

<<消化性溃疡>>

图书基本信息

书名：<<消化性溃疡>>

13位ISBN编号：9787506741132

10位ISBN编号：750674113X

出版时间：2009-4

出版时间：中国医药科技出版社

作者：于晓峰 编

页数：219

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<消化性溃疡>>

前言

自地球上出现人类以来，人类与疾病的斗争就开始了，从迫于生存到追求健康、延长寿命，医学也经历了诞生、发展的过程。

随着科学的不断发展，医学也在不断进步，成为一门不断创新的学科。

在20世纪中叶之前，威胁人类健康的疾病主要是传染病，人们多以各种疫苗的接种作为主要预防手段，以各种抗生素和化学药物的应用作为主要治疗手段，使大多数传染病得到了控制。

目前，主要威胁人类健康的疾病已发生了转变，与生活水平提高、平均期望寿命延长、不良生活方式泛滥以及心理、行为和社会环境影响相关的心脑血管病、代谢性疾病、老年性疾病、恶性肿瘤和精神性疾病占据了主导，这一变化医学上称为流行病学转变。

流行病学的转变导致了医学模式已从“生物医学模式”转变为“生物—心理—社会医学模式”，体现在医疗卫生工作就是从以疾病为主导转变为以健康为主导。

满足人们对医学的需求不仅是面向个体的医疗保健，更需要面向群体的卫生保健；疾病防治的重点不仅是危害人群健康的传染病，更要重视与心理、社会和环境因素密切相关的非传染病。

为达到上述目的，医疗卫生工作需要得到广大人民群众的支持和配合，而要获得这样的配合首先要让广大人民群众更多地了解他们及其家属所患的疾病，向他们普及医学科学知识则是一个很有效的方法。

《名医与您谈疾病丛书》就是一套这样的医学科普读物，采用读者问、名医答的形式，对71种常见疾病、综合征或重要症状表现、诊断、治疗、预防保健等问题，做尽可能详细而通俗的阐述；并特别选答在临床诊疗中患者询问医师最多的问题，为读者提供实用的防治这些疾病的有关知识。

它既适用于患者及其家属更全面地了解疾病，也可供医务工作者向病人介绍其病情，解释采取的诊断方法、治疗步骤、护理措施和预后判断。

本丛书涵盖了临床各系统、各科的相关疾病、综合征和重要症状。

该丛书包括：高血压，冠心病，脑卒中，头痛，失眠，心肌炎，心律失常，癫痫，老年性痴呆，帕金森病，糖尿病，更年期综合征，甲亢，痛风，高脂血症，类风湿关节炎，咳嗽，支气管哮喘，支气管肺癌，感冒，慢性阻塞性肺疾病，慢性鼻炎，慢性咽炎，妇科炎症，子宫肌瘤，产后病，痛经与经前期综合征，妊娠期病症，乳腺疾病，脱发，性病，银屑病，皮炎、湿疹、荨麻疹，白癜风，炎症性肠病，消化性溃疡，慢性胃炎，胃癌，肝癌，胃食管反流病，便秘，胆囊炎与胆石症，肝硬化，消化道出血，乙型肝炎，脂肪肝，肛肠疾病，大肠癌，尿路感染，前列腺疾病，性功能障碍，肾脏肿瘤与膀胱疾病，泌尿系结石，结膜炎，白内障，黄斑变性，青光眼，小儿多动症，小儿厌食症，儿童肥胖症，骨折，骨关节病，腰椎间盘突出症，颈肩腰腿痛，贫血，白血病，肾炎，尿毒症，抑郁症，焦虑障碍，口腔疾病。

相信本丛书的出版，将会受到患者及其家属的欢迎，为个体的医疗保健和群体的卫生保健服务作出贡献，故乐为作序。

<<消化性溃疡>>

内容概要

本书是《名医与您谈疾病丛书》之一，以问答的形式介绍了消化性溃疡的常识、病因、症状、并发症、诊断与鉴别诊断、治疗、预防保健等知识。

全书深入浅出，语言通俗易懂，适合消化性溃疡患者、家属及基层医生参考使用。

<<消化性溃疡>>

作者简介

于晓峰，主任医师、教授。

现任复旦大学附属华东医院消化科主任。
任上海市老年学会老年保健医疗专业委员会委员。
上海消化疾病专家诊治中心委员。
中华医学会上海分会消化病系专科委员会委员，上海医学会消化病学会动力学组委员，上海市消化内科临床质控中心专家委员会委员，上海市政府采购咨询专家。
上海市医学会医疗事故技术鉴定专家组成员。

<<消化性溃疡>>

书籍目录

常识篇 什么是消化性溃疡？

消化性溃疡好发于哪些部位？

消化性溃疡的发病有哪些流行病学特点？

什么是胃糜烂？

消化性溃疡就是“胃病”、“胃气痛”吗？

胃的解剖结构是怎样的？

胃液主要有哪些成分？

什么是胃酸？

胃腺内的壁细胞是如何分泌胃酸的？

胃酸有哪些生理功能？

什么是胃黏膜屏障？

十二指肠的解剖结构是怎样的？

十二指肠的生理功能是什么？

何谓消化性溃疡防御因子？

何谓消化性溃疡攻击因子？

幽门螺杆菌是怎么回事？

幽门螺杆菌有哪几种传播方式？

幽门螺杆菌与哪些消化道疾病有关？

我国的幽门螺杆菌流行情况有何特点？

消化性溃疡患者可以吸烟吗？

消化性溃疡患者可以饮酒吗？

消化性溃疡患者能饮用咖啡和浓茶吗？

消化性溃疡与食用刺激性食物有关系吗？

病因篇 消化性溃疡的病因是什么？

消化性溃疡的发病与胃酸有关系吗？

消化性溃疡的发病与胃的排空有关系吗？

消化性溃疡与幽门螺杆菌感染有关吗？

如何理解“无酸无溃疡”和“无幽门螺杆菌无溃疡”的说法？

哪些人易患消化性溃疡？

人在应激状态下易发生消化性溃疡吗？

消化性溃疡的发病与情绪有关吗？

消化性溃疡的发病与季节有关吗？

消化性溃疡会遗传吗？

消化性溃疡与血型有关系吗？

哪些药物会引起消化性溃疡？

何谓非甾体类抗炎药相关性溃疡，有何特点？

非甾体类抗炎药致溃疡作用与年龄有关吗？

非甾体类抗炎药致溃疡作用与用药时间有关吗？

非甾体类抗炎药致溃疡作用与药物剂量有关吗？

消化性溃疡的发病机制是什么？

消化性溃疡与慢性胃炎有因果关系吗？

萎缩性胃炎会发展为消化性溃疡吗？

慢性阻塞性肺病会发展为消化性溃疡吗？

类风湿关节炎患者易发生消化性溃疡吗？

肝硬化患者容易发生消化性溃疡吗？

<<消化性溃疡>>

- 肾功能不全患者进行血液透析或肾移植术后为何易发生 消化性溃疡？
- 腹部放疗、化疗患者容易发生消化性溃疡吗？
- 甲状旁腺功能亢进症患者易患消化性溃疡吗？
- 症状篇 消化性溃疡有哪些症状？
- 消化性溃疡的疼痛有哪些特点？
- 消化性溃疡一定有疼痛吗？
- 什么是消化性溃疡的节律性疼痛？
- 什么是消化性溃疡的周期性疼痛？
- 消化性溃疡的疼痛与胃酸有关吗？
- 消化性溃疡患者一定有反酸吗？
- 消化性溃疡患者常有胆汁反流吗？
- 消化性溃疡患者一定有恶心、呕吐吗？
- 消化性溃疡患者会有食欲不振吗？
- 消化性溃疡患者一定会出现消瘦吗？
- 消化性溃疡有哪些体征？
- 消化性溃疡不治疗也会自愈吗？
- 消化性溃疡愈合后仍有胃痛怎么办？
- 消化性溃疡愈合后还会复发吗？
- 什么是无症状的消化性溃疡？
- 什么是特殊类型的消化性溃疡？
- 什么是复合性溃疡？
- 何谓多发性溃疡？
- 什么是对口溃疡？
- 幽门管溃疡有哪些特点？
- 何谓球后溃疡？
- 何谓穿透性溃疡？
- 什么是吻合口溃疡？
- 何谓巨大溃疡？
- 什么是线状溃疡？
- 什么是难治性溃疡？
- 何谓Dieulafoy溃疡？
- 应激性溃疡有哪些特点？
- 食管也会发生消化性溃疡吗？
- 什么是Barrett食管？
- 憩室内会发生消化性溃疡吗？
- 胃底、胃大弯侧会发生消化性溃疡吗？
- 什么是胃泌素瘤？
- 胃泌素瘤所致的消化性溃疡有哪些特点？
- 老年人易患消化性溃疡吗？
- 老年人消化性溃疡有什么特点？
- 儿童会患消化性溃疡吗？
- 儿童溃疡病在临床上有哪些表现？
- 并发症篇 消化性溃疡易有哪些并发症？
- 哪些消化性溃疡易并发幽门梗阻？
- 消化性溃疡并发幽门梗阻有哪些症状？
- 消化性溃疡患者有呕吐就一定有幽门梗阻吗？
- 消化性溃疡并发幽门梗阻有哪些重要体征？

<<消化性溃疡>>

- 消化性溃疡并发幽门梗阻能做胃镜检查吗？
- 幽门梗阻为何容易发生水、电解质紊乱？
- 幽门梗阻易发生哪些酸碱失衡？
- 怎样判断幽门梗阻的程度，如何知道梗阻已缓解？
- 消化性溃疡并发急性穿孔有哪些症状？
- 消化性溃疡并发急性穿孔有哪些体征？
- 消化性溃疡并发穿孔前数日，一定有胃痛吗？
- 消化性溃疡并发穿孔一定有弥漫性腹膜炎吗？
- 消化性溃疡并发穿孔时患者一定会有膈下游离气体吗？
- 消化性溃疡并发急性穿孔能做胃镜检查吗？
- 消化性溃疡急性穿孔的诱因有哪些？
- 穿透性溃疡有哪些症状？
- 消化性溃疡患者为何要注意自己大便的颜色？
- 哪些消化性溃疡患者易并发上消化道出血？
- 消化性溃疡并发大出血一定要住院吗？
- 消化性溃疡并发出血患者做急诊胃镜，一定要洗胃吗？
- 什么是消化性溃疡并发活动性出血？
- 什么是消化性溃疡并发出血时的新近出血征象？
- 消化性溃疡并发大出血有哪些症状？
- 消化性溃疡并发大出血一定有呕血表现吗？
- 单凭呕血的颜色，能判断消化性溃疡出血的程度吗？
- 单凭黑粪颜色，能判断上消化道出血的程度吗？
- 消化性溃疡患者的大便隐血阳性，就可判断并发大出血吗？
- 消化性溃疡大出血患者可自行上厕所大小便吗？
- 消化性溃疡患者合并大出血，可以做胃镜吗？
- 消化性溃疡大出血时为什么要监测血压和脉搏？
- 血红蛋白、血细胞比容能判断消化性溃疡大出血的程度吗？
- 如何知道消化性溃疡大出血已停止？
- 消化性溃疡出血停止后会再出血吗？
- 老年人消化性溃疡并发大出血有哪些临床表现和特点？
- 消化性溃疡会癌变吗？
- 消化性溃疡患者会有胃黏膜的肠腺化生吗？
- 消化性溃疡患者胃黏膜异型增生会癌变吗？
- 什么是上皮内瘤变，与异型增生有什么区别？
- 诊断与鉴别诊断篇 怎样判断消化性溃疡？
- 诊断消化性溃疡一定要做胃镜检查吗？
- 做胃镜检查很难受吗？
- 胃镜检查前应做哪些准备？
- 胃镜检查会传播病毒性肝炎吗？
- 怎样配合做胃镜检查？
- 怎样避免胃镜检查的并发症？
- 为什么胃镜检查后还需禁食数小时？
- 胃镜下消化性溃疡有何表现？
- 消化性溃疡的病理形态是怎样的？
- 胃溃疡一定要以胃镜随访吗？
- 短时间内连续做胃镜检查对身体有害吗？
- 胃镜下做胃黏膜活检有疼痛吗？

<<消化性溃疡>>

胃镜下做胃黏膜活检会伤胃吗？
.....治疗篇预防保健篇

<<消化性溃疡>>

章节摘录

常识篇 什么是消化性溃疡？

消化性溃疡是指胃肠黏膜层的局部缺损，直径一般为0.3-2.5cm。

与糜烂不同的是，消化性溃疡的黏膜缺损深度超过黏膜肌层，愈合后常有瘢痕形成。

溃疡的形成有多种因素，其中酸性胃液对胃肠黏膜的自身消化是溃疡形成的基本因素，因此称之为“消化性溃疡”。

消化性溃疡主要指发生于胃和十二指肠的慢性溃疡，是一种多发病、常见病。

当胃内促使溃疡形成的侵袭因素（如胃酸、胃蛋白酶、幽门螺杆菌等）超过了黏膜自身保护的防御因素（如黏液-碳酸氢盐屏障、黏膜屏障、黏膜血流等），即可引起消化性溃疡的发生。

消化性溃疡好发于哪些部位？

消化性溃疡的发生与胃酸相关，故与酸性胃液接触的任何部位。

包括食管下段、胃、胃-肠吻合术后的吻合口及其附近的肠袢、十二指肠，含有异位胃黏膜的Meckel憩室等，均可发生消化性溃疡。

据报道，99%的消化性溃疡发生在胃和十二指肠，故临床上消化性溃疡通常指胃溃疡和十二指肠溃疡。

胃溃疡多发于胃窦小弯，十二指肠溃疡好发于十二指肠球部。

消化性溃疡的发病有哪些流行病学特点？

消化性溃疡是全球性的多发病，但在不同国家、不同地区的患病率存在很大差异。

据国外资料估计，约10%的人一生中曾发生过消化性溃疡。

我国目前尚缺乏大规模流行病学调查的确切资料。

发病以男性多见，男女发病率之比十二指肠溃疡为4.4-6.8：1，胃溃疡为3.6-4.7：1。

一般来说，十二指肠溃疡比胃溃疡多见，两者之比约为1.5-5.6：1，但在胃癌高发区则胃溃疡可能多于十二指肠溃疡。

消化性溃疡可发生于不同的年龄，其中十二指肠溃疡多见于青壮年，胃溃疡多见于中老年，前者的发病高峰一般比后者平均早10年。

近年来的资料显示，60岁以上老年人的消化性溃疡发病率增加了5.6倍，尤其是胃溃疡的发病率增长了4倍，其增高趋势与国外报道雷同。

我国消化性溃疡研究协作组的资料显示，我国南方消化性溃疡的发病率明显高于北方，城市高于农村，这可能与饮食习惯、工作紧张等因素有关。

消化性溃疡的发生还与季节变化有关，一般秋冬季节好发，夏季明显降低。

有调查认为，2月份和9月份是消化性溃疡的好发月份。

什么是胃糜烂？

胃糜烂是指局限于胃黏膜的黏膜破损。

深度不超过黏膜肌层，病变可局限于胃窦、胃体或弥漫分布于全胃。

也有人把胃糜烂认为是胃溃疡的早期阶段或前期阶段。

需要指出的是，并不是所有的胃糜烂都会发展为胃溃疡。

急性糜烂性胃炎是指以胃黏膜多发性糜烂为特征的胃炎，常伴有出血，也可伴有急性溃疡形成。

显微镜下可见中性粒细胞和单核细胞浸润，腺体因水肿、出血而扭曲，糜烂黏膜表层上皮细胞有灶性脱落。

非甾体类抗炎药、烈性酒等可严重破坏胃黏膜屏障，引起氢离子、胃蛋白酶的反弥散，造成胃黏膜损伤，继而发生胃糜烂甚至出血。

严重创伤、大手术、大面积烧伤、颅内病变、休克血症等的严重应激状态，也是急性胃糜烂的常见原因。

消化性溃疡就是“胃病”、“胃气痛”吗？

“胃痛”、“胃气痛”是一般民间的叫法，通常指部位在上腹部的疼痛。

由于消化性溃疡主要临床症状是腹痛，部位也在上腹部，因此容易误认为“胃痛”或“胃气痛”就是

<<消化性溃疡>>

消化性溃疡，这种想法其实是不对的。

实际上，引起上腹部疼痛的疾病很多，如胆道、胰腺、胃、横结肠的各种病变均可引起上腹部不适或疼痛。

因此患者如有上腹部疼痛，应及时、及早就医，临床医师对该部位的疼痛也应进行详细、认真地检查，明确诊断，才能得到及时、正确的治疗。

胃的解剖结构是怎样的？

胃是消化管中最膨大的部分，位于腹腔上部，上以贲门与食管相接，向右下以幽门接十二指肠上部。

胃呈S形，其大小、形态和位置依年龄、性别、体位，以及胃的充盈程度不同而异。

正常成人胃容量约1500ml，是一个舒缩性很强的器官。

胃是一囊状器官，分上下1:2、前后壁和大小两弯（图1-1）。

胃的上口称贲门，上接食管；下口称幽门，下连十二指肠。

将胃朝前上方的一侧称为胃前壁，朝后下方的一侧称为胃后壁。

前后壁相连处形成弯曲，胃的上缘称为胃小弯，其最低点有明显的转角称角切迹；胃下缘称为胃大弯。

胃可分为四部分：贲门部、胃底、胃体和幽门部。

胃连接食管的入口称为贲门，靠近贲门处称为贲门部；贲门左侧的膨出部分称为胃底；贲门以下胃的中部称为胃体；胃体的下部称幽门部，亦称胃窦，是消化性溃疡的好发部位，其与十二指肠相连的出口称幽门，幽门如闸门，控制食物只准出而不准返回胃中。

胃液主要有哪些成分？

纯净的胃液是一种无色透明的液体，酸碱度（pH）介于0.9-1.5。

胃液是由分布于胃黏膜层内的胃腺分泌的。

其中，贲门腺区和幽门腺区的黏液细胞分泌黏液，胃底腺区的壁细胞、主细胞和颈黏液细胞分别分泌盐酸、胃蛋白酶和黏液。

正常成人每日分泌胃液量约1500-2500ml，主要由盐酸、黏液、胃蛋白酶、碳酸氢盐和内因子等成分组成。

盐酸，即通常所说的胃酸，是胃液的重要组成成分，由胃腺壁细胞分泌。

胃的盐酸分泌量与壁细胞数目呈正相关。

盐酸能激活胃蛋白酶原转化成胃蛋白酶，并为胃、蛋白酶发挥作用提供一个适宜的酸性环境；进入小肠后可促进胰液和胆汁的分泌；还有助于小肠对铁和钙的吸收。

若盐酸分泌过多，则对胃和十二指肠黏膜有侵蚀作用，是消化性溃疡发病的原因之一。

胃的黏液是由表面上皮细胞、黏液颈细胞以及幽门腺、贲门腺的黏液细胞共同分泌的一种大分子糖蛋白。

正常生理状态下，黏液覆盖于胃黏膜表面，形成一个厚约500 μ m的凝胶层，具有润滑作用，可减轻粗糙食物对胃黏膜的机械性损伤。

胃蛋白酶是胃内最重要的消化酶，主要由胃黏膜主细胞分泌的胃蛋白酶原经过胃酸作用转化而成。

胃蛋白酶只有在酸性环境下才会发挥其生物活性，参与蛋白质的消化水解。

胃蛋白酶的生物活性受胃液pH的影响，pH为1-3时具有最大的分解蛋白质活性；pH为6时，胃蛋白酶会发生不可逆的变性，从而丧失其生物活性。

胃内碳酸氢盐主要是由胃表面黏液细胞分泌，与黏液层一起形成黏液-碳酸氢盐屏障，即所谓的胃黏膜屏障，能有效阻断胃内氢离子向胃黏膜上皮逆向弥散，保护胃黏膜免受氢离子的侵蚀。

内因子是壁细胞分泌的一种糖蛋白。

内因子的分泌是持续性的，其主要功能是保护维生素B₁₂，在胃肠道内不被蛋白水解酶破坏，促进维生素B₁₂，在回肠远端的吸收。

内因子缺乏可导致维生素B₁₂吸收障碍，从而引起恶性贫血。

引起胃酸分泌的刺激，如五肽胃泌素、组胺、胆碱能兴奋剂等，均可促进内因子的分泌。

什么是胃酸？

<<消化性溃疡>>

胃酸，即胃液中的盐酸，是胃液的重要组成成分，由胃腺壁细胞所分泌。

胃液中的盐酸有两种存在形式：一种是解离的游离酸，另一种是与蛋白质结合的结合酸，两者之和称为总酸。

采用经典的托佛（Topfer）和酚酞两种指示剂，根据滴定中指示剂变色所用的0.1mmol/L氧化钠的容量，可计算胃液的酸度。

托佛指示剂在pH2.9-4.0时红色消失，酚酞指示剂在pH 8-10时变为微红色，前者表示游离酸，后者表示总酸。

目前主张以总酸排出量来表示胃液中的盐酸含量，所以多采用酚酞指示剂。滴定终点为pH 7.0时变为红色。

滴定后按以下公式分别计算胃酸酸度和胃酸排出量：胃酸酸度（mmol/L） = 氢氧化钠浓度（mmol/L） × 氢氧化钠滴定时的消耗量（ml） / 被滴定的胃液标本量（ml）；胃酸排出量（mmol/L） = 胃酸酸度（mmol/L） × 胃液量（Uh）。

在纯胃液中，游离酸占了绝大部分。

胃液中盐酸的量通常以单位时间内分泌盐酸的摩尔数表示，称为胃酸排出量。

判断胃酸分泌有两个指标，即基础胃酸排出量（BAO）和最大胃酸排出量（MAO）。

在没有刺激因素影响下的单位时间内的胃酸分泌量，称为基础胃酸排出量。

生理状态下，昼夜24小时内的基础胃酸排出量呈节律性波动，夜间睡眠后胃酸分泌速率升高，胃内酸度升高的峰值出现在清醒前的数小时，清醒前的早晨胃内酸度明显下降，即早晨5：00-11：00胃酸分泌速率最低，午后14：00-24：00分泌速率最高。

健康人的基础胃酸排出量可有较大差异。

人的胃酸分泌受年龄、性别、种族、精神等因素的影响。

一般来说，男性大于女性，这可能与男性的壁细胞数量较多有关。

决定基础胃酸排出量的因素除了壁细胞数量外，还可能与迷走神经张力和胃泌素分泌有关。

切断迷走神经或者切除胃窦，可使分泌胃泌素的G细胞数量减少，从而使基础胃酸排出量明显降低。

最大胃酸排出量是指在组胺或五肽胃泌素的刺激下，高峰泌酸期持续1小时的胃酸分泌量。

据文献报告，我国正常健康人的基础胃酸排出量平均3-4mmol/h，最大胃酸排出量平均16-18mmol/h。

<<消化性溃疡>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>