉阶段而发生癌变。

(4) 其他因素

亚硝胺类化合物中致癌物不仅是人类食管癌及胃癌的重要病因,也可能是大肠癌的致病因素之一。放射线损害也可能是大肠癌的致病因素之一。在宫颈癌放射治疗后结肠癌的发病率比正常人群高数倍。原发性及获得性免疫缺陷症也可能为本病的致病因素。大肠癌病人家谱调查中曾发现有近亲罹患本病者。

(二) 病理

大肠癌绝大部分为单个,少数病例同时或先后有一个以上的癌肿发生。据国内资料,大肠癌最好发部位是直肠与乙状结肠,其次为盲肠及升结肠,再其次为降结肠、横结肠、肝曲和脾曲^[1]。

大肠癌大体形态有:隆起型、溃疡型、浸润型及胶样型。

大肠癌的转移途径有:①直接蔓延:癌肿浸润浆膜层而累及附近组织或器官,如腹膜、腹膜后组织、膀胱、子宫及输尿管等。脱落癌细胞可种植到所接触的组织,如直肠膀胱或直肠子宫陷窝,或手术肠吻合口等处。②淋巴转移:先转移至结肠旁淋巴结,再至肠系膜血管周围淋巴结,晚期也可转移到腹股沟、直肠前凹或锁骨上淋巴结。③血行转移:癌栓易通过门静脉转移到肝脏,亦可经体循环转移到肺、脑、肾、肾上腺、骨骼等处。

二、中医的病因病机

(一) 湿热内蕴

嗜食辛辣醇酒、过食肥甘厚味,以致损伤脾胃,脾不健运,湿邪内蕴,阻滞气机,日久化热,湿热蓄结肠道,腑气通降不利,气血凝滞而发为本病。

(二) 瘀毒结阻

感受寒湿外邪,内伤于脾,脾阳受伤,水谷不行,聚而生痰,气机不畅,痰浊内聚,血行受阻,脉伤瘀痹;气滞血瘀日久,血瘀湿毒蕴结于下,侵袭肠道,传导受阻,发为本病。

(三) 脾肾阳虚

素体虚弱或长期患慢性肠道疾患之人,损耗阳气,寒气客于肠外,以致脾肾阳虚,阳气不振,气血运行无力,血络瘀阻于肠道而发病。

(四) 气血两虚

劳倦饮食内伤,及年老体虚之人,气血两亏,脾气不行;若感受外邪,则脾胃运化障碍,

以致湿邪与痰浊瘀阻肠道，而发为本病。

（五）肝肾阴虚

湿热瘀毒痹阻肠道，日久则耗灼阴血，以致肝肾阴虚，虚火扰络，正气大伤，导致正虚邪恋。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

早期大肠癌多无症状，随着癌肿的增大与继发病的发生才出现症状。主要症状有：①排便习惯与粪便性状改变：常有腹泻，粪便糊状或粘液便，或有便秘，腹泻与便秘交替，常有便血或痢疾样脓血便，里急后重，粪便变细。②腹痛。③腹部肿块：以右腹多见，肿块质硬。④全身症状：有贫血、消瘦、发热、黄疸、腹水及恶病质等。

据国内资料，大肠癌患者的首次主诉症状以便血最多（48.6%），其次为腹痛（21.8%）。结肠癌病人首次症状以腹痛最多见，而直肠癌病人的首发症状以便血最多见。

由于癌肿部位不同，临床表现有所不同：

右侧结肠癌：右侧结肠腔径较大，以吸收功能为主，肠腔内粪汁稀薄。故右侧结肠癌时，可有腹泻、便秘，腹泻与便秘交替、腹胀、腹压痛、腹块及进行性贫血。在晚期可有肠穿孔、局限性脓肿等并发症。

左侧结肠癌：由于左侧结肠腔不如右侧结肠宽大，乙状结肠腔狭小并与直肠形成锐角，且粪便在左侧结肠已成形，因此左侧结肠癌时容易发生慢性进行性肠梗阻。患者大多有顽固性便秘，也可间以排便次数增多。由于肠梗阻大多在乙状结肠下段，故呕吐较轻或缺如，而腹胀、腹痛、肠鸣及肠型明显。梗阻近端肠管可因持久的显著膨胀、缺血和缺氧而形成溃疡，甚至引起穿孔。此外，尚可发生肠道大量出血及腹腔内脓肿形成。

直肠癌：主要表现为大便次数增多，粪便变细，带粘血，伴有里急后重或排便不净感。当癌肿蔓延至直肠周围而侵犯骶丛神经时，可出现剧痛。

肛管癌：主要表现为便血及疼痛，疼痛于排便时加剧。当癌侵犯肛门括约肌时，可有大便失禁。

（二）实验室及其它检查

大肠癌的检查必需由简入繁的有步骤地进行，常用而较重要的检查方法有以下几项：

1. 直肠指诊

是早期发现直肠癌的关键性检查方法，但常被忽视。直肠指诊可扪及肠腔内菜花状硬块，或边缘隆起中心凹陷的溃疡，或肠腔环状狭窄，指套常染有粘血。

2. 大便潜血检查

经适当饮食准备后进行大便潜血测定，可以作为大肠癌诊断的辅助性检查。此法简易有效，往往在无症状的早期大肠癌亦可获得阳性结果。有认为对有症状病例，均应先作大便潜血检查，阳性者再作进一步检查，有节约检查费用的优点，此检查法更多作为普查大肠癌的初筛手段。

3. 直肠镜及乙状结肠镜检查

可直接观察到直肠及下段乙状结肠的病变，并可同时采取活体组织检查。检查时需注意肿物的位置、大小、形状、范围等。

4. 纤维结肠镜检查

可观察全部结肠，直达回盲部，直视下钳取可疑病变，或收集冲洗液或擦刷下来的脱落细胞行细胞学检查，有利于早期及微小结肠癌的发现。

5. 钡灌肠 X 线检查

是检查结肠癌有效的常规方法之一。但普通钡灌肠 X 线检查对较小的大肠癌易漏诊，应用气钡双重造影技术，可清楚显示粘膜破坏，肠壁僵硬、结肠充盈缺损、肠腔狭窄等病变，提高诊断正确率。

（三）并发症

1. 梗阻

大肠癌是引起大肠梗阻最常见的原因。形成肠梗阻的原因，可由肿瘤浸润肠壁全周造成环形缩窄，或堵塞肠腔，或发生套叠。

2. 穿孔

大肠癌穿孔的发生率约为 0.6%~5.9%。引起穿孔的原因可由于肿瘤本身，亦可由于肿瘤造成梗阻，招致近侧盲肠穿孔。穿孔发生部位以乙状结肠下段和直肠乙状结肠交界部最多，其次为盲肠。

（四）诊断要点

大肠癌的诊断主要依靠临床表现，实验室检查和特殊检查包括肛门指诊、内窥镜、X 线气钡灌肠双重对比造影和病理学检查等。

1. 诊断

结肠癌

(1) 临床常表现腹痛、腹胀、腹部不适，大便习惯改变或腹泻与便秘交替出现，血便、粘液便或粘液血便，可有结肠梗阻症状和体征，消瘦、贫血或体重减轻。

(2) 腹部可触及包块。

(3) 乙状结肠镜与纤维结肠镜检查，窥见结肠有溃疡、肿块、狭窄等，活体组织病理检查证实。

(4) X 线钡剂灌肠可见结肠腔有充盈缺损、粘膜破坏、肠管僵硬或肠狭窄、梗阻等征象。

直肠肛管癌：

(1) 脓血便、粘液血便。下坠感或里急后重感，大便形状不规则。

(2) 腹痛、腹胀、排便困难。便次增多，便秘或腹泻与便秘交替出现。

(3) 肛管肿瘤有局部压痛、肛门肿块或大便失禁。

- (4) 肛指检查触及直肠或肛管肿块, 形状不规则, 并可见指套染脓血。
- (5) 直肠镜或乙状结肠镜检查, 窥见直肠肿瘤。肛管肿瘤往往可直接窥视。
- (6) 钡剂灌肠检查显示有充盈缺损、粘膜破坏、肠腔狭窄、僵硬或局部梗阻等征象。
- (7) 病理检查证实诊断。

2. 鉴别诊断

(1) 本病与非肿瘤性疾病相鉴别: 如与阿米巴痢疾、细菌性痢疾、肠结核及其它病原体引起的急慢性炎症如血吸虫病、溃疡性结肠炎、克隆氏病以及痔疮、肛裂、瘻道等疾病相鉴别, 一般根据病史、临床表现、实验室及其他检查及病理检查, 不难区别, 但往往需经多次检查及治疗结果分析。

(2) 本病与良性肿瘤性疾病相鉴别: 主要与大肠腺瘤、平滑肌瘤、大肠息肉及家族性肠息肉病等相鉴别, 组织病理学的诊断是绝对必要的。一方面可以决定治疗方式, 另一方面通过反复的检查和病理学确认以除外良性肿瘤的恶性病。对恶性率较高的家族性肠息肉病, 较大息肉伴表面糜烂者更应定期检查, 病理验证。

(3) 本病与其他大肠恶性肿瘤相鉴别: 主要是大肠平滑肌肉瘤, 恶性淋巴瘤和类癌、直肠恶性黑色素瘤, 主要鉴别依据是病理细胞学诊断。类癌患者常伴类癌综合征有助于临床区别。鉴别的同时除明确诊断外, 对决定治疗方式、估计疾病演变和预后有着重要意义。

二、辨病·中医诊断

(一) 辨证要点

大肠癌在临床上主要有腹痛、排便异常、腹内结块、营养状态改变等四个方面。由于不同患者的全身状态、个体差异等情况各不相同, 证型复杂多变, 治疗各有偏重, 加之本病单纯应用中药治疗效果不满意, 且系统的大宗病例长期观察研究较少, 多数是中西结合综合治疗。目前国内尚无统一的辨证分型和论治标准, 诸家著述分型不统一, 但大同小异。根据不同的病理机制和临床表现, 将其分为湿热、瘀毒、气血两虚、脾肾阳虚和肝肾阴虚等五种类型, 并采取相应的治疗原则方药治疗之。

(二) 辨证分型

1. 湿热内蕴证

[临床表现] 腹部阵痛, 便中夹血, 或里急后重, 肛门灼热, 或者发热、恶心、胸闷等症。舌质红, 苔黄腻; 脉滑数。

[辨证分析] 湿热之邪壅滞肠中, 气机不畅, 传导失常, 故腹痛, 里急后重。湿热熏灼肠道, 气血瘀滞, 肠络受伤, 故便中夹血。湿热下注, 则肛门灼热。里热偏盛, 阻滞气机, 故有发热、恶心、胸闷等, 舌苔黄腻, 脉滑数, 均为湿热内蕴之证。

2. 瘀毒结阻证

[临床表现] 烦热口渴, 腹痛, 泻下脓血色紫暗量多, 里急后重等。舌质紫或有瘀点, 脉涩滞而细数。

[辨证分析] 毒盛于里, 助热伤津, 故烦热口渴; 瘀毒内阻于肠道, 耗伤气血, 故泻下脓

血色紫暗量多，里急后重等。舌质紫或有瘀点，为热毒充炽之证，脉涩滞而细数为热毒阻滞气机，耗伤阴血之故。

3. 脾肾阳虚证

〔临床表现〕面色苍白，少气无力，畏寒肢冷，腹痛，五更泄泻。舌质胖淡，苔薄白，脉浮细无力。

〔辨证分析〕脾气虚弱日久肾阳渐衰，不能运化水谷精微以充养四末，故面色苍白，少气无力，畏寒肢冷；气虚则血行瘀滞，故腹痛。肾阳虚衰，运化失常，故有五更泄泻。舌胖苔薄白为阳虚之征，肾阳虚无以充盈脉道故有浮细无力。

4. 气血两虚证

〔临床表现〕面色苍白，唇甲不华，少气无力，神疲懒言，脱肛，下坠。舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。

〔辨证分析〕心阳不足，心气亏虚，故面色苍白，神疲乏力。脾虚不能运化，气血不能充养形体，故唇甲不华，少气懒言。中气不足，无力升提，故见脱肛、下坠。舌质淡、苔薄白，脉沉细无力均为气血两虚之征。

5. 肝肾阴虚证

〔临床表现〕形体消瘦，五心烦热，头晕耳鸣，腰膝酸软，遗精带下，盗汗。舌质红或绛，少苔，脉弦细。

〔辨证分析〕痹阻日久，正虚邪恋，肝肾阴虚，故见头晕耳鸣，腰膝酸软，盗汗。虚火扰络，故见遗精带下，五心烦热。肝肾精血渐亏，故见形体消瘦。舌红或绛，少苔，脉弦细均为化源渐乏，阴血暗耗之肝肾阴虚征。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

大肠癌的治疗主要是外科手术，化疗和放疗是辅助手段。

1. 手术治疗

是目前大肠癌最重要的治疗手段。手术治疗的基本原则是进行肿瘤所在肠段、及其相应的肠系膜和所属区域性淋巴结的整块切除。大肠癌能否进行根治性切除需视有无远处转移，淋巴转移的范围，局部侵犯的程度和病人的一般情况而定。如不能进行根治性切除时，应进行姑息性切除，使症状获得缓解，手术死亡率及并发症并不明显增加，病人的存活质量却有改进。

早、中期大肠癌凡行根治术者，半数人可获5年以上生存。根治术切除范围包括肿瘤上一段大肠连同可能发生淋巴转移区域内的组织、淋巴结、肠系膜一并切除，然后行远近端肠管吻合或行造瘘术。

2. 放射治疗

放射治疗多使用于位置较固定的直肠和下段乙状结肠。但作为主要的治疗手段，其有效性仅局限于一些经过精选的病例。病例大多数符合下标准：分化良好之腺癌，直径不超过5cm，

具有较好的活动性。亦包括小部分全身情况不能耐受大手术的病人。

放射治疗更广泛使用于不能手术切除或术后复发的直肠癌病人,作为姑息性治疗手段。大多数病人在接受不太高剂量的放疗后,即能止痛、止血。其局部症状的缓解率可达50~90%,一般能取得6~8个月的缓解。

3. 化学药物治疗

多用于晚期有转移的大肠癌病人。近20多年来的各种药物中,以5-氟尿嘧啶(5-Fu)使用最为广泛,有效率接近20%,中数缓解期可维持3~5月左右。其他药单用时,疗效不比5-Fu更好,或缓解期更短暂。对于晚期大肠癌目前更多采用联合化疗方案,多数方案以5-Fu为主,疗效优于5-Fu单一用药。常用的有5-Fu+甲环亚硝脲的MF方案,5-Fu+长春新碱+甲环亚硝脲的MOF方案,均取得30%左右的有效率,中数缓解期为5月~7个月。5-Fu+大剂量氨甲蝶呤可取得接近40%的有效率。

4. 并发症治疗

对大肠癌常见的并发症,梗阻与穿孔,宜手术治疗,手术的目的应包括解除梗塞或切除穿孔的肠段及去除肿瘤两个方面。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 湿热内蕴证

[治法] 清热祛湿,解毒散结。

[方药] 清肠饮(《辨证奇闻》)加减。

槐花10g、地榆15g、白头翁15g、败酱草30g、马齿苋30g、黄柏10g、苦参10g、生薏苡仁30g、黄芩10g、赤芍10g、炙甘草6g。

[分析] 方中用槐花、地榆清热利湿,凉血解毒为主药,白头翁、败酱草、马齿苋清热解毒凉血以助主药之力,加强凉血燥湿之力为辅;黄芩、黄柏、苦参、赤芍燥湿解毒以除湿热;生薏苡仁清热排脓,合赤芍凉血以止血,热清脓自少,血凉则毒亦减,炙甘草调和诸药之性,共成清热解毒之功。

2. 瘀毒结阻证

[治法] 清热散结,化瘀解毒。

[方药] 膈下逐瘀汤(《医林改错》)加减。

归尾12g、红花10g、桃仁10g、赤芍10g、丹参30g、生地15g、川芎10g、生薏苡仁30g、半枝莲30g、藤梨根30g、败酱草30g、炮山甲15g。

[分析] 方中川芎、桃仁、红花活血祛瘀止痛,祛瘀生新;当归、生地养血活血;赤芍、丹参凉血止血;生薏苡仁、败酱草排脓解毒;半枝莲、藤梨根清热解毒抗癌;穿山甲消肿散结。

3. 脾肾阳虚证

[治法] 温补脾肾。

[方药] 附子理中汤(《太平惠民和剂局方》)合四神丸(《校注妇人良方》)加减。

制附子 12g、党参 30g、白术 15g、茯苓 12g、生薏苡仁 30g、补骨脂 10g、诃子 10g、肉豆蔻 10g、吴茱萸 10g、干姜 10g、陈皮 10g、炙草 10g。

〔分析〕方中以附子、干姜补阳散寒为主药；党参、白术、茯苓、炙草健脾益气为辅；以补骨脂补命门之火，温补脾阳；再配以吴茱萸温中散寒；肉豆蔻、诃子温肾暖脾，涩肠止泻；生薏苡仁利湿健脾，陈皮理气行滞止痛。

4. 气血两虚证

〔治法〕益气养血，健脾补肾。

〔方药〕八珍汤（《正体类要》）加减。

党参 30g、当归 10g、茯苓 10g、炙黄芪 30g、熟地 10g、白芍 12g、川芎 10g、升麻 6g、白术 12g、丹参 15g、陈皮 10g、八月札 20g、炙草 10g、生姜 6g、大枣 15g。

〔分析〕方中用党参、熟地甘温益气养血；配茯苓、白术健脾燥湿；当归、白芍养血和营，炙甘草和中益气；川芎活血行气，生姜、大枣调和脾胃之气；炙黄芪大补脾肺之气，以资生血之源；配以当归养血和营则阳生阴长，气旺血生，陈皮、升麻一升一降，使清升浊降，丹参和血、八月札消肿止痛。

（5）肝肾阴虚证

〔治法〕滋阴益肾，降火生津。

〔方药〕知柏地黄丸（《医宗金鉴》）加减。

生熟地各 24g、知母 12g、黄柏 10g、白芍 12g、丹皮 10g、山萸肉 10g、五味子 6g、麦冬 10g、泽泻 6g、沙参 20g、枸杞子 15g、陈皮 10g。

〔分析〕方中以知母、生熟地、黄柏滋阴泻火润燥为主药，辅以山萸肉、白芍、五味子、枸杞子养肝肾而涩精，以达到三阴并补之功；泽泻清泄肾火，并防熟地之滋腻，丹皮清泻肝火，并制山萸肉之温，共为佐使药；沙参润燥，麦冬滋阴，陈皮理气行滞。全方合用共益肝肾之阴，而补中有泻，查辅相成，以达降火生津之功。

（二）验方治疗

1. 消肿清肠汤^[2]

〔组成〕红藤、八月札、苦参、丹参、凤尾草、白花蛇舌草、野葡萄藤、生薏苡仁、白毛藤、桔梗仁、贯众炭、半枝莲、地鳖虫、乌梅肉、广木香、壁虎。

〔用法〕水煎服及保留灌肠。

〔疗效观察〕刘氏用本方治疗大肠癌 50 例，结果 1、2、3、5、10 年生存率分别为 80%、43.5%、3.7%、20%、9.1%。部分患者获得了病灶稳定、缩小甚至消失而治愈的疗效。

2. 有人^[3]用不同的方剂分别治疗晚期直肠癌 80 例，其中用肠方（牡蛎、夏枯草、海藻、海带、玄参、花粉、蜂房、丹参、象贝、川楝子、贯众炭、白花蛇舌草、蜀羊泉）治疗 46 例，用化症膏（牡蛎、夏枯草、海藻、海带、花粉、蜈蚣、象贝）治疗 14 例，用淋方（南沙参、望江南、野菊花、淮山药、玄参、白花蛇舌草、夏枯草、煅牡蛎、海藻、海带、花粉、象贝、丹参、炙穿山甲、炙鳖甲）治疗 20 例，结果生存 1 年以上者 39 例，生存 3 年以上者 11 例。

3. 雷永仲^[4]以牡蛎、夏枯草、海藻、海带、炙鸡内金、炒楂曲、炒麦芽、煅瓦楞、川楝子、延胡索、青皮、陈皮、广木香、红藤、败酱草等中药为基本方，辨证加味治疗肠道恶性肿瘤，结果直肠癌 4 例存活 5 年，1 例存活 7 年，肛门癌 1 例存活 5 年，1 例存活 7 年，1

例存活 10 年。

4. 叶朗清等^[5]则以中药内服与灌肠并用治疗大肠多发性腺瘤病 7 例, 内服用山豆根、炙穿山甲、丹参、皂角刺、半枝莲、红藤各 30g 加减, 保留灌肠方用乌梅、贯众、海浮石、五倍子、半枝莲、槐角、夏枯草、牡蛎。结果治愈 3 例, 好转 1 例, 缓解 3 例。

5. 薛兆基报道^[6]用乌蚕合剂治疗晚期血吸虫病所致直肠腺瘤型息肉 1 例获痊愈, 药用乌梅炭、炙僵蚕加蜂蜜、石见穿、蜀羊泉等煎液口服。

三、中西医结合治疗

郭勇等^[7]报道, 对 31 例大肠癌病例, 采用中西医结合疗法, 即确诊后先行手术切除, 然后采用 MeF (V) 联合化疗, 同时配合中药“复方三四合剂”内服, 组成为: 党参、白术、茯苓各 12g, 甘草 6g, 藤梨根、水杨梅根、野葡萄根各 30g, 广木香、天仙藤、焦三仙各 9g, 鸡内金 6g。苔腻湿重者, 加藿香、佩兰各 9g, 青蒿 12g, 米仁 30g; 腹胀气滞者, 加大腹皮 15g, 川楝子 9g; 便血者, 加地榆炭 12g, 生地炭 12g, 仙鹤草 30g, 墨旱莲 12g 等; 因化疗引起恶心呕吐者, 加旋复花(包) 15g, 代赭石 30g, 姜半夏 9g, 姜竹茹 6g; 白细胞下降者, 加黄精 15g, 女贞子 12g, 羊蹄根 15g, 赤小豆 30g, 生地 15g 等。结果 1 年、2 年、3 年和 5 年的生存率各为: 100%, 74. 2%, 51. 6% 和 22. 6%, 平均生存期为 37 个月。中位生存期 36 个月。

浙江中医学院附院^[8]采用中药“复方三根汤”为主, 结合化疗, 治疗中晚期大肠癌 120 例, 取得了较好的效果。药物组成为: 藤梨根、虎杖根、野葡萄根各 30g~60g, 党参、白术、茯苓、八月扎各 15g, 生薏苡 30g, 生山楂 12g, 甘草 6g, 水煎服, 日 1 次, 分 2 次服。化学疗法以 FOM 方案为主, 同时全部患者均常规口服 VitC、VitB₆。生存率分析提示: 中药加化疗组 1 年生存率 96. 5%, 5 年生存率 20. 8%; 单纯中药组 1 年生存率 93. 8%, 5 年生存率 14%; 单纯化疗组 1 年生存率 88. 9%, 5 年生存率 11. 2%。

孟照华等^[9]采取手术中腹内埋麝香的方法治疗大肠癌术后 2 例, 以观察其有无延长生存期作用。经临床初步验证, 术中埋入麝香对延长胃癌生存期有一定疗效。但结肠癌、直肠癌患者埋入后出现明显排斥反应, 其机理有待研究。

马吉福等^[10]分三组治疗直肠癌 78 例, 其中单纯用中药(八角金盘、山慈菇、蛇莓、八月扎、石见穿、败酱草、薏苡仁、黄芪、鸡血藤、丹参、大黄、枳壳)治疗 36 例, 手术加中药和化疗 38 例, 手术加放疗和中药治疗 4 例, 结果 5 年生存率 80. 77%, 证明可使远期生存率延长。

第四节 预防

一、病因预防

提倡科学营养, 养成良好饮食习惯, 食品多样化, 以新鲜天然食品为主, 多食水果蔬菜及高纤维素食品, 适当摄入动物蛋白, 少食腌渍、熏烧及人工辅料食物, 戒除烟酒, 定时排

便, 加强身体锻炼。

二、防治慢性肠道疾患

积极治疗肠炎, 息肉等病证, 对慢性大肠疾病提倡定期纤维结肠镜检, 以便早发现, 早治疗。

三、开展防癌宣传和防癌普查

对 40 岁以上人定期检查大便潜血, 可有助于大肠癌的发现。

参考文献

- [1] 郑芝田主编. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1992 年 8 月第 2 版, 第 711 页
- [2] 刘嘉相. 中医中药治疗大肠癌 50 例疗效观察. 中医杂志, 1981, 22 (12): 33
- [3] 雷永仲等. 中医药治疗晚期直肠癌 80 例临床分析. 肛肠杂志, 1981, 1 (1): 11
- [4] 雷永仲. 中医药治疗恶性肿瘤五年以上 42 例临床分析. 辽宁中医杂志, 1981, (5): 21
- [5] 叶朗清等. 中药治疗大肠多发性腺瘤病. 上海中医药杂志, 1981, (4): 38
- [6] 薛兆基. 乌蚕合剂治“晚血”所致直肠腺瘤型息肉. 浙江中医杂志, 1983, (5): 209
- [7] 郭勇等. 大肠癌的中西医治疗规律初探. 浙江中医学院学报. 1992, 16 (4): 28
- [8] 包素珍等. 中药“复方三根汤”结合化疗治疗中晚期大肠癌 120 例. 辽宁中医杂志, 1992, (7): 33
- [9] 孟照华等. 腹内埋麝香对胃及大肠癌术后疗效观察. 中医杂志, 1990, (3): 45
- [10] 马吉福. 中西医结合治疗直肠癌 78 例疗效分析. 辽宁中医杂志, 1986, 10 (1): 14

第二十二章 胃神经官能症

本病又称胃神经症，属于胃肠道功能紊乱的内容，是以胃肠运动功能紊乱为主，多有精神因素的背景，而在病理解剖方面无器质性病变基础，因此也不包括其他系统疾病引起的胃肠道功能紊乱。可表现为神经性呕吐、神经性嗝气（吞气症）、癔球症和神经性厌食等，本病的发病率较高，多见于青壮年^[1]。

本病属于中医“郁证”、“脏躁”、“百合病”范畴，由于临床症状各异，又可见于“呕吐”、“嗝气”、“纳呆”、“反胃”、“吞酸”、“嘈杂”、“梅核气”、“胃痞”、“胃脘痛”等病证范围。本证常因情志内伤，肝郁失却条达，脾胃气机受阻，升降失调所致，除胃脘症状外，多伴有精神涣散、失眠多梦、恐慌焦虑等精神症状。临床治疗除药物治疗外常配合精神疗法和其他疗法治疗。

第一节 病因病理^[1]

一、西医的病因病理

有关本症的发病机理，迄今还没有统一的认识。

精神因素在本症的发生和发展中起重要作用，如过度劳累、情绪紧张、家庭纠纷、生活和工作上的困难等，若长期得不到合理解决，均可干扰高级神经的正常活动，影响植物神经功能，进而引起胃肠道功能障碍。由于各人对外界刺激的耐受限度和反应方式不同，因此本症的类型和表现各异。暗示和自我暗示显然是重要的发病因素，例如由于某一个草率的诊断意见、无关紧要的检验结果或医生的举止和表情不当而造成的所谓医源性疾病，以及患者因亲友患严重疾病如胃肠道癌肿而产生的自我暗示均可引起本症。此外，胃肠道器质性疾病痊愈后，少数可后遗胃肠道功能紊乱。

饮食失调可构成不良刺激，促进本症的发生和发展。

二、中医的病因病机^[2]

多数学者认为本病的发生主要是忧思恼怒、所欲不遂而造成肝郁气滞，进而又影响到胃、肠、心、脾等而出现诸端临床症状。

如果肝气横逆犯胃，以致肝胃不和，肝气挟持胃气上逆而作呕吐或嗝气；若情志不遂，肝气郁结，犯胃及脾，胃气失和则不纳，脾气失运则不化，故可见厌食。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断^[1]

(一) 症状、体征

1. 神经性呕吐

亦称心因性呕吐，呕吐往往在进食后不久突然发生，一般无明显恶心，呕吐并不费力，呕吐量不大，吐后即可进食，不影响食欲和食量，因此多数无明显营养障碍。神经性呕吐可伴有癔病的色彩，如夸张、做作、易受暗示、突然发作，间歇期完全正常，因此也称为癔病性呕吐。此外，呕吐也有条件反射性的，印象不良的刺激物如某些食物、药物，甚至某些特定的情景，也能引起恶心和呕吐。

2. 癔球症

是主观上有某种说不清楚的东西或团块，在咽底部环状软骨水平处引起胀满、受压或阻塞等不适感，很可能与咽肌或食管括约肌的功能失调有关。此症多见于绝经期妇女。祖国医学称为“梅核气”。本症在进食时症状消失，无咽下困难，长期无体重减轻的表现。检查不能发现咽食管部有任何器质性病变或异物。

3. 神经性嗝气（吞气症）

患者有反复发作的连续性嗝气，企图通过嗝气来解除患者本人认为是胃肠充气所造成的腹部不适和饱胀，事实上是由于不自觉地反复吞入大量空气才嗝气不尽。此症亦有癔病的色彩，多在有旁人在场时发作。

4. 神经性厌食

是一种以厌食、严重的体重减轻和闭经为主要表现，而无器质性原因的病症。此症在西方国家较常见。患者大多数为青春女性，常有家庭和男女社交方面的思想矛盾，对于进食和肥胖有根深蒂固的病态心理，拒食往往出于企图节制饮食以保持体型美观的动机。患者大多自觉良好，行动活泼敏捷，对自己的困境处之泰然，有时又自相矛盾地对食物有兴趣，甚至贪食饱餐，而后又偷偷呕掉。在少数病例，呕吐是主要症状。长期少食，体重减轻可达原有体重的40~60%而至恶病质的程度。患者常有神经内分泌功能失调，表现为闭经、低血压、心动过缓、体温过低、饥饿感丧失等。

(二) 实验室及其他检查

本病的实验室及其他检查目的主要是为了除外一些器质性病变和及早发现一些其他合并症，协助诊断和治疗。纤维胃镜、钡餐检查和胃电图等发现胃蠕动频率变慢，节律紊乱，甚或发生逆蠕动。对呕吐物化验可与食物中毒感染性胃炎等病鉴别。神经性厌食重症者可见其体重减轻，体温、血压及空腹血糖偏低；还可通过心电图、脑电图等器械检查与有可能和神经官能症易混淆的疾病进行鉴别。

(三) 诊断要点^[1]

1. 诊断

本病的临床特点，特别是病情常随情绪变化而波动，症状可因精神治疗如暗示疗法而暂时消退，提示本病的可能性。

必须强调指出，诊断胃肠功能紊乱要十分慎重，在作出诊断之前必须排除器质性疾病，尤其胃肠道的恶性病变。对于过去健康、新近发病的老年患者，尤应进行周到细致的检查，以防漏诊其他严重的器质性疾病。

2. 鉴别诊断

神经性呕吐须与慢性胃病、妊娠呕吐、尿毒症等鉴别，还应着重与颅内占位性病变，特别是脑瘤鉴别。神经性厌食须与胃癌、早期妊娠反应、垂体或肾上腺皮质功能减退鉴别。癔球症与食道癌、咽炎等病鉴别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病辨证应注意辨其属虚属实，在气在血，偏寒偏热，以及病久，嗳声低弱，伴神疲乏力则多属虚证；厌食初起虽形体较消瘦，但仍有气力，故以实证为主，厌食日久则可表现以形瘦神疲，倦怠懒言等虚证为主的特点。

(二) 辨证分型^{[3][4]}

1. 呕吐

(1) 实证

〔临床表现〕呕吐频繁，胸胁闷痛，口苦，舌红苔薄黄，脉弦。

〔辨证分析〕情志拂郁、木郁不达，肝气横逆犯胃，以致肝胃不和，肝气挟持胃气上逆而作呕吐，胸胁闷痛为肝郁表现，口苦为肝胆失疏、胆气上溢所致，舌红苔薄黄，脉弦，为气滞肝旺之征。

(2) 虚证

〔临床表现〕呕吐反复发作而量不多，时作干呕，口燥咽干，饥不思食，肢倦神疲，舌红津少，苔少，脉细数无力。

〔辨证分析〕呕吐频作，耗伤胃阴，胃失濡养，气失和降，所以呕吐反复发作而量不多，时作干呕，饥不欲食；津液不能上承，因而口燥咽干；病久脾胃气虚，则肢倦神疲，舌红津少、苔少，脉细数无力为气阴不足之征。

2. 梅核气

〔临床表现〕咽中不适，如有物梗阻，咯之不出，咽之不下，胸中窒闷，或兼胁痛，苔白腻，脉弦滑。

〔辨证分析〕肝郁乘脾，脾运不健，生湿聚痰，痰气郁结于胸膈之上，故自觉咽中不适如有物梗阻感，咯之不出，咽之不下。气失舒展则胸中窒闷。胁为肝经之所过，经络郁滞，故

胁痛。苔白腻，脉弦滑，为肝郁挟痰湿之征。

3. 暖气

(1) 实证

〔临床表现〕暖气时作，暖后仍感胸胁不舒，或兼腹胀不思饮食，精神抑郁，常因精神刺激而诱发或加重，舌苔薄腻，脉弦。

〔辨证分析〕忧思恼怒、七情所伤，致使肝失条达，肝气横逆犯胃，胃气不得顺降，则暖气时作，暖后肝郁未解故仍感胸胁不舒；肝胃不和则腹胀不思饮食；肝失条达，故精神抑郁；病由情志而起，故常因情志不畅而诱发或加重；舌脉皆为气滞之征。

(2) 虚证

〔临床表现〕暖气时作时止，声渐低微，伴食欲不振，泛吐清水，神疲乏力，面色不华或萎黄，舌淡边有齿痕，苔白润，脉虚弱。

〔辨证分析〕脾胃职司受纳运化，能升清降浊。脾胃虚弱，虚气上逆，则暖气时作时止，声渐低微；伴食欲不振，泛吐清水者为脾胃虚寒所致；脾虚则生化之源不足，可见神疲乏力，面色不华或萎黄，舌脉为脾胃气虚之象。

4. 厌食（纳呆）

〔临床表现〕不思饮食，食后即吐，精神抑郁或烦躁易怒，脘胁胀满堵闷，舌红苔薄黄，脉弦。

〔辨证分析〕情志不遂，肝气郁结，犯胃及脾，胃气失和则不纳，脾气失运则不化，可见不思饮食，食难消化，食后即吐，脘胁堵闷；肝气郁结则精神抑郁，郁久化火可烦躁易怒，舌红苔薄黄，脉弦为木郁土壅之征。

第三节 治疗

一、西医西药治疗^[1]

治疗本病不能单纯依靠某种特定的药物及针灸、理疗等措施达到治愈的目的。治疗的关键在于调整脏器功能。治疗方法应是综合的，也包括暗示治疗，例如处理神经性厌食时，精神病专科治疗常占主要地位。医务人员必须与患者和其家属密切接触，了解疾病的经过，根据不同情况，运用不同方式作耐心解释和思想开导，让患者了解疾病的性质，起病原因以及良好的预后等，以解除思想顾虑，提高治愈的信心，并发挥其主观能动性。

1. 支持疗法

除非患者全身情况很差，一般不需卧床休息。要求生活有规律，经常有适当的文娱活动。对平日缺少体力活动的患者应强调体育锻炼，以增强体质，加速神经功能的恢复。饮食以少渣、易消化食物为主，避免刺激性饮食和味道浓烈的调味品。神经性厌食患者须住院治疗，并逐步培养正常饮食习惯。凡严重营养不良，消化与吸收功能减损，鼻胃管进食又引起腹泻的患者，需要静脉输入营养。

2. 药物治疗

为了稳定神经功能，保证睡眠，可给安定、利眠宁、氯丙嗪、苯巴比妥、谷维素等。伴

有精神抑郁的患者可酌用抗抑郁药,如阿米脱林或丙米嗪,剂量均为25mg~50mg,每日2~4次。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治^{[3][4]}

1. 呕吐

(1) 实证

[治法] 舒肝和胃,降逆止呕。

[方药] 小柴胡汤(《伤寒论》)加减。

柴胡10g、黄芩10g、陈皮10g、半夏10g、苏梗10g、竹茹6g、生姜10g、香附10g。

[加减] 呕吐明显,气上冲胸,加旋复花、代赭石以助和胃降逆;胁痛明显,加郁金、川楝子疏肝止痛;噎腐食积者,加鸡内金和胃消导;神疲肢软,加党参、黄芪健脾益气。

[分析] 方中柴胡、香附疏肝解郁;黄芩苦寒,善清少阳之火;半夏和胃降逆,散结消痞;苏梗、陈皮、竹茹理气和胃降逆止呕。

(2) 虚证

[治法] 益气养阴。

[方药] 四君子汤(《太平惠民和剂局方》)合麦门冬汤(《金匱要略》)加减。

人参10g、白术15g、茯苓10g、甘草3g、麦冬10g、半夏10g、粳米6g、大枣3枚。

[加减] 津伤明显,加沙参、生地养阴生津;气短乏力,加黄芪、黄精;便结不畅,加瓜蒌、火麻仁,润肠通便。

[分析] 方中人参为君,大补元气,健脾养胃;白术苦温健脾燥湿为臣;佐以茯苓,甘淡渗湿健脾;使以甘草,甘温调中。麦门冬汤中以麦冬为君,滋养肺胃之阴,且清虚火;半夏为臣,降逆化痰,佐以人参补益中气;粳米、大枣补脾益胃。

2. 梅核气(气滞痰郁证)

[治法] 化痰利气解郁。

[方药] 半夏厚朴汤(《金匱要略》)加减。

半夏12g、厚朴9g、紫苏6g、茯苓12g、生姜9g。

[加减] 可酌加香附、枳壳、佛手、旋复花、代赭石以增强理气开郁、化痰降逆之效。如兼见呕恶,口苦,苔黄而腻,证属痰热,可加用温胆汤。

[分析] 方用半夏化痰散结,降逆和胃,为君药。厚朴下气除满,助半夏以散结降逆;茯苓甘淡渗湿,助半夏以化痰,共为臣药。生姜辛温散结,和胃止呕;紫苏芳香行气,理肺舒肝,共为佐使药。诸药合用,共成行气散结,降逆化痰之功。

3. 嗝气

①实证

[治法] 疏肝和胃,降逆调中。

[方药] 柴胡疏肝散(《景岳全书》)加减。

柴胡10g、陈皮10g、白芍10g、甘草3g、川芎6g、香附10g、枳壳10g。

〔加减〕可加青皮以加强疏肝理气之力；胸闷不舒，加旋复花、郁金宽胸理气；气逆不降，加沉香、代赭石；脘腹胀满，加莱菔子、大腹皮、槟榔。

〔分析〕方中柴胡、枳壳、香附疏肝行气解郁；陈皮理气和中；川芎、白芍、甘草活血化瘀止痛。

②虚证

〔治法〕补脾益胃。

〔方药〕健脾散（《类证治裁》）加减。

党参 10g、白术 10g、丁香 3g、藿香 10g、砂仁 3g、肉豆蔻 10g、神曲 10g、大枣 10g。

〔加减〕腹凉畏寒，加良姜温胃散寒；噎气顽固加刀豆子、代赭石降逆止噎。

〔分析〕方中党参、白术、大枣补气健脾；砂仁理气和胃；神曲消食化滞；藿香温胃行气降噎气；丁香辛温以降逆止噎；肉豆蔻可以增强全方健脾理气之功。

4. 厌食（木郁土壅证）

〔治法〕健脾益胃。

〔方药〕异功散（《小儿药证直诀》）加味。

人参 10g、白术 10g、茯苓 10g、炙甘草 6g、陈皮 10g、生姜 6g、大枣 10g、黄芪 10g、菖蒲 6g。

〔加减〕形瘦肢倦，加十大功劳叶、黄精；饮食不化，加香橼皮、鸡内金；经少色淡或经闭不行，加益母草、桑寄生等。

〔分析〕异功散系四君子汤加陈皮，方中四君子汤可使脾胃之气健旺，运化复常，资生气血，为补气的基本方；加入陈皮以芳香健脾醒胃；姜、枣以和胃，加黄芪以增强补脾胃气之力，菖蒲有开胃进食之效。

（二）验方治疗

1. 元胡平痛汤^[6]

〔组成〕元胡、川楝子、茵陈、甘草、白术、茯苓、焦三仙、大黄、生姜、大枣。

〔用法〕水煎服，日 1 剂。

〔功用〕疏肝和胃平痛。

〔疗效观察〕据报道应用本方加减共治胃神经官能症 50 例，痊愈 45 例，好转 5 例，随访 12 例，无一例复发。

2. 半夏泻心汤^[7]

〔组成〕半夏 10g、黄芩 6g、干姜 6g、太子参 12g、黄连 6g、甘草 6g、大枣 5 枚。

〔用法〕每日 1 剂，水煎服，7 剂为 1 疗程。

〔功用〕调理脾胃寒热，散结消痞。

〔疗效观察〕应用本方加减治疗胃肠功能紊乱 38 例，痊愈 36 例，有效 2 例。

3. 蜂蜡丸^[8]

〔组成〕露蜂房 80g，鸡内金 40g，黄蜡 120g，蜂蜜 120g，将蜂房、内金研成细面。炼蜜溶黄蜡制丸，每丸重 9g。

〔用法〕每次 1 丸，每日 3 次，空腹口服上方 1 剂为 1 疗程。

〔功用〕利气解郁，健脾化痰。

[疗效观察] 据报道,应用本丸治疗梅核气 21 例,结果:治愈 16 例,显效 3 例,有效 2 例;有效率为 100%。

(三) 其他疗法

1. 针灸

赵东明等^[9]运用滞针术治疗胃肠神经官能症 38 例,方法为:取神门透灵道、内关、足三里,进针后,再采用三指式滞针术搓针,即用刺手拇指单向轻捻,再轻提针柄,然后再单向捻针滞针,并按压刺处皮肤,同时猛提毫针并押手弹起,但不离开皮肤。滞针后保留 20 分~30 分钟,其间每隔 10 分钟采用颤针术进行行气和催气。出针时只要将针体进行反向捻转即可,针体松动后即可慢慢出针。左转滞针为补,右转滞针为泻。每日针 1 次,10 次为 1 疗程。结果:近期治愈 28 例,显效 7 例,有效 2 例,无效 1 例,总有效率为 97.37%。一年后随访 38 例患者,复发 5 例,占 13.16%,经上述疗法治疗后又均获痊愈。

杨淑苓^[10]运用穴位注射治疗胃肠功能紊乱 80 例,方法为:主穴取足三里、中脘、胃俞或脾俞。腹胀者配气海;恶心嗝气者配内关;腹泻者配天枢。用 5ml 注射器抽吸维生素 B₁100mg、维生素 B₁₂250ug、1% 奴夫卡因 2ml 充分混合,以 6 号针头刺入穴位,待有针感时将药液推入,每穴注射 0.5ml~1ml,每次选 3~5 个穴位,隔日 1 次,5 次为 1 疗程。其中治愈 59 例,显效 14 例,好转 6 例,无效 1 例,总有效率 98.75%。

罗山^[11]以穴位注射配合中药治疗本病 19 例,所取穴位为:双足三里、双内关,足三里穴各注入生理盐水 1ml,内关穴各注入维生素 B₁0.5ml,隔日 1 次,10 次为 1 疗程。中药用柴胡疏肝散加减治疗。隔天 1 剂,10 剂为 1 疗程。结果 19 例中痊愈 15 例,显效 3 例,无效 1 例,总有效率为 95%。

王永慧^[12]用温灸治愈慢性胃肠功能紊乱 22 例,方法为采用艾绒加中药行穴位灸疗法,即艾绒 500g (单装),另用党参、青盐各 15g,木香、川朴、云苓、淮山药、菟丝子各 12g,诃子、元胡、芡实各 9g,研成细末,装瓶备用。特制温灸罐两个,纱布垫数块,取中脘、足三里、下脘、气海、天枢、关元、水分、期门等穴。对因胃肠粘膜充血水肿对药物吸收不良,疗效不满意的病例,用之也能显示一定疗效。

2. 音色疗法

孙飞^[13]采用独特的音色疗法治疗 50 例胃肠功能紊乱患者,取得有效率 96% 的疗效。他采用黄色暖光和音响设备 (宫调音乐),根据宫音、黄色入通脾胃的五行学说而确定的方法。

三、中西医结合治疗

余永淦最近报道了中西医结合治疗消化道功能紊乱附 1363 例临床观察^[14],治疗方法为:自拟解郁调神方由柴胡、香附、芍药、甘草、小麦、红枣、桂枝、龙骨、牡蛎、磁石、枣仁、川芎组成。并随证加减。每日 1 剂水煎 2~3 汁。辅以适量安定、谷维素 (每晚 1 次,剂量 60mg~100mg) 同时十分注意心理疗法。治疗时间最短为 42 天,最长为 5~6 年,结果:438 例显效,837 例有效,88 例无效,总有效率为 93.54%。各型疗效:①梅核气型 (342 例):显效 103 例,有效 224 例,无效 15 例,有效率 95.61%;②梗阻感型 (190 例):显效 72 例,有效 110 例,无效 8 例,有效率为 95.79%;③呕吐型 (51 例):显效 11 例,有效 29 例,无

效11例,有效率78.43%;④暖气型(106例):显效43例,有效57例,无效6例,有效率94.34%;⑤厌食型(58例):显效12例,有效37例,无效9例,有效率84.48%;⑥大便异常型(616例):显效197例,有效380例,无效39例,有效率93.67%。

第四节 预防

(一) 提高自我修养,心胸应开阔,避免不良的精神刺激。

(二) 学习医学卫生常识,对疾病有正确的认识。

(三) 适量参加文体活动,转移注意力,生活起居应有规律。

(四) 饮食结构要合理,量要适宜。

(五) 医务人员对病人须关怀、同情、耐心,不给患者造成错误暗示的可能。

(六) 对平素性情抑郁或烦躁易怒者,可服用逍遥丸、木香顺气丸之类的药物,以预防本病。有针对性地选练适合于自己的气功,对预防本病发生和复发也有一定意义。

参考文献

- [1] 戴自英. 实用内科学. 人民卫生出版社, 1993年9月第9版, 第1385页
- [2] 孟庆锡. 谈谈胃肠功能障碍的辨证施治. 中医杂志, 1980, 21(1): 57
- [3] 张伯臾. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985年10月第1版, 第143页, 第121页
- [4] 中医辞典编辑委员会编. 简明中医辞典. 人民卫生出版社, 1979年3月第1版, 第916页
- [5] 许济群. 方剂学. 上海科学技术出版社, 1985年6月第1版, 第93页, 第174页, 第94页
- [6] 辛吉. 元胡平痛汤治疗胃神经官能症. 四川中医, 1990, (7): 20
- [7] 黄庭媛等. 半夏泻心汤治疗消化道疾病70例. 实用中医内科杂志, 1992, 6(3): 23
- [8] 李秀云等. 蜂蜡丸治疗梅核气21例疗效观察. 甘肃中医, 1992, (3): 16
- [9] 赵东明等. 运用滞针术治疗胃肠神经官能症38例. 上海针灸杂志, 1992, (1): 20
- [10] 杨淑苓. 穴位注射治疗胃肠功能紊乱180例临床观察. 陕西中医, 1990, 11(10): 516
- [11] 罗山. 穴位注射配合中药治疗胃神经官能症. 中国针灸, 1991, (2): 22
- [12] 王永慧. 温灸治愈慢性胃肠功能紊乱22例. 新中医, 1989, (11): 31
- [13] 孙飞. 音色疗法治疗胃肠功能紊乱的疗效观察. 中医杂志, 1987, 28(11): 49
- [14] 余永淦. 解郁调神方治疗消化道功能紊乱. 浙江中医杂志, 1994, (6): 252

第二十三章 肠道易激综合征

肠道易激综合征(IBS), 是一种具有特殊生理病理基础的、独立的、肠功能紊乱性疾病, 它的特点是肠道无结构上的缺陷, 但对刺激的生理反应过度或出现反常现象。过去称此病为“结肠功能紊乱”、“结肠痉挛”、“结肠过敏”、“痉挛性结肠炎”、“粘液性结肠炎”等。由于肠道实际并无炎症, 功能紊乱实际也不限于结肠, 故统称为肠道易激综合征。本病是胃肠道最常见的功能性疾病, 据统计, 在一般门诊中约占胃肠道疾病的 30%~50%。多见于壮年成人, 男性多于女性, 约为 3: 2, 50 岁以后首次发病者极少。临床表现为腹痛、腹泻、便秘, 或腹泻与便秘交替为主要症状。往往可因情绪波动而诱发。诊断本病一般不难, 但必须排除肠道器质性疾病, 以及全身性疾病所致的肠道表现。

本病属于中医的“泄泻”、“腹痛”、“便秘”等范畴。其病因多由于情志失调或因饮食不节, 损伤脾胃, 或脾胃素虚, 复感外邪等。其病位虽在肠道, 但与肝、脾、肾诸脏腑功能失调关系密切, 故治疗本病多从肝、脾、肾、肠道着手, 进行辨证论治。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理^[1]

病因尚不清楚, 以下因素与病因有关。

1. 遗传因素

很多病人从童年开始即有本病, 并常有家族史, 说明与遗传有关。

2. 胃肠道激素

与肠道功能性疾病的关系尚待进一步研究。

3. 胃肠反射

本病病人饭后的胃肠反射较正常人增强, 表现为肠壁肌张力增高, 蠕动增强。临床表现为饭后急于排便。

4. 食物中纤维素的含量

纤维素对肠管的运动有重要作用, 对肠内容物的渗透压有重要影响。纤维素对大便的影响有以下几方面: ①纤维素较其他食物成分在肠管内运转快, 通过肠管的时间短; ②肠内细菌含纤维素酶可将纤维素转变为水、二氧化碳、甲烷和短链脂肪酸。短链脂肪酸是非脂溶性物质, 不被吸收。蔬菜和水果加重腹泻的基本原因即因含有纤维素。但某些水果和无花果等除含有纤维素外, 本身还有刺激肠管的作用, 产生缓泻效应。肠易激综合征病人可能对纤维素的刺激反应过敏。

5. 药物

泻药常可引起腹泻和便秘交替出现。其他药物也可引起结肠高度过敏。

6. 情绪因素

情绪与过敏结肠有密切关系。Almy 等曾证明,情绪激动的谈话可引起结肠张力的增加。有的学生在紧张的考试时发生过敏结肠症状。情绪是加重本病的因素,但不是原发因素。有些情绪因素在情绪激动的当时并不发生作用,但在其后平静状态时却出现了本病症状。

7. 结肠动力变化

研究表明本病患者有结肠动力学改变。如直肠扩张的耐受性差;静息乙状结肠压力在腹泻时降低,便秘时增高;乙状结肠平滑肌肌电及运动测定表明,肠道易激综合征低频慢波增多可能是患者对某些刺激因子产生易激反应的病理基础。现进一步证明肠道易激综合征不但有结肠动力学改变,而且还有小肠和食管动力学改变。有的患者于放射学检查可见小肠运动异常;有的患者出现食管的症状以及食管下括约肌压力及其梯度明显低。

二、中医的病因病机^[2]

我国古代医家很早就认为精神失调可致内脏功能紊乱,如《内经》就有因思虑、惊恐而内伤脾胃致腹泻的记载。此外,饮食不节、劳倦久病、寒湿等是本病诱发、加重、发展的因素。其主要病机是肝气郁滞,肝脾不和,久病伤肾。

1. 情志失调

肝主疏泄,暴怒伤肝、本郁克土等是本病病因病机的传统立论。情志失调是基本病因,如《三因极一病证方论》云:“喜则散,怒则激,忧则聚,惊则动,脏气隔绝,精神夺散,以致溇泄。”肝气乘脾是基本病机,如《景岳全书》云:“凡遇怒气便作泄泻者,必先怒时挟食,致伤脾胃,故但有所犯,即随触而发,此肝脾二脏之病也,盖以肝木克土,脾气受伤而然。”本病常因抑郁恼怒或精神紧张等因素而发病,致肝气郁滞,肝失疏泄,气机不畅,横乘脾土,脾胃受制,运化失常,发为泄泻;肝气郁滞还可使升降失调,大肠传导滞涩则发为便秘;肝旺亦可伤阴,致脾胃阴虚不能下润大肠,亦发为便秘。

2. 脾胃虚弱

饮食失节、劳倦久病、七情不和等可伤脾胃,使脾胃虚弱,中阳不足,运化失司,水谷精微不能吸收反湿滞肠中,发为泄泻。正如《景岳全书》云:“饮食失节,起居不时,以致脾胃受伤,则水反为湿,谷反为滞,精化之气不能输化,乃至合污下降而泻利作矣。”

3. 脾肾阳虚

肾为先天之本,脾为后天之本,命门火温煦脾阳,又赖后天精气滋养。脾虚久泻可致命门火衰,肾虚又可影响脾运不健,病久则脾肾俱虚。《明医杂著》云:“元气虚弱,饮食难化,食多则腹内不和,疼痛,泄泻……。”故腹泻型的 IBS 多属中医的“久泻”、“虚泻”,浅则肝旺脾弱而运化失常,深则脾肾虚寒而不能温化脾土。再者久泻失治误治还可伤阴而便秘;病久肝脾不和,寒热夹杂,虚实并见。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断^{[3][4]}

(一) 症状、体征

1. 消化道表现

(1) 腹痛: 约占 IBS 的 70%~90%。每年发作 6 次到每日数次不等, 程度及持续时间也不同。多于便前明显, 便后减轻或缓解, 有 7% 的患者便后不缓解, 腹痛发作时大便稀。腹痛多于清醒时出现, 甚少夜间痛醒, 部分患者同时有下腹冷, 下坠感, 按压或热敷后可缓解, 疼痛部位常不固定, 以左下腹为多, 餐后腹痛则可自右下腹或上腹开始。疼痛可向肩背、胸、胁、髋甚至阴部及大腿部放射, 易误诊为泌尿系结石, 患者可同时伴腹泻、便秘及腹胀, 常因饮食及精神等因素诱发。

(2) 腹泻: 部分患者腹泻而无腹痛。大便每日 2 次~10 次不等, 甚少超过 10 次/天, 以 2 次~5 次/天占大多数, 粪量超过 200g/天。半数以上患者有“鸡鸣泻”。粪便多为糊状, 先成形后稀便, 或带粘液, 后者常伴下坠感或排不尽感。少数排水样便。21% 有大便失禁。进食脂肪或凉食可诱发或加重腹泻。精神紧张、应激或受凉可使便次增多、腹泻加重, 经调整饮食等可缓解。

(3) 腹胀: 常与便秘或腹泻相伴, 以下午及晚上为多。肛门排气或排便后可减轻, 睡眠后多消失。个别患者腹胀如鼓, 痛苦非常, 与结肠节段性收缩增强有关。患者常伴腰酸痛不适、口苦及口干等。

(4) 便秘: 多见于女性。每周大便少于 3 次或粪便重量少于 40g/天。有些患者可长达 10 余日 1 次。粪便干而硬结, 排便费力, 时间可达 30 分钟以上。常伴腹胀、腹痛不适、口臭及口干苦等。消化道外症状较腹泻者为少。83% 有痔疮或肛裂。约 50% 以上患者需不规律应用泻剂。约 1/3~1/4 患者表现为腹泻与便秘相交替。

(5) 其他: 有人发现 IBS 患者有胆囊运动障碍, 残留量远多于正常人, 最大排泄量少于正常人, 故患者上腹不适, 腹痛及胸痛与胆囊、食管等运动异常, 或与胃、食管返流性疾病有关。

2. 消化道外表现

(1) 精神异常: 约 40%~80% 患者情绪不稳定, 易激动或易受暗示, 对各种外界刺激反应过激或表现心烦、抑郁、焦虑或失眠等。工作效率不高, 注意力不集中。少数患者表现为歇斯底里, 或叹息和啼哭, 以女性多见, 有周期性发作倾向。其中 30% 可诊断为精神病。

(2) 植物神经功能紊乱: 常与精神异常等合并存在。表现为自汗、面部潮红、头晕、头痛、血压或脉搏不稳定, 手足心及腋窝等湿冷, 心前区不适及心慌、疲倦, 有的失眠、多梦、易惊, 或发作时过度通气、胸闷、气喘, 甚或呼吸困难, 除植物神经功能紊乱外, 与心血管、支气管等平滑肌功能不良有关。

(3) 泌尿系统症状: 约 50% 以腹泻、腹痛为主的患者有尿急、尿频、夜尿多及终末排尿

不尽等。少数患者有尿失禁，但通常无尿痛，总尿量并不增多。Whorwell 等发现 50% 患者膀胱平滑肌功能不良，排尿不稳定，以腹泻与便秘相交替的患者多见。提出上述症状与“易激膀胱”有关。

(4) 性功能减退：约 83% IBS 患者有性功能障碍，多见于女性。有些患者甚至出现阳痿及性交时腹痛。

(二) 实验室及其他检查

1. 实验室检查

血、尿、粪检查，粪便隐血及细菌培养，肝与肾功能，电解质，血沉，甲状腺功能及血清酶学等检查无明显异常。

2. 其他检查

X 线钡透或灌肠可见结肠节段性痉挛性狭窄，腹泻患者胃肠转运明显增快，而便秘患者则明显减慢。结肠镜检查可见结肠痉挛，于痉挛前段肠腔积有液体，注气或镜身通过痉挛部位时患者常出现类似发作时的腹痛，多见于乙状结肠和降结肠，用同样的洗肠液，腹泻患者肠腔多较清洁，而便秘患者则常残留粪便或较多液体。肠粘膜无明显病变，排粘液便患者直肠粘膜可有轻度充血及水肿，肠腔内可见粘液。不同亚型 IBS 患者食管、结肠、肛门压测定均可有异常。表现为下食管括约肌压力降低；乙状结肠压在不痛性腹泻者降低，便秘者则增加；便秘患者 52% 有直肠压异常。近 40% 的患者张力增加，而腹泻者则降低。可有肛门松弛。

(三) 诊断要点

1. 诊断^[5]

目前 IBS 的诊断仍然是排除性的，国内外亦无统一标准。实用内科杂志于 1991 年第 7 期刊登了 IBS 临床诊断参考标准为：

- (1) 以腹痛、腹胀、腹泻及便秘等为主诉，伴有全身性神经官能症状。
- (2) 一般情况良好，无消瘦及发热，系统体检仅发现腹部压痛。
- (3) 多次粪常规及培养（至少 3 次）均阴性，粪潜血试验阴性。
- (4) X 线钡剂灌肠检查无阳性发现，或结肠有激惹现象。
- (5) 纤维结肠镜示部分患者运动亢进，无明显粘膜异常，组织学检查基本正常。
- (6) 血、尿常规正常，血沉正常。
- (7) 无痢疾、血吸虫等寄生虫病史，试验性治疗无效。

2. 鉴别诊断^[3]

首先必须排除肠道器质性疾病，如细菌性痢疾、炎症性肠病、结肠癌、结肠息肉病、结肠憩室、小肠吸收不良。其次必须排除全身性疾病所致的肠道表现，如胃及十二指肠溃疡、胆道及胰腺疾病、妇科病（尤其是盆腔炎）、血紫质病、以及慢性铅中毒。

Friendman 等强调出现下述情况时须注意排除器质性病变的可能：①既往症状一度消失，最近又发作者，特别是老年人；②出现夜间痛醒伴发热、便血、严重腹泻及梗阻等症状时；③同一患者的症状程度或发作特点有变化时；④出现体重明显减轻和厌食时。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

若腹部攻撑作痛，为肝气郁滞；若腹部隐痛，喜温喜按多为脾胃阳虚；若黎明前脐下作痛，伴畏寒肢冷，多为肾阳虚衰，腹泻与情志变化有关为肝气犯脾；若大便时溏时泄，稍进油腻食物则大便次数增多，为脾胃虚弱；若出现五更泄，多为脾肾阳虚。若大便硬结难下如羊矢状或栗子状，多由肝郁化热，灼伤津液；便秘夹有粘液，多为肝郁痰结。腹泻便秘交替出现，多为肝郁脾虚，气机不调。

(二) 辨证分型

1. 肝气乘脾证^{[6][7]}

〔临床表现〕常因抑郁恼怒或精神紧张而发病或加重，肠鸣矢气，腹痛即泻，泻后痛减，胸胁胀满，暖气少食，舌淡红，脉弦。

〔辨证分析〕七情所伤，情绪紧张之时，气机不利，肝失条达，横逆侮脾，失其健运，故肠鸣矢气，腹痛即泻，泻后痛减；肝失疏泄，故胸胁胀满，暖气少食，舌淡红，脉弦，是为肝旺脾虚之象。

2. 脾胃虚弱证

〔临床表现〕大便时溏时泻，水谷不化，稍进油腻之物，则大便次数增多，饮食减少，脘腹胀闷不舒，而色萎黄，肢倦乏力，舌淡苔白，脉细弱。

〔辨证分析〕脾胃虚弱，运化无权，水谷不化，清浊不分，故大便溏泄。脾阳不振，运化失常，则饮食减少，脘腹胀闷不舒，稍进油腻之物，大便次数增多，久泻不止，脾胃虚弱，气血来源不足，故面色萎黄，肢倦乏力，舌淡苔白，脉细弱，乃脾胃虚弱之象。

3. 脾胃阴亏证

〔临床表现〕便秘难下，粪如羊矢，外包粘液，大便数日一行，少腹结块，聚散无常，按之胀痛，伴失眠、头痛、烦闷、手足汗出，舌红苔黄少津，脉细数。

〔辨证分析〕肠胃积热，耗伤津液，不能濡润大肠，则便秘难下，粪如羊矢；外包粘液为肝郁痰阻，痰气交阻，大便滞涩所致；少腹结块，按之胀痛，为燥屎内结之征，便秘腑气不通，浊气不降，则清阳受扰，可见失眠、头痛、烦闷；肠胃积热可见手足汗出，舌红苔黄少津，脉细数为脾胃阴亏之象。

4. 寒热夹杂证

〔临床表现〕腹中作痛或肠鸣腹泻，便下粘腻，或夹泡沫，或腹泻便秘交作，烦闷不欲食，脘腹喜暖，口干，舌红苔腻，脉弦滑。

〔辨证分析〕腹中作痛或肠鸣腹泻，为肝郁脾虚；便下粘腻，夹有泡沫为肝脾不调，烦闷不欲食乃肝脾不调而生热，脘腹喜暖为生寒之征，口干为热伤津，舌红苔白腻，脉弦滑为寒热互结之象。

5. 脾肾阳虚证

〔临床表现〕泄泻多在黎明之前，腹部作痛，肠鸣即泻，泻后则安，形寒肢冷，腰膝酸软，

舌淡苔白，脉沉细。

〔辨证分析〕泄泻日久，脾虚及肾，肾阳虚衰，不能温养脾胃，运化失常，黎明之前阳气未振，阴寒较盛，故腹部作痛，肠鸣即泻，又称为“五更泄”。泻后则腑气通利，故泻后则安。形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细，为脾肾阳气不足之征。

第三节 治疗

一、西医西药治疗^[3]

（一）精神治疗

1. 心理治疗

主要帮助患者面对基本的心理矛盾和情绪紊乱，寻找解除症状的治疗。

2. 镇静及抗抑郁治疗

常用药物有去郁敏 50mg，每天 3 次，连用 6 周以上可显著缓解本病症状。副作用有不安、心悸、口干及出汗等，但均不影响治疗。亦有用多虑平 25mg，每天 3 次。

3. 催眠疗法

方法除应用催眠机及磁带外，类似于我国的气功疗法。

4. 行为治疗

主要是教患者练习和设法控制精神和心理性症状，对焦虑和抑郁者有效。

（二）生活及饮食治疗

脱离或改变对精神有不良影响的环境，避免重复刺激对有精神创伤者有效。避免或减少食用不耐受食物。亦可采用“适应”方法，即由可适应的少量开始，渐增加用量，直至完全耐受。增加食物纤维、麦麸制品对便秘患者有效，亦可减轻腹泻患者的症状。对腹胀患者应减少或忌用使肠气体增加的食物，如豆类和卷心菜等。对乳糖、山梨醇等耐受不良者，则应忌用含此类物质的食物。

（三）药物治疗

IBS 的药物治疗应十分慎重，避免滥用药物。

1. 以便秘为主的药物治疗

为促进肠蠕动，增加容积，麦麸及纤维素可以应用，如：麦麸 20g/天～30g/天。容积性泻药有甘露醇粉，2g～4g，每天 3 次。胃肠动力药常用的有吗叮啉 20mg，每日 3 次。另外，应用乳果糖 30ml，每日 1 次，可增加便次，使粪便变软，缓解排便困难。

2. 对以腹泻为主的 IBS 的药物治疗

近年来有人应用新型抗毒蕈碱药溴化赛米托品 50mg 餐前服，治疗 6 个月，疗效明显； α -受体拮抗剂有盐酸二甲苯甲胺，2mg 每天 4 次；最安全的阿片类止泻剂有氟苯哌啶酮，钙通道阻滞剂可显著抑制异常的胃结肠反射，缓解腹痛，减少便次，常用心痛定 20mg，每天口

服3次；其他有复方苯乙哌啶1~2片每天3次，有较好的近期效果。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 肝气乘脾证

〔治法〕抑肝扶脾，调理气机。

〔方药〕痛泻要方（《景岳全书》引刘草窗方）加味。

炒白术12g、生白芍12g、防风9g、炒陈皮10g、柴胡9g、煨木香6g、炒枳壳10g、制香附10g、生甘草5g。

〔加减〕腹痛甚者，加元胡、川楝子加强止痛作用；暖气频繁者，加沉香、白蔻仁理气降逆；泄泻加党参、乌梅、木瓜，腹满胀痛，大便秘结或欲便不得者，加槟榔、枳实、大黄顺气导滞，降逆通便。

〔分析〕方中白术健脾补虚；白芍养血柔肝，陈皮理气醒脾，防风升清止泻；柴胡、枳壳、香附配合可以疏肝理气，木香健脾理气，甘草调和诸药。

2. 脾胃虚弱证

〔治法〕健脾益气。

〔方药〕参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

党参12g、炒白术10g、茯苓12g、白芍12g、山药12g、炒扁豆12g、莲子12g、薏苡仁15g、砂仁6g、炒陈皮6g、木香6g、甘草6g。

〔加减〕久泻不止，脾虚下陷者，加升麻、柴胡、黄芪益气升清；脾虚湿盛，加苍术、厚朴、藿香、泽泻。

〔分析〕本方用四君子汤以补气健脾为主，配以扁豆、苡仁、山药之甘淡，莲子之甘涩，辅助白术，既可健脾，又能渗湿而止泻。加砂仁之辛温芳香醒脾，佐四君更能促中州运化，使上下气机贯通，泄泻可止。

3. 脾胃阴亏证

〔治法〕养阴润便。

〔方药〕芍药甘草汤（《伤寒论》）合五仁丸（《世医得效方》）加减。

白芍30g、甘草15g、生地15g、当归10g、郁李仁12g、杏仁10g、柏子仁5g、陈皮10g。

〔加减〕兼气虚者，加黄芪、太子参；腹痛加元胡。

〔分析〕方中郁李仁、杏仁、柏子仁以润燥滑肠；生地滋阴通便；当归养血通便；芍药甘草汤酸甘化阴，使阴液得生以润肠道，则大便通畅。

4. 寒热夹杂证

〔治法〕调和肠胃，寒热并用。

〔方药〕乌梅丸（《伤寒论》）。

乌梅10g、细辛3g、干姜6g、黄连6g、当归10g、附子5g、川椒6g、桂枝6g、党参15g、黄柏10g。

〔加减〕少腹疼痛，胀满恶寒者去黄连，加荔枝核、小茴香；胃脘灼热，口苦者去川椒、干

姜、附子，加梔子、吴茱萸；腹痛加元胡、川楝子；湿邪内阻，腹满后重者去党参，加厚朴、山楂炭、槟榔、藿香。

〔分析〕乌梅味酸，可涩肠生津以治久泻；川椒、细辛性温可以温脏祛寒；黄连、黄柏寒能清上热；方中姜、桂、附共具温脏以祛下寒之功；党参、当归补养气血，与温中药相配，具有益气温中以温补下焦虚寒，养血通脉，调和阴阳的作用。

5. 脾肾阳虚证

〔治法〕温肾健脾，固涩止泻。

〔方药〕附子理中汤（《太平惠民和剂局方》）合四神丸（《证治准绳》）。

党参 15g、白术 15g、干姜 10g、甘草 6g、附子 5g、肉豆蔻 10g、补骨脂 10g、五味子 5g、吴茱萸 4g、生姜 3g、大枣 10 枚。

〔加减〕久泻不止，可加诃子，腹痛甚者加元胡、白芍。

〔分析〕方中干姜温中焦脾胃而祛里寒；党参补气、助运化而正升降，白术健脾燥湿；甘草益气和缓；附子温阳祛寒；补骨脂补肾阳；吴茱萸、肉豆蔻温中散寒；五味子涩肠止泻；生姜散寒行水，大枣滋养脾胃，并为佐使药。

（二）验方治疗

1. 连理汤加味^[8]

〔组成〕黄连 6g、党参 15g、白术 15g、干姜 8g、甘草 6g、茯苓 15g。

〔加减〕粪便中粘液多（便脓）兼里急后重者加当归、赤芍和木香、槟榔各 10g；下痢日久加乌梅 10g；口干不欲饮加煨葛根 15g；恶寒手足不温加补骨脂、山萸各 10g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎，早晚分服。

〔功用〕温中清肠，行血调气。

〔疗效观察〕应用本方加味治疗肠易激综合征 20 例，结果：临床治愈 17 例，好转 3 例。

2. 调肝方^[9]

〔组成〕柴胡、白芍、枳壳、木香、防风、救必应（即冬青属植物铁冬青科冬青）、白术等药组成。可制成丸剂或煎剂。

〔用法〕丸剂用法为每次 6g，每日 3 次。煎剂为水煎服，日 1 剂。

〔功用〕调和肝脾。

〔疗效观察〕黄氏将 30 例肠易激综合征患者分为甲乙两组，甲组 14 例，乙组 16 例。甲组病例先服调肝方，乙组病例先服安慰剂，各于连续服药三周后总结疗效。停药二周后，两组交换服药，再分别连续服药三周总结疗效。结果应用调肝方后近期有效率达 93.3%，服用调肝方的疗效显著优于安慰剂（ $P < 0.001$ ）。

3. 柏勒儿茶胶囊^[10]

〔组成〕柏勒儿茶、延胡各等份，制成胶囊。每粒 0.6g。

〔用法〕每次 5 粒，每天 3 次，15 天为 1 疗程。

〔功用〕抗菌消炎、解痉止痛、收敛止泻、镇静安眠、止血。

〔疗效观察〕102 例肠道易激综合征患者服用柏勒儿茶胶囊为治疗组，另外 55 例口服西药及应用黄连素保留灌肠为对照组。结果：治疗组 102 例中，治愈 69 例占 67.74%，显效 16 例，好转 15 例，无效 2 例，总有效率 98.04%。对照组 55 例中，治愈 20 例占 36.36%，显效 14

例, 好转 10 例, 无效 11 例, 总有效率 80%。两组疗效相比较有显著差异 ($P < 0.001$)。

4. 验方^[11]

〔组成〕党参、山药、白术、白芍、补骨脂各 15g, 茯苓 12g、防风、陈皮各 9g。

〔加减〕腹痛甚倍白芍, 加玄胡索、香附各 12g; 滑泻加车前子 18g, 炒升麻 9g; 便秘去补骨脂, 加肉苁蓉 18g; 腹胀纳差加厚朴 9g、神曲 9g。

〔用法〕水煎服, 每日 1 剂, 1 疗程 30 天。

〔功用〕疏肝理脾、健脾益气、调整气机、止痛止泻。

〔疗效观察〕应用本方治疗 120 例肠道易激综合征病人, 结果: 临床治愈 83 例, 好转 32 例, 无效 5 例, 总有效率 95.8%。

5. 痛泻要方 (重用白芍)^[12]

〔组成〕白芍 30g~40g, 陈皮、炒白术各 10g, 防风、生甘草各 6g。

〔加减〕腹泻每日 4 次以上者, 加石榴皮、乌梅; 便秘加炒莱菔子、郁李仁; 腹胀甚者, 加炒枳壳; 脾气虚者, 加党参; 阴寒甚者, 加干姜、吴茱萸; 湿热甚者, 加黄连、茯苓。

〔用法〕水煎服, 日 1 剂。

〔功用〕泄肝补脾, 止泻缓痛。

〔疗效观察〕采用本方治疗肠道易激综合征 74 例, 结果: 54 例痊愈, 13 例显效, 7 例无效, 总有效率为 90.5%。

6. 乌梅丸^[13]

〔组成〕乌梅、细辛、干姜、黄连、附子、当归、黄柏、桂枝、人参、川椒。

〔加减〕脏寒腹痛加吴茱萸、肉桂; 中满呃逆加丁香、砂仁; 脾虚湿盛加苍术、陈皮; 心肾不交桂枝易肉桂; 邪热内陷去桂枝、干姜; 大便燥结加麻仁、杏仁。

〔用法〕每日 1 剂, 开水煎煮, 分 3 次服, 15 日为 1 疗程。

〔功用〕调和肠胃, 寒热并用。

〔疗效观察〕应用本方加减共治 25 例肠易激综合征患者, 其中痊愈 18 例, 显效 5 例, 无效 2 例。

(三) 其他疗法

1. 针灸

刘氏^[14]采用艾灸治疗肠道易激综合征 30 例, 取穴为: 足三里、天枢。治疗方法为采用艾条温和灸, 距皮肤约 2~3cm 施灸 10 分钟, 以患者能耐受为度。每日 1 次, 左右交替使用, 30 天为一疗程。治疗 3 个疗程后, 治愈 15 例, 好转 12 例, 无效 3 例, 有效率为 90%。

杨善杏等^[15]以隔药饼灸法治疗本病 36 例。药饼、艾柱制法为: 附子 5 份、肉桂、当归、红花、木香、丹参、花椒各 1 份, 研成细粉, 加入黄酒, 混合调匀成厚糊状, 制成小药饼, 每个重 10g 左右。艾柱底径 2.2cm, 高 2.5cm。所取穴位有天枢 (双)、中脘、关元。操作方法是: 取药饼 2 个, 以针刺数孔, 将其放在任选 2 个膻穴处。上放艾柱施灸。每日灸治 1 次, 12 次为 1 疗程。36 例患者经治 2 个疗程后, 治愈 18 例, 显效 12 例, 好转 4 例, 无效 2 例, 总有效率为 94.4%。

2. 推拿

肖氏^[16]用按摩治疗 IBS 19 例, 腹泻型施以健脾强胃、散寒祛湿法; 粘液便型施以清热除

湿法,便秘型施以滋阴养胃、清热润燥法,全部均获痊愈。一般经按摩1~2次即可见效,3~5次症状可完全消失,随访半年无复发。

3. 灌肠

李素清等^[17]对本病中的以腹胀、便秘为主证者,选I号方(干漆炭、马钱子、元明粉各2g,郁金4g,炒枳壳12g,酒大黄3g,白芨粉12g,青黛6g),对腹痛、腹泻或腹泻与便秘交替为主证的选II号方(金银花24g,马尾连、黄柏各18g,秦皮、炒豆蔻各15g,陈皮9g,防风6g~9g,白芍18g~30g,当归、甘草各9g~12g,小蓟12g),腹胀加木香10g,寒泻不止加赤石脂30g,热泻加五倍子或明矾3g~6g,气虚加白术18g,每晚睡前保留灌肠,14~20次为1疗程,共治疗52例,结果显效39例,好转10例,总有效率94.2%。

胡团敏^[18]用三黄汤(大黄、黄芩、黄柏各30g),水煎成150ml,保留灌肠,每晚1次,14天为1疗程,共治疗32例,结果显效27例,有效4例,无效1例,总有效率为96.9%。而对照组用痢特灵0.1g,每日3次,复方苯乙呱啉2片,每日2次,口服,治疗33例,结果显效15例,有效9例,无效9例,总有效率72.7%,经统计学处理,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

杨林斌^[19]用溃结露(白头翁、苦参各12g,丹参、赤芍、炒白芍各10g)煎浓汁200ml,每晚睡前保留灌肠,10次为1疗程,共治疗34例,结果显效26例,好转7例,无效2例,总有效率94.3%,随访20例,半年后复发仅2例。对照组30例用安慰剂保留灌肠治疗,10次为1疗程。结果显效6例,好转5例,无效19例,总有效率36.7%;随访6例,复发5例,两组间的显效、无效、总有效率和复发率差异性显著($P<0.05$)。

三、中西医结合治疗

王宗战等^[20]以中西医结合治疗肠道易激综合征79例,西药主要口服大剂量谷维素,1次60mg,日3次,连服3个月。并根据病情配合服用鲁米那、苯乙酸呱啉、安定或阿米替林。中药处方为:脾胃虚弱型用参苓白术散加减:人参9g,白术12g,大枣10枚,茯苓15g,甘草3g,山药15g,炒白扁豆15g,陈皮9g,莲子肉9g,薏苡仁15g,桔梗9g,藿香9g,地榆9g。肝木乘脾型用痛泻要方合四神丸加减:柴胡15g,白芍20g,防风20g,肉豆蔻20g,补骨脂15g,五味子15g,白术15g,陈皮15g,枳壳15g,木香15g,厚朴10g。脾胃阴虚型用麻仁丸合增液承气汤加减:生地10g,玄参10g,麦冬9g,枳壳9g,麻仁9g,白芍10g,厚朴9g,苦杏仁9g,当归10g,瓜蒌仁10g,柏子仁10g。以上每剂水煎服,7天为1疗程。平均疗程达3个月。其中治愈51例,好转22例,无效4例,自动放弃治疗者2例,总有效率为92.4%。

王一贤等^[21]以中西医结合治疗本病33例,方法为:谷维素,每次30mg,日3次口服;安定每次5mg,睡前口服,健脑冲剂,每次1袋,日2次口服。并应用中药辨证施治,腹泻所用基本方为:柴胡6g,白芍10g,茯苓30g,薏苡仁30g,苍术10g,车前子(包煎)10g,甘草6g。痛泻加痛泻要方,肾虚加四神丸,其他随证加减。便秘所用基本方为:火麻仁(炒)30g,枳实10g,川朴10g,白芍10g,大黄(后下)6g,槟榔30g,甘草6g。中药每日1剂,水煎顿服。中西药连用15天。结果:痊愈1例,有效10例,无效2例,总有效率为93.9%。

薛氏^[22]报道了以硝苯吡啶配伍扶正散治疗肠易激综合征24例,方法是:将病人随机分为治疗组(A、B组,各24人),对照组(C组20人)。A组病人舌下含服硝苯吡啶10mg,1日

3次, B组病人除同A组一样服用硝苯吡啶外, 另外1日3次、每次6g冲服扶正散(扶正散方: 党参45g、茯苓45g、炒白术60g、破故纸60g、川断60g、泽泻40g、炒苡米120g、菟丝子90g、陈皮10g、炒山药120g、砂仁12g、甘草12g)。C组口服谷维素、新霉素、安定。三组病人疗程均为12周。结果: A、B、C组显效、有效、无效人数分别为A(4、6、14)、B(8、12、4)、C(0、6、14)。B组(硝苯吡啶配合扶正散组)的临床总有效率优于C组($P < 0.05$), 但不优于A组($P > 0.05$)。

第五节 预防

由于IBS的发病与精神因素有密切关系, 有1/3的患者对安慰剂有效。因此, 避免精神刺激, 消除紧张情绪, 保持乐观精神是预防本病的关键。祖国医学中有许多心理疗法防病治病的医案。如金代张子和《儒门事亲》中就有“趣谈泄止”的医案。

对可疑不耐受的食物, 如虾、蟹、牛奶、花生等尽量避免, 辛辣、冰冻、油腻生冷食物及烟酒要禁忌。同时避免泻药及理化因素对肠道的刺激。饮食定量, 不过饥过饱, 养成良好的生活习惯。

鼓励劳逸结合, 适当参加文体活动, 生活有规律, 心情愉快。

参考文献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993年12月第2版, 第611页
- [2] 冯丹丹. 中医对肠道易激综合征的有关认识. 中国肛肠病杂志, 1991, (1): 37
- [3] 陈仕珠等. 肠易激综合征的诊断和治疗进展. 国外医学内科学分册, 1991, 18(9): 410
- [4] 河野友信. 肠应激综合征. 临床荟萃, 1991, 6(8): 371
- [5] 全国慢性腹泻学术讨论会制定. 肠易激综合征临床诊断参考标准. 实用内科杂志, 1991, 11(7): 391
- [6] 李久成. 肠道易激综合征治疗五法. 中国肛肠病杂志, 1992, (3): 25
- [7] 张伯臾. 中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985年10月第1版, 第151页
- [8] 蔡代仲. 连理汤加味治疗肠易激综合征. 中医杂志, 1992, 33(12): 21
- [9] 黄穗平. 从肝论治肠易激综合征. 中医杂志, 1990, (3): 31
- [10] 余泽勋等. 自制柏勒儿茶胶囊治疗肠道易激综合征临床探讨. 中西医结合杂志, 1991, 11(3): 170
- [11] 刘宗凯. 中药治疗肠道易激综合征120例. 中国肛肠病杂志, 1991, (1): 19
- [12] 丁正康. 重用白芍治肠道激惹综合征. 浙江中医杂志, 1990, (10): 445
- [13] 阮育民. 乌梅丸治疗肠易激综合征. 云南中医杂志, 1990, (4): 20
- [14] 刘鼎清等. 艾灸治疗肠道易激综合征30例. 中国针灸, 1992, (6): 22
- [15] 杨善杏等. 隔药饼灸法治疗肠易激症群36例. 浙江中医学院学报, 1993, 17(4): 47
- [16] 肖守仁. 按摩治疗肠道激惹综合征19例. 浙江中医杂志, 1988, (3): 117
- [17] 李素清等. 中西药灌肠治疗肠道易激综合征疗效观察. 新中医, 1991, (5): 29
- [18] 胡团敏. 三黄汤保留灌肠治疗肠道易激综合征疗效观察. 新中医, 1991, (5): 29
- [19] 杨林斌. 溃结露治疗肠易激综合征35例. 陕西中医, 1991, 12(3): 114
- [20] 王宗战等. 中西医结合治疗肠道易激综合征79例. 山东中医杂志, 1991, 10(6): 31
- [21] 王一贤等. 中西医结合治疗肠易激综合征33例. 河北中医, 1992, 14(6): 21
- [22] 薛育新. 硝苯吡啶配伍扶正散治疗肠易激综合征24例. 实用中西医结合杂志, 1991, 4(1): 42

第二十四章 肠梗阻

胃肠道内容物由于病理因素发生通过障碍称之为肠梗阻。可分为急性完全性梗阻或慢性不全性梗阻。肠梗阻是一种常见的急腹症。临床上以腹痛、腹胀、呕吐，排气停止，肠蠕动音改变，腹部X线检查可见气液平面，常伴有程度不同的脱水和电解质酸碱平衡紊乱为主要临床表现。其中绞窄性肠梗阻常伴有严重并发症，甚至引起死亡。

肠梗阻属于祖国医学“关格”、“肠结”、“腹痛”的范畴。肠腑闭塞不通是梗阻发生的主要病理基础。热结、寒凝、食积、气滞、血瘀、虫积均可导致肠腑阻塞，以开结通下为总的治疗原则，根据不同的病因，或清热、温寒、消导、行气、祛瘀而辨证施治。中西医结合治疗，使肠梗阻的非手术率可达70%，死亡率已降至3%以下^[1]，临床治愈率达80%^[2]。充分显示了中西医结合治疗肠梗阻的优势。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

（一）病因

1. **机械性肠梗阻**，是由腹腔内存在着器质性病变或肠道内存在着阻碍物所致。

多见于①肠腔内的阻塞：如息肉、蛔虫、胆结石及各类粪石等。②肠管病变：如肿瘤、结核、Crohn病、憩室及放射性肠炎等。③肠管外疾病：手术或炎症造成的粘连，各种嵌顿的腹壁疝及腹内疝，其他腹腔内肿物、脓肿压迫肠管产生梗阻。

2. **麻痹性肠梗阻**

发生在腹部手术后、腹膜炎、腹膜后血肿、肾周围脓肿以及感染中毒性休克低钾等情况下，由于神经、体液等因素直接刺激肌肉，使其失去蠕动能力而产生梗阻。

3. **血管性肠梗阻**

肠系膜血管因血栓形成、栓塞、受压等造成肠壁缺血继而引起蠕动不能造成肠梗阻。

（二）病理

1. **肠管扩张**

急性肠梗阻时肠壁变薄；慢性梗阻，因为肠蠕动亢进，肠壁肌层逐渐肥厚，使肠管增粗。

肠梗阻时可引起反射性呕吐，尤以高位小肠梗阻为甚，可引起水分及电解质的丢失。易产生脱水和低钾及酸中毒。低位梗阻时，虽然呕吐不多，由于肠管扩张，肠粘膜吸收功能减退，水及电解质的丢失仍较明显。当发生到绞窄性肠梗阻时，可产生血液的丢失。

2. 细菌的繁殖及毒素的吸收

在肠梗阻时，肠腔内的细菌过度繁殖，主要有大肠杆菌及厌氧菌。在单纯性肠梗阻的后期及绞窄性肠梗阻时，由于肠管的出血有利于细菌大量繁殖，并产生多种强烈毒性物质，细菌和毒素可通过已失去活力的肠壁渗透至肠腔内、引起腹膜炎和毒血症。

3. 肠管内压增高

肠管内压的增高对肠管的影响梗阻后肠管内压力增高，压力作用于肠壁，使肠管膨胀，并影响肠粘膜的吸收，也使肠壁的血液循环发生障碍，引起肠壁坏死。

肠内压增高，可引起肠管膨胀，同时也增加肠蠕动，发生肠绞痛。持久的肠内压增高可造成肠肌肉的麻痹，肠蠕动、肠鸣音减弱。也将引起静脉回流减慢，使肠管水肿、分泌水、钠、钾增多。由于细菌的大量繁殖以及肠粘膜屏障发生障碍，再加肠内压持续升高，使肠壁产生缺血，进而发生坏死和穿孔，肠腔内细菌毒素进入腹腔，产生严重的感染中毒，可危及病人的生命。

二、中医的病因病机

由于饮食不节、劳累过度、寒邪凝滞，热邪郁闭、湿邪中阻、瘀血留滞、燥屎内结，蛔虫聚团等因素，使肠道气血痞结，肠腔梗阻不通，不通则腹痛；肠腑闭阻，浊气上逆则呕吐，浊气郁阻肠道则腹胀；肠道不利，传导失司大便、矢气不通则闭。故临床上出现痛、呕、胀、闭四大症状。因呕吐频繁，不能进食，加之肠道传化失司，不能分清泌浊，致使大量水液郁积于肠道而出现严重津液耗伤，进而发展为阴损及阳的症状。若气滞血瘀、脉络阻塞、以致血不循经而外溢，故呕或便出血性液体。若郁久化火，热胜肉腐而致肠坏死，出现发热、腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张等腹膜刺激症状。热毒炽盛，邪实正虚，正不胜邪，阴阳两伤，则出现烦躁、自汗、四肢厥冷、脉沉细数等中毒性体克的严重危象。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

1. 腹痛

腹中部阵发性绞痛是机械性肠梗阻的特征。由于梗阻部位以上的肠管蠕动剧烈增强所引起。开始痛较轻，逐渐病情加重，绞痛达到高峰，随后又逐渐减轻，直至消失，过片刻后又再次发作，阵发性绞痛的间歇期在高位肠梗阻为3~5分钟，在低位肠梗阻为15~30分钟，或发作时自觉有气体在腹内窜行，到达一定部位后受阻，此时疼痛最剧，如感觉有气体通过，或气体自肛门排出，则疼痛减轻。绞窄性肠梗阻为持续性腹痛伴有阵发性加剧，绞痛发作剧烈，消失也快，但在阵发性绞痛后常仍有持续性钝痛。麻痹性肠梗阻可为持续性胀痛。

2. 呕吐

梗阻早期为反射性呕吐，为胃内容物，高位空肠梗阻的早期，即有频繁呕吐，吐出大量胃液、十二指肠液、胆汁和胰液。小肠低位梗阻呕吐物有时呈“粪便样”。如呕吐物为血性或咖啡色，则提示肠管有血循环障碍。结肠梗阻时，呕吐发生在晚期。麻痹性肠梗阻呕吐常为溢出样。

3. 腹胀

腹胀是肠梗阻的后期症状，高位肠梗阻由于频繁呕吐，所以腹胀较轻但有时可见胃型。低位肠梗阻腹胀显著呈全腹膨胀，有时能看到膨胀的“肠型”。麻痹性肠梗阻时，因全部肠管均膨胀，故腹胀尤为明显，呈均匀性隆起。

4. 肛门停止排便、排气

急性完全性肠梗阻者无排便排气。但在不完全性肠梗阻或早期高位小肠梗阻，梗阻以下有残存之粪便和气体，故仍可能有小量的排便或排气。绞窄性肠梗阻，则可能排出血性液体或果酱样便。

(二) 体征

1. 心率

单纯性肠梗阻，失水不重时，心率正常。绞窄性肠梗阻，由于毒素的吸收，心率明显加快。

2. 体温

单纯性肠梗阻的早期，体温一般正常或有低热，晚期或绞窄性肠梗阻由于毒素吸收，体温则升高。

3. 腹部体征

单纯性肠梗阻腹部可有轻度压痛，绞窄性肠梗阻时，腹部可有固定性压痛和反跳痛，腹肌紧张，并可叩到移动性浊音，听诊可有气过水声，及“丁丁”的金属音。

4. 直肠指诊

直肠下端有肿瘤，可触到肿块；指套有鲜血，应考虑到肠套叠；如触及腹腔内痛性包块，可能为低位绞窄性肠梗阻的肠段。

(三) 实验室及其它检查

1. 血液检查

单纯性肠梗阻时，血白细胞升高；绞窄性肠梗阻时，则明显升高。血红蛋白、红细胞压积可因脱水，血液浓缩而升高，且与失液量成正比。

2. 尿液检查

尿量减少，比重升高，多在1.025~1.030之间，pH偏酸性。

3. 大便检查

镜检见大量红细胞，或隐血试验阳性者，多提示肠管有血运障碍。

4. 血液生化检查

血清 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 等离子可因频繁呕吐而发生变化， Na^+ 、 Cl^- 偏低，在无尿或酸中毒时 K^+ 可稍高，但当尿量增加及酸中毒得到纠正后，而大量排 K^+ 时，血 K^+ 可突然下降。出现代谢性酸中毒时，二氧化碳结合力降低。

5. X线检查

X线检查对肠梗阻的诊断十分重要。小肠梗阻的表现：梗阻以上肠管积气、积液与肠管扩张。高位空肠梗阻时，胃内出现大量的气体和液体。低位小肠梗阻，则液平面较多。完全性梗阻时，结肠内无气体或仅有少量气体。绞窄性肠梗阻的表现：在腹部有圆形或分叶状软组织肿块影像。还可见个别膨胀固定肠袢呈“C”字形扩张或“咖啡豆征”。麻痹性肠梗阻的表现：小肠与结肠都呈均匀的扩张，但肠管内的积气和液面较少。

(四) 诊断要点

1. 诊断^[3]

单纯性机械性肠梗阻

(1) 阵发性腹部绞痛、腹胀（低位梗阻明显）、恶心呕吐（高位梗阻出现早而频繁），多无排便排气。

(2) 腹部可见肠型及蠕动波（低位梗阻明显），有局限性压痛，无反跳痛及肌紧张，肠鸣音阵发性亢进或有气过水声（低位梗阻较多见）。

(3) X线检查可见肠胀气及气液面。

(4) 常有脱水、电解质及酸碱失衡。

绞窄性肠梗阻

(1) 多起病急，可继发于原存在的单纯性肠梗阻或肠系膜血管栓塞等。

(2) 腹痛呈持续性并阵发性加重，脉搏增快，血压低于正常或稍升高，而脉压差缩小，体温升高。

(3) 腹部病变或所在部位压痛较明显，并出现反跳痛及肌紧张，可能有移动性浊音，肠鸣音可减弱或消失。

(4) 白细胞总数增多，可出现中毒性休克的症状、体征。

麻痹性肠梗阻

(1) 多继发于腹部外伤，腹部手术、腹腔炎症，脊柱或中枢神经损伤等。

(2) 腹胀发展迅速，无明显绞痛。肠鸣音消失，多有反胃性呕吐。

(3) 腹胀严重时，呼吸困难，脉搏细而弱。

(4) X线检查，两侧膈肌升高，全肠襻胀气，有多个气液面。

2. 鉴别诊断

(1) 与急性肠炎相鉴别

急性肠炎亦有阵发性肠绞痛、肠鸣音增强。但肠鸣音无音调高亢，无金属音。临床表现以腹泻为主，呕吐较轻。腹部X线透视无气液平面。

(2) 与卵巢囊肿扭转相鉴别

此病仅限于女性病人。疼痛位于下腹部，疼痛剧烈。查体患者下腹部有压痛，并可触及痛性肿物。阴道检查可触及一圆形、光滑、活动而有明显触痛的肿块。借助于“B”超及腹部平片可以鉴别。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

肠梗阻以痛、呕、胀、闭为临床主要见症，而关键在于闭，因闭而生痛、呕、胀。由于肠道气机不利，复因热邪郁闭、寒邪凝滞、食滞内积、蛔虫聚团、燥屎内结等引起肠道梗阻，而发生以上症状。

（二）辨证分型^[4]

1. 气滞型

〔临床表现〕 腹痛阵作或持续性腹痛，自觉有气体在腹内窜行，肠鸣，腹部稍有膨胀，恶心呕吐，无排便及排气。舌苔薄白或薄腻，脉弦。

〔辨证分析〕 肠道气血痞结，通降功能失常，腑气不通而出现腹痛阵作，或持续性腹痛，自觉有气体在腹内窜行，气滞不畅则肠鸣腹部膨胀；肠腑闭阻，胃气不降而上逆则恶心呕吐，肠道不利，传导失司，则无排便及排气；舌脉均属气滞之象。

2. 瘀结型

〔临床表现〕 腹部疼痛剧烈，拒按，腹部中度膨胀，可扪及痛性包块，肠鸣亢进，呕吐频繁，无大便，不排气，发热，小便短赤，舌质红，甚者绛紫，苔黄腻，脉弦数或洪数。

〔辨证分析〕 由于气滞血瘀，郁久化热，热胜肉腐而致肠道瘀血热结，出现发热，腹痛剧烈，腹痛拒按，并可扪及痛性包块，肠鸣亢进；腑气不通，胃气上逆则呕吐频繁；肠道传导不利则无大便，不排气；舌脉为瘀结，热毒炽盛之象。

3. 瘕结型

〔临床表现〕 脘腹胀痛，痞满，腹如鼓，全腹压痛，反跳痛和腹肌紧张，肠音减弱或消失，呕吐剧烈，呕出或自肛门排出血性液体，发热、烦躁、自汗、口干、四肢厥冷，舌燥，苔黄腻，脉沉细而数。

〔辨证分析〕 由于气滞血瘀，郁久化热，热盛肉腐而致肠坏死，故有发热、腹痛腹胀、腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张等腹膜刺激征；血不循经而外溢，故呕出或自肛门排出血性液体；肠道传导失司，胃中浊气不降，而呕吐剧烈，由于呕吐频繁肠道不能分清泌浊，水液大量郁积于肠道，则严重耗伤津液，出现口干舌燥苔黄腻；热毒炽盛，邪实正虚，正不胜邪，阴阳两伤，则发生烦躁、自汗、四肢厥冷、脉沉细而数等严重危象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

1. 胃肠减压

一旦明确诊断，应立即进行胃肠减压，以减轻腹胀。对老年病人还可以预防误吸的发生。

胃管保持在胃内，可吸出由肠管逆流到胃内的液体与气体，从而减轻肠管膨胀的程度，有利于手术探查。对于单纯性粘连性肠梗阻和麻痹性肠梗阻，可能仅用胃肠减压与静脉输液，有时可以解除梗阻。

2. 水与电解质的补充

失水和电解质丢失在急性肠梗阻时相当突出。应根据梗阻的部位、时间长短，以及化验检查的结果进行水与电解质的补充。由于呕吐与胃肠减压所丢失的液体，与细胞外液相似，因此，补充的液体以等渗液为主。单纯性肠梗阻，可给予常规补液。绞窄性肠梗阻和机械性肠梗阻，由于血浆和全血的丢失，产生血容量不足和血液浓缩，因此，在纠正脱水、电解质和酸碱失衡的同时，应给予全血、及血浆等，特别是在血压及脉率已发生改变时尤为重要。在治疗过程中，应及时化验检查血球压积、钾、钠、氯化物、二氧化碳结合力等的结果加以调整。另外，因组织破坏和代谢性酸中毒的存在，大量的钾离子由细胞内逸出，因此血钾测定往往不能正确反映细胞内缺钾情况，应进一步做心电图检查。

3. 防治感染和毒血症

单纯性肠梗阻晚期和绞窄性肠梗阻，肠道内部有大量细菌繁殖，细菌和毒素可能通过已受损的肠壁进入腹腔内并被吸收引起腹膜炎和毒血症。因此，应积极地以革兰氏阴性杆菌为重点的广谱抗菌素，如氨苄青霉素、庆大霉素、灭滴灵静脉滴注治疗。

4. 解除梗阻

根据不同的病因采取相应的措施，如氧气驱虫、使用乙状结肠镜插入或钡灌肠治疗乙状结肠扭转、肠套叠等。

5. 手术治疗

经以上治疗，如果病人腹痛加重，呕吐未止，肠音由亢进到消失，白细胞增高，体温升高，脉搏加快，达100次以上/每分钟以上，血压高低不稳定，脉压差缩小时，必须进行手术治疗。观察时间不宜超过48小时，以免发生肠绞窄坏死。手术方法根据梗阻原因有所不同，一般有三种方法：

①解除梗阻原因：如粘连带松解。扭转、套叠的复位。嵌顿疝纳回腹腔等。

②做捷径短路手术以利肠道通畅：如肠吻合，肠造瘘。

③去除病变：切除坏死肠段，或切除肠道的肿瘤。如果病人一般情况极差，估计不能耐受复杂手术的负担时，可暂时作肠外置术，将坏死肠管与腹腔隔离，待病情好转后，再行手术切除。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 气滞型

〔治法〕通里攻下，行气散结。

〔方药〕大承气汤（《伤寒论》）加味。

生大黄（后下）15g、枳实15g、厚朴10g、芒硝（冲服）10g、炒莱菔子30g、甘草3g。

〔加减〕热甚者加栀子、黄连；腹胀明显者加广木香、青皮、陈皮、制香附；恶心呕吐加

姜半夏；瘀滞者加桃仁、当归。

〔分析〕方中大黄攻积泻热，荡涤积滞，以通便缓解腹中实痛；芒硝软坚润燥，以缓解肠中热结、燥屎，配大黄泻下；用枳实破结行气，导滞消痞；厚朴、莱菔子宽中下气，除满解胀。

此型中属单纯性粘连性肠梗阻、麻痹性或痉挛性肠梗阻、蛔虫团或粪便堵塞性肠梗阻、腹腔内结核引起的肠梗阻，原则上以保守治疗为主，如经过1~3天或服药3次以上仍不奏效者，可考虑手术治疗。

2. 瘀结型

〔治法〕祛瘀通腑。

〔方药〕桃仁承气汤（《温病条辨》）加味。

桃仁10g、红花10g、生大黄（后下）10g、炒枳实12g、厚朴10g、当归10g、芒硝（冲服）10g、川芎10g。

〔加减〕腹痛畏寒者，加干姜、小茴香；结块质硬者，加生蒲黄、五灵脂；腹痛剧者，加元胡，制乳香、没药。

〔分析〕方中桃仁、红花、川芎、当归活血祛瘀；大黄攻积泻热，荡涤积滞，芒硝软坚散结配大黄泻下；枳实、厚朴破结、导滞、宽中、下气，除满解胀。

本型肠梗阻多见早期轻度肠扭转，早期肠套叠，病程长、膨胀明显的单纯性肠梗阻，有绞窄趋势的粘连性肠梗阻，高位肠梗阻。在积极进行术前准备及严密观察下，试用以上中药治疗，如病情继续发展或经6~12小时以后，症状仍不解除，应转手术治疗。

3. 疽结型

此型应立即手术治疗。

（二）验方治疗

1. 梗阻通便汤^[5]

〔组成〕生大黄、赤芍各15g，厚朴、党参各20g，枳实、木香、桃仁、芒硝各10g，莱菔子、蒲公英各30g。

〔用法〕水煎至200毫升备用。①100毫升口服。如插胃管者，先将胃内容物抽空，再注入药液，并夹管2小时。②100毫升药液保留灌肠，每日3次，连用2天。

〔功用〕增强肠蠕动，降低肠管张力，改善肠壁血液循环，降低毛细血管通透性，增强机体抵抗力，以及抑菌、消炎作用。

〔疗效观察〕共治疗单纯性肠梗阻56例，并配合西医常规治疗，结果：用药1次治愈者26例；有效3例，后经再次用药治愈；2次治愈者15例；3次以上治愈者5例。无效7例（其中3例经治疗观察24小时，病情加重，疑肠绞窄），即转手术，占12.5%。

2. 甘遂黄硝散^[6]

〔组成〕生甘遂面0.9g、生大黄面0.6g、芒硝0.3g。为1次剂量共1.8g。

〔用法〕用上药1.8克以20ml沸水冲化，待温后自胃管注入或口服。2小时后追加1次，以后4至6小时1次，日限4次。

〔功用〕破结攻下，除积消满，荡积泻热，软坚散结。

〔疗效观察〕治疗肠梗阻248例，治愈226例，占91%；中转手术18例，占7.4%；中

转手术治愈 17 例, 占 7%; 死亡 (术后 1 例, 药后 2 例) 3 例, 占 1.2%; 无效 5 例, (死亡 3 例, 改其它药治愈 2 例), 占 2%。

3. 粘连松解消炎汤^[7]

〔组成〕木香 20g、厚朴 25g、乌药 20g、炒莱菔子 25g、桃仁 20g、赤芍 20g、番泻叶 20g、芒硝 10g (分包冲服)、青皮 20g、陈皮 20g、当归 20g、蒲公英 50g、大黄 30g。

〔用法〕水煎服。

〔功用〕行气活血, 软坚散结, 泻热导滞, 清热解毒。

〔疗效观察〕共治疗肠梗阻及腹内粘连性疼痛 31 例, 最少服用 2 剂, 最多服用 6 剂。治愈 28 例, 占 90.3%。其中粘连性肠梗阻治愈 11 例; 蛔虫性肠梗阻治愈 9 例, 麻痹性肠梗阻治愈 2 例; 腹内粘连性疼痛治愈 6 例, 好转 3 例。

4. 通肠汤^[8]

〔组成〕大黄 (后下)、厚朴各 12g, 枳实、芒硝 (冲服) 各 9g, 莱菔子 12g。

〔用法〕每次水煎 2 剂, 1 剂分次胃管注入, 1 剂保留灌肠。根据病情 4 小时~6 小时后可重复 1~3 次。

〔功用〕泻热通便, 荡涤肠胃, 软坚散结, 消痞除满。

〔疗效观察〕共治疗老年人肠梗阻 38 例, 其中粘连性肠梗阻 15 例在 24 小时痊愈, 6 例分别在 48~72 小时内痊愈, 5 例中转手术; 肿瘤性肠梗阻 7 例均中转手术 (其中 3 例死亡); 2 例便秘性肠梗阻及 1 例麻痹性肠梗阻均在 24 小时内痊愈, 2 例腹外疝肠梗阻转手术治疗。

5. 加味承气汤^[9]

〔组成〕大黄、芒硝、枳实、厚朴、竹茹、赭石、莱菔子、郁李仁。剂量按年龄而异。

〔用法〕水煎 200ml 从胃管注入, 然后夹闭胃管。3 小时后可复注 1 次, 亦 200ml。连注 3 次为一疗程。

〔功用〕泻热, 润肠, 通便, 软坚散结, 降逆止呕。

〔疗效观察〕共治疗粘连性肠梗阻 42 例, 治愈 40 例, 治愈率为 95%。

6. 姜蜜汤^[10]

〔组成〕鲜姜适量洗净去皮, 略切碎, 放入蒜臼内捣糊状, 取出置干净的纱布内挤压取汁。将姜汁内加入等量蜂蜜混合即成。

〔用法〕成人每次口服 20 毫升~25 毫升, 10 岁~16 岁每次口服 15 毫升~20 毫升, 2 小时 1 次。

病情重者可酌情加量, 直至排气排便、腹痛腹胀消失为止。便秘者, 在梗阻缓解后再给药 2~4 次, 每 4 小时服 1 次。并服足量的驱虫灵。

〔功用〕润肠通便, 缓急止痛。

〔疗效观察〕共治疗蛔虫性肠梗阻 47 例, 治愈 41 例, 无效 6 例。无效原因均为蛔虫团较大, 发病时间长, 经保守治疗无效后改用手术取虫。治愈时间最短者 6 小时, 最长者 8 天。

(三) 单味药治疗

1. 蓖麻油^[11]

〔药理〕刺激肠壁, 增强肠蠕动, 使粘连松解, 粪便排出。

〔用法〕蓖麻油 100ml 经胃管注入, 夹闭胃管。2 小时后无效可再注入 50ml。如再观察 3

小时仍无效, 则需中转手术治疗。

〔疗效〕共治疗粘连性肠梗阻 8 例, 症状完全缓解。5 例 3 小时后排出稀油水样便, 另 3 例 5 小时后排出。经腹透液气平面消失。

2. 猪胆汁^[12]

〔药理〕抑制结肠对钠和水的净吸收, 使结肠扩张, 反射性引起肠蠕动加强。

〔用法〕用新鲜猪胆约 2~3 个, 用 50ml 注射器抽取胆汁, 然后将成人导尿管 1 根插入患者肛门约 20cm 左右, 将胆汁注入保留。如无效 8 小时后可再用 1 次, 每天 1~2 次。同时配合输液和持续胃肠减压。

〔疗效〕共治疗肠梗阻 50 例, 结果: 灌肠 1 次治愈者 28 例, 有效 3 例, 其中 2 例经再次灌肠治愈, 1 例再次治疗无效转手术。2 次治愈 13 例, 有效 1 例, 因病情反复而转手术。3 次治愈 4 例, 本组 50 例中最多灌肠 3 次, 5 例无效而中转手术治疗, 总有效率 90%。

(四) 其它疗法

1. 中药肛滴

李乃卿^[13]采用通腑汤高位直肠滴入方法, 疗效明显, 安全可靠。

(1) 通腑汤组成:

大黄 15g (后下), 枳壳 15g, 芒硝 6g, 败酱草 30g, 地榆 30g, 当归 10g, 白芍 10g, 川楝子 15g, 炒莱菔子 20g, 木香 10g, 桃仁 10g, 半夏 10g。

(2) 给药方法:

插管操作: 粗导尿管, 涂石蜡油后, 插入直肠内 20cm, 肛诊证实未有弯曲, 胶布固定, 接输液瓶备用。

滴药方法: 上方中药 1 剂, 浓煎 200ml, 其中大黄后下, 芒硝冲用, 置于输液瓶中, 控制速度, 1 小时内药液滴毕。每日 2 剂。

给药时间: 术后 3 小时即可给药, 2 剂中药间隔滴入, 间隔时间为 8 小时~12 小时, 排气、排便后再用 1 剂~2 剂。

(3) 疗效观察: 共治疗广泛性粘连性肠梗阻术后 11 例, 出血性坏死性胰腺炎 5 例, 胃溃疡穿孔并广泛性腹膜炎 6 例, 腹部脏器多发性损伤、术后十二指肠瘘 1 例, 合并代谢性碱中毒, 感染性休克等。用药后全组病例无药液外溢, 无局部疼痛和里急后重感; 平均给药后 17.5 小时肠鸣音恢复; 给药后 33 小时肛门排气; 给药后 42 小时排便。本组病例观察 1 年以上者 19 例, 半年以上者 4 例, 皆无肠梗阻复发病状, 也无遗留慢性腹痛症状, 治疗效果与腹部手术后不使用中药, 其肠功能恢复情况有明显差异。

2. 外治疗法

李世祥^[14]采用丁香 30g~60g。共研细末, 加 75% 酒精调和, 对酒精过敏者可用开水调合。敷于脐及脐周, 直径约 6 厘米~8 厘米, 纱布用塑料薄膜覆盖, 周围胶布固定, 对胶布过敏者, 可用绷带固定。用本方共治疗麻痹性肠梗阻 20 例, 其中术后肠麻痹 10 例, 弥漫性腹膜炎后肠麻痹 7 例, 脊椎损伤所致肠麻痹 3 例。用药 1 次 15 例, 用药 3 次 5 例, 用药 2 小时后可听到肠鸣音, 4 小时~8 小时排便、排气。

邓宝康^[15]采用葱白、头发、橘叶、皂荚, 热毒型配栀子、滑石、冰片、鸡蛋清; 元气亏虚型配肉桂、小茴香、米仁、麝香、麻油。共捣烂, 敷脐。用于小儿麻痹性肠梗阻。共治疗

23 例, 22 例痊愈。一般在敷药后 10 分钟左右可闻及肠鸣音, 30 分钟左右得矢气, 40 分钟左右腹胀明显减退, 平均敷药时间 50 分钟。

3. 纤维结肠镜复位^[16]

术前准备: 如为慢性肠梗阻(不完全性肠梗阻) 以电解质液法和甘露醇法准备肠道; 紧急情况下用甘油和肥皂水灌肠多次交替。术前 X 线腹透和摄片可了解梗阻部位; 完全性肠梗阻发生 24 小时以上者, 应补充水盐电解质, 术前和术中可行胃肠减压。

方法: 助手将镜管插入肠腔直至看到梗阻闭合部。如系扭转肠梗阻, 无肠粘膜变紫和出血, 一般可以复位。乘肠壁舒张时机, 调节镜端沿扭曲缝隙和弯曲走向, 边注气边推进镜头, 等第二个收缩开始, 镜头钩住肠壁后退镜身、并作轻微逆皱襞旋转或嘱病人转换体位。如病人无剧烈腹痛可如此反复进退几次, 见分泌物从肠腔溢出, 肠腔豁然宽大, 表示扭转已解除。应将镜头继续送至脾曲, 再取直乙状结肠, 反复抽吸肠内气体, 使乙状结肠缩短、柔软, 最后退镜。如系肠套叠, 为近端套入远端, 将镜头对准凸出肠壁推送至套叠解除; 如远端套入近端, 则边注气边进镜, 尽量将镜头送至套叠上端, 反钩住套叠部后退至套叠解除。如是结肠癌所致梗阻, 应边注水边吸引, 将粘附肿瘤表面的粪块吸出并局部活检。如为老年性便秘粪块阻塞梗阻, 先注水湿化, 再用活检钳沿粪块中心插入, 边挖掘边注水, 边引吸, 耐心操作直至梗阻解除。如病人突然感一股气体由肠腔下端往上冲, 说明已解除梗阻, 速注水 1 分钟左右, 即退镜让其自动解便。

注意事项: 全身中毒症状严重, 衰竭或伴严重并发症者为禁忌症。

使用本法纠正低位肠梗阻 10 例, 其中乙状结肠肿瘤梗阻 5 例; 乙状结肠扭转 2 例、乙状结肠套叠梗阻 1 例; 麻痹性肠梗阻 2 例(老年便秘粪便堵塞)。对肿瘤患者可提供明确诊断病灶部位, 以助选择手术方式, 对非肿瘤性梗阻患者可达到治疗目的。5 例随访一年无复发。

三、中西医结合治疗

林方略^[2]采用: ①禁食, 持续胃肠减压, 静脉补液, 纠正水电解质及酸碱失衡和抗感染治疗。②应用中药, 粘连松解汤或复方大承气汤(大黄、芒硝、番泻叶、木香、厚朴、莱菔子等), 根据辨证加减, 多以汤剂口服或中药灌肠。③早期肠套叠则择行钡剂或空气灌肠复位, 部份病例辅以电针、按摩、理疗及其它治疗方法对症处理。共治疗急性肠梗阻 659 例, 中西医结合治愈率达到 80%。

焦万才^[17]采用: ①胃肠减压, 补液, 应用适当的抗生素防治感染。②经胃管注入中药。如体壮症状重者用肠粘连缓解汤: 厚朴 15g, 木香 9g, 乌药 9g, 炒莱菔子 15g, 桃仁 9g, 赤芍 9g, 芒硝 6g(冲), 番泻叶 9g, 共加水 500ml, 煎至 200ml, 每日 2 剂由胃管注入。体弱症状轻者用理气宽肠汤: 当归 15g, 乌药 9g, 桃仁、青陈皮各 6g, 共加水 500ml, 煎至 200ml, 早晚各 1 次由胃管注入。亦可胃管注入生豆油 100ml, 3 小时后不见效可重复 1 次。③灌肠: 在上述治疗的同时, 用温肥皂水 500ml 灌肠; 或用中药: 皂角 30g, 细辛 9g, 加水 500ml, 煎至 300ml 灌肠。④针刺足三里, 借以止痛并促进肠功能的恢复。经以上方法治疗粘连性肠梗阻 180 例, 非手术治疗梗阻解除的 162 例, 占 90%; 手术治疗 18 例, 占 10%; 12 小时内解除肠梗阻的 120 例, 占 67%; 24 小时至 36 小时解除肠梗阻的 42 例, 占 23%。

王季云^[18]同样采用西医常规治疗, 另外采用中药梗阻汤: 厚朴、莱菔子、大黄各 30g, 焦

神曲、焦麦芽、枳实、枳壳各 15g, 芒硝、鸡内金、桃仁、杏仁各 10g, 水煎 200ml, 每日 1 剂, 分 2 次~4 次从胃管灌入, 每次 50ml~100ml 夹管, 1h 后开放。共治疗粘连性肠梗阻 150 例, 治愈 146 例, 治愈率达 97.3%; 中转手术 12 例, 死亡 4 例。灌药 4 次/d 的 51 例平均梗阻缓解时间 1.1d, 余为 2.3d。

席效明^[19]采用: 1. 一般治疗: ①包括人工催吐后再行持续胃肠减压。②建立有效的静脉通道。③常规抗菌素联合应用。④强心剂。⑤抗休克治疗。⑥应用皮质激素等。2. 病因治疗 (总攻治疗) ①胃管内注入植物或矿物 60~200ml 夹管。②中药治疗: 1 号方: 当归 30g, 桃仁 15g, 赤芍 25g, 丹皮 15g, 厚朴 25g, 大黄 25g (后下), 枳壳 25g, 莱菔子 30g, 木香 10g, 牛膝 15g, 芒硝 20g (冲服), 番泻叶 15g。水煎两次, 浓缩 500ml, 胃管注入 250ml, 余稀释后灌肠。适用于单纯性肠梗阻、肠扭转。2 号方: 在 1 号方内加乌药 15g、青陈皮各 15g, 用法同上。适用于粘连性肠梗阻。3. 针刺疗法: 取穴: 中脘、气海、合谷、足三里 (双), 中强刺激或用药物封闭, 包括维生素 K38mg, 阿托品 1mg, 维生素 B10.1, 新斯的明 0.5mg。4. 颠簸疗法: 病人取膝肘位, 术者站立左侧, 用合抱式、平托式、骑跨式方法, 双手置脐腹, 让病人放松腹肌, 可先按摩, 然后抬起腹部, 突然放松, 上下左右振抖, 力量逐渐增加, 每次 3 分钟~5 分钟, 可连续 2 次~5 次, 然后按逆顺方向自右下→右上→左上→左下或相反方向按摩推拿 20 圈左右, 同时转换体位, 病情好转可离床活动数分钟。5. 灌冲疗法: 在总攻前即可用辨证方法煎剂 300ml 保留灌肠, 然后再按总攻方案所需时间用肥皂水或生理盐水 1500ml+庆大霉素 16 万^u, 或辨证方煎剂 300ml, 稀释后高压灌肠, 必要时隔 30 分钟重复 1 次。综合性治疗加总攻治疗, 大约需 4.5 小时左右, 再观察 2 小时左右, 病情好转或稳定, 可行第二次总攻疗法。

采用以上疗法共治疗急性机械性肠梗阻 425 例, 经非手术疗法治愈 335 例, 占总数 78%, 未发生一例死亡。其中总攻一次治愈 264 例, 占 78.8%, 两次治愈 50 例, 占 14.9%, 3 次治愈 21 例, 占 6.27%。中转手术 90 例, 占总数的 21.17%。

李健荣^[20]采用西医常规治疗, 中药: 川朴、木香、枳实、桃仁、赤芍、炒莱菔子、大黄、芒硝。发热加双花、公英、连翘、黄芩等; 肠腔积液加甘遂、牛膝; 老迈体虚加党参、黄芪、当归; 寒盛加附子、干姜; 呕吐重加半夏、竹茹、旋复花; 腹痛加元胡、川楝子。水煎服或从胃管注入, 必要时加灌肠, 每日 1~2 剂。中西医结合共治疗粘连性肠梗阻 500 例, 非手术率 79%, 手术率 20.6%, 治愈率 98.8%, 死亡率 1.2%。

表 2-24-1 急性机械性肠梗阻总攻方案表

时间	措施	备注
准备阶段 0.5 小时~2.5 小时	催吐或持续胃肠减压, 胃肠减压毕后补液纠酸、抗生素、胃管注入油剂激素应用、强心、止痛	60ml~200ml。
主动进攻阶段 2 小时 8:00	腹部颠簸 15 分钟	同时 200ml
8:15	辨证煎剂 200ml 胃管内注入	保留灌肠
8:40	推拿按摩 10 分钟~15 分钟	
9:15	针刺或封闭: 合谷、足三里, 根据梗阻(双)、VitB1、VitK3、阿托类型灵适品、新斯的明	选用
9:35	第二次颠簸 10 分钟~15 分钟	
9:50	第二次推拿, 按摩 10 分钟~15 分钟	
10:10	辨证煎剂 300ml 稀释 1000ml 灌肠, 或盐水、温肥皂水高压灌注	1000ml~1500ml 灌肠

第四节 预防

一、饮食有节: 避免暴饮暴食, 饱餐后不要立即从事剧烈的劳动和运动。对重体力劳动者, 在安排两餐之间的劳动量时, 应按“轻→强→轻”安排, 是预防小肠扭转的重要措施。

二、积极治疗肠道蛔虫症, 可降低蛔虫性肠梗阻的发病率。

三、平素多食富含粗纤维的食品, 培养良好的定时排便习惯, 保持肠道的功能, 以减少粪块堵塞性肠梗阻的发生。

四、早期治疗各种腹外疝。

五、早期发现和治疗肠道肿瘤。

六、腹部手术中, 操作要轻柔, 尽量减少腹膜及脏器浆膜的损伤, 防止或减少术中胃肠道内容物对腹腔的感染, 术后病员应早期起床活动, 尽早恢复胃肠道蠕动功能。可采取:

1. 针刺足三里、内关、天枢等穴位。

2. 甘露醇和中药排气汤^[21]

①甘露醇: 术后麻醉作用消失后即从胃管内或口服 20%甘露醇 125ml, 闭管 3 小时后再注入同量甘露醇, 闭管 5 小时后开放持续减压。②中药: 槟榔 15g, 赤芍 15g, 木香 10g, 枳壳 10g, 川朴 15g, 大黄 10g (后下), 太子参 15g。随症加减。水煎后两次从胃管注入或口服。方法和时间同甘露醇组。③甘露醇加排气汤: 麻醉作用消失后第 1 次用 20%甘露醇 125ml, 闭管 4 小时, 再用排气汤至排便后。根据辨证加减继续服 3~7 天。以上三种方法对腹部术后防止肠粘连梗阻观察 120 例, 取得较好的疗效, 特别是甘露醇合中药效果最佳。

七、根据婴幼儿的生理特点, 应合理增添辅助食品, 是预防婴幼儿发生肠套叠的重要措施。

参考文献

- [1] 李乾构. 中医胃肠病学. 中国医药科技出版社, 1993 年 10 月第 1 版, 第 671 页
- [2] 林方略. 中西医结合治疗急性肠梗阻 659 例临床分析. 天津中医, 1994, 11 (3): 14
- [3] 中国人民解放军总后勤部卫生部. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 1987 年 4 月第 1 版, 第 643 页
- [4] 顾伯华. 实用中医外科学. 上海科学技术出版社, 1985 年 11 月第 1 版, 第 268 页
- [5] 李志辉. 以梗阻通便汤为主治疗单纯性肠梗阻 56 例. 实用中医药杂志, 1992, (1): 9
- [6] 张增仁. 甘遂黄硝散治疗急腹症疗效观察. 北京中医杂志, 1992, (3): 26
- [7] 孟照华. 粘连松解消炎汤治疗肠梗阻及腹内粘连性疼痛 31 例. 实用中西医结合杂志, 1991, 14 (11): 650
- [8] 陈克非. 中西医结合治疗老年人肠梗阻 38 例. 湖北中医杂志, 1988, (5): 15
- [9] 胡宪阁. 加味承气汤治疗粘连性肠梗阻 47 例临床观察. 内蒙古中医药, 1991, (3): 2
- [10] 史振明. 姜蜜汤治疗蛔虫性肠梗阻 47 例. 山东中医杂志, 1989, 8 (3): 28
- [11] 史英环. 蓖麻油治疗粘连性肠梗阻 8 例. 吉林中医药, 1994, 11 (5): 26
- [12] 林志明. 猪胆汁灌肠治疗肠梗阻 50 例. 中西医结合杂志, 1991, 11 (3): 182
- [13] 李乃卿. 通腑汤高位直肠滴入疗效观察. 北京中医杂志, 1993, (1): 23
- [14] 李世祥. 丁香散敷脐治疗麻痹性肠梗阻. 中医杂志, 1988, (11): 55
- [15] 邓宝康. 敷脐为主治疗小儿麻痹性肠梗阻 23 例. 上海中医杂志, 1990, (12): 17
- [16] 周岳进. 纤维结肠镜纠正低位肠梗阻 10 例小结. 内镜, 1992, 9 (3): 173
- [17] 焦万才. 中西医结合诊治粘连性肠梗阻的临床探讨. 实用中西医结合杂志, 1994, 7 (9): 533
- [18] 王季云. 中西医结合杂志治疗粘连性肠梗阻 150 例. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (9): 537
- [19] 席效明. 中西医结合治疗急性机械性肠梗阻 425 例. 实用中西医结合杂志, 1991, 4 (9): 554
- [20] 李健荣. 中西医结合治疗粘连性肠梗阻 (500 例临床总结). 天津中医, 1991, (2): 3
- [21] 李国奇. 甘露醇和中药排气汤对腹部术后防止肠粘连梗阻疗效观察 120 例. 实用中西医结合杂志, 1992, 5 (12): 726

第二十五章 消化道息肉

息肉系指粘膜面突出的一种生物，而不管它的大小、形态及其组织学类型，因此，它是一种描述性名词。包括增生性、炎症性、错构性、腺瘤及其它肿瘤等。所以对息肉病变应进一步明确其组织学类型，息肉与肠壁的连接方式、部位、范围、单发或多发、大小、形态和颜色等都对判断其性质、有无恶变倾向及治疗有关。

胃腺瘤性息肉是胃的一种良性肿瘤，其发病率仅次于胃平滑肌瘤。直径自1mm至1cm，也有 ≥ 4 cm者，单发多见，有蒂或无蒂。一般认为胃息肉表面有恶性变，多发性息肉的恶变率比单个息肉高。世界卫生组织将胃腺瘤组织学的分类分为三个亚型，其癌变率的高低依次为乳头状腺瘤、管状乳头状腺瘤和管状腺瘤。又根据腺瘤之细胞结构和核异常分为三级，一级癌变率为16%，二级为19%，三级为35%。其癌变率与体积大小关系密切， < 1 cm者为7.5%，1cm~2cm为10%， > 2 cm为50%。

大肠息肉约占肠道息肉的80%，其中大多数位于乙状结肠或直肠，单发多见，男性多于女性。据尸检资料，60~80岁的患者可达25~50%。大肠腺瘤的癌变率主要与组织学分型及瘤体大小有关。管状腺瘤癌变机会少，但乳头状腺瘤癌变率为30%~70%，腺瘤直径在0.5cm者癌变率 $\leq 0.1\%$ ， < 1 cm为1.3%，1cm~2cm为10%，而 > 2 cm者为30%~50%。据估计，其癌变时间约为5~15年^[1]。据浙江省大肠癌协作组对30岁以上成年人185861例用直肠镜进行直肠癌普查的结果，直肠息肉的发病率为16.4%。其发病率较国外资料为低^[2]。

消化道息肉属中医学胃脘痛、腹痛、腹泻、便血等范畴。多因脾胃虚弱、情志失调，邪毒侵袭，酒食内伤，湿热蕴结，气血瘀滞，胃肠道络脉损伤而发病。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 病因

胃肠道息肉的发病原因目前尚不清楚，可能与家族遗传因素、慢性炎症、种族、饮食成分及结构等因素有关。

(二) 组织学分类

1. 上皮性

(1) 增生性

(2) 腺瘤性①管状腺瘤（单纯性腺瘤）。②绒毛状腺瘤（乳头状腺瘤）。③管状绒毛状腺

瘤（混合性腺瘤）。

（3）腺瘤病①家族性结肠息肉病。②Gardner 综合征。③Turcot 综合征。

2. 非上皮性

（1）平滑肌瘤

（2）血管肿瘤①血管瘤。②淋巴血管瘤。

（3）错构瘤①黑色素斑—胃肠多发性息肉综合征。②幼年性息肉病综合征。③Cronkhite, Canada 综合征。

（4）炎症性或反应性①炎症性假性息肉。②淋巴样息肉。③类脂性肉芽肿和领肉芽肿。

（二）病理

1. 管状腺瘤

是消化道息肉最常见的一种，由增生的粘膜腺上皮构成。镜下为增生的腺体组织，腺上皮排列规则，分化好，偶有异型性，核分裂也多，但不侵犯粘膜肌层。

2. 绒毛状腺瘤

又称乳头状腺瘤，镜下可见其表面上皮呈乳头状或绒毛状增生、隆起。表面有柱状上皮层被复，中间有少量间质，内含较多血管，极易出血。

3. 管状绒毛状腺瘤

兼有上述两者的表现，癌变率也较高。

多发性腺瘤好发于结肠，但也见于胃、小肠整个消化道。以青年为多见，易癌变。

二、中医的病因病机

（一）脾胃虚寒

由于过食生冷，耗伤中阳，或脾阳不振，寒自内生，寒性收引，使气血凝结不通，可致胃痛，腹痛。正如《素问·举痛论篇》所说：“寒邪客于肠胃之间，膜原之下，血不能散，小络急引，故痛。”

（二）湿热蕴结

由于过饮烈酒或恣食肥甘辛辣油炸煎灼之品，使湿热壅滞胃肠，造成腑气不通，气机痞满，湿热郁积日久，乃生息肉。

（三）气滞血瘀

由于情志不遂，肝气郁结，久病及血，血行涩滞，瘀血内停，瘀血壅滞胃肠，胃肠络脉受损而发病。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

早期可无明显症状。以上腹部不适与隐痛为常见。偶有恶心和呕吐，带蒂的幽门部息肉脱垂可产生餐后中上腹部痉挛性疼痛或暂时性幽门梗阻。贲门部息肉可向食管脱垂引起暂时性吞咽困难。息肉可因溃疡而出血。

(二) 体征

本病可无阳性体征。伴出血者可有缺铁性贫血表现。

(三) 实验室及其它检查

1. X线钡餐检查可显示充盈缺损。气钡双重低张造影可发现 $\leq 1\text{cm}$ 息肉。
2. 胃镜检查可发现小的息肉。

(四) 诊断要点

1. 有上腹部不适隐痛，偶有恶心、呕吐。
2. X线检查可显示充盈缺损。
3. 胃镜检查可发现息肉呈圆形或卵圆形隆起，表面光滑，色泽暗红或呈玫瑰色。带蒂者可活动，不带蒂者其基部宽窄不一。
4. 活组织检查可了解组织学类型。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

胃息肉属胃脘痛范畴。辨证以寒热、虚实、气血为纲。邪气犯胃所致多为实证。胃痛日久，且反复发作，时轻时重，痛处喜按，多以虚证为主。饥时痛甚，纳后痛减，病程短，痛处拒按，饥时痛轻，纳后痛增，多属实证。胃脘冷痛，喜热饮食，泛吐清水，多属寒证。胃脘灼热痛，喜食生冷，泛吐酸水，多属热证。胃胀痛，攻窜胁肋，多属气滞。胃痛如刺如割，疼痛持久，痛处不移，入夜甚者，多属血瘀。

(二) 辨证分型

1. 脾胃虚寒证

[临床表现] 胃脘隐痛，喜按喜热，纳少便溏，畏寒肢冷，得食痛减，遇冷痛重，餐后饱

胀，口淡流涎，舌淡有齿印，苔薄白，脉沉细迟。

〔辨证分析〕脾胃阳虚，纳运不健，胃失温煦，中寒内生，故胃脘隐痛，喜按喜热，得食痛减，遇冷痛重；脾虚不健，运化失职，故餐后饱胀，食少便溏；脾主四肢，阳气虚衰，不能达于四肢，则畏寒肢冷，舌淡有齿印，苔薄白，脉沉细迟，均为脾胃虚寒之象。

2. 湿热蕴结证

〔临床表现〕胃脘灼热疼痛，胸脘痞满，口苦口粘，纳呆嘈杂，恶心呕吐，大便不爽，小便不利，舌苔黄腻，脉滑数。

〔辨证分析〕湿热内侵，阻滞中焦，则胃脘灼热疼痛，胸脘痞满，口苦口粘，纳呆嘈杂；胃气上逆则恶心呕吐；湿热蕴结，气机不畅，故大便不爽，小便不利，舌苔黄腻，脉滑数，均为湿热阻胃之象。

3. 瘀血停胃证

〔临床表现〕胃痛如割，痛处固定，拒按或有吐血、便血，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

〔辨证分析〕胃痛反复发作，气滞血瘀，瘀血阻络，故胃痛如割，痛有定处而拒按；瘀血阻络，血不循经，上溢则呕血，下溢则便血；舌质紫暗，脉涩，均为血瘀之象。

一、辨病·西医诊断

（一）症状

多数病人可无症状，少数病人有腹部不适，腹胀腹痛，便血、粘液便或便秘、腹泻等症状。带蒂的大息肉可引起肠套叠，体积较大的乳头状息肉可造成肠梗阻，也可表现为严重腹泻伴有明显的水、电解质紊乱。

（二）体征

本病无明显阳性体征，伴有出血者可有贫血表现。

直肠指诊：一般距肛门 25cm 以内的息肉均可发现。

（三）实验室及其它检查

①便血时，大便常规镜检可见红细胞。绒毛状腺瘤增大时可产生大量粘液和腹泻，严重时可导致电解质大量丢失，可出现低血钾。②本病主要依靠 X 线钡检查、内镜及直视检查。为早期发现肠道息肉，有必要对 40 岁以上包括无消化道症状者作定期普查，以及早发现并治疗。

（四）诊断要点

1. 诊断

（1）家族性结肠息肉病①多有家族遗传史，青少年发病较多。②可无症状，或出现腹痛、腹泻、血便或粘液血便、贫血、低蛋白血症、低血钾、肠梗阻等。③乙状结肠镜或纤维结肠镜检查，可见多个粘膜隆起，多有蒂，表面光滑，不分叶的暗红色息肉，活检可以确诊。④X 线钡剂检查可见充盈缺损。

（2）结肠息肉①便血或粘液便。②可有里急后重、便秘或排便次数增多等。③X 线钡剂灌

肠可有充盈缺损。④纤维结肠镜检查，可窥见单个或多个肿块。⑤病理切片明确诊断。

(3) 直肠息肉①大便带血、色鲜红、量不多，无自觉疼痛。排便时息肉可脱出，排便后还纳。偶可见粪便上有沟槽，多见于儿童。②肛指检查可触及圆形、质软、有弹性、带蒂或无蒂之大小不等，单个或多个肿物。③直肠镜或乙状结肠镜检查，常可窥见肿物，并可取活体组织明确诊断。④X线钡剂灌肠，可确定息肉部位及数目，可助鉴别诊断。

2. 鉴别诊断

(1) 与细菌性痢疾相鉴别急性细菌性痢疾大便呈脓血样，量少，次数频繁，常伴有腹痛、里急后重及毒血症症状。粪便实验室检查，可见有大量与粘液相混的脓细胞及巨噬细胞。

(2) 与慢性非特异性溃疡性结肠炎相鉴别本病约1/3的病例有血便，但大量血便者甚少见。出血常为间歇性，如持续的便血且大便出现恶臭，则考虑并发结肠癌。

(3) 与结肠癌相鉴别腹痛、腹泻是结肠癌的主要症状，常伴有里急后重，排便不畅，便血，另外，后期可出现进行性消瘦，贫血等消耗症状。指诊检查及内窥镜检查可有助于诊断。

(4) 与结肠憩室相鉴别结肠憩室多发病于乙状结肠，好发于年龄在40岁以上，形体肥胖，常于坐位工作，有便秘习惯者。如憩室发炎，可出现腹痛发热、局限性腹部压痛、白细胞增多等症状。有部分病例可出现便血，X线钡剂灌肠可帮助诊断。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

大肠息肉属于中医“肠覃”、“积聚”、“泄泻”、“便血”等范畴。多因情志失调，气滞血瘀、酒食内伤、滋生痰浊，邪毒留着大肠。以致肠道气机失调，湿热壅滞，肠道脉络损伤，是其主要的发病机制。

由于痰浊、湿热下注大肠，阻碍大肠传导功能，致气滞血瘀，不通则痛，故见腹痛、腹泻，夹粘液及血便，色鲜红，舌红苔黄腻。气滞血瘀，则见腹部刺痛、固定不移，血便，其色紫黯，舌质紫暗，脉涩。脾胃虚寒，则见大便频泄，或血便，腹中隐痛，肛门有下坠感，面色萎黄，形寒肢冷。

(二) 辨证分型

1. 大肠湿热证

[临床表现] 大便不畅或稀溏，夹粘液及血便，其色鲜红，腹痛腹胀，口苦。舌红苔黄腻，脉濡数。

[辨证分析] 由于偏食膏粱厚味，或嗜酒无度，损伤脾胃，痰浊内生，痰浊湿浊下注大肠，阻碍大肠传导功能，气机郁滞，故见腹痛腹胀，湿热之邪下迫大肠，大肠传导、变化功能失常，故见大便不畅或稀溏；湿热与肠中垢渣搏结，久羁肠道，郁而化热，致邪毒炽盛，灼伤肠络，故便血，其色鲜红；舌红苔黄腻，脉濡数，乃为湿热之象。

2. 气滞血瘀证

[临床表现] 腹部刺痛，固定不移，腹胀泄泻，利下紫黯粘液血便，面色晦暗，舌质紫暗或有瘀斑，脉弦细或涩。

〔辨证分析〕由于情志不畅，肝气郁结，导致气滞血瘀，不通则痛，故见腹部刺痛，固定不移，气滞不畅，则腹胀泄泻；瘀血之邪伤及络脉，则利下紫黯粘液血便；气滞血瘀，则面色晦暗；舌质紫暗，脉弦细涩，均为血瘀之象。

3. 脾胃虚寒证

〔临床表现〕大便频泄或血便，肛门有下坠感，腹中隐痛，纳呆，食后脘腹胀闷，面色萎黄，形寒肢冷。舌淡，苔薄白，脉沉细无力。

〔辨证分析〕由于病久脾胃虚损，运化失职，寒自内生，肠道传导不利，故见大便频泄，脾不统血则便血；气虚下陷，则肛门有下坠感；脾胃虚寒，运化无力，则腹中隐痛，纳呆，食后脘腹胀闷；脾胃虚寒，阳气不能外达，则面色萎黄，形寒肢冷。舌淡，苔薄白，脉沉细无力，均为脾胃虚寒之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

（一）胃息肉

无蒂尤其直径 $>2\text{cm}$ 者，一般可采取手术治疗。

（二）大肠息肉

1. 位于距肛门 25cm 以内的大肠息肉，可以自肛门或经乙状结肠镜处理。根据息肉是否有蒂，采用不同方式。

（1）有蒂息肉可用圈套器自息肉蒂根部电灼切除。

（2）无蒂息肉应先进行活组织检查，如为良性或息肉较小时，可经乙状结肠镜整个电灼去除。如息肉较大或粘膜内癌，应作包括息肉在内的肠壁全层切除。位于距肛门 12cm 以内的息肉可经肛门或经骶进行切除，位于距肛门 12cm 以上的息肉则应开腹手术。如已为浸润癌的息肉应按大肠癌手术原则处理。

2. 位于距肛门 25cm 以上的大肠息肉是否有蒂，采用不同方法处理。

（1）有蒂息肉经圈套器电灼切除，原则方法同前。

（2）无蒂息肉如为良性，息肉较小，可以经结肠镜将息肉整个电灼去掉。如息肉较大，或成为浸润癌时，应开腹手术治疗。

经纤维结肠镜治疗大肠息肉的并发症主要为穿孔，出血，其发生率约 $0.1\%\sim 0.6\%$ ^[4]，所以在治疗中应谨慎。胡群璋^[5]经小肠镜摘除了40例（52颗）空肠息肉，其中炎性息肉26颗，增生性息肉22颗，腺瘤性息肉2颗，错构性息肉2颗。多伴不同程度的异型增生，均采用圈套器及活检钳摘除。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

胃息肉

1. 脾胃虚寒证

〔治法〕 益气健脾，温胃止痛。

〔方药〕 黄芪建中汤（《金匮要略》）合理中汤（《伤寒论》）加减。

黄芪 15g、党参 12g、桂枝 10g、白芍 5g、干姜 6g、甘草 10g、元胡 10g、陈皮 10g、姜半夏 10g、白术 12g、云苓 10g。

〔分析〕 黄芪、党参、白术、云苓健脾益气，小建中汤温脾散寒、缓急止痛、陈皮、姜半夏化痰止呕，全方共奏温胃健脾散寒，缓急止痛之功。

2. 湿热蕴结证

〔治法〕 清化湿热，理气和胃。

〔方药〕 连朴饮（《霍乱论》）合六一散（《类证治裁》）。

黄连 6g、厚朴 10g、姜半夏 10g、栀子 10g、吴茱萸 3g、藿香 15g、六一散（包）20g。

〔加减〕 热甚者加黄芩、大黄；湿盛者加薏米、佩兰；肝胃郁热，迫血妄行者，加生地、丹皮、大黄、三七等。

〔分析〕 黄连、厚朴、姜半夏、栀子清利湿热；吴茱萸调肝胃止呕；藿香，六一散清热化湿。

3. 瘀血停胃证

〔治法〕 理气行郁，活血化瘀。

〔方药〕 丹参饮（《医宗金鉴》）合失笑散（《太平惠民和剂局方》）加减。

丹参 15g、蒲黄 10g、五灵脂 10g、生大黄 6g、檀香 10g、三七粉（冲）3g。

〔加减〕 属肝胃郁热，迫血妄行者，加黄芩、黄连、白茅根、丹皮；属脾不统血者，加黄芪、仙鹤草。

〔分析〕 丹参饮行气止痛；失笑散活血化瘀；生大黄活血行瘀降浊；三七粉止血化瘀。

大肠息肉

1. 大肠湿热证

〔治法〕 清热利湿，凉血解毒。

〔方药〕 白头翁汤（《伤寒论》）合地榆散（《景岳全书》）加减。

白头翁 15g、秦皮 20g、黄连、黄芩、黄柏、栀子各 10g、地榆 30g、茜草根 15g、茯苓 20g。

〔加减〕 气滞腹胀满者，加木香、枳实，腹痛甚者，加白芍、甘草缓急止痛；大便不畅，加大黄；大便夹粘液多者，加败酱草，以清热解毒。

〔分析〕 白头翁清血分热毒；黄连、黄柏、黄芩、栀子清利三焦湿热；地榆，茜草根，清肠凉血解毒；茯苓健脾利湿。

2. 气滞血瘀证

〔治法〕 行气活血，化瘀解毒。

〔方药〕少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减。

当归 10g、川芎 10g、赤芍 10g、小茴香 6g、肉桂 3g、生蒲黄 10g、五灵脂 10g、元胡 10g、红藤 30g、白花蛇舌草 30g、香附 10g。

〔加减〕便血不止者，加血余炭、三七粉、地榆炭，腹痛重者，加大黄、桃仁。

〔分析〕当归、川芎、赤芍养血和营，小茴香、肉桂温通下焦而止痛；生蒲黄、五灵脂、元胡活血化瘀，和络止痛，红藤、白花蛇舌草清热解毒化瘀；香附理气散瘀。

3. 脾胃虚寒证

〔治法〕健脾和胃，温中化湿。

〔方药〕参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

党参 15g、白术 12g、山药 15g、云苓 30g、砂仁 6g、陈皮 10g、莲子肉 10g、白扁豆 15g、厚朴 10g、诃子 10g、炙甘草 6g。

〔加减〕若脾阳虚衰，阴寒内盛，可加附子理中汤；气虚甚者，加黄芪；失血量大而腹痛不止，加当归；出血不止者，加白芨、乌贼骨收敛止血，或三七粉化瘀止血。

〔分析〕党参、白术、云苓、甘草健脾益气；砂仁、陈皮、扁豆、山药、莲子肉健脾化湿；厚朴理气燥湿，诃子涩肠止泄。

（二）验方治疗

1. 胃三号Ⅱ冲剂^[6]

〔组成〕党参、白术、丹参、马鞭草、蚤休、枳壳等。

〔功用〕健脾益气、活血化瘀，理气清热。

〔疗效观察〕用本方共治疗 17 例炎性息肉，发于贲门口息肉 4 例，幽门口息肉 5 例，胃窦部息肉 8 例，17 例均伴有慢性萎缩性胃炎。结果，11 例息肉消失，占 64.71%；另外 2 例由多发性息肉减为单个；1 例息肉面积由大变小；3 例无明显变化。

2. 五倍子乌梅汤^[7]

〔组成〕乌梅 12g、五倍子 9g、夏枯草 30g、五味子 9g、紫草 15g、煅牡蛎 30g、海浮石 12g、贯众 15g。

〔用法〕上药煎成 150 毫升~200 毫升浓汁，保留灌肠，每日 1 次，2 周为一疗程，间歇 1 周后重复使用。

内服方：

〔组成〕当归 12g、丹参 12g、白术 24g、王不留行子 30g、山甲片 12g、皂角刺 9g、薜荔果 15g、姜黄 12g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂，1 月为 1 疗程，间歇 1 周，重复使用。

〔疗效观察〕以五倍子乌梅汤灌肠为主，配合内服中药，共治疗结肠息肉 14 例，息肉最小 0.5×0.3cm，最大 2×2cm，平均为 0.6×0.6cm，其中 2 例为多发性，分别为黑斑息肉综合征和幼年性息肉病。息肉性质分别为：肿瘤性 8 例，增生性 2 例，炎症性 2 例，黑斑息肉综合征 1 例，幼年性息肉 1 例。治疗时间最短为 2 个月，最长为 1 年，平均 4 个月有效率达 92.86%。息肉消失时间：2 个月 1 例，3 个月 8 例，6 个月 2 例，1 年 1 例，6 个月明显减少 1 例。其中 3 个月消失的占有效病例的 61.53%。

(三) 其它疗法

(1) 万黎^[8]运用疏肝和胃, 继之行气活血, 终以益气养阴之方法, 治疗胃体息肉 1 例, 四逆散、左金丸加味: 炒枳壳 9g, 杭白芍 12g, 醋柴胡 6g, 生甘草 3g, 炒吴萸、黄连各 6g, 神曲 9g, 砂仁 6g, 煨葛根 3g。随症加减。连续服药 21 剂后, 复查胃镜, 胃息肉消失。

(2) 鲁臣溪^[9]采用经内镜高频电凝电切和微波烧灼摘除和烧灼消化道良性息肉 692 颗。结果, 高频电切: 上消化道一次切除单发性息肉 55 例, 多发性 10 例, 切除息肉大小为 0.3cm~0.4cm。术后 3 例发生出血, 其中大出血 1 例, 下消化道息肉 1 次性切除单发性息肉 48 例, 多发性 13 例。切除息肉大小 0.3cm~1.0cm。未发现出血和穿孔。微波治疗: 上消化道息肉一次性烧灼单发性息肉 53 例, 多发性息肉 36 例, 其中一次烧灼息肉 2 颗~5 颗 20 例, 6 颗~10 颗 5 例, 11 颗~16 颗 7 例, 22, 26, 44 颗各 1 例, 烧灼息肉大小 0.3cm~1.2cm。下消化道息肉一次性烧灼单发性息肉 28 例, 多发性息肉 12 例, 其中一次烧灼息肉 2.5 颗 7 例, 17, 21, 27, 44 颗各 1 例, >1000 颗 1 例, 在微波烧灼过程中未发现不良反应。

(3) 秦云才^[10]采用内镜激光治疗消化道息肉(食管、胃 8 例, 直肠、乙状结肠 6 例), 共 17 颗息肉(亚蒂 3 颗, 广基底 14 颗)。1 次照射治愈 12 例, 2 次照射治愈 2 例。采用电凝治疗 61 例, 共 99 颗息肉(亚蒂 17 颗、短蒂 28 颗, 长蒂 57 颗, 7 颗直径<0.5cm 的广基底息肉行电凝灼除)。55 例 1 次治愈, 6 例因多发性息肉分 2 次治愈。并体会到, YAG 激光治疗广基底息肉简便安全, 高频电切有蒂息肉优于激光。

三、中西医结合治疗

(一) 本病属西医外科范围, 一经明确诊断, 一般采用外科手术治疗, 内镜摘除为主要治疗手段。

(二) 乳头状腺瘤其临床表现为排出粘液, 发生大量粘液性腹泻, 每日可达 3000ml 以上, 而导致严重脱水, 电解质紊乱、循环衰竭、酸中毒等代谢紊乱, 可及时给予补液, 及纠正电解质紊乱, 酸中毒治疗。

(三) 中医可采取辨证施治。

第四节 预防

结肠腺瘤的病人其大肠癌的发病率可比一般人群高 35 倍, 多发性腺瘤可高出 10 倍左右^[11]。家族性息肉病, 是一种少见的遗传性大肠息肉病。结、直肠内布满息肉状的腺瘤, 如不及时治疗, 至中年时几乎全部病人将发展为结、直肠癌。所以及早检出及去除癌前期病变的大肠腺瘤, 对于防止大肠癌的发生具有积极的意义。

另外, 要积极参加体育锻炼, 增强体质; 避免情志过极, 保持心情舒畅; 饮食清淡, 一般不宜过食辛热炙烤, 膏粱厚味, 以免肠道酿湿助热, 导致湿热壅滞大肠而发病。

参考文献

- [1] 林兆耆. 实用内科学. 人民卫生出版社, 1993年9月第9版, 第1398页
- [2] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993年12月第2版, 第699页
- [3] 中国人民解放军总后勤部. 《临床疾病诊断依据治愈好转标准》. 北京, 人民军医出版社, 1987年第1版, 第639~640, 649~650页
- [4] 孟荣贵. 大肠息肉. 人民军医, 1992, (7): 73
- [5] 胡群璋. 空肠息肉的内镜诊断与摘除. 内镜, 1992, 9 (3): 147
- [6] 袁红霞. 益气活血法治疗胃内炎性息肉. 天津中医学院学报, 1992, (3): 21
- [7] 滕松茂. 五倍子乌梅汤灌肠为主治疗结肠息肉14例. 上海中医药杂志, 1993, (2): 11
- [8] 万黎. 胃息肉治验一则. 中医杂志, 1991, (8): 29
- [9] 鲁臣溪. 235例消化道息肉经内镜治疗的体会. 安徽医学, 1992, 13 (2): 34
- [10] 秦云才. 经内镜激光与高频电治疗消化道息肉75例对比分析. 山东医药, 1993, 33 (3): 15
- [11] 郑芝田. 胃肠病学. 人民卫生出版社, 1993年12月第2版, 第703页

第二十六章 细菌性痢疾

细菌性痢疾（简称菌痢）是由痢疾杆菌引起的低位肠道、主要是结肠的炎症性病变，是国内外最常见的传染病之一；其临床特点为发热、腹痛、腹泻、里急后重；以及排脓血样粪便。全年均有发病，以夏秋二季最多，男女老幼对本病有普遍易感性，儿童发病率高于成人，中毒型菌痢多见于儿童，恢复期患者带菌率较高，一般病后2月带菌率为2.6%~34.8%，绝大部分在4个月内摆脱带菌状态。据有些地区调查，居民中健康带菌率为1%~2%，密切接触者的带菌率为5%~7%。控制本病首先从管理传染源着手。痢疾杆菌在体外可生存数天到数月。慢性或恢复期带菌者的粪便污染饮水、食物、器皿及衣服，使之成为传染源，后者经口传染。苍蝇是活跃的传播者，其带菌率高达8%~30%。

本病属中医学中“痢疾”、“泄泻”等范畴。《内经》谓之肠澼，《难经》谓之大瘕泄，《伤寒论》谓之热利下重与下利便脓血。至晋唐方谓之痢。金元时代，已知本病能相互传染，因而有时疫痢之名。如《丹溪心法·痢篇》指出：“时疫作痢，一方一家，上下传染相似。”认为其病因多由：“饮食不节，起居不时，”“生冷油腻，留滞于内，湿蕴热瘀，伏而不作。偶为调摄失宜，风寒暑湿，干触秽浊，故为此疾。其多发于夏秋者，因脾主长夏，脾感酷暑，肺金亦病，至秋阳气收敛，火气下降，肺传大肠并迫而为病也。”

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

（一）病因

本病的病原体为痢疾杆菌，革兰氏染色阴性。由于慢性病、过度疲劳、暴饮暴食及消化道疾患等因素降低了人体的全身或胃肠道的局部防御机能，痢疾杆菌得以侵入肠粘膜上皮细胞而引起菌痢。

根据生化和血清学反应，痢疾杆菌分志贺氏痢疾杆菌、福氏痢疾杆菌、鲍氏痢疾杆菌和宋氏痢疾杆菌四种。每一株又有许多不同的亚株，以菌株抗原分类，各分A、B、C、D群。各型痢疾杆菌均可产生内毒素，志贺氏菌还能产生外毒素，故发病最为严重；各菌群之间并无交叉免疫，病后产生的免疫力，除甲群较稳定外，其余各群均较弱且维持时间短暂，故易出现复发和再感染。目前国内以福氏杆菌较多见，宋氏杆菌也有逐年增长的趋势，这两群的特点是以轻型病人多，易转成慢性。

（二）病理

实验研究表明，痢疾杆菌进入肠道粘膜2小时~48小时后大量繁殖，使结肠粘膜及粘膜

下层发生化脓性病变，其中以乙状结肠和直肠最为明显，近段结肠和回肠也可被波及。粘膜可为含有大量中性细胞的纤维素渗出物所覆盖，有斑片状坏死，多发性浅表出血性溃疡。严重者，溃疡可融合，粘膜大片溶解、剥落。病变一般止于粘膜下层，但也有侵犯肌层，而肠穿孔罕见。局部淋巴结肿大，但不化脓。

休克多数由于排便频繁，失水及电解质丢失而造成；细菌毒素亦可致之。在恢复期炎症很快消退，溃疡愈合。由于治疗不当，一部分患者的病情长期不愈或反复发作，成为慢性细菌性痢疾。

二、中医的病因病机

本病多由外受湿热、疫毒之气，内伤饮食生冷，损伤脾胃与脏腑而形成。

（一）外感时邪

暑湿、疫毒之邪，侵及肠胃、湿热郁蒸，或疫毒弥漫，气血阻滞，与暑湿疫毒相搏结，化为脓血而成为湿热痢或疫毒痢。一般认为湿热伤于气分，则为白痢，伤于血分，则为赤痢；气血俱伤，则为赤白痢。

（二）内伤饮食

饮食不节，或误食不洁之物，如其人平素好食肥甘厚味，酿生湿热，湿热内蕴，腑气壅阻，气血凝滞，化为脓血，则成湿热痢。若湿热内郁不清，又伤及阴血，而形成阴虚痢。若其人平素恣食生冷瓜果，有伤脾胃，脾虚不运，水湿内停，中阳受困，湿从寒化，寒湿内蕴，如再饮食不慎，寒湿食积壅塞肠中，肠中气机受阻，气滞血瘀，与肠中腐浊之气相搏结，化为脓血而成寒湿痢。

本病病位虽然在肠，但肠与胃密切相连，如湿热、疫毒之气，上攻于胃，或久痢伤正，胃虚气逆，则胃不纳食，而成为噤口痢；如痢疾迁延，正虚邪恋，或治聊不当，日涩太早，关门留寇，则成久痢或时愈时发的休息痢；痢久不愈或反复发作，不但损伤脾胃而且影响及肾，导致脾肾亏虚，形成下痢不止。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）临床表现

潜伏期为数小时～8天，一般2天～4天，起病突然，出现寒战或畏寒、发热、痛，继而频繁的腹泻和里急后重，并可伴有恶心及呕吐。粪便初为水样或糊状，量较多，伴有粘液及血丝，以后几乎全为粘液、脓血便，量少。重型及中毒型者多见于儿童和老人，起病急，可有高热、意识模糊、谵妄、惊厥和休克等。初时脓血便可以很不明显，肠道症状直至次日才发生。轻型者体温可以正常，症状轻，有稀便或水样便伴少量粘液，无明显脓血，腹部压痛

以降结肠和乙状结肠部较为明显,重型可有满腹压痛,常伴有肛门痉挛。

(二) 实验室及其他检查

1. 血象

急性菌痢白细胞总数可增多,在 $10\sim 20\times 10^9/L$ 之间,中性粒细胞亦增高,慢性菌痢可伴轻度贫血。

2. 粪便检查

典型急性菌痢粪便量少,有粘液、脓血,镜检可见大量脓细胞与红细胞,如发现巨噬细胞,更有助于诊断。

大便培养阳性是确诊的依据。宜采集新鲜标本,挑选脓血粘液部分,早期多次培养能提高阳性率,应常规做药物敏感试验。

3. 免疫学检查

荧光抗体染色法寻找粪便中痢疾杆菌抗体成分,对大便培养阳性率不高的慢性病例有一定价值。

4. 乙状结肠镜和X线钡剂灌肠检查

乙状结肠镜检查可见肠粘膜弥漫充血、水肿、浅表溃疡与大量粘液脓性渗出物。慢性期肠粘膜除充血、水肿、溃疡外,粘膜呈颗粒状,可有瘢痕和息肉,取肠壁粘液脓性分泌物作细菌培养可提高检出率。

X线检查:慢性期可见肠道痉挛,肠蠕动减慢,袋形消失,肠腔狭窄,肠壁增厚、肠段缩短等。

(三) 诊断要点

1. 诊断

急性细菌性痢疾:

- (1) 突然畏寒发热,继之腹痛、腹泻、里急后重、粘液脓血便,轻度仅稀便。
- (2) 中毒型:2~7岁儿童突然高热、休克和惊厥、昏迷。
- (3) 大便镜检有较多脓细胞,红细胞和巨噬细胞。
- (4) 大便培养痢疾杆菌阳性。

慢性细菌性痢疾:

- (1) 有菌痢既往史,痢疾迁延2个月以上。
- (2) 乙状结肠镜或结肠内窥镜检查,肠粘膜病变符合菌痢。
- (3) 排除慢性阿米巴痢疾,血吸虫病,肠息肉,直肠癌,溃疡性结肠炎。
- ④大便培养出痢疾杆菌,或荧光抗体染色检出大便中痢疾杆菌抗原。

2. 鉴别诊断

(1) 急性阿米巴痢疾:急性阿米巴痢疾潜伏期较长,呈散发性,不发热或有低热,全身症状较轻,腹泻次数较少,无里急后重或表现较轻,右下腹压痛明显,大便呈暗红色,味腥臭,镜检脓细胞较少,可见成堆的红细胞,有溶组织阿米巴滋养体。肠镜检查及粘液分泌物涂片检查可以确诊。

(2) 细菌性食物中毒:该病包括沙门氏菌属、嗜盐菌、金黄色葡萄球菌和变形杆菌性食

物中毒。亦多见于夏秋季节，发病者为同时进餐者，多集体发病。潜伏期较短，起病较急，呕吐明显，无里急后重。大便培养致病菌可以鉴别。

(3) 急性坏死性出血性小肠炎：常发于夏秋季节，青少年多见。有发热、腹痛、腹胀、腹泻与菌痢相似，本病有血便，全身毒血症症状较重，短时间内可出现贫血、衰竭和休克。本病临床以肠出血为主，大便可培养出革兰氏阳性球菌，部分有变形杆菌、产气荚膜杆菌。菌痢粪便可培养出各型痢疾杆菌，是二者的主要区别。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病可分为急性、慢性两大类。初起多为实证、热证。下痢日久，多转为虚证、寒证。湿热致病，临床最为多见，证见下痢赤白，赤多白少，里急后重，肛门灼热是辨要点。若热盛伤阳，则燥热内生，此多见下痢赤白，但多枯涩难下。属寒者多见痢下白冻，白多赤少是其要点；虚寒证临床多见痢下稀薄，阴虚证多见痢下赤白，甚或下痢鲜血，一般病程多较长，由实证转化而来者居多；属实证者，其证起病急骤，来势凶猛，下痢脓血，甚则蒙蔽清窍，神志不清，或见邪毒内闭，或见暴痢致脱之象。

(二) 辨证分型^[1]

1. 湿热痢

〔临床表现〕腹痛，里急后重，下痢赤白相杂，肛门灼热，小便短赤，苔腻微黄，脉滑数。

〔辨证分析〕湿热之邪壅滞肠中，气机不畅，传导失常，故腹痛，里急后重，湿热熏灼肠道，肠络受伤，气血瘀滞，化为脓血，故下痢赤白。湿热下注，则肛门灼热，小便短赤。苔腻为湿，黄为热，脉滑为实，多热的征象。

2. 寒湿痢

〔临床表现〕痢下赤白粘冻，白多赤少，或纯为白冻，伴有腹痛，里急后重，饮食乏味，胃脘饱闷，头身重困，舌质淡，苔白腻，脉濡缓。

〔辨证分析〕寒湿者皆为阴邪，阴邪留着肠中，则气机郁滞，传导失常，故见下痢腹痛，里急后重。寒湿伤于气分，故下痢白多赤少或纯为白冻。寒湿中阻，运化失常，故饮食乏味，胃脘饱闷。脾主肌肉而健运四旁，寒湿困脾，则健运失司，故头身困重。舌淡苔白腻，脉濡缓，皆为寒湿内盛之征。

3. 虚寒痢

〔临床表现〕下痢稀薄，带有白冻，甚则滑脱不禁，或腹部隐痛，食少神疲，四肢不温，腰酸怕冷，舌淡苔薄白，脉沉细而弱。

〔辨证分析〕痢久脾虚中寒，寒湿留滞肠中，故下痢稀薄带有白冻。寒盛正虚，肠中失却温养，故腹部隐痛。胃主受纳水谷，脾主运化四旁，胃气虚弱，脾阳不振，故食少神疲，四肢不温。脾胃虚寒，则化源不足，肠中久痢，则精微外流，因而导致肾阳亦虚，关门不固，所以腰酸怕冷，滑脱不禁。舌淡苔白，脉沉细弱，皆为虚寒征象。

4. 疫毒痢

〔临床表现〕发病急骤，痢下鲜紫脓血，腹痛剧烈，里急后重较湿热痢为甚，或壮热口渴，头痛烦躁，甚则神昏痉厥，舌质红绛，苔黄燥，脉滑数。

〔辨证分析〕疫毒之邪，伤人最速，所以发病骤急。疫毒熏灼肠道，耗伤气血，故下痢鲜紫脓血。疫毒之气，甚于湿热之邪，所以腹痛里急后重较湿热痢为甚。毒盛于里，助热伤津，所以壮热口渴。毒邪上攻清窍则头痛，毒邪内扰心营则烦躁。热毒蒙蔽清窍则神昏，热盛动风，则痉厥。舌质红绛，苔黄燥，脉滑数等，皆为疫毒内淫炽盛之征。

5. 休息痢

〔临床表现〕下痢时发时止，日久难愈，饮食减少，倦怠怯冷，嗜卧，临厕腹痛里急，大便夹有粘液或见赤色，舌质淡苔腻，脉濡软或虚数。

〔辨证分析〕下痢日久，正虚邪恋，寒热夹杂，肠胃传导失司，故缠绵难愈，时发时止。脾胃虚弱，中阳健运失常，故纳减嗜卧，倦怠怯冷。湿热留连不去，病根未除，故感受外邪或饮食不当而诱发，发则腹痛里急，大便夹粘液或见赤色。苔腻不化，脉濡软或虚数，乃湿热未尽正气虚弱之征。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

(一) 急性菌痢

1. 一般治疗

隔离卧床休息，饮食以流质或半流质为主，忌用多渣、多油、刺激性食物，勿进牛奶。有失水者补液，轻者用口服补液盐（ORS），重者应静脉补液。要维持血压在正常范围，成人每日尿量在1200ml以上。有酸中毒者，酌情给予碱性液体。里急后重与腹部绞痛显著者加服胆碱能神经阻滞药，如山莨菪碱、颠茄等。

2. 抗菌治疗

由于广泛应用抗菌药物使痢疾耐药菌株不断产生，同一菌株可以对多种抗菌药物都具有抗药性。所以应当选用对当地菌株较敏感的药物或参考药敏试验结果选用敏感药物。通常选用：①吡哌酸：0.5g/次，3次/天；或2次/天，1g/次，疗程5日~7日。②氟哌酸：0.4g/次，2次/天，疗程5日~7日。③甲氧苄氨嘧啶（TMP）：常与磺胺类药物，某些抗生素或中草药伍用。0.1g/次，2次/天，5日~7日。④呋喃唑酮（痢特灵）：0.2g/次，2次/天，5日~7日。⑤抗生素：可酌情使用土霉素、庆大霉素、氨苄青霉素等。⑥磺胺类药物：磺胺嘧啶或磺胺甲基异噁唑等，1g/次，2次/天。

(二) 中毒性菌痢

抢救治疗时，首先要解除微血管痉挛，同时要积极控制高热、惊厥，防止循环、呼吸衰竭，迅速控制感染。

1. 扩充血容量，纠正酸中毒，维持水和电解质平衡

一般首先用2份生理盐水加1份1.4%碳酸氢钠溶液或6%低分子右旋糖酐,不超过500ml,快速静脉滴入,然后按生理需要量和继续丢失量,算出当日补给量,将当日补给量2/3在8小时~12小时内输入,余者12小时~16小时内输完,以后根据病情到能口服为止。酸中毒明显时,应用5%碳酸氢钠液,每次5ml/kg,静脉快速滴入。低钾者,须补钾,注意防止心衰、肺水肿、脑水肿的发生,必要时应用强心剂。

2. 应用血管扩张剂,解除微小动脉痉挛,防止循环衰竭

山莨菪碱40mg,静脉缓慢推注,视病情可酌加药量或5~15分钟再重复给药。如血压仍未回升,应酌情改用或加用升压药,如间羟胺、多巴胺等。

3. 应用冬眠药物,控制高热惊厥

对高热者用复方冬眠灵(氯丙嗪、异丙嗪各1mg~2mg/kg肌注。头部物理降温,必要时给适量解热剂(阿司匹林等)或皮质激素。对极度躁动者,必要时可加用安定、苯巴比妥钠或水合氯醛等。

4. 应用脱水剂,控制脑水肿,防止呼吸衰竭

可用甘露醇、山梨醇等静脉滴入脱水,酌情选用呼吸兴奋剂及其他急救措施。

5. 应用抗菌药物,控制感染

6. 激素的应用

一般用于比较严重的病例,如休克、中毒症状明显者,可选用氢化可的松或地塞米松。

(三) 慢性菌痢

1. 对急性发作者,按急性菌痢治疗

粪便培养阳性,应做药敏试验,选择敏感药物。

2. 药物保留灌肠

如1%~2%磺胺溶液或5%大蒜浸液、0.3%黄连素等配成200ml溶液,每晚1次,10天~14天为1个疗程。

3. 治疗肠功能紊乱

对肠功能紊乱者,酌情选用乳酶生、异丙嗪、针灸等治疗方法。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 湿热痢

[治法] 清热利湿,行气导滞。

[方药] 芍药汤(《素问病机气宜保命集》)加银花。

黄连15g、黄柏12g、秦皮15g、赤芍15g、黄芩9g、槟榔12g、木香9g、甘草12g、当归20g、金银花20g。

[加减] 如表证未解,里热已甚,宜解肌清热,可选用葛根芩连汤;热毒甚者,则宜以白头翁汤清热解毒为主,酌加丹皮、地榆、赤芍等药;湿重于热者,可合用胃苓汤。本证常夹食滞,如苔腻,病下不畅,可加用枳实导滞丸、木香槟榔丸等,导滞攻积;暑日感痢,症状

不重者，可用香连丸合藿香正气散治疗。

〔分析〕方中芍药、甘草、当归和营以治脓血，木香、槟榔行气以除后重。芩连以清热解毒。银花甘寒解毒。故加之。

2. 寒湿痢

〔治法〕温化寒湿，调气和血。

〔方药〕胃苓汤（《丹溪心法》）加味。

白术 20g、甘草 12g、苍术 15g、陈皮 12g、厚朴 12g、桂枝 10g、茯苓 20g、当归 20g、木香 12g、白芍 15g。

〔加减〕若兼表证，可合用藿香正气散，或用于葛平胃散，疏表解肌；暑天感寒湿而病痢疾者，可用纯阳正气丸合藿香正气散以祛暑散寒，化湿止痢。

〔分析〕方中苍术、白术、厚朴燥湿运脾，桂枝、茯苓温化寒湿；陈皮理气散满。因痢疾最忌利小便，故泽泻、猪苓可以减去。并可加芍药、当归以活血和营，木香、甘草以调气和诸药。

3. 虚寒痢

〔治法〕温补下元，收涩固脱。

〔方药〕真人养脏汤（《太平惠民和剂局方》）合理中汤（《金匱要略》）加减。

人参 10g、白术 15g、干姜 9g、甘草 12g、白芍 15g、当归 15g、肉豆蔻 12g、肉桂 5g、木香 6g、诃子皮 9g。

〔加减〕轻症可单用理中汤加草蔻仁、茯苓即可。若痢久脾虚气陷，导致少气脱肛，可用补中益气汤加减以补中益气、升清举陷。如痢下不止，脓血阵阵，且厥且痢，此为元气欲脱之象，急以参附汤合桃花汤加龙骨、牡蛎以回阳固脱。

〔分析〕方中诃子、肉豆蔻、白术、人参既可收涩，又能补脾，且有肉桂、干姜温肾，归、芍调血，木香行气，甘草缓急止痛。

4. 疫毒痢

〔治法〕清热凉血，熄风止痉，开闭通窍。

〔方药〕白头翁汤（《伤寒论》）合芍药汤（《素问病机气宜保命集》）加减。

白头翁 30g、黄连 15g、黄柏 12g、秦皮 20g、赤芍 15g、当归 20g、生地 25g、金银花 20g、丹参 15g、玄参 15g、连翘 20g、败酱草 30g、蒲公英 20g、槟榔 12g、木香 10g。

〔加减〕如见高热神昏者，可加水牛角 30g~60g，或合犀角地黄汤，另服紫雪丹、至宝丹等以清热解毒开窍；若见痉厥抽搐，为热极动风，加钩藤、石决明，另加服止痉散或羚羊角粉冲服，以熄风止痉。

〔分析〕方中白头翁凉血解毒为主；配合黄连、黄柏、秦皮清热化湿。赤芍、当归、甘草和营以治脓血，木香、槟榔行气以除后重。金银花、败酱草、蒲公英、丹参、玄参、生地、连翘以加强清热凉血解毒之功。

5. 休息痢

〔治法〕温中清肠，佐以调气化滞。

〔方药〕连理汤（《张氏医通》）加味。

人参 10g、白术 15g、干姜 9g、炙甘草 12g、黄连 9g、茯苓 20g、槟榔 12g、木香 9g、枳实 9g。

〔加减〕如脾阳虚极，肠寒积不化，遇寒即发，下痢白冻，倦怠少食，舌淡苔白，脉沉，可用《千金》温脾汤以温中散寒，消积导滞。如下痢兼见肾虚证候者，宜于补脾化滞中加入补肾之品。如久痢顽痼不愈，证见寒热错杂者，可服《伤寒论》之乌梅丸。

〔分析〕方中人参、白术、干姜、甘草温中健脾；黄连清除肠中湿热余邪。茯苓健脾，另加槟榔、木香、枳实以调气行滞。

（二）验方治疗

1. 黄榆汤^[2]

〔组成〕湿热偏重：地榆 20g、艾叶 10g、大黄（后下）6g。寒湿偏重：艾叶 30g、地榆 10g、大黄（后下）6g。

〔加减〕腹胀甚者加厚朴以行气导滞；兼表证者加葛根、荆芥、防风以疏表解肌；热甚者加黄芩、黄连以清热燥湿解毒；腹痛甚加白芍、玄胡索以行气缓急止痛。

〔用法〕仍 1 剂，水煎分 2 次温服。疗程一般 3 天～7 天。其间禁食肥甘格腻之品。

〔功用〕行气导滞、调和气血。

〔疗效观察〕治愈 60 例，好转 17 例，无效 3 例。总有效率为 96.3%。

2. 双藤汤^[3]

〔组成〕红藤 50g～100g，忍冬藤 25～50g。

〔用法〕每天 1 剂，水煎 2 次混合（药液要求 500ml 以上），分 4 次～6 次服，小儿酌减。腹泻停止后续服 2～3 天。

〔功用〕败毒消痈，活血通络。

〔疗效观察〕用本方治疗菌痢 177 例，临床治愈 166 例，无效 11 例，有效率 94%。

3. 香参汤^[4]

〔组成〕木香 15g、苦参 30g、地榆 20g、山楂 15g，以脓血便为主者姜汤水送服，红痢为主者，甘草汤送服。

〔用法〕水煎每日 1 剂，分 2 次饭前服。

〔功用〕清热利湿，厚肠止泻。

〔疗效观察〕本方治疗急性菌痢 40 例，结果痊愈 17 例，显效 20 例，无效 3 例，显效率为 92.5%。大部分病例临床症状于 1 天～3 天内消失。

4. 二黄苦楂汤^[5]

〔组成〕黄连 5g、大黄 8g、苦参 30g、山楂 30g、白芍 15g、木香 15g。

〔加减〕便下赤多白少者加黄芩、白头翁，白多赤少者加苍术、薏苡仁，里急后重明显者加槟榔、枳壳。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂。

〔功用〕清热燥湿，调气理血。

〔疗效观察〕所治 42 例患者皆获痊愈。其中服药 3 剂而愈者 28 例，5 剂而愈者 12 例，8 剂而愈者 2 例。

5. 新加芍药汤^[6]

〔组成〕秦皮、白芍、木香、玉片、黄连、黄柏、甘草。

〔加减〕以湿为主加藿香、苍术、滑石。以热为主加公英、大青叶。恶寒发热加柴胡、黄

芩。腹痛下坠加枳实、大黄。纳呆加山楂。恶心加生姜、竹茹。口渴心烦加栀子、花粉。寒湿凝滞加肉桂、炮姜。气虚加党参，血虚加当归。

〔用法〕水煎 500 毫升，每日 1 剂，早、晚服。

〔功用〕清热燥湿，缓急止痛。

〔疗效观察〕用本方治疗 30 例，其中治愈 27 例，无效 2 例，复发 1 例，治愈率 90%。

6. 乌龙煎剂^[7]

〔组成〕乌梅 30g，龙胆草 15g，山楂 20g，地榆 12g。

〔用法〕上药加水 500 毫升，浓煎，去渣取汁 400 毫升。服法：每次口服 100 毫升，1 日 4 次，连服 5 剂为 1 疗程。

〔功用〕清热燥湿解毒，导滞散瘀。

〔疗效观察〕本方治疗 76 例急性菌痢患者，近期治愈率为 100%，一般在 2 天~4 天内治愈，半年内随访，复发 3 例，重服本方 1 剂~3 剂后获愈。服药期间，未发现不良反应。

7. 止痢汤^[8]

〔组成〕鱼腥草 20g，苦参 6g，地榆 10g，泽泻 9g，厚朴 6g，车前子 9g，神曲 9g，甘草 3g。

〔用法〕每日 1 剂，水煎，早晚分服。

〔功用〕清热利湿，消食导滞。

〔疗效观察〕临床应用本方治疗菌痢 69 例，结果服药 2 剂痊愈 7 例，3 剂 32 例，4 剂 9 例，6 剂 12 例，8 剂 4 例，10 剂 3 例。除 1 例合并肺炎，1 例合并阑尾炎改用抗菌素外，其余 67 例均全部治愈。

8. 白头翁汤加本香^[9]

〔组成〕白头翁 30g，黄连 6g，黄柏 9g，秦皮 9g，广木香 3g~5g。

〔用法〕水煎服，日 1 剂，分 2 次服。

〔功用〕清热止痢。

〔疗效观察〕用本方治疗菌痢 15 例，治愈率为 100%。

9. 白头翁汤减黄连加甘草方^[10]

〔组成〕白头翁 15g，黄柏 10g，秦皮 10g，甘草 6g。

〔用法〕水煎服，成人每日 1 剂，小儿斟酌减量，5 日为 1 疗程，不愈者可继续一、二疗程。

〔功用〕清热祛湿。

〔疗效观察〕应用本方治疗菌痢 70 例，其中治愈 46 例；好转 23 例；无效 1 例；治疗时间最短者 2 天，最长者 13 天，平均 4.9 天。

10. 止痢灵^[11]

〔组成〕苦参、黄柏各 350g，鲜马齿苋 3500g。

〔制法〕黄柏加水湿润煎煮 3~4 次，马齿苋加入沸水中煎煮 3 次，煎液过滤，减压浓缩至稠膏状加入苦参粉，混合干燥粉碎过 100 目筛。药粉用 10% 淀粉浆适量制成颗粒、压片基片重 0.45g，包衣，经毒理试验证明安全。

〔用法〕4 片~6 片/次，3 次/日，口服。

〔功用〕清热、除湿、解毒、凉血。

〔疗效观察〕解放军第203医院应用“止痢灵”治疗菌痢，经444例对比治疗，对细菌性痢疾5天治愈率可达95.6%。其中止痢灵组250例，痢特灵组（0.1g，3次/日）194例，以五天判定疗效，结果止痢灵组治愈239例，对照组治愈170例，止痢灵明显优于痢特灵，经统计学处理， $P < 0.005$ ，两组治愈率差异非常显著。

11. 止痢灵合剂^[12]

〔组成〕黄芩、白芍、黄柏、广木香、槟榔、白头翁等。制成合剂100毫升瓶装。

〔用法〕每次25毫升~50毫升，1日4次，口服。就诊第1天服完200毫升，儿童酌情减量，一疗程5天~7天。

〔功用〕清肠化湿，调气和血。

〔疗效观察〕应用止痢灵合剂治疗急性细菌性痢疾，设立两组进行对比，第一组治疗组（止痢灵）451例，对照组（复方新诺明）224例，治愈率：治疗组为99.11%；对照组为86.16%； $P < 0.01$ 。第二组治疗组（止痢灵）34例，对照组（香连丸）30例，结果治疗组34例全部治愈，治愈率为100%；对照组无效2例，治愈率为93.33%， $P < 0.05$ 。说明止痢灵合剂治疗急性菌痢疗效确切可靠，能达到根治的目的，可以防止转为慢性及带菌者。

（三）单味药治疗

1. 翻白草^[13]

〔药理〕翻白草根含可水解鞣质及综合鞣质，并含有黄酮类^[14]鞣质，黄酮类都有抗炎作用^[15]。可能由于鞣质能在肠粘膜炎症表面结成一层保护膜，减轻了外界刺激对神经末梢的作用，因而降低了痛觉反射及局部血管扩张反应。同时沉淀了细胞表面及微血管内膜的胶着物质，而使之硬化与收缩，对于微血管的收缩与渗透性的降低也起一定的作用^[16]。正是由于鞣质对肠粘膜的收敛与保护作用，减轻了炎症与肠蠕动，而奏止泻作用。

抑菌试验证明：翻白草对痢疾杆菌有抑制作用^[17]，所以对细菌性痢疾有效。翻白草还具有清热解毒功能，这就不仅使痢疾杆菌受到抑制，有利于机体本身抗病作用的发挥，最后消灭进入人体并在肠道内大量繁殖的痢疾杆菌，而且还能将痢疾杆菌已经在人体内产生的毒素解除。另外，翻白草还有凉血止血功能，这就能使结肠出血很快停止，因而红白冻消失。

〔用煎〕鲜翻白草60克，或干品30克，用根或全草，小儿剂量酌减。每剂分早、晚2次，用文火煎服，第1次加水约300毫升，煎成150毫升，第2次加水200毫升，煎成100毫升。或1剂加水500毫升，煎成200毫升，早、晚各服100毫升。重症患者或中毒型菌痢，可每天服2剂，分4次口服，并辅以西药对症处理及支持疗法。昏迷患者不能口服的，可鼻饲给药。

〔疗效〕应用本药治疗350例，痊愈315例，好转28例，无效7例，治愈率90%；治愈时间少数1~2天或6~7天，平均4天左右。

2. 狼把草^[18]

〔药理〕别名豆渣草，郎耶草、扎衣草，为菊花植物狼把草的全草。本品含挥发油，木犀草黄素等黄酮类。味苦、甘、性平，功能：清热解毒，养阴敛汗。

〔用法〕

（1）采鲜狼把草200克，加水轻煎浓缩150毫升。每日3次，每次50毫升。

（2）用干品100克，水煎浓缩150毫升，每日3次，每次50毫升。

(3) 用干品磨细粉, 取半水煎浓缩成膏, 再将膏粉混合压成 0.5 克的片剂, 每日 3 次, 每次 10 片。

(4) 用膏粉混合制成冲剂, 每日 3 次, 每次 5 克。

(5) 用蒸馏法制成针剂, 每日 2 次~3 次, 每次 2 毫升肌肉注射。一般疗程为 3 天~10 天。

[疗效] 本组 500 例病人, 用上述方法之一治疗后, 临床症状、体征完全消失 387 例, 占 77.4%。另 113 例服药 3 天后症状、体征未见明显控制, 故加用黄连素、氯霉素和 5% 葡萄糖氯化钠等, 用药平均不足 10 天痊愈。治疗后对部分病人进行随访, 除 5 例慢性痢疾患者复发外, 其他均 1~2 年内未见复发。

(四) 其它疗法

1. 针灸^[19]

据梁水源报道, 以氦烫烙嗜采用强刺激手法, 留针 30~60 分钟, 治疗急性菌痢 20 例, 临床治愈 19 例, 无效 1 例。汪仁柏以针刺双侧合谷, 作大幅度提插捻转, 每隔 10 分钟捻转 1 次, 留针 45 分钟, 共治疗 57 例, 治愈 53 例, 好转 2 例, 无效 2 例, 平均治愈时间为 3 天。

据肖进顺^[19]报道, 取天枢(双)、足三里(双), 每穴注射黄连素 1ml, 治疗 98 例, 均获满意疗效。

2. 按摩

按摩疗法治疗小儿痢疾, 疗效尤为明显。基本治法: 揉天枢 2 分钟, 拿肚角 3~5 次, 揉拿止痢穴 20~25 次, 按揉大肠俞 15 次, 辨证加减: 湿热痢加清大肠 300 次, 清小肠 200 次, 推下七节 300 次。疫毒痢高热者, 清天河水 500 次, 推脊 400 次, 推涌泉 40 次。寒湿痢, 补脾经 400 次, 补大肠 200 次, 揉外劳宫 30 次, 摩腹 5 分钟。休息痢补脾经 400 次, 补大肠 200 次, 推三关 400 次, 摩中脘 8 分钟, 揉脐 5 分钟, 按揉足三里 10 次。

3. 外敷

阳和膏 1 张, 加入肉桂、丁香少许, 可治寒湿痢。

三、中西医结合治疗

李文贵^[20]使用止痢片(制法为: 苦参 30g, 旱莲草 6g。分别提取, 加入 TMP 0.4g, 制成片剂, 成人每日为 15 片), 短程治疗急性菌痢 1141 例, 治愈 1117 例 (97.87% 粪便培养阳性者, 547 例治疗后阴转 532 例 (97.28%)), 所有受检者肠粘膜基本恢复正常。出院后 3~6 个月随访病人 295 例, 未见复发病例, 证明止痢片短程治疗菌痢近期、远期疗效较好。赫炎光^[21]用愈痢丸治疗急性菌痢 125 例, 方法为: 大黄 3.6g, 硫酸镁 2.6g、山楂 1.0g, 活性炭 0.9g, 白矾 0.26g, 甘草 1.5g, 为细末, 按以上比例调拌水泛为丸(如绿豆大)封装瓶内, 成人每次 10g, 每天 2 次~3 次, 对照组服用痢特灵, 复方新诺明, 结果治疗组显效以上者 116 例 (93%), 总有效率为 100%。对照组有效率为 63%, 两组有显著性差异, $P < 0.01$ 。

另外, 采用中药灌肠治疗急性菌痢也颇常见, 且方法简便, 疗效卓捷。如李行迎^[22]报道以中药煎剂为主辅以西药保留灌肠治疗慢性细菌性痢疾 81 例, 临床治愈 76 例, 治愈率 93.8%; 好转 5 例, 总有效率 100%。其中经 1 疗程治愈 26 例, 占 32%; 经 2 疗程治愈 36 例,

占44%；经3疗程痊愈14例，占17.3%。灌肠液配方为：中药黄连、黄柏、秦皮、白头翁、木香、小蓟、党参、白术各15g，加水500毫升浓煎至100毫升；西药强的松10mg，研成细末加入中药煎剂中混匀备用（1次量）。每晚睡前保留灌肠，每次100ml，12次为1疗程。间歇3天~4天。如未愈再灌第2疗程。灌肠时药液的温度、插管的深度及注药的速度要适当，灌完嘱患者静卧至少2小时以利药液吸收。灌肠期间停止其它任何药物治疗。

山东中医学院采用协定处方治疗细菌性痢疾^[23]36例，取得较好疗效。湿热痢方为：苦参15g，扁豆花9g，焦山楂30g，马齿苋30g，槟榔9g，木香6g；寒湿痢方为：椿根皮12g，石榴皮9g，黄连9g，附子15g，干姜9g。用时将辨证所需方药粗末倒入布袋中，文火煎至500ml，加入食醋15ml，再煎煮3分~5分钟，置温度适中时以每分钟60滴~80滴灌肠，每日2次，治疗结果：湿热痢30例，痊愈20例，有效5例，无效4例；寒湿痢6例，痊愈3例，有效2例，无效1例；总有效率86.11%。

解放军302医舰^[24]应用尾连煎剂保留灌肠治疗慢性菌痢具有肠粘膜病变者74例，并同时以磺胺嘧啶银悬液保留灌肠治疗82例作为对照，结果治疗组74例中，1疗程治愈者60例，治愈率81.1%，与对照组相比，虽无明显差异（ $P>0.05$ ），但对照组12例进步及8例无效病例改用尾连煎剂灌肠治疗，全部治愈。尾连煎剂组成为：尾连、黄柏、黄芩、杭菊、地榆、小蓟各15g。加水煎成200ml，保留灌肠，每晚睡前1次，14天~21天为1疗程。

卢国珍等^[25]，采用中药直肠滴注治疗急性菌痢80例，1天~2天治愈21例，3天~4天治愈45例，5天治愈12例，1例显效，1例无效，治愈率97.5%，总有效率98.75%。与口服相同药物和剂量的对照Ⅰ组及应用抗生素治疗的对照Ⅱ组疗效相比，差异显著， $P<0.05$ 。其方药组成为：白芍、槟榔、生大黄、茯苓、黄芩各15g，黄连、甘草各8g，银花、马齿苋（鲜的效更佳，可用300g）各30g，木香12g。

应用灌肠方法治疗菌痢，其优点是：①可使药液直达病所，吸收快、作用速、比口服快2~3h。②使药性不受损失，药物口服后，在胃肠道各种消化酶的中和及破坏下，致使部分药性受损，而直肠下部无消化酶的分泌，因此，就无虑药性受损。③改变了中医传统的给药方法，弥补了中药味苦难服的不足之处。

第四节 预防

本病的预防应注意以下几个方面：首先要注意饮食卫生，不食生冷不洁及变质食物；其次要顺应气候变化，适其寒温。此外，避免抑郁恼怒，劳逸结合，增强体质。总之，以时时保护脾胃正气，不使受邪为要。

由于本病具有传染性，所以切断传染途径是预防本病的重要内容之一。第一、要控制传染源。应早期发现、诊断、隔离及治疗病人和带菌者，急性患者尽可能住院隔离治疗，待症状消失后，大便培养连续2次阴性方可出院。第二、要切断传播途径。注意加强环境卫生，饮食卫生和个人卫生，不吃生冷不洁食物，养成饭前便后洗手的习惯。第三、要注意保护易感人群，口服活菌苗具有一定的预防作用。

参考文献

- [1] 张伯臾主编. 中医内科学, 上海. 上海科学技术出版社出版, 1985年10月第1版, 157页
- [2] 万里芳. 黄榆汤治疗痢疾80例. 湖北中医杂志, 1994, 16(3): 32
- [3] 盛定松等. 双藤汤治疗急性菌痢疗效观察. 浙江中医杂志, 1989, 24(10): 448
- [4] 韩福谦等. 香参汤治疗急性细菌性痢疾40例. 辽宁中医杂志, 1988, (10): 24
- [5] 黄德尚. 二黄苦楂汤治疗湿热痢疾. 云南中医杂志, 1988, 9(4): 43
- [6] 李爱兰等. 新加芍药汤治疗细菌性痢疾观察. 陕西中医学院学报, 1988, 11(4): 31
- [7] 曾庆佩. 乌龙煎治疗急性细菌性痢疾76例. 湖北中医杂志 1988, (5): 23
- [8] 周正国等. 止痢汤治疗菌痢69例疗效观察. 河北中医, 1990, 12(1): 23
- [9] 杨乃栋. 白头翁汤加木香治疗菌痢. 云南中医杂志, 1992, 13(3): 47
- [10] 陈麟. 白头翁汤等三方治疗急性菌痢144例. 内蒙古中医药, 1991, (2): 1
- [11] 隋广志等. 止痢灵的试制与临床观察. 中医药学报, 1991, (4): 36
- [12] 汪履秋等. 止痢灵合剂治疗急性细菌性痢疾485例疗效分析. 现代中医, 1989, (3): 8
- [13] 吴成善. 翻白草治疗急性菌痢. 浙江中医学院学报, 1989, 13(1): 21
- [14] 《全国中草药汇编》编写组. 全国中草药汇编(上册). 北京, 人民卫生出版社, 1976年第1版, 第934页
- [15] 北京医学专科学校译. 黄酮类化合物的药理作用. 《医学参考资料》1973, 3: 8(总84)
- [16] 张昌绍主编. 药理学, 北京. 人民卫生出版社, 1965年, 第3版, 第108页
- [17] 上海中医学院方药教研组编. 中药临床手册, 上海. 上海人民出版社, 1977年第一版, 第98页
- [18] 张守泰. 狼把草治疗痢疾500例. 山东中医杂志, 1989, 8(3): 11
- [19] 黄红英. 中医药治疗急性细菌性痢疾概况. 广西中医药, 1992, 15(3): 40
- [20] 李文贵. 止痢片短程治疗急性菌痢1141例. 人民军医, 1990, 368(7): 23
- [21] 赫炎光. 愈痢丸治疗急性菌痢90例疗效观察. 中医杂志, 1991, 22(7): 34
- [22] 李行迎. 中药煎剂为主保留灌肠治疗慢性细菌性痢疾81例. 中西医结合杂志, 1991, 11(12): 729
- [23] 孙绍梅. 中药灌肠治疗菌痢36例. 山东中医杂志, 1990, 9(5): 29
- [24] 张开瑞. 尾连煎剂保留灌肠治疗慢性菌痢74例疗效观察. 人民军医, 1991, (6): 32
- [25] 卢国珍等. 中药直肠滴注治疗急性菌痢80例. 中西医结合杂志, 1992, 12(11): 693

第二十七章 病毒性胃肠炎

病毒性胃肠炎是由数种不同的病毒引起小肠急性炎症的一组疾病。现已知轮状病毒和诺沃克样病毒最为多见。此外尚有肠腺病毒、嵌杯状病毒和星状病毒等也可引起急性胃肠炎。世界各地均有轮状病毒和其他病毒引起急性胃肠炎的报告,前者尤为普遍,冬季腹泻的婴幼儿,轮状病毒检出率很高,可达50%~78%^[1]。患儿以6岁以内为主,婴儿更为常见,男女发病相等。但成人也不幸免。血清中的轮状病毒抗体滴度常在1:10左右,表现为幼年的获得性免疫,故家庭接触者中,常有许多隐性感染。病毒性胃肠炎在托幼机构、儿科病房常酿成流行,系患儿粪便中病毒量多,传染性强,而接触者又多是缺乏免疫力的小儿的缘故。

祖国医学无本病的记载,但其表现散见于“呕吐”、“泄泻”、“腹痛”、“湿温”、“暑温”等疾病中。《素问·举痛论篇》指出:“寒邪客于小肠,小肠不得成聚,故后泄腹痛矣。”《素问·至真要大论》说:“暴注下迫,皆属于热,……澄彻清冷,皆属于寒。”说明寒湿、湿热皆能导致本病发生,而正气内虚,感受时邪是导致本病发生的主要因素。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

(一) 轮状病毒胃肠炎

病毒主要侵犯十二指肠和空肠。在绒毛细胞的胞浆中增殖复制,使绒毛变粗变短,细胞变形,继而空泡变及坏死,致使小肠失去了消化,吸收蔗糖、乳糖等功能。这些糖类的滞留形成高渗透压,可吸引体液进入肠腔,特别是乳糖下降到结肠后被细菌分解,进一步增加肠腔渗透压,更多的液体进入肠腔,导致病人腹泻水样便,同时丢失各种电解质特别是钠,因而出现脱水、电解质紊乱以及酸中毒的临床表现。小肠病理变化的轻重与临床病情轻重相一致。小肠的病理变化到病期7~8天时可恢复。

(二) 诺沃克样病毒胃肠炎

各年龄组均可受染,但患病者多为成人和大龄儿童。感染后血中IgG抗体3周时达高峰,6周后下降,不能阻止再感染,再感染时症状轻。病毒在细胞核中复制,但在肠粘膜上皮细胞中未能找到病毒颗粒及其抗原。病变主要在空肠。肠粘膜上皮细胞的绒毛变短变粗,细胞内线粒体肿胀且变形,肠壁固有层有多核细胞及圆形细胞浸润。病变可在1~2周内完全恢复。在有细胞组织学变化时,上皮细胞的酶活性亦发生异常改变,如蔗糖酶、碱性磷酸酶,海藻糖酶等活性降低,发生糖类及脂类的吸收障碍,引起肠腔内渗透压增高,使大量水分进入而

导致病人腹泻和呕吐。

二、中医的病因病机

1. 饮食不洁

饮食不洁，毒物到达肠胃，引起脾胃运化失常，升降失司，清浊不分，相杂而下致本病发生。

2. 外感湿热

湿热之邪内侵，最易困阻脾土，因脾恶湿喜燥，脾失健运，清浊不分，混杂而下，而发生泄泻。

3. 外感寒湿

外感寒湿或风寒之邪，侵袭肠胃，或过食生冷，脾失健运，升降失司，清浊不分，水谷并走大肠，故发生泄泻；湿浊上逆则呕吐；滞于中焦故腹痛。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）临床表现

潜伏期约1~2天，起病急，前驱症状不明显。症状表现为呕吐、腹泻、腹痛、轻至重度的发热和失水等。最早出现的症状是呕吐，小儿表现较剧，随后有腹泻的症状，腹泻每日3次或更多，持续1天~2天，有时可长达7天~8天，少数患者发生低至中度热，吐泻可产生失水和酸中毒。轮状病毒性腹泻约50%有咽部充血和鼓膜红斑。同时还可有腹胀、肠鸣、全身乏力等症状。

（二）诊断

根据本病的流行病学特点，是好发于婴幼儿，常在冬春季节发生，结合临床及实验室检查，可确立诊断。

过去主要从病人粪便中用电镜或免疫电镜直接查找病毒颗粒，目前已有世界卫生组织提供的酶联免疫吸附测定(ELISA)试剂盒可检测粪便中A组轮状病毒特异性抗原，也可用补体结合试验检查抗原。我国学者已建立了检查B组轮状病毒ADRV抗原的ELISA方法，阳性率为94.1%^[2]。也已制备了ADRV的单克隆抗体，可为临床诊断及研究应用。但临床诊断最适用的还应为ELISA法检测抗原，快速简便，敏感性及特异性均较好。

（三）鉴别诊断

病毒性胃肠炎需与Salmonella菌、痢疾杆菌和致病性大肠杆菌引起的腹泻相鉴别，大便镜检在鉴别诊断上意义不大，主要的鉴别方法是细菌培养，病毒分离和血清学检查。

二、辨证·中医诊断

(一) 辨证要点

本病多见于因感受寒湿、湿热及伤寒所致，多为邪实之证。外感泄泻，多挟表证，当辨其寒湿与湿热，食积泄泻，多以腹痛肠鸣，噤腐酸臭为特点；上述各型，有单一出现者，亦有合并出现者，亦有互相转化者。临证应用，宜灵活运用。

(二) 辨证分型

1. 食积滞中型

〔临床表现〕呕吐肠鸣，泻下臭秽粘腻，腹部胀痛拒按，泻后痛减，噤腐食臭，不思饮食，舌苔厚腻；脉滑数。

〔辨证分析〕饮食不节，宿食内停，阻滞肠胃，传化失常，浊气上逆，故呕吐肠鸣，噤腐食臭，腹部胀痛拒按。宿食下注，则泻下臭秽粘腻。泻后腐浊外泄，故腹痛减轻。食滞中焦，气机不利，故不思饮食。苔厚腻，脉滑数是为宿食内停之象。

2. 湿热下注型

〔临床表现〕腹痛即泻，泻下急迫，大便臭秽，肛门灼热，烦热口渴，小便短赤。舌红苔黄腻；脉滑数。

〔辨证分析〕感受湿热之邪，或夏令暑湿伤及肠胃，传化失常，故腹痛泄泻。暴注下迫，皆属于热，肠中有热，故泻下急迫。湿热下注，故肛门灼热，大便臭秽，小便短赤。湿热内盛，故烦热口渴。苔黄腻，脉滑数，均为湿热内盛之征。

3. 寒湿伤脾型

〔临床表现〕泄泻清稀，大便如水样，腹痛肠鸣，脘闷少食，头痛身痛，体倦身困，小便短少。舌淡红，苔白腻；脉濡。

〔辨证分析〕外感寒湿或风寒之邪，侵袭肠胃，或过食生冷，脾失健运，升降失调，清浊不分，饮食不化，传导失司，故大便清稀，甚至如水样。寒湿内盛，肠胃气机受阻，则腹痛肠鸣。寒湿困脾，则脘闷少食，体倦身困。头痛身痛，是风寒外束之征。苔白腻，脉濡，为寒湿内盛之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

病毒性胃肠炎尚无特效治疗，以对症治疗为主。

(一) 水电解质及酸碱平衡紊乱者，口服ORS液（葡萄糖20g，氯化钠2.5g，碳酸氢钠2.5g，氯化钾1.5g或枸橼酸钾2.5g，加水1000ml）。

(二) 呕吐频繁者，给予静脉输液，（以平衡盐为主）。

(三) 抗病毒治疗, 可试用潘生丁治疗, 成人 50mg 3 次/d; 儿童剂量酌减。

(四) 可给予各种消化酶制剂, 促进消化功能恢复。亦可口服小儿泻痢停, 有一定疗效。

(五) 可试用阿斯匹林, 消炎痛, 强的松及烟酸, 654-2 等。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

1. 食积滞中型

[治法] 消食导滞, 调和脾胃。

[方药] 保和丸 (《丹溪心法》) 加减。

山楂 15g、神曲 15g、莱菔子 10g、麦芽 15g、陈皮 10g、苍术 10g、茯苓 15g、连翘 10g、枳实 10g、木香 6g、砂仁 3g。

[加减] 恶寒发热, 加苏叶、藿香以解表畅中; 呕吐加半夏、白蔻仁以和胃化浊; 大便不爽加槟榔以通腑导滞。

[分析] 方中山楂、神曲、莱菔子消食导滞; 佐以陈皮、茯苓健脾和胃; 苍术燥湿健脾; 连翘以消食滞之郁热; 枳实、木香、砂仁理气化滞和胃。

2. 湿热下注型

[治法] 清热利湿, 厚肠止泻。

[方药] 葛根芩连汤 (《伤寒论》) 加味。

葛根 10g、黄芩 10g、黄连 10g、滑石 (包) 20g、茯苓 10g、炙甘草 10g。

[加减] 恶心呕吐加枳壳、竹茹以调和胃气; 腹郁胀痛加木香、白芍以理气缓急; 发热汗出酌加金银花、公英、地锦草、马齿苋之类以清热解毒; 舌苔黄厚腻, 泻下垢浊, 口臭加枳实、大黄通因通用, 泄浊除秽; 暖腐食臭, 可于方中加麦芽、焦山楂、槟榔以消食导滞; 夏月伤于暑湿, 可加香薷、佩兰、扁豆衣、荷叶以清暑化湿。

[分析] 方中黄芩、黄连苦寒清热燥湿; 葛根解肌清热, 升清止泻, 茯苓、滑石增强利湿之效, 使其湿热分消, 则泄泻可止。炙甘草缓急止痛。

3. 寒湿伤脾型

[治法] 散寒化湿, 健脾止泻。

[方药] 藿香正气散 (《太平惠民和剂局方》) 加减。

藿香 10g、紫苏 6g、桔梗 6g、陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 12g、大腹皮 10g、厚朴 6g、苍术 12g、白术 12g、炙甘草 10g、生姜 6g、大枣 6g。

[加减] 发热恶寒重者, 方中加荆芥、防风以疏散风寒; 因贪凉饮冷而致者, 加草蔻、砂仁以温中散寒; 便如水泻, 次数多, 小便不利, 加薏米、车前子以分利小便, 或用胃苓汤燥湿利水。

[分析] 方中藿香辛温散寒, 芳香化湿, 白术、茯苓健脾除湿; 陈皮、厚朴、大腹皮理气消满, 疏利气机; 紫苏解表散寒, 半夏、桔梗醒脾燥湿, 生姜、大枣解表散寒。

（二）验方治疗

1. “清肠 I 号”合剂^[3]

〔组成〕黄连 3g、黄芩 10g、白芍 15g、白头翁 15g、木香 5g、槟榔 10g、葛根 15g、苍术 10g、厚朴 10g、甘草 3g。

〔用法〕每次口服 50ml，每日 2 次，严重者每日 3 次，4 天为 1 疗程。

〔功用〕清热燥湿，理气和中。

〔疗效观察〕共治疗 89 例急性胃肠炎或急性细菌性痢疾患者，其中清肠 I 号方组 53 例，治愈 47 例，好转 4 例，无效 2 例；平均治疗天数急性菌痢 4.56 天，急性肠炎 2.67 天，总有效率 96.2%。西药组以痢特灵，TMP，或庆大霉素治疗，共 36 例，治愈 30 例，好转 5 例，无效 1 例；平均治疗天数急性菌痢 4.48 天，急性肠炎为 2.56 天，总有效率 97.3%。两组总疗效无显著差异 ($P>0.05$)。

2. 青扁止泻汤^[4]

〔组成〕大青叶、扁蓄、连翘、地榆、诃子、藿香、甘草。

〔加减〕高烧加粉葛、寒水石；腹泻甚加罂粟壳、重用诃子；咽痛、咳嗽加山豆根，桔梗；腹胀甚加炒莱菔子、广木香，呕吐加竹茹。

〔用法〕水煎服，日 1 剂，分 2 次口服。

〔功用〕清热解毒，利湿止泻。

〔疗效观察〕本方治疗 102 例，3 日内有效率为 93.14%。

（三）单味药治疗

1. 青叶胆^[5]

〔药理〕青叶胆系龙胆科獐牙菜属植物，其主要成分为齐墩果酸、黄酮和苦味质。文献报道獐牙菜苦甙具有镇痛和解痉作用。

〔用法〕将青叶胆全草洗净，晒干，粉碎过 100 目筛，装入胶囊，每粒含生药 1g。1 日 4 次，每次 4g，口服。

〔疗效〕采用大剂量青叶胆胶囊治疗急性肠炎疗效与土霉素相似，青叶胆对急性肠炎的疗效远高于菌痢。中青年组的疗效优于老幼组。

2. 马蹄香^[6]

〔药理〕对家兔进行的药理研究发现，马蹄香煎剂及散剂都使肠蠕动受到抑制，与缩短肠炎腹泻时间一致；推测可能与抑制肠蠕动，增强机体免疫力，促进肠粘膜病变修复有关。

〔用法〕口服马蹄香药液（每 ml 含生药 1g）。1 岁以内每次 5ml，1 岁~2 岁 10ml，每 6 小时 1 次。

〔疗效〕治疗组 90 例，对非轮状病毒肠炎的止泻效果在 72 小时，96 小时均明显优于对照组 ($P<0.01$)，退热效果也优于对照组 ($P<0.05$)，说明马蹄香不仅对轮状病毒肠炎，而且对非轮状病毒肠炎均有较好的疗效。

（四）其它疗法

1. 耳穴贴压^[7]

方法：以耳尖为主穴，脾和大肠为配穴。将75%酒精浸泡过的王不留行一粒置于0.5×0.5cm的胶布中央，贴压于上述耳穴上。双耳同贴，症状重者前后对贴。用直压法或揉按法，强刺激，以患者腹痛停止或自觉全身发热出汗为佳。每穴5分钟以上。

疗效：经治疗256例，均经1次贴压治愈。

2. 火罐法^[8]

取穴：①足阳明胃经，中脘、天枢（双）、足三里（双）、下巨虚（双）。②足太阳膀胱经，大肠俞、小肠俞。

操作：在火罐将要走行的经穴部位与火罐口的边缘涂上一层润滑油，左手持罐，右手拿夹有棉球的镊子，蘸上95%酒精，点火后插入罐内1秒~2秒钟迅速拔出，左手熟练准确地将罐子扣在经穴上。腹部先在中脘穴上拔一个罐，然后一手扶罐底，一手扶罐体，慢慢地将罐子移向左侧天枢穴，再以同样方式返回中脘，移向左侧天枢穴。如罐内的吸力不够可重新拔上，这样往返移动5遍~6遍，待患者有一种暖和舒适感后，固定在中脘穴上，再在左右天枢穴各拔上一个罐，约15分钟~20分钟后取下。下肢在足三里穴上各拔一个火罐，从上至下向下巨虚移动，反复7遍~8遍，然后固定在足三里穴上，治疗全程15分~20分钟。起罐后用右手掌面按在局部紫斑上，轻柔按摩1分~2分钟，促使局部瘀血消散。中度以上急性胃肠炎12小时后可在第2组穴位上继续操作1次，固定在大肠俞上；轻度患者24小时1次，不用第2组穴位。

疗效：52例患者，50例治愈。全部疗程3~5天，无不适反应。

第四节 预防

本病主要由粪一口途径传播，故应切实加强饮水、食物及个人卫生，加强病人管理及粪便处理，特别是在托幼机构及其他集体生活单位，婴儿室应有严格的消毒隔离制度，送护人员接触病人及排泄物后，必须洗手。母乳喂养的婴儿比人工喂养者发病少且轻，是由于母乳中有一定量的IgA，故应提倡母乳喂养。已知轮状病毒感染后，小肠局部产生IgA抗体有保护作用，推测口服多价减毒活疫苗可取得较好效果。美国正在进行多中心疫苗效果试验，但尚未得出结果。被动免疫有一定的保护作用。此外，本病在治疗的同时，应注意饮食，避免生冷，禁食荤腥油腻等食物。

参考文献

- [1] 江绍基主编. 临床胃肠病学. 上海科学技术出版社, 1981, 第1版, 第559页
- [2] 郑芝田主编. 胃肠病学. 北京, 人民卫生出版社, 1992年第二版, 第489页
- [3] 茅允兰等. “清肠1号”合剂治疗急性胃肠炎, 急性细菌性痢疾临床观察. 湖南中医学院学报, 1989, 9(2): 80
- [4] 陈宁等. 中医、中西医结合治疗轮状病毒肠炎的现状与展望. 1991, (5): 12
- [5] 程淑敏等. 青叶胆胶囊治疗急性肠炎120例报告. 中药材, 1990, 13(8): 37
- [6] 魏群德等. 马蹄香治疗非轮状病毒肠炎的疗效观察. 实用医学杂志, 1992, 8(4): 3
- [7] 迟建平等. 耳穴贴压治疗急性胃肠炎256例. 中国针灸, 1994, (4): 27
- [8] 张傲清等. 走罐法治疗急性胃肠炎52例疗效观察. 江苏中医, 1991, (5): 26

第二十八章 便秘

便秘是大便秘结不通，排便时间延长，或欲大便而艰涩不畅的一种病证。如习惯性便秘、肠神经官能症、肛裂、直肠炎，也可以发生于各种急慢性疾病的过程中，由于各种原因使肠蠕动减慢所致便秘等，均属本病范围，除针对其病因治疗外，可参照本章处理。

本病在《伤寒论》中有“阳结”、“阴结”及“脾约”名称，其后有“风秘”、“气秘”、“热秘”、“寒秘”、“湿秘”及“热秘”、“风燥”之说。便秘虽然属大肠传导功能失常所致，但与脾、胃、肺、肝、肾等关系密切。其发病原因，有燥热内结、津液不足；情志失和、气机郁滞；以及劳倦内伤、身体虚弱、气血不足等。按其病因病机可分为虚实两类，实证有热结、气滞；虚证有气虚、血虚、阳虚。属热结者，宜泻热通腑，气滞宜行气导滞；气虚宜益气润肠；血虚宜养血润燥；阳虚宜温阳通便之法。近年来提出了活血化瘀^[1]、从痰论治^[2]，以及针灸^{[3][4]}、按摩^[5]、穴位注射^[6]治疗便秘，亦取得较好疗效。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

（一）胃肠道内容物运动速度减慢

如食物中纤维太少、食量太小，不能对胃肠道产生有效的刺激，胃肠蠕动减慢而产生便秘；或由于脱水、饮水过少，使粪便干燥、坚硬而引起便秘。

（二）胃肠道梗阻

胃肠道内容物不能正常通过，滞留在胃肠道内而发生便秘。

（三）由于长期服用泻药、工作过度紧张

使结肠应激性减退；或精神过度紧张或抑郁、抑制自然排便；或长期卧床、消瘦无力、血钾过低、应用胆碱类药物等，使结肠平滑肌张力减退，均可发生便秘。

（四）肛门疾病

因在排便时发生剧烈疼痛而不敢排便，称为排便困难。

二、中医的病因病机

《素问·灵兰秘典论》说：“大肠者，传导之官，变化出焉。”便秘的形成，主要在于大肠

传导功能失常。其病因病机归纳起来，大致可分为以下几个方面。

（一）胃肠积热

素体阳盛，或过食辛辣厚味，饮酒过多；或热病之后，余热留恋，津亏液耗，或肺燥肺热下移于大肠，均可致胃肠积热，耗伤津液，以致肠道失润，大便燥结，形成便秘。

（二）气机郁滞

忧愁思虑过度，情志不畅；或跌打损伤及胃肠，或久坐少动，致气机郁滞，不能宣达，通降失常，传导失职，糟粕内停而形成便秘。

（三）气血津液亏虚

年老体弱之人，津液不足；久病及产妇气血亏虚；或因过用发汗、利尿、燥热之剂，损伤阴津；或因房室、劳役过度，损及下焦精血，以致本元受亏，使肠道不润，气虚推动无力，以致大便秘结不通。

（四）阴寒凝结

常食寒凉生冷，或过用苦寒药物，伐伤阳气；或年老体弱，真阳不足；则阴寒内生，留于肠胃，于是凝阴固结，糟粕不行，从而引起便秘。

便秘的病机还与肺、脾、肝、肾功能失调有关。肺与大肠相表里，肺之燥热移于大肠，则大肠传导失职而形成便秘；脾主运化，脾虚运化失常，糟粕内停，则大便难行，可形成便秘；肝气郁结，气机壅滞不畅，或气郁化火，火邪伤津，肠道失润，而形成便秘；肾主五液，司二便，肾精亏损则肠道干涩，肾阳不足，命门火衰则阴寒凝结，传导失常而形成便秘。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

（一）症状

便秘可引起局部及全身症状，因粪便过于坚硬，排便困难，可引起肛门疼痛，并可发生肛裂及内痔出血，若粪便在直肠停留过久，可使局部发生炎症，感到有下坠感和排便不尽感，并在坚硬的粪便表面附有粘液。可有腹胀及下腹部疼痛。可因粪便滞留于肠道内可反射性引起全身症状，如头痛头晕，口苦，食欲不振等症状。

（二）体征

腹部叩诊时可发现腹部胀气，右下腹可触到存留在乙状结肠的粪便，有时在横结肠和降结肠也可触到粪块。下腹部可有触痛。肛门指诊对于明确病变部位，可提供重要依据。

（三）实验室及其它检查

1. 实验室检查

可针对引起便秘的病因有选择地进行检查。如做粪便潜血试验以明确诊断。

2. X线检查

X线钡餐透视，可了解幽门梗阻的严重情况及病因。X线钡灌肠检查，可了解结肠病变。

3. 纤维内镜检查

对于胃及结肠疾病，具有很高的诊断价值，除看到病变的部位、性质外，还可取活组织进一步确诊。

（四）并发症

对于身体虚弱，大便过于干硬，因用力过度容易引起虚脱。大便干燥，可引起痔疮、肛裂、以致便血。另外，有心脑血管疾病患者，因用力过度还容易诱发心、脑血管疾病急性发作。

（五）诊断要点

1. 诊断

大便干燥或秘结不通，常2~3日以上方排便1次，或虽大便间歇时间如常，但排便艰涩，粪质坚硬，亦可屡有便意，大便并不干燥，但有排便不尽感。

2. 鉴别诊断

（1）与腹部肿瘤、炎症、结肠痉挛相鉴别 肿瘤与便秘均可在腹部触及包块。便秘之包块，多位于左下腹部，或为条索状，或为大小不等的包块，经通便治疗，或充分洗肠后包块自然消失。结肠痉挛时触到的结肠似腊肠状、光滑、移动度大，用力按住，时间较久则自动消失。若为结肠粪便，用力按压，可将其分解成块。若为结肠瘤，其形状不规则且较固定，不会自行消失，亦不能将其分成两块。若为炎症包块，则压痛较明显。经钡灌肠检查可明确诊断。

（2）与便血相鉴别 便秘可发生便血，是由于长期便秘诱发痔疮出血，或用力过度以致肛裂出血。其色鲜红，不与粪便混合，包裹在粪便之外，有时鲜血点滴而下。而便血证大便无艰涩难行，大便色黯红，甚则呈柏油样便。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

平素喜食辛辣厚味，煎炒酒食者，致使胃肠积热而大便干硬为热秘；如忧思过度或久坐少动或跌扑、或有痰湿虫积之病，多致气机郁滞而成气秘；如年老体弱、病后产后、或消渴患者，多为气血阴津亏损之虚秘；阳气素虚，或嗜食寒凉生冷者，多发为冷秘。

（二）辨证分型

古代将便秘分为风、冷、热、湿、燥、脾约、阴结、阳结等来辨证，近人多以虚实两类辨证施治。

实秘

1. 热秘证

〔临床表现〕大便干结，小便短赤，腹部胀痛，面红身热，口干口臭，心烦不寐，舌红苔黄或黄燥，脉弦数。

〔辨证分析〕胃肠积热，耗伤津液则大便干结。积热上蒸，浊阴不降，故口干口臭；热盛于内，故心烦、面红、身热；热移膀胱，故小便短赤。舌红苔黄燥，脉滑数，为热盛伤津之象。

2. 气秘证

〔临床表现〕大便秘结，欲便不得，暖气频作，胸胁痞满，甚则腹中胀痛，纳食减少，舌苔薄腻，脉弦。

〔辨证分析〕情志失和，肝脾之气郁结，导致传导失常，故大便秘结，欲便不得；腑气不通，则气不下行而上逆，故暖气频作，胸胁痞满；糟粕内停，气机郁滞，则腹中胀痛；肠胃气阻，则脾气不运，故纳食减少。苔薄腻，脉弦，为肝脾不和，内有湿滞之象。

虚秘

1. 气虚证

〔临床表现〕虽有便意，临厕努挣乏力，挣则汗出短气，便后疲乏，大便并不干硬，面色㿔白，神疲气怯，舌质嫩苔薄，脉虚。

〔辨证分析〕脾肺功能受损。肺与大肠相表里，肺气虚则大肠传导无力，虽有便意，临厕需努挣，大便并不干硬也难以排出，肺卫不固，腠理疏松，故努挣则汗出短气；脾虚则健运无权，化源不足，故面色㿔白，神疲气怯。舌质嫩苔薄，脉虚，均属气虚之象。

2. 血虚证

〔临床表现〕大便干结，面色无华，头晕目眩，心悸健忘，唇舌淡白，脉细。

〔辨证分析〕血虚津少，不能下润大肠，故大便秘结；血虚不能上荣，故面色无华；心失所养则心悸健忘；血虚不能滋养于脑，故头晕目眩。唇舌淡，脉细，均为阴血不足之象。

3. 冷秘证

〔临床表现〕大便艰涩，排出困难，小便清长，面色青白，手足不温，喜热怕冷，腹中冷痛，舌淡苔白，脉沉迟。

〔辨证分析〕阳气虚衰，寒自内生，肠道传送无力，故大便艰涩，排出困难；阴寒内盛，气机阻滞，故腹中冷痛，喜热怕冷；阳虚温煦无权，故四肢不温，小便清长；面色㿔白，舌淡苔白，脉沉迟，均为阳虚内寒之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

1. 常规治疗

- (1) 养成良好的饮食习惯，多食含纤维素食物。
- (2) 加强体育锻炼，改变多坐少动的不良习惯，以增加胃肠蠕动。
- (3) 保持精神愉快，消除精神紧张或疑虑的情绪，使气机调畅，而大便通顺。
- (4) 定时排便，并保持充分的时间，排空大便。
- (5) 必要时可服果导 0.1g 日 3 次；或开塞露 20ml 塞肛门。
- (6) 对顽固性便秘，可短期使用盐水、甘油或肥皂水洗肠。

2. 对症治疗

便秘常发生于各种急、慢性疾病的过程中，可针对其病因治疗。

3. 并发症

长期便秘可诱发肛裂、痔疮等。所以要积极预防和治疗便秘，防止其并发症发生。如发生以上并发症，可参照有关章节治疗。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

实秘

1. 热秘证

〔治法〕清热润肠。

〔方药〕麻子仁丸（《伤寒论》）。

火麻仁 30g、白芍 15g、枳实 10g、厚朴 6g、杏仁泥 10g、大黄 6g。

〔加减〕若大便干结而坚硬，可加入芒硝以软坚散结，泻热通便；如口舌干燥，津液耗伤，可加入生地、玄参、石斛以养阴生津；兼痔疮便血，宜加入槐花、地榆以清肠止血；兼郁怒伤肝、目赤头昏，可合用更衣丸或当归龙荟丸，以清肝泻火；如因痰热壅肺以致便秘者，可加黄芩、瓜蒌仁以清肺润肠。

〔分析〕本方重在泻热润肠，取其通便而不伤正。方中大黄、火麻仁泻热润肠通便为主药；辅以杏仁降气润肠；芍药养阴和里，枳实、厚朴行气除满，用白蜜为丸，意在缓下。

2. 气秘

〔治法〕顺气导滞。

〔方药〕六磨汤（《世医得效方》）。

乌药 10g、木香 10g、沉香（后下）3g、枳实 10g、槟榔 10g、大黄 6g。

〔加减〕如气郁日久化火，可加栀子、龙胆草清热泻火；七情郁结，忧郁寡欢者，加柴胡、

白芍、合欢皮以疏肝解郁，如痰饮阻滞气机，宜加皂荚、甘遂之类以逐饮通下。若由于肺气不降，当肃降肺气，可选用苏子降气汤加火麻仁，如中风、瘫痪所致气滞便秘者，可用搜风顺气丸。

〔分析〕本方以乌药、木香行气，沉香降气，枳实、槟榔破气下气，槟榔并能攻下，合大黄共奏通下导滞之功。

虚秘

1. 气虚便秘证

〔治法〕补气健脾。

〔方药〕补中益气汤（《脾胃论》）加味。

炙黄芪 30g、党参 24g、生白术 30g~60g、陈皮 10g、升麻 4.5g、当归 15g、肉苁蓉 30g、炙甘草 4.5g。

〔加减〕肺虚久咳短气者，加生脉散及紫菀、白前；肺为气之主，肾为气之根，如气虚日久，宜兼补肾，用大补元煎加味。如大便燥结难下可加五仁丸以助润肠通便。

〔分析〕本方以黄芪、党参补脾肺之气为君；以白术、当归、肉苁蓉健脾、养血、润肠通便为臣；陈皮理气为佐；升麻可协同黄芪、党参益气升陷。

2. 血虚便秘证

〔治法〕养血润燥。

〔方药〕四物汤（《太平惠民和剂局方》）合增液汤（《温病条辨》）加味。

当归 30g、生熟地各 15g、赤白芍各 15g、川芎 6g、元参 15g、麦冬 15g、生首乌 15g、枳实 10g。

〔加减〕如腹胀脘痞明显者，可加厚朴以加强行气之力；伴心烦口干，舌红少津者可加知母、石斛以清热养阴；血虚兼肾虚者，可用四物汤合六味地黄汤加味，以滋阴养血，润燥通便，若津液已复而大便仍干燥者，可用五仁丸以润滑肠道。

〔分析〕本方以四物汤补血养血；元参、麦冬增液润肠；生首乌生津清热；枳实破气下行。共奏补血养血、生津增液、润肠通便之功。

3. 冷秘证

〔治法〕温润通便。

〔方药〕济川煎（《景岳全书》）加味。

当归 15g、牛膝 6g、肉苁蓉 15g、泽泻 4.5g、升麻 3g、枳壳 3g、肉桂 6g。

〔加减〕气虚者可加黄芪；老人虚冷便秘可用半硫丸或桂附八味丸。

〔分析〕方中肉苁蓉、肉桂温补肾阳，并能润肠通便，当归辛甘而润，养血活血，又能润肠，牛膝强腰膝，泽泻性降，合牛膝俱能引药下行；枳壳宽肠下气，升麻轻宣升阳，同时与当归、肉苁蓉配用，可通大便燥结；与泽泻、枳壳相合一升一降，有调畅气机、升清降浊之效。

（二）验方治疗

1. 通便散^[8]

〔组成〕太子参 20g、玄参、当归各 10g，炒莱菔子 15g，番泻叶 4g。

〔用法〕上药共粉成 80 目细粉，每包 5g，每晚睡前服 1 包。服用时，以开水约 50ml，浸

泡5~10min后吞服。通便后可酌情减量，隔日或间断服用，至大便正常停药。

〔功用〕泻热通便，益气养阴。

〔疗效观察〕共治疗72例脑卒中便秘患者，显效63例，好转5例，无效4例，显效率为87.8%，总有效率为94.4%。

2. 达原饮^[9]

〔组成〕厚朴8g、槟榔10g、草果6g、知母12g、白芍15g、黄芩12g、甘草5g、玄参15g、石斛15g、桑椹20g、花粉20g、麦冬20g。

〔用法〕水煎服，每日1剂，分2次温服。

〔功用〕透解膜原，生津增液通便。

〔疗效观察〕用此方治疗31例大便秘结患者，均获痊愈。

3. 桑螺蛸散^[10]

〔组成〕桑螺蛸12g、龙骨21g、芡实15g、党参、龟板、当归、菖蒲、远志各10g。

肾阳虚衰者加附片、肉苁蓉；气虚甚者重用党参加黄芪、白术；阴虚甚者重用龟板加鳖甲；血虚甚者重用当归加阿胶；小便频数而色赤疼者加知母、黄柏；小便频数而色清者，重用桑螺蛸、芡实，加益智仁、金樱子。

〔用法〕水煎服，每日1剂，分2次温服。

〔功用〕补肾益气养血，润肠通便。

〔疗效观察〕用本方治疗27例老年性便秘，服药时间最长25天，最短7天。结果20例痊愈，5例好转，2例无效。

4. 调便汤^[11]

〔组成〕紫菀15g、杏仁、肉苁蓉、柴胡各10g、玄参、火麻仁各15g。

阴虚者加麦门冬、女贞子；虚火上炎者加黄柏，气虚者加黄芪、太子参；血虚者加当归、酸枣仁；阳虚者加干姜、肉桂。

〔用法〕水煎服，每日1剂，分2次温服。

〔功用〕调畅气机、润养肠道。

〔疗效观察〕用本方共治疗47例功能性便秘，治愈39例，占82.9%，好转6例，占12.7%，无效2例，占4.4%。

5. 轻松开塞汤^[12]

〔组成〕熟地、当归各15g，火麻仁、玄明粉（后下）各12g，白蜂蜜（冲）30g。

燥实甚者加番泻叶2g。

〔用法〕水煎服，每日1剂，分2次温服。7天为1疗程，大便通后，每天用炒决明子20g，开水冲泡代茶。

〔功用〕补中寓泻，增水行舟。

〔疗效观察〕用本方治疗顽固性便秘50例，治愈39例，显效10例，无效1例，对照组按常规量选用开塞露、果导、双蜡酚酞等，结果，治愈28例，显效16例，无效6例。

6. 枳实麻仁汤^[13]

〔组成〕枳实10g~20g，火麻仁10g~30g。

热性病后，肠腑积热，津伤便结，加生大黄15g，酌加柴胡、木香、沉香、乌药；如肺脾气虚者，加炙黄芪15g，党参、当归各20g，肛门有坠迫感，加柴胡、升麻、桔梗各10g；如

属血虚津少者，可以枳壳易枳实，并加生地 10g，生首乌 15g，白蜜 30g~50g，如年老、病久而肾阳虚者，加附子、干姜、当归、党参各 10g，以增温通开秘之功。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服。

〔功用〕行滞润燥滑肠。

〔疗效观察〕用本方治疗便秘 100 例，药后大便得通者，最短者 2 小时，最长者为 6 小时。97 例治愈，3 例无效。

（三）单味药治疗

1. 大黄粉^[14]

〔药理〕泻火解毒、清肠通便。

〔用法〕单味生大黄粉 3g~6g，每晚睡前用温开水送服，2 周~4 周为 1 疗程。其中药量以每日无困难排便 1 次为准。

〔疗效〕用本方治疗慢性功能性便秘 57 例，47 例 1 年随访疗效巩固者 37 例。9 例合并痔疮者经 1 年随访，便秘已纠正，痔疮未再复发，症状减轻。有 4 例便秘史超过 25 年者，经用本方治疗 4 周后，3 例获长期效果，1 例近期有效，随访 3 个月，便秘重新出现。

2. 白术^{[15][16]}

〔药理〕使胃肠分泌旺盛，蠕动增速。

〔用法〕水煎服。亦可根据辨证施治进行配伍。

〔疗效〕重用白术治疗老年人便秘，疗效满意。

3. 番泻叶^[17]

〔药理〕泻热通便。

〔用法〕番泻叶 30g，加适量清水煎煮，取药液 250ml，装入等量盐水瓶内备用。将药液加温至 40℃ 左右，灌肠并保留 15 分钟~20 分钟，每晚 1 次。

〔疗效〕治疗 17 例习惯性便秘，结果，11 例经 4 次~8 次治疗而愈，余者均有显著改善。

4. 昆布^[18]

〔药理〕软坚散结，清泻通下。

〔用法〕昆布 60g，温水浸泡几分钟后，放入锅中，加水煮熟，然后取出昆布晾冷，拌入少许葱、姜末，加盐、醋、酱油适量，即可食用，1 次吃完，每天 1 次。

〔疗效〕用本方共治疗 35 例便秘患者，8 例痊愈，24 例有效；3 例无效。

5. 代赭石^[19]

〔药理〕降逆通秘开结。

〔用法〕60g~120g 水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服。亦可与芒硝、甘遂等通下药配伍。

〔疗效〕用此方治疗便秘数例，疗效显著。

（四）其它疗法

1. 针灸

段中伯^[3]独取“神阙下三分”治疗实热、气郁、产后、气虚便秘均取得较好疗效。宋禄法^[4]采用针支沟穴治疗习惯性便秘 64 例，结果：显效 50 例，有效 12 例，无效 2 例，总有效率为 96.88%。

2. 按摩

曹庆敏^[5]采用以左手掌、右手手指两手交替从左侧腹部向肛门方向按摩，由轻到重，再由重到轻，由慢到快，再由快到慢，不间断按摩，约15分钟，每日1次~2次，20天为1疗程。共治疗高血压便秘病人71名，经1个疗程治愈28名；2个疗程治愈31名；3个疗程治愈9名，无效3名。

3. 穴位注射

马欣^[1]采用活血化瘀药物加穴位注射，治疗青年妇女严重便秘。将31名便秘妇女分为4组，Ⅰ组（胃复安穴位注射组，7人）；Ⅱ组（单纯穴位注射组，7人）；Ⅲ组（丹参加穴位注射组，8人）；Ⅳ组（川芎加穴位注射组，9人）。取穴为双侧足三里，进针1.5寸，留针10分钟，每日上午针刺和/或穴位注射1次；Ⅰ、Ⅱ组药物注射1周后分别改为胃复安和丹参片口服2周。总疗程为3周。穴位注射均为每侧1毫升/次。对照组治疗方法同Ⅲ组，注射液为生理盐水；口服药物为谷维素10毫克，每日3次。结果：丹参、川芎加穴注组收效显著， $P < 0.01$ ，其它2组 $P > 0.05$ ，两者有显著差异。钟传珍^[6]采用新斯的明足三里穴位注射治疗结肠性便秘，共治疗9例，均有效。

4. 外敷

朱建秀^[20]采用腹舒膏治疗急性热性便秘，习惯性便秘、肠平滑肌无力引起的便秘30例，取穴：天沟、天枢、照海。贴敷后24小时内通便为显效；缩短通便时间并在48小时内通便为一般；贴后无反应为无效。结果：显效、有效共26例，占87%；一般2例，占6.7%；无效2例，占6.7%。

5. 食疗

实秘可选核桃仁60g，黑芝麻30g，共捣细，每早、晚各服1匙，温开水送下。虚秘可选牛奶250g、蜂蜜60g、葱汁少许共煮熟，早空腹服用^[21]。

三、中西医结合治疗

便秘的治疗，可首选饮食疗法，另外要加强体育锻炼，保持心情舒畅，精神愉快；养成定时排便、排空大便的良好习惯。如能做到以上几点，比用泻药效果好，并可获得痊愈。

如患者因阳盛体质、或热病之后，津液亏损，或因年老体弱、气血不足，或肾阳不足、命门火衰而发生便秘，经以上治疗效显不佳者可根据中医辨证治疗，并间断配合开塞露20ml塞肛。以帮助润肠通便。

另外要积极进行病因治疗。

第四节 预防

平素宜食含粗纤维素食物，如粗粮、蔬菜，水果等，以增进肠蠕动，避免过食辛辣厚味，或饮酒过度，不可过食寒凉生冷食物。

经常参加体育锻炼，戒忧思恼怒，保持心情舒畅，气机调畅，则大便自通。

年老气虚的患者，特别素有心、脑血管疾病的病人，在排便时宜用坐式便盆，避免大便用力过度，从而防止虚脱及诱发心、脑血管疾病的急性发作。

参考文献

- [1] 马欣. 活血化瘀法治疗青年妇女严重便秘临床观察. 江苏中医, 1991, (7): 8
- [2] 沈一山. 老年秘便从痰论治. 浙江中医杂志, 1992, (8): 365
- [3] 段中伯. 针刺神阙下三分治疗便秘. 江西中医药, 1990, 21 (2): 46
- [4] 宋禄法. 针支沟穴治疗习惯性便秘 64 例观察. 新中医, 1991, (12): 32
- [5] 曹庆敏. 按摩治疗高血压病人便秘. 按摩与导引, 1991, (4): 27
- [6] 钟传珍. 新斯的明足三里穴位注射治疗结肠便秘. 云南中医杂志, 1991, (5): 30
- [7] 黄文东. 实用中医内科学. 上海科技出版社, 1985 年 6 月第一版, 第 244 页
- [8] 熊殿文. 通便散治疗脑卒中便秘 72 例. 陕西中医, 1992, 13 (4): 155
- [9] 任子来. 达原饮加味治疗便秘有效. 中医杂志, 1990, (4): 35
- [10] 陈焕松. 桑螺蛳散加味治疗老年性便秘 27 例. 浙江中医学院学报, 1993, 17 (2): 27
- [11] 王晏美. 调便汤治疗便秘 47 例报告. 中医杂志, 1992, (1): 34
- [12] 孙裕华. 轻松开塞汤治疗顽固性便秘 50 例疗效观察. 安徽中医学院学报, 1989, 8 (2): 27
- [13] 唐德元. 枳实麻仁汤加减治疗便秘 100 例. 湖北中医杂志, 1992, (1): 21
- [14] 苏孝斌. 单味生大黄粉对慢性便秘疗效观察. 1991, (3): 46
- [15] 刘树民. 重用白术治疗便秘辨析. 中医药学报, 1990, (2): 31
- [16] 李育浩. 白术对胃肠功能的影响. 中药材, 1991, (9): 38
- [17] 王惠恩. 番泻叶煎汁保留灌肠治疗习惯性便秘. 江苏中医药, 1993, (3): 27
- [18] 杨秀兰. 昆布治疗便秘 35 例. 浙江中医杂志, 1992, (9): 398
- [19] 仇锦华. 代赭石通燥结功效卓著. 中医杂志, 1990, (4): 58
- [20] 朱建秀. 腹舒膏治疗大便秘结 30 例. 新药与临床, 1990, (3): 170
- [21] 王艺. 老年便秘的中医护理. 上海中医药杂志, 1991, (5): 29

第二十九章 腹泻

腹泻系指排便次数多于平时，粪便稀薄，含水量增加，有时脂肪增多，带有不消化物，或含有脓血。病程少于2个月者为急性腹泻否则为慢性腹泻。本病一年四季均可发生，但以夏秋两季较为多见。引起腹泻的原因常见于炎症性肠病、结肠癌、缺血性结肠炎、烟酸缺乏症、肠道运动功能紊乱等。

腹泻属祖国医学“泄泻”范畴，历代医家对本病的命名、症状、治法等都有较详细的论述，泄泻多因外邪、脏腑功能失调所致，但以湿胜和脾胃功能失调多见。其命名概括为：①以病因命名：有湿泄、寒泄、火泄、暑泄、热泄、食泄、酒泄、痰泄、气泄、虚泄、疫泄。②《难经》根据脏腑辨证提出：胃泄、脾泄、大肠泄、小肠泄、大瘕泄。③以症状命名：有飧泄、鹜泄、滑泄、洞泄、水泄、暴泄、溏泄、濡泄等。目前临床上多以暴泻和久泻分类^[1]。在治疗上，《伤寒论》提出了“通因通用”之法，李中梓《医学必读·泄泻篇》指出了治疗泄泻有淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、湿肾、固涩九法。为后世临床辨证施治奠定了基础。近年来许多学者对泄泻提出了新的治疗方法，如金字安的“治泄十二法”^[2]，马骏的“泄泻证治十法”^[3]，杨福盛的“养阴法”^[4]，以及章剑今等人的“活血化瘀法”^{[5][6][7][8]}，彭光连等人的“针刺法”^{[9][10][11][12]}等治疗方法，均取得较好的疗效。

第一节 病因病理

一、西医的病因病理

（一）渗出性腹泻

因为炎症、溃疡、肿瘤浸润，病变部位的血管、淋巴、粘膜受到损害，局部血管通透性增加，蛋白、血液渗出及粘液分泌增加，这些物质进入肠道而发生腹泻。

（二）渗透性腹泻

因为水溶性物质吸收障碍，使肠腔内渗透压增加影响水的吸收，肠内容积增大，使肠管扩张，肠蠕动加速，而发生腹泻。在成人中乳糖酶缺乏症也可引起腹泻口服不易吸收的物质，如硫酸镁、山梨醇、甘露醇均可引起腹泻。

引起渗透性腹泻的原因有：

1. 消化不良

常见于①胃大部切除胃空肠吻合术后、萎缩性胃炎、恶性贫血等。胃空肠吻合术后，食物到胃后未经充分的消化即进入空肠，肠腔扩张，肠蠕动加快，引起腹泻。萎缩性胃炎或恶

性贫血时，胃酸分泌少或缺乏，食物中的蛋白质未经过初步消化即进入肠道，营养物质不能吸收而产生腹泻。②慢性胰腺炎、晚期胰腺癌、胰腺切除后，可由于胰液外分泌不足而引起腹泻。③重症肝脏疾病，胆盐产生减少，胆道梗阻时，胆汁不能进入肠道，回肠切除术后，胆盐回吸收减少，皆可导致肠道胆盐缺少，脂肪吸收不良，而发生脂肪泻。

2. 吸收不良

①热带吸收不良综合症，发病原因与营养缺乏及肠道细菌感染有关。小肠粘膜萎缩、充血、水肿，因而减少了小肠的吸收面积。临床表现为脂肪泻、腹胀、食欲不振，体重减轻等症。②非热带斯泼鲁又称成人乳糜泻。发病原因为先天性乳糖酶缺乏，不能分解麸质中的醇溶麸蛋白，这种醇溶麸蛋白对小肠粘膜造成损害，对脂肪吸收障碍而发生腹泻。

3. 肠系膜淋巴管梗阻

如腹腔淋巴瘤、淋巴肉瘤、何杰金氏病，均可引起小肠淋巴液回流障碍，则发生腹泻。

(三) 分泌性腹泻

肠粘膜的隐窝细胞为分泌细胞，分泌性腹泻主要在小肠、空肠分泌大量电解质，继而增加水的分泌，使肠腔内容积增大，肠蠕动加速而发生腹泻。分泌性腹泻可分为①感染性腹泻：常见于细菌感染。②非感染性腹泻：常见于心力衰竭、缩窄性心包炎、肝硬化门脉压升高，因肠道静脉压升高，细胞外溶液量增大，影响水的吸收，也增加水的分泌，而发生腹泻。

(四) 肠道运动能紊乱

肠蠕动增快，致使应在肠道吸收的物质不能被吸收，引起腹泻。常见于神经性腹泻、结肠易激综合征、甲状腺功能亢进等。

(五) 小肠吸收面积减少

小肠吸收面积减少，如小肠大部切除。

二、中医的病因病机

腹泻的病因，有感受外邪，饮食所伤，情志失调及脏腑虚弱等，但主要在于脾胃的功能障碍，其原因有外邪损伤脾胃，有脾胃本身虚弱，有肝旺乘脾，还有命门火衰、脾失温煦。

1. 感受外邪

外邪致泻，暑、湿、寒、热较为常见，尤以湿邪致泻多见。因脾恶湿而喜燥，湿邪最易困脾土，使脾失健运，水谷混杂而下，而为泄泻。风寒和暑热之邪多与湿邪相兼而致病。故《杂病源流犀烛·泄泻源流》说：“湿盛则殄泄，乃独由于湿耳，不知风、寒、热、虚虽皆能为病，苟脾强无湿，四者均不得而干之，何自成泄？是泄虽有风、寒、热、虚之不同，而未有不源于湿者也。”

2. 饮食内伤

饮食不节，暴饮暴食，食滞不化，或恣食肥甘，温热内蕴；或饮食不洁，损伤脾胃，致运化失职，水谷精华不能吸收，反停为湿滞，升降失调而发为泄泻。正如《症因脉治·内伤泄泻》所谓：“饮食自倍，膏粱纵口，损伤脾胃，不能消化，则成食积泄泻之证。”

3. 情志失调

如脾气素虚，又因忧郁思虑或情绪激动、精神紧张，以致肝气失于疏泄，横逆乘脾犯胃，脾胃运化失职而发生泄泻。正如《景岳全书·泄泻篇》所说：“凡遇怒气便作泄泻者，必先怒时挟食，致伤脾胃，故但有所犯，即随触而发，此肝脾二脏之病也，盖以肝木克土，脾气受伤而然。”

4. 脾胃虚弱

长期饮食失调，劳倦内伤，或久病缠绵不愈，均可导致脾胃虚弱，不能受纳水谷和运化精微，以致水反成湿，谷反成滞，清浊不分，湿杂而下，而为泄泻。

5. 命门火衰

若年老体弱或久病之后，脾阳不振，日久损及肾阳，命门火衰，则不能温煦脾土，运化失常，清浊不分，而引起泄泻。此外，“肾为胃之关”，若肾阳不足，关闭不密，而致泄泻。

综上所述，泄泻的主要病变在于脾胃与大小肠，而脾虚湿盛是导致本病发生的重要因素。此外，饮水过多，胃肠不能吸收，水留大肠，可引起泄泻。寒热湿滞蕴结曲肠，病久入络，瘀阻络伤，亦可导致泄泻不已。

第二节 临床诊断

一、辨病·西医诊断

(一) 症状

以大便次数增多，粪质清稀或如水样为主症，并可见腹痛肠鸣，食少腹胀等胃肠道症状和发热、口渴、体乏无力等全身症状。

(二) 发病季节

一年四季可发病，但以夏秋多见。

(三) 发病特征

急性暴泻，起病突然，病程较短，病情较急。慢性久泻，起病缓慢，病程较长，反复发作，时轻时重。

(四) 理化检查

大便镜检可见少量红、白细胞。肠道感染者的粪培养可见致病菌；慢性泄泻作钡餐灌肠X线检查，可见肠粘膜皱壁紊乱，甚见肠结袋变浅、消失。作乙状结肠镜，或纤维结肠镜检查，可见肠粘膜充血水肿，甚见浅表糜烂，出血点。

病名诊断

凡具备以上第1项主症，参考2、3、4项，即可诊断为泄泻（13）。

（五）并发症

重症腹泻可出现中枢神经中毒症状，如高热、昏迷、惊厥等。严重者可出现全身毒血症，以及失水、电解质紊乱、休克、急性肾功能衰竭等，如抢救不及时，可导致死亡。

（六）诊断要点

1. 诊断

以排便次数增多，每日3次~4次甚至20次~30次不等，粪质稀薄，如水注，或完谷不化，腹痛肠鸣为主症。有暴饮暴食或饮食不洁食物的病史。

2. 鉴别诊断

（1）与痢疾相鉴别：腹泻以大便次数增加，粪质稀薄，甚则如水样为主症。大便不挟有脓血，也无里急后重。痢疾以腹痛、里急后重利下赤白脓血为主症。

（2）与霍乱相鉴别：霍乱是一种上吐下泻同时并作的病证，其发病特点是来势急骤，变化迅速，病情凶险，先突然腹痛，继则吐泻交作，呕吐物为未消化食物，气味酸腐热臭；泻下多为黄色粪水，或如米泔。恶寒，发热，以及出现津竭亡阳危象。

二、辨证·中医诊断

（一）辨证要点

腹泻首先要辨缓急，急性泄泻发病急骤，病程较短，常以湿盛为主；慢性泄泻发病缓慢，病程较长，迁延日久，常因饮食不当，劳倦过度而复发，多以脾虚为主；病久及肾，出现五更泻，为命门火衰。其二，辨轻重，如泄泻，脾胃不败，饮食如常，多属轻证，预后良好；若腹泻不能食，形体消瘦，泄泻无度，或久泄滑脱不禁，致津伤液竭，多属重证。其三，辨寒热虚实，凡病势急骤，脘腹胀满，腹痛拒按，泻后痛减，小便不利，多属实证；病程较长，腹痛不甚，喜按，小便不利，不渴，多属虚证。粪质清稀如水，腹痛喜温，畏寒，完谷不化，手足欠温，多属寒证；如粪便黄褐，味臭较重，肛门灼热，泻下迫急，小便短赤，口渴喜冷饮，多属热证。其四，辨兼挟证，腹泻兼有恶寒自汗，发热头痛，脉浮者为挟风；夏季腹泻，症见身热烦渴，头重自汗，脉濡数者为挟暑；泻而兼腹脘痞满，噤腐臭者为兼伤食。

（二）辨证分型^[1]

暴泻

1. 寒湿泄泻证

〔临床表现〕泄泻清稀，甚则如水样，腹痛肠鸣，脘闷食少，苔白腻，脉濡缓。若兼外感风寒，则恶寒发热头痛，肢体酸痛，苔薄白，脉浮。

〔辨证分析〕寒湿之邪侵犯脾胃，致脾胃升降失司，清浊不分，水谷并走大肠，故泄泻清稀甚则如水样，寒湿内盛，肠胃气机受阻，则腹痛肠鸣；寒湿困脾，则脘闷食少，苔白腻，脉濡缓，是寒湿内阻之征。恶寒发热头痛，肢体酸疼，苔薄白，脉浮为外感风寒之表证。

2. 湿热泄泻证

〔临床表现〕泄泻腹痛，泻下急迫，或泻而不爽，粪色黄褐，气味臭秽，肛门灼热，烦热口渴，小便短黄，苔黄腻，脉滑数或濡数。

〔辨证分析〕肠中有热，故泻下急迫；湿热互结，故泻而不爽；粪黄而臭，肛门灼热，口渴尿黄为湿热下注之象；苔黄腻，脉滑数或濡数均为湿热内盛之征。

3. 伤食泄泻证

〔临床表现〕腹痛肠鸣，大便臭如败卵，泻后痛减，脘腹胀满，嗝腐酸臭，不思饮食，苔垢浊厚腻，脉滑。

〔辨证分析〕宿食内停，阻滞胃肠，故腹痛肠鸣；宿食不化，浊气上逆，则嗝腐酸臭；食积不化而腐败，故泻下臭如败卵；浊气得以下泄，故泻后痛减，胃肠为饮食所伤，则不思饮食；苔垢浊或厚腻，脉滑，均为食滞内困之象。

久泄

1. 脾虚泄泻证

〔临床表现〕大便时溏时泻，迁延日久，完谷不化，饮食减少，食后脘闷不舒，稍进油腻食物，则大便次数明显增加，面色萎黄，神疲倦怠，舌淡苔白，脉细弱。

〔辨证分析〕脾气虚弱，清阳之气不能升发，运化失常所致，故大便时溏时泻，完谷不化；脾胃虚弱，运化无权，则饮食减少，食后脘闷不舒，久泄不已；水谷精微不足则面色萎黄，疲乏倦怠；舌淡苔白，脉细弱，均为脾胃虚弱之象。

2. 肾虚泄泻证

〔临床表现〕黎明之前脐腹作痛，肠鸣即泻，泻后则安，形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡，苔白，脉沉细。

〔辨证分析〕久病及肾，肾阳虚衰，不能温煦脾土，而黎明之前，阳气未振，阴寒较盛，故脐腹作痛，肠鸣即泻，泻后则安；形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细，均为脾肾阳虚之象。

3. 水饮留肠证

〔临床表现〕形体消瘦，肠鸣漉漉有声，便泻清水，或大便呈泡沫样，泛吐清水，腹胀尿少，舌淡，苔白，脉濡滑。

〔辨证分析〕平时饮水过多，水份不易吸收，滞留肠中，致肠鸣漉漉有声，便泻清水，或大便呈泡沫样；水饮内阻，故见腹胀尿少；水饮上逆，故泛吐清水，脾不健运，饮食不能化为精微，反停而为饮，致肌肉不能充养，故形体消瘦；脉濡滑，苔薄白均为水饮内停之征象。

4. 瘀阻肠络证

〔临床表现〕泄泻日久，泻后有不尽之感，腹部刺痛，痛有定处，按之痛甚，而色晦滞，舌边有瘀斑或舌质紫暗，口干不欲多饮，脉弦小涩。

〔辨证分析〕泄泻日久入络，血瘀肠络，不通则痛，故腹部刺痛，痛有定处，按之痛甚；瘀阻气滞，故泻后有不尽之感；口干不欲多饮，面色晦滞，舌边有瘀斑或舌质紫暗，脉弦小涩，均为瘀血内阻之象。

5. 肝脾失调证

〔临床表现〕平素胸胁满闷，郁郁寡欢，常因情绪变动而致泻，腹痛即泻，泻后仍有腹痛，伴肠鸣矢气，嗳气纳差。舌淡红，苔薄白，脉弦。

〔辨证分析〕七情所伤，情绪紧张时，气机不利，横逆侮脾，脾失健运，故腹痛泄泻，泻

后仍有腹痛。肝失疏泄，故胸胁胀闷、暖气纳差。舌淡红，苔薄白，脉弦，乃肝旺脾虚之象。

第三节 治疗

一、西医西药治疗

1. 常规治疗

(1) 对于暴泻（急性泄泻）患者应禁食 6 小时～12 小时，以后可进流质如米汤、藕粉或稀粥等。对一般泄泻则要求清淡饮食。

(2) 输液：一般可口服 5% 葡萄糖盐水，不能口服者，给予静脉输液，同时纠正水、电解质及酸碱平衡失调。有休克者应快速补液，补充血容量，必要时加升压药。

(3) 抗菌素：一般口服黄连素 0.3g，每日 3 次。沙门氏菌感染可选用土霉素或氯霉素。致病性大肠杆菌可选用庆大霉素、复方新诺明等。

2. 对症治疗

腹痛甚者，可酌加解痉止痛剂如：654-2 10g～30mg，口服、肌注或静滴，也可用阿托品、颠茄酊等。慢性腹泻者可酌加止泻剂如：次碳酸铋 1g～2g，3 次/天，或鞣酸蛋白等。

3. 并发症治疗

本病一般预后良好。但重症腹泻如治疗不及时，可并发中毒性休克，应按休克进行抢救。

二、中医中药治疗

(一) 辨证论治

暴泻

1. 寒湿泄泻证

〔治法〕芳香化湿，解表散寒。

〔方药〕藿香正气散（《太平惠民和剂局方》）加减。

藿香 10g、紫苏 6g、桔梗 6g、陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 12g、大腹皮 10g、厚朴 6g、苍术 12g、白术 12g、炙甘草 10g、生姜 6g、大枣 6g。

〔加减〕发热恶寒重者，加荆芥、防风以疏散风寒；湿邪偏重可加车前子、薏米以分利小便；因贪凉饮冷而致者，加草薢、砂仁以温中散寒。

〔分析〕方中藿香辛温散寒，芳香化浊，是为主药；白术、茯苓健脾除湿；陈皮、厚朴、大腹皮理气消满，疏利气机；紫苏、白芷解表散寒；半夏醒脾燥湿。本方既能疏风散寒，又能化湿除满，健脾宽中，调理脾胃，使湿浊内化，风寒外解，脾胃功能恢复，而泄泻自止。

2. 湿热泄泻证

〔治法〕清热利湿。

〔方药〕葛根芩连汤（《伤寒论》）加味。

葛根 10g、黄芩 10g、黄连 10g、茯苓 10g、银花 15g、滑石（包）20g、车前子 10g。

〔加减〕湿邪偏重可加苍术、厚朴；恶心呕吐加竹茹以调和胃气；腹痛加重加木香、白芍。

以理气缓急；挟食者可加神曲、麦芽、山楂以消食化滞；夏季伤于暑湿，可加佩兰、香薷、扁豆衣、荷叶以清暑化湿。

〔分析〕方中黄芩、黄连苦寒清热燥湿，葛根解肌清热，升清止泻；银花助其清热之力；滑石、车前子增强利湿之效，使其湿热分消，则泄泻可止。

3. 伤食泄泻证

〔治法〕消食导滞。

〔方药〕保和丸（《丹溪心法》）为主方。

神曲 15g、山楂 10g、莱菔子 10g、半夏 10g、陈皮 10g、茯苓 15g、连翘 10g。

〔加减〕如食滞较重，可加大黄、枳实通因通用，推荡积滞；发热恶寒加苏叶、藿梗以解表畅中；呕吐加半夏、白蔻仁以和胃化浊。

〔分析〕方中神曲、山楂、莱菔子消食和胃；半夏、陈皮和胃降逆；茯苓健脾祛湿；连翘清热散结。

久泻

1. 脾虚泄泻证

〔治法〕健脾益气。

〔方药〕参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）为主方。

人参 6g、白术 10g、茯苓 15g、甘草 6g、砂仁 10g、陈皮 10g、桔梗 6g、扁豆 10g、淮山药 15g、莲子肉 6g、苡仁 15g。

〔加减〕若脾阳虚，阴寒内盛，可加附子理中汤以温中散寒；若久泻不愈，中气下陷，兼有脱肛者，可用补中益气汤以健脾止泻。

〔分析〕方中四君子汤健脾益气，砂仁、陈皮、桔梗、扁豆、淮山药、莲子肉、苡仁理气健脾化湿。共奏健脾益气化湿止泻之功。

2. 肾虚泄泻证

〔治法〕温补脾肾，固涩止泻。

〔方药〕四神丸（《证治准绳》）加味。

补骨脂 12g、吴茱萸 3g、肉豆蔻 6g、五味子 10g。

〔加减〕若脾肾虚寒，加附子、炮姜以增其温肾暖脾之功；如年老体衰，久泻不止，可加黄芪、诃子、赤石脂以固涩止泻。

3. 水饮留肠证

〔治法〕健脾利湿。

〔方药〕苓桂术甘汤（《金匮要略》）加味。

茯苓 15g、桂枝 6g、白术 10g、甘草 6g、防己 10g、大黄 6g、葶苈子 10g。

〔加减〕腹痛甚者，可加桂枝汤以和营止痛。

〔分析〕方中桂枝通阳，茯苓、白术健脾利湿；甘草和中；防己、葶苈子泻肺利水；大黄泻下。众药合用，相互配伍，健脾利水，前后分消。

4. 瘀阻肠络证

〔治法〕化瘀通络，和营止痛。

〔方药〕少腹逐瘀汤（《医林改错》）。

蒲黄 10g、五灵脂 10g、当归 10g、川芎 10g、元胡 10g、没药 6g、桂心 6g、小茴香 6g、

干姜 3g。

〔加减〕大便挟有赤白粘冻，可合用白头翁汤，以清热凉血。

〔分析〕方中蒲黄、五灵脂、当归、川芎活血化瘀，元胡、没药活血止痛；桂心、小茴香、干姜温经散瘀，肠络瘀血得散，则泄泻腹痛自止。

5. 肝脾失调证

〔治法〕抑肝扶脾，缓急止痛。

〔方药〕痛泻要方（《丹溪心法》）加味。

陈皮 10g，白芍 15g，防风 6g，白术 10g。

〔加减〕胸胁胀满甚者，加柴胡、香附以增强疏肝之力；疲乏、纳差者加党参、茯苓、淮山药以健脾止泻；大便溏薄如水者，加茯苓、车前子渗湿利水。

〔分析〕白术健脾补虚；白芍养血柔肝；陈皮理气醒脾，防风升清止泻。

（二）验方治疗

1. 止泻增液冲剂^[5]

〔组成〕马鞭草、辣蓼草、蛇泡草各 5g，生地、麦冬各 1.5g，654-2 5mg，蔗糖适量。

〔用法〕1 包以 500ml 温开水冲服，4h 后重服 1 次，以后 1 包，3 次/日冲服，连服 3 天。

〔功用〕清热、消炎、活血散瘀、增液养阴、解痉止痛。

〔疗效观察〕治疗组 108 例腹泻病人，痊愈 84 例，好转 23 例，无效 1 例；对照组 45 例，痊愈 40 例，好转 3 例，无效 2 例，经 X² 处理， $P > 0.05$ ，两组差异无显著性意义。口服冲剂补液与静脉补液达到相同效果。

2. 膈下逐瘀汤^[7]

〔组成〕当归、枳壳、玄胡、五灵脂各 10g，赤芍、桃仁、香附各 6g，乌药 9g，甘草 3g。

伴寒湿者，加炮姜、炙升麻各 6g，炒白术 10g；伴湿热者，加葛根、生薏仁各 10g，败酱草 15g；伴脾胃虚弱者，加茯苓、炒山药各 15g，白芍 12g。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂，分 2 次空腹温服。

〔功用〕活血祛瘀，调和气血。

〔疗效观察〕共治疗 32 例慢性腹泻病人。24 例痊愈；5 例好转；3 例无效。总有效率为 91%。

3. 备急丸^[14]

〔组成〕制附子 15g，干姜 6g，硫磺粉、甘草各 3g，制巴豆霜 0.5g，大黄炭 12g。

〔用法〕水煎服，连煎 2 次，取汁相加，每日 1 剂，分 3 次温热服。

〔功用〕温阳散寒。

〔疗效观察〕共治疗 200 例慢性腹泻病人。结果，195 例痊愈。获愈时间最短 2 天，最长 16 天，大多在 4~7 天。

4. 香参止泻方^[15]

〔组成〕苦参 30g，广木香 10g。

伴发热者加黄芩、柴胡；伴腹痛者加白芍、砂仁；伴里急后重者加防风、白术；伴红白冻子者加白头翁、黄连；伴肛门灼热者加黄芩、葛根。

〔用法〕加水 500 毫升煎至 300 毫升，分 3~4 次服，日 1 剂。

〔功用〕清热利湿，疏通气机。

〔疗效观察〕共治疗 96 例急性腹泻病人，痊愈 59 例，显效 26 例，好转 9 例，无效 2 例，总有效率为 97.9%。

5. 酢浆克泻汤^[16]

〔组成〕酢浆草 20g~30g、铁苋菜 20g~30g、罂粟壳 6g~10g、党参 20g~30g、附子 6g~10g、炒白术 12g、炒怀山药 30g、炙甘草 5g。

〔加减〕气虚加黄芪；脾阳虚加干姜；肾阳虚加补骨脂，腹痛甚加白芍，气滞加木香；食滞加山楂；滑泻不止加赤石脂、禹余粮。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服。

〔功用〕温补脾肾，清热利湿，涩肠止泻。

〔疗效观察〕360 例慢性泄泻患者中，痊愈 269 例；好转 76 例，无效 15 例。总有效率为 95.83%，疗程最短为 12 天，最长为 45 天。

6. 养脏止泻汤^[17]

〔组成〕白芍 12g、当归、党参、肉桂、木香、甘草各 9g，白术、罂粟壳各 12g，附片 4g。

〔加减〕腹痛重加香附、乌药；脱肛者加黄芪；下利完谷不化、四肢不温者加干姜；气虚加黄芪、升麻、桔梗；湿盛加秦皮、薏苡仁；气滞加青皮、陈皮。

〔用法〕水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服。15 天为 1 疗程。

〔功用〕温肾健脾，涩肠止泻。

〔疗效观察〕共治疗 116 例慢性虚寒性腹泻患者，临床治愈 66 例；有效 37 例，无效 13 例，总有效率为 88.8%。大部分病例服药 1 个疗程后腹痛腹泻明显好转，饮食增加。

（三）单味药治疗

1. 鸡血藤^[18]

〔药理〕味苦甘、微涩，功能祛风活血。外驱表邪，内化里湿。

〔用法〕鸡血藤 60g，加清水 600ml，煎至 200ml，分 2~3 次服，每日 1 剂。

〔疗效〕治疗急性泄泻 18 例，痊愈 16 例，好转 1 例，无效 1 例。总有效率为 94%。治疗前粪便常规检查有白细胞者，治疗后有效者复查均转为阴性。

2. 丹参注射液^[8]

〔药理〕抗菌消炎，解痉止痛。

〔用法〕5%葡萄糖注射液 500ml，内加丹参注射液 16ml（相当于丹参生药 3g）。静脉滴注每日 1 次。

〔疗效〕共治疗急性腹泻 91 例。治疗组：显效 76 例（83.52%）；有效 8 例（8.79%）；无效 7 例（7.69%）；总有效率为 92.31%。对照组：显效 72 例（78.26%）；有效 11 例（11.96%）；无效 9 例（9.78%），总有效率为 90.22%。两组比较 $P>0.05$ ，无明显差异。

3. 鱼腥草注射液^[19]

〔药理〕消炎抑菌，松弛肠道平滑肌。

〔用法〕鱼腥草注射液 2ml 肌注，每日 2 次，连用 3 天。

〔疗效〕治疗功能性腹泻 108 例。治疗组 108 例，有效 99 例（91.67%），无效 9 例（8.33%）。对照组 53 例，有效 2 例（3.77%），无效 51 例（96.23%）。两组间疗效显著性差异（ $P<0.05$ ）。对照组无效的 51 例，改用鱼腥草注射液治疗 3 日后，全部治愈。

4. 红接骨草^[20]

〔药理〕味微苦涩，性凉，有凉血散瘀，消肿止痛作用。

〔用法〕红接骨草 30g (鲜品 60g)。加水 500 毫升，煎取 100 毫升，每日 1 剂，日服 2 次。小儿用量减半。5 天为 1 疗程。

〔疗效〕29 例泄泻患者全部治愈。病程最短者 3 小时，最长 5 日。

(四) 其它疗法

1. 针灸

彭光连^[9]采用艾灸神阙、关元治疗急慢性腹泻 64 例，总有效率为 95%，提示本法有温肾、疏肝、健脾的综合功能。徐东郎^[10]应用经气导平疗法治疗慢性腹泻 32 例，取以天枢、神阙为主；配穴足三里、章门。每 d 取 1 侧穴位，相互交替（神阙每 d 必用）。结果：治愈 14 例，显效 15 例，无效 3 例，总有效率为 90.6%。冯淑兰^[12]采用“胫中穴”（小腿内侧，胫骨内侧髁与内踝高点之中点，紧靠胫骨后缘、上下推之有触手感处），针刺治疗急性腹泻 103 例，结果：针刺 1 次痊愈者 92 例，针刺 2 次痊愈者 8 例，好转 3 例。有效率为 100%。王全仁^[21]采用针灸神阙穴与拔火罐治疗泄泻 185 例，经 3~6 次治愈 144 例，好转 12 例，无效 2 例，7~9 次治愈 10 例，好转 15 例，无效 2 例，总有效率为 97.9%。提示治疗越早，疗效越好。洪曼英^[22]对 61 例脾肾阳虚的慢性腹泻患者进行电流穴位刺激治疗后，观察到有明显的止泻作用。总有效率为 91.8%。同时对治疗组、对照组分别在治疗前后各 30 分钟抽血以测定血浆环一磷酸腺苷和血浆环一磷鸟苷的变化。结果，脾肾阳虚腹泻患者治疗前后血浆环核苷酸有显著差异，而健康人弱电刺激前后则无明显差异。说明本法对抗体有明显调整作用。

2. 穴位注射

王天俊^[11]以注射用水注入上巨虚穴治疗急性泄泻 35 例，并与常规西药组随机对照观察，以连续治疗 3 次以内者统计疗效。结果，两组的总有效率均为 100%，无显著性差。说明穴位注入注射用水有一定的抗炎作用。赵成莉^[23]采用在止泻穴（位于足外踝正下方赤白肉横纹处）小剂量（0.25mg~0.5mg/kg/次）注射 654-2 治疗秋冬腹泻 102 例，观察到 24 小时内止泻者 26 例，48 小时止泻者 29 例；72 小时止泻者 31 例；好转者 12 例。总有效率为 96.7%。

3. 脐疗

(1) 丁香、肉桂各等份共研细末，敷脐，1 日 1 换，3 天~5 天为 1 疗程。治疗寒泻。

(2) 苍术、厚朴、陈皮、甘草各 30g，共为粗末，炒热，布包，放脐上，热熨斗熨之，逼药气入腹，此法通治泄泻。

(3) 高树中^[24]自拟“久泻膏”组成：生黄芪、补骨脂、乌梅炭、五倍子各 30g，米壳、肉桂各 15g，川连、冰片各 6g 共研细末贮瓶备用。取 3g 用生姜汁调成膏状。填敷神阙穴，伤湿止痛膏或肤肌宁膏固定，3 天换药 1 次，治疗顽固性腹泻 30 余例，无一不效。

4. 食疗

(1) 因证施膳：食滞泄泻，宜食易消化、清淡饮食。焦谷、麦芽水煎服可达到消食化积的目的。湿热泄泻，宜多饮水，多食蔬菜，如冬瓜、苦瓜等清热除湿之品，寒湿泄泻应食易消化富有营养的食物如大枣粥、莲子粥，可煎生姜水温服以助祛寒。脾胃虚寒泄泻，宜热食，清淡富有营养，如羊肉、薏仁粥等温补食品。

(2) 因人施膳: 老年人体虚, 宜清淡易消化、富有营养之品, 如羊肉、海参、大枣粥等。同时注意少食多餐。小儿泄泻, 应养成定时定量的饮食习惯, 鼓励多饮糖盐水, 宜清淡食物。

(3) 因时施膳: 春温夏热两季腹泻, 宜多饮淡盐水或茶水, 多食新鲜水果如西瓜或绿豆粥等, 以助清热解毒。秋凉冬寒之时, 宜温中散寒、健脾补胃食物, 如莲子粥, 红枣粥等, 并兼服生姜水、大蒜汁等^[25]。

三、中西医结合治疗

①对于一般腹泻可采取单纯西药抗生素, 及对症治疗或中医辨证治疗。

②重症腹泻应采取: 中医辨证施治; 控制饮食; 补充液体; 纠正水、电解质紊乱; 对症治疗; 如出现休克, 可按休克处理。

刘天智^[26]将慢性腹泻分为轻、中、重度三型。轻型, 大便每日在4次以下; 重型, 大便每日8次~10次以上, 介于两者之间为中型。采用标本兼顾, 调节饮食的方法治疗。中型患者适当加服抗生素、解痉止痛及胃粘膜保护剂, 如复方新诺明、黄连素、灭滴灵、麦迪霉素、普鲁苯辛、颠痛定、硫糖铝等药5天~7天, 将大便控制在每日3次~4次以下即改服中药, 重症者给予适当禁食、输液、服用中药煎液, 自拟香砂健脾止泻汤(木香、砂仁、山楂炭、车前子、半夏、陈皮、茯苓、甘草)随症加减。临床治愈率98%, 总有效率为100%。说明中西医结合治疗腹泻有其独特的优势。

第四节 预防

要加强锻炼, 增强体质, 使脾旺不易受邪。开展卫生宣传教育, 建立良好的个人卫生习惯, 饮用清洁的水, 改善环境卫生, 培养饭前便后洗手的良好习惯。另外食具要进行消毒, 建立健康的生活方式, 养成自我保健预防腹泻的意识, 可有效预防和控制腹泻的发生。^[27]

对于腹泻病人要给予流汁或半流汁饮食, 忌食辛热炙燥肥甘厚味。若暴泻耗伤胃气的病人, 可给予淡盐水、米汤等以养胃气, 预防耗津亡阳等并发症的发生。

参考文献

- [1] 黄文东. 实用中医内科学. 上海科学技术出版社, 1985年6月第一版, 第240页
- [2] 金字安. 治泻十二法. 北京中医杂志, 1992, (4): 20
- [3] 马骏. 泄泻证治十法体会. 北京中医杂志, 1991, (3): 31
- [4] 杨福盛. 试谈养阴法在治疗泄泻中的意义. 中医药研究, 1990, (1): 24
- [5] 章剑今. 以活血化瘀为主治疗腹泻108例临床观察. 中西医结合杂志, 1991, 11 (2): 112
- [6] 张锡源. 丹参注射液静脉点注治疗急性腹泻91例. 中西医结合杂志, 1993, 13 (2): 109
- [7] 杨军玉. 膈下逐瘀汤加减治疗慢性腹泻32例. 浙江中医杂志, 1992, (9): 397
- [8] 王学平. 膈下逐瘀汤治疗五更泻. 北京中医杂志, 1991, (6): 22
- [9] 彭光连. 艾灸神阙关元治疗急慢性腹泻64例. 陕西中医, 1991, (1): 36
- [10] 徐东郎. 经气导平仪治疗慢性腹泻32例. 陕西中医, 1991, (3): 134
- [11] 王天俊. 水针治疗急性泄泻35例. 南京中医学院学报, 1991, 7 (4): 225

- [12] 冯淑兰. “脘中穴”治疗急性腹泻103例临床小结. 湖南中医杂志, 1992, (3): 24
- [13] 李乾构. 泄泻的诊断与疗效评定标准. 北京中医杂志, 1991, (3): 14
- [14] 卢书山. 备急丸加味治疗沉寒凝滞型慢性腹泻200例. 浙江中医杂志, 1992, (11): 489
- [15] 郭桂香. 香参止泻方治疗急性腹泻96例. 湖北中医杂志, 1992, 14 (6): 9
- [16] 赵伟强. 酢浆克泻汤治疗慢性泄泻疗效观察. 中医杂志, 1992, 33 (7): 53
- [17] 黄承才. 养脏止泻汤治疗慢性虚寒性腹泻116例分析. 河北中医, 1990, 12 (1): 1
- [18] 唐存桂. 鸡血藤治疗急性泄泻18例. 广西中医药, 1993, 16 (3): 18
- [19] 周克聪. 鱼腥草注射液治疗功能性腹泻108例疗效观察. 浙江中医杂志, 1992, (6): 247
- [20] 龙绍孙. 红接骨草治疗湿热型痢疾及泄泻的疗效观察. 广西中医药, 1991, 14 (5): 207
- [21] 王全仁. 针灸神阙穴与拔火罐治疗泄泻185例. 辽宁中医杂志, 1990, (5): 35
- [22] 洪曼英. 电针治疗脾肾阳虚腹泻的临床观察. 上海针灸杂志, 1992, (4): 24
- [23] 赵成莉. 654-2止泻穴注射治疗秋冬季腹泻102例临床观察. 陕西中医学院学报, 1992, 15 (1): 1
- [24] 高树中. 中医脐疗大全. 山东济南出版社, 1992年4月第一版, 第140页
- [25] 高莲芝. 泄泻食宜探讨. 中医药学报, 1993, (3): 8
- [26] 刘天智. 中西医结合治疗慢性腹泻100例临床观察. 实用中西医结合杂志, 1993, 6 (3): 136
- [27] 王瑞芳. 自我保健预防腹泻病. 中华流行病学杂志, 1992, 13 (4): 233

下编 专题研究

第一章 中医治疗幽门螺杆菌感染

自1983年Warren和Marshall从慢性活动性胃炎患者胃粘膜活检标本中分离出幽门螺杆菌^[1] (Helicobacter Pylori, HP)以来,许多学者对HP与胃和十二指肠疾病的关系进行了大量研究。研究表明,HP感染与慢性胃炎和消化性溃疡之间有密切关系。关于HP感染与胃癌前病变和胃癌的关系,目前尚不完全清楚。但多数学者认为HP感染与胃癌前病变的形成和胃癌的发生有关,应引起足够的重视。现有治疗幽门螺杆菌的西药如果长期大量应用,均会产生一些令人担忧的毒、副作用。故中医药治疗HP感染有明显的优势,但也存在一些问题。

第一节 幽门螺杆菌的西医学研究

一、HP的细菌学研究

幽门螺杆菌(HP),原称幽门弯曲菌(campylobacter pylori),但该菌具有不同于其他弯曲菌的以下特点:菌体一端有4根带鞘鞭毛;产生大量尿素酶;独特的蛋白质结构;菌壁不同的脂肪酸组成;不同的RNA系列。故国际微生物学会将其改名为幽门螺杆菌。这一名称涉及该菌的形态学,它在体内呈螺旋状,但在体外呈杆状^[2]。

HP为革兰氏阴性菌,透射电镜下,HP呈肾形或S型,长约3 μm ~5 μm ,直径为0.4 μm ~0.6 μm ,在菌体一端附近常见到2~4根带鞘鞭毛。HP特异地寄居于粘液层下,胃型上皮表面,大多数位于胃型上皮细胞之间连接部^[3]。目前,除胃粘膜上皮表面及食管和十二指肠的胃化上皮细胞表面外,其他部位尚未发现有HP的正常寄生。人工培养需要营养较丰富的培养基和微需氧条件。HP对酸敏感,在PH值等于6~8时生长最好。HP体内含有大量高活力的尿素酶、细胞外超氧化物歧化酶和过氧化氢酶,可抵御胃酸、宿主吞噬细胞和中性粒细胞的杀灭作用。HP的抗原构造,目前尚不完全清楚。免疫印迹法显示:有三条蛋白带对HP具有高度的特异性,其中IgG识别110KDa和63KDa, IgA识别89KDa,该免疫学特性对诊断是否HP感染有较确切的意义^[4]。

二、HP的传染方式

有关HP传染方式的情况人们知道的较少。现有资料提示只有人和少数动物(如Rhesus猴)是HP的自然宿主,说明可能只有人与人及人与动物之间的传染才是HP的可能传播途径。有人发现城市人口的HP感染率高于农村人口,澳大利亚土著人的HP感染率显著低于随机挑选的献血员^[5],提示密切的社会接触可能有助于HP的感染流行。有一作者发现有一家庭所有成员均有HP感染,进一步通过DNA分析发现他们感染的HP亚型也完全相同。有人发

现直接接触胃液在 HP 感染的传播中有重要作用^[6]。

三、HP 的流行病学

现公认 HP 是人类慢性胃炎的主要病因,其流行病学模式也适用于慢性胃炎。胃炎发病率和 HP 感染率均随年龄而增加,一旦感染多受累终生。在人群之间或同一人群的不同个体之间,HP 感染率差别很大,似和卫生条件有关。HP 感染的地理及社会方式符合粪口传播,但亦知可以口口传播和内镜传播。活动的螺旋型 HP 在河水至少可存活一周,而球型 HP 则可存活一年多,但后者无致病力。在发达国家 HP 的感染率与以往报道的慢性胃炎和消化不良症新发病例的发病率大致相同,即随年龄每年增加 1%~2%,在不同信仰、种族、道德标准和社会经济地位人群间差别也显著^[7]。

HP 感染是一个世界性问题。我国属于感染率较高的国家。河南医学研究所^[8]对河南辉县的一个自然乡中 571 名自然人群进行胃镜普查,HP 感染率男性为 72%,女性为 63%,15 岁~25 岁青年组为 53.6%,成年组为 76%。湖南医科大学第二附属医院^[8]统计了湖南六个地区 2368 例胃镜检查的 HP 感染情况,总检出率为 66.1%,各地区间检出率差异无显著性。正常人 HP 检出率为 22.2%,慢性浅表性胃炎为 57.6%,慢性萎缩性胃炎为 60.4%,胃溃疡为 77.2%,十二指肠溃疡为 80.6%,胃癌为 52.6%,术后胃为 52%,胆汁反流性胃炎为 40.7%。炎症愈重,HP 的检出率愈高。第一军医大学南方医院用间接 ELISA 法检测血清中抗 HPIgG 抗体,对两个地区 1019 例自然人群进行血清流行病学调查^[9],HP 感染率为 60%,不同地区、性别、血型、职业间的 HP 感染率无差异。

在广州地区城乡用随机抽样法对 1848 名各年龄组健康人群进行前瞻性胃幽门螺杆菌感染血清学普查,结果显示:总感染率为 46.5%,属世界高感染地区,其中市区感染率为 56.0%,高于市郊农村 (38.6%, $P<0.05$)。这差异在 1 岁~5 岁儿童最显著,以后两组感染率随年龄升高的速度均约 1%,差异不大。感染率和人群居住密度呈正相关,但和水源、卫生条件及饮食习惯因素无关,提示该菌通过密切接触方式传播。并提示 HP 感染和胃癌发病有一定关系,因胃癌是多病因疾病,HP 感染在其发病中的地位尚需进一步查明。一旦证实了 HP 是胃癌致病的重要因素,即可通过预防和治疗儿童 HP 感染以达到防癌的目的,作者认为这将对胃癌防治有巨大推动作用^[10]。

四、HP 的致病机理

1. 粘附和定居作用

胃肠道致病菌在胃肠上皮细胞表面的粘附和定居往往是引起胃肠感染的第一步。迄今为止仅在胃型上皮上发现 HP,说明 HP 对胃型上皮有某种亲和力。现在 HP 菌体表面发现了一种血凝素,它可能有助于 HP 粘附于胃上皮细胞。

2. 蛋白酶作用

HP 能合成蛋白酶,分解胃粘蛋白,使胃液粘稠度减小,粘液屏障遭到破坏^[11]。

3. 尿素酶作用

HP 能产生大量的尿素酶,分解尿素产生氨。一方面,氨能保护 HP 使其免受胃酸的影响;

另一方面, 氨对胃粘膜有直接毒性作用^[12]。

4. 细胞毒素作用

有人发现 HP 培养液中有一种细胞毒素, 它能使哺乳动物细胞发生空泡样变性^[11]。

5. HP 不仅能引起全身免疫反应, 也能引起局部免疫反应

Wgatt 等发现 HP 阳性胃炎患者胃粘膜表面的 HP 被免疫球蛋白覆盖, HP 阳性胃炎患者胃粘膜中的淋巴滤泡多于 HP 阴性者, 提示 HP 阳性胃炎的组织学改变可能是 HP 抗原刺激引起的免疫反应所致^[11]。

6. HP 与胃泌素、胃酸的关系

Levi 等发现 HP 阳性者的空腹及餐后血清胃泌素水平高于 HP 阴性者, HP 阳性者的基础胃酸和五肽胃泌素刺激的高峰排酸量高于 HP 阴性者^[13]。

五、HP 的培养特性

HP 对营养要求苛刻, 在普通蛋白胨水或肉汤中不能生长, Goodwin 推荐下列培养基: 以脑-心浸液琼脂为基础, 加入 7% 马血清, 1% Isovitalex (BBL), 万古霉素 2mg/L, 萘啶酮酸 20mg/L, 两性霉素 2mg/L。该菌最适生长温度为 37℃, 42℃ 条件下则不能生长。37℃ 孵育细菌生长繁殖缓慢, 培养 3 天~4 天后在固体培养基上才能有 0.5mm~1mm 直径的灰白色透明菌落, 在血平板上有时可见菌落周围轻度溶血。此菌为兼性厌氧菌, 对氧较敏感, 活检标本放在普通工作台上 2 小时, 再次培养不能成功。HP 对湿度要求更高, 尤其初次分离时, 相对湿度至少要在 98% 以上。目前内镜检查采取胃粘膜标本, 进行培养时必须注意以下几个问题: ① HP 在病变粘膜分布不均, 应在不同部位取材。②标本浸在 0.5ml 葡萄糖液 (20%) 内应立即送检, 在 5 小时内接种不会减少阳性率。③分离培养用的平皿必须新鲜配制与倾注, 在密闭条件下保存。④活检标本研磨后接种在平板上^[11]。

六、HP 与慢性胃炎的关系

已有大量证据支持 HP 为慢性胃炎的病原菌: ①慢性胃炎中的 HP 检出率很高 (50~80%), 而正常胃粘膜很少检出 HP (0~6%), 慢性活动性胃炎更高, 达 90% 以上。②胃粘膜上 HP 的密度与多形核白细胞的浸润成正比。国内有人发现 HP 感染量与胃炎严重程度、活动性和胃上皮损伤及其程度呈明显正相关^[14]。Hessey 发现在 HP 粘附较多的地方, 上皮细胞变性, 细胞内粘蛋白颗粒耗尽, 胞浆减少, 核浆比例增大^[15]。③慢性胃炎尤其是慢性活动性胃炎患者血清中的 HP 抗体明显升高。④HP 清除后胃粘膜组织上的炎症明显改善, 而感染复发者炎症也复发。⑤志愿者口服 HP 使原来正常的胃粘膜感染 HP 并发生急性炎症^[16]。综上所述, 说明 HP 至少是慢性胃炎的病因之一。

有关 HP 与慢性胃炎的关系, 国内开展的工作逐渐增多, 如江绍基等^[17]报道 209 例胃疾病检查, CP 总阳性率为 69.4%, 其中慢性浅表性胃炎、萎缩性胃炎、反流性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡组各自阳性率都在 80% 左右。周吉民等^[18]报告 107 例培养中 45.8% 有 CP 生长, 炎症程度与 CP 数量多少呈正相关, 其中 CP 在浅表性胃炎、萎缩性胃炎的检出率分别为 80.1%、80%。陈代云等^[19]发现在 160 例慢性胃炎粘膜检出率 73.8% (118/160), 其中非

活动性胃炎 49.3% (33/67), 活动性胃炎 91.4% (85/93)。梅浙川等的资料^[20]表明: 251 例慢性胃炎中, HP 阳性 128 例, 阳性率 51%。其中慢性浅表性胃炎 221 例, HP 阳性率为 50.7%, 慢性糜烂性胃炎 22 例为 50%, 疣状胃炎 8 例 62.5%, 三者阳性率无显著差异 ($P>0.05$)。提示 HP 与慢性胃炎关系密切, 而与慢性胃炎的类型无关, 与国内多数文献报道一致。资料中伴有胆汁返流的慢性浅表性胃炎 52 例, HP 阳性 23 例, 阳性率 44.2%, 而不伴胆汁返流的 169 例为 57.2%, 似乎返流的胆汁有抑制 HP 的作用, 但两者无显著性差异 ($P>0.05$)。卫建原等人^[21]报道了对 304 有上消化道临床症状的胃粘膜活检标本进行了 H-E, Wathin-Starry 染色, 10 例进行了透射电镜观察, 66 例进行了 HID-ABPH2.5-PAS 染色。结果: CP 的检出率 54.9%, 其中慢性萎缩性胃炎的 CP 检出率为 61.3%; 慢性浅表性胃炎 CP 检出率为 57.1%。并发现慢性萎缩性胃炎和浅表性胃炎 CP 检出率无明显差别, 而是与其是否合并活动性胃炎关系密切, 即慢性活动性胃炎 CP 检出率明显高于慢性非活动性胃炎, 且活动性炎症愈明显, CP 的检出率也相应增高。另外张遵武等人的研究报告亦与上述观点一致^[22]。最近有人报道, 采用 MB 染色对 167 块胃粘膜活检组织进行了 HP 观察, 其中浅表性胃炎 93 块, 萎缩性胃炎 12 块, HP 阳性率分别为 65.60%, 75%, 差异无显著性 ($P>0.05$)。活动性胃炎 64 块, 非活动性胃炎 41 块, HP 分别为 85.9%, 36.59%, 有非常显著性差异 ($P<0.01$)^[23]。

七、HP 与消化性溃疡的关系

HP 与消化性溃疡间存在着明显的关系, 如 Marshall 报告 13 例十二指肠溃疡全部带有 HP (100%), 18 例胃溃疡带菌 (87%)。国外许多文献报道 HP 在十二指肠溃疡的检出率是 90%~100%^[24]。据国外文献报告, 采用酶联免疫法测定 220 例病人的抗 CP 抗体, 结果消化性溃疡患者 CP 抗体明显高于正常人, 而抗体水平高者多带有 CP^[25]。李金钟检测了溃疡、非溃疡粘膜各 16 块、105 块, HP 分别为 100%、66.67%, 差异非常显著 ($P<0.01$)^[23]。还有人发现 HP 阳性消化性溃疡比 HP 阴性者易复发。抗 HP 药物不仅能使溃疡愈合, 而且使溃疡的复发率低于自然愈合或经 H₂ 受体拮抗剂治愈者^{[22][11]}。近来国内有人认为 HP 与消化性溃疡的关系较与慢性胃炎更为密切^[20]。虽然以上证据说明 HP 与消化性溃疡相关, 但它们之间的关系仍不甚明确^[7], HP 对消化性溃疡的作用还不能满足 Koch 定律。许多作者发现 HP 的存在与否并不影响溃疡的愈合。贾博琦报道用庆大霉素和雷尼替丁分别治疗 HP 阳性消化性溃疡, 发现尽管庆大霉素组的 HP 清除率明显高于雷尼替丁组, 但前者的溃疡愈合率低于后者, 说明在消化性溃疡的发病上, HP 不如酸重要^[26]。

总之, 目前尚无足够的证据说明 HP 是消化性溃疡的致病因素, 但有充分证据表明 HP 与消化性溃疡的复发及顽固不愈有关, 两者的关系有待进一步研究。

八、HP 与胃癌的关系

有关 HP 与胃癌的关系现各家报道资料不一致。江绍基报道资料为: HP 阳性率在胃癌与“正常”者之间的差异无统计学意义^[17]。陈士葆等检测了 94 例胃癌患者, 其 HP 阳性 39 例 (41.5%)。80 例慢性胃炎作为对照, 其 HP 阳性 36 例 (45%), 两组比较差异不显著 (P

<0.05)。故未能明确 HP 感染与胃癌发生之间的关系^[27]。关于 HP 同胃癌关系,有人提出了如下假说:HP 导致慢性胃炎,然后转化成萎缩性胃炎,进一步出现胃萎缩、肠上皮化生,最后转变成胃癌,认为胃癌可看成是 HP 感染的一种晚期并发症^[28]。吕晓雯等^[29]对由胃粘膜活检组织分离的 7 株 HP 在 PH7.5 条件下进行体外对亚硝胺合成影响的测定,尽管这 7 株 HP 全部为硝酸盐还原酶阴性菌,但发现其中有 4 株(57%)有催化亚硝胺合成的作用,对 HP 可能参与胃癌的发生提供了线索。

国外某些资料认为 HP 感染与胃癌有密切关系。如有人发现胃癌患者血清的 HP 抗体阳性率可达 65%~94%^[30,31]。在胃癌高发区,HP 的感染率也明显高于其他地区,甚至儿童的感染率也很高^[32]。HP 感染率与胃死亡率也呈明显的正相关系^[33]。关于胃癌的组织型别与 HP 的关系,大多数研究认为肠型胃癌的发生与 HP 感染有关^[34]。

有关 HP 与胃癌,许多资料认为需要一个中间过渡,即 HP 导致慢性胃炎,使正常粘膜转变为萎缩性胃炎、肠上皮化生、异型增生到肠型胃癌的多步癌变的发展过程^[23]。

九、HP 感染的诊断^[11,35]

1. 细菌培养

胃粘膜细菌培养是诊断 HP 感染最可靠的办法,也是验证其他诊断方法的标准。但不少因素可影响 HP 的培养而致假阴性,如组织中的 HP 太少等。

2. 组织切片染色

染色方法很多,主要有 Warthin—starry (WS) 染色、改良 Gimsa 染色、Gresylfast 染色、HE 染色和荧光染色等,其中以 WS 染色最好,特异性及敏感性几乎均达 100%。有人用吖啶橙荧光染色,HP 易辨认,且方法简单、快速,尤其在 HP 量少时优于 WS 和 Gimsa 染色,不易漏诊。

3. 尿素酶试验

本方法正不断向快速、简单、敏感和特异性方面发展。Arvind 等用一分钟尿素酶试验检测 HP,其敏感性和特异性分别达 91%和 100%。活检标本的尿素酶活性主要与 HP 数量多少有关,量少时可能有假阴性反应,而其他产生尿素酶的细菌可能造成假阳性。此外,有人报道经胶体铋、抗生素甚至 H_2 受体拮抗剂治疗后的部分患者,虽然活检标本的培养和组织学的检查仍有 HP,但尿素酶试验的敏感性明显下降,所以尿素酶试验主要用于最初检测 HP 感染。

4. 直接涂片染色

用相差显微镜直接检查涂于玻片上的胃粘膜 HP,敏感性可达 100%。有人用吖啶橙进行染色,然后用荧光显微镜检查,诊断快速有效。

5. 血清学检查

通过测定血清中 HP 抗体来检测 HP 感染,其方法有酶联免疫吸附试验(ELISA 法),补体结合试验、免疫印迹试验(immunoblotting)和血凝试验,其中以 ELISA 法最为常用。目前,已有人建立了检测 HP 的单克隆抗体方法,为诊断 HP 感染提供了更为特异的方法。

6. 核素标记的尿素呼吸试验

HP 产生的尿素酶分解胃内用核素标记的尿素,产生 CO_2 和 NH_3 , CO_2 被吸收后经肺呼

出。如果胃粘膜有 HP 存在,则呼出气中就有核素标记的 CO₂ 出现。有人报道 ¹⁴C-尿素呼吸试验检测 HP 的敏感性、特异性分别达 100% 和 88%,HP 清除后,¹⁴CO₂ 呼出减少。

关于诊断规范化问题:1990 年召开的全国幽门螺杆菌专题学术讨论会及由中华消化杂志编委组织有关专家举行的一次小型讨论会建议:①以幽门螺杆菌培养,只要胃粘膜直接涂片染色、组织切片染色,快速尿素酶试验、呼吸试验中任何一项 HP 阳性即可作出 HP 感染的诊断。②诊断名称拟在疾病名称之后加上“伴 HP 阳性”。目前诊断规范化正趋向与“悉尼系统”统一。

十、HP 的西药治疗^[11,36~38]

1. 抗生素

庆大霉素、氨苄青霉素,羟氨苄青霉素、土霉素、黄连素、呋喃唑酮及灭滴灵等对 HP 均有较好的清除作用。但以上药物都存在复发问题,停药后不久 HP 复发率高达 20%~100%。复发的原因是 HP 仅被暂时抑制而未被完全彻底根除,是复发而不是重新感染。

2. 铋剂

铋剂对 HP 有较好的清除作用,服用 4~8 周,HP 的清除率多在 50%~80% 之间,但 4 周和 8 周疗程的清除率无明显差异。

现主张抗生素与铋剂联合应用,这样才可最有效地杀灭 HP 和降低复发率。

但是长期大量使用抗菌药物虽可提高疗效,但同时有可能造成菌群失调、二重感染和耐药性等一系列问题。另外,长期大量使用铋剂也可能造成铋中毒,故该类药物的每次疗程不宜超过 6~8 周。

第二节 慢性胃病 HP 感染 和中医辨证分型

因 HP 是近年才发现的一种致病菌,故有关 HP 同中医辨证分型关系的研究时间较短,资料不够丰富。但从现有的大多数资料来看,HP 同中医的证型多有一定的相关性,这对于辨证治疗 HP 感染的慢性胃病具有重要意义。

据陈芸芸报道:126 例 HP 感染阳性患者中,热蕴胃络型 64 例占 50.79%;肝郁气滞型 36 例,占 28.57%;脾胃虚寒型 24 例,占 19.05%;胃阴不足型 2 例,占 1.59%。经实验室检验,热蕴胃络型与其他三型相比,均 $P < 0.01$;肝郁气滞型与脾胃虚寒型相比, $P > 0.05$,肝郁气滞型、脾胃虚寒型与胃阴不足型相比, $P < 0.01$ 。由此可见,HP 感染与中医的证型有明显的相关性,热、实证为多,提示“证”与“菌”间可能存在着一定的联系^[39]。

夏军权等人观察了 271 例临床上有消化道症状的病人,发现:103 例肝胃不和型的病人有 47 例 HP 阳性,阳性率为 45.53%;36 例脾胃湿热型病人,有 24 例 HP 阳性,阳性率达 66.67%;27 例瘀阻胃络型病人,13 例 HP 阳性,占 48.15%;中虚气滞型病人 96 例,HP 阳性占 63 例,阳性率达 65.63%;胃阴不足型病人 9 例,HP 阳性 4 例,阳性率为 44.44%。这一组病例中,HP 的感染率以脾胃湿热型为最高,中虚气滞型次之,以下依次为瘀阻胃络型、肝胃不和型、胃阴不足型^[40]。

陈飞松及刘晋生报道的 151 例慢性胃病病人中,分为两大组:脾胃虚组,非脾胃虚组,其中脾胃虚组的 73 例病人分为两型,其 HP 的阳性率分别为脾胃虚弱型 48% (25/52),胃阴不足型为 42.86% (9/21);非脾胃虚组又分为三型,各型的 HP 阳性率分别是:肝胃不和型 76.67% (23/30),胃络血瘀型 78.95% (15/19),脾胃湿热型 89.65% (26/29)。他们又观察了 HP 分级同各证型的关系,结果脾胃虚组同非脾胃虚组的差异有显著性 ($P < 0.05$)。总结出 HP 阳性率在慢性胃病中非脾胃虚组明显高于脾胃虚组,HP 阳性率在各型中高低的次序是脾胃湿热 > 胃络血瘀 > 肝胃不和 > 脾胃虚弱 > 胃阴不足^[41]。

有关胃脘痛中医辨证与 HP 检测的关系亦有人作了观察,64 例脾胃虚寒型病人的 HP 阳性者有 34 例,阳性率 53.1%;45 例脾胃阴虚型中 HP 阳性 20 例,阳性率达 44.4%;肝胃气郁者 76 例,其中 HP 阳性 49 例,阳性率为 64.5%;50 例脾胃湿热病人中,HP 阳性有 36 例,阳性率为 72.0%。各种证型中以脾胃湿热型、肝胃气滞型的 HP 检出相对较多。故作者认为在临床治疗中,对胃脘痛 HP 感染的患者,适当选用清热、利湿、疏肝、理气的药物,有利于抑制或杀灭 HP,对增强疗效有积极作用^[42]。

最近有人对于中医辨证分型的重要内容舌苔与 HP 感染的关系进行了系统观察,结果 105 例 HP 阳性胃病患者中,有 85 例为黄苔,达 81.9%,19 例为白苔,仅占 18.1%。两者有极显著差异 ($P < 0.001$)。从 HP 分级上看,黄苔病人多位于较高级的 HP 分级,而白苔病人多位于较低级的 HP 分级,而组比较有显著差异 ($P < 0.01$)。从 HP 与证型的关系看出,胃郁病变湿热型的 HP 阳性率高达 93.9%,肝胃不和型次之,为 77.1%,脾气虚弱型最低,为 31.30%。作者对 56 例 HP 阳性的糜烂性胃炎及胃溃疡患者于中药治疗 1 个月后复查了胃镜、病理、HP 及舌苔,结果 1 个月后治愈 42 例 (75%),HP 转阴 21 例 (37.5%),黄苔消失 32 例 (64.3%)。作者由以上结果推断黄苔可以做为胃部病变 HP 感染的一项间接观察指标,HP 可以作为胃热的一项新的客观指标,但应 HP 与舌诊合参,对辨证治疗才更有意义^[43]。

刘圣杰等对舌诊及 HP 与胃脘痛发病关系进行了探讨,500 例受试者研究结果显示:舌质淡红、苔薄白者胃镜所见多属正常或病变轻微,HP 多阴性;舌质暗红,苔白腻或黄腻者,则病变较重,HP 多呈阳性^[44]。

北京有人研究了慢性胃病 102 例 HP 感染与中医辨证的关系,发现 HP 感染阳性率及程度的高低与证型有一定的相关性,其排列次序是脾胃湿热 > 肝胃不和 > 脾胃虚寒 > 脾胃阴虚,邪盛者 HP 感染的阳性率增高,占 83.19%,正虚者 HP 感染率偏低,占 45.76%^[45]。

米之华等对 100 例完整资料的胃粘膜标本进行组织病理学及快速尿素酶试验联合观察,结果显示:中虚气滞组 HP 感染率、感染程度、侵犯深度及 HP 寄生部位粘液细胞的坏死崩解、中性白细胞浸润等均与其他证型间存在显著差异,提示“证”与“菌”及菌与组织学变化间存在一定联系,由此推测:中气虚弱与胃肠气滞是 HP 内犯、寄生及繁殖致病的重要因素^[46]。

张琳将慢性胃炎分为肝气犯胃、气滞血瘀型 (I 型),肝胃郁热、阴虚血瘀型 (II 型),脾胃虚弱、气虚血瘀型 (III 型)。HP 学检出率为 70.7%,其中炎症呈活动性者高达 92.5%。属于实证的 I 型 HP 阳性率为 100%,虚实夹杂的 II 型为 84.6%,属虚证的 III 型为 76.1%,虚实两型之间阳性率差异显著^[47]。

徐建国等观察到各中医证型中气滞兼郁热型 HP 阳性率最高,占 76.8%,其次为气滞血瘀和中虚气滞型,单纯虚寒型 HP 阳性率最低,为 57.5%^[48]。

黄氏发现胃痛患者中以脾虚气滞证 HP 感染率最低,感染程度最轻,与脾气虚证及实证

之间存在显著差异^[49]。

第三节 单味中药及中成药治疗 HP 感染的研究

宋希红等人用大黄片治疗幽门弯曲菌阳性的消化性溃疡 40 例（简称大黄组），并与西药甲氰咪胍治疗的 30 例（简称对照组）疗效进行对比观察，结果：大黄组溃疡愈合的总有效率为 92.5%，对照组的总有效率达 93.4%。两组无显著性差异（ $P>0.05$ ）。大黄组 40 例中幽门弯曲菌转阴 36 例（90.0%）；对照组 30 例中仅转阴 1 例（3.3%）。两组转阴率有非常显著性差异（ $P<0.001$ ）。另外胃窦炎好转率、止血时间，大黄优于甲氰咪胍。他们认为大黄可能有清除幽门弯曲菌作用，有利于溃疡的愈合^[50]。

不久宋氏等人又用大黄醇提片和呋喃唑酮治疗幽门螺旋菌相关性胃炎 73 例，其清除率分别为 88.6% 和 70%，两组比较无显著性差异（ $P>0.05$ ），但临床总有效率分别为 92.4% 和 75%，症状缓解平均天数为 13.2 ± 6.4 天和 22.4 ± 8.2 天，大黄优于呋喃唑酮（ $P<0.05$ 和 $P<0.01$ ）^[51]。

另外，施雅芳等人也采用精制大黄片治疗 HP 阳性的慢性胃炎和消化性溃疡 50 例，并与广东珠海丽珠制药厂生产的得乐冲剂（胶态枸橼酸铋，CBS）进行对照治疗，结果：大黄组的症状缓解率为 78.3%，得乐组为 81.2%，两组差异无显著性（ $P>0.05$ ），两组的溃疡愈合率是：大黄组 67.8%，得乐组 68.0%，差异无显著性（ $P>0.05$ ）。大黄组清除 HP 有效率（消炎+减少）63.6%，得乐组 68.8%，差异无显著性（ $P>0.05$ ），他们资料表明精制大黄片是治疗 HP 阳性的慢性胃炎和消化性溃疡的一种安全有效的药物，值得临床推广应用^[52]。

近来有人应用槟榔治疗幽门螺杆菌感染 32 例，并与雷尼替丁治疗 32 例对照，以探讨槟榔短疗程根除 HP 的可能性。结果槟榔组 2 周 HP 清除率为 68.8%（22/32 例），4 周后至半年后的根除率为 62.5%（20/32 例）；HP 转阴病例中，糜烂性胃炎和十二指肠球部溃疡总治愈率为 95.5%（21/22 例），而 HP 未转阴者的治愈率仅 20%（2/10 例）。雷尼替丁组 32 例，治疗结束和 4 周至半年复查，HP 的清除率和根除率均为零，无一例转阴，表明槟榔对 HP 有良好的抑制和清除作用，其疗效与 HP 被清除有关。他们还观察了复发情况：槟榔组经 2 周治疗后有 21 例获治愈，半年后复查，有 2 例复发。雷尼替丁组 2 周治疗后 10 例获治愈，半年后复查，有 8 例复发。槟榔组复发率明显低于雷尼替丁组（ $P<0.01$ ）。槟榔治疗 HP 感染的近、远期疗效均优于对照组^[53]。

近年来有人用中成药治疗 HP 感染，也取得一定的成绩，如：董明国应用清开灵口服液治疗幽门螺旋菌相关性胃炎 30 例，并设 20 例病人口服丽珠得乐冲剂为对照组，结果：治疗组治愈 23 例，显效 2 例，有效 3 例，无效 2 例，总有效率为 93.33%；对照组治愈 8 例，显效 4 例，有效 2 例，无效 8 例，总有效率为 63.63%。治疗组的疗效明显高于对照组（ $P<0.05$ ）^[54]。

马忠杰等人应用胃圣口服液（由黄连、芙蓉叶、党参、半夏、川朴、枳壳、玄胡索、莪术、白芍等组成）治疗 43 例 HP 相关性胃炎，并以 30 例相同病例口服吗叮啉作为对照，取得了满意疗效。治疗组总有效率 90.7%，对照组总有效率 63.33%，两组差异显著（ $P<0.05$ ）。

05); 治疗组 HP 清除 7 例, 占 16. 78%, 总共有效 30 例, 为 69. 76%, 对照组 HP 清除 1 例, 占 3. 33%, 总共有效 4 例, 为 13. 33%, 两组疗效差异非常显著 ($P < 0. 001$)^[55]。

李方跃报告了金铃子散加洗必泰治疗 HP 感染性慢性胃炎、溃疡病 60 例, 并将 20 例病人口服复方胃友先作为对照组, 结果治疗组 HP 转阴 58 例, 转阴率 96. 7%, 对照组 HP 转阴 7 例, 占 35%, 两组比较有显著性差异 ($P < 0. 05$)^[56]。

第四节 复方中药治疗 HP 感染的研究

中医对慢性胃炎及消化性溃疡治疗有着丰富的临床经验, 在发现了 HP 作为慢性胃病的一种致病因素的情况下, 中医界对治疗 HP 相关性胃病进行了探索, 在立足于辨证施治基础上, 采取了辨证与辨病相结合原则, 所选处方既有以往的辨证遣药, 又选用经现代药理证实具有抑杀 HP 的中药, 根据目前初步而有限的资料来看, 已经显示出中医、中西医结合治疗 HP 相关性胃病的优势。

房静远等人认为 HP 可作为广义的邪气来认识, 正气旺盛则可以防御、驱除之, 反之 HP 乘虚而入, 并得以长期寄居。他们以扶正祛邪为治则, 药用补益脾气和清热解毒中药, 中药组以黄芪 15g、白术 15g、白芍 10g、藿香 6g、蒲公英 15g、白花蛇舌草 15g、炙甘草 6g 等为主药, 中虚气滞者加党参 10g、法半夏 10g; 肝胃不和者加佛手 10g、枳壳 10g; 胃阴不足者加沙参 10g、麦冬 10g、乌梅 10g, 疗程为 2 个月。西药组口服庆大霉素, 每次 4 万^u, 每日 3 次, 疗程 2 个月。结果提示中药组临床症状改善明显 ($P < 0. 05$), 两组的胃镜病理象、细菌抑杀率无显著性差异 ($P > 0. 05$); 中西药组的病理改善率均为 50%, 中药组抑杀 HP 有效率为 80%, HP 阴转率 30%, 恶化率仅 6. 7%^[57]。

龚琼模等人用中药胃炎煎剂治疗 HP 阳性的胃炎、消化性溃疡共 80 例, 并与西药痢特灵治疗 44 例进行了对照。方法为: ①胃炎煎剂: 川黄连 10g、川厚朴 10g、吴茱萸 6g、蒲公英 15g、虎杖 10g、丹参 10g、生甘草 6g、水煎服, 日服 2 次, 连服 1 月。②痢特灵组: 痢特灵 100mg、VitB₆ 10mg, 每日 3 次, 连服 1 月。结果: 胃炎煎剂组治愈 50 例, 显效 18 例, 好转 6 例, 无效 6 例, 总有效率为 92. 5%。痢特灵组治愈 14 例, 显效 10 例, 好转 8 例, 无效 12 例, 总有效率 72. 7%, 中药胃炎煎剂组疗效高于西药痢特灵组, 有显著差异 ($P < 0. 05$)。胃炎煎剂治疗组 HP 转阴 70 例, 转阴率 87. 5%; 痢特灵组转阴 22 例, 转阴率为 50%, 两组有显著差异 ($P < 0. 05$)^[58]。

单兆伟等人自拟抗 HP 中药方, 主药有: 炙黄芪、党参、白芍、白术、仙鹤草、紫丹参、红花、甘草等, 肝胃不和加佛手、枳壳; 胃阴不足加北沙参、乌梅, 血瘀阻胃明显加苏木、王不留行, 湿热明显者加黄芩、白花蛇舌草。并设庆大霉素口服为对照组。结果中药组可以显著改善临床症状 ($P < 0. 01$)。中药治疗后胃窦部和胃体部的胃镜、病理象的改变明显 ($P < 0. 01$), 中西药组的病理改善率均为 50%。治疗前后 HP 变化情况中西药组差异无显著意义 ($P > 0. 05$), 但治疗后中药组的好转率明显优于西药组; $P < 0. 05$, 而西药组的加重情况与中药组对比明显加重 ($P < 0. 01$)。表明益气清热活血祛是治疗 HP 感染性胃病的有效方法, 值得进一步深入研究^[59]。

上海曙光医院在辨证用药的基础上加入对 HP 抗菌有效的制大黄、黄连、黄芩和生甘草组成复合方剂治疗 HP 相关胃炎 30 例, 而 30 例对照组仅辨证用药, 未加抗 HP 有效的上述中

药。结果两组症状均明显改善,但两组间无显著性差异($P>0.05$)。而治疗组清除HP有效率明显优于对照组($P<0.01$),认为在辨证基础上加用对HP有抗菌作用的有效中草药疗效优于单纯辨证用药^[60]。

李琪等人认为应用中药治疗HP相关性慢性胃炎,应辨证施治,并选择具有杀灭HP中药及可增强机体免疫力中药配伍,则可取得良效。他们将69例HP相关性慢性胃炎病人经辨证分为四型:脾胃虚寒、胃阴不足、肝气犯胃、肝胃郁热,按上述治疗原则治疗,结果临床症状、胃粘膜炎症均明显改善,HP清除率达88.4%,并发现HP清除者无论是炎症的改善还是症状的消除,均明显优于HP未清除者,说明清除HP直接影响到胃炎的治疗效果^[61]。

吴氏在研究中药对HP药敏试验的基础上,选用对HP高敏的中草药组成“胃炎清”方治疗HP阳性慢性胃炎35例,并设三九胃泰19例为对照组,胃炎清的组成为:生黄芪、生白芍、石榴皮、玫瑰花、广木香、徐长卿、丹参、地榆等。结果胃炎清组总有效率为82.86%,而对照组为36.84%;从症状、体征及内镜炎症疗效比较,胃炎清组好于对照组($P<0.01$);胃炎清组HP阴转率达80%,远远高于对照组的36.8%,有显著性差异($P<0.01$);且胃炎清方对胃粘膜组织病理学炎症活动性消失疗效显著高于对照组^[62]。

戴建林自制“灭幽灵”散剂,组方:白头翁200g、黄连100g、黄柏150g、青黛120g、玄胡120g、田三七100g、党参120g、白及300g、香附90g、甘草80g等药。研末过筛制成散剂,治疗了消化性溃疡体HP阳性患者40例,并与得乐冲剂对照,结果:治疗组(灭幽灵)HP清除28例(70.0%),减少7例(17.5%),无效5例(12.5%),总有效率87.5%。对照组清除14例(70%),减少3例(15%),无效3例(15%),总有效率85%。两组无显著性差异($P>0.05$)。从胃镜检查与症状变化来看:治疗组总有效率92.5%,对照组为70%,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。疼痛消失时间治疗组也明显短于对照组($P<0.05$)^[63]。

张琳等人参考抑菌试验组成活胃2号方:黄连、大黄、白花蛇舌草、三七、丹参、黄芪、党参、桂枝、白芍、厚朴、葛根、乌梅、鸡内金等组成。中医辨证属胃热型者,用活胃2号汤剂治疗300例,活胃2号冲剂治疗200例,三九胃泰对照治疗100例,疗程3~6个月。结果服汤剂组临床总有效率为98.0%,内镜有效率为85.7%,病理有效率为79.0%;服活胃2号冲剂组则分别为97.0%、84.0%、76.0%;对照组则为50%、39%、35%,两个治疗组与对照组之间各项指标均有非常显著差异($P<0.01$)。活胃2号汤剂组HP转阴率82.9%;活胃2号冲剂组HP转阴率80%;对照组转阴率20%,两中药治疗组与对照组比较有非常显著性差异($P<0.01$)^[64]。

吴洪等人自拟治疗HP阳性慢性胃炎的清热益胃汤,组成为:龙胆草3g,白花蛇舌草15g、蒲公英15g、当归10g、白芍10g、炙甘草10g、郁金10g。肝胃不和型加香附10g、佛手10g、绿萼梅6g;脾胃虚寒型加炙黄芪15g、桂枝6g、干姜3g;脾胃湿热型加黄芩10g、晚蚕砂(包煎)10g、茯苓10g;胃阴不足型加生地10g、北沙参10g、麦冬10g、川石斛10g。每日1剂,水煎服,2个月为一疗程。对照组口服痢特灵片100mg,1日3次,3周为1疗程。再隔2周后再服1疗程。疗程结束后,治疗组痊愈(症状消失,HP阴性)43例,显效(症状缓解,HP阴性)13例,有效(HP仍阳性)11例,无效(症状无改善,HP仍阳性)9例,总有效率88%;对照组分别为10例、4例、5例、9例,总有效率67.9%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)^[65]。

傅绍桂等人报道用中药愈疡汤治疗幽门弯曲菌感染阳性的消化性溃疡40例,并与雷尼替

丁治疗的 30 例疗效对比观察。愈疡汤组成为：柴胡 9g、白芍 12g、黄连 9g、蒲公英 20g、黄芪 20g、莪术 8g、苦参 12g、白及 12g、徐长卿 9g、法半夏 9g、枳壳 10g、地锦草 15g、生甘草 10g。结果：愈疡组溃疡愈合情况的总有效率为 92.5%，对照组为 93.3%，两组无显著性差异 ($P>0.05$)；愈疡组 40 例病人的幽门弯曲菌阴转率占 90%，对照组 30 例中阴转率占 3.3%，两组阴转率有非常显著差异 ($P<0.001$)；愈疡组对并发胃炎及上消化道出血的疗效亦优于对照组；愈疡组的溃疡复发率明显低于对照组 ($P<0.01$)^[66]。

徐氏等人拟定“清幽汤”治疗 HP 阳性慢性胃炎，溃疡病 31 例。组成为：半夏 10g、黄连 3g、黄芩 10g、吴茱萸 3g、潞党参 10g、白术、白芍各 10g、枳壳 10g、当归 10g、木香 6g、砂仁 3g、地锦草 15g、炙甘草 5g。部分病人去黄芩，改用蒲公英 20g。气滞酌加柴胡、川芎；寒重酌加桂枝、干姜；便秘加熟大黄；口干加沙参、乌梅；出血加白及。结果：症状改善总有效率为 87.1%；胃镜及病理总改善率达 57.1%；治疗后检测 HP 14 例，结果获阴转 8 例 (57.2%)，减少 3 例 (21.4%)，无效 3 例 (21.4%)。治疗前后 HP 阴转情况对照有非常显著差异 ($P<0.01$)^[67]。

周莹等人报道：将 56 例 HP 阳性的溃疡或糜烂性胃炎患者予以中药蒲公英、地丁等清热解毒药治疗，另外 40 例病人服用西咪替丁列为对照，结果中药组治愈率达 75%，西咪替丁为 70%，两组比较差异不显著 ($P>0.05$)；但中药组的 HP 转阴率达 37.5%、HP 减少率达 37.5%，西咪替丁分别为 12.5%、12.5%，两组比较有显著性差异 ($P<0.01$)^[68]。

梁方信等人自拟胃友汤治疗 HP 阳性的各种胃病 51 例，组方为：黄芪 30g、肉桂 10g、吴茱萸 10g、枳壳 10g、片姜黄 10g、川芎 10g、红花 10g、丹参 10g、莪术 10g。结果为：94.12% 的病人可达组织学康复或好转，92.11% 的病人活动期炎症可以静止，但幽门螺杆菌清除率仅 33.33%。认为该菌感染不是胃炎、溃疡病的主要发病因素^[69]。

贾钰华等人主张以中医辨证分型治疗 HP 相关性慢性胃炎，并报道了部分病例^[70]。赵雷梅发现 HP 阳性的慢性胃炎和消化性溃疡患者的临床症状多虚实相兼，寒热夹杂，舌苔多黄腻、白滑为主。主张辨证用药，对症用药及按胃镜检查结果用药^[71]。

普氏用胃炎冲剂（水菖蒲 30g，丹参 20g，没药、元胡、砂仁、广木香、麦冬、鸡内金各 15g，痢特灵、维生素 B₆ 各 300mg、经浓缩、研末制成冲剂 20g，每日 1 剂，分 2~3 次饭后服用）治疗 HP 感染性慢性胃炎 52 例，并以维酶素片作对照。结果治疗组对 HP 杀伤有效率为 81.3%，症状缓解率为 87.5%，病理好转率为 40.6%，均优于对照组^[2]。

第五节 抗 HP 中药药理实验研究

有关抗 HP 中药药理实验，现在均为体外抑菌试验。有关体内动物实验，因动物模型还未建立起来，所以未见到报道。

王绪霖等人用 200 种不同性味、不同作用的单味中药做对 HP 的抑菌试验，结果发现其中 38 种中药对 HP 有不同程度的抑菌作用，它们的抑制强度由强到弱依次为：黄芩、黄连、大黄、黄柏、桂枝、地丁、玫瑰花、土茯苓、高良姜、乌梅、山楂、厚朴、枳实、白芍、香附、青天葵、地榆、连翘、茵陈、苦参、槟榔、五味子、生黄芪、艾叶、没药、葶苈、草豆蔻、瓜蒌、远志、金樱子、旱莲草、麦冬、元胡、苍术、女贞子、川楝子、黄精、生侧柏^[73]。徐州等人选治疗脾胃病常用中药 70 味，进行体外 HP 药物敏感性试验、敏感药物抑菌杀菌浓度测定及

联合药敏试验等实验研究。结果显示:HP 对 17 味中药敏感,其中对黄连高度敏感,对大黄、黄芩、丹参、玄胡、生地、牙皂、甘草中度敏感,对白花蛇舌草、陈皮、柴胡、石斛、白芨、吴茱萸、熊胆、连翘、知母低度敏感;大黄、黄连、丹参、黄芩、甘草、玄胡、生地等具有杀灭 HP 的作用,其余药物只有抑菌作用;敏感药物相互配伍,其抑菌作用多为协同或相加;而白芨、生地与它药配伍则多为无关,甚至拮抗^[74]。

王正祥等人运用纸片法对 51 种常用抗感染中草药进行抗 HP 抑菌试验。结果显示 HP 对石榴皮、黄连、生大黄高度敏感;对乌梅、生地榆、玫瑰花、诃子、虎杖、丁香、三七中等敏感。用琼脂稀释法对高、中度敏感中草药进一步定量研究,发现生大黄、黄连对 HP 有极高的杀菌作用, MIC 分别为 0.245mg/ml 和 0.061mg/ml;石榴皮、玫瑰花也呈较好的抑菌作用, MIC 均为 1.96mg/ml^[75]。

钱绍堂等用琼脂稀释法初步研究了十八株胃幽门螺旋菌对复方瓦楞子冲剂的敏感性,结果表明,该冲剂具有抑制 HP 作用,并认为这可能是因该冲剂中含有抑菌或杀菌作用的甘草、白芨对多种球菌、杆菌有抑制作用^[76]。

宋氏亦发现大黄具有抑制 HP 作用^[51],梁方信等人证实了复方的胃友煎剂在体外对 HP 具有抑制和杀灭作用^[89]。

有关 HP 感染的中医药研究虽然时间较短,但却得到了丰硕成果,如从中药内已筛选出几十味具有抑杀 HP 的药物,由此看来,中药抑杀 HP 的种类不少于西药。尤其是中医中药治疗慢性胃炎及消化性溃疡的丰富的临床经验作基础,故在短短数年内涌现出许多成功的治疗 HP 相关性慢性胃炎及消化性溃疡的报道,提出了不应单纯抑杀 HP 而也应注重整体观念、提高人体的免疫力、不给 HP 生存提供有利的生存环境的辨证与辨病施治相结合的理论,以期从根本上解决 HP 感染。

总之,中医中药及中西医结合治疗 HP 感染有其独特优势。今后应尽快统一辨证分型指标,加强合作,客观探讨辨证分型与 HP 感染的关系。治疗学中提倡辨证论治和杀灭 HP 有效方药相结合,全面探讨中医中药治疗慢性胃病机理。只有这样,才能一方面突出中医特色,另一方面突破传统辨证分型的局限,促进中医病因学和治疗学的发展。

参考文献

- [1] Warren JR, et al. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet 1983, 1: 1273
- [2] Korman MG. Helicobacter pylori: fact or fiction? Scand J Gastroenterol. 1990, 25 (suppl175): 159
- [3] 张振华. 幽门弯曲菌细菌学. 中华消化杂志, 1990, 10 (5): 291
- [4] 杨海涛等. 幽门弯曲菌的细菌学. 实用内科杂志, 1989, 9 (8): 394
- [5] Tytgat GNT. Campylobacter pylori: epidemiological consideration. Scand J Gastroenterol 1989, 24 (suppl 160): 1
- [6] Mitchell HM, et al. Increased incidence of campylobacter pylori infection in gastroenterologists: further evidence to support person-to-person transmission of C. pylori Scand J Gastroenterol 1989, 24 (4): 396
- [7] Tytgat GNJ, et al. 幽门螺旋菌是否消化性溃疡的病因. 国外医学内科学分册, 1991, 18 (7): 302
- [8] 全国幽门弯曲菌专题学术讨论会资料. 1992, 广东珠海.
- [9] 潘志君等. 检测幽门弯曲菌抗体 IgG ELISA 方法的建立及其临床应用. 中华消化杂志, 1990, 10 (1):

- [10] 李瑜元等. 胃幽门螺杆菌感染流行病学调查. 中华医学杂志, 1993, 73 (3): 168
- [11] 宋群生等. 幽门螺杆菌研究现状. 中级医刊, 1992, 27 (1): 2
- [12] Marshall BJ, et al. Urea protects helicobacter pylori from the bactericidal effect of acid Gastroenterology (99): 1990, 697
- [13] Levi S. Campylobacter pylori, duodenal ulcer disease and gastrin. Br Med J 1093, (299): 1989.
- [14] 吴忠舜等. 幽门弯曲菌致病性的临床病理研究. 临床消化杂志, 1990, 2 (3): 111
- [15] Hessey SJ, et al. Bacterial adhesion and disease activity in helicobacter associated chronic gastritis. Gut. 1990, (31): 134
- [16] Goodwin CS, et al. Campylobacter pyloridis, gastritis and peptic ulceration. J clin pathol 1986, (39): 353
- [17] 江绍基等. 胃幽门弯曲菌与慢性胃炎, 消化性溃疡和胃癌. 中华消化杂志, 1987, 11 (7): 193
- [18] 周吉民等. 幽门弯曲菌与常见胃部疾病的关系—附 107 例分析. 中华消化杂志, 1988, 8 (3): 155
- [19] 陈代云等. 幽门螺杆菌对慢性胃炎和消化性溃疡病致病性的探讨. 华西医科大学学报, 1992, 23 (2): 201
- [20] 梅浙川等. 幽门螺旋菌与慢性胃炎、消化性溃疡关系的再探讨. 四川医学, 1993, 14 (8): 472
- [21] 卫建原等. 304 例胃粘膜活检中幽门弯曲菌和胃粘膜病变关系的探讨. 中国肿瘤临床, 1992, 19 (5): 335
- [22] 张遵武等. 幽门螺旋菌与慢性胃炎及消化性溃疡病的关系. 第三军医大学学报, 1991, 13 (2): 127
- [23] 李金钟. 幽门螺旋菌与慢性胃炎、胃溃疡及胃癌的相关性探讨. 医师进修杂志, 1993, (8): 17
- [24] 胡伏莲等. 幽门弯曲菌及其与慢性胃炎和消化性溃疡病的关系. 中华内科杂志, 1988, 27 (12): 721
- [25] McNulty CAM, et al. Spiral bacteria of the gastric antrum. Lancet, 1984, 1, 1068
- [26] 贾博琦. 幽门弯曲菌在消化性溃疡发病机理中可能的作用. 中华消化杂志, 1990, 10 (1): 1
- [27] 陈士葆等. 幽门螺杆菌感染与胃癌. 上海医学, 1993, 16 (5): 285
- [28] Misiewicz JJ et al. 悉尼系统: 新的胃炎分类法. 国外医学内科分册, 1991, 18 (7): 289
- [29] 吕晓雯等. 幽门螺旋菌参与亚硝酸合成的初步研究. 肿瘤, 1991, 11 (5): 213
- [30] Talley NJ, et al. Gastric adenocarcinoma and Helicobacter pylori infection. J Natl Cancer Inst, 1991, 83: 1734
- [31] Nomura A, et al. Helicobacter pylori infection and gastric carcinoma among japanese Americans in Hawaii. N Engl J Med, 1991, 325: 1132
- [32] Parsonnet J, et al. Helicobacter pylori infection and the risk gastric carcinoma. N Engl J Med, 1991, 325: 1127
- [33] Forman D, et al. Geographic association of Helicobacter pylori antibody prevalence and gastric cancer mortality in rural China. Int J Cancer, 1990, 46: 608
- [34] 小松正子. 胃癌上 Helicobacter pylori (HP0) 疫学研究. 癌临床, 1992, 38: 358
- [35] 黄志新等. 幽门螺杆菌的现代医学研究与中医证治. 广州中医学院学报, 1992, 9 (3): 174
- [36] Gobach SL Bismuth therapy in gastrointestinal diseases Gastroenterology, 1990, 99: 863
- [37] 左建生等. 幽门弯曲杆菌、胃型上皮化生与十二指肠疾病. 国外医学消化系分册, 1990, (1): 12
- [38] 卢法传等. 幽门弯曲菌感染及其药物治疗. 中国医院药学杂志, 1992, 12 (10): 460
- [39] 陈芝芸. 慢性胃炎幽门螺旋菌感染与中医辨证分型之相关性. 浙江中医学院学报, 1991, 15 (6): 27
- [40] 夏军权等. 271 例幽门螺旋菌感染性慢性胃病的辨证分型. 南京中医学院学报, 1992, 8 (4): 213
- [41] 陈飞松等. 慢性胃病幽门弯曲菌感染和中医证型关系的探讨. 北京中医杂志, 1990, (14): 14
- [42] 吴恒中等. 胃脘痛中辨证与幽门螺旋菌检测的关系初探. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (9): 5
- [43] 王长洪等. 胃病与幽门弯曲菌及舌苔观察. 辽宁中医杂志, 1992, 19 (8): 1

- [44] 刘圣杰等. 舌诊及幽门弯曲菌与胃脘痛发病关系探讨. 中西医结合杂志, 1990, 10 (11): 677
- [45] 危北海等. 中国中西医结合消化系统疾病学术交流会纪要. 中西医结合杂志, 1990, 10 (5): 314
- [46] 朱之华等. 慢性胃炎中虚气滞证与胃粘膜幽门弯曲菌感染的病理观察. 中西医结合杂志, 1989, 9 (12): 714
- [47] 张琳. 幽门弯曲菌与慢性胃炎发病及中草药对其防治的研究. 中西医结合杂志, 1990, 10 (5): 268
- [48] 徐建国等. 胃病辨证与幽门弯曲菌感染关系. 中西医结合杂志, 1991, 11 (11): 265
- [49] 黄玉芳等. 脾虚证胃痛及实证胃痛幽门弯曲菌感染的病理观察. 中西医结合杂志, 1990, 9 (12): 714
- [50] 宋希仁等. 大黄治疗幽门弯曲菌阳性的消化性溃疡病临床观察. 中医杂志, 1991, 32 (5): 25
- [51] 宋希仁等. 大黄治疗幽门螺旋菌相关性胃炎的临床及实验研究. 实用中西医结合杂志, 1993, 6 (6): 358
- [52] 旋雅芳等. 精制大黄片对幽门螺旋菌阳性的慢性胃炎和消化性溃疡的疗效观察. 上海医学, 1992, 15 (4): 218
- [53] 邓世荣等. 槟榔治疗幽门螺杆菌感染的临床观察. 中医杂志, 1993, 34 (10): 605
- [54] 董明国. 清开灵治疗幽门螺旋菌相关性胃炎 30 例. 北京中医药大学学报, 1995, 18 (1): 29
- [55] 马忠杰等. 胃圣口服液治疗幽门螺旋菌相关性胃炎 43 例. 上海中医药杂志, 1994, (9): 39
- [56] 李方跃等. 金铃子散加洗必泰治疗幽门弯曲菌感染性慢性胃炎、溃疡病 60 例. 中西医结合杂志, 1991, 11 (3): 180
- [57] 房静远等. 扶正祛邪法治疗幽门弯曲菌感染性胃病的临床与理论探讨. 中西医结合杂志, 1991, 11 (3): 150
- [58] 龚琼模等. 幽门弯曲菌阳性胃炎、消化性溃疡的临床研究. 北京中医杂志, 1992, (2): 21
- [59] 单兆伟等. 益气活血清热法治疗幽门螺旋菌感染性胃病的临床研究. 南京中医学院学报, 1991, 7 (3): 142
- [60] 姚洁明等. 60 例幽门螺旋杆菌相关胃炎的疗效分析. 上海中医药杂志, 1992, (11): 15
- [61] 李琪等. 辨治幽门螺旋杆菌相关性慢性胃炎 69 例. 辽宁中医杂志, 1992, 19 (8): 31
- [62] 吴岩等. “胃炎清”治疗幽门弯曲菌阳性慢性胃炎临床研究. 江苏中医, 1991, (6): 41
- [63] 戴建林. 灭幽灵治疗消化性溃疡伴幽门螺旋菌 40 例. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (9): 551
- [64] 张琳等. 幽门螺旋菌与慢性萎缩性胃炎防治研究. 中医杂志, 1992, 33 (7): 27
- [65] 吴滨等. 清热益胃法治疗幽门弯曲菌阳性慢性胃炎疗效分析. 中医杂志, 1992, 33 (9): 23
- [66] 傅绍桂等. 愈疡汤治疗幽门弯曲菌阳性消化性溃疡 40 例临床观察. 湖南中医杂志, 1992, 8 (3): 5
- [67] 徐建国等. “清幽汤”治疗幽门弯曲菌阳性的胃炎及溃疡病疗效观察. 中医杂志, 1991, 32 (7): 35
- [68] 周莹等. 慢性胃炎、溃疡病幽门弯曲菌检出阳性病例疗效分析. 云南中医杂志, 1991, 12 (2): 18
- [69] 梁方信等. 胃友汤治疗幽门螺旋菌阳性胃病 51 例. 山东中医杂志, 1992, 11 (3): 14
- [70] 贾钰华等. 幽门螺旋菌相关性慢性胃炎的辨证治疗. 浙江中医杂志, 1992, 27 (9): 392
- [71] 赵雪梅. 浅谈幽门弯曲菌与中药的治疗. 辽宁中医杂志, 1992, (10): 39
- [72] 普长生等. 胃炎冲剂治疗幽门弯曲菌感染性慢性胃炎 52 例疗效观察. 中西医结合杂志, 1989, 9 (12): 722
- [73] 王绪霖等. 抑制幽门螺旋菌中药的初步筛选. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (9): 534
- [74] 徐州等. 中药对幽门螺杆菌抑杀作用的实验研究. 中国医药学报, 1993, 8 (5): 25
- [75] 王正祥等. 抗幽门螺旋菌中草药的筛选. 扬州医学院学报, 1991, 3 (2): 79
- [76] 钱绍堂等. 复方瓦楞子冲剂对幽门螺旋菌敏感性实验研究. 实用中西医结合杂志, 1993, 6 (3): 156

第二章 慢性萎缩性胃炎中医研究进展

慢性萎缩性胃炎(CAG)的病理表现特点为胃腺体萎缩、粘膜变薄,粘膜肌层增厚及伴有肠上皮化生(肠化),不典型增生。自开展纤维胃镜检查以来,对国人CAG检出率有了较明确的报道。据胃镜检查统计,50岁~60岁年龄组慢性胃炎的患病率达80%,其中CAG占50%,70岁以上年龄组慢性胃炎达80%~90%,CAG占70%。所以,很多学者认为CAG是一种不可逆的“半生理现象”。CAG之所以引起人们的重视,主要是其与胃癌的发生关系密切。1978年世界卫生组织将CAG列为癌前状态之一。一些学者认为,从正常胃粘膜经CAG、肠上皮化生、异型增生到肠型胃癌,是胃粘膜多步骤癌变的发展过程。运用中医药治疗和研究CAG就是在这种背景下开展的。回顾10余年来的研究状况,在现代医学对于CAG尚缺少良好的治疗方法和药物的情况下,中医药取得了可喜的疗效。归纳起来,有下列几个特点:①以临床研究为主,治疗方法着重于辨证施治,强调中药复方的作用,剂型以汤剂为主,也有不少系列成药。②通过临床治疗观察和流行病学调查,初步加深和积累了有关CAG的病因、病机、治法、方药等方面的认识和经验,为进一步研究奠定了基础。③疗效是肯定的,不仅对减轻、消除临床症状令人满意,而且胃镜与病理疗效也是肯定的^[1]。

第一节 慢性萎缩性胃炎病因病机的探讨

刘立力^[2]对160例CAG患者从中医三因学说的角度调查分析了该病的病因病机,他认为本病病因、病机有以下几点:①饮食不节,劳倦过度:由此可伤及中焦,脾胃虚弱,气血生化之源不足,气虚血运无力致气虚血瘀。②忧思恼怒:肝在志为怒,恼怒伤肝,气机郁滞,横犯脾胃,即“肝木克土”。气为血之帅,气滞则血行不畅致气滞血瘀。脾在志为思,忧思伤脾。脾病则不能运化胃所容纳之水谷,而病于脾胃,形成脾胃虚弱证。③烟酒热毒,久蕴伤胃:《何氏虚劳心传》云:“烟为辛热之魁,酒为湿热之最。”烟之辛热致胃阴不足如釜中无水,不能腐熟纳人水谷;酒可致湿热内蕴,影响脾胃的升降功能,中气受损,致脾胃虚弱。他所研究的160例病人中有48.75%的病人有吸烟饮酒史。④药物对胃粘膜的损伤:长期或大量的应用止痛药,抗酸药,则克伐中焦之气,气虚则阴无所生,致气阴两虚,形成气虚血瘀或阴虚血瘀证^[2]。

吴致中认为在漫长的病程中往往演变成血瘀证,而血瘀证形成的机理多因:①因气致瘀:举凡饮食失调,劳逸失度,情志不畅等因素,均可引起胃失和降,气机阻滞,气滞日久则必然导致血络瘀滞而形成血瘀之证。②津亏致瘀:素体阴虚或胃热素盛之质,成病由气郁化火或久服辛香温燥之品,均能消灼胃阴,液枯津亏,不足以载血,血脉不充,则血行不畅,甚至瘀塞而发为血瘀证。③因寒致瘀:脾胃气虚者,由气致阳,致中阳不振,或平素饮食生冷不节,以致寒郁中宫,血液失却温煦,则凝滞而为瘀^[3]。

郭教礼的资料表明:本病莫不以寒热二邪为纲,生冷之物可致胃寒;辛热甘膩之品易致

胃热,加之本病的病位在脾胃中焦,而脾为阴土,喜燥恶湿,其病多寒胃为阳土,喜润恶燥,其病多热。就脾胃本身而言,若久病致虚,在脾则多阳虚而内寒;在胃则多阴虚而内热。因无论本病属虚属实,均于寒热二邪有着密切的关系^[4]。

潘山龙等人认为CAG病因复杂,至今尚未十分明确。根据临床观察,主要是因饮酒吸烟,饮食不节,过热过冷饮食,七情所伤,或药物如阿斯匹林,消炎痛等所致^[5]。

赵伟强也认为饮食不节、肝气郁结、脾胃虚弱是本病的病因病机,然而不论任何原因,均可导致气滞血瘀。其根据是:现代病理认为:萎缩性胃炎患者,胃粘膜的血流和微循环障碍是其发病的病理学基础,而胃粘膜的萎缩或肥厚,及炎症、充血、水肿乃至溃疡均是瘀血之症。他从多年的临床观察发现,该病患者的舌质乃以紫暗或淡紫为常见,用活血化瘀药物治疗本病具有显著疗效,对于改善微循环障碍,消除炎症细胞浸润,促进萎缩病变恢复,均有良好作用。从病理学和治疗学的角度充分证实了萎缩性胃炎和瘀血的关系。胃乃多气多血之腑,久病者入血,久痛者入络,气血瘀滞,则瘀阻胃络,脘痛作矣。说明萎缩性胃炎与瘀血之间的特殊联系^[6]。

姜旭综述了CAG的病因病机,病因以饮食不节、情志所伤较为突出,病机不外热(胃热)、虚(胃阴虚)、气(气滞、气逆)、痰、湿、瘀(瘀血阻络)几个方面^[7]。

肖应健综述了近几千年来有关报道,认为病因有:饮食不当、禀赋不足、劳倦、七情六郁,六淫之寒、湿、火郁等。CAG的病位在脾胃,而与肝肾等脏有关^[8]。

单立甬等综述了本病的病因与病机,认为本病多因脾胃素虚,饮食失节,情志失调,养息失宜以及喜烟好酒,嗜食肥甘辛辣,久服刺激性药物,致使中焦脾胃升降失常,寒热错杂,润燥失度。病机可归纳为:虚实夹杂,郁热津伤,气滞络瘀。局部病机有湿阻、热郁、气滞、津燥、络瘀^[9]。

第二节 慢性萎缩性胃炎辨证分型的探讨

本病的辨证分型目前很难统一,尚处于争鸣阶段,缺乏规范,有必要在种类繁多的证型中去粗取精,归纳出几类证型,然后再于临床中试用,以检验修订及完善本病的辨证分型。

兹将本病的近年来辨证分型综述如下:

柯晓等人对238例慢性萎缩性胃炎的虚实证进行了临床观察。结果显示,虚证表现为:胃酸分泌功能、造血功能,细胞免疫功能和合成代谢能力减弱,其中脾肾虚红细胞、血红蛋白、尿17-羟类固醇、HDL-C、TG、CD8、HP感染率,不典型增生程度和PNA着色程度均较脾虚证低,而LPO水平及血沉又较之增高,加快。实证表现为:血清胃泌素水平高,体液免疫功能亢进,血液呈高粘、浓、凝、聚状态,分解代谢增强,其中气滞血瘀型较气滞型胃粘膜的萎缩程度重、血沉快;胃酸分泌功能表现热郁<湿热<湿阻,LPO水平以热郁型最高。虚实证之间关系以虚证为本,实证为标;本虚导致标实,标实加重本虚;虚愈甚,实愈重^[10]。

吴滇等人对103例慢性萎缩性胃炎中医辨证与胃镜分型的关系进行了探讨,将本病分为四型:①脾胃虚寒型:其胃镜表现为胃粘膜红白相间,以白为主,但也有相当部分以红为主,丝状血管可见,或花斑样改变,为散在均匀的小红点,且有粘膜水肿,以胃小弯明显。②肝胃不和型:可见胃粘膜明显萎缩,红白相间,线状发红或小片状改变,常呈斑块样充血,线状充血可见于皱襞隆起处,胆汁返流,胃蠕动快。③脾胃湿热型:胃粘膜红肿有炎性剥脱及

粘液斑,局部或大片发生,可有小丘疹状隆起,顶部有脐状凹陷。胃镜常提示糜烂性胃炎或疣状胃。④胃阴亏损型:胃粘膜多呈暗灰色,深浅不一,萎缩范围可以是弥漫的,也可能是局限的,皱襞变细或消失,胃内分泌量少,呈龟裂样改变,粘膜表面粗糙不平,可透见粘膜小血管网。经临床实践证明,中医辨证分型与胃粘膜相微观辨证相结合诊治CAG的方法,不但对消除患者的临床症状有较好的疗效,而且对病变组织的改善也有良效^[11]。

翁松梅应用数学中“排列组合”的原则将本病分为两个证型,即:胃阴不足型、脾胃气虚型,而气滞、郁热、寒湿、血瘀及肠上皮化生只可作为“兼证”,而不宜作为证型罗列^[12]。

吴致中认为萎缩性胃炎在漫长的病程中往往演变成血瘀证,他将CAG分成四型:肝胃不和、中虚气滞、胃阴不足、寒热错杂,这当中每一型都兼血瘀^[3]。

李乾构查阅了全国中医内科学会脾胃病学组二次CAG专题学术交流会大会发言的论文和能查阅到的公开发表与内部刊登的有关CAG论文共96篇。将本病的证型进行了分析统计,发现本病辨证总共有23个证型,但以脾胃虚弱证、肝胃不和证、胃阴不足证、脾胃湿热证四个证型最多见,在总病例数7496中占4995例(66.64%)。CAG23个证在论文中共出现201次,以上四个证型出现的次数最多,为135次(占67.72%)。他认为既然临床分析7496例CAG,约2/3的病人属于以上四个证型,那么,关于CAG的辨证论治分以上四个证型就比较符合临床实际。他将这四个证型归纳完善如下:①脾胃虚弱,气滞血瘀证。②肝胃不和,郁火燥热证。③胃阴不足,气虚血滞证。④中虚湿阻,寒热夹杂证^[13]。

肖氏参阅了近十年发表的70余篇有关资料,也发现本病分型亦有20多种。纵观十年发表的分型资料,CAG的分型明显具有从单纯的虚证分型(胃阴虚、脾气虚、气阴两虚),向本虚夹实(气滞、湿阻、郁热、血瘀)多型过度之趋势^[8]。

第三节 慢性萎缩性胃炎动物实验现况

现有研究工作中,CAG动物模型是薄弱环节,应尽快弥补这一不足。现在国内外已开展的动物CAG造模方法主要有:人工免疫诱发胃炎法,如注射壁细胞抗体或内因子抗体的IgG,造成鼠胃粘膜萎缩,用胃液制剂(包括动物自体或异体胃液,恶性贫血患者及正常人的胃液)造成狗的胃粘膜萎缩;模仿幽门弯曲菌作用机制的长期低浓度氨水口服法造成鼠粘膜萎缩,或枯矾、或阿斯匹林与幽门弯曲菌液混合法造成鼠或家兔胃粘膜萎缩;强调胆汁反流作用机制的造模法,如幽门口弹簧置入法、去氧胆酸钠口服法造成鼠胃粘膜萎缩、肠化、异型增生的CAG模型。中药治疗CAG的动物实验应在多摸索动物CAG造模方法的基础上,观察中药对各种CAG动物模型的拮抗作用^[1]。

杨净冶等人在应用参芪健中煎剂,参梅养胃煎剂辨证分型治疗296例慢性萎缩性胃炎已取得良好效果的基础上,进行了动物实验,初步提示:两方具有改善胃肠血液循环,增加胃肠血液供给;调节胃肠运动功能,解除胃肠痉挛;改善胃粘膜屏障,保护胃粘膜等作用^[14]。

谢建群等人制定了由黄芪、党参、当归、莪术等药为主组成的具有益气活血为主要作用的“胃祺饮”,用以治疗慢性萎缩性胃炎30例病人取得良好效果,在此基础上,他们应用亚硝基胍类化合物成功地复制了大鼠CAG动物模型,并分别进行了有关中药对CAG预防和治疗的实验性探索。预防组在给予亚硝基胍类化合物的同时服用胃祺饮,其粘膜病变如糜烂、炎性变化、萎缩等较对照组明显为轻。说明中药对胃粘膜起有一定的作用。在已经建立CAG病

变后再开始服用中药作为治疗组,粘膜病变同样较对照组有改善,很多动物腺胃小弯、前壁、后壁各处切片粘膜接近完好,说明胃祺饮尚有能促使粘膜病变逆转趋向愈复的作用。治疗组中仅1例见腺体有腺瘤样增生,与对照组的9例存有明显差异,这说明中药对病变的进展尤其在腺体增生程度上起有一定的阻抑作用,对预防肿瘤的发生有着积极的意义^[15]。

参阅近年来有关中医药治疗CAG的资料,一般侧重于临床疗效的总结而缺乏实验性依据。因而进行CAG的动物模型的复制及其中医药对于动物模型CAG的作用的实验研究是今后需要大力加强一个重要方面。

第四节 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究

一、慢性萎缩性胃炎治则治法的研究

由于人们对慢性萎缩性胃炎认识不断深入,辨证分型不断发展及丰富,所以有关治疗CAG的治则治法呈现出了百花齐放,丰富多彩的局面,经参阅有关文献,就中医治疗CAG的治则治法试作初步归纳和探讨如下:

刘超等人对CAG的治疗:

1. 滋阴益气法

立法机理有以下几条:

(1) 中医认为CAG病程较长,均不同程度地耗损了胃气胃阴,在本病的后期土壅木郁,气滞血脉不畅而血瘀,郁久化热伤津耗气,引起胃气胃阴的亏乏,因而选用益气养阴之法固护胃气胃阴。

(2) 有人将CAG胃酸缺乏或低水平的胃腺分泌功能低下,结合病理学的胃腺体萎缩,G细胞减少或消失而使G细胞分泌功能受到抑制的这一系列特点,并从中医学的观点看类似胃气胃阴不足,可应用本法治疗。

(3) 有人在临床治疗中发现CAG患者细胞免疫功能多数偏低,而益气健脾应贯穿在治疗的全过程中。

2. 活血化瘀法

立法依据为:

(1) CAG多为患病多日者,根据中医“久病人络”、“久病必瘀”的理论而选用本法。

(2) 在胃镜下CAG患者胃粘膜萎缩变薄而见粘膜下血管网,这种胃镜下的形态表现类似中医所论瘀血症的表现之一“血缕”。

(3) 现代医学认为,CAG是胃粘膜固有腺体减少的一种退行性改变,是由局部微循环障碍而致胃粘膜充血、水肿、糜烂,进而萎缩。根据研究,活血化瘀能够改善微循环,以促进胃粘膜腺体营养供应,使萎缩的腺体再生。

(4) 有研究证明,CAG患者胃粘膜血管扭曲,血管壁增厚,管腔狭窄,这一系列病理改变,现代医学认为均属于中医瘀血的范畴。

3. 清热解毒法

(1) CAG患者临床表现多有虚实兼杂,虚者常涉及到气血津液的亏损,而实证多见湿热、

气滞血瘀，而且以常见湿热表现者为多，根据中医“祛邪为先”的理论，选用本法去除湿热，使气血津液不再耗损。

(2) 近年来认为，CAG 特别是乙型 CAG 与幽门螺杆菌的感染有关。中药清热解毒类药物中，有许多品种具有抗菌、抗病毒的作用。

4. 疏肝理气法

立法依据为：

(1) CAG 发病年龄以 40 岁～60 岁占多数，有人统计该年龄组占 CAG 患者 64.2%。此年龄组导致情志变化的因素较多，另外，此年龄组又处于更年期，故很容易造成气机紊乱。

(2) CAG 患者临床多有腹胀等一系列气滞表现。

(3) 应用本法调整气机做为整体治疗的一个重要方面，只有在人体气机顺达的情况下，补气滋阴，活血化瘀等诸法才能获效。

(4) 中医认为肝气郁结可克伐脾土，形成肝胃不和或肝郁脾虚等证^[16]。

郭遂成对于 CAG 的组方思路同刘超也基本相同，即益气养阴、活血化瘀、清热解毒为基本治疗方法，并佐以酸甘化阴^[17]。

张喜奎认为肾虚在慢性萎缩性胃炎中占有重要位置，补肾之法不仅符合中医学理论，而且现代药理研究也为之提供了可靠的佐证。他认为因本病属于免疫性疾病，因此，应用调整免疫之药物，当属必然。温补肾阳药（肉桂、仙茅、菟丝子、黄精等）能使抗体提前形成，而滋补肾阴药（鳖甲、玄参、天麦冬、北沙参等）能使抗体存在时间延长。补肾药物可使低下的 T 细胞有显著地提高，并有轻中度的免疫激发作用等等。机体的免疫功能是受核酸和环化腺苷酸调节的，增补脾肾、温阳益气的方药多属于刺激免疫反应的扶正药，能提高机体的免疫功能，清除抗原抗体复合物，从而阻断了胃炎的继续恶化^[18]。

高想阅读了近年来治疗 CAG 的文章后，提出治疗 CAG 的中药组方思路，即以健脾和胃，益气健中为基本治法，配合温中活血，少佐酸甘化阴，或补肾药物^[19]。

由中医杂志社发起召开的全国中医药治疗萎缩性胃炎专家座谈会，于 1991 年 9 月 11—13 日在青岛召开，与会专家论述了各自的经验，马山等以补气温中，活血化瘀为基本治则。张继泽在治疗上遵循“脾以守为补，胃以通为补，肝以散为补”这一原则，制定如下组方原则：①甘温调中，慎用开破。②散中有收，气药常配血药。③根据脾胃升降，权衡升降润燥。④开痹散结，当先疏启其中。严佩贞在张镜人老师指导下，创立调气活血法，调气包括补气、理气，活血包括和营、通络、化瘀、养血。李恩复拟定凉降润通法。张琳主张以清热化瘀为治法。

陈泽民归纳了八个治疗原则：①调理脾胃是治疗 CAG 的基本原则。②调节升降功能是缓解临床症状的基本措施。③消痞闷是治疗 CAG 的基本要求。④清胃热是治疗 CAG 的基本方法。⑤祛瘀通络，使胃部病变组织之微循环得到改善。⑥重视养胃阴。⑦补益气血有助于修复胃粘膜病变组织。⑧化湿浊、醒脾胃，常用于临床症状重者^[20]。

二、中医药治疗慢性萎缩性胃炎临床总结

(一) 固定方药

此类固定方药不作任何药物加减,多制成丸、散、片、冲剂等较方便的剂型服用。

李恩复等人^[21]用胃元丹治疗萎缩性胃炎 375 例,并与维酶素治疗 70 例作对照。胃元丹由下述药物组成:当归、白芍、川芎、黄连、公英、三七、枳实等。研究结果表明:胃元丹治疗萎缩性胃炎 1 个疗程(3 个月)。治愈率为 14.13%,总有效率为 84.27%,疗效高于对照组,经统计学处理有显著差异($P < 0.01$)。疗程越长,疗效越高,2~4 个疗程治愈率达到 30.93%,总有效率达到 98.40%,认为胃元丹从多方面改变机体内环境及胃内微环境,使病变组织恢复正常。

许自诚等^[22]研制了胃康胶囊(由白屈菜,大枣制成)治疗慢性萎缩性胃炎 102 例,成人一般每次 4 个胶囊,1 日 3 次,饭前服,3 个月为 1 疗程。结果临床有效率为 96.1%,胃镜有效率 52.9%,病理有效率 58.8%,肠化有效率 56.9%,异型增生有效率 76.5%,其中显效者临床、胃镜、病理分别为 65.7%、22.5%、32.3%,其显效率均高于传统辨证疗效。胃康胶囊对中医辨证属脾胃虚寒型和肝胃不和型者均较适宜,尤对前者疗效显著,102 例中属脾胃虚寒者 81 例占 79%,故患者服药后胃胀、胃痛、胃内沉重感、食欲减退、睡眠欠佳、大便稀糊等症状迅速好转。

苏氏^[23]研制了益气、滋阴、补肾的贞芪扶正冲剂治疗慢性萎缩性胃炎 108 例。用法为:每次 20g,1 日 2 次,2 个月为 1 疗程。结果:①症状疗效:108 例经 1 个疗程治疗后 59 例症状基本消失,食欲恢复正常;43 例症状减轻、食欲增加,总有效率 94.4%;无效 6 例;无加重者。②胃镜疗效:108 例中显效 14 例,有效 39 例,总有效率 49.1%;无效 49 例;加重 6 例。③病理疗效:108 例中显效 15 例,有效 48 例,总有效率 58.30%;无效 41 例;加重 4 例。从疗效结果看,该药改善临床症状效果比较理想,胃镜像、病理活检中达显效者例数较少。另外,他们也观察对肠化及不典型增生的疗效,本组病人伴有肠化者 51 例,占 47.2%,其中轻度 28 例,中度 22 例,重度 1 例。治疗后肠化消失者 23 例,减轻者 9 例,1 例重度者无改变,总有效率为 62.70%。伴有不典型增生 13 例,占 12.0%,其中轻度 9 例,中度 4 例,治疗后消失者 4 例,均为轻度,减轻者 2 例均为中度,总有效率为 46.2%。以上结果提示组织学改变轻,中度可逆转,重度者则难以在短期改善,需长期治疗。

李佃贵^[24]采用绞股蓝冲剂治疗本病 151 例。方法是每次 10g,1 日 3 次,3 个月为 1 疗程。结果:①胃镜检查疗效:显效 28 例,好转 57 例,无效 58 例,加重 8 例,总有效率 56.26%。②病理疗效:对肠化疗效:151 例中伴有肠化者 52 例,占 34.44%,其中重度 12 例,中度 24 例,轻度 16 例;治疗后肠化消失 25 例,减轻 14 例,无效 12 例,加重 1 例,总有效率 75.03%。对不典型增生的疗效:伴有不典型增生者 23 例占 15.25%,其中轻度 10 例,中度 9 例,重度 4 例;治疗后消失 9 例,减轻 4 例,无效 9 例,恶化 1 例,总有效率为 56.53%。③症状疗效:74 例症状基本消失,63 例症状减轻,总有效率 90.7%,无效 14 例。

摩罗丹系由茵陈、鸡内金等药组成的一种中成药,具有和胃降逆,健脾消胀,通络定痛

功能,游氏^[25]临床观察了325例萎缩性胃炎,以每日3次,每次1—2丸,空腹口服,连续3个月为一个疗程。结果胃镜复查治愈77例(23.70%),好转120例(36.9%),有效率60.6%;粘膜活检复查治愈73例(27.4%),好转90例(33.8%),有效率61.3%。

李恩复等人^[26]观察了摩罗丹对慢性胃病胃电振幅的调节作用,61例萎缩性胃炎病人经服用摩罗丹二个月后检查胃电图,发现摩罗丹对萎缩性胃炎组胃电振幅偏离的纠正效应显著升高近2倍, ($P<0.01$)。

杨氏^[27]报道了养胃冲剂对慢性萎缩性胃炎病理形态学的影响。养胃冲剂由黄芪、党参、白芍、生甘草、怀山药、陈皮、生香附、乌梅、食糖等组成。用法为每日3次,每次15g,6个月为1疗程。治疗组54例服养胃冲剂,对照组9例,用猴菇菌片治疗。结果:①治疗前后病变程度的变化:服药前330块粘膜活检标本中,116块出现不同程度的萎缩性胃炎病变;服药后病变消失率为25.00% ($P<0.05$),说明治疗前后慢性萎缩性胃炎病变程度的差异有显著性意义。对照组治疗前后萎缩性胃炎病变程度变化不明显 ($P<0.05$)。②服药前后肠腺化生的变化:服药前的330块胃粘膜标本中,有72块出现不同程度的肠腺化生;服药后的消失率为15.27%, ($P<0.05$),差异无显著性意义。对照组胃粘膜肠腺化生由治疗前的4块,增加到治疗后的7块 ($P<0.05$),差异无显著性意义。③服药前后胃粘膜炎症程度的变化:中度炎症组织减少12块,重度炎症组织减少11块,中度与重度炎症消失率为13.93%。

黄氏^[28]自拟萎必生方治疗萎缩性胃炎63例,组方为:黄芪15g,苡仁30g,当归、山楂、百合、乌药、丹参、莪术、枳壳、青木香、蜂蜜(冲)各10g,黄连2g,制附片、甘草各6g。每日1剂,水煎分2次服。证情好转后,改为丸剂,每次3g~6g,1日2次,3个月为1疗程。结果63例中,症状消失45例,好转12例,无效6例,症状疗效总有效率为90.5%。63例中,有25例在治疗后进行了胃镜及病理复查,结果:显效9例,好转10例,无效6例,胃镜活检有效率76%。

谢建群等^[15]制定了以益气活血为主的“胃祺饮”口服液,用以治疗慢性萎缩性胃炎30例,方剂组成主要有黄芪、党参、当归、莪术等药。每次口服20ml,每日3次,3~5月为1疗程。获得了较理想效果,有28例临床症状得到不同程度改善(其中显效12例,有效10例,好转6例);无效2例,有26例病理变化得到改善(其中显效4例,有效12例,好转10例),4例无效。26例肠化生病例中,24例有所减轻或消失。经统计学Radlit分析,有显著差异 ($P<0.01$)。

厉兰娜等^[29]测定了慢性萎缩性胃炎(CAG)患者胃粘膜与血浆cAMP的变化,认为此变化有助于研究本病发生、发展和转归的规律。经测定的30例CAG患者cAMP水平明显的下降,与正常人比较有非常显著差异 ($P<0.01$),经用中成药人参香茶片治疗后,13例复查显示血浆cAMP恢复到正常水平,7例病理活检好转者cAMP也回升,治疗前后比较差异显著 ($P<0.01$)。

(二) 专方为主随症加味,分证型加味

该法一方为主,随其症状或证型加数味药,多以汤剂为主。

最引人瞩目的是马氏等^[30]以胃友汤剂为主方随症加味治疗慢性萎缩性胃炎910例,是迄今为止中医药治疗本病病例数最多的临床报道,疗效也令人鼓舞。胃友处方为:黄芪30g,肉桂10g,吴茱萸10g,枳壳10g,片姜黄10g,川芎10g,红花10g,桃仁10g,丹参30g,三

棱 10g, 莪术 10g, 甘草 6g。水煎内服, 每日 1 剂。伴有肠上皮化生者加水蛭 10g, 或乌梢蛇 8g; 伴胃粘膜粗糙不平, 隆起结节或痘疹性胃炎者加炮山甲 10g, 王不留行 15g, 海藻 15g; 伴有胃溃疡或十二指肠球部溃疡者加白芷 10g, 白芨 14g, 姜半夏 10g, 蒲公英 10g; 伴有胃粘膜脱垂者加党参 10g, 枳实 10g, 炮山甲 10g, 王不留行 15g, 水蛭 10g; 胃酸多加二陈汤, 胃酸少或无酸者加木瓜、乌梅、山楂; 胃炎加山楂、沙参、乌梅等养阴酸敛药以中和碱性, 减少胆汁对吻合口粘膜刺激。对伴有胆汁反流, 胃出血者分别给予自制胃炎片、止血粉等药物。服药时间依病情而定。轻度萎缩性胃炎伴轻度肠上皮化生, 或慢性浅表性胃炎伴轻度肠上皮化生者服 50~60 剂; 中度萎缩性胃炎伴肠上皮化生, 或中度肠上皮化生者服 60~90 剂; 重度萎缩性胃炎伴肠上皮化生, 或重度肠上皮化生, 腺体不典型增生者服 90~120 剂。910 例萎缩性胃炎服用胃友后, 全部经胃镜病理组织学复查, 结果获基本治愈 637 例 (70%), 好转 245 例 (26.9%), 无效 28 例 (3.1%); 总有效率为 96.9%。他们认为 CAG 基本证型属虚寒夹瘀, 治疗的关键是活血化瘀。

李彪^[37]自拟补肾复萎汤为基本方治疗 384 例慢性萎缩性胃炎。基本方为: 仙茅、巴戟、从蓉各 15~30g, 北沙参、鳖甲、麦冬、石斛各 12~30g, 党参、黄芪、炒白术、茯苓、淮山药各 12g~30g, 柴胡、白芍、枳实、元胡各 10~15g, 仙灵脾 12g, 甘草 8g。辨证加减: 纳差加鸡内金 15g, 或焦三仙各 15g; 泛酸、嘈杂加左金丸 10g, 吞服; 便秘加槟榔 20g 或生大黄 10g; 如镜检见胆汁返流者可选加小半夏汤或旋复代赭汤; 如镜检见肠化病变者, 可选加土茯苓、生苡仁、皂角刺、蜈蚣等。每日 1 剂水煎分 3 次温服。另取七厘散 1.8g, 日分 2 次吞服。45 天为 1 疗程。结果: 384 例中, 治愈 278 例, 占 72.4%; 显效 58 例, 占 15.1%; 有效 27 例, 占 7.03%; 无效 21 例, 占 5.47%; 总有效率 94.53%。

白长川等^[32]总结了李寿山治疗萎缩性胃炎伴肠化的经验。李氏根据虚者补之, 坚者削之的原则, 集补虚、理气、消痞、温化、清热、和解诸法于一炉, 组成消痞汤, 标本兼治, 虚实同疗。由党参、白术、枳实、姜半夏、黄连、莪术、白花蛇舌草、炙甘草等药物组成。若胃脘痛加百合、乌药; 刺痛加五灵脂、土元; 灼痛加生白芍、青黛; 冷痛加桂枝、干姜; 噎气不畅加佛手、香橼; 纳呆加乌梅、鸡内金; 大便溏薄加炒山药、炒扁豆; 伴胆汁返流加少量柴胡, 重用生赭石。结果: 消痞汤治疗组 105 例总有效率为 97.14%, 其中胃镜与病理有效率为 85.71%。对照组 35 例总有效率为 85.72%, 其中胃镜与病理有效率为 51.43%。两组比较 $P < 0.05$, 有显著性差异。

柳梅等^[33]以补气温中、活血化瘀为基本治则, 组成治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化及不典型增生的中药汤剂, 主要有: 黄芪 30g, 党参 10g, 吴茱萸 10g, 肉桂 10g, 丹参 30g, 赤芍 12g, 香附 10g, 三棱 10g, 莪术 10g, 王不留行 10g, 炮山甲 15g, 甘草 6g 等。腹痛较明显者加元胡、细辛、白芍; 反酸烧心者加乌贼骨、半夏、干姜; 口苦, 胆汁返流加四逆散; 便溏加木香、丁香; 便秘加钩藤、白术、肉苁蓉。每日 1 剂, 水煎服。同时配合胃萎康冲剂 (由黄芪、细辛、黄连、公英等组成) 内服, 每次 20g。每日 3 次; 并口服活力丸 (由水蛭、上鳖等组成), 每次 5 粒, 每日 2 次。共治疗 61 例, 结果: 临床症状疗效中, 显效 41 例 (67.2%), 有效 15 例 (24.6%), 无效 5 例 (8.2%), 无 1 例加重, 总有效率为 91.8%。本组中伴肠化者共 56 例, 治疗后内窥镜及病理疗效: 显效 27 例 (48.20%), 有效 22 例 (39.3%), 无效 7 例 (12.5%), 无 1 例加重, 总有效率为 87.5%。显效 27 例中肠化消失 22 例。本组病例伴不典型增生者共 39 例, 治疗后显效 13 例 (33.3%), 有效 16 例 (41.0%), 无效 10 例

(25.6%);总有效率为74.4%。39例中3例伴重度不典型增生者胃粘膜萎缩消失,不典型增生减轻。治疗前后作电镜对照者2例,治疗后肠上皮化生减轻,粘液颗粒明显减少。治疗前后分别于胃窦及胃体部作检测胃粘膜血流量者30例,结果显示治疗后胃粘膜血流量较治疗前明显增加并有显著差异($P<0.01$)。他们认为服药时间应根据病情轻重而定,最短至少3个月,长则达6个月。

李氏^[34]以升阳益胃汤治疗萎缩性胃炎192例,基本方为:黄芪50g,党参、泽泻、丹参、莪术、焦山楂各10g,白术、陈皮、独活、白芍、黄连各6g,茯苓20g,枳壳、蒲公英各15g,鸡内金8g。加减:痛甚加玄胡索、金钱子;胀甚加沉香、厚朴;恶呕加制半夏、竹茹、旋复花;暖气加刀豆子、降香;吐酸加煅瓦楞子、海螵蛸;胃脘灼痛加梔子、龙胆草、豆豉;泛吐清涎者加半夏、苍术、茯苓皮;脘腹痞满去独活,加半夏、甘草、干姜、黄芩;食后不舒,如焦槟榔、麦芽;肢体痛加羌活、威灵仙;肠上皮化生加水蛭、三棱、刺猬皮;瘀血者,加失笑散、九香虫;阴虚者去独活、白术、陈皮、枳壳、党参、鸡内金,加乌梅、枸杞子、沙参、石斛、麦冬;不典型增生者,加胆南星、土茯苓、生苡仁、猪苓、黄精;溃疡加白芨、白芷,白芍;胃酸少加木瓜、乌梅、山楂、炙甘草;胃出血加白芨粉、大黄粉;息肉加刺猬皮、九香虫、炮山甲。服药时间依病情而定,轻度萎缩性胃炎50剂~60剂;中度60剂~70剂,重度70剂~80剂,重度胃炎伴肠上皮化生及腺体不典型增生者服120剂~150剂,或更长时间。每剂煎取200ml,分3次1日服完。治疗结果:192例病例经本方案治疗后,全部经纤维胃镜复查,病理组织学检查,其中基本治愈21例(13.02%),好转61例(31.77%),无效10例(5.21%)。

郭宇英^[35]采用益胃活血汤治疗萎缩性胃炎50例,组方为:黄芪30g,川芎15g,佛手10g,茯苓15g,芍药、乌梅各10g,丹参、莪术各15g,炙甘草10g。水煎服,每日1剂,早晚餐后分2次服。腹胀甚加枳壳、厚朴;胃脘痛甚加延胡索、砂仁;纳呆加山楂、鸡内金等。3个月后为1疗程。疗效满意,显效12例占24%;好转32例占64%;无效6例占12%,总有效率88%。

杨氏^[36]报道了运用温脾化痰饮治疗萎缩性胃炎59例,组方为:草拨5g,干姜3g,血竭2g,水蛭3g,丹参30g,白芍30g,生地黄10g,黄芪15g,甘草5g,半枝莲30g,食醋5滴。伴胆汁返流者加柴胡、木香;胃粘膜脱垂者加枳壳、白术;粘膜糜烂或溃疡者加锡类散、白芨;纳呆者加焦山楂。水蛭粉烘干研粉,血竭研末分2次冲服。其余药水煎,分2次于饭前。1小时口服。25日为1疗程,2个疗程后复查胃镜。治疗结果:显效21例,有效25次,无效13例。合并胆汁反流者5例,治疗后4例恢复正常,胃粘膜糜烂者7例,治疗后全部恢复正常。胃溃疡3例,治疗2例溃痛愈合;胃粘膜脱垂者1例,经治获痊愈;肠上皮改变者38例,治疗后33例有效,5例无改变;不典型增生者11例,治疗后8例消失,3例无改变。

据报道30例老年萎缩性胃炎经用胃萎灵汤剂治疗,收到一定效果。胃萎灵组方为:黄芪25g、桂枝15g、白芍30g、甘草30g、良姜15g、香附15g、草蔻15g、陈皮15g、丹参25g、砂仁10g、蒲黄15g、五灵脂15g。临证加减,肠上皮化生者,加半枝莲、重楼、白花蛇舌草、藤梨根、三棱、莪术;伴有溃疡加乌贼骨、白芨、大贝;伴有胃脘灼热感加吴萸、黄连、瓦楞子;胃酸过少加乌梅、山楂。每日1剂,水煎服,早晚温服。3个月为1个疗程。结果表明,本组病例经胃萎灵汤剂治疗后,显效18例(60%),有效9例(24%),无效3例(10%)。总有效率为90%^[37]。

傅氏等人^[38]自拟“胃康灵”中药方治疗53例本病,并设34例对照组。胃康灵基本方是:白花蛇舌草、猫人参、黄芪、丹参各15g,蒲公英、全当归、杭白芍、九香虫、炙甘草各10g,乌梅6g。另嘱患者每天食用生或熟大蒜5~10g。加减:脾胃虚弱型酌加党参、桂枝或高良姜各10g;肝胃不和型酌加佛手片、刺猬皮各10g;胃阴亏损型酌加生地、北沙参、麦冬或川石斛各10g;脾胃湿热型酌加龙胆草3g,川连5g或黄芩10g;每日1剂,水煎浓缩成200ml,上下午各服100ml,3个月为1疗程,治疗1~2个疗程后复查。对照组用维酶素1g,每日3次;胃炎干糖浆5g,每日3次;维生素E100毫克,每日1次。疗程及复查时间同治疗组。结果是:治疗组临床疗效总有效率为90.5%,对照组为67.6%,两组比较有非常显著性差异($P<0.01$);内镜疗效总有效率,治疗组为86.7%,对照组为67.6%,两组有显著性差异($P<0.05$);对幽门螺杆菌的清除率,治疗组为86.8%,对照组为52.1%,两组有非常显著性差异($P<0.01$)。病理疗效,治疗组有效率为66%,对照组为47%,两组无显著性差异($P<0.05$)。

贺氏等^[39]总结老中医贺清义运用二陈汤加减方(陈皮、半夏、白术、砂仁各10g,茯苓12g,炙甘草3g)治疗慢性萎缩性胃炎128例。以上为基本方,再分四个证型加味。脾胃虚弱型:治宜健脾和胃,温中散寒,基础方加桂枝、干姜各10g,乌药、吴萸各6g;脾胃湿热型:治宜芳香化浊,健脾燥湿清热,基础方加藿香、黄芩、佩兰、秦艽各10g,滑石30g,草薢6g;肝胃不和型:治宜舒肝和胃,基础方去砂仁加香附10g,柴胡6g,杭芍12g;血瘀中焦型:治宜健脾和胃,活血化瘀,理气止痛,基础方加丹参18g,乳香、没药各10g,胃脘胀甚者,基础方加木香6g,枳壳6g。用法为每日1剂,2个月为1疗程,以后改为丸剂再服3个月。结果:128例患者中脾胃虚寒型72例,其中显效41例(占57%),有效8例(占11%);脾胃湿热型21例,显效18例(占86%),有效2例(占9%);脾胃瘀血型17例,显效12例(占70%),有效1例(占1%);肝胃不和型18例,显效7例(占38%),有效2例(占11%)。总有效率为71%。

贺方礼^[40]用炙黄芪30g,白芍15g,桂枝10g,饴糖50g,生姜3片,大枣5枚组成黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎101例,若属脾胃虚寒型加党参30g,肝郁气滞型加丹参15g,川楝子15g,脾胃阴虚型加百合50g。服药4周为1疗程,连服3个疗程。结果是:临床痊愈59例,占58.4%;显效24例,占23.6%;有效11例,占10.9%;无效4例,占3.9%。总有效率96.03%。

徐秀兰^[41]以健脾和胃法治疗本病122例,基本方:炙黄芪20g,潞党参15g,白术10g,茯苓12g,半夏6g,陈皮10g,山药20g,炙甘草6g,红枣、蒲公英各15g,木香6g。随证加减:兼肝郁气滞加柴胡、制香附;寒盛加桂枝(或肉桂);兼阴虚者加北沙参、麦门冬;兼食滞者加神曲、麦芽。结果近期临床治愈9例(7.38%),显效41例(33.61%),有效63例(51.64%),无效7例(5.74%)。恶化2例(1.64%),总有效率92.62%。122例中有65例,经纤维胃镜复查:显效18例(27.69%),有效24例(36.92%),无效17例(26.15%),恶化6例(9.23%)。总有效率64.62%。

王氏^[42]以温养散结汤为基础方,结合辨证进行固定加味治疗慢性萎缩性胃炎168例。组成:苏梗10g,木香6g,三棱6g,莪术15g,太子参30g,九香虫10g,香橼花10g,生麦芽30g,鸡内金10g。气滞者加柴胡10g,枳壳10g;湿热者加茵陈15g,黄连6g;瘀血者加丹参30g,元胡10g;脾虚者加党参15g,白术10g;阴虚者加沙参15g,百合30g。微观辨证:胃

粘膜充血发红或丘疹样改变为热邪,加蒲公英 30g,白花蛇舌草 30g;粘膜水肿为湿重,加生薏米 30g,茯苓 30g;粘膜变白或以白为主为脾胃虚寒,加桂枝 6g,吴茱萸 3g;粘膜紫暗或有瘀斑出血点为瘀血,加三七(冲) 3g;伴肠化和不典型增生为痰瘀,加山慈菇 30g,皂刺 20g。每日 1 剂,取汁 400ml,分 2 次服,3 个月为 1 疗程,一般服用 1~2 个疗程,复查胃镜及病理活检。结果是:168 例中显效 65 例(38.69%),有效 56 例(33.33%),无效 47 例(27.98%)。总有效率 72.02%。

李利亚^[43]从肾论治 156 例萎缩性胃炎,拟益肾养阴、健脾和胃为治疗原则,基本方:菟丝子 15g,黄精 10g,吴茱萸 10g,云苓 15g,杜仲 10g,丁香 6g,石斛 15g,白芍 15g,党参 10g。偏肾气虚者加附子、肉桂、干姜;偏肾阴虚者加沙参、麦冬、枸杞、生地;气阴双亏者加黄芪、附子、生地、山药;合并胆囊炎者加茵陈、半枝莲、合并胃及十二指肠溃疡者加锡类散。结果本组 156 例患者,服药 150~180 剂,痊愈 41 例,显效 73 例,好转 39 例,无效 3 例,总有效率为 98%。本方对于肾气虚型者疗效较好,而对气阴两虚型疗效较差。

黄道富等^[44]认为本病以滞、热、瘀为病之根本,当理气化痰,清热活血为法,拟蛸黄汤,组成为:海螵蛸 15g,熟大黄 12g,蒲公英 30g,黄芩 10g,白及 10g,广木香 10g,石菖蒲 10g,丹参 18g,橘红 9g,炙甘草 10g。每日 1 剂,水煎取 500ml,分 2 次服。若偏痰热者加瓦楞子、左金丸;偏气滞加柴胡、川楝子、沉香;气滞者加高良姜、香附、食滞痛甚加草豆蔻、山楂肉;偏血瘀加五灵脂;兼气虚加党参、黄芪;兼血虚加阿胶、当归;大便色黑出血加三七;呕吐紫色血块,去橘红、石菖蒲,加人参须、麦冬。服药以 1 个月为 1 疗程,3 个疗程后复查。结果 152 例中,显效 99 例,有效 51 例,无效 2 例,有效率为 98.7%。

刘光伟用保和丸化裁治疗慢性萎缩性胃炎,并设对照组。保和丸基本方由山楂、神曲、莱菔子、半夏、陈皮、茯苓、连翘各 10g 组成。加减:偏气虚加黄芪、太子参各 15g;寒证加桂枝,良姜各 6g;兼瘀血加丹参、檀香各 10g;噎气加代赭石 30g。煎汁,每日 1 剂,每日 2 次。对照组口服维酶素,每次 6 片,日服 3 次。配服胃复安、黄连素及维生素 E、维生素 C、维生素 B 类。两组共治疗 50 例,结果:症状疗效:治疗组中的 34 例中显效 25 例,对照组中 16 例有 7 例显效,治疗组优于对照组,胃镜观察:治疗组显效 16 例,对照组显效 4 例,两组比较无统计学意义^[45]。

王必舜等^[46]用香枣枳术汤加味治疗本病 60 例,效果满意。基本方为:香橼 15g,大枣 10g,炒枳壳 10g~24g,白术 10g~15g,水煎服,日 1 剂,45 天为 1 疗程。随证加减:1. 脾虚肝郁:加党参 30g,黄芪 30g,香附 10g。2. 肝胃不和:加柴胡 10g,白芍 12g~20g。3. 脾胃虚寒:加桂枝 10g,炮姜 10g。4. 脾肾两虚:加附子 6g~10g,肉苁蓉 10g,小茴香 15g。5. 脾胃湿热:加黄芩 10g,佩兰 10g,薏苡仁 30g。6. 寒热错杂:加半夏 10g,炮姜 10g,黄连 10g。7. 胃阴不足:加生地 20g、沙参 15g、瓜蒌仁 15g、莱菔子 15g。8. 血瘀胃络:加参三七 6g,乌贼骨 15g。9. 心脾气虚:加茯神 15g,炙远志 10g。结果以上 60 例病人经治疗,病理活检明显有效 22 例,胃镜下和临床症状明显好转 35 例,无效 3 例。

据刘氏等人^[47]报告,采用益气生津活血汤治疗了 48 例慢性萎缩性胃炎;组成为:黄芪 20g,党参 15g,炒白芍 15g,甘草 10g,乌梅 15g,生山楂 10g,生蒲黄 10g,制乳没各 6g,毕拔 10g,山奈 10g。加减:胃寒,加佛手、吴萸;胃热,加知母、麦冬、竹茹;食滞,加砂仁、鸡内金;痰湿,加苍术、陈皮;胃阴虚,加沙参、石斛;胃体粘膜萎缩伴肠上皮化生,加天花粉、白花蛇舌草。每日 1 付,水煎 200ml,分早晚各 1 次空腹服。2 个月为 1 个疗程,1 个

疗程结束后复查胃镜。治疗效果为：显效 13 例，减轻 30 例，无效 5 例。证型与疗效的关系为：脾胃阳虚型 24 例中显效 5 例，减轻 16 例，无效 3 例；肝胃气滞 20 例中显效 6 例，减轻 12 例，无效 2 例；胃阴不足型 4 例中显效 2 例，减轻 2 例。由此看出，本方治疗脾胃阳虚型较肝胃气滞型似乎效果好一些。

孙氏^[48]应用理胃消萎汤治疗慢性萎缩性胃炎 45 例。方药组成是：党参 12g，黄芪 15g，白术、当归、白芍、木香各 10g，莪术 12g，丹参、炒麦芽各 30g，生甘草 5g。水煎服，每日 1 剂。2 个月为 1 疗程。加减法：属脾胃湿热型者，加蒲公英 30g，黄连、大黄各 6g；脾虚气滞型者，加制苍术 12g，白蔻仁 10g，炮姜 8g；肝胃不和型者，减参、芪，加青皮 10g，柴胡 12g，吴萸 4g；胃阴不足型者，重用白芍至 20g，加玉竹、乌梅各 12g，白及 10g。结果：45 例患者经治疗后获显效者 16 例（其中脾胃湿热型 14 例，脾虚气滞型 2 例），占 35.5%；有效者 17 例（其中脾胃湿热型 14 例，脾虚气滞型 1 例，肝胃不和型 1 例，胃阴不足型 1 例），占 37.8%；无效者 12 例（其中脾胃湿热型 8 例，脾虚气滞型 1 例，肝胃不和型 2 例，胃阴不足型 1 例），占 26.7%。总有效率 73.3%。

（三）辨证分型专方治疗

陈氏^[49]等人对 300 例慢性萎缩性胃炎的治疗，采取了临床辨证和胃粘膜相微观辨证相结合的方法，提高了疗效。他们共分了 7 个证型：①脾胃虚弱型 80 例，治宜健运脾胃，兼补气血。处方：党参、白术、茯苓、陈皮、砂仁、厚朴、鸡内金、丹参、白芍、黄连、炙草。②脾虚胃热型 70 例，治宜健脾清胃。处方：太子参、白术、山药、炒黄连、公英、连翘、茯苓、陈皮、炒内金、芦根、玄胡索、白芍。③肝胃不和型 57 例，治宜疏肝和胃，理气降逆。处方：柴胡、当归、白芍、白术、党参、枳壳、半夏、炒黄连、代赭石、苏子梗、炒川楝子、炒竹茹。④胃阴不足型 47 例，治宜养阴清胃。处方：沙参、石斛、麦冬、生地、枸杞、花粉、白芍、炒黄连、公英、知母、佛手片、炒二芽。⑤脾胃湿热型 21 例，治宜清热泻浊，和胃消痞。处方：藿香、厚朴、半夏、赤茯苓、苡仁、蔻仁、茵陈、炒黄连、金刚藤、玄胡索、甘草。⑥瘀血内阻型 15 例，治宜祛瘀和胃，安络止血。处方：沙参、山药、白芍、白芨、地榆炭、炒五灵脂、炒蒲黄、玄胡、降香、乌贼骨、炙甘草。⑦痰浊中阻型 10 例，治宜温化痰浊，健运脾胃。处方：陈皮、半夏、茯苓、炙甘草、苍术、炒白芥子、苏子梗、炒莱菔子、党参、蔻仁、制南星。治疗结果：症状疗效：显效 239 例占 79.66%，有效 54 例占 18%，无效 6 例占 2%，癌变 1 例占 0.333%。总有效率为 97.66%。胃镜疗效：治疗后复查 100 例，其中显效 49 例，有效 30 例，无效 20 例，恶化癌变 1 例占 1%，总有效率为 79%。

张军等^[50]亦采用整体辨证与局部辨证相结合的方法治疗慢性萎缩性胃炎 300 例，治疗方法有：①肝胃不和型：以柴胡疏肝散加减：柴胡、香附、枳壳、郁金各 15g，川楝子、延胡索各 10g，公英 25g，甘草 5g，白芍 10g。②脾胃虚寒型：以温胃汤加减：党参 20g，附子、肉桂各 15g，良姜 10g，乌药、砂仁、乌梅、山楂、山药各 15g，生黄芪 20g，公英 25g。③胃阴不足型：以养胃汤加减：太子参 20g，麦冬、天冬、玉竹各 15g，山药 20g，沙参 15g，刺猬皮 10g，炮甲珠 20g，枳壳 15g，公英 25g。结果：本组 300 例，在治疗中除 4 例进展为胃癌外，还有 6 例终止治疗，其余 290 例主症、胃镜检查、病例活检均有明显改善，有效率为 96.7%。

任宏义等人^[51]对慢性萎缩性胃炎脾胃气（阳）虚证 121 例用香砂温中汤（由木香、砂仁

等药物组成)加减治疗,对脾胃阴虚证29例用沙参养胃汤(由辽沙参等药物组成)加减治疗。1个月为1疗程,一般观察3个疗程。通过治疗前后胃粘膜相同部位活检标本的组织学及超微结构的对比观察,其显效率是:脾胃气(阳)虚证为43例,占35.6%,脾胃阴虚证为5例,占17.2%;胃粘膜病变慢性浅表萎缩性胃炎(CSAG)26例占63.4%,慢性萎缩性胃炎(CAG)Ⅰ级19例占36.5%,CAGⅡ级3例占7.9%,无CAGⅢ级病例。以气、阳虚证和CSAG、CAGⅠ级胃粘膜轻度病变患者的疗效为佳。对胃粘膜超微结构损伤性病变的恢复也有显著效果。其疗效机制可能与胃窦粘膜G细胞结构与功能的恢复有关。

朱建平^[52]等根据米良春老中医的诊治经验,将107例慢性萎缩性胃炎分为3型论治。即:①阴虚木横,肝胃不和型:治宜益气养阴,疏肝和胃。协定Ⅰ号方煎剂:太子参、决明子、徐长卿、北沙参、麦冬、生白芍、炙甘草、凤凰衣、乌梅肉、炙鸡内金、蒲公英。肝火旺者加龙胆草;瘀血重者加郁金;便秘者加全瓜蒌。协定Ⅰ号方散剂:潞党参、甘松、北沙参、炙黄芪、鸡内金、麦冬、炒白芍、乌梅肉、参三七、淮山药、徐长卿、玉蝴蝶。②脾虚气滞,瘀阻胃络型:治宜益气健脾,化瘀和络。协定Ⅰ号方煎剂:生黄芪、莪术、参三七末、玉蝴蝶、凤凰衣、甘松、鸡内金、徐长卿、炒白术。气虚甚者黄芪加大剂量;寒甚者加肉桂、附子;痛甚者加荜拨;粘膜脱垂严重者加炙刺猬皮。协定Ⅱ号方散剂:生黄芪、玉蝴蝶、鸡内金、甘松、生白术、生白芍、莪术、炙甘草。③中阳不振,气滞挟湿型:治宜温运中阳,理气化湿。协定Ⅱ号方煎剂:生黄芪、炙升麻、徐长卿。湿甚者加苍术;便溏者炒白术加量;苔厚腻者加藿香。以上3型中,前二者配有散剂方,均于疗效巩固期服用。药物用法,汤剂每日1剂,食前半小时服;散剂每日3次,每次3g,食前半小时服。服药未滿3月者,均按1疗程统计。经1~2个疗程治疗,结果显效24例,占22.43%;有效66例,占61.68%;稳定15例,占14.02%;无效2例,占1.87%。总有效率为84.11%。

周学文等^[53]应用中药系列冲剂治疗萎缩性胃炎128例,将病人经辨证分为两组,即:虚寒证组:治宜温胃健脾,药用黄芪、桂枝、白芍、白术、元胡、枳壳、威灵仙、革澄茄、苦参、麦芽、香橼、甘草。本组共45例。郁热证组:治宜养阴清胃,药用黄连、柴胡、知母、石斛、焦栀、白薇、蚕砂、枳壳、射干、苦参、生地榆、马齿苋、威灵仙。本组共83例。以上两种冲剂每袋均重30g。日服2次,每次1袋,早晚空腹服用。疗程均为6个月。治疗结果为:1.综合疗效:治愈30例(23.4%),显效59例(46.1%),好转35例(27.4%),无效4例(3.1%);总有效率为96.9%。经统计学处理两组疗效无明显差别。2.疗效分析:症状疗效:症状消失84例(65.6%),显效28例(21.9%),好转13例(10.2%),无效3例(2.3%);总有效率为97.7%。两证型间的疗效比较无统计学意义。治疗前后胃镜和病理检查的变化:治疗后胃窦、胃体部的胃粘膜萎缩程度均较治疗前明显减轻($P<0.01$)。随着胃粘膜萎缩程度的减轻,其伴随的肠上皮化生改变也见明显改善。治疗前后比较两者差异均非常显著($P<0.01$)。治疗后胃酸分泌功能改善的情况:治疗后获治愈即胃酸分泌功能恢复正常者25例(33.3%),显效21例(28.0%),好转16例(21.3%),无效13例(17.3%);总有效率为82.7%。两证型组的疗效相比无显著差异,提示辨证应用该两中药冲剂具有明显促进胃酸分泌功能恢复的作用。

吴氏^[11]通过中医临床宏观辨证与胃粘膜相微观辨证合参而进行辨证治疗103例慢性萎缩性胃炎。即:①脾胃虚寒型:治疗拟温中健脾,和胃止痛,方用黄芪建中汤加龙胆草、黄芩、老鹳草、蒲公英、白花蛇舌草等清热药。②肝胃不和型:治拟疏肝理气,和胃降逆,方

用柴胡疏肝散加上述清热药及旋复花、莱菔子、代赭石等降逆助运之品。③脾胃湿热型：治拟清热化湿，和胃畅中，方用自拟清热益胃汤（龙胆草、黄芩、白花蛇舌草、蒲公英、当归、白芍、炙甘草、乌梅）加晚蚕砂，无花果等。④胃阴亏损型：治拟滋阴养胃、缓急止痛，方用一贯煎加乌梅、山楂、木瓜等。治疗结果：临床症状疗效：显效46例，占45%，有效52例，占50%；无效5例，占5%；总有效率为95%。胃镜病理疗效：显效23例，占22%；有效59例，占57%；无效21例，占20%；总有效率79%。

张氏^[54]分二型辨证治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生及不典型增生87例。方法为：①阴虚肝郁型：治以柔肝养阴，清热和中法。基本方：生白芍、乌梅、木瓜、太子参、蒲公英、白花蛇舌草、藤梨根各15g，佛手片、绿梅花各9g，苡仁30g，生甘草6g。②脾虚气滞型：治以健脾理气化滞法。基本方：黄芪、太子参、淮山药、鸡血藤、白术各15g，枳壳、香附各12g，苡仁、白花蛇舌草各30g。③加减法：大便干燥加瓜蒌仁15g；大便溏薄加煨木香9g；泛酸加左金丸；疼痛加刺猬皮9g；重度肠化或不典型增生加天仙藤、枳椇根各30g。每日1剂，水煎服，3个月为1疗程。结果本组经治1~3个疗程后，67例显效；19例有效，1例无效。总有效率98.8%。其中：服药1疗程自觉症状消失62例，减轻25例；病理检查不典型增生全部消失。服药3个疗程后86例肠上皮化生全部消失，1例不完全性结肠型肠上皮化生无改善。

徐辉^[55]辨证治疗了60例本病，其辨证分型和治疗方法为：①脾胃虚寒型：治拟健脾散寒，方用自拟“胃康灵”Ⅰ号冲剂，处方：生黄芪24g，桂枝9g，白术、白芍各10g，炙甘草6g，苡仁15g，山药15g，红藤30g，千里光24g，木香6g，丹参15g。②肝气犯胃型：治拟疏肝理气和胃。服用“胃康灵”Ⅰ号冲剂。处方：柴胡12g，白芍15g，枳壳12g，炙甘草6g，半夏10g，黄连3g，山茱萸3g，红藤30g，八月札15g，地鳖虫10g。结果：临床疗效：60例中显效36例，占60%；有效22例，占36.66%；总有效率达96.66%；无效2例。胃镜病理疗效：脾胃虚寒型37例中，显效22例，占59.46%；有效11例，占29.73%；无效4例，占10.81%，总有效率89.19%。肝气犯胃型23例中，显效11例，占47.83%；有效7例，占30.44%；无效5例，占21.74%，总有效率为78.27%。

李氏^[56]等辨证论治慢性胃病528例，其中慢性萎缩性胃炎140例（27%）。辨证共分4型：①中阳不振、脾胃虚寒型：治宜健脾益胃，温中散寒；以黄芪建中汤加减。②肝郁气滞、胃失和降型：治宜舒肝解郁，理气和胃，柴胡疏肝散加减。③胃阴不足，虚热内扰型：治宜益胃养阴，清降虚热。方用叶氏养胃汤加减。④胃络瘀阻，血行不畅型：治宜活血化瘀，和胃止痛。失笑散加减。结果：近期治愈40例（7.5%），显效277例（52%），有效206例（39%）。无效5例（1.5%）。

中医药治疗慢性萎缩性胃炎（CAG）已从过去单纯的整体辨证阶段，发展为整体辨证结合胃镜像及病理检查结果的微观辨证和辨病的阶段，从而能更全面、更深入地了解了CAG的病因病机，完善了治疗CAG的方法，更好地体现了中西医结合的优势。从某些报道中看出，一部份单纯依靠整体辨证难以收效的CAG病例，通过结合微观辨证及辨病治疗取得了良效。当然在目前治疗CAG的临床报道中，最突出的问题是“二少”。首先是远期疗效观察少。大多数报道在2个疗程以内，观察期一年以上的为数极少。二是有严格对照的临床观察资料少，本文搜集的报道中仅有三篇设置了对照组。辨证施治CAG固然有其优越性，但因分型太杂，灵活性过大，所以难以重复验证，不利于治疗的规范化。专方专药是今后的一个发展方向，这一点已为多数同仁所公认。CAG临床表现复杂，兼证、并发症也很多，但基本病理变化大致

相同,这就为专方专药治疗本病提供了客观依据。从本文总结的三类专方治疗CAG的疗效分析,以专方为主随症加味的效果最理想,但从剂型的使用上受到限制,不利于大范围的长期治疗。若能在此基础上精选和简化加味的药物,制成2~3个系列的,剂型简便的成方成药,一定会有利于推广和扩大治疗范围^[57]。中医药治疗CAG的临床症状改善与病理改变并不完全同步,而且本病的兼证与并发症较为复杂,所以必须使其诊断与疗效的判定标准更科学、更客观。本文搜集整理的临床报道中,绝大多数以临床症状、胃镜检查、病理活检作为判定标准,但在具体指标的计量上仍不够严格,不太统一。有人建议对CAG的检验标准范围应该更深化扩展,如对胃酸分泌功能的测定,血清和组织胃泌素的测定,免疫反应状态的测定等等,这样会使CAG的诊断与疗效的判定更严谨、更科学。但目前各地中医医疗机构的设备技术状况,多数还不具备,选择病例比较困难。当前还应以1989年全国中医内科学会脾胃病组制定的标准为宜。有条件的单位也可以进行更高层次的探索。

参考文献

- [1] 黄宏昌等. 关于慢性萎缩性胃炎中医药研究若干问题的探讨. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (9): 558
- [2] 刘立力. 160例萎缩性胃炎的病因病机分析. 中医研究, 1990, 3 (4): 7
- [3] 吴致中. 萎缩性胃炎血瘀证若干问题探讨. 四川中医, 1993, 11 (10): 13
- [4] 郭教礼等. 慢性萎缩性胃炎治从寒热初探. 新疆中医药, 1991, (1): 15
- [5] 潘山龙. 慢性萎缩性胃炎症状及治法分析. 北京中医杂志, 1993, (4): 11
- [6] 赵伟强. 萎缩性胃炎与瘀血. 四川中医, 1991, 9 (3): 20
- [7] 姜旭. 中医药辨证治疗慢性萎缩性胃炎近况. 云南中医杂志, 1994, 15 (6): 57
- [8] 肖应健. 慢性萎缩性胃炎中医药研究进展. 江西中医药, 1991, 22 (6): 50
- [9] 卓立勇等. 中医论治慢性萎缩性胃炎. 湖北中医杂志, 1992, 14 (4)
- [10] 柯晓等. 慢性萎缩性胃炎虚实证的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (10): 600
- [11] 吴滇等. 103例慢性萎缩性胃炎中医辨证与胃镜分型关系探讨. 浙江中医学院学报, 1990, 14 (6): 27
- [12] 翁松梅. 萎缩性胃炎中医辨证分型系统模式之探讨. 辽宁中医杂志, 1992, (9): 15
- [13] 李乾构. 萎缩性胃炎辨证的证型探讨. 北京中医杂志, 1992, (3): 9
- [14] 杨净治等. 复方参芪健中、参梅养胃煎剂治疗慢性萎缩性胃炎的实验研究. 中医研究, 1991, 4 (1): 18
- [15] 谢建群等. 胃祺饮防治慢性萎缩性胃炎的临床及实验研究. 上海中医药杂志, 1993, (10): 12
- [16] 刘超等. 慢性萎缩性胃炎几种中医常用治法浅析. 江苏中医, 1990, (7): 35
- [17] 郭遂成. 慢性萎缩性胃炎伴肠化生和不典型增生的中医组方思路. 国医论坛, 1993, (5): 29
- [18] 张喜奎. 慢性萎缩性胃炎补肾浅析. 陕西中医, 1992, 13 (8): 356
- [19] 高想等. 慢性萎缩性胃炎组方思路探讨. 临床荟萃, 1991, 6 (4): 170
- [20] 中医药治疗慢性萎缩性胃炎专家经验谈. 中医杂志, 1992, 33 (2): 46
- [21] 李恩复等. 胃元丹治疗萎缩性胃炎375例临床研究. 山东中医学院学报, 1993, 17 (5): 25
- [22] 许自诚等. 中药胃康胶囊治疗慢性萎缩性胃炎102例. 中西医结合杂志, 1990, 10 (9): 549
- [23] 苏继忠. 黄芪扶正冲剂治疗慢性萎缩性胃炎108例. 中西医结合杂志, 1989, 9 (7): 424
- [24] 李佃贵. 绞股蓝冲剂治疗慢性萎缩性胃炎151例. 中西医结合杂志, 1991, 11 (12): 713
- [25] 游龙等. 摩罗丹治疗325例萎缩性胃炎疗效观察. 中成药, 1989, 11 (3): 25
- [26] 李思复等. 摩罗丹对慢性胃病胃电振幅的调节观察. 中成药, 1992, 14 (9): 24
- [27] 杨加路等. 养胃冲剂治疗慢性萎缩性胃炎病理形态学观察. 浙江中医杂志, 1991, (3): 104

- [28] 黄福斌等. “萎必生”治疗萎缩性胃炎 63 例临床观察. 黑龙江中医药, 1989, (1): 21
- [29] 厉兰娜等. 人参香茶片对慢性萎缩性胃炎患者血浆 CAMP 的影响. 实用中西医结合杂志, 1993, 6 (7): 389
- [30] 马山等. 胃友治疗萎缩性胃炎 910 例临床报告. 中医杂志, 1989, 30 (9): 32
- [31] 李彪. 补肾复萎汤治疗慢性萎缩性胃炎 384 例. 四川中医, 1993, 11 (4): 26
- [32] 白长川等. 李寿山治疗萎缩性胃炎伴肠化生的经验. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (10): 6
- [33] 柳梅等. 中药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生及不典型增生的临床观察. 中医杂志, 1993, 34 (5): 285
- [34] 李德益等. 升阳益胃汤治疗萎缩性胃炎 192 例临床观察. 实用中西医结合杂志, 1993, 6 (4): 200
- [35] 郭宇英. 益胃活血汤治疗萎缩性胃炎 50 例. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (1): 28
- [36] 杨林. 温脾化瘀饮治疗萎缩性胃炎 59 例. 广西中医药杂志, 1988, 11 (6): 6
- [37] 李崇贤等. 胃萎灵治疗老年萎缩性胃炎 30 例临床观察. 老年学杂志, 1992, 12 (1): 35
- [38] 傅学铨等. 胃康灵治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察. 浙江中医杂志, 1993, 28 (9): 391
- [39] 贺哲等. 老中医贺清义运用“二陈汤加减方”治疗慢性萎缩性胃炎 128 例. 北京中医杂志, 1990, (1): 5
- [40] 贺方礼. 黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎 101 例. 湖北中医杂志, 1991, 13 (1): 12
- [41] 徐秀兰. 健脾和胃法治疗慢性萎缩性胃炎 122 例. 江苏中医, 1993, 14 (6): 250
- [42] 王文仲. 温养散结汤治疗慢性萎缩性胃炎 168 例. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (12): 721
- [43] 李利亚. 萎缩性胃炎从肾论治 156 例观察. 黑龙江中医药, 1991, (3): 17
- [44] 黄道富等. 自拟蛸黄汤治疗萎缩性胃炎 152 例. 广西中医药, 1989, 12 (4): 5
- [45] 刘光伟. 保和丸化裁治疗慢性萎缩性胃炎 34 例. 湖北中医杂志, 1992, 14 (6): 10
- [46] 王必舜等. 香枣枳术汤加味治疗萎缩性胃炎 60 例. 甘肃中医学院学报, 1989, (1): 23
- [47] 刘国祥等. 益气生津活血汤治疗慢性萎缩性胃炎 48 例报告. 新疆中医药, 1992, (1): 21
- [48] 孙慕禹. 理胃消萎汤治疗慢性萎缩性胃炎 45 例. 江苏中医, 1993, (3): 12
- [49] 陈泽民等. 慢性萎缩性胃炎胃粘膜相微观辨证施治的体会——附 300 例临床分析. 北京中医杂志, 1990, (1): 27
- [50] 张军等. 分型辨治慢性萎缩性胃炎 300 例. 辽宁中医杂志, 1993, 20 (6): 27
- [51] 任宏义等. 辨证论治 150 例慢性萎缩性胃炎的病理形态学观察. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (3): 144
- [52] 朱建平等. 辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎 107 例临床总结. 江苏中医, 1991, (3): 7
- [53] 周学文等. 中药系列冲剂治疗慢性萎缩性胃炎. 中医杂志, 1991, 32 (8): 25
- [54] 张融碧. 中药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生及不典型增生 87 例. 浙江中医杂志, 1994, 29 (9): 397
- [55] 徐辉. “胃康复”冲剂治疗萎缩性胃炎 60 例临床观察. 上海中医药杂志, 1994, (6): 13
- [56] 李晓春等. 中医辨证论治慢性胃病 528 例临床观察. 白求恩医科大学学报, 1993, 19 (2): 208
- [57] 俞平. 中医专方治疗萎缩性胃炎近况. 北京中医杂志, 1992, (2): 55

第三章 中医治疗胃粘膜癌前病变研究进展

一般认为胃粘膜上皮细胞癌变并非由正常细胞一跃而变为癌细胞，而是一个渐进的过程。在发展为恶性肿瘤之前，常经历多年持续的癌前变化。若能及早识别和治疗这些病变，不失为防治胃癌的有效途径。近年来，一些国际学术组织和个人试图将胃癌的前兆加以区分，因而使这一领域的研究和临床诊治有所前进。世界卫生组织的一个专题小组于1978年提出一个方案，将胃癌的前兆分为两类：①胃癌的癌前疾病或癌前状态（Precancerous Condition），②胃癌的癌前病变（Precancerous Lesions）。前者是一个临床概念，如慢性萎缩性胃炎、胃息肉、恶性贫血、慢性胃溃疡、残胃等，因为这类胃疾病病人中有较多的病例发生了胃癌。而胃癌的癌前病变则是一个病理学概念，即在此类病变的基础上容易发生胃癌。在胃粘膜癌前病变研究方面，有两种病变是目前研究的重点，即胃粘膜肠上皮化生（肠化）和异型增生。多数研究者认为异型增生是重要的癌前病变，比胃粘膜肠化更具癌前意义。最近，有人又提出异型腺体囊性扩张亦具有癌前病变的性质。

第一节 胃粘膜癌前病变的研究进展^[1-3]

一、胃粘膜上皮异型增生

胃粘膜上皮异型增生又称不典型增生，是胃粘膜上皮细胞偏离了正常生长和分化的一类病理形态学变化。主要表现为细胞异型，结构紊乱和分化异常。胃粘膜上皮异型增生可分为腺瘤型、隐窝型和再生型。以往研究多着重于前述二型，而对再生型重视不够，甚至认为其在胃癌发生上并无重要性，最近研究表明，某些再生型异型增生也能成为癌变的基础。最近，国内外学者又提出了球型增生的概念。这型异型增生又可进一步分为Ⅰ型和Ⅱ型。Ⅰ型细胞中的粘液以中性粘液为主，提示此型多是由胃固有腺体的颈部发生；而Ⅱ型细胞中以唾液酸和硫酸粘液为主，多发生于肠上皮化生腺管的隐窝部，这两型球形异型增生均与胃印戒细胞癌的发生有密切关系。以上除球型异型增生外，均属肠型异型增生，是肠型胃癌的癌前病变。弥漫性胃癌的癌前病变，目前了解甚少。Ghandur—Mnaymneh发现非肠化胃粘膜的异型增生在弥漫型胃癌的检出率显著高于肠型胃癌，提示此种异型增生可能是弥漫型胃癌的癌前病变。

目前胃粘膜上皮异型增生程度的分级很不统一，国内多采用三级分级方案：

1. 轻度异型增生

这是指粘膜结构和上皮细胞的异型性呈现很轻微的异型增生，而且肯定是良性病变。

(1) 腺管结构呈轻度不规则，形状不整，迂曲，排列紊乱和疏密不均。

(2) 再生型异型增生仅限于粘膜浅部，隐窝型则见于粘膜深层。

(3) 在胃型，其上皮细胞呈高柱状，胞浆内可残存粘液分泌物，甚至保存着正常的状态。

在肠型,则杯状细胞减少。

(4) 核长圆形或杆状,体积增大,深染。

(5) 核排列较密集,位于细胞基底。

2. 中度异型增生

这种异型增生是结构异型和细胞异型较明显者,但仍为良性。

(1) 腺管结构不规则,形状及大小不等,腺管迂曲。

(2) 腺管呈分支状,排列较致密。

(3) 常呈一定的病灶并且与周围组织有较清楚的界限。病灶深部常见囊状扩张的腺管,或为异型增生的腺管,或为残存的原有胃腺。腺瘤型异型增生多属此级。

(4) 上皮细胞呈柱状,杯状细胞甚少或仅见痕迹,几乎不见潘氏细胞。

(5) 核呈长圆或杆状,增大并浓染。

(6) 核密集,虽然基本上位于细胞基底,但排列稍显紊乱。

3. 重度异型增生

凡属结构异型及细胞异型非常明显或判定良性或恶性困难者均属于此级。在切除的胃标本或胃粘膜活检标本上,常常很难与高分化微小癌鉴别。并将这一类的异型增生病变划为交界性病变。

(1) 腺管结构明显紊乱,腺管的形状及大小不整,可见“背靠背”或共壁现象。也可见分支或“出芽”现象。

(2) 如果是灶状,表面常呈锯齿形。

(3) 常常达粘膜全层,不一定残存有深部的囊状扩张腺管。

(4) 上皮细胞呈高柱状(肠型)或立方形、不定形(胃形),前者不见杯状细胞或潘氏细胞,后者分泌功能消失。

(5) 核比例增大,浓染或疏松网状,核仁明显。

(6) 核呈杆状或类圆形,排列参差不齐,可见核分裂象。

根据内镜随访研究的文献报告,轻度异型增生的癌变率为2.53%,中度为4%~8%,重度为10%~83%。重度异型增生的癌变率相差如此悬殊,可能因各家的诊断标准不一所致,在癌变率较高的异型增生中可能包括了部分早期癌症病例。

二、胃粘膜肠上皮化生

胃粘膜肠上皮化生是指胃粘膜特别是幽门粘膜的表层及腺管出现了肠上皮。组织病理学根据病变程度不同将其分为轻、中、重三度。轻度是指一个胃小区内偶见肠化生腺管;重度指大部分胃固有腺管被肠化生腺管所代替;中度肠化生为居于两者的中间状态。在分型问题上目前尚无一个统一的标准。中国医科大学对肠化生的分型意见是:

1. 完全性肠化生

经AB(pH 2.5)-PAS染色证实肠化生细胞浆内只有AB(pH 2.5)阳性物质,即只含有酸性粘蛋白。通常这种酸性粘蛋白只出现于杯状细胞浆,杯状细胞间的柱状细胞无分泌粘蛋白的功能。这种肠化生为完全性肠化生。再经HID-AB(pH 2.5)染色进一步将其分为如下两个亚型:①完全性小肠型肠化生;②完全性结肠型肠化生。

2. 不完全性肠化生

经 AB (pH 2.5) -PAS 染色肠化生上皮细胞胞浆内含有酸性和中性两种粘蛋白。通常杯状细胞间的柱状细胞有分泌粘蛋白的功能。再经 HID-AB (pH 2.5) 染色进一步分为两个亚型：①不完全性小肠型肠化生；②不完全性结肠型肠化生。

胃粘膜肠上皮化生的类型及其与异型增生和胃癌发生之间的关系是当今胃粘膜病理学研究的热点。多数研究表明，含有大量硫酸粘液的不完全型肠化（亦称Ⅱ型、Ⅱb或结肠型）与胃癌关系密切。

不完全结肠型肠化的标记指数 (LI)、DNA 合成时间 (Ts) 及细胞周期时间 (Tc) 与胃癌相似，而其他各型肠化与正常胃粘膜相似。应用显微分光光度计测定肠化细胞核 DNA 含量亦发现，在不同类型肠化细胞中，唯不全结肠型 (Ⅱ) 肠化胞核 DNA 均值显著高于正常胃粘膜。这些肠化细胞 DNA 含量的异常增加，反映了这些细胞的 DNA 合成加速，这种频繁不断地遗传物质复制，为细胞的变异提供了更多的机会。

如此看来，Ⅱ型肠化的特点为：分化不成熟，基因表达异常。

文献报告肠化随访 1~10 年的癌变率为 1.9%。有人曾对 112 例不同类型肠化进行 15~70 个月的前瞻性随访研究，检出胃癌 5 例，5 例均发生于Ⅱ型肠化粘膜背景上，从初步随访结果来看，Ⅱ型肠化确系有较高潜在癌变危险性的类型。

三、胃粘膜腺体异型扩张

根据胃粘膜腺体扩张的病理形态，可分为单纯扩张和异型扩张。单纯扩张腺体扩张轻微，为局灶性或孤立性，腺腔内粘液分泌增多，腺体多无萎缩，腺上皮亦无异型性。异型扩张腺体扩张时普遍而严重，粘液分泌多减少，腺体萎缩，腺上皮异型增生，并可伴有肠化。胃粘膜异型腺体扩张可能是重要癌前病变。

四、胃粘膜癌前病变的处理

密切随访或行手术切除。对重度异型增生手术切除标本进行分析后发现 26.4%~60% 的病例与早期胃癌并存。由于重度异型增生与恶性病变的鉴别目前还缺少可靠的指标，因此不少作者主张采用外科治疗。

近年来癌及癌前病变的化学干预治疗研究，取得了令人瞩目的进展。尤其是细胞分化诱导剂的研究，最引人注目。维甲类化合物是肿瘤分化诱导剂。如全反式维甲酸可以抑制人胃癌细胞株的生长。体内实验提示，该药能抑制胃癌细胞异体移植瘤的生长速度。六亚甲基二乙酰胺 (HMBA) 能使多种人实体细胞向正常细胞方向分化。国外已用于Ⅰ期临床研究，对包括胃癌在内的多种实体瘤进行药物动力学和治疗试验。钙调蛋白对正常和肿瘤细胞的生长分化起重要的调控作用。饮食补钙可降低实验动物胃癌的发生率，可使食管癌高发区人群食管上皮异型增生恢复正常。目前一些国家已将饮食补钙作为结肠癌二级预防的一项主要措施，已获得初步成功。新近发现一种 cAMP 类似物 8-氯环磷酸腺苷，通过调节Ⅰ、Ⅱ型依赖 cAMP 的蛋白激酶而抑制人类多种肿瘤细胞的生长。

第二节 中医药治疗胃癌前病变的近况

近年来众多的临床报道及病理观察证实,中医药能使部分肠化和不典型增生减轻或消失,使胃癌的药物预防成为可能,为非手术预防胃癌开辟了新途经。

目前中医药治疗胃粘膜癌前病变以萎缩性胃炎癌前病变为主。故许多中医治疗胃粘膜癌前病变的研究常见于治疗慢性萎缩性胃炎的文献中。

一、中医药对胃粘膜癌前病变的辨证论治

综合各地资料,辨证属肝胃郁热型,主张用四逆散、柴胡疏肝散、左金丸等^[4];脾胃虚热型,主要用半夏泻心汤、四逆散合四君子汤;脾胃虚弱型,主要用四君子汤、黄芪建中汤、良附丸、资生丸等方^[5];胃阴不足型,主要用沙参麦冬汤、养胃丸、三酸汤^{[6][7]};肝胃阴虚型,用一贯煎^[8];血瘀阻络型,用丹参饮加味、失笑散等;脾胃湿热型,主张用连朴饮;脾胃阳虚型,应用李东垣温胃汤^[9]。董建华^[10]将胃癌前病变分为气阴两虚、虚火灼胃和脾胃虚弱三个证候。其中甘平养胃方药用沙参、麦冬、丹参、石斛、乌梅、佛手等,甘温健胃方药用党参、黄芪、茯苓、白术、木香、当归等,并对本病进行了两个阶段临床观察,其中第二阶段104例临床症状改善率达98.78%,主症痊愈率为65.4%,癌前变症状改善率为95.76%,消失率52.12%。

周祯祥^[11]认为对本病的治疗具体可归纳为三点:①胃阴不足宜濡润,药以甘寒濡润、酸甘化阴为第一要,大剂量阴柔药中须加少许灵动之品,如益气助运的参、芪,开胃消食、行气导滞的山楂,芳香醒脾,和胃宽中的菖蒲、佛手花、绿萼梅、谷麦芽,作到动静结合,滋而不腻,补而不滞。②湿热内阻宜苦辛,当辨湿热的偏颇,热重者苦泄为主,佐以芳化;湿重者,辛开为先,参以清泄。③肝气郁滞需条达,宜清宜降,以顺其和降之性,切忌辛燥香窜之品,以防伤阴耗液,可采用张仲景的化肝煎和《伤寒论》中的四逆散。

张融碧^[12]以辨证分型治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化生及不典型增生87例。具体分型为:①阴虚肝郁型:治以柔肝养阴、清热和中法。基本方:生白芍、乌梅、木瓜、太子参、蒲公英、白花蛇舌草、藤梨根各15g,佛手片、绿梅花各9g,米仁30g,生甘草6g。②脾虚气滞型:治以健脾理气化滞法。基本方:黄芪、太子参、淮山药、鸡血藤、白术各15g,枳壳、香附各12g,米仁、白花蛇舌草各30g。3个月为1疗程。结果:总有效率98.8%。病理检查不典型增生全部消失。服药3个疗程后86例肠上皮化生全部消失,1例不完全性结肠型肠上皮化生无改善。

吴氏等^[13]以中医临床宏观辨证与胃粘膜相微观辨证合参,将本病分为4型,并辨证施治,脾胃虚寒型:治拟温中健脾,和胃止痛,方用黄芪建中汤加味;肝胃不和型:治拟舒肝理气,和胃降逆,方用柴胡疏肝散加味;脾胃湿热型:治拟清热化湿,和胃畅中,方用自拟清热益胃汤(胆草、黄芩、白花蛇舌草、蒲公英、当归、白芍、炙甘草、乌梅)胃阴亏损型:治拟滋阴养胃、缓急止痛,方用一贯煎加乌梅、山楂、木瓜等。临床症状疗效:总有效率达95%。胃镜病理疗效:显效23例,占22%;有效59例,占57%;无效21例,占20%;总有效率79%。

周学文等^[14]将慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生分为两型,即:虚寒证:治宜温胃健脾,药用黄芪、桂枝、白芍、白术、元胡、枳壳、威灵仙、萆薢、苦参、麦芽、香橼、甘草组成的温中养胃冲剂,此证型有45例。郁热证:治宜养阴清胃,药用黄连、柴胡、知母、石斛、焦栀、白藜、蚕砂、枳壳、射干、苦参、生地榆、马齿苋、威灵仙组成的养阴清胃冲剂,本证型共83例。经治疗后,胃粘膜萎缩明显减轻;随着胃粘膜萎缩程度减轻,其伴随的肠上皮化生改变也见明显改善。治疗前后比较两者差异均非常显著($P < 0.01$)。

二、中医药对胃粘膜癌前病变的专方治疗

刘宣然^[15]报道了用消胃炎散治疗肠化138例和不典型增生104例。消胃炎散以土茯苓、白花蛇舌草、蒲公英、苏梗、白芍、香附、白及、甘草等中药制成粉剂。每日3次,每次5g~7g,2~4个月为1疗程。对照组均以胃得安、盖胃平(常规量)进行治疗,疗程同上。结果:治疗组对肠化的总有效率为91.30%,对不典型增生的总有效率为92.16%;而对照组对肠化和不典型增生的有效率分别为21.23%和14.46%。治疗组疗效显著优于对照组($P < 0.01$)。

有人用“平萎汤”^[16]治疗重度肠化、不典型增生50例取得一定效果。药物组成:苏梗、藿梗、白术、枳壳、桂枝、川连、黄芩、川芎、莪术、白蔻、党参、黄芪、大枣、生姜、甘草、地榆。每日1剂,日服2次,3个月为1疗程。结果:有45例临床症状显著改善或消失,体重增加,贫血好转,临床有效率达90%。50例中,原中度不典型增生9例,显效7例,有效1例,无效1例。轻度不典型增生30例,显效25例,无效5例。重度肠腺化生11例,显效8例,有效3例。

王文仲等^[17]以软坚散结、活血化瘀为大法组成基本方治疗本病82例,基本方由三棱、莪术、九香虫、山慈菇、生麦芽、鸡内金等组成。本组病例辨证分为四型,气滞血瘀型用基本方加郁金、赤芍;胃阴亏虚型以基本方加麦冬、生黄芪;脾胃虚寒型以基本方加桂枝、良姜;湿热内蕴型以基本方加青蒿、黄芩。每日1剂,3个月为1疗程。结果:在71例肠化中,轻度肠化中显效27例,无效14例;中度肠化中显效7例,好转7例,无效6例;重度肠化好转4例,无效6例。29例不典型增生(其中18例伴肠化)中,轻度当中有15例显效,4例无效;中度当中有3例显效,1例好转,无效2例;重度当中有2例好转,2例无效。

杨炳初^[18]认识到气虚血瘀,邪热内结为本病的病理特点,于是确立了益气活血,清热消积的治则,拟定了平萎消异汤,组成为:黄芪、当归、川芎、白芍、丹参、银花、黄连、莪术、徐长卿、肿节风(片)。加减:气虚乏力者加党参、白术、甘草;脘腹胀满者加藿苏梗、枳壳、佛手;腹痛便泄者加桂枝、吴萸、炮姜、赤石脂;呕吐嘈杂者加柴胡、黄芩、半夏、瓦楞子。每日1剂,水煎服。经临床观察治疗79例胃癌前病变患者,结果症状有效率96.20%,病理有效率79.75%。

王长洪等^[19]报道了以中药益胃解毒汤加减治疗胃粘膜异型增生及肠上皮化生49例,组方为:黄芪100g,百合20g,乌药15g,甘草10g,代赭石20g,蒲公英、地丁各30g,丹参20g,白芍30g。加减:腹胀气滞明显加莪术10g,佛手15g;舌红少津阴虚明显加沙参30g,石斛20g,舌苔黄腻湿热蕴结加黄连5g,半枝莲20g,大便干结,腑气不通,加大黄5g。疗程8周。结果:24例异型增生中:显效1例,有效16例,无改变6例,加重1例。25例肠化中,

显效2例,有效9例,无改变14例。

李恩复等^[20]应用胃元丹治疗萎缩性胃炎375例,其中伴肠化108例,伴异型增生47例。胃元丹组成为:当归、白芍、川芎、黄连、公英、三七、枳实等中药组成。另设70例患者服维酶素为对照组。结果:胃元丹组的108例肠化患者中治愈17例,显效10例,有效9例,无效69例,加重3例,治愈率15.74%,总有效率33.33%;对照组的21例中有效1例,无效18例,加重2例,治愈率为0,总有效率为4.76%,两组治愈率、总有效率比较有显著性差异($P < 0.05$)。胃元丹组的47例异型增生患者中治愈6例,显效3例,有效6例,无效31例,加重1例,治愈率为12.71%,总有效率为31.91%;对照组的12例中有效1例,无效8例,加重3例,治愈率0,总有效率8.33%。两组比较总有效率有显著差异($P < 0.01$)。

苏氏等^[21]以贞芪扶正冲剂治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化及不典型增生108例,其中伴有肠化者51例占47.26%,经治疗后肠化消失者23例,减轻者9例,1例重度者无改变,总有效率为62.7%。伴有不典型增生13例占12.0%,治疗后消失者4例均为轻度、减轻者2例均为中度,总有效率为46.20%。

王文仲等^[22]自拟温养散结汤治疗慢性萎缩性胃炎168例,其中伴肠化或不典型增生82例。药物组成为:苏梗10g,木香6g,三棱6g,莪术15g,太子参30g,九香虫10g,香橼花10g,生麦芽30g,鸡内金10g,伴肠化和不典型增生为痰瘀,加山慈菇30g,皂刺20g。结果:168例中显效65例(38.69%),有效56例(33.33%),无效47例(27.98%)。总有效率72.02%。

傅氏等^[23]自拟胃康灵治疗慢性萎缩性胃炎53例,伴肠上皮化生者41例。方剂组成:白花蛇舌草、猫人参、黄芪、丹参各15g,公英、当归、白芍、九香虫、炙甘草各10g,乌梅6g。另设服西药对照组34例。结果:临床疗效总有效率,治疗组为90.5%,对照组为67.6%,两组比较有非常显著性差异($P < 0.01$)。

杨林^[24]治疗的59例萎缩性胃炎中有肠上皮改变者38例,不典型增生改变者11例。方药组成有:萆薢5g,干姜3g,血竭2g,水蛭3g,丹参30g,白芍30g,生地10g,黄芪15g,甘草5g,半枝莲30g,食醋5滴。结果:38例肠上皮改变者,治疗后33例有效,5例无改变;不典型增生者11例,治疗后8例消失,3例无改变。

柳梅等^[25]治疗了61例萎缩性胃炎伴肠化及不典型增生患者。基本方:黄芪30g,党参10g,吴茱萸10g,肉桂10g,丹参30g,赤芍12g,香附10g,三棱10g,莪术10g,王不留行10g,炮山甲15g,甘草6g,等。同时配合自制的胃萎康冲剂、活力丸内服。结果:本组慢性萎缩性胃炎伴肠化者共56例,治疗后内窥镜及病理疗效的总有效率为87.5%;而伴有不典型增生者共39例,其治疗后的总有效率达74.4%。

据郭氏^[26]报道,采用益胃活血汤治疗萎缩性胃炎50例,合并不典型增生及肠化34例。组方为:黄芪30g,川芎15g,佛手10g,茯苓15g,芍药、乌梅各10g,丹参、莪术各15g,炙甘草10g。结果总有效率达88%。

马山等^[27]治疗的910例萎缩性胃炎中伴肠化438例,伴不典型增生53例。所有病例一律服用胃友汤剂,处方为:黄芪30g,肉桂10g,吴茱萸10g,枳壳10g,片姜黄10g,川芎10g,红花10g,桃仁10g,丹参30g,三棱10g,莪术10g,甘草6g。结果:总有效率达96.9%。

谢氏等^[28]用胃祺饮(由黄芪、党参、当归、莪术等药为主)治疗30例慢性萎缩性胃炎,

其中 26 例伴肠化, 经治疗后, 有 24 例伴肠化的患者肠化病变有所减轻或消失, 经统计学处理, 有显著性差异 ($P < 0.01$)。

李寿山^[29]认为慢性萎缩性胃炎伴肠化或异型增生与祖国医学的胃痞和痞结有密切关系。根据虚者补之、坚者削之的原则, 综合归纳并精选药物, 集补虚、理气、消、温化、清热、和解诸法于一炉, 组成消痞汤一方, 标本兼治, 虚实同疗。其方由党参、白术、枳实、姜半夏、黄连、莪术、白花蛇舌草、炙甘草等药物组成。结果: 消痞汤治疗组 105 例总有效率为 97.14%, 其中胃镜病理与病理有效率为 85.71%。对照组 35 例总有效率为 85.7%, 其中胃镜与病理有效率 51.43%。经统计学分析, $P < 0.05$, 两组比较有显著性差异。

李佃贵^[30]应用绞股蓝冲剂治疗慢性萎缩性胃炎 151 例, 其中伴肠化者 52 例, 治疗后肠化消失 25 例, 减轻 14 例, 无效 12 例, 加重者 1 例, 总有效率 75.03%。伴有不典型增生者 23 例, 治疗后消失 9 例, 减轻 4 例, 无效 9 例, 恶化 1 例, 总有效率为 56.53%。

三、中西医结合治疗胃癌前期病变

张继玖^[31]组成中西医药方“胃炎灵”1~6 号, 治疗了胃癌前病变患者 90 例。给药方法是: 一周西药、一周中药交替应用。脾胃虚寒型 (44 例), 第 1 周服西药胃炎灵 1 号 (痢特灵 0.1g、硫糖铝 0.5g) 每日 3 次, 共服 7 天。第 2 周服中药胃炎灵 2 号 (黄芪 20g, 白芍 10g, 桂枝、甘草、红花、郁金各 6g, 白花蛇舌草 15g) 每日 1 剂, 分 2 次服, 共 7 天, 痛甚者加乳香、没药各 6g。肝胃不和型 (8 例) 第 1 周服西药胃炎灵 3 号 (黄连素 0.2g, 硫糖铝 0.5g) 每日 3 次, 共 7 天。第 2 周服中药胃炎灵 4 号 (枳实、白术各 10g, 红花、莱菔子各 6g), 每日 1 剂, 分 2 次服, 共 7 天。腹胀甚者, 加大服皮 10g。胃阴不足型 (38 例) 第 1 周服西药胃炎灵 5 号 (链霉素 20 万 u、胃复安 5mg) 每日 3 次, 共 7 天。第 2 周服胃炎灵 6 号 (北沙参、玉竹、丹参各 10g, 红花、三棱各 6g) 每日 1 剂, 分 2 次服, 共 7 天。口苦纳差, 可加条芩、鸡内金各 10g。3 个月为 1 疗程。结果: 90 例患者显效 50 例, 好转 16 例, 有效 15 例, 无效 9 例, 无一例恶化, 总有效率 90%。

中医中药治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变经多年探索, 取得了许多宝贵经验, 说明其病理变化是可逆转。长期的临床观察和随访, 为中药防治胃癌开拓了新的途径, 但存在问题, 亦不少。首先是胃镜与病理的符合率问题, 由于活检部位不固定, 活检钳的深度不等, 胃镜与病理的诊断符合率似有一定差距。其次评价疗效的标准尚不统一, 以上引用的资料中, 有的以胃镜或病理变化为标准, 有的仅以症状的减轻为尺度。许多研究未设对照组, 使疗效缺少可比性, 准确性及重复性均较差。中药治疗慢性萎缩性胃炎癌前变的实验研究资料也甚少, 影响了本病科研工作的客观化、科学化, 这些都有待进一步的探索。

参考文献

- [1] 刘为纹. 胃粘膜癌前病变研究进展. 中华消化杂志, 1992, 12 (1): 20
- [2] 房殿春. 胃粘膜癌前病变研究进展. 第三军医大学学报, 1991, 13 (2): 144
- [3] 徐健等. 胃粘膜肠上皮化生与胃癌组织学发生之关系. 南通医学院学报, 1993, 13 (1): 1

- [4] 李文俊等. 辨证治疗萎缩性胃炎 50 例临床和病理观察. 中医杂志, 1985, (10): 757
- [5] 刘浩江等. 黄芪建中汤加减治疗胃窦炎 42 例. 河北中医, 1987, (1): 28
- [6] 李春越等. 辨证治疗慢性萎缩性胃炎 108 例报告. 中医杂志, 1984, (10): 747
- [7] 陈先明. 慢性萎缩性胃炎的治疗体会. 中医杂志, 1983, (1): 51
- [8] 徐锦山. 中医药治疗萎缩性胃炎进展. 四川中医, 1987, 5 (1): 33
- [9] 苏春郎等. 李东垣温胃汤化裁治疗萎缩性胃炎 183 例临床研究. 安徽中医学院学报, 1986, 5 (4): 32
- [10] 杨晋翔. 萎缩性胃炎癌前病变及其中医药治疗近况. 中医药信息, 1990, (4): 31
- [11] 周祯祥等. 慢性萎缩性胃炎诊治. 江西中医药, 1987, (1): 18
- [12] 张融碧. 中药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生及不典型增生 87 例. 浙江中医杂志, 1994, (9): 397
- [13] 吴滨等. 103 例慢性萎缩性胃炎中医辨证与胃镜分型关系探讨. 浙江中医学院学报, 1990, 14 (6): 27
- [14] 周学文等. 中药系列冲剂治疗慢性萎缩性胃炎. 中医杂志, 32 (8): 25
- [15] 刘宜然等. 消胃炎散治疗胃粘膜腺体肠上皮化生和不典型增生的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (10): 602
- [16] 朱生梁等. 胃粘膜重度肠腺化生、不典型增生 50 例临床观察. 上海中医药杂志, 1991, (2): 1
- [17] 王文仲等. 胃粘膜不典型增生和肠上皮化生 82 例疗效观察. 中医杂志, 1992, 33 (12): 31
- [18] 杨炳初. 平萎消异汤治疗 79 例胃癌前病变的疗效分析. 上海中医药杂志, 1994, (3): 12
- [19] 王长洪等. 益胃解毒汤治疗胃粘膜异型增生及肠上皮化生. 辽宁中医杂志, 1993, (2): 28
- [20] 李恩复等. 胃元丹治疗萎缩性胃炎 375 例临床研究. 山东中医学院学报, 1993, 17 (5): 25
- [21] 苏继忠等. 贞芪扶正冲剂治疗慢性萎缩性胃炎 108 例. 中西医结合杂志, 1989, 9 (7): 424
- [22] 王文仲等. 温养散结汤治疗慢性萎缩性胃炎 168 例. 中国中西医结合杂志, 1993, 12 (12): 721
- [23] 傅学铨等. 胃康灵治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察. 浙江中医杂志, 1993, (9): 391
- [24] 杨林. 温脾化痰饮治疗萎缩性胃炎 59 例. 广西中医药, 1988, 11 (6): 6
- [25] 柳梅等. 中药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生及不典型增生的临床观察. 中医杂志, 1993, 34 (5): 285
- [26] 郭宇英. 益胃活血汤治疗萎缩性胃炎 50 例. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (1): 28
- [27] 马山等. 胃友治疗萎缩性胃炎 910 例临床报告. 中医杂志, 1989, (9): 32
- [28] 谢建群等. 胃祺饮防治慢性萎缩性胃炎的临床及实验研究. 上海中医杂志, 1993, (10): 12
- [29] 白长川等. 李寿山治疗萎缩性胃炎伴肠化的经验. 辽宁中医杂志, 1993, (10): 4
- [30] 李钊贵. 绞股蓝冲剂治疗慢性萎缩性胃炎 151 例. 中西医结合杂志, 1991, 11 (12): 713
- [31] 张继玫. 活血化痰治疗胃癌前期病变 90 例疗效分析. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (8): 492

第四章 中医、中西医结合治疗胆汁反流性胃炎的研究

胆汁反流性胃炎是消化内科常见多发病,近年来胆汁反流性胃炎与胃炎及胃溃疡的关系,普遍引起人们的重视。在中医、中西医结合治疗上取得了很大进展。

本病可见于胃手术后的患者。被称为胃切除后胆汁反流性胃炎,不属本章讨论范围,详细内容请参见中篇,本篇仅介绍无手术史的胆汁反流性胃炎(碱性反流性胃炎)。

第一节 西医的发病机理及诊断的研究

一、非手术性幽门功能不全^[1]

常见于各种慢性胃部疾患,如胃十二指肠溃疡、慢性胃炎等。胃排空功能障碍,胃酸降低以及细菌的过度繁殖,也是诱发和加重本病的一些因素,因胃排空延缓,胃内容物停滞,PH值升高,需氧及厌氧菌易在胃中生长,这些细菌可使胆盐游离,因而引起胃粘膜炎症性改变,造成反流性胃炎。另外有学者研究证明,有些胃肠激素可影响胃肠道的正常功能,如胰泌素和胆囊收缩素可增加幽门括约肌张力,防止反流,胃泌素可以对抗胰泌素和胆囊收缩素,而使幽门括约肌的张力降低,造成幽门关闭不全,致使碱性肠液返流入胃,形成碱性反流性胃炎。张锦坤在内镜下作幽门括约肌压力测定发现,慢性胃炎患者中80%幽门括约肌压力降低。说明慢性胃炎与幽门机能不全有关,从而支持反流学说在慢性胃炎发病中的致病作用。

二、胆道系统疾病与胆汁反流

在胆道系统疾病中,反流性胃炎的发病率较高^[2]。李群等调查了70例胆道疾病患者,其中胃粘膜炎症性改变者55例。在胆道疾病中随着胆汁反流加重,胃炎范围也逐渐增大,并呈正相关,与对照组比较有显著差异,该调查还揭示消化不良症状多见于胆汁反流和胃炎者。李氏通过对胆道疾病患者的胃酸功能调查,结果表明胆道疾病伴广泛胃炎者泌酸功能降低,胆汁反流量增大,大量胆汁反流所致之广泛胃炎可影响胃酸量^[3]。范南对65例慢性胆囊炎、胆石症进行胃镜检查,结果80%合并胆汁反流性胃炎,203例胆囊切除术后出现消化道症状者,检查结果40%伴有胆汁反流性胃炎^[4]。

关于胆汁反流性胃炎的发病机制,萧树东对慢性胃炎患者及健康人胃粘膜屏障与空腹胃液三羟胆酸进行了检测,结果显示胃粘膜屏障、胃粘膜萎缩和胆汁反流之间有密切相关性,说明胆汁反流可损害胃粘膜屏障,导致炎症、萎缩及肠上皮化生,并揭示胆汁反流是B型萎

缩性胃炎的病因之一^[5]。

三、吸烟及其他因素与胆汁反流

安子元对 37 例病人的胃镜检查结果进行分析,发现胃病患者吸烟者其胆汁反流发生率较正常人吸烟者高,其中慢性胃炎患者比其他胃病更明显,且胃病患者中吸烟者较不吸烟者胆汁反流发生率也明显增高^[6]。这说明调查病人吸烟、饮酒和使用非类固醇性抗炎药的病史是很重要的。Müllner—Lissner 等研究证实吸烟者餐后胃内胆酸增加。有人对 316 例未做过胃手术的病人胃镜活检中发现 47 例有小凹性增生、水肿、血管扩张和充血,但测定胃液胆酸浓度并无差别,而病史调查与应用非类固醇性抗炎药有关^[7]。

有关本病的诊断,应以内镜所见及病理活检为主要依据。结合文献,认为下列可供参考:①上腹部不适、疼痛、进食及抗酸药物有时难以缓解。②常有胆汁性呕吐、吐后症状缓解不明显。③内镜下见有大量胆汁附着于胃壁,粘液呈黄绿色或见到含有胆汁的十二指肠液从幽门反流入胃。④胃粘膜呈弥漫性充血、水肿、易出血,有时呈萎缩性胃炎改变。⑤胃粘膜活检呈炎症改变,有大量炎症细胞浸润,壁细胞量减少。

治疗方面,常用的药物有吗叮啉、硫糖铝、丙谷胺,并取得了较好的效果^{[8][9]}。

第二节 治则和方法的研究

一、辨证施治

对本病的辨证分型较多而且不统一。姜润林^[10]根据辨证将本病分为 4 型:①肝胃气滞型,治以疏肝利胆,和胃降浊,予大柴胡汤加减;②寒热互结型,治以寒热并用,辛开苦降,予半夏泻心汤加味;③胃虚痰阻型,治以益胃降逆,化痰饮,予旋覆代赭汤加味;④肝胃虚寒,治以暖肝和胃,降浊止呕,拟吴茱萸汤加减。

许公平^[11]将本病分为三型:肝郁气滞型,方用四逆散加代赭石 30g,莱菔子、金钱草各 15g,郁金 10g,青皮、陈皮、鸡内金各 6g。气滞血瘀型,方用柴胡疏肝散加代赭石 30g,金钱草 15g,蒲黄、白芨各 9g,鸡内金、大黄各 6g。肝胃阴虚型,方用一贯煎加代赭石 30g,乌梅、生山楂、金钱草、莱菔子各 15g,木瓜 10g,鸡内金 6g。共治疗 100 例胆汁反流性胃炎患者,治愈率为 59%,有效率为 27%,无效率为 14%,总有效率为 86%。

倪氏^[12]辨证治疗本病 50 例,气滞型:应用胆胃 I 号糖浆,每日 3 次,每次 20ml (本方组成:柴胡、枳壳、白芍、苏梗、旋覆花等)。脾虚气滞型:应用胆胃 II 号糖浆,每日 3 次,每次 20ml (本方组成:党参、白术、白芍、陈皮、半夏、柴胡、旋覆花等)。4 周为 1 疗程。结果:显效 16 例,好转 25 例,无效 9 例,有效率为 82%。

李克强等^[13]辨证治疗本病 56 例,其治疗方法为:郁热证:治以泄胆和胃,清热养络,选用 I 号方:苦参、白芨、丹皮、栀子、鸡内金、黄连、姜竹茹、代赭石、川楝子、蒲公英等。虚寒证:治以泄胆和胃,温中养络,选用 II 号方:苦参、白芨、鸡内金、吴茱萸、桂枝、陈皮、蒲公英、砂仁、川楝子等。加减:若胁肋胀痛等气滞证明显者加香附、苏梗;若口干、少

苔或无苔等阴虚证明显者加石斛、花粉；若疼痛甚加三七粉、炙刺猬皮；若脘腹痞满甚者加枳壳、大腹皮。疗程4周~6周。结果：56例中治愈18例占32.14%；显效21例占37.5%；有效14例占25.0%；无效3例占5.36%；总有效率94.64%。内镜下胆汁返流情况：治疗前大量返流18例，治疗后均消失或减轻，有效率100%；中量返流25例，有效23例占92.0%；少量返流13例，有效12例占92.3%。

王仁强等^[14]根据胃镜观察及病史辨证，将粘膜充血、水肿、糜烂出血者，多辨为肝胃郁热证；粘膜暗红、水肿或有瘀点、瘀斑、幽门变形，疤痕形成者辨为气滞血瘀证；胃蠕动迟缓、幽门开闭无力者辨为脾胃虚弱型。

马山^[15]对于本病的辨证及辨病均有独到之处，特别强调治疗上以辨证为准则，肝气犯胃者疏肝理气、和胃降逆，多用柴胡疏肝散、四逆散及旋复代赭汤，药如柴胡、枳壳、香附、川楝子、青皮、木香、旋复花、代赭石等；脾胃气虚者健脾益气、温中降逆，方选理中汤、四君子汤、黄芪建中汤等，药用黄芪、党参、白术、干姜、甘草、桂枝、茯苓、半夏、陈皮、吴茱萸、砂仁、苏梗等；肝胃郁热则以泻肝清胃、降逆和中，多用黄连温胆汤合左金丸，药用吴茱萸、黄连、黄芩、半夏、枳实、竹茹、公英、连翘、白芍、代赭石、甘草等；胃阴不足者治以养阴生津、降逆和胃，多以益胃汤加减，药用沙参、麦冬、生地、石斛、山楂、木瓜、乌梅、白芍、竹茹、代赭石、佛手、甘草等；气滞血瘀者活血化瘀、理气降逆，多用丹参饮、桃红四物汤等，药如丹参、川芎、红花、桃仁、赤芍、当归、三棱、莪术、乌药、香附等。在该型的治疗中还习惯再加炮山甲、王不留行、水蛭等。

另外，余莉芳^[16]对本病的辨治要点进行了较详尽的探讨，主要有：①升与降：作者认为胆胃气逆是导致本病发生的主要病机，而脾胃虚弱则是本病发生的根本原因，故治疗上即通降胆胃之气，升运脾胃阳气。通降之药可选用半夏、竹茹和胃止吐，代赭石重镇降逆，枳壳、枳实、木香理气利胆。升运脾胃阳气宜选太子参、党参、白术、茯苓、山药、芡实等平补运补之品。②温与清：本病以胆胃气逆、郁而化热居多，故常选用蒲公英、连翘、黄连、黄芩、山栀、大黄等清胃泄胆之品1~2味。本病又常与其他病邪相合而见寒热错杂，湿热中阻，故常用辛开苦降、温清并施之法，用药方法为除了上述苦寒药外，辛温药常选用半夏、厚朴、蔻仁、丁香、吴茱萸、高良姜等。代表方剂有泻心汤、小陷胸汤、左金丸、连朴饮、连苏饮、清中汤等。③润与燥：本病日久可见胃阴不足之证，养阴可用甘平或甘凉濡润之品，如沙参、麦冬、玉竹、花粉、白芍、石斛等。④气与血：气阻日久，病必及血，使胃络之循行自痹；可在气分药中加入活血行滞之品，如香附、延胡、郁金、赤芍、莪术等。

二、专方加减治疗

李君曼等^[17]应用胃胆康冲剂治疗胆汁反流性胃炎患者49例，胃胆康冲剂为小柴胡汤加减，主要由柴胡、枳壳、白芍、香附、陈皮、元胡、川楝子及甘草等组成。用法为每次12g，口服3次、4~6周为1疗程。结果：痊愈5例，显效31例，好转11例，无效2例，总有效率为95.92%。

王志红等^[18]用和胃降胆汤治疗胆汁反流性胃炎病人42例，同期设立西药对照组20例，治疗组以和胃降胆汤为基本方：柴胡、黄芩、姜半夏、枳实各9g，酒制大黄、青木香、黄连、九香虫各6g，吴茱萸3g，水煎服，每日1剂。恶心呕吐加姜竹茹9g；痛甚加醋延胡索9g；有

活动性溃疡加生蒲黄 12g；脾胃虚弱去黄芩、大黄，加党参、白术各 9g，甘草 6g，虚寒加制附片 9g，干姜 5g。治疗及对照组均以 30 天为 1 疗程。结果：治疗组 42 例中治愈 20 例，显效 12 例，有效 7 例，无效 3 例，有效率为 92.9%；对照组 20 例中，治愈 4 例，显效 3 例，有效 6 例，无效 7 例，有效率为 65.0%，两组有效率比较有显著性差异 ($P < 0.01$)。

王国田等^[19]采用自拟中药胆复散治疗本病 40 例，并与西药对照组 40 例进行对比观察。胆复散组成为：炒白术、川桂枝各 100g，吴茱萸、生甘草各 80g，延胡索、生龙骨各 50g。上药共研细末，过筛装瓶备用，两组治疗以 4 周为 1 疗程。结果：治疗组显效 24 例，占 60%；有效 10 例，占 25%；无效 6 例，占 15%。对照组显效 17 例，占 37.5%；有效 12 例，占 30%，无效 11 例，占 27.5%。

李少华等^[20]将 71 例碱性反流性胃炎随机分为两组，即 36 例橘皮竹茹汤组（中药组），35 例用胃复安和雷尼替丁组（西药组）。橘皮竹茹汤组：橘皮、竹茹各 20g，党参、生姜各 15g，甘草 10g，大枣 5 枚。水煎服日 2 次。2 周后复查胃镜，两组治愈率无明显差别，中药组 38.8%；西药组 34.2%。好转率中药组 47.2% 明显好于西药组 31.4%；中药组总有效率为 88%，明显高于西药组 65.6%。

张峻峰^[21]自拟疏理通降汤治疗本病 35 例，基本方组成：炒柴胡、延胡索、广郁金、草豆蔻、制半夏、江枳壳、川楝子各 10g，蒲公英 20g，生川军、生甘草各 3g。加减：肝胃不和证，加川连子 3g，淡竹茹 10g；气滞血瘀证，加青陈皮各 10g，三七粉 3g（分冲）；阴亏虚热证，加沙参、麦冬、石斛各 10g，或可去江枳壳。结果：35 例中，显效 18 例，占 51.4%；好转 14 例，占 40.0%；无效 3 例，占 8.6%。总有效率 91.4%。

李遵孟等^[22]以补中益气汤加枳壳为基本方治疗本病 100 例，组成：党参 15g，黄芪 24g，焦白术、当归、陈皮各 10g，升麻、柴胡各 4g，枳壳 30g。加减：肝胃不和型，加黄连、吴茱萸、白芍；脾胃虚弱型，加附子、肉桂、炮姜；胃阴不足型，加沙参、麦冬、生白芍；气阴两虚型，加太子参、五味子；兼湿滞者，加藿香、白蔻；呃逆频频者加代赭石、半夏、旋覆花；有瘀滞者，加丹参、杏仁、大黄。结果：临床治愈 52 例，好转 40 例，效果不显 8 例，总有效率为 92%。

周氏^[23]以四逆散合左金丸加减为基本方：柴胡、枳壳、赤白芍、生甘草、川连、吴茱萸、瓦楞子、佛手、谷麦芽。肝胃不和加旋覆花、代赭石；胀痛明显加川楝子、延胡索；脾虚型加四君子（或六君子）；肝胃郁热型加丹皮、山梔；胃阴不足加太子参、川石斛。用本方加减共治疗 120 例胆汁反流性胃炎，临床疗效：显效 86 例；好转 34 例。3 个月后胃镜复查 84 例：显效 44 例，占 52.4%；好转 35 例，占 41.7%；无效 5 例，占 5.9%。

杨林^[24]用降胆汤治疗本病 56 例，降胆汤基本方为：柴胡、黄芩、姜半夏、茯苓、白术、陈皮各 10g，炒白芍、太子参、枳壳、厚朴各 15g，大黄、甘草各 3g。加减：并发胆道感染加茵陈；并发胃溃疡加炙黄芪、蒲公英，并发慢性胃炎加徐长卿，并发胆石症加金钱草、炙鸡内金，并发糜烂性胃炎加白芨、枯矾。每日 1 剂。结果：显效 32 例，占 57.1%；好转 19 例，占 33.9%，总有效率 91%，无效 5 例，占 9%。

吴国勇^[25]以顺气降逆法治疗本病 22 例，处方以旋覆代赭汤加减为主：旋覆花 10g、代赭石 20g（先煎）、党参 15g、法半夏 10g、白术 15g、茯苓 15g、枳实 10g、香附 10g、甘草 6g。肝胃不和，脘腹胀痛甚者加柴胡 6g，白芍 15g，脾胃虚寒加干姜 6g；胃阴不足加北沙参 10g，玉竹 10g；湿热郁蒸加黄芩 10g，茵陈 10g。每日 1 剂，水煎服。1 个月为 1 疗程，22 例患者

经治疗后临床痊愈 5 例；显效 11 例；好转 6 例。

另外，李世德以良附丸治疗本病 40 例，其中痊愈 30 例，好转 8 例^[26]。周大业等以胃舒散（白及、枳壳等量研末）治疗，效果较满意，并认为枳壳等下气药对控制反流有一定作用^[27]。

三、中西医结合治疗及其他

濮氏^[28]以中西医结合治疗反流性胃炎 40 例。方法为对海军部队中 55 例反流性胃炎患者进行分组治疗，即：甲组 40 例，服用胃复安 10mg，3 次/日口服，胃炎片 10 片，4 次/日口服。胃炎片组成：党参 15g，姜半夏 6g，姜厚朴 6g，柴胡 6g，黄芩 10g，乌药 19g，公丁香 6g，川军 2g，甘草 6g。制法：姜半夏、公丁香、陈皮 6g，柿蒂 15g，炒槟榔 6g，川军研极细末，余药水煎 3 次（每次 30min），去渣过滤浓缩为膏，与药粉混合，做片剂。乙组 15 例，服用胃复安 10mg，3 次/日，口服，丙谷胺 0.4g，3 次/日口服。两组疗程均为 25 天。其中甲组治愈 31 例，好转 9 例，治愈率为 77.5%，治愈者腹痛消失时间平均为 17.9 天。乙组治愈 5 例，好转 10 例，治愈率 33.3%，治愈者腹痛消失时间为 23.4 天。甲组治愈率明显高于乙组（ $P < 0.01$ ）。甲组治疗后胃液胆酸明显降低（ $P < 0.01$ ），与乙组比较有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。

李栓住^[29]单纯用针面部脾穴法治疗胆汁反流性胃炎，有效率达 94.4%。

总之，中医药及中西医结合治疗胆汁反流性胃炎有着广阔的前景，应当努力发掘、提高。但尚存在一些问题。如：今后应注意设立严谨和客观的诊断及疗效判断标准。力求辨证与辨病相结合，制定出客观的辨证方法，进一步研究探讨中医理论的本质，指导临床，提高疗效。对中药加针灸治疗方法应深入研究其实质，从理论上加以提高，以指导临床实践。另外，配合气功治疗胆汁反流性胃炎值得尝试并从其机理上深入探讨。

参考文献

- [1] 马汴梁. 中西医结合胃肠病学. 北京中医古籍出版社, 1993 年 4 月第 1 版, 第 130 页
- [2] 张安田等. 碱性反流性胃炎的诊断和治疗. 哈尔滨医科大学学报, 1984, 18 (1): 27
- [3] 李群等. 胆道疾患与胆汁反流性胃炎. 中华消化杂志, 1984, 4 (3): 159
- [4] 范南等. 胆汁反流性胃炎与慢性胆囊炎、胆石症. 临床肝胆病杂志, 1986, 2 (1): 41
- [5] 萧树东等. 慢性胃炎的胃粘膜屏障. 中华内科杂志, 1981, 22 (5): 268
- [6] 安子元等. 吸烟与胆汁反流 376 例胃镜观察报告. 山西医药杂志, 1985, 14 (1): 30
- [7] 潘其英. 胆汁反流性胃炎. 中华消化杂志, 1992, 12 (2): 66
- [8] 曹国梁. 561 例胆汁返流性胃炎临床分析. 临床荟萃, 1993, 8 (1): 21
- [9] 倪圣培等. 多潘立酮治疗胆汁反流性胃炎. 新药与临床, 1993, 12 (3): 188
- [10] 姜润林. 运用经方治疗胆汁返流性胃炎. 河南中医, 1989, (5): 9
- [11] 许公平. 疏肝和胃利胆法治疗胆汁返流性胃炎 100 例. 福建中医药, 1991, 22 (2): 20
- [12] 倪克中. 胆汁返流性胃炎 50 例临床疗效观察. 上海中医药杂志, 1991, (3): 4
- [13] 李克强等. 中医辨证治疗胆汁返流性胃炎 56 例临床观察. 北京中医学院学报, 1993, 16 (4): 46
- [14] 王仁强等. 碱性反流性胃炎中医证治初探. 云南中医杂志, 1985, 6 (4): 18
- [15] 马山等. 胆汁反流性胃炎的中医辨证及分型治疗. 海军第三届中医学术会议交流, 1989, 杭州

-
- [16] 余莉芳. 胆汁返流性胃炎辨治要点探讨. 江苏中医, 1992, (9): 33
- [17] 李君曼等. 胃胆康冲剂治疗胆汁反流性胃炎的临床分析. 山东医药, 1993, 33 (5): 12
- [18] 王志红等. 和胃降胆汤治疗胆汁返流性胃炎 42 例. 安徽中医学院学报, 1993, 12 (4): 23
- [19] 王国田等. 胆复散治疗胆汁返流性胃炎疗效观察. 浙江中医杂志, 1991, (10): 444
- [20] 李少华等. 橘皮竹茹汤治疗碱性返流性胃炎. 中医药学报, 1990, (2): 20
- [21] 张峻峰. 疏理通降汤治疗胆汁返流性胃炎的体会. 江苏中医, 1992, (5): 8
- [22] 李遵孟等. 补中益气汤加枳壳治疗胆汁返流性胃炎 100 例临床观察. 湖北中医杂志, 1994, 16 (5): 23
- [23] 周云霞. 120 例胆汁返流性胃炎临床观察. 上海中医药杂志, 1991, (11): 24
- [24] 杨林. 降胆汤治疗胆汁返流性胃炎 56 例. 实用中医内科杂志, 1989, 3 (2): 29
- [25] 吴国勇. 顺气降逆法治疗胆汁返流性胃炎 22 例. 广西中医药, 1992, 15 (4): 4
- [26] 李世德等. 加味良附丸治疗胆汁反流性胃炎 40 例疗效观察. 辽宁中医杂志, 1985, 9 (7): 36
- [27] 周大业等. 胆汁反流性胃炎 113 例分析. 天津医药, 1984, 12 (3): 162
- [28] 濮培风等. 中西医结合治疗反流性胃炎的疗效分析. 中西医结合杂志, 1991, 11 (9): 541
- [29] 李栓位. 面针脾穴调节胆汁反流 400 例. 中西医结合杂志, 1988, 8 (8): 497

第五章 胃下垂的中医药治疗概况

站立时胃位置下降，胃下缘达盆腔，胃小弯弧线最低点降至髂嵴连线以下，称为胃下垂。本病多见于女性，瘦长无力体型者，也可见于经产妇、慢性消耗性疾病患者、多次腹部手术有切口疝者和长期卧床少动者。其产生主要与膈肌松弛等因素有关。临床表现以消化不良症状为主，或有站立性昏厥、低血压、心悸等“循环无力症”的表现，长久直立后和餐后症状加重。本病以内科治疗为主，必要时可手术治疗。

胃下垂可归属于中医学的“胃缓”范围。“胃缓”首先见于《内经》。《灵枢·本藏》：“脾应肉，肉胪坚大者，胃厚；肉风胪么者，胃薄，肉胪小而么者，胃不坚；肉胪不称身者，胃下，胃下者，下管约不利。肉胪不坚者，胃缓……”。另外，《金匱要略》有类似记载：“其人素盛今瘦，水在肠间，沥沥有声，谓之痰饮。”但自《内经》后，历代医家都未对“胃缓”作专题讨论和研究，散见于“脘腹痞满”、“恶心”、“暖气”等病证。祖国医学认为长期饮食失节，或七情内伤，或劳倦过度，致脾胃虚弱，中气下陷，升降失常而发病。益气升陷，健脾和胃为其主要治则。自X线对胃下垂可明确诊断后，中医药治疗本病的报道与专论逐渐增多，尤其近二、三十年来积累了丰富的经验。中医中药治疗胃下垂显示了其优势，疗效确切。

第一节 中医专方治疗胃下垂

马风书^[1]以升阳通降法治疗胃下垂120例，基本方为：黄芪10g~30g、白术10g~15g、陈皮10g~15g、党参10g~30g、升麻6g~9g、柴胡9g~12g、枳壳10g~18g、云苓10g~30g、川军9g~12g（后下）、制马前子2g~4g、甘草6g~10g。加减：纳差，口淡无味加藿香、焦三仙；呃逆、腹胀加木香、厚朴；口苦泛酸加黄连、吴萸；大便溏加炮姜、生苡仁。结果：痊愈106例，显效10例，有效2例，无效2例，治愈率88.33%，有效率为98.33%。

陈氏等^[2]认为胃下垂属本虚标实，治疗当补中升阳举陷，降逆化痰祛瘀，自拟“举胃汤”治疗本病185例，处方为：黄芪30g，代赭石（先煎）20g，党参、升麻各15g，白术、枳实各12g，旋覆花（包煎）、清半夏、桂枝、莪术各10g，柴胡、甘草各6g，生姜3片，大枣5枚。方药加减：脾肾阳虚加炮附子6g，干姜5g；胃阴虚加沙参15g，麦冬12g，生麦芽30g，减半夏；血瘀症状明显者加三棱6g，红花6g，血竭0.6g（冲）；痰饮症状明显者加白茯苓30g，葶苈子12g；胃寒痛者加白芷10g，良姜6g。服法：水煎服，每日1剂。30天为1疗程，连续观察1~3个疗程。治愈率为66.49%，总有效率为94.6%。疗程最短者30天，最长者90天，平均为52天。经对痊愈的80例随访，1年后复发者6例，2年后复发者9例。

靳氏^[3]等认为治疗本病应抓住健脾、疏肝、活血这三个主要方面。拟基本方为：潞参30g，黄芪30g，白术12g，炙甘草6g，升麻9g，柴胡9g，枳壳12g，佛手10g，玄胡15g，红花10g，香附10g。每日1剂，水煎服。3周为1疗程，加减：肠中漉漉有声者加茯苓20g，舌红咽干者加草石斛15g。共治疗30例胃缓患者，痊愈17例，占56.7%，好转7例，占23.3%有

效3例,占10%,无效3例,占10%,总有效率90%。

陈文第^[4]自拟补气养胃汤治疗胃下垂34例。基本方组成为:黄芪20g,炙黄精15g,制首乌15g,党参15g,焦白术15g,当归9g,佛手柑9g,红木香9g,炙升麻6g,甘草9g。若胃胀加玫瑰花6g(后下),绿梅花9g;胃痛加元胡9g,丹参30g;胃胀痛加制香附9g,乌药9g;胃溃疡加蒲公英15g,白芨9g;吞酸加煅牡蛎30g,煅瓦楞子30g;便溏加山药15g,扁豆衣15g;胃寒加熟附子9g,高良姜9g;失眠加合欢花9g,夜交藤30g;阴虚加明玉竹15g,石斛9g。结果:痊愈26例;有效8例,无效1例。总有效率近99%。

万传贵^[5]认为治疗胃下垂应首先从通降消滞入手。只有升降出入通畅,生化才能恢复和进行。对此,自拟樟枳汤治疗本病百余例,取得良好效果。处方为:樟树叶50g~80g(鲜),枳实、黄芪各40g~60g,炒蒲黄、桂枝、沉香各10g。若虚寒加草拨或吴芋、山奈;血虚加当归或鸡血藤;阴虚加生地、麦冬、玉竹;气虚甚加党参、白术;阳虚加升麻、柴胡;血瘀甚加桃仁、红花。其用药特点是根据枳实对平滑肌的很强的收缩作用,作为治疗本病的重要药物,用药剂量较大,达40g~60g。

彭氏^[6]治疗胃下垂合并浅表性胃炎67例,处方有:升芪猪肚煎:升麻15g,炙黄芪60g,山药、苡仁、芡实仁、当归各30g,炙甘草6g,鲜猪肚1个。将上7味药用水拌湿,装进洗净的猪肚内用线缝好,放入蒸器内用纱布隔离蒸熟,然后取出猪肚切片分次饭前食用,每日3次。每餐饭前加温食用30g~60g。为取尽药汁,再将其药渣用水煎服。此方为一料。根据胃下垂的轻重程度,一般3料~5料,重者用7料~8料。升降调胃汤:软柴胡、佛手、厚朴各10g,丹参、生麦芽各15g,半夏、白芍各12g,砂仁5g(后下),炙甘草6g。加减法:脘腹痛甚者加玄胡、川楝子;胀甚者加制香附、炒莱菔子;胃酸多者加煅瓦楞子、乌贼骨;胃脘冷痛者加草茺、干姜;热象明显,口干苦、苔黄腻者加黄连、苡仁;纳差者加焦山楂、神曲;阴虚者去柴胡、砂仁,加百合、麦冬。煎服法:本方每日1剂,水煎服,日服3次,饭前服,15天为1疗程。可根据病情进行第二、第三疗程。以实证为主者,先用升降调胃汤方,待实证基本消减后再用升芪猪肚煎;以虚证为主者,先用升芪猪肚煎补其虚或两方并用。结果:临床痊愈24例,显效19例,好转16例,无效8例,总有效率为88%。

洪明^[7]采用益气化淤汤治疗胃下垂50例。处方为:黄芪、升麻各20g,云苓、麦芽、党参各15g,山楂12g,内金、白术、枳实、三棱、莪术、川芎、柴胡各10g,红花9g。水煎服,每日一剂。脾肾阳虚者加附片、干姜,血虚者加熟地、白芍,泛酸加乌贼骨,兼有胃寒疼痛者加高良姜、玄胡。结果:痊愈16例,显效28例,有效4例,无效2例,总有效率为96%。

马氏等^[8]认为本病主要病机是虚中挟滞,治疗的关键在于升清阳,通胃浊。但在治疗过程中,要切实把握升降之分寸。若过于补益升提,轻视通降胃浊则胃气愈加壅滞,清阳反而不升;若通降胃浊过猛,补益升提不足则中气愈加虚陷,胃气也随疏随滞。因此,临床上,必须详加辨证施治。对此,他们自拟“升胃汤”治疗胃下垂108例。药物组成:黄芪10g~30g,白术10g,陈皮10g~15g,太子参10g~30g,升麻6g~12g,柴胡9g~12g,枳壳10g~18g,砂仁10g,大黄(后下)3g~12g,制马钱子2g~4g,甘草3g~6g。结果:治愈94例,显效10例,有效2例,无效2例,总有效率96.3%。

周氏等^[9]认为胃下垂常表现为气虚与气滞证并见,并非单纯的中气下陷。治宜益气健脾,理气化痰。以枳术汤为基本方治疗本病32例,基本方:枳实、白术各50g。加减法:肝郁气滞明显者加柴胡、佛手柑、郁金等;脾胃气虚明显者加党参、茯苓、怀山药等;脾胃虚寒者加

干姜、党参等；脾胃郁热者加黄连、吴茱萸等；湿阻脾胃者加川朴、苍术等，纳食减少者加山楂、神曲等；大便干结者加火麻仁、柏子仁等；大便溏薄者加怀山药、葛根等。症状改善后，以枳实、白术减量巩固治疗。结果：9例痊愈；12例显效；8例有效；3例无效。服药时间最长90天，最短21天。

吴氏等^[10]用乌鸡白凤丸治疗胃下垂37例。方法为治疗组口服乌鸡白凤丸，每次1丸，每日3次，20天为1疗程。对照组用腹肌锻炼、针灸、治疗慢性胃炎等综合方法，20天为1疗程。结果：治疗组胃下垂Ⅰ度13例中，显效9例，有效4例，有效率为100%，Ⅱ度18例中，显效9例，有效7例，无效2例，有效率为89%；Ⅲ度6例中，显效2例，有效2例，无效2例，有效率66%。对照组胃下垂Ⅰ度16例中，显效5例，有效6例，无效5例，有效率为69%；Ⅱ度11例中，显效1例，有效4例，无效6例，有效率为45%；Ⅲ度6例中，有效2例，无效4例，有效率33%。两组疗效经统计学比较处理， $P<0.05$ ，有显著性差异，治疗组优于对照组。

除上述专方治疗胃下垂的临床报道外，另外还有许多治疗本病的一些独特见解，也为开拓人们思路提供有益的参考。如舒氏^[11]认为胃下垂既有因中气下陷所致，也可见肝气犯胃，胃气上逆者，或见于瘀血阻络者。宁代义^[12]认为治疗本病可采用升发脾阳法，配合理气、活血、燥湿等法。马文秀^[13]认为胃下垂并非皆属于中气下陷所致，有肝气犯胃致胃络气机失和，还有胃阴不足，胃失濡养所致。对此，分别采用舒肝理气和胃汤及一贯煎加减治疗。南氏^[14]发现补中益气汤益气升阳治疗本病难以尽收其效，特别是对胃下垂内潴留液较多，或造成十二指肠壅滞症者，尚有加重之弊。对此，笔者临证时，根据不同病情，对胃下垂分别采用“补中益气、降逆除满”、“益气升阳、消滞导浊”及“健脾和胃、疏肝解郁”法进行治疗，收效较著。蔡氏^[15]对运用代赭石治疗胃下垂颇有见解，代赭石因其性沉降，一般被视为胃下垂之禁药，但笔者本着辨证与辨病相结合的原则，于胃下垂治疗中灵活运用代赭石取得疗效，如胃下垂属气逆火升可在化肝煎加减方中重用赭石到30g，以达到降浊气，通燥结，复其和降之性。若证属痰阻气逆则可用旋覆代赭石汤，方中轻用赭石为10g，用以降气镇逆。若属中气下陷，则忌用赭石。

第二节 针灸、贴敷穴位治疗胃下垂

迟竹云^[16]等对经中西医药物治疗无效的56例胃下垂患者采用针灸治疗，效果满意。选穴有：足三里、中脘、胃上、百会、关元；配穴：胃脘灼热配内庭；胸闷、暖气配膻中；恶心泛酸加内关，便秘或泄泻加天枢，肠间漉漉有声泻丰隆，腹胀补脾俞。方法：腹部俞穴宜深刺2寸~3寸，酸麻胀感明显。补法，留针30分钟，每10分钟行针1次；温和灸关元、足三里，每穴灸15至20分钟，每日1次，10天为1疗程。结果：痊愈40例，显效10例，进步4例，无效2例，总有效率96.4%。

刘炯^[17]治疗本病方法为：针刺手三里、足三里穴，徐入缓出，留针30分钟；药艾卷悬灸百会、三阴交、关元、气海、中脘、建里、膈俞、肝俞穴，以皮肤潮红为度；每日或隔日1次，10次为1个疗程，疗程间隔7天左右。结果：共治疗胃下垂62例，痊愈46例，显效12例，有效率100%。治疗时间最长4个月，最短1个疗程。

钱氏^[18]的“爪”形刺中脘及电兴奋治疗胃下垂的方法及疗效。“爪”形刺法为：取穴：中

腕、天枢、足三里。中腕穴“爪”形刺法是用3寸30号毫针呈45°向神阙方向斜刺2.5寸，得气后用捻转提拉手法行针2分钟，使患者有向上收提感觉，继则将针提于皮下向左下方呈45°斜刺2.5寸，用同样手法行针2分钟，而后再将针提于皮下向右下方斜刺2.5寸，行针2分钟后即出针。天枢、足三里常法针刺，得气后行针2分钟即出针。电兴奋法为：取穴：中腕、天枢、足三里、胃俞。用手柄电极置于中腕穴，另一带开关的手柄电极分别于天枢、足三里、胃俞每穴刺激2分钟，频率为20次/分左右，电流强度以能引起肌肉明显收缩及患者能耐受为度。上两法交替进行，每日1法，10日为1疗程。结果：50例患者中，平均治疗12次，痊愈16例，占32%；显效20例，占40%；进步11例，占22%；无效3例，占6%。

孙德福等^[19]用粗长针治疗本病1500例。他们所用穴位是：升胃主穴（右幽门穴下5分）：升胃1穴，在脐左侧旁开5分（盲俞穴）；升胃2穴，在脐左侧旁开1寸；升胃3穴在脐左侧旁开1.5寸；升胃4穴在脐左侧旁开2寸（天枢穴）；升胃5穴在胃下极下1.5厘米。配穴：无痛穴（通里穴上1寸）、内关、足三里、关元、三阴交。所用粗长针共有四个型号。1号针12寸（300毫米），2号针11寸，3号针10寸，4号针9寸均为1~1.1毫米不锈钢针，根据患者胃下垂程度选择针具。操作方法：粗长针在升胃主穴进针与腹壁呈35°角快速刺入皮下3分，然后，沿皮下进针通过中腕穴向升胃1穴或2、3、4穴把针送到胃下极下1.5厘米处（升胃5穴）。用小弧度固定行针手法。疗程：2日~3日治疗1次，每次留针45分钟，其中行针时间不得小于1/3。结果：治愈1190例，占79.33%；显效219例，占14.6%；有效62例，占4.13%；无效29例，占1.94%；总有效率为98.06%。

贾氏^[20]应用五倍子膏穴位贴敷治疗胃下垂13例，方法为：五倍子5g，蓖麻10粒捣烂如泥，空腹贴敷百会穴，胶布固定，1日3次，每次7分钟，7天为1疗程。可用2疗程。结果13例中，1疗程治愈者7例，2疗程治愈者5例，无效1例。

李贯彻^[21]用鲜石榴皮与升麻粉同捣，制成一直径1cm的球形物，置于神阙，用胶布固定。患者水平仰卧位，放松腰带，将热水袋熨烫脐部，每次半小时以上，每日3次，10天为1疗程。结果共治疗50例胃下垂患者，临床治愈20例，显效15例，有效12例，无效3例，总有效率94%。

杨氏等^[22]的综合疗法治疗胃下垂87例，取得良效。方法有：①中药内服：以补中益气汤为基础加减：炙黄芪24g~30g，党参、天麻、柴胡、枳壳、防风、白术、炒麦芽、炒谷芽各10g，炒山药、当归各15g，莲子18g，茯苓24g，炙甘草6g。口苦加黄连3g~4g，气滞症状消除后，减轻理气药，加重益气升提之药。②推拿：取鸠尾、中腕、气海、天枢、期门、肝俞等穴。先以一指禅推期门、肝俞2分钟~3分钟，用泻法；然后以揉法在上腹部顺时针揉3分钟~4分钟，以鸠尾、中腕为重点，再揉至下腹部，以脐周及天枢、气海为重点；并用托法。同时在中腕采用指振法，在上腹部采用掌振法。中气虚除去期门、肝俞治疗，加背部脾俞、胃俞，以一指禅推3分钟~4分钟，并在胸6~12椎滚揉。③中药外敷：取升麻15g，石榴皮20g捣碎，外敷气海穴，盖敷料后，外用热水袋加热。④自身锻炼：以下3种方法轮换进行，每天至少锻炼2次。平卧，先右腿抬起，尽量使大腿和躯干成直角，再放下；然后换左腿，交替进行，每次5分钟~10分钟。平卧，抬起双腿，使两足在空中做蹬自行车动作，每次5分钟~10分钟。平卧，屈起左下肢，使足跟紧靠臀部，然后伸直，交替进行，每次5分钟~10分钟。经3个疗程45天治疗，显效38例；有效47例；无效2例。

参考文献

- [1] 马风伟. 升阳通降法治胃下垂 120 例. 北京中医杂志, 1991, (6): 18
- [2] 陈允望等. 举胃汤治疗胃下垂 185 例. 北京中医学院学报, 1993, 16 (2): 35
- [3] 靳德社等. 健脾疏肝化淤法治胃下垂 30 例. 国医论坛, 1992, (3): 32
- [4] 陈文第. 补气养胃汤治疗胃下垂的观察. 江西中医药, 1990, 21 (3): 12
- [5] 万传贵. 自拟樟枳汤治疗胃下垂浅析. 中医药研究, 1991, (3): 38
- [6] 彭宜盛. 中药治疗胃下垂合并浅表性胃炎 67 例. 湖北中医杂志, 1991, 13 (6): 11
- [7] 洪明. 益气化淤汤治疗胃下垂 50 例. 湖北中医杂志, 1991, 13 (5): 14
- [8] 马风书等. 升胃汤治疗胃下垂 108 例疗效观察. 河南中医, 1991, 11 (4): 28
- [9] 周薇莉等. 枳术汤治疗胃下垂 32 例. 浙江中医杂志, 1991, (10): 443
- [10] 吴兰香等. 乌鸡白凤丸治疗胃下垂. 浙江中医杂志, 1991, (9): 393
- [11] 舒鸿飞. 脏器下垂类疾病与中气下陷小议. 云南中医学院学报, 1992, 15 (1): 16
- [12] 宋代义. 升发脾阳法在慢性胃肠道疾病中的应用. 四川中医, 1993, (7): 26
- [13] 马文秀等. 胃下垂治验 2 则. 辽宁中医杂志, 1991, (4): 26
- [14] 南晋生. 胃下垂辨治三法. 四川中医, 1992, (11): 22
- [15] 蔡柳洲. 胃下垂用代赭石小议. 浙江中医杂志, 1991, 26 (10): 460
- [16] 迟竹云等. 针灸治疗胃下垂 56 例. 山东中医杂志, 1993, 12 (1): 29
- [17] 刘炯. 针灸治疗胃下垂 62 例. 陕西中医, 1993, 14 (1): 32
- [18] 钱奕胜. “爪”形刺中脘及电兴奋治疗胃下垂 50 例疗效观察. 江苏中医, 1990, (10): 25
- [19] 孙德福. 粗长针治疗胃下垂 1500 例临床总结. 针灸学报, 1992, (3): 19
- [20] 贾士赞. 五倍子膏穴位贴敷治疗胃下垂. 山西中医, 1991, (6): 22
- [21] 李贯彻. 熨敷神阙穴治疗胃下垂 50 例. 中医杂志, 1992, 33 (11): 42
- [22] 杨维银等. 综合疗法治疗胃下垂 87 例. 安徽中医学院学报, 1994, 13 (3): 11

第六章 中药保留灌肠及内服灌肠治疗 慢性非特异性溃疡性结肠炎的研究

慢性非特异性溃疡性结肠炎是一种原因不明的炎症性肠道疾病，目前尚缺乏特效疗法。本病属于祖国医学“泄泻”、“久痢”、“下痢”、“便血”等范畴。中医药治疗本病取得了较满意的效果。尤其是应用中药灌肠治疗或用灌肠加内服药方法比单用内服药好，因为它直接作用于病变肠道，保留时间长，浓度高，有利于药物吸收和发挥作用，又能避免胃酸对药物的影响，使药物成份免受破坏。

第一节 中药保留灌肠治疗

孙玉生^[1]在乙状结肠镜下观察慢性结、直肠炎患者肠腔粘膜、管壁等的主要病理变化，取最明显的病理改变者为型名，用不同的中药配方，组成不同的特定灌肠剂，单用中药保留灌肠治疗 298 例，取得了满意效果。分型处方为：①充血型：灌肠一号：大黄 15g，黄连 3g，黄柏 15g，甘草 3g，共治疗 60 例。②水肿型：灌肠二号：防风 20g，大黄 15g，黄连 3g，甘草 3g，共治疗 59 例。③溃疡出血型：灌肠三号：大黄 15g，地榆 15g，云南白药 0.6g，第 2 疗程不愈加白头翁 15g。治疗 71 例。④溃疡型：灌肠四号：黄芪 30g，黄柏 15g，冲冰棚散 0.5g，共治疗 55 例。⑤肠壁弹性减弱、肠腔狭窄型：灌肠五号：赤芍 30g，川芎 15g，大黄 15g，共治疗 53 例。用药方法：每灌肠剂水煎 400ml，每晚睡前半小时取 80ml，药温在 38~40℃ 之间，保留灌肠，15 天为 1 疗程，如病情严重者可两方或三方合并使用。结果：①充血型中第 1 疗程治愈 46 例，第 2 疗程治愈 14 例。②水肿型中第 1 疗程治愈 36 例，第 2 疗程治愈 9 例，第 3 疗程治愈 3 例，第 4 疗程治愈 1 例；③溃疡出血型中第 1 疗程治愈 36 例，第 2 疗程治愈 23 例，第 3 疗程治愈 6 例，第 4 疗程治愈 6 命名；④溃疡型中第 1 疗程治愈 23 例，第 2 疗程治愈 32 例；⑤肠壁弹性减弱、肠腔狭窄型中经 6 个疗程治疗均已好转，但无一例治愈。

刘家磊^[2]自拟溃疡速愈散治疗本病 113 例。由药物制象皮、血竭、赤石脂、乳香、龙骨、冰片、没药、孩儿茶、珍珠、青黛组成，共研极细末备用。治疗时，行垫高清洁灌肠后，取溃疡速愈散 2g，20% 普鲁卡因 2ml，生理盐水 50ml 混合，稍加温 37℃ 左右作保留灌肠，轻型每天晚上 1 次，重型早晚各 1 次，15 天为 1 疗程。治疗结果为：治愈 70 例，显效 26 例，好转 15 例，无效 2 例。治愈率 61.8%，总有效率 98%。

孔合刚等^[3]自制中药“消炎止血液”保留灌肠治疗慢性结肠炎 100 例。方剂组成为：黄连 210g，明矾、忍冬藤、蒲公英、白茅根各 120g，仙鹤草、苦参、栀子各 90g。黄连、栀子、苦参、蒲公英、白茅根、忍冬藤、仙鹤草洗净捣碎，加明矾 80g 于 12000 毫升水中，熬至 4500 毫升~6000 毫升，滤渣后即成本品的浓缩液。滤出之渣，再加明矾 40g 于 10000 毫升水中，熬至 4500 毫升~5000 毫升，滤渣后即可得本品之稀溶液。两种液体分装入瓶中作灌肠用。灌肠方法：左侧卧位，暴露肛门，用 50 毫升~100 毫升注射器接上 5 厘米~10 厘米长粗胶管或塑

料管(亦可用甘油注射器),吸取浓缩液30毫升~50毫升或稀释液50毫升~100毫升,塑料管或注射器头蘸取液体石蜡,缓慢插入肛门内注药。完毕后嘱患者卧床休息1/2~1小时。日1~2次,1~2月为1疗程。可用1~3个疗程。100例均在治疗结束3个月随访观察,其中痊愈87例,好转11例,无效2例。

顾氏等^[4]采用辨病与辨证相结合原则将灌肠中药方分为两组:肠炎散I号组:药物由珍珠9g,牛黄6g,红丽参10g,琥珀3g,冰片、五倍子各12g等组成。具有健脾固肠、消肿生肌功效。适于脾肾阳虚型。肠炎散II号组:药物由珍珠,牛黄各9g,白丽参10g,琥珀3g,冰片、血竭各12g等组成。具有健脾渗湿,活血化瘀,消肿通便功效。适于气滞血瘀型。药物制作:先将上述药物分别粉碎加工或粉剂,过120筛,混合拌匀,装4g为1瓶备用,灌肠方法:患者排空大便,取右侧卧位,左腿屈曲,臀部垫高30度以上,把37℃~38℃温开水40ml注入杯内,倒肠炎散4g搅匀,将肛门管依病变部位插入肠腔,注入药物,推30ml空气,术后静卧30分钟,每日1次,病情重者2次,20天为1疗程。共治疗老年性肠炎90例,结果基本治愈51例,显效17例,有效8例,无效4例。

杨氏^[5]自拟溃结露治疗本病52例,组成为:白头翁、苦参各12g,丹参、赤芍、白芍(炒)各10g,将上药加冷水1000ml煎煮2次,每次1h,浓缩到200ml,患者入院经乙结肠镜复查后,开始保留灌肠治疗。随机给甲组用溃结露,乙组用安慰剂。将药液加温到30℃左右,在每晚临睡前排空大便后,导管插入肛门20cm~25cm。将药液150~200ml缓慢注入,每晚1次,10次为1疗程。结果:甲组52例,治愈49例;治愈率94.2%,有效2例,总有效率98.1%;乙组49例,治愈10例,治愈率20.4%,有效12例,总有效率44.9%。两组间差异显著($P<0.005$)。用安慰剂无效者再用溃结露治疗,结果:安慰剂无效24例用溃结露治疗,治愈23例,好转1例。治疗前后的症状与体征:治疗前两组间相似($P>0.05$)。治疗后两组间腹痛、腹泻、粘液便、脓血便、纳差有显著性差异($P<0.01$),发热及肠外表现仍相似($P>0.05$),治疗前后乙结肠镜检查的结果治疗前两组相似($P>0.05$)。治疗后两组间差异显著($P<0.05$)。

钟氏^[6]用香附、川芎、枳壳、柴胡、芍药、红花、黄柏各20g组成灌肠方,水煎成200ml,每次100ml~200ml,加20%的普鲁卡因10ml,于晚睡前保留灌肠,每日1次,10gd~15天为1疗程,未愈者可间隔5天再进行下一疗程。共治疗溃疡性结肠炎67例均有效。其中一个疗程内痊愈者25例,2个疗程内痊愈者38例,另4例为行2个疗程有好转者。

李天玉等^[7]中西药联用灌肠治疗本病90例,药物组成为:葛根、黄芩、黄连、黄柏各15g,白头翁20g,败酱草、马齿苋各15g,氢化考地松100mg。将上药水煎成100ml行保留灌肠。灌肠前,嘱患者排空大小便,用灌肠器通过导尿管插入肛门约18cm将药灌入,嘱左侧卧位15分钟。每日1次,10次为1疗程。结果:临床治愈63例,显效16例,好转5例;无效6例。总有效率为93.6%。

谷氏^[8]自拟灌肠方组成为:蒲公英30g,苦参30g,石榴皮9g,生黄芪15g,草薢9g,桂皮6g。共煎水100ml~150ml,每晚睡前保留灌肠1次,共治疗43例作为治疗组。另设对照组20例,用药为黄连素0.3g,庆大霉素针剂8万单位,口服,1日3次。两组均以30天为1疗程。结果:治疗组痊愈23例,显效16例,有效4例,无效0例,总有效43例。对照组痊愈3例,显效4例,有效6例,无效7例,总有效13例。两组总有效例数相比有显著性差异($P<0.01$)。

张晓华等^[9]采用辨证分型处方灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 42 例作为治疗组,并设 30 例单纯西药治疗为对照组,辨证分二型 I 型:湿热型,自拟 I 号方剂:茯苓 15g,车前子 15g,五味子 15g,丹参 30g,山豆根 15g,苍术 15g,苦参 20g,白屈菜 20g。若腹痛甚者加白芍 25g,甘草 10g;恶心呕吐者,加竹茹 10g,佩兰 15g。II 型:寒湿型,方剂为:茯苓 15g,车前子 15g,五味子 15g,丹参 30g,山豆根 15g,五倍子 15g,诃子 15g,肉桂 10g;若纳呆加人参 15g,白术 15g,砂仁 10g;如体质消瘦,颜面㿔白,加鸡血藤 5g,人参 15g。治疗方法:辨证后,分别采用 I 号或 II 号方将每剂药煎熬浓缩至 75ml~100ml,另将地塞米松注射液 5mg,安定注射液 5mg,654-2 注射液 10mg,2%普鲁卡因 6~8ml 等西药加入药液,药温以 37℃~38℃为宜,中西药混匀后,用导尿管经直肠送入肠道,根据病变部位高低和范围,而决定灌肠液多寡及导尿管插入的深度,保留灌肠,每日睡前 1 次,连续 10 天为 1 疗程。若 3 个疗程仍无效,则视为无效病例而改用其他疗法。另 30 例病人单纯用西医方法治疗作为对照组。结果治疗组基本治愈 22 例,占 52.4%,有效 17 例,总有效 39 例,占 92.9%,而对照组痊愈 5 例,占 16.4%,有效 12 例,总有效 17 例,占 56.4%,二组比较,经统计学处理, $P<0.001$,差异极为显著。远期疗效:治疗组的复发率为 35.3%,对照组复发率为 54.5%,后者复发率明显高于前者。

颜氏^[10]以和血生新汤灌肠治疗本病 62 例,组方为:生蒲黄 10g,仙鹤草 15g,丹参 15g,乳香 6g,没药 6g,败酱草 15g,煅龙骨 10g,生牡蛎 10g,赤石脂 10g,后三味药先煎 30min,水煎 200ml,每晚睡前保留灌肠,15 天为 1 疗程。另外,根据临床辨证,配合服用中成药,治疗结果为:本组治疗最短 1 个疗程,最长 5 个疗程。痊愈 46 例,占 74.2%,好转 14 例,占 22.6%,无效 2 例,总有效率为 96.8%。

朱氏^[11]等根据慢性结肠炎患者在发作期常伴有肠道局部感染症状而组方:一见喜 60g,生地榆 30g,浓煎成 100~150ml。晚上临睡前保留灌肠 1 次,14 天为 1 疗程。结果痊愈 61 例,好转 22 例,无效 2 例。

杨氏^[12]以中西医结合方法治疗本病 91 例。治疗组以“溃结灵”行保留灌肠(配方:胃乃安 6 丸,云南白药 0.5g,六神丸 10 粒,混合研末,临用时以温热生理盐水 50ml 混匀),每晚 1 次,30d 为 1 疗程;同时以维生素 K₃10mg 行天枢穴一侧,足三里穴一侧穴位封闭,每侧穴位 5mg,每日 1 次,穴位隔日交替,10d 为 1 疗程,1 疗程后停 3~5d 再行下 1 疗程。对照组用柳氮磺胺吡啶 1.5g,每日 4 次口服,30 日为 1 疗程。结果:第一疗程两组治愈率对比, $P<0.01$;第二疗程两组治愈率对比, $P<0.01$;第三疗程后两组累计治愈率对比, $P<0.01$,均差异显著。两组治愈率明显高于对照组($P>0.01$),治疗组治愈及好转时间较对照组短。

李留记等^[13]采用乌贼骨剂灌肠治疗本病 36 例。药物配制:乌贼骨、藕粉各 30g,鸦胆子 50g。将乌贼骨研细面,过 200 目筛,与藕粉混合均匀。将鸦胆子加水 500ml,煎至 100~150ml 药液。用该药液与两味药面共调为糊状,药糊以随灌随配为宜。每次用药前,先清洁灌肠;用鼻饲管缓慢插入肛门 20cm,将调配成糊状的药物,用注射器抽取 50ml,经鼻饲管注入肠内,注后将臀部垫高,卧床 10 分钟,每日 1 次,7 日为 1 疗程。结果痊愈 27 例,好转 8 例,无效 1 例,总有效率 97%。随访 23 例,治愈 3 年以上者 14 例,一年以上者 7 例,2 例复发病状较轻,用药后好转。

韩氏^[14]自拟养脏承气汤浓煎灌肠治疗慢性结肠炎 37 例,处方为大黄 15g,枳实 15g,厚朴 20g,木香 15g,诃子 10g,罂粟壳 10g,当归 15g,肉蔻 10g,再以辨证施治:久病正虚,

中气不足者加党参、黄芪、白术、山萸肉；肝脾不和加陈皮、佛手、沉香；湿热盛加黄连、黄柏、白头翁；寒湿盛加肉桂、干姜、吴茱萸；水湿盛合五苓散，溃疡重加白芨、血竭、乌贼骨，脓血便合白头翁汤；腹痛加金铃子散；坠胀加苦参、秦皮、乌药。将上药浓煎至500ml，取37℃左右药液保留灌肠，早晚各1次，每次100ml，灌肠后嘱患者仰、侧、俯卧各10分钟，病变部位高者抬高臀部。2周为1疗程，每疗程间隔1周。结果痊愈13例，占35.1%，显效22例，占59.5%；无效2例，占4.4%。

刘素娟等^[15]拟“结肠安”加减灌肠治疗本病46例，组方为：白头翁20g，马齿苋50g，秦皮15g，苦参15g，白芨25g，水煎浓缩为100ml保留灌肠，1日1次，2周为1疗程，并适当口服中药治疗，辨证加减：若泄泻，便血重者，加明矾，海螵蛸；若出血腹痛重者加三七粉；若久泻不止，腹痛便血者，加米壳灌肠；若实热大便秘结者，加大黄。结果治愈16例，占34.7%；好转29例，占63%；无效1例，占2.3%。

王碧慧等^[16]自拟中药“溃结清”灌肠治疗本病33例，主要药物由麝香、牛黄、红花、珍珠、血竭、枯矾、白芍、青黛等组成。灌肠每次用“溃结清”粉12g，加开水100ml左右，调为稀糊状，待温后保留灌肠，每晚睡前1次，20天为1疗程。本组平均疗程达34天，结果：33例慢性非特异性溃疡性结肠炎，痊愈27例，占82%，好转6例，占18%；总有效率为100%。

李济民^[17]根据本病病程不同，组成两个处方灌肠治疗45例患者，清肠汤组成有：白头翁25g，黄连15g，黄柏25g，广木香10g，秦皮15g，海蚌含珠30g，固肠汤组成：石榴皮20g，诃子10g，白术15g，肉蔻10g，补骨脂15g。每剂煎煮2次，共取药液200ml混合，三层纱布过滤，于每天晚上临睡前保留灌肠，每天1次，1剂。首用清肠汤保留灌肠10天，再用固肠汤保留灌肠5天，共为1疗程。如未愈间断7天进行第2个疗程治疗。结果本组45例中43例症状全部消失，经结肠镜检查炎症水肿消失，溃疡面修复，随访一年未见复发为治愈，占95.6%；2例在治疗期间症状控制，但停药后复发为无效，占4.4%，治疗时间最短为1个疗程，最长为3个疗程。

李辉等^[18]使用“京万红软膏”保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠直肠炎30例。治疗方法为将京万红软膏2支挤入20ml注射器中，通过橡胶管由深到浅点状分布推入病变部位，之后用同法推入氢氧化铝凝胶20ml，维生素K38mg和维生素B₁₂200mg，每日1次，15次为1疗程。结果治愈26人，占87.8%；有效4人，占12.2%，总有效率为100%，治疗时间均为1疗程，京万红软膏的主要成分有：地榆、栀子、大黄、穿山甲、冰片等。

孟保^[19]以血竭6g，乌贼骨、赤石脂各15g，大黄6g~10g组方治疗本病30例，用法为：上方加水煎至100ml~150ml，将本药于每晚睡前排净大便后灌肠，保留时间愈长愈好。30天为1疗程，结果：治愈23例，显效6例，无效6例，治愈率76.76%，总有效率为96.7%。

徐氏^[20]等人试图用药物动力学原理阐述灌肠药剂配伍和灌肠机理。灌肠剂配伍为：①根据便培养、药敏试验选择敏感的抗生素，可用庆大霉素8万U/氯霉素0.5/链霉素1.0/灭滴灵1.0等，②根据结肠炎类型和病理变化选择锡类散1~4支/七厘散1支/珍珠散1支/青黛散2~4袋，或自配散剂，自煎汤剂，③加入654-2注射液20mg、2%利多卡因10ml，以解痉止痛，抑制肠道激惹，④腹泻严重的可加阿片酊1ml，⑤取60%硫酸钡混悬剂200ml，加入上述选择药物，搅匀备灌。灌肠方法为：排便后用二腔管插入肛内20cm~30cm，向气囊内注水60ml。压迫乙状结肠，不使药液返流。灌药液200ml后向肠腔内充气500ml~1000ml助导，立即在5分钟内完成4个体位调整：左侧卧位、胸膝位、右侧卧位、坐起位，结果30例

病人中治愈 24 例, 好转 4 例。

徐氏^[21]的灌肠方组成为: 白头翁汤加减浓煎成 200ml, 灭滴灵 0.6g 研粉加入汤剂, 每晚保留灌肠 1 次, 14 天为 1 个疗程, 一般 1~2 个疗程。结果临床痊愈 11 例, 好转 4 例, 15 例中随访 4 例, 分别为 2 年半、2 年、1 年、半年, 均未复发, 其他 11 例未随访。

陈氏^[22]以辨证方法组方治疗本病 18 例。脾胃虚弱型, 方用四君子汤加柴胡、生黄芪、炒怀山药; 脾胃虚弱型方用制肉豆蔻 30g, 制诃子、巴戟天、炒白术 20g, 肝脾不和型, 方用川楝子、郁金、香附各 20g, 川芎、陈皮、杭白芍各 15g, 乌药、桃仁各 10g; 大肠湿热型方用白头翁、秦皮、香附各 25g, 槐米、地榆各 20g, 炒黄连、木香各 15g。

王碧辉等^[23]用枯矾, 赤石脂, 炉甘石, 青黛, 梅花点舌丹等配成溃结清灌肠治疗本病 95 例; 对照组口服水杨酸偶氮磺胺吡啶 (SASP) 及强的松, 并用可的松保留灌肠。两组均以治疗 20 天为 1 疗程, 重者可连续治疗 2~3 个疗程。治疗结果: 治疗组基本痊愈 68 例, 好转 22 例, 无效 5 例, 近期基本痊愈率为 71.6%, 总有效率为 94.7%。平均疗程 36 天。对照组基本治愈 1 例, 好转 6 例, 无效 4 例, 近期基本痊愈率仅 9.1%, 总有效率为 63.6%, 平均疗程 68 天。两组疗程相比较, 其近期基本痊愈率治疗组非常显著高于对照组 ($P < 0.001$)。

任志翔^[24]以明矾 9g, 生大蒜籽 50g 为基本方灌肠治疗本病 20 例, 并根据辨证分型加味: 湿热型加败酱草 15g, 苦参 15g, 槐花 15g, 黄连 10g, 寒湿型加苡仁 20g, 肉桂 9g, 艾叶 15g, 用法: 大蒜籽捣碎取汁备用, 每剂水煎至 150ml, 加入大蒜汁。每晚临睡前灌肠, 第 2 天早晨排便。10 天为 1 疗程。结果: 治愈 13 例, 显效 6 例, 无效 1 例, 总有效率为 95%。

王衍等^[25]自拟紫艾煎剂直肠滴入治疗溃疡性结肠炎 184 例, 并与水杨酸偶氮磺胺吡啶、强的松、灭滴灵 40 例进行对照。直肠滴入的方剂组成为: 紫草 30g, 艾叶 10g, 黄柏 30g, 黄连 15g, 白芨 30g, 当归 15g, 木香 10g。水煎 200ml, 药温度保持在 $39^{\circ}\text{C} \sim 42^{\circ}\text{C}$ 。采用开放式输液法, 将针头换成导尿管, 直肠滴入。滴入完毕后, 更换体位, 使药物充分吸收, 20 天为一疗程。西药对照组亦 20 天为一疗程。结果: 直肠滴入组总有效率 99.5%, 西药组总有效率 75%。两组疗效对比, 直肠滴入组明显高于西药组 ($P < 0.01$)。

郭氏^[26]采用阿胶栓直肠给药治疗本病 200 例。方法为将软化光滑的阿胶栓塞入肛门内, 再用肛管 (26 号) 送入, 送入的深度和枚数以病位高低和病变范围大小、多少而定, 一般 1~2 枚, 10 天为 1 疗程。结果: 显效 118 例, 有效 76 例, 无效 6 例, 有效率占 97%。对照组 56 例给水杨酸偶氮磺胺吡啶或复方新诺明口服, 其有效率为 60.6%, 两组有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

魏庆玲^[27]用马齿苋 50g, 白头翁 50g, 黄柏 50g, 水煎 100ml; 加 2% 普鲁卡因 2ml 备用, 每晚睡前保留灌肠 1 次。近期痊愈 46 例, 好转 12 例, 无效 2 例。随访 32 例, 6 年、4 年未发各 1 例, 2 年未发 2 例, 1 年未发 8 例, 绝大多数病人在 30 次治疗内痊愈。

赵秀英^[28]中西药合用灌肠治疗本病 317 例。药物组成为: 白芨 10g, 地榆 15g, 白矾 3g, 甘草 10g, 苦参 15g, 黄柏 10g, 水煎取药液 50ml~200ml, 每 50ml 药液中加入 50 万单位制霉菌素, 0.2g 灭滴灵粉。1 疗程为 10 天~15 天。结果 205 例治愈, 占 64.60%; 有效 73 例, 占 23.0%; 无效 39 例, 占 12.3%。

韩氏^[29]根据肠镜检查和中医辨证分型组方保留灌肠治疗本病 105 例。①气滞血瘀型 (急性活动期): 选用复方消痔灵保留灌肠液, 方剂组成为: 消痔灵原液 10ml, 强的松 $5\text{mg} \times 10$,

灭滴灵 0.2g×6, 黄连素 0.1g×10, 加温蒸馏水或生理盐水至 60ml, 制成为一次保留灌肠液。②湿热型: 选用方剂以中药为主, 方剂组成: 黄芪 20g, 黄柏 20g, 生白芍 15g, 地榆炭 20g, 五倍子 20g, 香附 15g, 大青叶 15g, 苦参 15g, 桂枝 15g, 蒸至 60ml, 加入氢化考的松 50mg, ③脾肾两虚型 (慢性期, 常与免疫机能低下有关): 方剂以生物免疫制剂为主要成份, 不含激素, 同样制成 60ml 保留灌肠液, 结果总有效率为 97%。

第二节 中药灌肠加内服治疗

口服药物和药物灌肠相结合使用, 可以提高疗效。疗效好但对胃有刺激的药物, 可采用灌肠给药。而口服温养脾胃、益气 and 血的药物, 既可改善全身状况, 又可增加局部用药浓度, 有利于该病的治疗。过去不少学者单纯采用中药内服治疗该病, 疗效不太满意^[30]。实践证明, 口服给药加保留灌肠的疗效优于单纯口服或灌肠给药。

赵辉等^[31]采用益气活血法治疗本病并初步观察了本法对免疫功能的影响。益气活血组病人 18 例, 其口服方组成为: 黄芪 15g, 党参、白术、白扁豆、赤芍、元胡各 10g; 灌肠方: 血竭、蒲黄各 10g, 丹参 30g, 生甘草 12g。对照治疗组 12 例。口服方: 黄芪、云苓各 15g, 党参、白术、白扁豆、白芍各 10g, 灌肠方: 黄连 6g, 败酱草 30g, 鱼腥草 20g, 黄柏 12g。口服方每日 1 剂, 煎成 300ml, 分 2 次服。灌肠方每日 1 剂, 两组均治疗 6 周。结果: 临床疗效观察: 益气活血组 18 例, 临床治愈 3 例 (16.7%), 显效 13 例 (72.2%), 好转 2 例 (11.1%); 对照治疗组 12 例, 分别为 2 例 (16.7%)、9 例 (75%)、1 例 (8.3%)。两组疗效无显著性差异 ($P>0.05$)。益气活血组治疗后脾虚症消失者 15 例 (83.3%), 对照治疗组脾虚症消失者 8 例 (66.7%), 脾虚症消失率以益气活血组为高。外周血淋巴细胞酸性 α -醋酸萘酯酶 (ANAE) 检测 T 淋巴细胞亚群 (T-CS) 结果: 治疗前益气活血组和对照治疗组的 ANAE-TC, 抑制性 T 细胞 (TG) 辅助性 T 细胞 (TM), 百分率均明显异于正常人组 ($P<0.001$); 治疗后益气活血组和对照治疗组上述三项检查均见明显恢复并趋近于正常人, 治疗前后比较有显著性差异 ($P<0.05\sim0.01$), 而两组之间各值对比则无明显差异 ($P>0.05$)。血浆纤维粘连蛋白 (pFn) 含量: 治疗前益气活血组和对照治疗组所测的 pFn 值均显著低于正常值 ($P<0.001$), 其中溃疡性组测值显著低于非溃疡性组 ($P<0.001$), 治疗后益气活血组和对照治疗组的 pFn 值均明显提高, 各与治疗前比较均有非常显著性差异 ($P<0.001$)。

卓氏^[32]以锡类散为主, 中西医结合治疗重型慢性溃疡性结肠炎 24 例。方法为: 保留灌肠: 先用温水 500ml 清洁灌肠, 排净大便后, 以锡类散、云南白药、生肌散各 1g 置于 37℃ 温水 100ml 内混匀, 保留灌肠。15~20 次为 1 疗程, 必要时可重复疗程, 病情重者灌肠液内加激素; 腹痛者加 1% 普鲁卡因 10ml~20ml, 便血多者加白芨粉 6g, 有粘液脓性分泌物多者加大黄粉 6g, 灌肠。炎性息肉形成者用祛湿化浊、活血化瘀治则, 药用当归 12g、红花、五灵脂、桃仁、大黄、川芎、香附、乌药各 10g, 赤芍 15g, 夏枯草 30g, 水煎成 150ml, 保留灌肠, 每日 1 次, 15 次为 1 疗程。外敷中药: 腹痛明显者局部外敷活血止痛散 (大黄, 青黛, 王不留行, 乳香, 没药, 菖蒲) 蛋清调匀, 隔日换药 1 次。整体治疗: 在祛邪同时采用中医扶正法进行免疫调节, 以清热化湿为主, 用黄连 3g、马齿苋 30g, 黄芩、败酱草、白头翁、乌梅、秦皮各 10g, 苡仁、六一散 (包) 各 15g。健脾益肾用四君子汤加阿胶珠 3g; 便血者加白芨 6~

10g、地榆炭、侧柏炭各10g，腹泻频者加诃子肉、石榴皮、禹余粮各10g。每日1剂，水煎服。结果：近期治愈2例，占8.3%；基本缓解5例，占20.8%；部分缓解16例，占66.6%；无效1例，占4.2%；总有效率95.7%。

张敏等^[33]自拟益脾清肠汤，组成为：党参、白术、怀山药、白芍、黄连、木香、马齿苋、甘草。加减：脾胃虚弱者加黄芪，扁豆，炒山楂；肝脾不和者加柴胡，佛手，郁金；脾肾阳虚者加肉豆蔻、补骨脂、升麻；脾虚湿热者去党参，加米仁、黄芩、云苓。每日1剂，灌肠方组成为：红藤，木香，苦参，赤芍，煅牡蛎，黄连，马齿苋，墓头回。水浓煎150ml，加锡类散2支混匀，每晚睡前灌肠。10天为1疗程，轻者3个疗程，重者5个疗程，结果治愈13例，显效16例，好转9例，无效2例，总有效率达95%。

张传儒^[34]将本病辨证分为二型，每型均采用不同中药方内服，即：肝脾不和型（25例）：治以调肝理脾，予四逆散合四君子汤加减，醋柴胡8g，白芍12g，葛根10g，枳实10g，太子参15g，苍白术各10g，茯苓10g，陈皮10g，甘草5g。肝郁脾肾两虚（5例）：治以调肝理脾益肾兼顾，予痛泻要方、四君子汤、四神丸加减：白术12g、防风10g、白芍12g、陈皮6g、枳壳10g、党参15g、补骨脂10g、煨肉果9g、吴茱萸5g、五味子5g，并配合灌肠方：黄柏10g、苦参15g、地榆15g、乌梅10g。浓煎至50ml，作保留灌肠，10次为1疗程。共治疗30例，治愈9例，好转11例，无效0例。

孙景兰^[35]采用中西医结合治疗本病44例。治疗组44例，内服中药用参苓白术散加减：党参30g，茯苓、炒白术、山药、苡仁各15g，炙甘草、莲子肉、桔梗、砂仁各10g，扁豆12g。每日1剂，水煎成300ml，分2次服。灌肠方：云南白药末3g，锡类散1.2g，柳氮磺胺吡啶2g，庆大霉素8万U，强的松10mg，1%普鲁卡因100ml。将以上药物混合后，保留灌肠，每日1次。对照组用内服西药加保留灌肠方法。两组治疗3周为1疗程，共治疗3~4个疗程。结果：治疗组痊愈30例，占68%；显效9例，占20%；有效4例，占9%；无效1例，占2%。对照组痊愈7例，占35%；显效9例，占45%。有效1例，占5%；无效3例，占15%。两组疗效相比，差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。治疗组疗效优于对照组。

王林^[36]等自拟“愈肠汤”治疗23例本病病人。组方：黄芪20g，升麻6g，黄柏15g，黄连15g，蒲公英30g，补骨脂20g，五味子15g，肉豆蔻15g，吴茱萸15g，仙鹤草15g。水煎后每日2剂，第1剂分2次服，第2剂煎至100ml，保留灌肠，每晚睡前1次。对照组用水杨酸偶氮磺胺吡啶1g，每日4次口服。云南白药0.5g，锡类散0.5g，氟哌酸0.2g，TMP0.2g，强的松5mg，庆大霉素8万U，0.25%奴夫卡因20ml，氢氧化铝凝胶20ml，加生理盐水至100ml，溶为混合液保留灌肠，每晚睡前1次。两组均3周为一疗程。结果：治疗组23例中治愈18例（78.2%），好转5例（21.8%），有效率100%，平均治愈天数34天。对照组治愈14例（63.6%），好转7例（31.0%），无效1例（4.5%），平均治愈天数41天。

尚氏^[37]采用辨证内服与灌肠治疗本病20例，治法分3种：①益气健脾，敛精渗湿法：方用黄芪40g，党参25g，苍术15g，云苓12g，白芍15g，乌梅10g，苡仁30g，升麻10g，椿根皮20g，当归12g，陈皮10g，甘草6g。②清热利湿，涩肠止泻法：方用：马齿苋20g，白头翁15g，土茯苓15g，秦皮10g，泽泻10g，刘寄奴13g，椿根皮20g，葛根12g，大贝12g，甘草6g。③调肝温肾法：方用：白芍30g，陈皮10g，木瓜12g，肉蔻15g，白术12g，乌梅10g，吴茱萸10g，补骨脂15g，防风10g，益智仁12g，木香10g，甘草6g。灌肠方：儿茶6g，血竭6g，地丁15g，公英15g，黄连6g，乌梅10g，五倍子10g，苦参30g。水煎100ml，每晚临睡前保

留灌肠。结果：治愈13例，好转5例，无效2例。

陈治水等^[38]采用随机双盲法共观察治疗本病93例。拟定了三种口服制剂：①Ⅰ号片剂：即健脾灵片：含黄芪，党参，白术，当归，白芍，木香，元胡，乌梅，儿茶，砂仁，甘草等。制成0.5g重片剂。Ⅱ号片剂：以麦芽、淀粉等为赋形剂，含SASP，制成外观与Ⅰ号一致的片剂，每片含SASP0.125g。Ⅲ号片剂：为安慰剂，由麦芽、淀粉等制成外观同Ⅰ号一致的片剂。并拟定了三种灌肠剂：Ⅰ号灌肠液：苦参30g，槐花30g，水煎2次，浓缩成90ml。内加锡类散2支，1%奴夫卡因10ml。Ⅱ号灌肠液：地塞米松5mg，活性炭5g，1%奴夫卡因10ml，加生理盐水至100ml。Ⅲ号灌肠液：同Ⅰ号灌肠液。将93例患者随机分为三组。其中治疗Ⅰ组34例，治疗Ⅱ组32例，治疗Ⅲ组27例。用药方法为：治疗Ⅰ组每次口服Ⅰ号片剂8片，日服4次，晚8：00用Ⅰ号灌肠液100ml保留灌肠；治疗Ⅱ组每次口服Ⅱ号片剂8片，日服4次，晚8：00用Ⅱ号灌肠液100ml保留灌肠；治疗Ⅲ组每次用Ⅲ号片剂8片，日服4次，晚8：00用Ⅲ号灌肠液100ml保留灌肠。口服片剂均30天为1个疗程，连服3个疗程。保留灌肠15天为1个疗程，用3个疗程。结果：①治疗Ⅰ组的近期治愈率和总有效率为52.9%和85.3%。疗效明显优于Ⅱ、Ⅲ组（ $P<0.01$ ）。Ⅱ、Ⅲ组间疗效对比无明显差异。（ $P>0.05$ ）。②治疗前后肠镜变化：治疗Ⅰ组肠粘膜病变消失率在70%左右，Ⅱ组消失率在45%左右，Ⅲ组消失率在30%左右。组间消失率比较有非常显著性差异。③治疗前后粘膜病理组织学变化：治疗Ⅰ组肠粘膜病理消失率在50~75.9%之间，治疗Ⅱ组消失率在25~43.8%之间，治疗Ⅲ组消失率在22.2~33.2%之间，三组间肠粘膜病理消失率对比有明显差异。④T、B细胞亚群变化：治疗前三组病例的B淋巴细胞（Ia）均明显高于正常组（ $P<0.01$ ）。外周血总T细胞（OKT3）和抑制性T细胞（OKT8）均明显低于正常（ $P<0.001$ ）辅助性T细胞（OKT4）在正常值范围，但OKT4/OKT8的比值明显上升，提示难治性溃疡患者存在抑制性T细胞降低，B淋巴细胞增多的免疫紊乱现象。治疗后Ⅰ组患者Ia明显下降，OKT8显著上升，OKT4/OKT8比值恢复至正常水平。Ⅱ、Ⅲ两组治疗前后对比无明显变化，提示Ⅰ组药物有显著的免疫调节作用。⑤体液免疫指标检查：治疗前三组病例IgG，IgM和C3均明显增高（ $P<0.001$ ），治疗后Ⅰ组四项指标均有显著降低，其他两组治疗后对比无明显变化。提示Ⅰ组药物有明显抑制体液免疫作用。⑥血清抗大肠抗体检查：治疗前ⅠⅡⅢ组分别检测出27例（79.4%），25例（78.1%）和21例（77.8%）。治疗后Ⅰ组转阴20例（74.1%），Ⅱ组转阴8例（32.0%），Ⅲ组转阴6例（28.6%），三组转阴率比较有非常显著差异（ $P<0.001$ ）。

郭琪等^[39]应用中药治疗溃疡并对某些免疫功能动态观察。方药组成：①消溃疡Ⅰ号：朱砂七、蜈蚣七、白芨、索骨丹各15g，二色补血草、小蓟、炒地榆、铁苋菜各30g。②消溃疡Ⅱ号：朱砂七、蜈蚣七、甘草各15g，白芨、黄柏各12g，千里光、虎杖、白花蛇舌草、炒苡仁、败酱草各30g。③肠溶胶囊由上述两方中的朱砂七、二色补血草、白芨、千里光、虎杖、铁苋菜、白花蛇舌草、黄柏等八味主药组成。对照组系口服健脾益肠丸。用药方法：①灌肠治疗组（220例）：以脓血便为主选用Ⅰ号方，以粘液便为主选用Ⅱ号方。保留灌肠，每日1次，30次为1疗程，可进行2、3疗程。②肠溶胶囊组：每次4粒，每日3次。4周为1疗程，一般治2~3疗程。③对照组：内服健脾益肠丸，疗程同治疗组。结果：中药灌肠组220例中基本治愈132例，好转75例，无效13例，总有效率为93.2%；胶囊组基本治愈2例，好转13例，无效5例，总有效率87.5%；对照组基本治愈2例，好转11例，无效7例，总有效

率 65%。灌肠组、胶囊组效果明显好于对照组 (P 均 < 0.005)，另外，28 例溃疡患者循环免疫复合物 (CIC) 超过健康人的有 17 例，其中 10 例经治疗后有 6 例 CIC 下降。

曹氏^[40]等自拟健脾清肠Ⅰ号加肠康液治疗本病 62 例，健脾清肠Ⅰ号组成为：党参 15g，白术 10g，炮姜 5g，黄芩 10g，黄连 3g，白芍 15g，木香 5g，莪术 10g，槟榔 10g，炙甘草 5g，每日 1 剂，水煎服。肠康液由黄芪 15g，当归 10g，赤小豆 15g，白芍 15g，地榆 10g，白头翁 15g 等组成，水煎保留灌肠，两处方均使用 30 天为 1 疗程。结果：基本治愈 40 人，占 64.5%；好转 21 人，占 17.8%；总有效率 98.4%，并观察了“淋转率”、“血浆纤维蛋白”、“粪便分泌型免疫球蛋白”指标，这些指标经治疗后均明显改善。

肖氏等人^[41]自拟安肠汤内服及灌肠汤治疗本病 50 例。安肠汤根据辨证分为 5 型：①安发肠汤 1 号（湿热型）：地榆 150g、白头翁 10g、槐花 10g、赤芍 15g、苡仁 20g、云苓 15g、陈皮 10g、甘草 10g。②安肠汤 2 号（肝脾不和型）：防风 10g、白芍 15g、陈皮 8g、延胡索 10g、川楝子 10g、白术 10g、茯苓 15g、扁豆 10g、党参 10g、地榆 10g、焦三仙各 10g。③安肠汤 3 号（脾虚型）：党参 15g、白术 10g、茯苓 15g、扁豆 15g、苡仁 20g、陈皮 10g、地榆 10g、山药 10g、莲子 10g、甘草 10g。④安肠汤 4 号（脾肾两虚型）：党参 15g、黄芪 20g、白术 10g、云苓 15g、陈皮 10g、熟附子 10g、干姜 10g、补骨脂 15g、地榆 10g、乌梅 10g、甘草 10g。⑤安肠汤 5 号（气阴两虚型）：黄芪 15g、太子参 15g、沙参 10g、麦冬 10g、生地黄 15g、杏仁 10g、桃仁 10g、火麻仁 10g、莱菔子 15g、地榆 10g、甘草 10g、枳壳 10g。灌肠汤：十大功劳 50g，水煎后加入西瓜霜 0.5g、三七粉 2g、百草霜 5g，搅匀后保留灌肠。用药方法：按辨证分型分别用安肠汤煎剂内服，每天 1 剂，并配合灌肠汤灌肠，每晚 1 次，15 次为 1 疗程，另设 25 例西药内服及灌肠为对照组。结果：治疗组近期治愈率为 54%，总有效率为 96%，治疗组与对照组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。说明治疗组疗效为优。治疗组治疗后 IgG、IgM 较治疗前明显降低，对照组仅有 IgM 降低，对照组仅有 IgM 降低，而 IgA、IgG 无明显变化。

孙怡^[42]中西医结合治疗本病 45 例，中西医结合治疗组 25 例，中药以补阳还五汤加减：黄芪 25g，党参、白芍各 15g，川芎 10g，当归 15g，桃仁 10g，苍术 15g。水煎服，每日 1 剂。灌肠方：苦参、白芨各 15g，茜草 10g，黄芪 20g，党参 10g，甘草 5g。水煎取汁 100ml。睡前保留灌肠。西药：急性期选用氨苄青霉素每日 4g~6g，或庆大霉素 24 万 μ ，口服柳氮磺胺吡啶。每次 1g，日服 3 次，慢性期只服柳氮磺胺吡啶。并设 20 例西药对照组。两组病人均 6 周为 1 疗程。结果：中西医结合组 25 例中临床治愈 23 例，占 92%，好转 2 例，占 8.0%，总有效率 100%。西药组 20 例中临床治愈 13 例占 65%；好转 5 例占 25%；无效 2 例占 10%，总有效率 90%，两组临床治愈率有显著性差异 ($P < 0.05$)。

路氏等^[43]将慢性溃疡性结肠炎根据辨证分为 2 型。①脾虚湿困，运化失职型，方用：党参、苍术、焦术、焦三仙、山药、鸡内金、地榆炭、赤石脂、苡仁、薏苡、炒枳壳、木香。②脾肾阳虚，滑脱不止型：方用：肉桂、炮附子、黄芪、党参、破故纸、肉豆蔻、赤石脂、升麻、苡仁、乌药、高良姜、焦白术、罂粟壳，上 2 方均水煎服，日 1 剂。灌肠基本方为：地榆炭、赤石脂、米壳、焦山楂。水煎至 100ml。早、晚各灌肠 1 次。结果：本组 38 例中，显效 25 例，好转 11 例，无效 2 例。

阎氏^[44]治疗本病的内服方药为：黄芪 30g，党参 15g，云苓 15g，炒白术 10g，附子 6g~10g，连肉 12g，苡米 30g，芡实 15g。腹痛重者加木香 6g~10g，连肉 12g，苡米 30g，芡实 15g。腹痛重者加木香 6g~9g，杭芍 9g~15g，甘草 6g~9g。血便重加地榆炭 10g~15g；脓

便重加重附子量为10g~15g,另加白芷15g~20g。灌肠方药:白芷20g,黄柏10g,炒地榆12g,赤石脂20g,禹余粮20g,丹参15g。上述2处方均20天1疗程。共治疗本病21例,结果治愈11例,好转9例,无效1例,有效率达95.2%。

赵氏^[45]的口服基本方为:党参18g~24g,白术10g~15g,肉蔻10g,葛根10g,黄芪15g,补骨脂15g,木香6g,白头翁24~30g等,灌肠液基本方:炮姜10g,地榆10g,败酱草15~30g,黄柏10g,石榴皮10g等。口服方每日1剂,灌肠方每晚保留肠1次。结果:治愈36例,有效52例,无效12例,总有效率88%。

刘祥瑛等^[45]采用中药治疗本病43例,效果良好。中药组口服方:党参10g,葛根15g,苍白术各10g,厚朴10g,半夏10g,山药30g,防风10g,猪茯苓各15g,干姜6g,桂枝6g,泽泻12g,有湿热者去干姜,桂枝,加黄芩10g,秦皮15g,水煎服,1日1剂。中药组灌肠方:黄连6g,败酱草15g,地榆16g,硼砂6g,甘草15g,水煎为150ml;保留灌肠。对照组用柳氮磺胺吡啶,每次1g,每日3次,口服。结果:中药组43例中基本缓解31例,部分缓解8例,无效4例,总有效率90.6%。对照组20例中基本缓解11例,部分缓解7例,无效2例,总有效率90%,两组无显著性差异($P>0.05$)。

范氏等^[47]口服方为:以少腹逐瘀汤加减,蒲黄10g,当归10g,肉桂10g,小茴香9g,灵脂、元胡各10g,生山楂15g,云苓15g,炒白术12g,炙甘草6g,川芎10g,赤芍10g,红藤30g,湿热明显者加白头翁20g,黄连10g;脾虚明显者加砂仁10g,草蔻10g;肝郁气滞加柴胡10g,枳壳10g,或金铃子10g;腹痛较甚者加白芍30g;正气不足者加党参10g,黄芪15g;阳虚明显者加附子10g;久泻不止者加米壳6g。灌肠方:党参30g,黄芪30g,白头翁30g,红藤30g,三七粉6g,仙鹤草15g。水煎保留灌肠。结果:近期治愈9例,占21.4%;显效24例,占57.1%;好转8例,占19%;无效1例,占2.4%;总有效率为97.5%。

陈明光^[48]总结了徐振盛老中医治疗慢性结肠炎经验,治疗本病58例。口服主方:制附子10g,干姜6g,党参20g,黄芪15g,白术10g,黄连6g,木香6g,虎杖15g,木棉花15g,白头翁30g。水煎服,每日1剂。灌肠方:制附子10g,黄芪15g,白术10g,苡米30g,仙鹤草30g,马齿苋30g,败酱草30g,丹参15g。水煎后加云南白药半支混匀,灌肠,半个月为1疗程。一般灌肠2个疗程以上。恢复期用药:脾虚者以参苓白术散为主方:党参15g,白术10g,云苓15g,淮山药15g,扁豆15g,苡米30g,砂仁6g,莲子15g,凤退10g,马蹄金10g,菜豆壳10。肾虚者以济生肾气丸为主方:云苓15g,淮山药15g,丹皮10g,泽泻10g,熟地15g,山茱萸10g,桂枝6g,车前子10g,淮牛膝10g,仙茅6g,仙灵脾6g,结果:58例患者中,显效44例,(占75.87%),好转11例,占(18.96)。无效3例(占5.17%),总有效率为94.83%。

袁氏^[49]采用辨证施治治疗本病38例。辨证分型为:①肠间湿热型17例,方选香连丸加减,同时用灌肠一号方保留灌肠。②脾胃虚弱型14例,方用参苓白术散合芍药汤加减,灌肠二号方保留灌肠。③肝木侮土型7例,方选痛泻要方合香砂六君子汤加减,灌肠二号方保留灌肠。灌肠一号:白头翁10g,黄柏15g,秦皮10g,党参15g,黄连10g,白芷20g,地榆10g,青黛6g,浓煎至100ml,加2.5%奴夫卡因10ml保留灌肠,每晚1次,15次为1疗程。2疗程后复查肠镜。灌肠二号:锡类散2支,加0.25%奴夫卡因100ml,黄连素0.4g,灌肠;方法、疗程同前。结果:肠间湿热中治愈率为58.5%,好转率为41.2%;脾胃虚弱型中治愈率为42.9%,好转率为57.1%;肝木侮土型中治愈率为28.6%,好转率为71.4%。

马大中等^[50]中西医结合治疗本病 18 例,灌肠方:用大蒜压榨取汁 10g,加温开水 200ml 配制成 5% 大蒜液,进行灌肠治疗,15 天为 1 疗程。另外,根据辨证内服中药,①湿热壅盛型方药:葛根、黄芩、木香、黄连、白芍、枳实、大黄、苍术、滑石、地榆等。②脾虚挟湿型方药:党参、焦白术、云苓、米壳、苡米、枳壳、木香、炮姜、赤石脂、炙甘草。③脾肾阳虚型方药:吴茱萸、破故纸、肉蔻、附子、五味子、米壳、党参、白芍、木香、苡米、赤石脂、败酱草、干姜等。结果近期治愈 7 例,显效 9 例,好转 2 例。

史继渊^[51]自拟溃结汤方,生黄芪 30g,川黄连 10g,罂粟壳、补骨脂、五倍子、地榆各 15g。水煎服,每日 1 剂。溃结汤方 1 剂,水煎后灌肠,1 日 1 次,1 周为 1 疗程。共治疗 82 例,痊愈 79 例,占 96.3%;好转 3 例,占 3.7%。

中药保留灌肠,可使患部直接吸收药物,有较好的抗炎、愈合溃疡作用,是本病的有效疗法之一。在保留灌肠的基础上,配合辨证汤(丸)剂口服,则效果更佳。目前国内采用的灌肠及灌肠加内服中药治疗溃结,取得了令人瞩目的成绩。但纵观众多资料,不足之处是缺乏完整统一的诊断和疗效标准,特别是对溃结的临床分型、病变程度、范围、病理形态分期等,在资料中不能全面反映出来、在疗效上随机、对照、双盲法的原则体现较少。因此,很多有效药物,无法进一步评价、比较、筛选,这些都有待今后进一步完善和改进。

参考文献

- [1] 孙玉生. 在乙状结肠镜下分型用中药灌肠治疗结直肠炎. 内蒙古中医药, 1991, (3): 29
- [2] 刘家磊. 溃速愈散治疗溃疡性结肠炎 113 例. 广西中医药, 1992, 15 (2): 7
- [3] 孙合刚等. “消炎止血液”保留灌肠治疗慢性结肠炎 100 例. 四川中医, 1991, (4): 24
- [4] 顾冀平等. 肠炎散治疗老年性肠炎 90 例. 湖北中医杂志, 1992, 14 (2): 15
- [5] 杨林斌. 溃结露治疗溃疡性结肠炎 52 例. 陕西中医, 1988, 9 (10): 443
- [6] 钟传珍. 柴胡疏肝散加味灌肠治疗溃疡性结肠炎. 云南中医学院学报, 1993, 16, (2): 31
- [7] 李天玉. 中西药联用灌肠治疗溃疡性结肠炎 90 例. 辽宁中医杂志, 1993, (7): 35
- [8] 谷中红等. 中药保留灌肠对慢性非特异性结肠炎的疗效观察. 四川中医, 1991, (5): 28
- [9] 张晓华等. 中西医结合治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎. 实用中医内科杂志, 1991, 5 (4)
- [10] 颜廷成等. 和血生新汤灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 62 例. 山东中医杂志, 1994, 13 (9): 402
- [11] 朱雪萍等. 一见喜、生地榆灌肠治疗慢性结肠炎 85 例. 上海中医药杂志, 1992, (4): 19
- [12] 杨应立等. 溃结灵灌肠加维生素 K3 穴位封闭治疗溃疡性结肠炎 91 例. 人民军医, 1993, (7): 44
- [13] 李留记等. 乌贼糊剂保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 36 例. 浙江中医杂志, 1991 (4): 202
- [14] 韩思润. 收敛泻下同用治疗慢性结肠炎. 北京中医杂志, 1991, (5): 29
- [15] 刘素娟等. 自拟“结肠安”加减灌肠治疗慢性特异性溃疡性结肠炎 46 例报道. 1990, (2): 22
- [16] 王碧慧等. “溃结清”治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 33 例. 山西中医, 1988, 4 (1): 30
- [17] 李济民. 中药保留灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎. 实用中医内科杂志, 1992, 6 (4): 26
- [18] 李辉等. 京万红软膏治疗结肠炎 30 例. 实用中西医结合杂志, 1991, 4 (7): 402
- [19] 孟保. 自拟溃结灌肠汤治疗溃疡性结肠炎 30 例. 辽宁中医杂志, 1989, (11): 28
- [20] 徐子鹏等. 结肠保留灌肠法治疗结肠炎 30 例报告. 中国肛肠病杂志, 1991, (1): 5
- [21] 徐顺猷等. 白头翁汤加灭滴灵灌肠治疗溃疡性结肠炎及伪膜性肠炎. 福建中医, 1989, 20 (5): 27
- [22] 陈明量. 中药保留灌肠辨治慢性溃疡性结肠炎. 浙江中医杂志, 1992, (4): 156
- [23] 王碧辉等. 溃结清治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎. 中医杂志, 1992, (3): 30

- [24] 任志翔. 复方矾蒜液灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 20 例. 湖南中医杂志, 1988, (6): 37
- [25] 王衍等. 中药直肠滴入治疗溃疡性结肠炎 184 例疗效观察. 北京中医杂志, 1991, (5): 76
- [26] 郭松河. 阿胶栓治疗慢性溃疡性结肠炎. 中西医结合杂志, 1989, 9 (3): 178
- [27] 魏庆玲. 中药保留灌肠治疗慢性结肠炎 60 例疗效观察. 中西医结合杂志, 1984, 4 (4): 46
- [28] 赵秀英等. 复方肠炎灌肠液治疗结肠炎的临床应用 (附 317 例临床报告). 第二届全国中西医结合大肠肛门病专题学术研讨会论文选编, 北京, 1993, 10, 第 45 页
- [29] 韩秋贵. 中药灌肠治疗溃疡性结肠炎 105 例临床观察. 第二届全国中西医结合大肠肛门病专题学术研讨会论文选编, 北京, 1993, 10, 第 5 页
- [30] 郑志道. 分阶段治疗溃疡性结肠炎疗效分析. 广东医学, 1992, 13 (1): 40
- [31] 赵辉等. 益气活血法对慢性非特异性溃疡性结肠炎免疫功能影响初探. 中医杂志, 1990, (6): 39
- [32] 卓焕慈. 以锡类散为主治疗重型慢性溃疡性结肠炎. 中西医结合杂志, 1988, 8 (8): 485
- [33] 张敏等. 益气清肠汤治疗慢性结肠炎 40 例. 浙江中医杂志, 1992, (12): 533
- [34] 张传儒. 调肝理脾法治疗慢性非特异性结肠炎 30 例报告. 中医杂志, 1990, (8): 36
- [35] 孙景兰. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 44 例. 浙江中医杂志, 1992, (9): 394
- [36] 王林等. 愈肠汤治疗溃疡性结肠炎 23 例临床观察. 北京中医杂志, 1991, (5): 30
- [37] 尚桂枝. 中医内服与灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 20 例. 内蒙古中医药 1991, (3): 3
- [38] 陈治水等. 难治性溃疡性结肠炎的临床双盲治疗研究. 中医药学报, 1991, (5): 28
- [39] 郭琪等. 溃疡性结肠炎中草药治疗及某些免疫功能动态观察. 中西医结合杂志, 1989, 9 (8): 472
- [40] 曹建雄等. 健脾清肠 I 号加肠康液治慢性结肠炎临床观察与实验研究. 江西中医药, 1992, 23 (4): 24
- [41] 肖振球等. 自拟安肠汤治疗溃疡性结肠炎 50 例. 广西中医药, 1993, 16 (3): 3
- [42] 孙怡. 中西医结合治疗慢性非特异性结肠炎. 辽宁中医杂志 1992, (4): 24
- [43] 路立然等. 治疗慢性溃疡性结肠炎 38 例. 河北中医, 1991, 13 (6): 42
- [44] 阎小萍. 中药内服及灌肠治疗溃疡性结肠炎 38 例. 北京中医学院学报, 1991, 14 (1): 33
- [45] 赵育才等. 王国三治疗慢性特异性溃疡性结肠炎经验. 上海中医药杂志, 1993, (6): 6
- [46] 刘祥瑛等. 慢性结肠炎 63 例临床观察. 北京中医杂志, 1991, (4): 22
- [47] 范淑惠等. 活血化瘀辨证治疗慢性溃疡性结肠炎. 实用中医内科杂志, 1991, 5 (4): 28
- [48] 陈明光. 徐振盛治疗慢性结肠的经验. 北京中医杂志, 1991, (3): 38
- [49] 聂玉萍等. 38 例溃疡性结肠炎辨证施治疗效观察. 实用中医内科杂志, 1992, 6 (4): 24
- [50] 马大中等. 中西医结合治疗慢性溃疡性结肠炎 18 例. 实用中西医结合杂志, 1991, 4 (4): 228
- [51] 史继渊. 溃疡汤治疗 82 例溃疡性结肠炎临床观察. 四川中医 1989, (10): 26

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]
书名= 中西医结合专科病诊疗大系 胃肠病学
作者=
页数= 4 3 7
S S 号= 1 0 3 0 0 1 6 9
出版日期=

封面页

书名页

版权页

前言页

目录页

上编

基础理论

第一章 胃肠道的生理

第一节 西医对胃肠道生理的认识

第二节 中医对胃肠道生理的认识

第二章 胃肠道疾病的病因病机

第一节 胃肠道疾病的病因

第二节 胃肠道疾病的病机

第三章 胃肠道疾病的诊断

第一节 西医对胃肠道疾病的诊断

第二节 中医对胃肠道疾病的诊断

第三节 现代医学检查病理改变的中医认识

中编

临床诊疗

第一章 反流性食管炎

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

第三节 治疗

第四节 预防

第二章 食管癌

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

第三节 治疗

第四节 预防

第三章 食管贲门失弛缓症

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

第三节 治疗

第四节 预防

第四章 食管裂孔疝

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

第三节 治疗

第四节 预防

第五章 急性胃炎

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

第三节 治疗

第四节 预防

第六章 慢性浅表性胃炎

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

第三节 治疗

第四节 预防

第七章 慢性萎缩性胃炎

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

第三节 治疗

第四节 预防

第八章 消化性溃疡

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

第三节 治疗

第四节 预防

第九章 胃粘膜脱垂症

第一节 病因病理

第二节 临床诊断

	第三节	治疗
	第四节	预防
第十章	胃癌	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十一章	胃内结块	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十二章	十二指肠炎	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十三章	十二指肠壅积症	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十四章	餐后综合征	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十五章	胃切除后胆汁反流性胃炎	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十六章	上消化道出血	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十七章	急性出血性坏死性肠炎	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十八章	伪膜性肠炎	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第十九章	克隆病	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十章	溃疡性结肠炎	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十一章	大肠癌	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断

	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十二章	胃神经官能症	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十三章	肠道易激综合征	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十四章	肠梗阻	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十五章	消化道息肉	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十六章	细菌性痢疾	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十七章	病毒性胃肠炎	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十八章	便秘	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防
第二十九章	腹泻	
	第一节	病因病理
	第二节	临床诊断
	第三节	治疗
	第四节	预防

下编

专题研究		
第一章	中医治疗幽门螺杆菌感染	
	第一节	幽门螺杆菌的西医学研究
	第二节	慢性胃病H P感染和中医辨证分型
	第三节	单味中药及中成药治疗H P感染的研究
	第四节	复方中药治疗H P感染的研究
	第五节	抗H P中药药理实验研究
第二章	慢性萎缩性胃炎的中医研究进展	
	第一节	慢性萎缩性胃炎病因病机的探讨
	第二节	慢性萎缩性胃炎辨证分型的探讨
	第三节	慢性萎缩性胃炎动物实验现况
	第四节	中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究
第三章	中医治疗胃粘膜癌前病变的研究进展	
	第一节	胃粘膜癌前病变研究的进展
	第二节	中医药治疗胃癌前病变的近况
第四章	中医、中西医结合治疗胆汁反流性胃炎的研究	
	第一节	西医的发病机理及诊断的研究
	第二节	治则和方法的研究

第五章	胃下垂的中医药治疗概况
第一节	中医专方治疗胃下垂
第二节	针灸、贴敷穴位治疗胃下垂
第六章	中药保留灌肠及内服灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的研究
第一节	中药保留灌肠治疗
第二节	中药灌肠加内服治疗