

证的研究

胃病辨证分型与胃电图变化的规律初探

安徽中医学院金匱教研室 周夕林 张笑平

安徽中医学院针灸经络研究所 许冠荪 欧阳宁 汪克明 姚支梅

胃病系指以上腹部不适、烧灼感或疼痛、厌食、恶心、呕吐、嗝气、反酸等为主要表现的一类疾病，包含有现代医学中的胃炎、消化性溃疡、胃癌、胃神经官能症等病种。胃病在祖国医学中属于胃痛、吐酸、反胃、噎膈等病证范畴。尽管它所包括的病证范围十分广泛，但就临床辨证而言，基本上都可分别辨属于虚寒、实热、气滞和血瘀四种类型。为了研究这四种证型的实质，并试图为胃病的辨证分型寻求一种客观指标，我们对门诊随机所遇胃病患者的，开展辨证分型与胃电图检查对照研究。现就已积累的100例资料，初步分析报告如下。

观察方法和结果

一、对象

本组病例均为门诊随机所遇并具不同典型症状的胃病患者。其中，男性44例，女性56例，最小年龄为19岁，最大年龄为65岁，35~45岁占73.2%，平均年龄为40.4岁；79例曾在院内外行胃液分析、X线胃肠造影、纤维内窥镜等检查，分别确诊为不同病种。

二、方法

我们对病人进行辨证分型和胃电图检查时，始终采取双盲法，即临床辨证医生和胃电图检查医生在互不了解的情况下，各自对同一病例做出诊断。其具体方法是：

1. 辨证分型：在参阅历代医籍有关胃病论述的基础上，将所有胃病概括地分成虚寒、实热、气滞、血瘀四类证型。凡具所列证型2个以上主证，或1个主证并兼2个以上副证者即予判定；凡兼见两型临床表现者则据其主要倾向而加以判定。

虚寒型：主证：胃脘隐痛，喜暖喜按，吐清水，舌淡、苔白，脉沉细；副证：精神疲乏，面色晄白，四肢不温，溲清，便溏。

实热型：主证：胃脘灼热嘈杂，疼痛喜冷拒按，舌红、苔黄，脉数或弦数；副证：泛酸，嗝腐，口干

口苦，口臭流涎，心烦懊恼，溲黄，便结。

气滞型：主证：胃脘胀满疼痛，按之较舒，脉细弦或左弦右缓；副证：胸闷太息，嗝气频频，脘痛连及两胁，自觉胸腹有气窜动。

血瘀型：主证：胃脘痛处固定，按之加剧，舌质紫暗或有瘀点瘀斑，脉涩；副证：胃脘疼痛历时已久，反复发作，黑便，肌肤甲错，有吐血史。

2. 胃电图检查：受检者空腹时间均在12小时以上，取仰卧位，暴露上腹部，用酒精擦净皮肤，将氯化银电极盘（直径0.9厘米）涂以导电糊，安放在胃窦、胃体、胃小弯和胃大弯在腹壁体表的投影位置⁽¹⁾，用橡皮膏固定，参考电极是用3×4厘米²的银片组成，尼龙带固定在右前臂。采用合肥科学仪器厂生产的EGG-1A型胃电图仪（已通过鉴定），以体表单极导联无创性检查法记录胃电。先记录5~10分钟空腹状态四导联胃电图，然后连续记录进餐（食面包50克）功能试验后的胃电活动5~10分钟，最后对进餐功能试验前后胃电图参数进行分析处理。

三、结果

测定结果见附表。表中发现有如下倾向：虚寒型胃病患者的胃电图幅值，无论是餐前或餐后，比之正常人值有较大降低；实热型胃病患者的胃电图频率和幅值比之正常值有较大升高；血瘀型胃病患者的胃电图频率比之正常值略有升高；气滞型胃病患者的胃电图幅值和频率比之正常值有较大的不规则改变。

讨 论

辨证是祖国医学最基本的诊断方法。一般地说，辨证的方法主要是根据病人的自身感受及其外在表现，来推断已经发生了的内在病理变化。传统辨证立足于整体观念考虑问题，但对疾病的微观变化缺乏更深入的了解，因此如何为辨证寻找可供客观检查的具体指标，已成为提高辨证水平的一项重要辅助措施。就胃病辨证分型而言，虽然可以分成虚寒、实热、气滞和血瘀四种类型，但究其实质，都应当伴有程度不

附表 胃病的不同证型与胃电图变化的关系

项 目	正 常 人 (100例)	虚 寒 型 (29例)	实 热 型 (17例)	气 滞 型 (33例)	血 瘀 型 (21例)
餐前幅值(微伏)	153±47	58.9±23*	255±42*	201±147*	178±48
餐后幅值(微伏)	266±25	128±32*	358±56*	182±113*	205±37*
餐前频率(次/分)	3.06±0.23	3.04±0.21	4.18±0.53*	3.63±1.21*	3.86±0.24*
餐后频率(次/分)	2.55±0.4	3.22±0.19*	3.86±0.24*	3.15±1.42*	3.57±0.34*

注：表内数字为均值±标准差，*与正常人组比较 $P<0.01$

同的胃机能改变，因为即使已经发生器质性病变，这种器质性病变也只是机能改变长期存在和继续发展的结果。鉴于近年来有关胃肠道平滑肌电生理学研究认为，胃电图基本上可以客观地反映胃的机能状态^(1,2)，为此，我们企图借助胃电检查来为胃病辨证分型寻找可供参考的客观指标，以使胃病辨证逐步规范化，进而探讨其本质。

为了避免各种人为影响，所以我们在本项研究中始终采用双盲法。从本项研究已取得的结果来看，不同的胃病证型在胃电图检查所得的参数方面，已出现具有一定规律性的变化。由此不仅有助于说明胃电的参数似可供作胃病辨证分型的客观指标之一，而且初步揭示胃机能的明显低下可能是虚寒型胃病主要病理

基础之一；胃机能略有增强和明显亢进又可能分别是血瘀型和实热型胃病的主要病理变化；而胃机能紊乱则可能是气滞型胃病的病变实质。然而，这种结论能否成立，又需要再回到临床中反复地加以检验。

由于我们所观察的病例较少，尚难从中得出比较肯定的结论，其中还有不少的问题尚待进一步探讨。

(许冠荪 张笑平执笔)

参 考 文 献

- (1) 许冠荪等：生理学报 32(3):277, 1980。
- (2) 张经济：生理科学进展 (4):325, 1981。
- (3) 王建华等：中医杂志 (6):64, 1983。

应用镇肝熄风汤治疗中风

曹 仰 南

镇肝熄风汤系清末名医张锡纯所创，方由代赭石、龙骨、牡蛎、龟板、牛膝、白芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、青蒿、甘草组成。原方为治中风症，其脉弦长有力，或肢体废痿，或偏枯。笔者临床应用镇肝熄风汤于中风苏醒后仍未脱险，或中风苏醒后肢体废痿、偏枯者。若证属阴虚阳亢者，酌情加减，效果尤好。如风仍暗动，脸红、青筋隆起者选加羚羊角，或西洋参，或钩藤，或天麻、菊花；痰涎壅盛，横窜经络者加胆星，或天竺黄，或竹沥、姜汁；阴虚甚者加枣仁、阿胶及冲服水鸭汤；气虚加黄芪、人参；血瘀加丹参、红花、田七；大便闭结选加大黄，或火麻仁、肉苁蓉及白蜜；手足肿者加羌活或地龙、苡米。

病案举例：赖××，男，52岁，工人。1981年2月15日初诊。患者有高血压家族史并患高血压病多年，两日前夜间两次昏仆，经医院抢救两天一夜未能脱离

险期，遂请余诊治。刻诊左半身瘫痪，右手撮空，烦躁不寐，口开失语，小便短赤，大便燥结，瞳孔对光反射迟钝，体温38℃，血压170/110毫米汞柱，脉洪大数，舌红干瘦，苔少略黑。一派阴虚阳亢，肝风内动之象。急拟镇肝熄风汤加减，处方：天麻10克，羚羊角3克，牛膝20克，龙骨、牡蛎各20克，石膏20克，青蒿15克，天冬、白芍、钩藤、川楝子各10克。伺药一剂，当晚病有转机，始能吞服汤药及桔子水。

二诊：脉舌同前，阳稍和而风已柔。药属对症，于原方加枣仁、石斛，每日一剂，连服三剂。

三诊：患者目能视物，能辨亲疏，口仍张不合，已能纳食，脉弦数，舌红干瘦，苔黑。此肾阴虚极，水不涵木，肝阳仍亢。遂改处六味地黄汤加蒺藜、菊花、枸杞等，并配以针灸调理三月，左手已能握物，脚能行走。