

证 的 研 究

慢性胃炎与微观辨证分型的相关性及临床意义

郑嘉岗¹ 卢林耿² 段艳霞² 郑 昱¹ 武和平¹

摘要 通过电子胃镜技术,着重观察分析慢性胃炎与胃粘膜微观辨证分型的相关性。结果:(1)GLM 分析和 DUNCAN 法两两比较,脾胃虚弱型年龄明显大于脾胃湿热型($P<0.05$),后者又明显小于胃络瘀血型($P<0.05$)。提示慢性胃炎微观辨证分型与年龄增长有明显相关性。(2)慢性胃炎 HP 感染与中医微观辨证无关。(3)对应分析及散点图显示,慢性浅表性胃炎与微观辨证脾胃湿热型、肝胃不和型有关;慢性萎缩性胃炎伴不典型增生或肠化生与脾胃虚弱型、胃络瘀血型或胃阴不足型有关。符合中医对疾病转归的一般认识,即初病多实证、热证,而“久病必虚”,“久病入络”或热久伤阴。

主题词 胃炎/诊断 微观辨证

中医治疗慢性胃炎多从宏观辨证分型着手。随着胃镜技术的迅速发展,如何利用这一先进仪器,将中医望诊技术进一步深入,并观察分析微观辨证与疾病的相关性,以进一步指导临床用药,是一个值得探讨的课题。本文就慢性胃炎与微观辨证分型的相关性及临床意义进行初步探讨。

1 材料与方 法

1.1 材料:对象为 1998 年 12 月~1999 年 3 月,在上海龙华医院受检的慢性胃炎(简称 CG)患者共 238 例,其中男 130 例,女 108 例,年龄 15~89 岁,平均年龄 48.9 ± 13.86 岁。采用 FUJINON EG-410HR 及 OLYMPUS XQ-200 型电子胃镜,均为上海龙华医院内窥镜室常规诊疗仪器。幽门螺杆菌(HP)检测用快速检测试剂,由上海惠泰医疗科技公司提供。

1.2 方 法

1.2.1 慢性胃炎诊断:采用胃镜下观察与组织病理学检查相结合的诊断方法。镜下诊断由专业医师负责,病理诊断由上海龙华医院病理科负责。浅表性胃炎胃镜下胃粘膜斑点状充血,水肿,红白相间或有灶性糜烂,粘液多而粘稠。病理活检发现病变浅表,淋巴细胞和浆细胞浸润,上皮有变性,再生、化生或增生。萎缩性胃炎胃镜下粘膜呈灰白色,色调不均匀。皱襞变细、平坦,粘

膜变薄,血管显露,可有小岛状增生。病理活检见粘膜有炎症及纤维化,腺体减少,出现肠上皮化生或不典型增生。全部病例均符合 CG 标准。

1.2.2 HP 检测:取幽门前区胃粘膜标本,迅速置入 HP 快速检测试剂内,观察 5 分钟,试剂呈红色者为阳性。不变色者,继续观察 30 分钟,仍未变色者为阴性。

1.2.3 胃粘膜微观辨证:根据 1989 年中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会制定的“慢性胃炎中西医结合诊断,辨证和疗效标准”^[1]由专业中医师负责,将慢性胃炎镜下辨证分为 5 型。即(1)肝胃不和型:胃粘膜急性活动性炎症,胆汁反流;(2)脾胃虚弱型:胃粘膜红白相间,以白为主,粘液稀薄而多,胃酸偏低;(3)脾胃湿热型:胃粘膜急性、活动性炎症,充血糜烂明显;(4)胃阴不足型:胃粘膜片状红白相间,粘膜变薄,干燥,粘液少,胃酸偏低;(5)胃络瘀血型:胃粘膜充血肿胀,伴瘀斑或出血点。

1.2.4 统计方法:运用 SAS6.12 进行 F 检验、Duncan 检验、Fisher 检验及对应分析。

2 结 果

2.1 慢性胃炎患者性别与微观辨证分型的关系:观察慢性胃炎患者共 238 例,男女比例为 1.20:1。从镜下微观辨证分析性别与证之间的关系,见表 1。经 Fisher's 检验,证实性别在慢性胃炎中医微观辨证分型中无明显差异($P>0.05$)。

表 1 性别与 CG 微观辨证分型关系

性别	肝胃不和	脾胃虚弱	脾胃湿热	胃阴不足	胃络瘀血	合 计
女	20	10	53	5	20	108
男	19	13	63	6	29	130
合计	39	23	116	11	49	238

2.2 慢性胃炎患者年龄与微观辨证分型的关系:表 2 示,经 General Linear Models(GLM)分析($F=4.52$),再运用 Duncan 法进行两两比较,结果脾胃虚弱型年龄明显大于脾胃湿热型($F=9.012$),后者又明显小于胃络瘀血型($F=8.009$),两者均具有显著性意义($P<0.05$)。说明 CG 微观辨证分型与年龄增长有明显相关性,即年长者多倾向于脾胃虚弱型。按中医理论,两者

1 上海中医药大学附属龙华医院,上海宛平南路 725 号 (200032)

2 上海中医药大学

收稿日期:1999-08-16;修回日期:2000-02-16

表 2 年龄与 CG 微观辨证分型关系($\bar{x} \pm s$)

证 型	例数	年 龄
肝胃不和	39	49.487±31.248
脾胃虚弱	23	54.391±13.169*
脾胃湿热	116	45.379±13.709
胃阴不足	11	52.545±13.938
胃络瘀血	49	53.388±13.092*

*与脾胃湿热型比较, $P < 0.05$

又多为因果关系,即“气虚则血瘀”。

2.3 慢性胃炎患者 HP 感染与微观辨证分型的关系:慢性胃炎常伴有 HP 感染。中医宏观辨证结果认为,HP 感染与中医的证型有明显相关性^[2]。而本文从中医微观辨证角度观察,结果见表 3。经 Fisher 检验,无显著性差异($P > 0.05$)。结果显示,慢性胃炎感染与中医微观辨证无关。

表 3 HP 感染与 CG 微观辨证分型的关系

Hp	肝胃不和	脾胃虚弱	脾胃湿热	胃阴不足	胃络瘀血	合计
阴性	28	14	73	9	35	159
阳性	11	9	43	2	14	79
合计	39	23	116	11	49	238

2.4 慢性胃炎性质及伴肠上皮化生(IM)、不典型增生(ATP)与微观辨证分型的关系:目前,慢性胃炎的临床诊断与治疗多以病理为依据,常将其性质分为慢性浅表性胃炎(CSG)和慢性萎缩性胃炎(CAG)二类,并检测是否伴有 IM 或 ATP。本文将慢性胃炎的病理变化与微观辨证分型的相关性进行统计学对应分析,见表 4。如根据表 4 制作成散点图后可发现,CAG、ATP 与脾胃虚弱型和胃络瘀血型集中在右上象限;IM 与胃阴不足型则在左上象限;CSG 与脾胃湿热型、肝胃不和型均在下象限,且较集中。充分反映了它们间的相互关系。

表 4 慢性胃炎与微观辨证分型的对应分析

编号	项目	横坐标	纵坐标
a	CSG	0.09389	-0.49311
b	CAG	1.53116	2.05006
c	TM	-0.77016	0.83701
d	ATP	1.22949	0.40087
e	肝胃不和型	-0.51718	-0.32165
f	脾胃虚弱型	0.5419	1.33386
g	脾胃湿热型	0.12847	-0.60977
h	胃阴不足型	-2.20238	1.15178
i	胃络瘀血型	0.34756	0.81488

3 讨论

慢性胃炎是指各种原因引起的胃粘膜慢性炎症性改变。通常分为慢性浅表性胃炎(CSG)和慢性萎缩性

胃炎(CAG),并可伴 IM、ATP。CAG 及 IM 或 ATP 被确认为胃癌前状态或胃癌前病变,已广泛受到人们重视。中医中药在这方面的治疗,有其独特疗效,但由于该病程缓慢,可长期反复发作,临床表现颇不规则,且无典型症状。因此,单从宏观辨证论治显得针对性不强,判断疗效也较难。长期临床实践证明,必须加强辨证与辨病结合,才能更有效发挥中医中药优势。

本文通过电子胃镜技术,着重观察分析慢性胃炎与胃粘膜微观辨证分型的相关性。结果显示:(1)慢性胃炎与其发病年龄关系,不仅现代医学认为有关,而且本文从中医微观辨证角度观察,认为也与中医证型改变相关。即年龄较轻者,多为脾胃湿热型和肝胃不和型,属中医实热证;年龄较大者,多为脾胃虚弱型和胃络瘀血型,属中医虚实夹杂证。提示前者治疗多考虑运用疏肝理气,清热利湿之品;后者治疗则当以益气养阴活血为主。(2)慢性胃炎 HP 感染与中医微观辨证分型无明显相关性。自 HP 被发现后,引来了许多学者的高度重视。不少中医学者也开展了这方面的研究工作。慢性胃炎 HP 感染与中医辨证分型相关性研究中,或认为与“热蕴胃络”型有关(占 50.79%)^[2];或认为与“寒热夹杂”型(占 94.4%)、胃阴不足型(88.8%)相关^[3];也有认为与脾胃虚寒型(72.9%)关联^[4]。这些检测结果显然并不一致。本文研究结果显示,慢性胃炎 HP 感染与中医微观辨证分型无关。抗 HP 感染,无需辨证论治。当然这方面研究有待进一步加强。(3)慢性胃炎性质及伴 IM、ATP 与其微观辨证分型有明显相关性。本文研究结果显示,CSG 与脾胃湿热型和肝胃不和型有关,CAG 伴 ATP 或 IM 与脾胃虚弱型、胃络瘀血型或胃阴不足型有关。这些相关性较符合中医对疾病转归的一般认识,即初病多实证、热证,而“久病必虚”、“久病入络”,或热久伤阴。CAG 发生随年龄增长而增高,故以中老年者居多。CAG 往往由 CSG 演变而来,从 CSG、CAG、IM 及 ATP 到胃癌的演变过程已经明确^[5]。脾虚与胃癌发生、发展各阶段病变之间呈等级正相关^[6]。临床观察和实验研究均表明健脾方药对胃粘膜不典型增生和胃癌具有明确的治疗作用^[7,8]。这些均提示脾胃虚弱是胃癌发生、发展的重要发病因素。同时,中医认为“气虚则血瘀”。正气不足,血行不畅,久而瘀积,并由微至甚,可见胃络瘀血是上述病变过程中的中医病理产物。本文从中医微观辨证角度观察分析,再次佐证了以上观点。由于传统中医多从慢性胃炎临床的各种不同症状来宏观辨证论治,而这些临床表现有时又很不规范,往往影响着中医治疗及疗效判断。本文

(下转第 493 页)

量明显减少($P < 0.05$),而胃酸 pH 值、胃蛋白酶活性两组间无显著差异(P 均 > 0.05)。

2.4 血淀粉酶、血清 D-木糖含量变化:鼻塞大鼠唯血清 D-木糖含量下降,明显低于空白组($P < 0.05$),血淀粉酶含量两组无显著差异($P > 0.05$)。

3 讨论

鼻塞是鼻病常见症状之一,其治疗由于鼻病原因的复杂多样性,或因患者未及时治疗,往往使许多患者鼻塞不能迅速改善,病程从数日、数月、数年乃至长达数十年之久。既往动物试验及临床观察都证明慢性鼻塞可导致全身营养不良^[3],然而其发生机制尚未探明。我们认为,营养不良只是鼻塞的最终结束,其主要原因是鼻塞影响了机体的消化功能(即鼻塞伤脾)所致。中医学认为脾主运化。目前,观察过的能反映脾的实验指标多达 70 余个,每一种指标都有一定意义,都能说明某些问题^[4]。但仍以在消化系方面做的工作最多,因此本文选择胃液量、胃酸 pH 值、胃蛋白酶活性反映动物消化功能,血液淀粉酶反映肝脏功能,血清 D-木糖反映小肠吸收功能,至于一般状况包括动物的体重增长情况,可借以推知脾胃之气的盛衰,通过多层次指标观察以了解鼻塞大鼠伤脾的生物学特征。

实验结果提示:鼻塞伤脾主要表现在体重增长趋缓,胃液分泌量减少,血清 D-木糖值下降。其发生机制可能主要与以下三方面原因有关。

首先鼻有嗅觉,舌有味觉。在生理上鼻与口通过足阳明胃经与手阳明大肠经相互联系,而病理上则相互影响。进食食物时,经后鼻孔呼出的气体,亦可发生嗅觉,有增进食欲,辅助消化之功^[5]。若鼻塞引起嗅觉减退和消失,由此可导致“上窍不通……口不知味。”(《灵枢》)和食欲下降,“饥饿不得饮食者……可使脾胃升降失调而发病”(《脾胃论》)。

其次,鼻塞时可产生局部的一系列生理病理变化,包括气流路线改变,血流量减少,分泌物增加,粘蛋白降低,抗体生成减少,酸碱度偏于碱性,溶菌酶功能降

低以及湿度和温度改变,鼻窦通气及排液障碍等变化^[5],以致产生纤毛运动不良,鼻分泌物潴积,细菌繁殖活跃并增多等不良影响,过多不洁的鼻分泌物下咽可引起胃肠障碍的一些症状^[5]。

第三,文献记载消化道通过血液与肺之间有气体交换,由此而论,消化道参加了外呼吸^[6]。胃肠道内气体,主要依靠肠壁血液循环吸收,由肺部排出,并且肠内气体经肠壁血循环吸收再由肺部排泄的量较由肛门排泄的量高出约 20 多倍。胃肠道的小肠吸收气体的能力最强^[7]。由于鼻腔阻力过大,通气不畅,可影响肺泡气体交换导致血氧分压降低,二氧化碳分压增高,碱储降低^[8]。因此肺内换气障碍,血中气体不易从肺部排出,气体分压增高,肠腔内气体不能经小肠吸收入血,此时血液中已溶气体及肠腔内膨胀着的气体必将向压力较低的地方弥散,特别是小肠粘膜相对较菲薄,粘膜下组织又较疏松,血及肠腔中气体可能进入粘膜下层形成气泡,使肺与肠内气体交换发生障碍,胃肠道内气体排泄受到影响,即可能引起消化道机能紊乱^[6]。

综上所述,鼻塞伤脾有其科学依据,主要为胃肠消化吸收功能降低,具体表现为胃液分泌量减少,血清 D-木糖含量下降。鼻塞伤脾在植物神经系统、内分泌系统、血液系统等方面的表现如何,有待进一步研究。

参考文献

- 1 李仪奎. 中药药理实验方法. 上海:上海科学技术出版社,1991:237-249.
- 2 朱清华,祝庆蕃. 实验动物学. 中山:广东高等教育出版社,1991:219-245.
- 3 张庆松. 耳鼻咽喉科学. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1973:29.
- 4 危北海. 中医脾胃学说应用研究. 北京:北京出版社,1993:38-165.
- 5 《耳鼻喉科学》编写组. 耳鼻咽喉科学·鼻科学. 上海:上海人民出版社,1997:52-63.
- 6 匡调元. 中医病理研究. 上海:上海科学技术出版社,1980:145-188.
- 7 上海第一医学院内科学编辑委员会. 症状鉴别诊断学. 北京:人民卫生出版社,1956:240.
- 8 魏能润. 耳鼻咽喉科学. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1985:19-20.

(上接第 491 页)

研究旨在将中医辨证思维,通过胃镜技术引入深部,对慢性胃炎作针对性更强的微观辨证,真正做到辨证与辨病相结合。

参考文献

- 1 周建中,陈泽民,危北海整理. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案). 中西医结合杂志,1990,10(5):318-319.
- 2 陈芝芸. 慢性胃炎幽门螺旋菌感染与中医辨证分型之相关性. 浙江中医学院学报,1991,(6):27-28.
- 3 任锐芝,张万岱,陈雪清,等. 慢性胃病中医分型与 Hp 感染粘膜病理

及胃酸分泌的关系. 新消化病学杂志,1997,5(1):15-16.

- 4 张万岱,王小虎,曾锦章,等. 胃癌及癌前病变的中医分型与幽门螺杆菌感染、癌基因表达的关系. 中国中西医结合脾胃杂志,1998,6(1):5-6.
- 5 张锦坤,夏华向. 幽门螺杆菌研究的十年里程碑. 中华消化杂志,1995,15:3.
- 6 赵爱光,杨金坤,郑坚,等. 脾虚与胃癌发生、发展的相关性研究. 上海中医药杂志,1998,(5):10-12.
- 7 邱佳信,贾筠生,杨金坤,等. 健脾法为主治疗晚期胃癌的探讨. 中医杂志,1992,33(8):471-473.
- 8 邱佳信. 中医中药对肿瘤预防作用的探讨. 中医杂志,1993,34(9):560-562.

ABSTRACTS FROM ORIGINAL ARTICLES

A Clinical Observation on 30 Cases with Angina Pectoris Treated with Refined Xue Fu Capsules

Wang Wei, Ma Xiaochang, Wang Xiaofang, et al.

In addition to Routine Remedy for Angina Pectoris for all the patients, Refined Xue Fu Capsules and Xue Fu Capsules were prescribed for the first group (N=30) and the second group (N=34). The third group (N=27) received only routine remedy as control in this single-blinded clinical trial. The total effective rate in these three groups were 96.6%, 73.5% and 70.4%. The effect in the first group was significantly higher than the rest two groups ($P < 0.05$). On EEG examination, it was 73.3%, 41.2% and 37.0%, which favored the first group than the rest two ($P < 0.05$). Significant or very significant difference in serum endothelin-1 content was found between the first two ($P < 0.05$) or between the first two vs. the third group ($P < 0.01$). Addition of Refined Xue Fu Capsules could produce much better therapeutic effects than with addition of Xue Fu Capsules or treated with routine remedy only.

Authors' address: Dongzhimen Hospital, Beijing 100700

Key words: coronary diseases/TCM therapy angina pectoris/TCM therapy

(Original article on page 471)

Effect of Recipe for Supplementing Qi, Nourishing Yin and Expelling Turbid Pathogens on Cellular Immunity in Treatment of 30 Cases with Chronic Renal Failure of Deficiency of both Qi and Yin Type

Xu Limei

To determine the effect of TCM drugs on cellular immunity of patients with chronic renal failure of deficiency of both qi and yin type, the lymphocyte subsets, NK cells and sIL-2R were evaluated. A significant decrease in CD₃, CD₄, CD₄/CD₈ ratio and the NK cells ($P < 0.01$), a significant increase in CD₈ ($P < 0.05$) and a very significant increase in sIL-2R ($P < 0.01$) than the normal control group was found in the determination. CD₄/CD₈ ratio and the amount of NK cells were negatively correlated with sIL-2R. Scr and CD₈ were positively correlated with sIL-2R and negatively correlated with CD₄/CD₈ ratio and the amount of NK cells. The increase of CD₃, CD₄, CD₄/CD₈ ratio and the NK cells and decrease in CD₈ and sIL-2R suggested that this recipe could adjust the disturbed cellular immunity and was indicated for cases with chronic renal failure of deficiency of both qi and yin type.

Author's address: The General Air-Force Hospital, Beijing 100036

Key words: renal failure, chronic/TCM therapy deficiency of both qi and yin/TCM therapy

(Original article on page 474)

An Analysis of Efficacy of TCM Drugs in Treating 102 Patients with Gastric Carcinoma in Middle and Late Stages

Yang Jiquan, Zhang Binbin

Drugs for expelling pathogenic cold to resolving stasis, descending the stomach-fire by invigorating the spleen and treating cancer by detoxifying were used in the controlled clinical trial. The one-year, three-year and five-year survival rates in the treatment group (N=69) were 84%, 56.4% and 45.4%, respectively (median, 2.45 years). In comparison with the control group with TCM drugs plus chemotherapy (N=30) it was 76.7%, 53.3% and 43.3%, (median, 1.73 years) respectively. Clinical observation favored the treatment group in improving the symptoms, prolong the survival period, less toxic, less recurrence and metastasis, however, the difference was not significant in statistical analysis.

Authors' address: Kunshan Municipal TCM Hospital, 215300

Key words: tumors of stomach/TCM therapy stages of tumors
(Original article on page 483)

Correlation of Typing Based on Differentiation of Symptoms and Signs in Chronic Gastritis and Its Significance

Zheng Jiagang, Lu Lingeng, Duan Yanxia, et al.

Correlation between TCM typing of chronic gastritis and the findings about the mucosa in gastroscopic examination was analyzed. In GLM and DUNCAN analyses, the sufferers of insufficiency of both the spleen and stomach were much older than of the damp-heat in the spleen and the stomach ($P < 0.05$), while the latter were much younger than blood stasis in stomach-collaterals ($P < 0.05$). Chronic gastritis caused by *Helicobacter pylori* was irrelevant with its types in TCM. Correspondence and scatter diagram analyses showed that chronic superficial gastritis was in correspondence with the types of damp-heat in the spleen and the stomach and that of incoordination between the liver and the spleen, while atrophic gastritis with proliferation and intestinal metaplasia were in correspondence with the types of insufficiency of both the spleen and stomach, blood stasis in stomach-collaterals and insufficiency of stomach yin. Findings in gastroscopy support the nature of chronic gastritis in TCM that the initial stage is often manifested in excess or heat syndromes. Lingering of the disease is bound to be of deficiency or invasion of heat into the collaterals, or impairment of yin.

Authors' address: Longhua Hospital, Shanghai 200032

Key words: gastritis/diagnosis gastroscopy/TCM tying

(Original article on page 490)