

胃粘膜相微观辨证分型探讨

——附2000例分析

上海中医学院附属龙华医院 詹继烈 罗 靖 何 萍

导师 马贵同 苏万方

内容提要：作者通过胃镜下对脾胃病患者的观察，初步建立了胃粘膜相微观辨证分型的标准。文中对胃粘膜微观辨证分型与病理诊断、临床诊断、病程及中医临床辨证等关系进行了分析。作者认为把对胃粘膜病理改变的微观认识与临床宏观表现结合起来，有利于对脾胃病多种证型本质的认识，并可为中医辨证论治开辟一条新途径。

我们在对2000例患者进行中医临床辨证分型的基础上，结合胃镜下对胃粘膜的直接观察及病理活检组织学检查，在微观水平上探索了中医脾胃疾病各种辨证分型的病理基础。在中医理论指导下，初步建立了胃粘膜相微观辨证分型的标准，并就中医临床辨证与病程、西医疾病诊断及病理组织学改变的关系作了探讨。

对象与方法

一、一般资料

本组2000例，男性1145例，女性355例；年龄20~78岁，其中40岁以下1024例，41~60岁722例，61岁以上254例。

二、临床诊断

全组病例采用欧林巴斯P₃型胃镜，观察胃与十二指肠球部，并对每一病例均作了摄影记录。按文献的诊断标准⁽¹⁾，临床诊断为浅表性胃炎684例，浅表—萎缩性胃炎470例，萎缩性胃炎367例，胃溃疡174例，球部溃疡211例，胃癌94例。

三、胃粘膜病理诊断

纤维胃镜下，取胃窦和胃体各二块胃粘膜，固定于10%甲醛液中，常规切片，HE染色，参照全国胃癌协作组病理组制定的标准⁽²⁾，

逐一观察病理切片。同一病人当各点病理改变轻重不一时，以重者作为诊断依据。病理诊断为慢性炎症966例，肠腺化生599例，不典型增生341例，癌变分化型21例和未分化型73例。

四、中医临床辨证

根据主要症状及舌象、脉象进行中医辨证，将患者的主症分为四证。

1. 脾胃虚弱证：胃脘隐痛，得食则缓，痛时喜按，泛酸，大便溏薄，舌质淡胖，苔薄白，脉细。共有728例，占36.4%。

2. 胃阴不足证：胃脘隐痛或灼痛，食少形瘦，口干或大便干结，舌质红或无苔，脉细或细数。共有313例，占15.6%。

3. 肝胃气滞证：胃脘胀痛，痛及两胁，易嗳气，呃逆，口苦，情志不畅时发作加重，舌苔薄白，脉细弦。共有496例，占24.8%。

4. 胃络血瘀证：胃脘刺痛或剧痛，痛处固定，黑粪，舌质暗红或有瘀点，脉细数。共有463例，占23.2%。

五、胃粘膜微观辨证分型

内窥镜检查前，给病人服用祛泡剂(甲基硅油20ml)，祛除复盖于胃粘膜的粘液。内窥镜直视下详细观察粘膜色泽形态及粘膜下血管纹，并进行胃粘膜摄影，区分不同的胃粘膜相，作为胃粘膜微观辨证分型的依据。

1. 胃寒型粘膜：粘膜色泽淡红或苍白，充血区域呈斑片样，粘膜下血管纹灰蓝，粘膜反光减弱，粘膜液稀薄，溃疡表面有薄白苔复盖。共有 547 例，占 27.4%。

2. 胃热型粘膜：粘膜呈樱桃红色或绛色，充血区域弥漫，血管纹紫红色，呈网状样显露，粘膜表面干燥，脆性增加，粘膜粗糙或呈疣状增生，溃疡表面复盖有黄白苔，周围肿胀明显。共有 597 例，占 29.8%。

3. 胃络瘀滞型粘膜：粘膜暗红色，充血区域局限或斑点样，血管纹暗红，呈树枝样显露，粘膜薄，可见瘀点或瘀斑，粘液灰白或褐色，粘膜呈颗粒样或结节样增生，溃疡底部不清洁，表面有黄白苔或有污垢物复盖。共有

484 例，占 24.2%。

4. 胃络灼伤型粘膜：粘膜暗红色，弥漫性充血，血管纹紫暗，粘膜脆性增加或僵硬，粘膜有点状或片状糜烂，有紫红色或鲜红色出血点，粘膜呈结节样增生，粘液黄稠或污秽，溃疡表面污垢，复盖有黑褐厚苔，周围肿胀。共有 372 例，占 18.6%。

结 果

一、胃粘膜微观辨证分型与病理诊断关系

按照上述胃粘膜微观辨证分型的标准，将 2000 例胃粘膜相改变分为四型，并与胃粘膜组织病理学观察作分析对照，结果见表 1。从

表 1 胃粘膜微观辨证分型与病理诊断的关系

胃粘膜微观 辨证分型	总 例 数	慢性炎症			肠腺化生			不典型增生			癌 变	
		轻度	中度	重度	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度	分化型	未分化型
胃 寒 型	547	146	98	128	104	36	16	3	1	1	2	12
胃 热 型	597	77	96	194	126	28	19	21	10	4	4	18
胃络瘀滞型	484	19	18	78	12	96	40	87	59	48	8	19
胃络灼伤型	372	39	28	45	30	53	39	32	36	39	7	24
合 计	2000	281	240	445	272	213	114	143	106	92	21	73

表 2 胃粘膜微观辨证分型与临床诊断及病程的关系

胃粘膜微观 辨证分型	总 例 数	临 床 诊 断						病 程						
		浅表性 胃 炎	萎缩性 胃 炎	浅表-萎 缩性胃炎	十二指肠 球部溃疡	胃溃疡	胃癌	<1 年	1~2 年	2 ⁺ ~3 年	3 ⁺ ~4 年	4 ⁺ ~5 年	>5 年	
胃 寒 型	547	312	48	146	15	12	14	74	214	122	69	52	16	
胃 热 型	597	224	84	194	17	56	22	56	142	216	78	76	29	
胃络瘀滞型	484	83	184	87	59	44	27	18	64	98	210	58	36	
胃络灼伤型	372	65	51	43	120	62	31	7	24	33	102	148	58	
合 计	2000	684	367	470	211	174	94	155	444	469	459	334	139	

病理学观察，胃寒型粘膜与胃热型粘膜均以粘膜慢性炎症为最多见，其次为粘膜肠腺化生；胃络瘀滞型粘膜与胃络灼伤型粘膜则以粘膜肠腺化生为多见，胃络瘀滞型粘膜的不典型增生明显高于其他组。

二、胃粘膜微观辨证分型与临床诊断及病程的关系

表 2 示，浅表性胃炎以胃寒型粘膜与胃热型粘膜为多，占浅表性胃炎的 78.4%(536/684

例)；萎缩性胃炎以胃络瘀滞型粘膜为多，占 50.1%(184/367 例)；消化性溃疡以胃络灼伤型粘膜为多，占 47.3%(182/385 例)。胃癌以胃络瘀滞型粘膜和胃络灼伤型粘膜为多，占 61.7%(58/94 例)。从胃粘膜微观辨证分型与病程关系的分析来看，病程一年以下的以胃寒型粘膜为多，病程 2+~3 年的以胃热型粘膜为多，病程 4 年以上的以胃络灼伤型粘膜为多。

三、胃粘膜微观辨证分型与中医临床辨证的关系

表3示,在脾胃虚弱证组病例中,胃寒型粘膜占55.1%(401/728例),该证并占胃寒型粘膜组的73.3%(401/547例)。胃络瘀滞证组则多见胃络灼伤型粘膜占51.8%(240/463例),并占胃络灼伤型粘膜组的64.5%(240/372例)。胃阴不足证组以胃热型粘膜为多见占34.8%(109/313例);而肝胃气滞证组则以胃热型和胃络瘀滞型粘膜为多见,分别占37.9%(188/496例)和37.7%(187/496例)。

表3 胃粘膜微观辨证分型与中医临床辨证关系

胃粘膜微观 辨证分型	总 例 数	中 医 临 床 辨 证			
		脾胃 虚弱	胃阴 不足	肝胃 气滞	胃络 瘀滞
胃 寒 型	547	401	68	49	29
胃 热 型	597	207	109	188	93
胃络瘀滞型	484	112	84	187	101
胃络灼伤型	372	8	52	72	240
合 计	2000	728	313	496	463

四、病例介绍

病例一:陈某,男,47岁。胃脘隐痛三年余,疲劳后加重,伴有嗝气,泛酸,大便稀薄,舌质淡胖,苔薄脉细。临床诊断为慢性胃炎。证属脾胃虚弱,以健脾补气法治疗。药用:党参、白术、茯苓、山药、木香等。治疗后自觉症状加重,出现胃脘嘈杂感。胃镜检查诊断为“浅表—萎缩性胃炎”;胃粘膜微观辨证分型为胃热型粘膜。改用养阴清热法治疗,药用沙参、生地、石斛、莨菪、蒲公英等。治疗后自觉症状显著好转,三个月后胃镜复查,粘膜相改观明显,病理诊断由“重度慢性炎症”转为“轻度慢性炎症”。

病例二:庄某,女,51岁。胃病五年余,以胀痛为主,有时刺痛连及两胁,呃逆,口苦,食欲不振,脉细弦,舌淡红,苔薄。证属肝胃气滞,以疏肝调气法治疗,药用柴胡、苏梗、枳实、旋复花、代赭石等。治疗后症状好转不明显。胃镜诊断为“慢性萎缩性胃炎”,病理诊断为“重度肠腺化生”,胃粘膜微观辨证分

型为胃络瘀滞型粘膜。改予活血化瘀行气法治疗,药用莪术、丹参、三棱、郁金、姜黄等。药后症状好转明显,粘膜改观显著,经胃镜及病理复查诊断为“轻度肠腺化生”。

病例三:朱某,男,45岁。十二指肠球部溃疡并发上消化道出血,血红蛋白7.2克%,精神萎靡,口干纳差,畏寒喜热饮,脉细数,舌淡苔薄,证属气血两虚。胃镜下见溃疡周围粘膜充血水肿,伴斑点样糜烂,粘膜脆性增加,微观辨证分型为胃络灼伤型粘膜,予清热解毒火解毒之中药治疗,患者明显感到胃脘疼痛。根据中医临床辨证,加用补气养血药如黄芪、党参、当归、白芍等,临床症状改善明显。

讨 论

本组2000例患者中以胃寒型与胃热型粘膜为多,占本组的57.2%(1144/2000例),而且上述两型的病理诊断以粘膜慢性炎症为多,占整个慢性炎症组的76.5%(739/966例);而肠腺化生率大致相同,胃寒型与胃热型粘膜分别占整个肠腺化生组的26%(156/599例)与28.9%。(173/599例)胃络瘀滞型与胃络灼伤型粘膜的病理诊断以肠腺化生为多,占整个肠腺化生组的45.1%(270/599例);其中细胞癌变也以上述两型粘膜组为多,占61.7%(58/94例)。胃络瘀滞型粘膜的不典型增生明显高于其他组,占56.9%(194/341例)。本组观察到的粘膜活检病理与中医临床辨证似乎无明确关系,但胃粘膜微观辨证分型与病理活检似有一定的关系。从病理分析来看,胃络瘀滞型与胃络灼伤型粘膜常为脾胃病病情加重的中期和后期表现。由此提示,胃粘膜微观辨证分型反映了脾胃病由轻到重的演变规律。

胃粘膜微观辨证分型是否符合实际,尚须受实践的检验。从对本组部份患者的治疗看,如临床宏观辨证与胃粘膜微观辨证不一致时,以胃粘膜微观辨证指导下的治疗效果为好(见病例一和病例二)。通过部份病例的疗效观察,

镜下直接的胃粘膜微观辨证似乎更接近病变的本质,对治疗更有指导意义。胃粘膜微观辨证只是局部范围的观察,一方面,它必然要受患者素质、反应性等影响,在一定程度上是整个机体病变在局部的集中反映;另一方面,也要考虑到整体反应性与局部病变之间会有差异。这就是造成临床宏观辨证与胃粘膜微观辨证在某些患者身上表现不一致的原因,治疗上要统筹考虑,从病例三反映了治疗上局部与整体的关系。兼顾宏观辨证与胃粘膜微观辨证进行治疗,可以提高临床疗效。另外,对急性病变或慢性病变基础上出现的急性变,此时由于胃粘膜的急性改变掩盖了机体的固有病变,这时参考微观辨证和宏观的临床表现,按临床辨证治疗可能疗效更好。

对脾胃病的治疗,西医有解痉、止痛、抗

酸、助消化等措施,而中医结合患者的素质,从虚、实、寒、热,气、血等方面着手治疗,有其独到之处。但另一方面要看到,中医对脾胃病的辨证仅从舌、脉及病人主诉收集素材,限制了疗效的进一步提高,往往束缚了中医理论的发展。采用内窥镜观察及活组织检查等手段,将胃粘膜相引入脾胃病的辨证领域,把对粘膜病理改变的微观认识与临床宏观表现结合起来,有利于对脾胃病多种证型本质的认识,并且可补充宏观辨证的不足,从而为中医辨证论治开辟一条新的途径。

参 考 文 献

- (1) 郑芝田整理,关于慢性胃炎的胃镜诊断和分类问题,中华内科杂志 1978; 2:138.
- (2) 全国胃癌防治协作组,胃和十二指肠粘膜活检病理,沈阳:辽宁人民出版社,1981:133.

佛手补髓汤治愈乙脑后重度瘫痪 1 例

甘肃省中医院内科心脑组 夏永潮

唐某,女,8岁,学生。1987年10月20日初诊,其母诉三个月前患童高烧昏迷,住进某院,诊断为“乙型脑炎”。曾应用中西药物,气管切开等措施抢救治疗,高烧虽退,但留有痴呆不语,四肢瘫痪,大小便失禁等症状,经某医院脑CT及脑电图检查,均显示大脑两侧广泛损害及异常。经各种药物治疗亦未显疗效,遂来我院诊治。检查:神志欠清,失语,目光呆滞,双目上吊,面色苍白,时时吐舌,颈软不能固定头位,头向右后方倾斜。心肺正常。眼底:双视乳头边清,色淡;A:V=2:3;未见出血渗出。四肢近完全性瘫痪:左下肢肌力1级,余三肢肌力0级。四肢肌张力高,身体呈屈曲状蜷缩,四肢腱反射亢进,双侧巴宾斯基征(+),双掌颌反射(+).大小便失禁。舌淡黯,苔白,脉细。中医辨证为痿证。治宜益气血,补肝肾,化瘀结,通经络。方用自制佛手补髓汤加减:岷当归30克,川芎12克,赤芍10克,水蛭9克,黄精15克,枸杞子9克,仙茅5克,甘草9克,麝香0.01克(冲服)。水煎分多次服,每日一剂。6剂后去麝香。以后随证加减白芷、伸筋草、羌活、木瓜、补骨脂、女贞子、杜仲、菖蒲、天竺黄、地龙等。岷当归曾加量至45克。于服药15剂后

病情好转,精神转佳,食欲增进,双下肢可以轻微摆动。于服药22剂时,头可向两边转动,四肢肌力均可达I~II级。可以翻身,并能叫“妈妈”。于服药30剂时病情显著好转,能讲简单词句,颈较前有力,头已不歪斜。四肢可屈伸,唯右足仍呈垂足状,有时尿床。于服药40剂时扶之可以行路,能讲一般语言,并能认识简单文字,大小便均能控制。于服药60剂时智力已基本正常,语言恢复,识字符合学力水平,神经系统检查除右足略力弱外余均正常,基本恢复。以后隔日服药一剂,再一个月,完全康复。

按:盛夏之际,天暑下迫,地湿上蒸,山岚瘴疠,毒邪伤人,湿热蕴毒蒙蔽清窍而昏愤;滞于经络则发痿痹不用矣。大疫之后,实邪渐退,然五脏俱损,清窍失奉,肝肾均衰,遗有痴呆不语,四肢瘫痪诸证,经久不愈。盖治病必求其本,余以自制佛手补髓汤加减施治,以佛手散(当归,川芎)并重用岷当归,合芪、芍诸品,以益气养血且化瘀滞;水蛭善入经络以搜伏邪;杞、脂、仲、贞辈补肝肾;白芷、天竺黄芳香化浊;麝香开窍辟秽。如此,气血肝肾得补,瘀结散,筋骨健,清窍开,诸证悉除。痼疾因愈。