

活动期消化性溃疡 330 例 中医证型分析

□ 刘景泉* (广东韶关市中医院 广东 韶关 512026)

关键词 消化性溃疡 幽门螺杆菌 证型分析

消化性溃疡 (Peptic Ulcer, PU) 是内科常见病, 现就我院就诊患者中经胃镜诊断的活动期消化性溃疡 330 例, 根据中医辨证分型标准对其中医证型进行总结和探讨。

1 一般资料

本组 330 例中, 男 232 例 (70.3%), 女 98 例 (29.7%); 年龄 <20 岁 1 例, 21 岁 ~40 岁 166 例 (50.3%), 41 岁 ~60 岁 137 例 (41.5%), >61 岁 26 例 (7.9%), 年龄最小 15 岁, 最大 78 岁; 病程 <1 年 56 例 (16.7%), 1 年 ~5 年 145 例 (43.9%), 6 年 ~10 年 84 例 (25.4%), >11 年 45 例 (13.8%), 最长 38 年; 属第一次发病 98 例 (29.7%), 其余均有 2 次以上的复发, 最多达 10 多次。

2 检查方法和辨证分型标准

2.1 检查方法 本组病人全部使用日产 OGF 电视胃镜检查确诊, 检查前由 2 名医师对病人进行中医辨证

分型, 然后检查胃镜, 于退镜观察时在胃窦部距幽门 2cm ~3cm 处钳取胃粘膜 1 块置快速尿素酶诊断药盒。

2.2 中医辨证分型标准 参照有关文献^[1,2]制定

2.2.1 脾虚型: 胃脘隐痛, 喜温喜按, 饥饿时加重, 进食后缓解, 泛吐清水, 大便溏泄。舌质淡或淡红, 苔白或薄白, 脉细、细弱或沉细。

2.2.2 肝郁型: 胃脘胀闷, 痛连两胁, 嗝气, 舌酸, 舌边红, 苔薄白或薄黄, 脉弦细。

2.2.3 阴虚型: 胃脘灼热隐痛, 口干咽燥、大便干燥, 舌红苔少, 脉细数。

2.2.4 血瘀型: 脘痛如刺, 痛处不移, 痛甚拒按, 呕血便血。舌质暗红, 边有瘀点, 苔白厚, 脉弦涩。

3 检查结果和辨证分型

3.1 胃镜检查 and 幽门螺杆菌 (Hp) 检测结果 表 1 显示十二指肠溃疡 (Du): 胃溃疡 (Gu) = 1.45: 1, 说明 Du 明显多于 Gu。伴发慢性胃炎 (SG) 292 例 (88.5%), 十二指肠球炎 (SD) 171 例 (51.7%), 食道炎 24 例 (6.4%), 胆汁反流 10 例 (3.3%), 吻合口炎 6 例, 残胃胃炎 9 例, 食管裂孔疝 1 例, 胃

* 作者简介 刘景泉, 男, 内科主任医师, 广东省中医药学会消化分会常委。

息肉 5 例，十二指肠息肉 4 例。伴其它病：肝硬化 4 例，肺气肿 5 例，冠心病 1 例，高血压性心脏病 1 例。值得一提的是本病 88.5 % 合并慢性胃炎，且 80 % 为胃窦炎，这与胃窦炎患者 PU 发病比正常人高 20 ~ 30 倍一致。

表 1 胃镜及 Hp 检查结果 (n · %)

	Du	Gu	Cou	术后溃疡	合计
胃镜	173	118	29	10	330
%	52.4	35.8	8.8	3.0	100
Hp +	148	80	20	6	254
%	85.5	67.8	68.9	60	77

3.2 中医辨证分型结果 从表 2 中可见 PU 中肝郁型和脾虚型显著高于血瘀型和阴虚型。

表 2 中医辨证分型结果 (n · %)

	肝郁型	脾虚型	血瘀型	阴虚型
n	149	128	32	21
%	45.2	38.8	9.6	6.4

4 讨 论

Pu 是内科常见病、多发病。其发病机理很多，除胃酸、胃蛋白酶分泌增高和 Hp 感染，胃粘膜防卫功能下降外，多年研究证实本病的发生与社会心理因素的刺激和植物神经功能紊乱、皮层内脏相关失调也有密切关系^[1,2]。临床上笔者经常观察到很多 Pu 患者在发病前都处于长期精神紧张、焦虑不安和情绪不良的心理状态。实践证明，长期慢性情绪紧张状态可导致交感副交感平衡失调，增加胃酸和胃蛋白酶的分泌或减弱胃粘膜的防卫功能，从而增加 Pu 的发生。

Pu 属于中医“胃脘痛”“胃痛”“心痛”“吞酸”范围，其发病主要有三个方面：1、精神因素如忧思恼怒，情志不舒，气郁伤肝，肝气横逆犯胃，脾胃气机阻滞，胃失和降，日久成病。2、饮食因素如饮食不节，饥饱失常或过食生冷油炸辛辣食物，损伤脾胃，致脾阳不振或胃中积热而成本病。3、素体虚弱或因它病而致脾胃运化功能下降，中气不足，再加劳累，食伤致脾胃受损致病。

本组 330 例按中医辨证标准诊断脾虚型和肝郁型最多，分别占 38.8 % 和 45.2 %，血瘀型和阴虚型较少，前两者与后两者分别比较经统计学处理均有非常显著性差异 (P < 0.01)，与文献报告一致^[3,4]。实

践证明，脾虚是消化性溃疡之本，而肝郁是标，肝郁可以化热，化火，而且可以互相夹杂，表现脾虚肝郁，肝郁气滞、肝郁血瘀、肝气犯胃、脾虚血瘀、脾虚湿困或脾虚湿热等多种复杂证型。故治疗上除健脾和胃、行气止痛之外，很重要的一条是有肝郁症状出现时要先行舒肝解郁，此亦为治胃痛“从肝论治”之根据^[3]。

本组 330 例有 254 例 Hp 阳性 (77%)，提示 Hp 感染与 PU 发病密切相关。临床运用中医辨证分型结合西医辨病，对 Hp 的感染进行中西医结合治疗，当可大为提高疗效，降低药物副作用，减少复发率^[4]。

参考文献

[1] 李乾构等主编. 中医胃肠病学. 北京: 中国医药科技出版社. 1993: 449 - 453.
[2] 彭勃主编. 中西医结合临床消化病学. 北京: 中国中医药出版社. 1997: 183 - 184.
[3] 刘景泉. 胃痛从肝论治的体会. 江西中医药. 1995, 增刊: 83.
[4] 刘景泉, 等. 自拟中药方治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 88 例. 中国中医药科技, 1997, 增刊: 31.

《中医药通报》杂志
“专题笔谈” 专栏征稿

本刊开设“专题笔谈”栏目。今年征集有关专病临床治疗心得与体会，病名如下：慢性前列腺炎、糖尿病肾病、慢性咽炎、慢性非特异性溃疡性结肠炎。可选其中一病介绍个人临证施治经验。字数在 1500 字左右；突出科学性、实用性、可读性。着力介绍个人临床经验精华；列举不必求全，可以只谈一证、一方、一药、一法，务使读后必有所得；介绍病例务求精当，尽量少引用参考文献。请自留底稿。来稿请寄本刊编辑部。