

证的研究

脾胃湿热证的临床研究——附400例资料分析

杨春波¹ 黄可成² 肖丽春² 陈寿菲² 杨永升³

主题词 脾胃病/中医药疗法 湿热(中医)/中医药疗法

脾胃湿热是临床常见病证。为了探讨脾胃湿热(以下简称湿热证)的临床意义和现代含义,福建省中医脾胃学说研究会于1992年组织了临床协作研究,现将结果初步报告如下:

1 研究方法

1.1 观察对象:为在中医内科门诊和病房治疗的患者,按本会制定的湿热证诊断标准和要求,对各种病证进行临床调查。

1.2 调查方法:按本会印制的湿热证临床调查卡,在规定时间内,由主治医师以上的中医师,用四诊方法进行调查,并结合必要的理化检查,务必确诊中医和西医的病。某些协作单位分别作病因调查、专病分析和免疫学等检查。

1.3 诊断标准:湿热证按本会制定的辨证标准,中医疾病的诊断及分类,分别依据《实用中医内科学》(方药中等主编)和《实用内科学》(戴自英等主编)。

湿热证辨证标准:

(1)主症:①舌苔黄腻(轻:舌根黄腻;中:全舌薄黄腻;重:黄腻满舌);②胃脘或胸脘闷痛(轻:痞闷;中:闷胀;重:胀痛);③食欲不振(轻:减1/3;中:减1/2;重:减2/3)

(2)次症:①口苦而粘;②舌质淡红,体胖齿印;③口渴不喜饮或喜热饮;④脉濡缓;⑤大便溏。

(3)兼症:

肌肤症:①畏寒发热,少汗或无汗;②白痞或湿疹,或脓疱疹;③身肿,困重。

筋骨症:关节肿痛或重着不移。

扰窍症:①头重如裹;②耳鸣或目昏;③咽喉肿痛;

④口舌生疮。

蒙神症:①嗜睡;②神志时清时昧。

薰肺症:①胸闷;②咳嗽,痰粘或黄或白。

蒸肝(胆)症:①右肋胀痛;②身目发黄。

注下症:①小腹胀满;②癃闭;③尿黄或赤;④淋浊;⑤带下黄白相兼,或白或黄;⑥下痢或泄泻。

判断:主症①为必具。2个主症;或主、次、兼症各1个;或1个主症及2个兼症,均可诊断为湿热证。偏热重者:苔黄少腻,口苦而渴,小便短赤;偏湿重者:苔腻少黄,晨起口苦,小便清;余为湿热并重。

2 临床资料

2.1 一般资料:共调查400例,其中男262例,女138例,男女比为1.9:1。年龄<20岁27例,20~29岁70例,30~39岁94例,40~49岁75例,50~59岁55例,60~69岁59例,>70岁20例,以青壮年占多数。

2.2 症候表现:共有29种症状和14种异常舌、脉(见表1、2、3)。除黄腻苔、胃脘闷胀或痛和食欲不振等主要症候外,大小便异常、口苦粘也占有较高比例;舌质、舌形正常者多;脉多弦、滑。表示病位主要在中焦脾胃,但也波及上、下焦和清窍、肌肤及筋骨。

2.3 湿热偏胜:400例中,湿重于热者150例(37.5%);热重于湿者107例(26.7%);湿热并重者143例(35.8%)。在分析219例湿热偏胜与病症的关系时发现:慢性胃炎以湿热并重为多,慢性肝炎以热重于湿为多,消化性溃疡以湿重于热为多。经率的显著性检验,有非常显著差异($P<0.01$)。见表4

2.4 湿热致困:在重点调查201例慢性胃病中,属湿热证86例,其中嗜烟酒者76例,占88.4%;非湿热证115例,嗜烟酒者59例,占51.3%,两证经率的显著性检验,有非常显著差异($P<0.01$),可见湿热证与嗜烟酒关系明显。

2.5 湿热证与中医病:400例中,涉及中医病43种,其例数序:胃痛、胁痛、黄疸、痞满、水肿、眩晕、痹证、便血、咳嗽、泄泻、腹痛、淋证、喘证、腰痛、怔忡、消渴、头痛、胸痛、感冒、尿浊、腹胀、呕吐、吐血、不寐等以脾胃病占最多,其次分别为肺系和肝胆病。表5示湿热证可

1 福建医学院附属第二人民医院,福建省福州市(350003)

2 福州中西医结合医院

3 福建省中医药研究院

收稿日期:1993-10-20

表 1 湿 热 证 症 状 表 现

	胃脘 闷痛	食欲 不振	小便异常			大便异常			口渴 喜饮	口渴		头重 如裹	右肋 胀痛	咳 嗽	神志 异常		胸 闷	耳 鸣	身 重	咽喉	
			淡黄	红	浊	稀	溏软	干		不喜饮	嗜睡				时昧	咽痛				喉肿	
例数	367	364	229	46	40	42	151	94	262	97	102	136	108	95	88	5	83	76	73	59	12
%	91.8	91.0	78.8			71.8			65.5	49.8	34.0	27.0	23.8	23.3		20.8	19.0	18.3	17.8		

续 表 1 湿 热 证 症 状 表 现

	吐水、沫	泛酸	多痰		畏寒 发热	关节 重痛	小腹胀	黄疸	无汗	带下		目 眵	肛口 灼热	水 肿	血症		湿疹 疱疹	口舌 生疮
			黄	白						黄	白				呕血	便血		
例数	61	60	24	35	58	58	50	49	47	21	16	30	28	21	5	7	8	2
%	15.3	15.0	14.8		14.5	14.5	12.5	12.3	11.8	9.3		7.5	7.0	5.3	3.0		2.0	0.5

表 2 湿 热 证 舌 象

	苔 质					形			
	黄腻	淡红	偏红	偏淡	夹瘀	正常	偏胖	齿痕	偏瘦
例数	400	230	149	21	93	256	70	44	30
%	100	57.5	37.3	5.2	23.3	64.0	17.5	11.0	7.5

表 3 湿 热 证 脉 象

	滑	弦	细数	缓	涩	结	代	促
例数	163	127	50	37	9	7	6	1
%	40.8	31.8	12.5	9.5	2.2	1.7	1.5	0.3

表 4 湿 热 偏 胜 与 3 种 西 医 病 的 关 系

病 名	例数	湿重于热 例(%)	热重于湿 例(%)	湿热并重 例(%)
慢性胃炎	138	53(38.4)	9(6.5)	76(55.1)
慢性肝炎	32	2(6.2)	24(75.0)	6(18.8)
消化性溃疡	49	27(55.1)	8(16.3)	14(28.6)

出现于表病、里病(五脏六腑)、经络、诸窍、气血、津液等,但以脾胃为中心。

2.6 湿热证与西医病:400例中,涉及西医病72种,其例数序为慢性胃炎、十二指肠溃疡、急性肝炎、慢性

肝炎、慢性胆囊炎、肝胆结石、慢性气管炎、慢性肾炎、慢性结肠炎、高血压、胃溃疡、上呼吸道感染、糖尿病、肾盂肾炎、冠心病、类风湿性关节炎、慢性前列腺炎、急性阑尾炎、退行性关节病、神经官能症、风湿性心脏病、头痛、急性肾炎、乳糜尿、肺结核、渗出性胸膜炎、风湿病、肝硬化、急性肠炎、急性胰腺炎、肠伤寒、尿毒症、肾结石、尿道感染等。表6示,湿热证以消化系统为首,其次分别为呼吸系统和泌尿系统病;炎变病种占43种(59.7%),407例种(80.8%)。

2.7 湿热证与免疫学:观察了湿热证与T淋巴细胞亚群(OKT)、淋巴转化率(LCT)、免疫球蛋白、补体、循环免疫复合物(CIC)等的关系。结果:OKT₃、OKT₄、OKT₄/OKT₈和LCT低于正常者,湿热证分别为18/54例、3/54例、7/54例和16/50例;脾气虚证则为24/39例、22/39例、24/39例和20/32例。表明湿热证上述指标大多数正常,少数低下。与脾气虚证比较,差异显著($P<0.05\sim 0.01$)。

IgG和CIC,湿热证则分别为 12.9 ± 5.1 和 7.3 ± 5.3 ;脾气虚证则为 819 ± 4.7 和 4.1 ± 3.0 ,有显著差异($P<0.05\sim 0.01$)。而IgM、IgA和C₄、Bp,两证间无显著差异。C₃脾气虚证(1.0 ± 0.5),显著低于湿热证(1.3 ± 0.5)。

表 5 湿 热 证 与 中 医 各 系 统 病 的 关 系

	脾胃	肺系	肾系	肝胆	津液	经络 肢体	心系	合计
病种	14(32.6)	9(20.9)	7(16.3)	6(14.0)	3(7.0)	2(4.6)	2(4.6)	43
例种	232(45.5)	51(10.0)	40(7.8)	110(21.6)	34(6.7)	30(5.9)	13(2.5)	510

表6 湿热证与西医各系统病及炎变病的关系

	消化	呼吸	泌尿	循环	神经	代谢	血液	结缔组织	内分泌	免疫	骨关节	合计
病种	28(38.9)	10(13.9)	10(13.9)	8(11.1)	6(8.3)	3(4.1)	2(2.8)	2(2.8)	1(1.4)	1(1.4)	1(1.4)	72
例种	329(65.2)	43(8.6)	51(10.1)	35(7.0)	15(3.0)	12(2.4)	3(0.6)	8(1.6)	1(0.2)	1(0.2)	6(1.2)	504
炎变病种	20(46.5)	9(20.9)	7(16.3)	2(4.7)	2(4.7)			2(4.7)		1(2.2)		43
例种	303(74.5)	41(10.1)	42(10.3)	9(2.2)	3(0.7)			8(2.0)		1(0.2)		407

2.8 湿热证与末梢血象:末梢血象计查263例,白细胞总数和分类以及红细胞等,均未显有规律性变化。

3 讨论

3.1 通过本协作组18个医院,内科临床的初步调查,400例湿热证中涉及中医病43种,分属于7个系统;西医病72种,分属于11个系统,其中主要为脾胃病和消化系统病外,还出现于肺系和呼吸系统、肾系和泌尿系统以及肝胆和心血管系统等疾病,可见湿热证在临床的广泛性。而病变中心在脾胃,因脾为湿脏、胃为燥腑,所以湿热易在脾胃盘踞。

3.2 中医传统理论认为,湿热为病,有内外两因,一是湿热邪气的传入;一是伤于饮食和脾胃生理功能的失调。陈平伯《外感温病篇》说:“东南地卑水湿,湿热之伤独甚”。福建地处东南沿海,属亚热带湿润季风气候,平均气温15~22℃,年平均降水量800~1900mm,容易滋生湿热邪气而中人。病因调查表明,嗜烟酒者与湿热证关系密切。现代研究表明,细菌和病毒都要在一定的温湿度中容易生长、繁殖和增强毒力,胃内的湿热环境,也有利于细菌的生长。本资料表明湿热证与HP菌感染关系密切,危氏^[1]也同样持这种观点。柯氏^[2]报告CAG脾肾虚证HP感染率低,与其胃粘膜细胞表面粘液层减少,改变了HP最佳生态环境有关;张氏^[3]认为HP是六淫中的湿热之邪,湿热是胃病的启动因子;沈氏^[4]提出慢性肾炎的湿热与各种感染密切相关;张氏^[5]还认为乙肝病毒(HBV)的感染是慢性肝炎产生湿热的原因为,其复制活跃的程度与湿热的轻重有一定相关性。

3.3 从临床调查的400例,涉及炎变性疾病的计43个病种、407例种,分别占西医病种的59.7%、例种的80.8%,提示湿热证与炎变的关系密切,尤与炎变以循环障碍、渗出为主的急性期和亚急性期更为密切。华氏^[6]观察40例慢性胃病组织病理学,发现有湿热等实证者多有急性炎症。有趣的是,慢性胃炎、消化性溃疡、慢性活动性肝炎的湿热偏胜不同,分别为湿热并重、湿偏重、热偏重各占多数,具有统计学意义,值得进一步探讨。

3.4 已有不少报告表明:虚证常表现细胞免疫功能低下,实证多呈体液免疫功能亢进。本研究也基本反映了这种结果。湿热属实证范畴,细胞免疫功能大多数正常,少数出现细胞免疫功能低下及T细胞网络紊乱现象,可能与湿热已潜伤脾气有关,即邪盛已伤正。体液免疫则表现IgA增高、B因子增多,反映湿热证患者机体正动员各种生理防御功能,包括血液中的球蛋白及补体与邪抗争的现象。夏氏^[8]也观察到慢性肝炎湿热证血清IgA显著升高。而脾气虚证也呈血中B因子增高,可能与“虚中有实候”有关。本资料表明,湿热证CIC显著升高,且与血清IgG升高呈正相关。余氏^[9]建立家兔湿热型模型时,亦发现其血中CIC显著升高。可否视为CIC是湿热在体内的病理产物,这种产物又导致炎症的发展。可见湿热证具有一定的免疫学基础。

3.5 本研究会初订的《脾胃湿热证辨证标准》,通过临床实践是基本可行的,但从本资料看,大小便异常、口苦粘,应列入主症项内;偏红舌占有一定比例,脉象以弦、滑为多,为修订湿热辨证标准提供了依据。

4 参考文献

- 1 危北海,等.宏观辨证与微观辨证的结合研究.中西医结合杂志1991;(5):301.
- 2 柯晓,等.慢性萎缩性胃炎虚实证的现代病理学探讨.内部资料.
- 3 张林,等.幽门弯曲菌与慢性萎缩性胃炎防治研究,中医杂志1992;(7):27.
- 4 沈庆法.湿热病理的探讨.上海中医药杂志1987;(10):8.
- 5 张俊富.慢性乙型肝炎中医辨证分型和乙型病毒复制关系的初步研究.中医杂志1989;(12):25.
- 6 华培显,等.胃病中各型脾虚证的组织学观察.中西医结合杂志1986;(4):213.
- 7 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会.中西医结合杂志1990;(5):319.
- 8 夏德馨.慢性乙型肝炎中医辨证分型与某些实验室指标的关系.上海中医药杂志1985;(1):11.
- 9 余江毅,等.肾病湿热病理的临床分析和实验研究.中西医结合杂志1992;(8):452.