

证的研究

胃食管反流病辨证分型与食管 24 小时 pH 值及胆汁监测的相关性分析

朱晓燕¹ 朱生梁² 王晓素² 方盛泉² 马淑颖²

摘要 目的:探讨食管 24 小时 pH 值及胆汁监测与胃食管反流病(GERD)中医证型之间的关系。方法:对 95 例 GERD 患者进行辨证分型,并分别行内镜检查、食管 24 小时 pH 值及胆汁监测。结果:肝胃郁热型占 69.47%,该型以酸反流、混合反流为主,其酸反流次数、DeMeester 评分、胆红素大于或小于 0.14 的时间百分比均显著高于其他证型($P < 0.05$)。实证内镜下的炎症程度重于虚证,虚证较少出现病理性反流。结论:GERD 的中医辨证分型以肝胃郁热型为主,该型与酸反流、混合反流密切相关,推测肝胆失于疏泄,胃气上逆可能与食管下段括约肌松弛导致的酸反流及混合反流有关。

主题词 胃食管反流/诊断 辨证分型 胆汁/代谢

Relationship between TCM Syndrome Types of Gastroesophageal Reflux Disease and 24-Hour pH Value plus Bilirubin Measurements in the Esophagus

Zhu Xiaoyan¹, Zhu Shengliang², Wang Xiaosu², et al.

(1. Tumor Hospital Affiliated to Fudan University, Shanghai 200032; 2. Yueyang Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM)

Objective: To probe relationship between TCM syndrome types of gastroesophageal reflux disease and 24-hour pH value plus bilirubin in the esophagus. **Methods:** 95 cases of gastroesophageal reflux disease were classified according to syndrome differentiation, and they were respectively examined with endoscope, and 24-hour pH value and bilirubin were monitored. **Results:** The type of heat stagnation in the liver and stomach accounted for 69.47%, with acid reflux and mixed reflux as a main reflux type. The number of acid reflux, the DeMeester score and the percentage of bile reflux time were significantly higher than those of other types ($P < 0.05$). The inflammatory degree under endoscope of excess syndrome was more severe than that of deficiency syndrome, and less pathological reflux occurred for the deficiency syndrome. **Conclusion:** Stagnation of heat in the liver and stomach is a main syndrome type for gastroesophageal reflux disease, which is closely related with acid reflux and mixed reflux. It is inferred that the failure of the liver and gallbladder in controlling conveyance and dispersion, and upward invasion of stomach-qi are closely related to acid reflux and mixed reflux induced by relaxation of the spincter of the esophageal low segment.

Key Word Gastroesophageal reflux/diagnosis; Syndrome differentiation; Bile/metabolism

胃食管反流病(GERD)是由于胃或十二指肠内容物反流到食管,造成或不造成食管黏膜损伤的胃肠动力障碍性疾病,近年来其发病率有升高的趋势^[1]。已有学者就中医证型与胃镜、食管动力^[2]的关系进行了有意义的研究,但尚少见有辨证分型与食管 24 小时 pH 值及胆汁同时监测的相关性报道。本文对 95 例不同证型的 GERD 患者就该方面进行了探讨,以提供辨证分型客观化的实验依据。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组 95 例均为 2002 年 8 月~2004

年 8 月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院胃食管反流病专科门诊或住院患者。其中男 31 例,女 64 例;年龄 23~78 岁,平均(51.7±12.5)岁。病例有典型的胃食管反流症状,如反酸、烧心、胸骨后疼痛或不适、吞咽困难、口苦咽干等。均行内镜检查和食管 24 小时 pH 值及胆汁监测,检出反流性食管炎 86 例,内镜下炎症阴性患者 9 例;经食管 24 小时 pH 值及胆汁监测发现,48 例患者有病理性反流,其中单纯酸反流 21 例,混合反流 21 例,胆汁反流 6 例;44 例为生理性反流,3 例无反流。辨证分型为肝胃郁热 66 例,胆热犯胃 6 例,痰气郁阻 8 例,中虚气逆 15 例。以上患者均排除消化性溃疡、上消化道恶性病变、硬皮病、糖尿病、冠心病及上消化道手术史等。

1.2 诊断标准及中医辨证标准:GERD 诊断标准参照香港—北京国际胃肠病学术会议提出的标准^[3]:(1)有

基金项目:国家中医药管理局资助项目(02-03LL08)

1 复旦大学附属肿瘤医院中医科博士后,上海市东安路 270 号

(200032) (C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

收稿日期:2004-11-09;修回日期:2004-12-27

胃食管反流症状(反酸或反胃、烧心、胸痛等);(2)内镜见反流性食管炎改变;(3)实验室检查、食管钡餐示排空延迟,静息核素检查阳性,24 小时食管 pH 值监测阳性,食管下段括约肌测压阳性,食管滴酸试验阳性。符合诊断标准中(1)+(2)或(1)+(3)即可做出诊断。内镜下见食管黏膜正常者为非糜烂性胃食管反流病(NERD),见食管黏膜破损者为反流性食管炎(RE),并按洛杉矶标准(LA 分型)^[4]进行分级。A 级:食管黏膜破损局限在黏膜皱襞内,长度<5mm;B 级:食管黏膜破损局限在黏膜皱襞内,长度>5mm;C 级:食管黏膜破损在黏膜皱襞顶端融合,但不环绕四壁;D 级:食管黏膜破损在黏膜皱襞顶端融合,环绕食管四壁至少 75%。

中医辨证分型参照《中华人民共和国国家标准 GB/T 15657-1995 中医病证分类与代码》^[5]对证型加以规范,分为:(1)肝胃郁热型:泛酸不止,烧心,胸痛连及胸胁,胃脘灼痛,口干,嘈杂,纳差,大便不爽,脉弦数,舌红、苔白或黄;(2)胆热犯胃型:口苦呕恶,泛酸烧心,心烦易怒,胸膈疼痛,甚则胸痛彻背,胃脘胀痛,脉弦数,舌红、苔黄腻;(3)中虚气逆型:泛酸,泛吐清水,胃脘冷痛,胃痞胀满,纳谷不振,嗳气频频,神疲乏力,大便溏薄,脉细,舌淡、苔薄;(4)痰气郁阻型:头眩泛恶,咽喉不适,如有痰梗,吞之不下,甚则咽痛,吞咽困难,声音嘶哑,半夜咳嗽等,脉弦滑,舌苔白腻。根据虚实辨证,将肝胃郁热、胆热犯胃、痰气郁阻型合并为实证,中虚气逆型为虚证。

2 方法

2.1 食管 24 小时 pH 值及胆汁联合监测采用美国 Medtronic Synectics Medical 公司生产的 DigiTrapper MK III 便携式 24 小时 pH 值监测仪及 Bilitec 2000 便携式 24 小时胆红素监测仪。受试者在检查前停用抑酸药、胃肠动力药等至少 1 周,禁食 1 夜,于次晨 8 时插

管。检查期间进食胆红素监测饮食,可自由活动及睡眠,但避免剧烈活动。详细记录平卧、直立、进餐及症状发生的时间。食管 24 小时 pH 值监测时,检查前将电极在 pH=1 及 pH=7 的标准缓冲液中校正。电极自鼻腔缓慢插入,以 pH 梯度法置于食管括约肌上缘上方 5cm 处固定,连接 pH 记录仪检测 24 小时。数据输入计算机,采用专用软件处理,酸反流的判定以高于高萍等的 50 名正常中国成人食管 24 小时 pH 监测正常值^[6]为病理性。胆红素监测时,将探头在不透光瓶装的清水中校正后,由放置 pH 监测导管的同侧鼻腔插入,达到与 pH 探头相同深度后固定,监测 24 小时。数据以专用软件处理,胆汁反流的判定以高于林金坤等^[7]的 20 例健康人食管 24 小时胆汁监测的正常值为病理性。

2.2 统计学方法:计量资料数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 SPSS 11.0 统计软件进行单因素方差分析,计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 辨证分型结果:95 例 GERD 患者中肝胃郁热型占 69.47%(66/95),胆热犯胃型占 6.32%(6/95),痰气郁阻型占 8.42%(8/95),中虚气逆型占 15.79%(15/95)。由此可见,GERD 辨证分型以实证、热证的肝胃郁热型为多见,其余证型则较少。

3.2 内镜检查结果:95 例 GERD 患者中食管炎阳性检出率为 90.53%(86/95),其中 A 级占 54.7%(47/86),B 级占 31.4%(27/86),C 级占 14.0%(12/86)。实证 71 例(A 级 42 例、B 级 21 例、C 级 8 例),虚证 15 例(A 级 5 例、B 级 6 例、C 级 4 例)。结果显示,实证的炎症程度重于虚证($P<0.05$)。

3.3 48 例病理性反流 GERD 患者各证型与食管 24 小时 pH 值及胆汁监测参数比较:表 1 示,肝胃郁热证型的酸反流次数、DeMeester 评分、pH 小于 4.00 的时

表 1 48 例病理性反流 GERD 患者各证型与食管 24 小时 pH 值监测参数比较($\bar{x} \pm s$)

分型	例数	pH 小于 4.00 时间百分比(%)	酸反流次数(次)	长时间酸反流 次数(次)	最长酸反流 时间(分钟)	DeMeester 评分(分)
肝胃郁热证	34	9.06±8.16*	176.77±135.37*	3.68±3.36*	20.71±20.83*	41.65±34.22*
胆热犯胃证	6	2.95±2.25	56.50±23.62	1.67±1.63	6.17±4.62	11.91±5.46
痰气郁阻证	8	2.40±2.47	54.00±9.71	0	4.33±2.50	11.33±5.88

与其他证型比较,* $P<0.01$

表 2 48 例病理性反流 GERD 患者各证型与食管 24 小时胆汁监测参数比较($\bar{x} \pm s$)

分型	例数	胆红素大于或小于 0.14 时间百分比(%)	胆汁反流次数(次)	长时间胆汁反流次数(次)	最长胆汁反流时间(分钟)
肝胃郁热证	34	5.85±5.64*	22.71±24.16	3.05±3.95*	33.06±29.35**
胆热犯胃证	6	1.07±1.51	37.25±27.25	1.25±0.96	34.75±34.77
痰气郁阻证	8	0.95±0.81	17.33±17.90	2.00±2.46	14.67±5.69

与胆热犯胃证比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

间百分比、长时间酸反流次数、最长酸反流时间均明显高于其他证型($P < 0.01$)。表 2 示,肝胃郁热型的胆红素大于或小于 0.14 时间百分比明显高于其他两型($P < 0.05$),长时间胆汁反流次数、最长胆汁反流时间明显高于胆热犯胃证型($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.4 48 例病理性反流 GERD 患者各证型与不同反流类型的关系:结果显示,单纯酸反流 21 例,其中肝胃郁热型 17 例,胆热犯胃型 1 例,痰气郁阻型 3 例;混合反流共 21 例,其中肝胃郁热型 17 例,胆热犯胃型 2 例,痰气郁阻型 2 例;单纯胆汁反流仅有 6 例。中虚气逆型例数少且未发现异常反流,故不列入分析。可见酸反流和混合反流在肝胃郁热型中出现率较高,提示肝胃郁热型多为酸反流和混合反流,虚证较少出现病理性反流。

4 讨论

中医学中并无 GERD 的病名,主要根据烧心、泛酸和胸骨后疼痛或不适等临床症状,将其归属为“嘈杂”、“吞酸”、“吐酸”、“胸痞”等范畴。各家辨证的观点颇多,总不外肝胃不和、肝胃郁热、脾胃虚寒、痰气交阻等。本文首次通过食管 24 小时 pH 值及胆汁联合监测的方法,观察酸、胆汁反流各参数与中医证型的关系,从反流角度进一步探讨 GERD 的辨证特点。

我们发现,GERD 的中医证型中以实证、热证的肝胃郁热型所占比例最高,为 69.47%,与国内文献报道的分型特点相似^[8]。与《内经》中“诸呕吞酸,皆属于热”及刘完素的“酸者,肝木之味也”所阐述的肝郁热、邪犯胃的理论亦相符合。

现代医学根据食管 24 小时 pH 值及胆汁监测的指标,将胃食管反流又分为生理性和病理性两类,病理性反流分为单纯酸反流、混合反流及胆汁反流。研究显示,实证肝胃郁热型以单纯酸反流和混合反流多见,虚证较少见病理性反流,且肝胃郁热型中酸及胆汁反流程度比胆热犯胃型和痰气郁阻型更重。这进一步提示病理性反流可能是一种“邪实”的表现^[9],也表明食管 24 小时 pH 值及胆汁监测的酸及胆汁反流程度在一定程度上反映了邪实的轻重。推测肝胆失于疏泄,胃气上逆与食管下段括约肌松弛导致的酸反流及混合反流有关,是 GERD 的病机关键之一。

Vaezi 等发现,混合反流在临床上占较大比例,且胆汁反流对食管黏膜的损伤更大^[10]。我们发现,实证患者的炎症程度较重,可能是肝胃郁热型的酸及胆汁的暴露程度较重,酸及胆汁加重了对食管黏膜的损伤而致。而虚证患者正气不足,脾胃虚弱,食管黏膜的屏障屏障减弱,即使在反流不严重的情况下也能造成黏

膜的损伤。

另外,初步的临床研究显示,肝胃郁热型 GERD 患者中有异常酸、胆汁反流者,给予疏肝清热、降逆和胃中药治疗后,复查发现能明显改善酸及胆汁反流程度,尤其对胆汁反流减少更为显著。因此,用食管 24 小时 pH 值及胆汁监测的方法研究与 GERD 辨证分型的相关性,不但可以进一步指导中医辨证,还能为治疗 GERD 的中药临床疗效评价提供一定的参考依据。

参考文献

- 1 李兆申.中国胃食管反流病研究现状.解放军医学杂志,2000,25(5):313~315.
- 2 李茹柳,陈蔚文,叶富强,等.不同中医证型的吞酸证食管压力测定临床分析.广州中医药大学学报,2000,17(2):137~139.
- 3 贝政平.内科疾病诊断标准.北京:科学出版社,2001:224.
- 4 Armstrong D, Bennett JR, Blum AL, et al. The endoscopic assessment of esophagitis: A progress report on observer agreement. Gastroenterology, 1996, 111(1): 85~92.
- 5 陈佑邦,潘筱素,金棣生,等.中医病证分类与代码.北京:中国标准出版社,1995:1~3.
- 6 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.
- 7 林金坤,胡品津,李初俊,等.食管 pH 和胆汁监测用于十二指肠胃食管反流的诊断及对治疗的评价.中华消化杂志,2001,21(10):602~604.
- 8 庞龙,段国勋,熊天琴,等.胃食管反流中医证型与酸反流的关系.世界华人消化杂志,2000,8(2):139~142.
- 9 李茹柳,陈蔚文,潘怀耿,等.吞酸证患者食管动力学临床研究.中医杂志,2002,43(3):210~212.
- 10 Vaezi MF, Richter JE. Role of acid and duodenogastroesophageal reflux in gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology, 1996, 111(5):1192~1199.

欢迎邮购

《现代中医内科临床疗效评价与进展》

《现代中医内科临床疗效评价与进展》由杨仓良等编著,陕西科技出版社出版。该书全面系统地反映了建国以来中医疗效内科 100 余种病症的客观疗效评价与进展状况,内容包括论述(叙述不同时期古代医案的学术成就)、辨证论治(采用现代医学病名,以中医四诊八纲为中心,并列举病症的典型临床表现、治法方药)、现代中医临床客观疗效评价与进展(系统搜集、整理建国以来中医疗效内科疾病处方用药,应用现代医学数据检测治疗效果,及对治疗新方法、多途径用药、剂型改革、新成果进展状况加以评述)、临床资料(检索了全国公开发行人医期刊治疗内科每一病症的最佳有效方药,其诊断标准均以现代医学检测数据为准,反映其治疗方法独特新颖,治疗例数多,疗效高,可以重复验证,具可靠的医学数据,经统计处理的疗效极佳的病例报道)、现代医学诊治(对中医治疗疗效欠佳的病例,应用现代医学诊治,结合中医治疗以促进中医发展)等项目。被称为“开卷可识 40 载中医内科之最佳效方”,是中医、中西医结合内科临床、科研及教学的重要参考书。

本书由宁夏秦杨疑难病研究院中西医书店总经销,每册 38 元,免收邮挂费,凡购 5~10 本者按 9 折,11~20 本者 8 折,21 本以上者按 7 折优惠。同时还有《毒物本草》8 元,《动物本草》120 元,《华佗神医秘方》2 元等书,优惠方式同上。

邮购地址:宁夏银川市金凤区满城南街 20 号宁夏秦杨疑难病研究院曹艳玲收,邮编:750000,电话:(0951) 3069258。