

证的研究

慢性胃炎中医证型的分级量化研究

柯清林¹ 赵荣莱² 危北海² 金敬善² 赵子厚²
李乾构³ 鲍友麟³ 王立³ 陈飞松² 张炳厚³

主题词 胃炎/代谢 慢性病 ④中医证型

对慢性胃病证候特异性的研究正日益引起中西医结合胃病专家的重视。本文对149例慢性胃炎的病人证候逐个进行定量化观察,同步检测木糖吸收试验、胰功肽、类乙酰胆碱物质和乙酰胆碱酯酶等4项指标。对脾胃虚弱(寒)证和肝胃不和证进行分级量化,目的在于探讨慢性胃病的证候特异性及其分级量化,以便为中医辨证分型的客观化、量化提供依据。

1 资料与方法

1.1 观察对象:观察病例均选自门诊和住院患者,共149例,其中慢性浅表性胃炎115例,慢性萎缩性胃炎15例,慢性浅表性胃炎合并消化性溃疡19例。全部病例均经纤维胃镜诊断并有胃粘膜活检病理证实。

1.2 辨证标准:按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]进行评定。

1.3 证候量化:参照有关资料,设计制定慢性胃病中医辨证量化观察表,对观察对象逐个登记,详细记录有关症状、舌象和脉象。由于对证候量化尚无统一标准,经有关专家多次讨论商定,对常见证候采用计分法,其标准为:胃痛、食少、脘腹胀满、大便溏稀或秘结等症,轻度7分,中度9.5分,重度12分;在各证出现的相对特征性症状的给分标准为轻度5分,中度6.5分,重度8分。舌脉基本符合该证记10分。难以确定其辨证的不给分,对症状轻中重程度难以区分者不给分。

核算平衡各证的积分最高为100分,最低为50分。50~66分为轻度,67~83分为中度,84~100分为重

度。

1.4 测定方法:D-木糖试验按金敬善改良法测定^[2]。胰功肽试验按周志超法测定^[3]。血中类乙酰胆碱物质及乙酰胆碱酯酶测定采用化学法^[4]。

2 临床表现

2.1 症状:对慢性胃炎的临床症状表现,国内目前影响的几本教科书及胃肠学专著均未系统描述。本组149例中,有胃痛者127例(其中胀痛86例,灼痛11例,隐痛20例,刺痛10例),胃脘胀满者135例,食少者138例,口干者46例,性情急躁者85例,两胁胀痛者51例,呃逆嗳气者112例,烧心吞酸者77例,恶心欲吐者73例,腹痛者36例,腹胀者27例,面色萎黄者24例,神疲气短者88例,肌肉消瘦者64例,畏寒喜温者54例,大便溏者44例,大便干者50例,大便溏秘交替者8例,便血者2例,腰痠背痛者17例,五心烦热者12例,尿短而黄者37例,口舌生疮者12例,口苦口臭者26例。以上分析可见,食少(92.6%)、胃痛(85.2%)、胃脘胀满(90.6%)、大便不调(68.5%)、呃逆嗳气(75.2%)、神疲气短(59.1%)为最常见症状。表1可见,慢性浅表性胃炎的病人以

表1 几种胃病的主症统计

病种	总例数	胃痛	胃脘胀满	烧心吞酸	大便不调
浅表性胃炎	115	100 (87.0)	101 (87.8)	59 (51.3)	79 (68.7)
萎缩性胃炎	15	13 (86.7)	15 (100)	6 (40.0)	10 (66.7)
消化性溃疡	19	14 (73.7)	19 (100)	12 (63.2)	13 (68.4)
合计	149	127 (85.2)	135 (90.6)	77 (51.7)	102 (68.5)

注:表内数字上行为例数,下行括弧内为%

胃痛(87.0%)、胃脘胀满(87.8%)多见;慢性萎缩性胃炎的病人以胃脘胀满(100%)、胃痛(86.7%)多见;消化性溃疡的病人以胃脘胀满(100%)、胃痛(73.7%)、烧心吞酸(63.2%)多见。胃痛、胃脘胀

1 中国人民解放军总后勤部医学专科学校,北京市丰台七里庄路(北京100071)

2 北京市中医研究所

3 北京中医医院

收稿日期:1992-02-16;修回日期:1992-05-05

满、烧心吞酸均以中、重度为多见。

2.2 舌脉象：本组患者见有舌边齿痕者20例，舌淡者25例，舌红者23例，中裂者2例，舌暗者12例，瘀斑者10例，苔薄白者110例，白厚腻者4例，薄黄者22例，黄厚者1例，黄腻者4例，少苔者8例。脉象沉细者63例，细滑者27例，弦细者23例，弦细滑者13例，弦者10例，弦滑者12例，滑数者1例。舌质以淡红者居多，舌苔以薄白(73.8%)多见，薄黄(14.8%)次之，黄苔发生率较文献报道明显为低。脉象以沉细(42.3%)、细滑(18.1%)多见，弦细(15.4%)和弦细滑(8.7%)次之，弦滑(8.1%)更次之。表明慢性胃炎以虚脉多见。

3 辨证分型和证候特异性观察

3.1 肝胃不和证：共58例。其临床表现有胃脘胀痛者52例，痛窜两胁者51例，食少者58例，性情急躁者50例，呃逆嗳气者49例，烧心吞酸者40例，恶心欲吐者30例，舌苔白者50例，苔黄者6例，脉弦细者21例，弦滑者17例，弦者6例，弦细滑者4例。从中可见，食少(100%)、胃脘胀痛(89.7%)、痛窜两胁(87.9%)、性情急躁(86.2%)、呃逆嗳气(84.5%)、烧心吞酸(69%)为最常见症状。舌脉以舌苔白(86.2%)，脉弦细(36.2%)为多见，弦滑(29.3%)次之。

3.2 脾胃虚弱(寒)证：共45例。其临床表现有胃痛者40例(隐痛19例，胀痛20例，刺痛1例)，胃脘胀满者41例，食少者41例，神疲气短者40例，大便不调者39例(大便溏25例，大便干14例)，畏寒喜温者29例，肌肉消瘦者27例，面色萎黄者19例。舌淡边有齿痕者16例，苔白者40例，苔黄者5例。脉沉细者41例，弦滑者4例。从中可见，食少(91.1%)、胃痛(88.9%)、神疲气短(88.9%)、大便不调(86.7%)、胃脘胀满(91.1%)为最常见症状。舌脉以苔白(88.9%)，脉沉细(91.1%)为多见。

3.3 脾胃湿热证：共22例。其临床表现有胃脘胀满者22例，食少者21例，胃脘胀痛者17例，口苦口臭者16例，尿短而黄者12例，呃逆嗳气者16例，烧心吞酸者10例，渴不欲饮者8例，恶心欲吐者11例，大便溏者8例，大便干者7例。舌苔黄者14例，黄腻者8例。脉弦细滑者19例，沉细、弦、濡各1例，从中可见，胃脘胀满(100%)、食少(95.5%)、胃脘胀痛(77.3%)、呃逆嗳气(72.7%)、口苦口臭(72.7%)为最常见症状。舌脉以舌苔黄(63.6%)或黄腻(36.4%)，脉弦细滑(86.4%)为多见。

3.4 脾胃阴虚证：共14例。其临床表现有食少者14

例，口干者13例，胃脘灼痛者8例，胃脘胀满者13例，五心烦热者11例，大便秘结者9例，尿短而黄者11例，口舌生疮者7例，盗汗者2例。舌红少苔者10例，中裂者1例，苔黄者1例。脉细滑者13例，沉滑者1例。从中可见，食少(100%)、口干(92.9%)、胃脘胀满(92.9%)、尿短而黄(78.6%)、大便秘结(64.3%)、胃脘灼痛(57.1%)为最常见症状。舌脉以舌红少苔(71.4%)，脉细滑(92.9%)为多见。

3.5 瘀血阻络证：共10例。其临床表现有胃脘刺痛、痛有定处者9例，食少者9例，胃脘胀满者8例，神疲气短7例，畏寒喜温6例，大便不调者5例，便血者1例，肌肉消瘦者4例，舌暗或边有瘀点者10例，苔白者10例，脉沉细涩者4例，沉细者2例，弦细者2例，沉滑者1例，沉弦者1例。从中可见，胃脘刺痛、痛有定处(90%)、食少(90%)、胃脘胀满(80%)、神疲气短(70%)、畏寒喜温(60%)为最常见症状。舌脉以舌暗或边有瘀点(100%)、苔白(100%)、脉沉细涩(40%)为多见。

4 中医证型的分级量化

4.1 中医证型分级及其与胃粘膜病理分级量化关系：我们对149例慢性胃病患者进行了中医证型分级量化观察，并对其中132例患者进行了胃粘膜活检，观察其胃粘膜病理诊断与中医证型分级量化的关

表2 慢性胃病149例的辨证分级统计

中医辨证	总例数	中医证型分级		
		轻度	中度	重度
肝胃不和	58	15(25.9)	35(60.3)	8(13.8)
脾胃虚寒	45	10(22.2)	25(55.6)	10(22.2)
脾胃湿热	22	2(9.1)	15(68.2)	5(22.7)
脾胃阴虚	14	1(7.1)	10(71.4)	3(21.4)
瘀血阻络	10	6(60.0)	3(30.0)	1(10.0)
合 计	149	34(22.8)	88(59.1)	27(18.1)

注：表内数字为例数(%)，表3同

系。表2示，除瘀血阻络证外，其余证型的中度病人比例均高于轻度和重度；表3结果亦表明，除瘀血阻络证外，其余证型的胃粘膜病理变化亦均以中度者占多数，与临床辨证分级为中度者的符合率达79.7%。

4.2 中医辨证与木糖、胰功肽、类乙酰胆碱物质和乙酰胆碱酯酶4项指标的关系：从表4、表5结果中发现，除脾胃湿热证组木糖排泄率接近正常人组外，其他证型组的木糖、胰功肽、乙酰胆碱酯酶均明显低于正常人组。除瘀血阻络组外，其他证型组的类乙酰胆碱

表3 慢性胃病132例的中医辨证与
胃粘膜病理分级关系

中医辨证	总例数	胃粘膜病理分级		
		轻度	中度	重度
肝胃不和	53	14(26.4)	34(64.2)	5(9.4)
脾胃虚寒	40	9(22.5)	24(60.0)	7(17.5)
脾胃湿热	22	2(9.1)	14(63.6)	6(27.3)
脾胃阴虚	7	1(14.3)	4(57.1)	2(28.6)
瘀血阻络	10	6(60.0)	3(30.0)	1(10.0)
合 计	132	32(24.2)	79(59.8)	21(15.9)

表4 中医辨证分型与木糖排泄率、
胰功肽含量的关系

组别	木糖(%)	胰功肽(%)
正 常 人	26.37±0.70(32)	74.57±1.47(36)
肝胃不和	19.35±1.69(57)	48.15±2.45(57)
脾胃虚寒	19.95±1.44(45)	53.11±2.12(45)
脾胃湿热	24.17±2.21(22)	50.38±2.55(22)
脾胃阴虚	19.86±2.73(14)	51.47±5.47(14)
瘀血阻络	16.57±3.26(10)	47.70±4.48(10)

注：表内数字为M±SE(n)，表5、表7~表10同。

表5 中医辨证分型与类乙酰胆碱含量、
乙酰胆碱酯酶活性的关系

组别	类乙酰胆碱(μg/ml)	乙酰胆碱酯酶(U%)
正 常 人	32.40±1.20(69)	1134±34(69)
肝胃不和	37.21±2.03(58)	695±26(58)
脾胃虚寒	45.00±3.09(45)	716±27(45)
脾胃湿热	47.34±3.63(22)	726±29(22)
脾胃阴虚	41.73±5.26(14)	751±45(14)
瘀血阻络	36.90±4.16(10)	779±60(10)

物质含量均明显高于正常人组。此外，还发现脾胃虚弱(寒)证组和脾胃湿热证组的类乙酰胆碱含量均明显高于肝胃不和证组。

4.3 脾虚证的分级量化与木糖、胰功肽、类乙酰胆碱和乙酰胆碱酯酶水平的关系：脾虚证包括脾胃虚弱(寒)和脾胃阴虚共59例。从表6可见，脾虚证病人的木糖排泄率随脾虚证加重而降低，脾虚证愈重排泄率愈低。脾虚证分级量化对胰功肽、类乙酰胆碱含量和乙酰胆碱酯酶活性变化都未见有规律性。

4.4 脾胃虚弱(寒)证几种主症分级量化与木糖排泄率(%)、胰功肽含量(%)的关系：脾胃虚弱(寒)证患者，主症有食少、胃脘胀满、大便不调、神疲气

表6 脾虚证分级量化与木糖(%)、
胰功肽(%)、类乙酰胆碱(μg/ml)和
乙酰胆碱酯酶(U%)的水平关系

生化指标	轻度(10例)	中度(39例)	重度(10例)
木 糖	21.91±2.42	19.86±1.73	16.81±2.62
胰 功 肽	51.22±3.09	52.75±2.56	49.78±5.10
类乙酰胆碱	49.17±6.47	45.24±3.51	45.01±4.70
乙酰胆碱酯酶	762±42	691±37	765±53

注：表内数字为M±SE

表7 脾胃虚弱(寒)证几种主症分级量化与
木糖排泄率(%)的关系

主症	轻 度	中 度	重 度
食少	25.64±3.28(6)	20.50±1.93(27)	16.31±2.89(8)
胃脘 胀满	22.29±3.89(8)	20.68±2.16(25)	19.18±3.24(8)
大便 不调	27.36±3.32(4)	20.07±2.29(24)	16.31±2.39(11)
神疲 气短	23.01±3.65(7)	19.79±2.33(25)	17.21±3.72(8)

短等。表7示，除大便不调轻症(轻度)外，木糖排泄率在各主症分级量化中均低于正常值(26.37±0.70%，见表4)，且随症状的加重，木糖排泄率逐渐降低。表8示，胰功肽含量在各主症分级量化中均显示低于正常值(74.57±1.47%，见表4)，但症状轻重与胰功肽含量变化未见有规律性。

表8 脾胃虚弱(寒)证几种主症分级量化与
胰功肽含量(%)的关系

主症	轻 度	中 度	重 度
食少	53.29±4.53(6)	53.76±2.83(27)	51.93±5.37(8)
胃脘 胀满	50.60±5.22(6)	53.31±3.74(25)	45.39±5.60(8)
大便 不调	58.36±5.53(4)	51.73±3.48(24)	51.92±5.37(11)
神疲 气短	51.59±4.28(7)	52.23±3.42(25)	49.21±6.81(8)

4.5 肝胃不和证几种主症分级量化与木糖排泄率(%)、胰功肽含量(%)的关系：表9和表10的结果显示，肝胃不和证患者，其主症如烧心吞酸、两胁胀痛、呃逆嗝气、性情急躁等，不论轻度、中度、重度，患者的木糖排泄率、胰功肽含量均低于正常值。其中胰功肽含量，随症状的加重逐渐下降，而木糖排泄率的变化则未见有规律性。

表 9 肝胃不和证几种主症分级量化与
木糖排泄率(%)的关系

主症	轻 度	中 度	重 度
烧心 吞酸	15.15±6.02(6)	17.19±1.87(27)	24.73±6.95(7)
两胁 胀痛	21.94±5.88(10)	18.78±1.59(34)	24.73±6.95(7)
呃逆 嗳气	17.43±4.52(13)	18.33±1.65(29)	24.73±6.95(7)
性情 急躁	21.36±5.18(12)	17.50±1.71(31)	24.73±6.95(7)

表 10 肝胃不和证几种主症分级量化与
胰功肽含量(%)的关系

主症	轻 度	中 度	重 度
烧心 吞酸	68.40±8.91(6)	48.05±3.18(27)	43.81±9.02(7)
两胁 胀痛	49.03±5.93(10)	47.30±2.42(34)	43.81±9.02(7)
呃逆 嗳气	49.59±5.99(13)	47.10±2.96(29)	43.81±9.02(7)
性情 急躁	53.45±5.61(12)	46.70±2.70(31)	43.81±9.02(7)

5 讨论

由于本组有的证型例数较少,故本文重点观察了脾胃虚弱(寒)证和肝胃不和证,发现前者以食少、胃脘胀满、大便不调、神疲气短等4症的出现率最高,后者以两胁胀痛、性情急躁、呃逆嗳气、烧心吞酸等4症的出现率较高。脾胃虚弱(寒)证4主症都随着症状的加重,木糖排泄率都逐渐下降;而肝胃不和证4个主症则都随着症状的加重,胰功肽逐渐降低。说明脾胃虚弱(寒)证病人以吸收功能低下为主,肝胃

不和证病人则以消化功能失调为主。脾胃虚弱(寒)证和肝胃不和证,一虚一实,反映在生化指标方面也不相同。

本文发现临床辨证为中度证型的病人与胃粘膜活检病理诊断为中度慢性炎症的一致率为79.7%,说明证候定量化有一定的病理依据,表明宏观辨证与微观辨证相结合的必要性。

肝胃不和证多发于慢性胃病早、中期,此期正虚不明显,邪气侵入不深,病较轻浅,反映在生化指标上胰功肽试验和乙酰胆碱酯酶都较正常人降低,说明胰外分泌功能下降,植物神经功能紊乱,病人的消化机能失调。脾虚证多见于慢性胃病中、后期,此期正气已虚,邪亦不盛,病情相对较重,反映在生化指标上木糖试验降低,说明已影响到小肠吸收功能。

中医辨证的准确性,决定治疗的有效性。以往中医对证候的分析,缺乏量的概念,因而也就缺乏病情程度的分级。但证候是病人的主观感觉,对证候的判断,难免掺入医患双方的主观性,因而证候量化,是中医证的客观化和定量化的需要。证候的量化标准,是疗效评判的前提,近年来已引起中医界和中西医结合工作者的普遍关注。但这一工作难度很大,起步较晚,可资借鉴和参考的材料不多,本研究在这方面的探索,仅为中医证的分级量化的可行性提供了一些参考依据,值得进一步研究。

6 参考文献

- 1 中国中西医结合消化系统疾病专业委员会制定.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.
- 2 金敬善.中华医学检验杂志 1979;2(2):91.
- 3 周志超,等.中华消化杂志 1981;1(4):238.
- 4 赵荣荣,等.北京第二医学院学报 1985;6(3):207.

销 售 消 息

北京中医学院科技开发公司组织研制的BCM-3中医电脑疾病诊断系统于6月通过专家评审,评审会议有国家中医药管理局朱杰副局长、中国中医研究院傅世垣院长等20余名有关专家教授参加。该仪器将电脑人工智能技术与传统中医经络及脏象理论相结合,通过耳穴采集信息进行检测(详细内容见本期10页)。欲购买者可向中医杂志社广告部咨询联系。该公司定于11月中下旬起在北京分期举办该电脑系统学习班,欲参加者请与该公司联系,时间7天。地址:北京中医学院,联系人:余兴文、王巍,邮政编码:100029

征 订

新版《皮肤病学》出版。本书注重基础理论与临床实践相结合,全面反映当代国内外皮肤病学研究的新成果、新理论、新技术。全书共48章,其中总论13章,系统介绍与临床密切相关的基础理论、诊疗技术、防治和护理原则;各论35章,分别介绍了包括性病在内的1100多种皮肤疾病的诊断、治疗,并附照片100余幅。全书是目前收集皮肤病最全、治疗方法最新的大型参考书。由杨国亮主编,16开、22万字、1000页精装,定价69元。欲购者汇款请寄:河北省承德地区医药卫生书店 联系人:王丽娟 邮码067000 款到发书,保证信誉。