

吞酸证患者食管动力学临床研究

李茹柳* 陈蔚文* 潘怀耿* 徐颂芬* 叶富强*

摘要 目的:研究吞酸证患者食管动力的病理变化及中医证型特点。方法:将72例患者吞酸证进行辨证分型,有61例作食管3小时pH监测,43例作食管压力测定。结果:实证肝胃不和型的胃食管反流程度大于虚实夹杂证的肝郁脾虚型。食管动力异常以低动力出现率最高,高动力出现率最低,且都出现在肝胃不和型;动力不协调主要出现在有脾虚的证型。结论:反流程度可能是衡量吞酸证邪实轻重的指标之一;脾虚可能是动力不协调产生的原因之一。

关键词 胃酸/分泌 食管 动力学

《医林绳墨》曰:“吞酸者,胃口酸水攻激于上,以致咽嗝之间,不及吐出而咽下,酸味刺心,有若吞酸之状也。”吞酸证病变的关键是酸水由胃向口方向上泛。与现代医学胃食管反流的病理特点相似,可由胃食管动力障碍引起。以往中医对吞酸证的研究,多在辨证论治等方面,较少从胃食管动力学角度研究,本文以食管3小时pH监测和食管压力测定方法探讨吞酸证的病理变化及中医证型特点。

1 临床资料

1.1 临床诊断与病例选择:参照《中医胃肠病学》^[1]的描述,吞酸证的临床诊断包括:(1)吞酸证的临床症状:如泛酸,烧心,嘈杂,胸脘灼痛,吞咽不利,嗝气,呃逆,恶心,反食,咽部如有物梗阻感等。(2)内镜或X线钡餐见返流性食管炎。(3)有胃食管反流的客观证据:如食管pH监测记录到胃食管反流等。

本组选择胃食管运动功能障碍引起的吞酸证作为观察对象。

纳入标准:(1)有1至数个吞酸证临床症状。(2)有胃食管反流客观证据:内镜或X线钡餐见反流性食管炎;或食管3小时pH监测记录到胃食管反流。

排除标准:有食管器质性病变和有影响食管功能的全身性病变。

1.2 辨证分型及症状分析:本组吞酸证72例,根据纳入标准和排除标准进行选择,均为1998年3月~1999年12月本校第一附属医院门诊或住院患者,男43例,女29例,年龄18~60岁,平均 31.7 ± 9.3 岁。其中48

例经胃镜或X线钡餐检查,诊断为反流性食管炎36例,慢性浅表性胃炎29例,慢性十二指肠肠炎25例,糜烂性胃炎5例,胆汁反流性胃炎4例,萎缩性胃炎1例(若同一病例患2种以上疾病则分别列入统计)。

辨证分型参考《中药新药临床研究指导原则》^[2],分为肝胃不和型,肝郁脾虚型,脾虚型。72例中肝胃不和型44例,占61.1%;脾虚型6例,占8.3%;肝郁脾虚型22例,占30.6%。由表1可见,吞酸证常见的症状是泛酸、烧心、胸脘灼痛和嗝气。有39例出现泛酸症状,占54.2%(39/72),而另外33例并无泛酸症状,提示有超过40%的患者是以吞酸证的其他症状作为临床表现的。

2 观察方法

2.1 食管3小时pH监测:仪器:瑞典CTD-synectise公司的高分辨多通道胃肠功能检测仪(PC Polygraf HR)。方法:受检者检查前3天内停药一切影响胃肠动力和抑酸的药物。空腹经鼻孔将铂电极放置在胃食管交界上5cm处固定。进食方便面一碗(面饼75g,调味肉包15g)。餐后开始记录食管pH情况,第1、3小时坐位,第2小时卧位。 $pH < 4$ 超过10s为1次胃食管反流,记录3小时内胃食管反流次数和反流总时间。

建立正常参考值:选择20名正常人进行检测,男女各10名,年龄20~45岁,没有吞酸证的临床症状,经胃镜或X线钡餐检查排除反流性食管炎。结果20人餐后3小时食管pH监测反流的时间(分钟, $\bar{x} \pm s$)为 1.9 ± 1.37 ,以 $\bar{x} + 2s$ 代入数值,计算得出生理性反流时间的阈值为4.64分钟,为了方便计算及减少假阳性,将该值取整数为5分钟,即生理性反流时间占监测时间百分率应小于2.8%。许国铭等^[3]对50名正常人进行食管24小时pH监测,得出95%的正常值范围 $pH < 4$,占监测时间百分率为3.4%,本组结果与之较接近。因此在本研究中,吞酸证患者作食管3小时pH监测,若反流总时间达到5分钟,为胃食管反流检出阳性;反之为阴性。

2.2 食管压力测定:仪器:高分辨多通道胃肠功能检测仪。检测方法和食管动力异常类型同文献所述^[4]。

3 结果

3.1 食管3小时pH监测与中医证型分析:有61例

基金项目:广东省中医药管理局立项课题(96026)

* 广州中医药大学脾胃研究所,广州市三元里机场路12号(510405)

收稿日期:2000-12-31;修回日期:2001-06-15

表 1 吞酸证患者症状与中医证型的关系(例)

分型	例数	泛酸	烧心	胸脘灼痛	吞咽不畅	暖气	咽梗阻感	恶心	反食	呃逆
肝胃不和	44	29	22	26	6	29	3	2	2	0
肝郁脾虚	22	8	8	10	5	10	3	7	0	0
脾虚	6	2	1	4	0	3	1	4	0	4
合计	72	39	31	40	11	42	7	13	2	4

表 2 各证型不同反流时间比较[例(%)]

分型	例数	<15 分钟	15~30 分钟	>30 分钟
肝胃不和	40	24(60.0)	10(25.0)	6(15.0)
肝郁脾虚	16	13(81.25)	2(12.5)	1(6.25)
脾虚	5	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)
合计	61	39(63.9)	14(23.0)	8(13.1)

表 3 各证型食管动力异常情况比较[例(%)]

分型	例数	低动力	高动力	动力不协调
肝胃不和	22	9(40.9)	5(22.7)	3(13.6)
肝郁脾虚	17	10(58.8)	0(0)	7(41.1)
脾虚	4	3(75.0)	0(0)	3(75.0)
合计	43	22(51.2)	5(11.6)	13(30.2)

患者进行了食管 3 小时 pH 监测。53 例胃食管反流检出阳性;8 例为阴性。

将食管 3 小时 pH 监测反流时间分为 3 种:反流时间<15 分钟;15~30 分钟;>30 分钟。各占监测时间的百分率为:<8.3%;8.3%~16.7%;>16.7%。结果见表 2。经卡方检验 $P>0.05$,差异无显著性。

在反流总时间超过 30 分钟的患者中,最长反流总时间肝胃不和型为 123.6 分钟;肝郁脾虚型 61.7 分钟;脾虚型为 30.9 分钟。

结果表明,有 63.9%(39/61)的患者反流时间小于 15 分钟,23.0%(14/61)在 15~30 分钟,只有 13.1%(8/61)超过 30 分钟。提示此类以功能障碍为主的吞酸证,大部分患者的反流时间较短,只有小部分出现较长时间的反流。

因脾虚型例数较少,主要分析其余两型。肝胃不和型反流时间在 15 分钟以上的比例为 40%;肝郁脾虚型为 18.75%;且最长反流总时间也是肝胃不和型大于肝郁脾虚型。说明实证反流的程度大于虚实夹杂证,提示反流更多的可能是一种“邪实”的表现,推测主要与肝气犯胃,胃气上逆的病机有关。卡方检验差异无显著性意义可能与样本数有关。

食管 3 小时 pH 监测对反流的检出分析:61 例患者中 37 例进行了胃镜或 X 线钡餐检查,有 25 例(67.6%,25/37)检出反流性食管炎,另有 12 例胃镜或 X 线检查未检出反流性食管炎,而由食管 3 小时 pH 监测检出胃食管反流。对上述 25 例已确诊的反流性食

管炎进行食管 3 小时 pH 监测,有 17 例(68.0%,17/25)检出胃食管反流,另有 8 例未检出。提示这 3 种检查对胃食管反流各有一定的漏诊率,相互结合能提高胃食管反流检出率。

3.2 食管压力测定与中医证型分析:有 43 例吞酸证患者进行了食管压力测定。其中 32 例(74.4%,32/43)检出食管动力异常情况,肝胃不和型 16 例,肝郁脾虚型 12 例,脾虚型 4 例。食管低动力、高动力和动力不协调在全部病例中的检出率分别为 51.2%(22/43)、11.6%(5/43)和 30.2%(13/43)。各证型食管动力异常类型的分布情况见表 3。

因脾虚型例数较少,与肝郁脾虚型合并统计,肝胃不和型高动力及动力不协调例数与脾虚加肝郁脾虚型比较 $P<0.05$,差异有显著性。

本组吞酸证患者食管动力异常以低动力的出现率最高;高动力的出现率最低,且都出现在肝胃不和型;动力不协调则较少出现在肝胃不和型。结果表明,约有半数患者出现了食管低动力的情况,这与现代医学关于胃食管反流患者多见食管运动功能减弱的结果^[5]相似,提示食管运动减弱是吞酸证的重要原因;高动力全部出现在肝胃不和型($P<0.05$),提示实证患者有部分可以出现食管运动增强的现象;有脾虚者(脾虚型和肝郁脾虚型)动力不协调出现率明显高于无脾虚者(肝胃不和型),两者比较 $P<0.05$,差异有显著性,提示脾虚可能是动力不协调的原因之一。

食管动力异常的主要表现形式见表 4。本组吞酸证食管低动力主要由食管下括约肌压力(LESP)减低及其吞咽松弛时间延长、食管体部吞咽收缩振幅减弱所致;食管高动力主要由食管体部吞咽收缩振幅增高所致;食管动力不协调主要由食管体部吞咽出现同步性收缩所致。

4 讨论

本文运用胃肠动力学研究的思路和方法,对吞酸证的分析既保留中医的特点,又使研究能反映病变的实质和达到诊治评价的客观化,目的是更好地发挥中医辨证论治效果好的优势。

食管 pH 监测能客观记录酸反流的次数和时间,在吞酸证的诊断和治疗中可发挥重要作用,一般认为

表4 吞酸证食管压力测定异常的主要表现形式(例)

分型	例数	LES P 减低	LES 吞咽松弛 时间延长	干吞			湿吞		
				振幅↓	振幅↑	同步收缩	振幅↓	振幅↑	同步收缩
肝胃不和	22	4	2	7	3	3	3	5	3
肝郁脾虚	17	1	1	9	0	8	4	0	1
脾虚	4	0	1	3	0	3	3	0	1
合计	43	5	4	19	3	9	10	5	5

24 小时食管 pH 监测是诊断酸反流的金标准。本研究表明,餐后 3 小时监测也能在相当部分的吞酸证病人中记录到酸反流的出现,在一定情况下也可作为胃食管反流提供参考数据。食管压力测定能检测食管运动情况,为食管运动障碍患者提供运动改变的部位和病变特点。在吞酸证研究中,能为部分患者的病因作出食管运动功能方面的解释,对了解病变的程度和治疗前后的变化提供帮助。

本研究表明,吞酸证的病变主要涉及肝脾胃,以脾胃虚实证的变化为特点。辨证分型以实证肝胃不和型为主,虚实夹杂的肝郁脾虚型次之,虚证的脾虚型较少。食管 3 小时 pH 监测结果也显示,酸反流的程度以肝胃不和型较重,肝郁脾虚型次之,脾虚型较轻,提示食管 pH 监测记录到酸反流的程度可能是衡量吞酸证

邪实轻重的指标之一。食管压力测定结果显示,吞酸证食管动力异常以低动力为主,个别实证患者有高动力的表现,动力不协调主要出现在有脾虚的证型,提示脾虚可能是动力不协调产生的原因之一。

参考文献

- 1 李乾构,王自立主编. 中医胃肠病学. 北京:中国医药科技出版社, 1993:194—195.
- 2 中华人民共和国卫生部制定发布. 中药新药临床研究指导原则(第一辑). 1993:96,98,100.
- 3 高萍,许国铭,邹多武. 50 名正常中国成人食管 24 小时 pH 监测结果分析. 中华消化杂志,1996,16(1):32—34.
- 4 李茹柳,陈蔚文,潘怀耿,等. 53 例脾胃虚实证患者食管压力变化分析. 新中医,1999,31(1):36—37.
- 5 罗金燕,龚均主编. 胃肠运动与疾病. 西安:陕西科学技术出版社, 1996:141—144.

2002 年全国中医与中西医结合治疗常见病临床研讨会 2002 年全国针灸及推拿疗法临床应用研讨会

征 文 通 知

由中国中医药学会和中医杂志社联合主办的“2002 年全国中医与中西医结合治疗常见病临床研讨会和 2002 年全国针灸及推拿疗法临床应用研讨会”拟于 2002 年 6 月在北京举行。

2002 年全国中医与中西医结合治疗常见病临床研讨会(简称“中医会”)征文内容如下:(1)老中医临床治疗经验总结;(2)临床辨证施治的经验;(3)中医(包括民族医药)和中西医结合临床治疗的新成果、新技术、新经验介绍;(4)基础研究及理论探讨;(5)临床应用成方、验方的治疗新体会,例如半夏泻心汤、五子衍宗丸等,对其中一方临床新用的经验与体会;(6)临床应用单味中药的治疗体会,例如僵蚕、鸡血藤等,对其中一味中药临床新用的经验体会;(7)对于某方剂或其单味中药的研究新成果;(8)中西医结合治疗的新思路、新进展。

2002 年全国针灸及推拿疗法临床应用研讨会(简称“针灸会”)征文内容如下:(1)针灸治疗常见病的经验;(2)推拿、按摩及其它理疗方法治疗常见病的经验;(3)体育疗法治疗常见病的经验;(4)非药物康复疗法经验;(5)穴位埋线和割治法等治疗常见病的经验;(6)某个新、旧穴位的临床应用经验体会;(7)常用配穴临床经验体会;(8)药物外敷、外贴、外洗等临床新用的经验体会。

以上两会征文要求:(1)征文截止日期为 2002 年 4 月 20 日;(2)每位作者只限投 1 篇;(3)文稿要求字迹工整,字数在 2000~3000 字,尽量不用表格,请自留底稿,字迹潦草者不予审阅;(4)文稿中的计量单位均须采用法定计量单位,如“克”应为“g”,“毫升”应为“ml”,“白细胞 5000/mm³”应为“白细胞 5×10⁹/L”等等;(5)文题下署作者姓名,作者单位名称、地址、邮政编码请写在稿纸首页末尾;(6)文稿务请加盖单位公章;(7)征文经专家评审后,录用文章将刊登在《中医杂志》2002 年增刊上,参会代表由中国中医药学会和中医杂志社联合颁发论文证书并授予继续教育学分;(8)请在投稿信封左下角注明“中医会”或“针灸会”字样,来稿不退。会议具体时间、地点另行通知。欢迎电子邮件和磁盘投稿。

投稿地址:北京东直门内北新仓 18 号,中医杂志社东方岐黄科技服务中心,邮政编码:100700
电话:(010)64035632,传真:(010)86472013, E-mail:jtcmm@163.net,联系人:牛易。