

慢性胃炎中医辨证分型与悉尼内镜胃炎分类及 HP 感染相关性研究

韩子岩¹ 韩松岩² 韩树颖³

摘要 为探讨慢性胃炎中医辨证分型与国际悉尼内镜胃炎分类及 HP 感染的相关性,观察慢性胃炎 362 例,按南昌会议标准分为 5 型,做胃镜观察并按悉尼分类标准分为 7 型。同时用先进的¹⁴C-UBT 呼气试验法测定 HP 阳性率与阳性值,进行比较分析。结果肝胃不和型主要见于红斑渗出性胃炎和反流性胃炎;脾胃湿热型主见于红斑渗出性、出血性和平坦糜烂性胃炎;胃络瘀血型主见于平坦糜烂性、出血性胃炎;脾胃虚弱型最多见于红斑渗出性胃炎;胃阴不足型主见于萎缩性胃炎。HP 感染率及密度值显示非虚证型>虚证型。结果表明,慢性胃炎的辨证分型与悉尼内镜胃炎分类有良好的相关性。

主题词 胃炎/诊断 辨证分型 胃炎/微生物学

中医辨证分型治疗慢性胃炎,确有良效。为了使疗效判定同现代医检指标相结合并发展微观辨证,本文对慢性胃炎以中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会的辨证分型(南昌分型 1989 年)^[1]与悉尼系统内镜分类新的国际分型,以及幽门螺杆菌(HP)感染的相关性做了研究,报道如下。

1 临床资料

本组选自门诊已明确诊断为慢性胃炎,无胃、肝、胆等伴发病者 362 例。病程在 6 个月以上,2 周内未经任何治疗者。男 203 例,女 159 例;年龄 18~67 岁,平均 45.6 岁;病程 6 个月~15 年,平均 5.6 年。

2 方法

辨证分型根据“南昌分型”^[1]标准,对个案详细记录主症、次症、舌象、脉象各要项,综合判定。其中肝胃不和型 86 例,脾胃虚弱型 94 例,脾胃湿热型 66 例,胃阴不足型 43 例,胃络瘀血型 73 例。

患者在接诊 5 天内做胃镜观察,按悉尼内镜炎症观察标准^[2],详细记录胃窦、胃体等部位水肿、红斑(或充血)、脆性、渗出、平坦糜烂、隆起糜烂、皱襞肥大、皱襞萎缩、血管透见度、壁内出血点、结节以及胆汁反流等。按标准分为:(1)红斑渗出性胃炎;(2)平坦糜烂性胃炎;(3)隆起糜烂性胃炎;(4)出血性胃炎;(5)萎缩性胃炎;(6)反流性胃炎;(7)皱襞肥大性胃炎。

HP 检测使用¹⁴C-尿素呼气试验法(¹⁴C-UBT)^[3],采用深圳海得威生物科技有限公司 HTY1001HP 测试仪。病人早晨空腹,受试前漱口,服¹⁴C-尿素胶囊 1 粒(0.75μci),静坐 25 分钟后,通过导管将呼气吹入 CO₂ 收集瓶中 1~3 分钟,由红色变为无色时停止吹气。然后向瓶内加稀释闪烁液 4.5ml,用测试仪测定¹⁴C 放射性活度(dpm)2 分钟。按¹⁴C-UBT=样品瓶(dpm)-本底瓶(dpm)/2(mmolCO₂),以 dpm/mmolCO₂ 计算结果。¹⁴C-UBT 值≥100dpm/mmolCO₂ 时可判定受试者为 HP 阳性。

统计学处理:组间百分率比较采用 χ^2 检验,组间均数比较用方差分析 *t* 检验。

3 结果

表 1、表 2 示,肝胃不和型主要以红斑渗出性胃炎和反流性胃炎多见,而后的百分比明显高于其它证型(*P* 均<0.01)。HP 阳性率较高,近似脾胃湿热型和胃络瘀血型(*P* 均>0.05)而明显高于脾胃虚弱型和胃阴不足型(*P* 均<0.01)。反映感染密度值的¹⁴C-UBT 阳性值也较高,稍低于脾胃湿热型但差异无显著性(*P*>0.05),却明显高于胃络瘀血型(*P*<0.01)、脾胃虚弱型与胃阴不足型(*P* 均<0.01)。

脾胃虚弱型以红斑渗出性胃炎多见,明显高于其它证型(*P* 均<0.01)。其次为萎缩性胃炎占 14.89%。HP 阳性率及¹⁴C-UBT 阳性值均偏低,同胃阴不足型相近(*P*>0.05),而明显低于其它实证证型(*P*<0.05 或 *P*<0.01)。

脾胃湿热型以红斑渗出性胃炎、出血性胃炎、平坦糜烂胃炎为主,其次为隆起糜烂性胃炎。仅见 1 例皱襞肥大性胃炎。HP 阳性率最高,同肝胃不和型及胃络瘀血型相近(*P* 均>0.05),明显高于脾胃虚弱型及胃阴不足型(*P* 均<0.01)。¹⁴C-UBT 阳性值亦最高,明显高于胃络瘀血型(*P*<0.05)以及脾胃虚弱型与胃阴不足型(*P* 均<0.01)。

胃阴不足型以萎缩性胃炎为主,明显高于其它证型(*P* 均<0.01)。其次为红斑渗出性胃炎。本型 HP 阳性率最低,同脾胃虚弱型近似(*P*>0.05),明显低于其它各实证证型(*P* 均<0.01)。¹⁴C-UBT 阳性值亦最低,同各型比较差异均有显著性(*P* 均<0.01)。

1 山西医科大学第二医院消化科,太原市五一一路 382 号(030001)

2 山西省肿瘤医院内窥镜室

3 山西省中医药研究院

收稿日期:2000-06-19;修回日期:2000-12-07

表 1 慢性胃炎中医辨证分型与悉尼内镜分类的关系〔例(%)〕

证型	例数	红斑 渗出性	平坦 糜烂性	隆起 糜烂性	出血 性	萎缩 性	反流 性	皱襞 肥大多
肝胃不和	86	33(38.37)	10(11.63)	5(5.81)	9(10.47)	2(2.33)	27(31.39)	0
脾胃虚弱	94	57(60.64)	7(7.45)	4(4.25)	7(7.45)	14(14.89)	5(5.32)	0
脾胃湿热	66	20(30.30)	15(22.73)	9(13.63)	16(24.24)	1(1.52)	4(6.06)	1(1.52)
胃阴不足	43	8(18.60)	5(11.63)	2(4.65)	4(9.30)	23(53.49)	1(2.33)	0
胃络瘀血	73	13(17.81)	22(30.13)	13(17.81)	21(28.77)	2(2.74)	2(2.74)	0

表 2 慢性胃炎中医辨证分型与 HP 感染的关系

证型	例数	¹⁴ C-UBT 阳性 〔例(%)〕	¹⁴ C-UBT 值 (dpm/mmol, $\bar{x} \pm s$)
肝胃不和	86	67(77.91)	512.14 ± 106.73
脾胃虚弱	94	42(44.68)	208.32 ± 18.12
脾胃湿热	66	57(86.36)	537.34 ± 92.24
胃阴不足	43	17(39.53)	184.16 ± 18.78
胃络瘀血	73	58(79.45)	338.84 ± 97.71

胃络瘀血型以平坦糜烂性胃炎、出血性胃炎为主(共占 58.90%),其次为红斑渗出性胃炎及隆起糜烂性胃炎,其它型少见。HP 阳性率较高,近似肝胃不和型及脾胃湿热型(P 均 >0.05),然而相对而言,¹⁴C-UBT 阳性值则低于上述两型(P 均 <0.05)而高于脾胃虚弱型和胃阴不足型(P 均 <0.05)。

4 讨论

长期以来,慢性胃炎的辨证分型繁杂且不统一。1989 年南昌会议分型^[1],突出了中西医结合特点,主次症分明,便于掌握,很有代表性。胃镜检查是本病诊断、疗效判定的重要依据。1990 年在悉尼召开的第 9 届胃肠病学大会上,Misiewicz 等^[2]提出了一种新的胃炎分类法,其中悉尼系统——内镜分类将慢性胃炎分为 7 型。内容详细、具体,堪称“内镜胃炎”新标准。众所周知,HP 感染及其密度值同慢性胃炎的发生与活动性密切相关。因此,探讨中西医这两类分型间,以及与 HP 感染间的规律性,十分重要。

研究表明,肝胃不和型以红斑渗出性和反流性胃炎为主,两者合计占 69.76%,且 HP 感染率和¹⁴C-UBT 阳性值均高。显示本型多为慢性胃炎的早期、活动期,且 HP 感染活跃,胃肠功能紊乱,常伴胆汁反流。本型易发生胃排空障碍,曾锦章等^[4]的研究证实,慢性胃炎肝胃不和型易出现固体延滞期和固体半排空时间延长。脾胃湿热型以红斑渗出性、出血性和平坦糜烂性胃炎为主,合计占 77.27%。HP 阳性率和¹⁴C-UBT 阳性值均最高。显示胃炎持续活动或急性发作。胃粘膜

多呈充血、渗出、糜烂等。HP 感染活跃,密度值高,表明 HP 的定植因子和致病因子作用甚强。胃络瘀血型以平坦糜烂性、出血性胃炎为主,合计占 58.9%。其次为红斑渗出性及隆起糜烂性胃炎。HP 阳性率近似以上两型也较高,但¹⁴C-UBT 阳性值却低于上两型,只是高于脾胃虚弱和胃阴不足型。这可能是本型病久致瘀,在免疫学反应和局部微环境变化下,HP 生活态受抑制所致。本型多属中后期,胃粘膜仍处于炎症活动期,表现充血、肿胀、糜烂、出血与微循环障碍。脾胃虚弱型以红斑渗出性胃炎为主,其次是萎缩性胃炎。HP 阳性率及¹⁴C-UBT 阳性值均偏低。显示本型处于中晚期,从虚实夹杂转为虚寒为主。胃的功能及紧张度减弱、胃酸偏低。胃内低酸可影响 HP 的定植率^[5]。由于本型所处的全身性和局部微环境的改变,HP 感染可处于非活跃期或休眠期。胃阴不足型以萎缩性胃炎为主,其它则少见。HP 阳性率与¹⁴C-UBT 阳性值最低,与文献报道一致。本型病程长,长期经受毒邪、湿热、瘀、寒等作用,病久伤阴,胃粘膜营养不良、萎缩、干燥、变薄、胃酸低下。

综上所述,慢性胃炎的各证型同悉尼系统内镜分类各型间,存在良好的相关性。HP 感染的特点是实证型高于虚证型,依次是:脾胃湿热型、胃络瘀血型、肝胃不和型、脾胃虚弱型、胃阴不足型。

参考文献

- 1 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准. 中西医结合杂志, 1990, 10(5): 318-319.
- 2 Misiewicz JJ, Tytgat GNJ, Goodwin CS, et al. The Sydney system — a new classification of gastritis. J Gastroenterol Hepatol (Working Party report), 1990; 1-10.
- 3 马永健, 张厚德, 陈观裕, 等. 在诊断 HP 的¹⁴C-UBT 中¹⁴C-尿素的最低有效活度的研究. 胃肠病学和肝病杂志, 1997, 6(2): 157-159.
- 4 曾锦章, 张万岱, 彭武和, 等. 慢性胃炎的中医辨证与胃排空关系的研究. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(10): 601-602.
- 5 Solcia E, Villani L, Fiocca R, et al. Effect of eradication of helicobacter pylori on gastritis in duodenal ulcer patients. Scand J Gastroenterol Suppl, 1994, 201: 28-34.