

湿热型胃脘痛与胆汁反流性胃炎的相关性

潘万瑞 李榕萍 吴和木 林 晖 肖丽春 陈寿菲

(福建省福州中西医结合医院, 福州市仓山区上藤路47号, 350007)

[摘要] **目的** 探讨湿热型胃脘痛与胆汁反流性胃炎的相关性。**方法** 采取随机对照方法, 选取湿热型胃脘痛(观察组)患者及非湿热型胃脘痛(对照组)患者各250例, 通过临床表现, 并结合胃镜所见的胃黏膜病变、胃内胆汁量和胆汁颜色, 胃黏膜活检的病理检查情况, 对幽门螺杆菌感染率的检测以及B超或CT对肝胆系统的检查等对比观察, 探讨其与胆汁反流性胃炎的关系。**结果** 观察组符合胆汁反流性胃炎者194例, 对照组19例, 差异有显著性意义($P < 0.01$)。观察组中伴有口苦症状者均患有胆汁反流性胃炎, 非胆汁反流性胃炎者则无口苦症状; 伴有胆道系统疾病者明显多于对照组, 且均发生在胆汁反流性胃炎病例中。病理活检示观察组病变程度比对照组严重。**结论** 湿热型胃脘痛尤其伴有口苦症状者与胆汁反流性胃炎有密切相关性。

[关键词] 胆汁反流; 胃炎; 胃脘痛; 诊断

Correlativity of Stomachache of Damp-Heat Pattern with Bile Reflux Gastritis

PAN Wan-rui, LI Rong-ping, WU He-mu, et al.

(Fuzhou Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine, Fujian 350007)

ABSTRACT **Objective** To study the correlativity of stomachache of damp-heat pattern with bile reflux gastritis. **Methods** Five hundred patients with stomachache were selected randomly and divided into observation group ($n = 250$, with damp-heat pattern) and control group ($n = 250$, not damp-heat pattern). The correlativity of stomachache of damp-heat pattern with bile reflux gastritis was studied by clinical manifestations, gastric mucosal lesion, volume and colour of bile in the stomach, infection rate of *Helicobacter pylori* (Hp), and liver-gallbladder examination by B ultrasound or CT. **Results** There were 194 cases of bile reflux gastritis in observation group, while 19 cases in control group, resulting in significant difference ($P < 0.01$). In observation group, bitter taste of mouth was a typical symptom in every patient with bile reflux gastritis; The cases of biliary system disease which all occurred in bile reflux gastritis patients were more than those in control group. Pathological biopsy showed that pathogenetic condition was more severe in observation group than that in control group. **Conclusion** There was close relationship between bile reflux gastritis and stomachache of damp-heat pattern espically when accompanied by bitter taste of mouth.

Key Words Bile regurgitation; Gastritis; Stomachache; Diagnosis

近年来, 湿热型胃脘痛的发病率呈逐渐升高的趋势, 如病因诊断不明确而按其他胃炎常规治疗则效果较差。明确诊断常须通过胃镜检查, 而现在大部分患者不愿意接受有一定痛苦的胃镜检查, 另有部分患者则由于心肺功能差或其他禁忌症而无法进行胃镜检查, 另外同位素闪烁法及Bilitec 2000胃内24小时连续胆红素测定法均由于检测费用昂贵而不能普遍开展, 导致无法及时确诊。我们通过长期临床观察发现, 湿热型胃脘痛与胆汁反流性胃炎的表现相似, 尤其是伴有口苦症状者更为明显, 如能证实湿热型胃脘痛与胆汁反流性胃炎有密切相关性, 对于这部分患者则能及时作出胆汁反流性胃炎存在的诊断, 并给予相应治疗, 为此我们设计了如下研究。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例来源于福州中西医结合医院消化内科住

院或门诊患者, 按就诊顺序随机选择湿热型胃脘痛(观察组)及非湿热型胃脘痛(对照组)各250例, 因观察组的病例相对较少, 须选择的时间较长, 而对照组的病例较多见, 在较短的时间内即可完成, 为避免因两组之间选择病例的时间差过大而可能影响试验的可靠性, 故对照组在观察组选择期间进行配对, 即在选择观察组病例的同时按顺序选择了同样例数的对照组病例。经统计学处理, 两组性别、年龄及病程等差异无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 胃脘痛的诊断标准

参照国家中医药管理局药政司制定的诊断标准^[1]: (1) 以胃脘部疼痛为主症; (2) 常伴痞闷或胀满、嗳气、泛酸、嘈杂、恶心呕吐等; (3) 发病常与情志不畅、饮食不节、劳累受寒等有关。结合可能有白细胞总数偏高、钡餐透视、胃镜病理活检及粪便隐血试验强阳性等协助诊断。

1.3 湿热型胃脘痛的诊断标准

参照国家中医药管理局药政司制定的标准^[1]及王

永炎主编的《中医内科学》的诊断标准^[2]:胃脘疼痛,或痞满胀痛,嘈杂灼热,心烦,口干口苦,纳呆恶心,头身重,大便不畅或干结,舌苔黄腻,脉滑数。

1.4 胆汁反流性胃炎的诊断标准

参照1990年悉尼世界胃肠大会制定的胃炎标准^[3]及贝政平主编的《3200个内科疾病诊断标准》^[1]。具有上腹部疼痛、烧心、胀满、口苦或呕苦水等症状,内镜下相对静止状态见黏液湖内有胆汁或胆汁反流入胃内及胃黏膜炎症改变,胃黏膜活组织检查见胃黏膜上皮细胞坏死、炎症细胞浸润等病理改变。

1.5 病例排除标准

(1) 特殊原因引起的胃及十二指肠病变,如胃泌素瘤所致者;(2) 妊娠期妇女;(3) 年龄在16岁以下或85岁以上者;(4) 有较严重的呼吸系统及心脑血管疾病;(5) 有上消化道活动性出血或胃手术后者;(6) 胃癌;(7) 精神分裂症等不能配合治疗者。

2 方法

2.1 观察指标与方法

所有病例在就诊前后均行肝、胆、胰、脾B超或CT检查及胃镜检查。口苦的表现程度分为3度:轻度为偶感口苦,中度为时有口苦,重度为常感口苦。胃镜由两位副主任医师以上人员专门负责检查,检查前禁食12小时,不使用任何药物,并和患者讲解胃镜检查过程及须配合事项,使胃镜检查顺利完成。胃镜迅速到达胃底部黏液湖,在相对平静状态下发现有胆汁样液体即估计其容量,50ml以下为少量,50~100ml为中等量,100ml以上为大量,并描述胆汁颜色,分为黄绿色、深黄色、黄色及淡黄色;常规在胃窦部小弯侧距幽门口约3cm处钳夹1块黏膜用快速尿素酶试验检查有无幽门螺杆菌(Hp)感染(使用海口南科科技发展有限公司生产的诊断试纸检测),同时钳夹3块黏膜行组织病理学检查。

2.2 统计学方法

采用SPSS 14.0软件包进行数据统计处理。采用卡方检验及精确概率检验。

3 结果

3.1 胆汁反流性胃炎情况

观察组中符合胆汁反流性胃炎者194例,非胆汁反流性胃炎者56例;对照组中符合胆汁反流性胃炎者19例,非胆汁反流性胃炎者231例。经统计学处理,差异有显著性意义($P < 0.01$)。

3.2 口苦症状伴随情况

观察组胆汁反流性胃炎患者中有179例伴口苦(或吐苦水)症状,其中轻度37例,中度125例,重度17例。非

胆汁反流性胃炎患者中无1例伴口苦症状,差异有显著性意义($P < 0.01$)。

3.3 胃内胆汁情况

观察组194例胆汁反流性胃炎者胃镜下观察其胃内胆汁少量者51例,中等量者126例,大量者17例;胆汁呈黄绿色者5例,深黄色者36例,黄色者124例,淡黄色者29例,其中黄绿色及深黄色者均发生于伴有口苦症状的患者。15例无口苦症状的患者中除1例胆汁为中等量及黄色外,其余14例胆汁均为少量,颜色为淡黄色,两者差异有显著性意义($P < 0.01$)。

3.4 胆道系统疾病伴随情况

观察组中有35例伴有胆道系统疾病(其中胆囊结石18例,胆总管结石11例,胆囊切除术或胆总管手术6例),对照组仅有3例伴有胆道系统疾病,差异有显著性意义($P < 0.01$),且两组中伴有胆道系统疾病者均发生在胆汁反流性胃炎病例中,差异具有显著性意义($P < 0.01$)。

3.5 Hp感染情况

观察组250例中Hp感染者120例,占48%;对照组Hp感染者156例,占62%。两组Hp感染率差异无显著性意义($P > 0.05$)。

3.6 胃黏膜病理检查情况

观察组中浅表性胃炎48例;萎缩性胃炎202例(其中轻度126例,中度73例,重度3例);肠上皮化生48例(其中轻度10例,中度29例,重度9例);不典型增生7例。对照组浅表性胃炎101例;萎缩性胃炎149例(其中轻度113例,中度34例,重度2例);肠上皮化生23例(其中轻度16例,中度7例,重度0);不典型增生2例。两组病变程度差异有显著性意义($P < 0.01$)。

4 讨论

近年来,湿热型胃脘痛的发病率有升高趋势,可能与人们的生活习惯改变(如恣食生冷、肥甘、辛辣、油炸煎灼食物及酒、咖啡、浓茶等)有关^[4,5],这与胆汁反流性胃炎相似。本研究表明,湿热型胃脘痛尤其伴有口苦症状者与胆汁反流性胃炎关系极为密切,这给临床上大部分不适宜及不愿意接受胃镜检查的患者提供了很好的现代病因学诊断依据,使这部分患者能得到及时有效且针对性强的中西医结合治疗,临床实践证明已收到令人满意的效果。

观察组中伴有胆道系统疾病患者明显增多,且两组中伴有胆道系统疾病患者均发生在胆汁反流性胃炎病例中,提示胆道系统疾病与胆汁反流性胃炎的发病密切相关。刘明东等观察的一组胆汁反流性胃炎病例中,有33%伴有胆道系统疾病^[6]。胆道疾病可引起胆囊

收缩素及胰泌素分泌减少,使幽门括约肌张力减弱,胆汁反流,胃内pH值升高,又使胃泌素分泌增加,进而加重了幽门括约肌松弛及胆汁反流^[7]。胆囊的排空不良亦与胆汁反流性胃炎明显相关,可能系胆囊收缩无力,Oddi括约肌松弛不良所致。餐后胆囊排出量减少与空腹胆囊容量增多有关,使消化间期排入肠道的胆汁增多,当同时存在胃肠运动功能紊乱时即可反流入胃而致病^[8]。

危北海曾报道湿热型胃脘痛患者的Hp感染率高^[9],刘明东等报道胆汁反流性胃炎患者的Hp感染率低,认为胆汁中的胆酸对Hp的生长有抑制作用^[6]。本研究提示两组间无明显差异,且胆汁反流性胃炎与非胆汁反流性胃炎亦无明显差异,提示湿热型胃脘痛与胆汁反流性胃炎的Hp感染率相似。

本研究中观察组胃黏膜病理检查的病变程度明显比对照组严重,且两组中胆汁反流性胃炎病例的病变比非胆汁反流性胃炎病例严重。胆汁可以改变胃黏液特性,使胃黏膜上皮细胞溶解,破坏胃黏膜屏障,使氢离子逆向弥散,刺激肥大细胞释放组胺,从而使血管扩张,渗透性增高,炎症渗出物增加,并使毛细血管瘀血,血流量减少^[10]。胆汁反流与食管癌及Barrett食管的发生机制可能有关,动物实验已经证明胆汁有明显的致癌作用^[6]。故对此类患者及时诊治极为重要。

综上,湿热型胃脘痛与胆汁反流性胃炎有明显相关性,尤其是伴有口苦症状的湿热型胃脘痛与胆汁反流性胃炎的关系更为密切,这给湿热型胃脘痛提供了一个现代病因学的诊断佐证,据此诊治该病是一种极其有价值的实用性方法。

参考文献

[1] 贝政平主编. 3200个内科疾病诊断标准. 北京: 科学出版社, 1996: 1242~1243.

[2] 王永炎主编. 中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 164.

[3] 刘文忠, 萧树东. 悉尼系统——一种新的胃炎分类. 国外医学消化系疾病分册, 1991, 11(1) : 6~11.

[4] 陈洁. 自拟健脾除湿止痛汤治疗湿热阻胃型胃脘痛临床观察. 安徽中医临床杂志, 2002, 14(3) : 180.

[5] 杨春波, 黄可成, 肖丽春, 等. 脾胃湿热证的临床研究. 中医杂志, 1994, 35(7) : 425.

[6] 刘明东, 徐肇敏. 胆汁反流性胃炎的病因探讨. 中华消化内镜杂志, 2003, 20(1) : 51~52.

[7] 冯伟华, 周岱云, 傅敏, 等. 胃液胆汁酸与黏膜炎症的关系. 中华消化杂志, 1992, 12(2) : 78.

[8] 陈仕珠, 赵红, 吴春艳, 等. 胆汁反流性胃炎患者胆囊排空功能研究. 华人消化杂志, 1998, 6(5) : 427~429.

[9] 危北海. 宏观辨证与微观辨证的结合研究. 中西医结合杂志, 1991, 11(5) : 301.

[10] 刘思纯. 胆汁反流性胃炎. 新医学, 1998, 29(5) : 232~233.

(收稿日期: 2005-10-10; 修回日期: 2005-12-07)

《中医杂志》第四届编辑委员会名单

主任委员兼主编：胡熙明

名誉主编：费开扬

副主任委员：王永炎 王文中 任德权 吕玉波 张大宁 李俊德 李大鹏 费开扬 陈啸宏 杨明会 房书亭 郑守曾 施 杞 徐镜人 曹洪欣 谢阳谷 赵新先

委员(以姓名笔画为序)

于生龙	于淑芳	马有度	马尔楷 (法国)	王永炎	王文中	王炳岐	王东生	王 琦	王乃平	王之虹	王 玲
王国庆	王忠和	王喜军	王书臣	王承德	王鱼门	王振邦	邓大学	包文辉	龙致贤	龙济瀛	任德权
刘红星	向方远	吕玉波	吕志平	孙万珍	孙耀志	孙树椿	阮诗玮	闫希军	吴以岭	吴坤平	张大宁
张世臣	张孝娟	张承烈	张炳厚	李连达	李大鹏	李俊德	李沈明	李天太	李怀荣	李乾构	肖小河
陈可冀	陈克正	陈贵廷	陈 桦	陈抗生	陈金甫	陈保华	陈啸宏	苏荣彪	杨殿兴	杨世兴	杨卓欣
邹节明	林日初	林天东	林立军	拉蒙(西班牙)	房书亭	周岱翰	周宜强	周 然	周超凡	周绍明	周铭心
郑守曾	姚乃礼	施 杞	胡熙明	费开扬	胡晓军	晁恩祥	赵 松	赵步长	赵树森	赵新先	徐志伟
索天仁	梁菊生	袁长津	高思华	高文柱	曹洪欣	曹正逵	梅国强	傅世垣	彭 炜	程兆盛	谢阳谷
翟胜利	戴锡孟										詹文涛

顾问(以姓名笔画为序)

刁跃池	万有生	王绪鳌	王荣和	王绵之	王雪苔	王其飞	王玉川	王一章	韦贵康	邓铁涛	田景福	冯天有
任继学	刘志明	许锦柏	李任先	李炳文	李惠治	李顺成	李振华	何 任	张学文	张奇文	张 琪	吴炳新
吴咸中	沈自尹	陈佑邦	陈彤云	金树滋	庞春生	周仲瑛	赵藕善	胡志祥	姜正谦	贺志光	施奠邦	高 德
殷顺海	秦双发	唐由之	黄春源	蔡剑前	费厚路	程莘农	焦树德	路志正	魏福凯			