

证 的 研 究

小儿胃镜检查与胃病临床辨证的关系

阎慧敏* 陈昭定* 李素婷* 王庆虹*

摘要 通过对 200 例患儿的胃镜检查及临床观察,将胃镜下胃粘膜辨证分为 4 型,临床宏观辨证分 5 型,两种辨证间有相同之处,亦有不同之处,采取整体与局部两种辨证的结合,对提高临床疗效有重要指导意义。

主题词 胃疾病/诊断 胃镜术

我院几年来通过小儿纤维胃镜检查,对临床 200 例患儿胃镜下胃粘膜微观辨证与临床宏观辨证的关系作一初步分析。

1 临床资料

本组 200 例患儿中男 121 例,女 79 例;4~6 岁 20 例,7~9 岁 66 例,10~12 岁 91 例,13~14 岁 23 例。经纤维胃镜检查确诊为浅表性胃炎 94 例,胃溃疡 13 例,十二指肠球部溃疡 52 例,十二指肠球炎 31 例,过敏性紫癜 10 例。

根据《中医儿科学》中有关小儿胃脘痛的临床辨证分型及分类标准,结合成人胃病辨证分型的特点,初步将儿科中医胃病临床辨证分为以下 5 型:①脾胃虚寒型(95 例):经常上腹痛,喜暖欲按,食后饱胀或食后痛缓,面黄纳呆,乏力倦怠,舌质淡红,舌苔薄白,脉细;②湿热中阻型(61 例):上腹疼痛不适,伴脘腹胀满,易烦易躁,嗳气泛酸,食纳欠佳,时有呕恶,小便黄赤,大便不爽,舌质淡红,舌苔白腻或黄腻,脉滑稍数;③肝胃不和型(16 例):脘腹胀痛,可伴胸胁胀满,嗳气则缓,气怒则重,嗳气呃逆,口苦泛酸,烦躁易怒,舌质淡红,舌苔白,脉弦细;④胃阴不足型(18 例):经常腹痛或隐痛,食后可缓,纳呆乏力,口干欲饮,面黄体弱,大便易干燥,舌质淡红,舌苔白少,脉细;⑤胃络瘀滞型(10

例):阵发性上腹痛,痛有定处,按之加重,可有呕血或便血,舌质多暗红,舌苔白,脉细。

胃镜下胃粘膜辨证分型系根据现代医学有关胃病的胃镜诊断和分类标准,参考全国中西医结合学术会议资料,成人胃镜下胃粘膜微观变化分型情况,结合儿科临床特点,初步拟定以下 4 型:①胃肠虚寒型(70 例):胃粘膜呈淡红色或苍白色,粘膜粗糙,可见散在斑片状充血,亦可见糜烂结节,有溃疡改变者,溃疡相对较深,附有白苔或坏死物,其周围粘膜充血肿胀改变相对较轻,溃疡愈合较慢;②胃肠滞热型(75 例):胃粘膜弥漫性充血明显,以胃窦部及球部改变为著,粘膜粗乱,多伴肿胀、糜烂,有溃疡改变者可表现为单发、多发溃疡或溃疡呈霜斑样,其周围粘膜组织急性炎症改变重,触之易出血;③胃络阴伤型(22 例):胃粘膜轻度充血,欠光泽,粘膜偏粗糙,分泌物偏少,血管网紫暗,可见糜烂或溃疡,触之易出血,可有胆汁返流;④胃肠瘀滞型(33 例):胃粘膜充血,色泽偏暗红,可见散在出血点及瘀血斑,血管网多清晰,色紫暗,部分病儿可伴有粘膜充血、肿胀,或糜烂、溃疡,少部分病儿亦可见胆汁返流。

2 结果和分析

根据上述两项分型标准,我们对 200 例患儿分别进行临床辨证与胃粘膜微观辨证分析,并对其间的相互关系作了初步分析。

从表 1 胃粘膜微观辨证与西医临床诊断关系中看出,胃粘膜微观辨证属胃肠虚寒型者半数以上病儿临床诊断为浅表性胃炎,胃络阴伤型在临床上多见于病史较长的浅表性胃炎;十二指肠球部溃疡病儿胃粘膜微观辨证多为胃肠滞热型;过敏性紫癜病儿多见于胃肠瘀滞型,其

* 首都医学院附属北京儿童医院,北京市阜成门外 (100045)

收稿日期:1992-06-24;修回日期:1992-10-30

中部分病例伴有不同程度的胃肠滞热或胃络阴伤表现。

表1 胃粘膜微观辨证与临床诊断关系

胃粘膜 观辨证	例 数	浅表性 胃炎	胃溃疡	十二指肠炎 球溃疡	十二指肠炎 肠球炎	过敏性 紫癜
胃肠虚寒	70	42	3	14	11	0
胃肠滞热	75	27	6	31	10	1
胃络阴伤	22	12	3	2	2	3
胃肠瘀滞	33	13	1	5	8	6
合 计	200	94	13	52	31	10

表2显示,临床辨证与胃粘膜微观辨证之间有相符之处,也有不符之处。两者辨证相符的有:胃粘膜辨证为胃肠虚寒型患儿,临床辨证大多属于脾胃虚寒型;胃粘膜辨证为胃肠滞热型者,临床上多见于急性发作期,尤其是消化性溃疡急性期更为多见;胃粘膜辨证为胃络阴伤型患儿,临床辨证多属胃阴不足、胃络瘀滞及脾胃虚寒型。两者辨证不符的有:在临床辨证属脾胃虚寒型者中,有相当一部分患儿胃粘膜辨证为胃肠滞热型;部分临床辨证为湿热中阻型者,胃粘膜辨证属胃肠虚寒型;而在胃粘膜辨证为胃肠瘀滞型者中,有近一半患儿临床辨证属脾胃虚寒型。

表2 临床辨证与胃粘膜微观辨证关系

临床辨证	例 数	胃粘膜微观辨证			
		胃肠虚寒	胃肠滞热	胃络阴伤	胃肠瘀滞
脾胃虚寒	95	38	37	6	14
湿热中阻	61	22	30	2	7
肝胃不和	16	3	5	4	4
胃阴不足	18	6	2	6	4
胃络瘀滞	10	1	1	4	4
合 计	200	70	75	22	33

3 讨论

浅表性胃炎在儿科胃肠疾病中所占比例相对较大。长期饮食生冷不节可导致脾胃功能失调。脾虚胃弱,运化失常是本病主要内在原因。本病在临床辨证中多属脾胃虚寒型,胃镜下胃粘膜观察也以胃肠虚寒型为数偏多。在临床上采用健脾益气治本,调中行气治标,往往收到较好的效果。

在本组的65例小儿消化性溃疡中(不包括应激性溃疡),临床辨证多属于脾胃虚寒型,而胃粘膜辨证中则以胃肠滞热型为多。我们认为胃粘膜的胃肠滞热之改变,多为急性期表现,是湿热中阻,气机失畅所致。这些改变正符合中医本虚标实的理论,胃肠虚寒为本,急性发作湿热中阻为标。因此,我们采用急则治其标、缓则治其本的治则,以胃粘膜辨证为依据,采用清热利湿、行气化瘀之法治疗,使患儿临床症状很快得到缓解。使溃疡趋向愈合之后,再结合脾气虚之本证,给予健脾益气、行气调中之法,使溃疡病逐渐得以康复。这种整体与局部两种辨证的结合,开阔了我们的思路,对指导临床、提高疗效均有重要的指导意义。

在成人中肝胃不和的症状比较常见,但在儿科临床中肝郁气滞症状多不典型。此组患儿多以胃肠功能紊乱表现为主,胃镜下多呈胃肠滞热或胃肠瘀滞表现,部分患儿可见到胆汁返流。我们对这些患儿,尤其是见到胆汁返流者,以疏肝降逆、行气调中为主要治则,再根据临床辨证的寒、热、虚、实,给予相应配伍,临床疗效多有明显提高。

部分迁延不愈的胃炎或溃疡患儿,以及一些肾病综合征兼见腹痛(未发现有应激性溃疡)的患儿,胃镜下多显示胃络阴伤及胃肠虚寒型。对此类患儿在做胃镜检查同时,均作胃粘膜组织幽门螺旋菌检查,其中大部分患儿表现阳性。因此在临床上我们在临床辨证基础上加用对幽门螺旋菌抑菌力较强的药物如银花、野菊花、黄芩等,并配合应用西药杀灭幽门螺旋菌,临床疗效尚好。

胃粘膜辨证为胃肠瘀滞型者,有1/3以上患儿临床辨证属脾胃虚寒型,符合中医脾虚气弱、气滞血瘀的理论,在治疗上既要注重健脾益气,又要配以行气化瘀,临床效果较好。

在本组病例中,4~6岁患儿共有20例,其中大部分临床诊断为浅表性胃炎和十二指肠炎,消化性溃疡仅3例。有关学龄前儿童消化道疾病的发病特点有待于我们进一步观察与探讨。