

功能性消化不良患者中医证型与胃排空功能关系的研究

潘志恒* 黄冬梅* 阎萍* 李林* 郑荣琴*

摘要 目的:探讨中医证型与胃排空功能之间的关系,认识 FD 的中医病因病机本质。方法:采用 B 超胃窦单切面法测定 76 例功能性消化不良(FD)患者的胃排空功能。结果:肝胃不和组和肝胃郁热组患者餐后 2 小时胃窦面积较大,餐后 2 小时胃排空率明显小于正常对照组和脾胃虚弱组(P 均 <0.05),表明实证组的胃排空时间较正常对照组和虚证组明显延长。结论:FD 中医分型以“实证”为主,肝胃不和可能是 FD 的主要病因病机本质,临床上测定患者的胃排空功能对指导其中医分型和治疗均有一定意义。

关键词 消化不良/诊断 辨证分型 胃排空

一般认为,功能性消化不良(Functional Dyspepsia, FD)发病主要与胃肠道功能紊乱特别是胃排空功能障碍有关。为了探讨 FD 中医证型与胃排空功能之间的关系,认识 FD 的中医病因病机本质,我们在 1998 年 6 月~2000 年 10 月对本院中医胃肠专科门诊 76 例 FD 患者和 15 例正常对照组的胃排空功能进行了检测分析,现将结果报告如下。

1 临床资料

FD 组共 76 例,均为在本院中医胃肠专科门诊就诊的 FD 患者,其中男性 43 例,女性 33 例;年龄 22~54 岁,平均 35.5 ± 11.6 岁。FD 的诊断按 1989 年芝加哥国际专题会议所制定的标准:(1)有反复发作上腹部疼痛、饱胀、烧心、反酸、嗝气、恶心及(或)呕吐等症状,病程持续 4 周以上;(2)胃镜检查正常,或排除了糜烂、溃疡及肿瘤等器质性病变;(3)实验室、B 超及 X 线等检查排除了肝、胆、胰等器质性病变。其中分型属运动障碍型 44 例,混合型 12 例,溃疡样型 16 例,吞气症型 4 例。中医辨证参照“慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准”^[1],属肝胃不和 26 例,脾虚肝郁 18 例,脾胃虚弱 16 例,肝胃郁热 16 例。正常对照组 15 例,男性 8 例,女性 7 例;年龄 21~23 岁,平均 21.5 ± 0.8 岁,为本校实习生,两年内无任何上消化道慢性病史及症状,肝肾功能正常。

2 检测方法

采用日产 Aloka 1400 型超声显像仪,探头频率 3.5MHz。由本院 B 超室专人负责进行胃排空的测定

工作。受试者检查前 1 周停用任何中西药物,检查当日清晨空腹来检。采用文献介绍的胃窦单切面法^[2]:受试者取坐位,探头置于腹部与胃体长轴垂直,自上而下连续扫查,当显示胃体、胃窦、幽门于同一切面时,在胃窦中点处垂直转为纵切,即可见到椭圆形胃窦,在吸气末胃窦最大舒张状态时测量其上下径 A 和前后径 B(均取外径),按椭圆公式计算胃窦面积 $S = \pi \cdot A \cdot B / 4$ 。采用统一的半流质混合营养餐。分别在空腹、餐后 5 分钟、餐后 2 小时测量其胃窦面积。胃排空率 = (进餐后即刻面积 - 进餐后 2 小时面积) / 进餐后即刻面积 $\times 100\%$ 。

统计学分析:多组均数的比较采用方差分析,两组均数的比较采用 Newman-Keuls 检验,所有资料的处理均在微机上进行(采用统计分析专用软件 SPSS8.0 for WINDOWS)。

3 结果

中医各证型组与正常对照组比较,无论是空腹胃窦面积、餐后 5 分钟胃窦面积差异均无显著性($P > 0.05$);餐后 2 小时胃窦面积、餐后 2 小时排空率,肝胃不和组和肝胃郁热组与正常对照组比较差异存在显著性($P < 0.05$);而脾胃虚弱组和脾虚肝郁组与正常对照组比较差异无显著性($P > 0.05$);餐后 2 小时胃窦面积、餐后 2 小时排空率,肝胃不和组和肝胃郁热组与脾胃虚弱组和脾虚肝郁组比较差异存在显著性差异($P < 0.05$)。见附表。

4 讨论

功能性胃动力障碍性疾病和中药促胃动力作用的研究是近年来中西医结合治疗消化疾病研究的热点之一,FD 是一种与胃排空功能障碍密切相关的症候群,中医诊断上一般属“胃脘痛”、“痞满”等范畴,临床上常辨证分型为肝胃不和、肝胃郁热、脾胃虚弱、脾虚肝郁等。然而 FD 的中医病因病机及分型与 FD 胃排空功能障碍之间的关系尚不甚清楚,显然,这方面的探讨有助于深化中医对功能性胃动力障碍性疾病的认识,而且对促胃动力作用中药的研究也有积极的意义。张介宾在《景岳全书·痞满》中说:“痞者,痞塞不开之谓……所以痞满一证,大有疑辩,则在虚实二字,凡有邪有滞而痞者,实痞也;无邪无滞而痞者,虚痞也。”可见,痞满一证的虚实辨证非常重要。就我们临床所见,多数

* 中山医科大学附属第三医院中医科、B 超室,广州市石牌岗顶(510630)

收稿日期:2001-04-30;修回日期:2001-06-18

附表 FD 中医证型组与正常对照组的胃窦面积及胃排空率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	空腹胃窦面积(cm^2)	餐后 5 分钟胃窦面积(cm^2)	餐后 2 小时胃窦面积(cm^2)	餐后 2 小时胃排空率(%)
正常对照组	15	4.56 $\pm$ 1.14	11.87 $\pm$ 3.31	5.21 $\pm$ 2.43	56.67 $\pm$ 12.65
肝胃不和组	26	5.12 $\pm$ 2.21	10.43 $\pm$ 3.76	8.24 $\pm$ 2.95*	34.83 $\pm$ 10.45*
肝胃郁热组	16	4.89 $\pm$ 1.38	11.54 $\pm$ 4.22	8.03 $\pm$ 3.14*	31.86 $\pm$ 11.52*
脾胃虚弱组	16	4.77 $\pm$ 1.07	10.39 $\pm$ 3.79	5.08 $\pm$ 3.67 Δ	53.25 $\pm$ 9.33 Δ
脾虚肝郁组	18	4.47 $\pm$ 2.32	12.95 $\pm$ 4.36	5.37 $\pm$ 1.78 Δ	54.52 $\pm$ 12.02 Δ

与正常对照组比较, * $P < 0.05$; 与肝胃不和组比较, $\Delta P < 0.05$; 与肝胃郁热组比较, $\Delta P < 0.05$

FD 的病人并无明显的脾虚证表现,病人常常是因为进食后上腹部持续饱胀而减少食量,并非真正无食欲。在本组资料中,中医辨证分型属肝胃不和和肝胃郁热者达 42 例之多(42/76, 55%),而脾胃虚弱组仅 16 例(16/76, 21%),与以往的观察结果相似^[3],提示 FD 的中医分型应以“实证”为主。

本组资料的结果显示,肝胃不和组和肝胃郁热组 FD 患者的餐后 2 小时胃窦面积较大,餐后 2 小时的胃排空率明显小于正常对照组和脾胃虚弱组($P < 0.05$),表明 FD 实证组的胃排空时间较正常对照组和虚证组明显延长,这与曾锦章等^[4]采用核素显像法测定胃排空发现慢性胃炎实证组和虚证组之间有差异,实证组表现为固体延滞期、固体半排空时间和液体半排空时间均明显较虚证组和正常对照组延长,而虚证组仅表现为固体半排空时间延长,但固体延滞期和液体半排空时间与正常对照组差异无显著性的结果有类似之处。我们以往采用核素标记试餐法对慢性胃炎患者液体胃排空功能的观察也发现^[5],肝胃不和组和肝胃郁热组患者的液体胃排空时间较脾胃虚弱组明显延长($P < 0.01$),但脾胃虚弱组的液体胃排空时间则较正常对照组明显缩短($P < 0.01$)。由于彼此所采用的研究方法和病例选择的不同,我们难以直接对上述结论进行比较。一般认为^[6],液体的胃排空速度主要取决于近端胃(胃底和近端 2/3 胃体)的功能和胃十二指肠的压力差,而固体胃排空速度则主要是受远端胃(远端 1/3 胃体、胃窦和幽门)功能的影响。上述的研究结果虽然有差异,但在提示“实证”和“虚证”的胃排空状态有所不同方面则是一致的,即 FD 中医分型的“实证”和“虚证”两者可能具有不同的病理生理基础。至于

脾虚肝郁组的胃排空,在本资料中并未发现与正常对照组和脾胃虚弱组之间差异存在显著性($P > 0.05$),但其排空率明显高于实证组($P < 0.05$),原因是否与该组虚实夹杂,胃排空情况较为复杂有关尚有待探讨。

本文的研究结果提示,FD 的中医分型应以“实证”为主,而且 FD 实证组患者存在明显的胃排空功能障碍,肝胃不和可能是 FD 的主要中医病机本质,临床上测定 FD 患者的胃排空功能对指导其中医分型和治疗均有一定的意义。然而,需要指出的是,胃排空的生理过程是非常复杂的,其测定结果常常受到多种因素(如检测方法、食物性质的不同等)的影响。此外,本组餐后 2 小时患者的胃排空率虽然部分组间的统计分析存在显著性的差异,但各组内的标准差偏大,说明均数的代表性尚差,提示各组间病例的排空率有重叠情况。因此,FD 患者的中医分型与胃排空功能的关系可能还涉及更为复杂的机理,有待今后进一步的深入研究。

参考文献

- 1 周建中,陈泽民,危北海.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准.中国中西医结合杂志,1990,10(5):318-319.
- 2 张青萍,周佩,史秋生.实时超声对胃排空功能的检测及其应用研究.胃肠病学和肝病学杂志,1996,5(2):73-75.
- 3 潘志恒,陈瑛碧,陈国浩.疏肝调胃汤治疗功能性消化不良 67 例临床观察.新中医,1997,29(12):16-18.
- 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 潘志恒,陈国浩,梁九根,等.慢性胃炎患者中医证型与核素胃排空功能关系的初步探讨.中国中西医结合脾胃杂志,1997,5(3):144-146.
- 6 Parkman HP, Harris AD, Krevsky B, et al. Gastrointestinal motility and dysmotility: an update on techniques available for evaluation. Am J Gastroenterol, 1995, 90(6): 869-892.

(正文见 193 页)

附表 两组治疗前后血液流变学指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	全血粘度高切(mPa.s)	全血粘度低切(mPa.s)	血浆粘度(mPa.s)	红细胞压积(%)	血沉(mm/h)	纤维蛋白原(g/L)
治疗组	27	4.69 $\pm$ 0.25	31.20 $\pm$ 1.00	1.76 $\pm$ 0.12	0.68 $\pm$ 0.12	32.6 $\pm$ 6.43	4.8 $\pm$ 0.61
	27	3.11 $\pm$ 0.19**	17.93 $\pm$ 1.27 Δ *	1.23 $\pm$ 0.10**	0.26 $\pm$ 0.08**	18.2 $\pm$ 2.49**	2.70 $\pm$ 0.37**
对照组	24	4.61 $\pm$ 0.39	31.05 $\pm$ 0.97	1.73 $\pm$ 0.13	0.67 $\pm$ 0.12	31.7 $\pm$ 5.92	4.75 $\pm$ 0.61
	24	4.54 $\pm$ 0.39	30.35 $\pm$ 0.87*	1.69 $\pm$ 0.13	0.64 $\pm$ 0.11	29.4 $\pm$ 5.83	4.54 $\pm$ 0.61

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$