

72 例功能性胃肠病复合型证候病机研究

卜平* 时乐* 徐敏* 张妮娜*

摘要 目的:探讨功能性消化不良和肠易激综合征重叠复合型病证中医证候分布规律及病机。方法:采用国内外公认标准,构建证候四诊合参数据库,在 SPSS 8.0 统计软件包上分析。结果:证候分布与脾胃关系最为密切,占 66.7%;其次与肝气郁结相关,占 40.3%;与肾有关的只占 5.6%。结论:本病的病因及诱发因素与寒邪、脂餐饮食、精神忧郁、久病、腹部手术创伤等密切相关,病位在胃、肠,病变多为虚实夹杂,病机关键是脾虚。

主题词 胃肠疾病/中医病机 复合型证候

Study on Pathogenesis of Complex Syndrome of Functional Gastrointestinal Disorders in 72 cases

Bo Ping, Shi Le, Xu Min, et al.

(Institute of Integrated Chinese Medicine and Western Medicine, Medical College of Yangzhou University, Jiangsu 225001)

Objective: To probe distribution law and pathogenesis of TCM complex symptoms of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. **Methods:** Generally recognized criteria was to establish database of comprehensive analysis of the data gained by the four methods of diagnosis, and analyze with SPSS8.0. **Results:** Syndrome distribution was most closely related with spleen deficiency, accounting for 66.7%; and the next, with stagnation of liver-Qi, accounting for 40.3%; the last, with the kidney, only accounting for 5.6%. **Conclusion:** Cause of disease and inducing factors of this disease are closely correlated with pathogenic cold, diet of lipids, mental depression, prolonged disease, wound due to abdominal operation. The disease is located at the stomach, intestine with most coexistence of deficiency and excess, and spleen deficiency is the key of pathogenesis.

Key Words Gastrointestinal disorders/TCM pathogenesis; Complex syndrome

功能性胃肠病(FGIDs)是指有消化道症状,但无法用器质性病变或异常来解释的消化道功能性疾病。1998 年世界胃肠病大会罗马会议将 FGIDs 按病变部位分为 6 类 25 种。目前中医中药在本病的治疗中有其独特的优势,但其研究主要集中在瘕球症、功能性消化不良(FD)和肠易激综合征(IBS)的各自研究上,对于 FD 与 IBS 重叠的复合型病证的研究少见报道。2001 年以来,我们对 214 例 FGIDs 进行了系统前瞻性观察,其中 72 例(占 33.6%)为 FD 与 IBS 重叠病证,现报告如下。

1 临床资料

FD 的诊断根据国际公认标准^[1],同时参照美国消化病学会 1987 年的标准,分以下四个临床类型:胃食管反流型、动力障碍型、溃疡型、复合型。IBS 诊断以国际公认的罗马 II 标准为依据^[2],分以下三个临床类型:腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替发作型。中医辨证分型标准则参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]、《中医病证诊断疗效标准》^[4]。所有入选病例都符合相关诊断标准,均来自扬州大学附属医院消化科,患者主要集中在苏北地区。共收集了 72 例患者的中医证候四诊合参信息,其中男性 44 例,女性 28 例;年龄 18~72 岁,平均

(46.87±14.85)岁;病程<1 年者 28 例,1~3 年者 21 例,3+~5 年者 8 例,5+~30 年者 15 例;有家族史者 12 例,无家族史者 60 例。

2 方法

2.1 证候收集方法:采用功能性胃肠病中医规范化治疗方案及临床试验评价报告观察表和住院病例查阅相结合,构建证候四诊合参信息数据库,使一般描述性统计分析、聚类分析(指标聚类及病例聚类)与中医临床专家经验相结合,即运用专家与计算机结合的方法。

2.2 数据处理方法:数据库构建及数据分析均在 SPSS8.0 统计软件包上进行。

3 结果

3.1 FD 与 IBS 重叠的复合型病证分布情况:72 例患者均为 FD 与 IBS 重叠的复合型病证,具体分布情况见附表。

附表 72 例患者 FD 与 IBS 重叠的复合型病证分布情况(例)

IBS	反流型	动力障碍型	溃疡型	复合型	合计
腹泻型	12	25	3	7	47
便秘型	3	3	2	2	10
腹泻便秘交替发作型	3	7	2	3	15
合计	18	35	7	12	72

3.2 病因分析情况

3.2.1 一般因素:72 例患者中体型适中者 48 例,占 66.7%,偏瘦者 22 例,占 30.5%,肥胖者 2 例,占

基金项目:江苏省科技厅“十五”重点攻关项目(BS2002022)

* 扬州大学医学院中西医结合研究所,江苏省扬州市淮海路 11 号(225001)

收稿日期:2004-06-14;修回日期:2004-08-04

2.8%;嗜酒者13例,占18.1%;吸烟者20例,占27.8%。职业分布为干部28例(含离退休人员11例),工人23例,农民11例,服务业8例,学生2例。脑力劳动者和城市居民似较易患本病。

3.2.2 气候因素:与风、寒、暑、湿、燥、火均有关,其中与寒冷关系最为密切;72例患者中因气候因素发病或加重者14例,占19.4%,进行中医辨证分型相关性分析,发现其中脾胃虚弱者5例,脾胃阳虚者4例,脾胃阴虚者1例,脾虚湿困者1例,肝肠气滞者1例,肝郁脾虚者2例。

3.2.3 饮食因素:72例患者中发病与饮食因素相关者37例,占51.4%。主要为脂餐、寒冷饮食,其次为海鲜或辛辣食物诱发或加重,进行中医辨证分型相关性分析,发现其中脾胃虚弱者20例,肝胃郁热者2例,脾胃阳虚者4例,肝胃不和者1例,湿困脾胃者5例,肝郁脾虚者5例。可见其与脾虚关系最为密切。

3.2.4 精神因素:72例患者中发病与精神因素有关者27例,占37.5%。主要为忧郁多虑,中医辨证分型相关性分析发现其中肝胃郁热者6例,肝胃不和者5例,肝郁脾虚者4例,脾胃虚弱者6例,脾胃阳虚者5例,湿困脾胃者1例。可见其与肝的关系最为密切。

3.2.5 久病因素:72例患者中3~30年病史者23例,占31.9%;既往病史有胃下垂6例,十二指肠球炎9例,血吸虫肝病2例,霉菌性肠炎4例,胃溃疡3例,十二指肠球部溃疡6例,直肠息肉2例,食道憩室2例。

3.2.6 腹部手术创伤等因素:72例患者中有胆囊切除手术史者5例,阑尾炎手术史者2例,痔疮手术史者1例;幽门螺杆菌阳性者18例。

3.3 72例患者症状分布情况:72例患者症状出现频率依次为:嗳气58例,占80.6%;食欲不振58例,占80.6%;胃脘胀满56例,占77.8%;腹泻55例,占76.4%;上腹部隐痛45例,占62.5%;反酸44例,占61.1%;腹痛43例,占59.7%;黏液便39例,占54.2%;肠鸣37例,占51.4%;恶心29例,占40.3%;烧心29例,占40.3%;便秘25例,占34.7%;痞满21例,占29.2%;腹泻便秘交替发作14例,占19.4%;嘈杂12例,占16.7%;口苦14例,占19.4%;四肢倦怠14例,占19.4%;形寒肢冷11例,占15.3%;腹部喜按、腹胀排气增多各10例,各占13.9%;失眠多梦、急躁易怒、咽部异物感各9例,各占12.5%;便后不爽、肛门坠胀、心悸各7例,各占9.7%;腹胀站立时加重、平卧时好转6例,占8.3%;此外尚有胸骨后不适、焦虑、头晕、腰背痛、尿频等症。舌质淡红44例,舌边尖红

8例,紫暗5例,舌体胖嫩边有齿痕12例;舌苔薄白28例,白腻28例,薄黄6例,黄腻6例,苔少3例。

值得一提的是,本组资料中有4例患者出现“五更腹痛”,即五更时并不泻,肾虚表现不重,可否作为轻度“五更泻”研究,尚待探讨;腹胀站立时加重、平卧时好转,反流型患者站立时较轻、入夜平卧时加重等症状(与中医脾虚高度相关)在中医文献中过去较少提及;此外,IBS便秘型大多伴有少腹痛、肛门坠胀、排便不尽感、少量黏液便(绝非热结旁流)等症状,这与一般的便秘不同;6例患者以“下腹胀”伴肠鸣、矢气多为主要表现,对“下腹胀”的中医认识、腹部手术(特别是胆囊、阑尾等手术)创伤的中医病机演变,均值得深入研究。

3.4 72例患者中医证候分布情况:72例患者中脾胃虚弱23例,肝胃不和10例,肝胃郁热8例,肝郁脾虚9例,脾虚湿困7例,脾胃阳虚8例,肾阳虚衰4例,肝肠气滞2例,脾胃阴虚1例。从证候病机分布看,FD与IBS重叠型病证与脾虚关系最为密切,占66.7%,其次与肝气郁结相关,占40.3%,与肾相关的只占5.6%。同一患者FD与IBS或重叠出现,或交替发作,病势缠绵,其病机多为虚实夹杂。脾胃同居中焦,脾主升,胃主降,脾胃虚弱则肝郁犯土、胃失和降,出现“胃痛”、“痞满”、“反酸”等,脾运无权则“腹痛腹泻”,脾胃虚弱不能为胃行其津液则“便秘”,可见升降失司的根本是脾胃虚弱。《素问·阴阳应象大论》中“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生腹胀”是本病基本病机的最好总结。

3.5 72例患者症状出现频率与中医辨证分型相关性分析:腹泻便秘交替发作的14例中与脾虚(湿困、湿盛)相关者10例,肝气郁结7例,胃阴不足、肾虚各4例。39例黏液便患者中脾胃虚弱18例,肝胃郁热5例,脾胃阳虚3例,肝胃不和1例,胃热肠盛1例,脾虚湿困4例,脾肾阳虚2例,肝肠气滞1例,肝郁脾虚4例。38例肠鸣患者中脾胃虚弱14例,脾胃阳虚5例,脾虚湿困3例,脾肾阳虚2例,肝郁脾虚7例,肝胃郁热2例,肝胃不和5例,可见肠鸣与脾虚关系最密切。

4 讨论

在过去20年中,由于人类疾病谱的变化,FGIDs在胃肠领域中备受关注。目前国内外FGIDs诊断均采用罗马Ⅱ分类,罗马Ⅱ体系的特点和核心是:(1)对疾病的认识从单一生物学模式变为生物—心理—社会综合模式;(2)建立以症状为基础识别FGIDs的排除性诊断方法,以特异症状(群)作为某种FGIDs的诊断依据;(3)按部位进行分类(成人6类25种疾病);(4)增加了神经胃肠病学的新概念,有助于解释这类疾病发病机制和不同FGIDs症状的可重叠特点;(5)每组疾

病的发生部位、症状不同,但可能有共同的发病机制,包括动力异常、内脏敏感性增高、脑-肠肽和受体改变以及社会心理因素等^[5~7]。

FD 临床类型不同则表现不尽一致,相当于中医“胃痛”、“痞满”、“反酸”等病证范畴,中医认为其病因多为情志内伤,或饮食伤胃、劳倦伤脾,或中气不足、邪犯肠胃,基本病机为肝郁犯土、胃失和降、脾运无权,病位在胃,涉及肝脾两脏。IBS 属中医“泄泻”、“腹痛”、“便秘”等范畴,目前多认为本病其病在肝、其标在肠、其制在脾,也有学者认为其病机是湿盛清阳不升,风动气机失调。患者多伴有左下腹痛,中医称为“少腹痛”。少腹为足厥阴肝经所过部位,故其痛多与肝有关,若情志所伤,肝失疏泄,则脾胃升降之气因之壅阻,中气梗塞不通则腹痛。

观察发现,功能性消化不良和肠易激综合征重叠型病证病位在胃、肠。似乎脑力劳动者和城市居民较易患本病;发病与中医六淫(风、寒、暑、湿、燥、火)均有关,其中与寒冷关系最为密切;饮食因素中与脂餐、寒冷饮食关系最为密切,其次为海鲜或辛辣食物;精神因素主要与忧郁多虑有关;此外,久病脾肾亏虚以及腹部手术创伤等均与本病的发生和加重密切相关。病机多为虚实夹杂,关键是脾虚^[6],这一证候病机的确定对于指导临床用药有着十分重要的意义,补益脾胃应贯穿本病整个治疗过程,即使患者初期表现为肝气犯胃、肝胃郁热等没有虚象的证候,也应慎用攻伐之品,表现为便秘的患者慎用攻下,即所谓“疏肝不忘健脾,行气攻

下慎防伤阴”,否则极易导致病情反复。从我们的临床实践来看,这一指导思想对于中西医结合用药亦有重大意义,临床上的 FD 反流型患者,使用质子泵抑制剂(奥美拉唑)及胃肠动力剂(西沙必利)是经典疗法,初期治疗效果虽好,但停药后极易复发,按中医辨证早期多为实证、热证,日久脾虚中气不足,因此,在早期治疗时,我们配合使用小建中颗粒,明显降低了复发率。此外,FD 患者使用多潘立酮、西沙必利等胃肠动力剂是常规疗法,但与 IBS 重叠型患者使用上述药物不仅疗效欠佳,而且部分患者常有腹泻加重等副作用,如按中医辨证改用中成药枳术颗粒、健胃消炎颗粒等攻补兼施,则可提高临床疗效。

参考文献

- 1 Heading RC. Definitions of dyspepsia. Scand J Gastroenterol Suppl, 1991,182:1~6.
- 2 Diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders. In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. s Rome II: The functional gastrointestinal disorders. 2nd ed. USA: Allen Press, 2000; 659~668.
- 3 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 1993; 91, 96, 100.
- 4 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994; 101.
- 5 罗金燕, 牛春燕. 功能性胃肠病与胃肠动力疾病的新概念. 中华消化杂志, 2002, 22(9): 554~557.
- 6 卜平. 胃肠动力病中医诊治规律研究思路与突破口. 中医杂志, 2004, 45(5): 329~330.
- 7 中华医学会消化病学分会. 肠易激综合征诊治共识意见. 中华消化杂志, 2003, 23(7): 427.

(上接第 450 页)

感染率有关。

慢性胃炎患者胃黏膜内 TGF- α 表达增强,其中脾胃湿热组患者胃窦黏膜内 TGF- α 的表达高于脾胃气虚组和正常对照组患者($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。可能是脾胃湿热证患者因其高 Hp 感染率,炎性细胞大量浸润,促使细胞过度分裂修复以对抗湿热环境中多种刺激因素的损害。慢性胃炎脾胃湿热证 TGF- α 在胃黏膜表达的强弱,可能与该证 Hp 的感染状态有关。而脾胃气虚组患者胃黏膜细胞表面黏液层减少,改变了 Hp 最佳生态环境,Hp 感染率较低,同时正气虚,机体抗损伤修复能力低下, TGF- α 表达阳性率较低。

本研究显示,慢性胃炎脾胃湿热证患者不但有较高的 Hp 感染率,而且 NF- κ B 与 TGF- α 表达与脾胃气虚证患者相比有明显增强。慢性胃炎脾胃湿热证患者黏膜内上皮细胞、腺上皮细胞以及间质内的细胞 NF- κ B 高表达时,同组患者的 TGF- α 也呈高表达,两者呈

正相关。

参考文献

- 1 杨春波, 祁建生, 柯晓, 等. 脾胃湿热证的临床研究. 福建中医学院学报, 1999, 9(4): 1~4.
- 2 陈芝芸, 周享德, 项柏康. 慢性胃炎幽门螺杆菌感染与中医辨证分型之相关性. 浙江中医学院学报, 1991, 15(6): 27~28.
- 3 杨春波, 柯晓, 傅肖岩, 等. 脾胃湿热证研究的初步揭示. 中华中医药杂志, 2003, 8(1): 16~19.
- 4 杨春波, 黄可成, 肖丽春, 等. 脾胃湿热证的临床研究——附 400 例资料分析. 中医杂志, 1994, 35(7): 425~427.
- 5 杨春波, 葛振华, 柯晓, 等. 慢性胃炎脾胃湿热证的免疫组织化学研究. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(2): 68~70.
- 6 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第 2 辑. 1993; 114~116.
- 7 杨春波. 脾胃湿热理论的应用与研究. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(3): 129~131.
- 8 杨春波, 傅肖岩, 柯晓, 等. 慢性胃炎脾胃湿热证的免疫组织化学研究. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(2): 68~72.
- 9 黄德平, 余绍源. 中药治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的随机对照试验. 广州中医药大学学报, 2001, 18(3): 38~39.