第一图书网, tushu007.com

<<功能性胃肠病中医诊治与调理>>

图书基本信息

书名：<<功能性胃肠病中医诊治与调理>>

13位ISBN编号：9787509104101

10位ISBN编号：7509104106

出版时间：2006-11

出版时间：人民军医出版社

作者：赵荣莱

页数：337

字数：369000

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

内容概要

中医学中各种功能性胃肠病的常见症状，早在《内经》中就有记载，如噫（即嗳气，见《素问·脉解篇》）、呕吐（见《素问·六元正纪大论》）、痞（见《素问·五常政大论》）、胃痛（见《素问·病能论》）、泄泻（见《素问·脉要精微论）、大便难（即·便秘，见《素问·至鬻要大论》）。又如《素问·举痛论》中[寒气客于小肠，小肠不得成聚，故后泄腹痛]……

作者简介

赵荣莱，1954年毕业于浙江大学医学院，1964年参加北京市第二期西医学习中医班，自1966年至今在北京中医医院工作，任副主任、主任医师。
赵荣莱先生1978年至1990年任北京市中医研究所副所长。
历任北京市中西医结合学会理事、中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会委员、中

书籍目录

第一章 功能性胃肠病的发病学概述 第一节 功能性胃肠病的西医发病学 第二节 功能性胃肠病的中医发病学第二章 脾胃学说基础理论 第一节 脾胃学说的形成和发展 第二节 中医脾胃解剖、生理 第三节 脾胃病病因 第四节 脾胃病病机第三章 与功能性胃肠病有关的中医基础理论 第一节 脏腑相关与脾胃病 第二节 气血学说与功能性胃肠病 第三节 脾胃升降与功能性胃肠病 第四节 形神相关与功能性胃肠病 第五节 经络学说与功能性胃肠病第四章 脾胃病辨证论治 第一节 脾胃病辨证论治 第二节 功能性胃肠病常用中药 第三节 功能性胃肠病常用方剂 第四节 功能性胃肠病的分类与中医治疗第五章 功能性胃肠病的分类与中医治疗 第一节 功能性食管病 第二节 功能性胃十二指肠病 第三节 功能性肠病和功能性腹痛 第四节 功能性胆、胰疾病 第五节 功能性肛门、直肠疾病 第六节 小儿功能性胃肠病 第七节 胃肠运动障碍性疾病

章节摘录

第一节　功能性胃肠病饷西医发病学功能性胃肠病（functional gastrointestinal disorders，简称FGID）是胃肠道感觉和（或）运动功能紊乱引起的疾病，按解剖部位分为食管病（癔球症，反刍综合征，功能性食管源性胸痛，功能性胃灼热，功能性吞咽困难，非特异性功能性食管病），胃十二指肠病（功能性消化不良，吞气症，功能性呕吐），肠病（肠易激综合征，功能性腹胀，功能性便秘，功能性腹泻，非特异性功能性肠病），功能性腹痛（功能性腹痛综合征，非特异性功能性腹痛），胆病（胆囊功能不良，Oddi括约肌功能不良），肛门直肠病（功能性便失禁，功能性肛肠痛，盆底综合征），儿童功能性胃肠病（呕吐，腹痛，功能性腹泻，功能性便秘）共七大类，25种病。
FGID有很高的患病率。
IBS的患病率，西方国家报道在8%～23%（Rome标准），其中欧洲、北美国家为10%～15%（Rome标准），亚洲国家患病率大多在5%（Rome标准和Manning标准），英国成年人中14%有IBS，女性多于男性，约为1.57:1，我国北京地区18～70岁人群大样本流行病学调查，患病率为7.2%（Manning标准）和O.82 9／6（Rome标准）。
欧美各国人群消化不良患病率21%～40%不等，其中功能性消化不良（functional dyspepsia，FD）占40%～70%，以溃疡样型最多，非特异型最少，日本FD的患病率与之相仿，但以运动障碍型最多。
国内广东城镇居民患病率18.9%，天津警察医院职工和家属患病率为23.3%，女性高于男性。
FGID症状的产生由多个生理因素决定，并受社会文化和社会心理诸因素影响。
我国正处于经济转型时期，社会保障制度尚不完善，环境污染、生活压力较大等因素与生理因素相结合，都可增加FGID的患病率。
FGID虽然并不增加患者的病死率和伤残率，但对患者的工作、学习、生活等带来不良影响。
由于对症状认识不足，西医药治疗又不够理想，患者担心自己病情严重，故频繁就医，往返于大医院之间，不但加重自身经济负担和心理压力，而且造成国家医药资源的浪费。
FGID是食管、胃、肠、肛门、胆的功能性疾病。
这些病所产生的症状，不能区分是器质性还是功能性，所以FGID的诊断是排除性诊断。
首先用消化道钡剂x线检查、消化内镜、B超、超声内镜、腹部CT、24小时食管pH监测、腔内测压等手段，排除器质性疾病，对FGID各病作出界定和诊断。
FD是指上腹部中心的疼痛或不适，这意味着疼痛和不适主要位于或围绕在中线附近；不适是一种主观的不良感觉，是上腹部发胀、早饱、恶心等。
FD又称非器质性消化不良（NOD）、上腹不适综合征和胃易激综合征，1984.年Thornpson提出非溃疡性消化不良（NUD）的概念并被广泛应用，1991年荷兰FD专题讨论会将其分为溃疡型、动力障碍型、反流样型及复合型等4型，1999年Rome Ⅱ标准将其分为溃疡样型、动力障碍型、非特异型等3型，而把胃灼热、呃逆排除在FD症状之外。
胃灼热明显多可证实为胃食管反流病，而呃逆与吞气症相关。
症状要在近12个月中，至少出现12周，无需连续。
肠易激综合征（irritable bowel syndrome，IBS）是最常见的功能性胃肠病之一，其临床特征为大便习惯改变，腹痛而无器质性病变，症状明显受精神心理因素和生活节奏过度紧张的影响，具有易激性胃肠动力紊乱。
1818年Powell等报道本病为具有腹痛、消化紊乱和腹胀的肠病。
几经易名，20世纪40年代西方学者命名本病为肠易激综合征。
经过两个世纪的研究，本病治疗取得很大进展。
从1979年的Manning标准和1984年的Kruis标准到Rome标准并以此为基础，多国学者遵循“生物一心理一社会医学”模式，反复讨论、修改，在对感觉和动力异常的理解上，已初步取得共识，于2000年公布Rome Ⅱ标准。
IBS的病因和发病机制至今还未完全清楚，可能存在多种因素，目前最受关注的是精神心理和食物两大因素。
多年来，IBS一直被认为是一种肠动力异常的疾病，研究表明该病患者结肠的收缩频率、收缩幅度和峰

电位，特别是在餐后或受刺激后，都比健康人明显增强。

研究还证明，患者具有内脏感觉异常，结肠对刺激的敏感性增高，对正常人不能引起明显反应的弱刺激，可使IBS患者肠管剧烈收缩而引起腹痛和排便异常，表明神经机制参与IBS的发病。

国内外对IBS的发病机制，进行了十分广泛的探索研究。

近20年来，人们对医学模式的认识，已从以疾病为基础、只探求单个生物学病因的模式转变为更全面的生物一心理一社会模式。

后者认为FGID症状是由动力改变、内脏感觉过敏、脑肠调节障碍等多个生理因素决定，而且受社会文化及社会心理的影响。

这一模式从生理、心理、社会三个方面来研究健康与疾病有关问题，将人类的生物属性、生命与生态环境结合起来，从精神与躯体、心理与生理相互关系来研究。

胃肠的运动和分泌功能受自主神经系统和内分泌系统的调节，这两个系统的中枢与情感中枢的皮质下整合中枢处于同一解剖部位，故易受内外环境刺激和情绪因素的影响。

多种FGID可以叠加。

一项亚太地区FGID疾病调查中，功能性食管病、FD、功能性肠病、功能性肛门直肠病中，同时有2种疾病的占33.5%，同时有3种疾病的占24 9／6，同时有4种疾病的占9%，这一现象值得重视。

约1／2 GERD患者胃排空延缓，胃压测定结果显示胃消化期间MMC一Ⅲ相减少，幽门功能异常，导致十二指肠胃反流和十二指肠胃食管反流。

有60%～80%的FD患者存在消化道运动功能异常，包括食管、胃、小肠以及胆道系统的运动异常。

部分FD患者有胃灼热、泛酸、胸痛等症状，24小时食管pH监测发现其胃食管反流较正常人增加，但反流总时间百分比仍在正常范围之内。

FD患者餐后胃窦收缩力降低，十二指肠运动减弱，动力指数下降，胃窦、十二指肠运动不协调，胃排空延迟，可能是胃运动异常的综合表现。

部分FD患者存在胆道排空障碍及壶腹括约肌运动功能障碍，胆囊排空功能低下。

编辑推荐

功能性胃肠病(简称FGID)是胃肠道感觉和(或)运动功能紊乱引起的疾病，按解剖部位分为食管病、胃十二指肠病、肠病、功能性腹痛、胆胰疾病、肛门直肠疾病，加上儿童功能性胃肠病，共七大类。
这些疾病，在目前条件及现有技术水平下，尚未发现解剖结构异常和组织学改变及生化代谢异常。
本书依据RomeⅡ标准，参照曼谷分类，主要讨论FGID各病的中医诊治，一并介绍胃肠运动障碍性疾病。
全书以脾胃学说为指导，介绍脏腑相关学说、气血学说、形神统一学说、脾胃升降学说、经络学说与FGID的关系，探讨FGID及其常见各病发病规律和辨证施治策略，较全面系统地阐述各病的病因、病机、临床表现、诊断、治疗、调护。
编写中始终保持中医学术优势和中医特色，注重学术思想的继承和发扬，坚持理论与实践的紧密结合，使其具有较高的临床实用价值。

第一图书网, tushu007.com

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