

临床报道

萎缩性胃炎 436 例中医辨证与胃镜
病理变化的探讨

周学文 王垂杰 洪 奇 魏 红

辽宁中医学院附属医院萎缩性胃炎协作组 王淑芝 高秀英 付维芹 张贵元

周显满 白显芹 刘淑华 蒋 娟

指 导 李玉奇

内容提要: 本文通过对 436 例萎缩性胃炎患者中医辨证与胃镜病理的比较研究, 发现虚寒证、郁热证、瘀血证在病理形态学方面各有其特征性表现, 它们之间在萎缩程度、炎细胞浸润程度、胃粘膜糜烂、肠上皮化生、不典型增生等病理改变上有非常显著的差异, 三者之间依次加重, 这对于临床辨证、遣方用药有一定的指导意义和实用价值。

为探讨萎缩性胃炎中医辨证的病理形态学基础, 我们对萎缩性胃炎患者的胃镜、病理所见与中医辨证进行了比较研究, 以期对萎缩性胃炎中医辨证与病理形态改变的内在联系有所揭示, 为寻求萎缩性胃炎中医辨证的客观化、微观化打下基础。

取材。于活检前后分别进行摄片。根据1982年10月全国慢性胃炎会议制定的萎缩性胃炎胃镜诊断标准和病理诊断标准进行胃镜诊断和病理诊断。将这些资料与上述中医辨证进行全面比较, 综合分析, 并经统计学处理得出结果。

观 察 方 法

一、对象

观察的全部病例都来自门诊或病房, 经肝功能检查正常和 HBsAg 阴性者。

二、观察方法

1. 中医四诊观察: 在行胃镜检查前均经指导者及本组医生亲自诊察, 将临床四诊所见, 输入根据李玉奇教授经验编成的电子计算机软件中进行辨证。

2. 胃镜观察: 全部病例均观察胃腔内胃液量(分少、中、多量), 萎缩部位(窦部、体部、窦+体部), 萎缩程度(轻、中、重度), 有无糜烂、出血点或出血斑及胆汁返流, 有无肠化和不典型增生等变化。在胃窦前后壁及大小弯侧和胃体前后壁及小弯侧分别定点常规活检

临 床 资 料

一、一般资料

436例萎缩性胃炎患者中, 男性 280 例, 占 64.2%, 女性 156 例, 占 35.8%; 40 岁以下者 77 例, 占 17.7%, 40 岁以上者 359 例, 占 82.3%。

二、中医辨证

1. 虚寒型: 共 191 例(43.8%)。主证见面色萎黄, 胃脘隐痛且胀, 嗳气, 食少纳呆, 喜热食, 便溏, 小便清长, 舌质淡, 苔薄白, 脉沉或沉细。

2. 郁热型: 共 221 例(50.7%)。主证见胃脘灼热, 胀痛不舒, 口干渴, 喜凉食, 舌质红或绛, 苔薄黄或黄腻, 脉数或弦数。

3. 瘀血型: 共 24 例(5.5%)。主证见面色黧黑, 胃脘刺痛, 子夜尤甚, 喜酸食, 食少,

便秘,舌质绛紫或有瘀斑,苔少,脉弦或弦涩。

结果与分析

一、不同证型与萎缩部位、萎缩程度的关系

萎缩部位分胃窦部、胃体部、胃窦加胃体部三部分进行观察。经分析,不同证型间萎缩部位均没有明显差异($P>0.05$)。萎缩程度分为轻、中、重三度,不同证型间均有显著性差异($P<0.05\sim 0.001$)。其中虚寒型萎缩程度最轻,郁热型较重,瘀血型萎缩程度最重。(见表1)

表1 各证型纤维胃镜观察结果比较

观察指标	虚寒型 191例	郁热型 221例	瘀血型 24例
萎缩部位:			
胃 窦	105(54.9)	137(62.0)	12(50.0)
胃 体	37(19.4)	23(10.4)	5(20.8)
胃窦+体	49(25.7)	61(27.6)	7(29.2)
萎缩程度:			
轻 度	129(67.5)	96(43.4)	5(20.8)
中 度	60(31.4)	98(44.3)	12(50.0)
重 度	2(1.1)	27(12.3)	7(29.2)
胃 液 量:			
少 量	88(46.1)	132(59.7)	9(37.5)
中 量	49(25.6)	66(29.9)	13(54.2)
多 量	54(28.3)	23(10.4)	2(8.3)
伴随病变:			
糜 烂	2(1.1)	49(22.2)	3(12.5)
出 血 点		2(0.9)	13(54.2)
胆汁反流	5(2.6)	37(16.7)	2(8.3)

二、不同证型与胃液量的关系

表1示,三个证型间胃液量有显著性差异($P<0.05\sim 0.01$),其中郁热型胃液量较少,瘀血型以中等胃液量居多,胃液量多者以虚寒型比例为最多。

三、不同证型与伴随病变的关系

表1示,萎缩性胃炎伴粘膜糜烂者,以郁热型最多,瘀血型次之,虚寒型最少,经统计学处理,虚寒型伴糜烂者明显少于郁热型($P<0.01$)和瘀血型($P<0.01$)。伴胆汁反流者以郁热型为最多,明显多于虚寒型($P<0.001$)。

瘀血型中伴出血点者有半数之多,非常显著地高于其他二型(P 均 <0.001)。

四、不同证型与病理变化的关系

表2示,瘀血型患者炎细胞浸润程度最严重,郁热证次之,以虚寒型为最轻,经统计学处理,前两型炎细胞浸润程度非常明显地重于后一型(P 均 <0.001)。萎缩性胃炎伴肠上皮化生者,以郁热型为最高,其比例非常显著地高于虚寒型($P<0.001$)。萎缩性胃炎伴不典型增生者,以瘀血型为多,其比例明显高于虚寒型($P<0.01$)。

表2 各证型病理改变观察结果比较

观察指标	虚寒型 191例	郁热型 221例	瘀血型 24例
炎细胞浸润:			
轻 度	107(56.0)	59(26.7)	3(12.5)
中 度	53(27.8)	68(30.8)	11(45.8)
重 度	31(16.2)	94(42.5)	10(41.7)
伴随病变:			
肠上皮化生	97(50.8)	157(71.0)	14(58.3)
不典型增生		2(0.9)	2(8.3)

讨 论

从我们的研究资料中可以看出:萎缩性胃炎虚寒型,其病损程度、病理形态改变轻。主要表现在胃粘膜的萎缩程度、炎细胞浸润程度显著低于其他两型,胆汁反流、胃粘膜糜烂、肠上皮化生、不典型增生的检出率也显著低于郁热型和/或瘀血型,而胃液量却显著多于郁热、瘀血二型。提示本型患者因脾胃气虚发展,或因饮食失调、过食生冷,或因过用寒凉药物而致中阳不振,不能化气行水,水湿停聚于中焦的病理机制有其一定的病理形态学基础。郁热型的患者病情较虚寒型为重,主要表现在其萎缩程度重,且其糜烂、胆汁反流、肠上皮化生的检出率及炎细胞浸润程度亦高于虚寒型,而胃液量显著少于虚寒型。本型为脾虚日久,运化失司,浊热内生,或过食辛辣厚味而致热邪郁滞于中焦胃腑,煎熬津液,因而胃液量明显减少,津液不足,粘膜失于濡润和滋养,故出现胃粘膜较严重萎缩这一病理结局。瘀血型

者显示出其病损程度最重,表现在其萎缩程度、不典型增生、出血点及出血斑的检出率显著重于和高于其他两型。本型患者由于久病不愈致瘀血内阻于胃腑脉络,胃腑粘膜长期失于气血濡养,故多出现中重度萎缩,瘀血日久,血不循脉络而外溢,故多见出血点或出血斑。根据王清任“结块者必有形之血也”的观点,有人认为一些病理性的结块物为瘀血所致⁽¹⁾。本型萎缩性胃炎中不典型增生这一病理性的结块高于其他两型,说明瘀血与不典型增生确有着一定的因果关系。

病理变化是中医辨证的主要物质基础,而病期与证型必有内在联系,随着病期发展必然出现相应的证型演变⁽²⁾。通过我们的对比研究看到,萎缩性胃炎中医辨证确有其内在的病理生理物质基础,随着病期的发展,其内在的物质基础一病损程度发生了变化,因而也就导致

了其外在的证型演变。

我们认为胃粘膜的病理形态改变是萎缩性胃炎中医辨证的病理生理物质基础之一。根据中医“有诸内必行诸外”的观点,有人认为“胃镜所见和活检病理一方面可以丰富中医辨证施治的内容,而另一方面中医分型又往往揭示病程发展的程度及其转归”⁽³⁾。因此,进一步深入探索胃粘膜的病损程度与中医辨证的内在联系对于中医辨证的客观化、微观化,对于更好地提高临床疗效都具有重要意义。

参 考 文 献

- (1) 罗珠林. 试用中医理论探讨慢性胃炎的病理改变. 中西医结合杂志 1984; 4(2):112.
- (2) 第一军医大学第一附属医院溃疡病科协作组. 溃疡病的中医分型及其病理基础初探. 中医杂志 1980; (2): 17.
- (3) 王玉玖, 等. 200例萎缩性胃炎的胃镜诊断与中医分型的对照研究. 中医药学报 1984; (4):32.

中药薰洗治疗滑囊炎腱鞘炎76例

安徽省蚌埠市第二人民医院 朱波刚

笔者在1985~1987年间,运用中药薰洗治疗滑囊炎、腱鞘炎取得满意效果,兹将统计资料较完整的76例治疗结果报告如下:

一、一般资料:76例中,男53例,女23例,年龄23~40岁之间的18例,41~55岁之间的29例,55岁以上的29例;发于膝关节周围的29例,发于踝关节周围的26例,发于腕关节周围的21例;滑囊炎45例,腱鞘炎31例。

二、治疗方法:以中药外用薰洗(自拟方):川草乌各20克,川芎30克,川断30克,当归30克,艾叶20克,伸筋草30克,薄荷20克,威灵仙30克,清风藤30克。上肢加桂枝25克,姜黄30克;下肢加木瓜30克,独活30克。

将上药加水3500毫升煎煮,开锅后再煎15~20分钟,然后将药液倒入盆内,先薰后浸洗,每次30分钟,一日二次。如患部不易采用本法者,可将上药装入布袋内放锅内加少量水煎煮,开锅后15分钟,将布

袋拿出待温和时置于患处热熨,药液可用纱布蘸洗患部,一日三次,每次15~20分钟即可。

5剂药为一个疗程,如治疗后无明显效果可改用其他方法。

三、治疗效果:痊愈:局部疼痛肿胀消失,无压痛,活动自如,共53例;有效:局部疼痛肿胀明显减轻,但仍有轻微压痛,活动尚可,共17例;无效:5剂药治疗后病情无变化,共6例。总有效率达92.1%。

四、体会:滑囊炎、腱鞘炎为临床常见病、多发病。采用中药外用薰洗法治疗,具有无痛苦、无副作用、药力直达病所、见效迅速等优点。经过临床观察,疗效确实,尤其对于滑囊炎、腱鞘炎初期,疼痛肿胀较为明显者,收效更佳。另外,从本组收治病例来看,在未使用本法之前,大部分都用过西药、针灸、理疗等方法治疗,且收效不显。因此,本法对这方面病症的确有很好的治疗效果,值得在临床推广运用。