

中医基础理论研究

脾胃病患者的中医辨证与胃电图 检查结果关系的探讨

王建华* 连至诚* 侯 宁* 何智明**

胃主受纳,脾主运化,祖国医学称脾胃为后天之本,强调了脾胃在人体健康和发病中的作用。脾虚运化失职,在临床上常见纳差、食后腹胀等症状,其病理机制很可能与胃运动排空有关。国内冯氏等曾用X线钡餐透视方法,发现多数脾阳虚患者胃蠕动功能下降、排空时间延长⁽¹⁾。但此法比较粗糙,难以定量分析;而其他胃运动排空的检查方法(如气囊法、指示剂排出法等)则会给受试者带来痛苦,不易被接受。胃肠电生理研究是近年来比较活跃的领域,目前认为胃肠电活动与胃肠运动关系密切。我们在1980年10月至1982年7月,采用电生理方法间接观察了212例脾胃病患者和36名正常人的胃运动状态,并对其中30例住院患者的胃电参数,进行了治疗前后的自身对照观察。从248例278幅体表胃电图的分析中,发现脾虚等不同证型患者的胃电图与正常人相比存在某些差异;治疗后随着证情的好转,患者的胃电参数亦有相应变化。

对象与方法

观察对象为脾胃病(消化系统疾病)患者212例。按本室拟定的中医辨证标准^(2,3)分为三组:脾虚组71例,占33.5%;肝胃不和组20例,占9.4%;脾虚肝郁组121例,占57.1%。其中183例作了纤维胃镜检查,均分别确诊为消化性溃疡、十二指肠球炎、慢性胃炎。另设正常健康人36名作为对照观察组。受试者年龄在18~60岁之间。各组的年龄、性别分布无明显差别。

30例住院患者,按本室临床组拟定的治疗方案进行治疗。脾虚组以补脾益气法治疗为主,处方:党参15克,白术10克,茯苓12克,北黄芪20克,甘草15克,乌贼骨15克,三棱10克。脾虚肝郁组治以疏肝健脾清热,药用党参12克,白术9克,茯苓12克,甘草12克,瓦楞子6克,乌贼骨9克,元胡6克,白

芍9克,三棱6克。肝胃不和组采用疏肝和胃法治疗,药用公英30克,黄芩12克,丹参15克,川芎5克,瓦楞子15克,甘草15克,郁金12克,赤芍15克。疗程为1~2个月。入院时和出院时分别检查胃电图,分析胃电参数变化与证候进退的关系。

测试仪器为日本RM-46型生理仪,纸速60毫米/分钟,时间常数2秒,前置滤波器自备。以0.7厘米直径的银-氯化银电极固定于受试者腹壁胃体部投影位置。实验时受试者进食1.5两咸面包,温水150毫升,5分钟食完。分别记录空腹及餐后的胃电改变。本文采用的体表胃电参数有:

- (1) 空腹和餐后的胃电频率均值(次/分钟);
- (2) 空腹和餐后的胃电波幅均值(微伏 μV),代表胃肌电兴奋程度,以幅度最高的连续5个波的平均值表示之;
- (3) 餐后胃电高幅时积(微伏分钟 μVM),代表进餐后的胃电兴奋耐力,可由餐后20分钟内高幅胃电波(指达到或超过最高波幅均值%的胃电波)持续时间(分钟)的累加数,乘以餐后20分钟内胃电波幅均值(μV)的积数求得。

检查结果

一、各组胃电参数比较

如附表所示,正常对照组空腹胃电频率在3次/分钟左右,胃电波幅均值为108 μV ;餐后胃电频率下降,平均为2.61次/分钟,而胃电波幅均值则明显升至250 μV 水平,持续约10分钟,胃电高幅时积接近2500 μVM 。脾虚组空腹和餐后胃电波幅、高幅时积均明显低于正常;餐后胃电频率较空腹略有上升。有肝郁表现(肝胃不和、脾虚肝郁)的患者空腹胃电频率明显低于正常。脾虚肝郁组的空腹、餐后胃电波幅均值

* 广州中医学院脾胃研究室

** 广州中医学院经络研究室

附表 各组胃电参数比较

组别	例数	空腹频率 (次/分) 均值±标准差	餐后频率 (次/分) 均值±标准差	空腹波幅 (微伏) 均值±标准差	餐后波幅 (微伏) 均值±标准差	高幅时积(微伏分钟) 均值±标准差
正常对照组	36	3.00±0.12	2.61±0.29	108±51	251±76	2469±1590
脾虚组	71	2.94±0.19	3.00±0.28*	23±13*	44±24*	616±264*
脾虚肝郁组	121	2.72±0.22*	2.86±0.31*	52±47*	168±158*	1632±1047*
肝胃不和组	20	2.84±0.24*	2.94±0.24*	114±80	501±235*	6620±3103*

* 与正常对照组比较, 经方差分析 $P < 0.01$

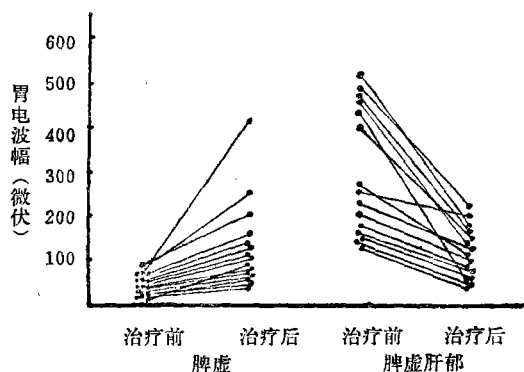
都较正常组降低; 但个体差异较大, 可能与肝脾虚实夹杂以何者为主有关。而肝胃不和组的餐后胃电波幅则明显高于正常。

二、餐后胃电波幅改变与中医脾胃症状关系

分析餐后胃电波幅偏低 ($< 50 \mu V$, 52例)、偏高 ($> 300 \mu V$, 25例) 两组患者的临床表现, 发现: 餐后胃电波幅偏低组多见疲倦 (80.8%)、纳差 (71.1%)、腹胀及/或食后饱胀 (90.4%)、口淡 (69.2%)、腹隐痛及喜温喜按 (69.2%)、短气 (76.9%)、便烂或滞 (61.5%) 等脾虚见症; 而餐后胃电波幅偏高组则以腹胀痛较剧或兼两胁胀痛 (68%)、暖气 (88%)、口苦 (64%)、失眠多梦及/或心烦易怒 (68%)、舌质偏红或有瘀点 (68%) 等肝胃不和见症为多见。

三、治疗前后餐后胃电波幅改变与证情改善关系

进行本项观察者共 30 例。脾虚 (或以脾虚为主) 组 15 例, 治疗前餐后胃电波幅 $20 \sim 90 \mu V$, 平均为 $40 \mu V$; 治疗后随着脾虚症状的好转, 餐后胃电波幅都有不同程度回升, 波幅范围为 $50 \sim 400 \mu V$, 平均值上升至 $150 \mu V$ 水平, 向正常值靠拢。肝郁脾虚组 15 例, 治疗前餐后胃电波幅 $100 \sim 500 \mu V$, 平均为 $250 \mu V$; 治疗后肝郁症状有较明显减轻, 而脾虚症状仍有不同程度存在, 餐后胃电波幅有较明显下降, 范围为 $40 \sim 240 \mu V$, 平均值降到 $150 \mu V$ 水平。(见附图)



附图 脾虚和脾虚肝郁证患者治疗前后胃电的观察

讨论

体表胃电图检查方法安全简便, 临床应用已有报道⁽⁴⁻⁶⁾。胃电参数反映机体的胃运动状态。空腹胃电与非消化期胃电的周期性兴奋有关⁽⁷⁾, 餐后胃电波幅高低反映胃的排空功能, 胃电高幅时积可粗略反映受试者餐后胃电的兴奋耐力, 因而胃电图检查注重进餐功能试验。脾胃病(消化系统疾病)患者的临床表现, 有虚, 有实, 也有虚实兼夹表现, 其中虚证以脾虚为多见, 实证以肝胃不和居多, 虚实兼夹者则以脾虚肝郁多见, 其中又有虚多实少、实多虚少之分。本文对 212 例脾胃病患者共 278 幅体表胃电图的分析中发现: 脾胃病患者的胃电图与正常人有所不同, 其中脾虚患者餐后胃电波幅明显低于正常, 肝胃不和者餐后波幅明显高于正常, 而脾虚肝郁组患者餐后波幅高低不等, 大多降低, 可能与本组虚实错杂而以虚证为主有关。随着治疗后证情改变, 其胃电参数也表现有相应的变化。以上结果表明, 胃电图检查对脾胃病的中医诊断(辨证)和疗效评定有一定的参考价值。

胃电活动是肌源性的, 受体内神经体液因素的调节, 因而胃电参数不但是胃运动的指标, 而且能反映有关因素的调节水平和相互关系。胃电的兴奋性影响因素有胆碱能迷走神经、胃泌素、胆囊收缩素、胃动素等; 抑制性影响因素有交感——肾上腺系统、促胰液素、胰多肽、舒血管肠肽等⁽⁸⁾。有关资料和我们的工作⁽⁹⁾表明, 在空腹时, 抑制胃电频率的主要因素是交感——肾上腺系统的基础水平。有肝郁表现(脾虚肝郁、肝胃不和)患者餐前胃电频率低于正常, 提示其交感——肾上腺系统基础兴奋水平偏高。餐后影响体表胃电波幅的主要因素是胆碱能迷走神经的功能张力。正常人餐后胃电波幅明显升高, 并有较长的持续时间, 表明食荷情况迷走神经有相当高的兴奋程度, 并有较持久的兴奋能力。脾虚患者餐后胃电波幅及高幅时积都明显低于正常, 提示食荷情况胆碱能迷走神经的功能张力不足, 兴奋耐力差。肝胃不和患者餐后胃电波幅明显高于正常, 提示食荷情况胆碱能迷走神经功能张

力偏亢。脾虚肝郁一证,涉及肝脾两脏,虚实错杂,该组患者餐后胃电波幅高低不等,少数病例表现以肝郁为主,波幅较高,多数病例表现以脾虚为主,波幅偏低,提示食荷情况胆碱能迷走神经功能张力少数偏高,多数偏低。

综合上述资料以及脾胃患者皮肤电冷反应检查结果(交感兴奋性指标)⁽¹⁰⁾可以初步认为:正常人空腹时交感神经、副交感神经的基础张力不高,交感神经、副交感神经对有效刺激有较高的反应能力;大多数脾虚患者交感神经、副交感神经对有效刺激的反应能力不足;大多数有肝郁表现(肝胃不和、肝郁脾虚)的患者,空腹时交感-肾上腺系统基础水平偏高;大多数肝胃不和患者交感神经、副交感神经对有效刺激的反应性较高;脾虚肝郁患者则视其脾虚与肝郁以何者为主而有不同反应,以脾虚为主者与脾虚相似,以肝郁为主者与肝胃不和者相似,脾虚与肝郁都明显者交感神经对有效刺激的反应水平较高,而胆碱能迷走神经对有效刺激的反应能力不足,植物神经两对对立方面的反应性不均衡。

国内许多单位采用不同指标对脾胃患者的植物神经功能进行过研究^(10~13),而结果和看法则各不相同⁽¹²⁾⁽¹³⁾。造成上述不同意见的原因可能与研究部位(组织器官)的不同有关。因为不同组织器官的植物神经功能很可能不相一致。由于脾胃与消化系统关系甚为

密切,因此建立消化器官植物神经观察指标对脾胃研究的进一步深入是十分必要的。我们利用胃电等指标平行观察患者交感、副交感功能的工作才开始不久,加以神经体液因素对各组织器官的作用非常复杂,上述初步认识,很不成熟,仅供参考。

受试病例由内科及本室临床组提供,本工作得到经络研究室大力支持,安徽中医学院经络研究所许冠荪老师对本工作提出许多宝贵意见,特此一并致谢。

参 考 文 献

- (1) 冯庚玮等:中医杂志(4):32, 1986。
- (2) 广州中医学院脾胃研究组:中华医学杂志 60(5):290, 1980。
- (3) 劳绍贤等:浅谈脾虚各型的本和标与治疗的关系。内部资料, 1982。
- (4) 许冠荪等:生理学报 32(3):277, 1980。
- (5) 许冠荪等:91例胃病患者胃电图的初步观察。内部资料, 1980。
- (6) 林殿利等:上海医学 2(12):32, 1979。
- (7) 张经济:生理科学进展(4):325, 1981。
- (8) 张经济:生理科学进展10(4):312, 1979。
- (9) 连至诚:脾虚及其他脾胃患者胃电的初步观察。内部资料, 1981。
- (10) 陈洁文等:新中医(10):46, 1981。
- (11) 广州中医学院脾胃组:中华医学杂志60(5):290, 1980。
- (12) 王建华:脾本质探讨的研究概况和途径。内部资料, 1978。
- (13) 许自诚:现代对脾实质研究的动态。内部资料, 1981。

中 医 药 治 疗 慢 性 唇 炎 简 介

湖北医学院附属第一医院中医科 刘荣星

慢性唇炎,是指唇红部不能作出特殊诊断的一种非特异性慢性炎症,似属中医“唇风”范畴,多发于下唇,常经久不愈,治疗棘手。

近年来,经我院附属口腔医院确诊为慢性唇炎的患者,即转至我科用中医药治疗,多在2周左右获愈。远期随访,效果良好。特举例简介如下:

芦××,男,20岁。因外伤后下唇肿胀干裂3个月而就诊。于3月前不慎从楼上摔下,下前牙折断,下唇挫裂伤,伤口经缝合后愈合,后渐见下唇肿胀干裂,结薄痂,反复加重。经局部涂擦皮质激素软膏,口服土霉素、维生素C未见好转而转至我科。

素、维生素C未见好转而转至我科。

查见:下唇微肿外翻,发痒,粘膜局部剥脱充血,呈深红色,干燥有鳞屑及薄痂皮,自觉有粘稠物将上下唇粘住。舌质红,苔薄黄,脉细数。初用清热解暑十余剂不效,乃审证求因,改用清火生津、滋阴益肾法。内服方:生地、女贞子、山药、玉竹各15克,栀子、丹皮各12克,黄芩、麦冬、莲子心各9克。每日一剂,煎服。外敷方:玉蝴蝶,每次一张,用开水浸湿后贴于患部,每4小时换一次,临睡前更换一次,次晨再更换。经治12天,红肿、脱痂诸症消失,遂停药观察,随访5年未复发。