

消化性溃疡中医证候与相关因素的研究进展

● 陈宝珍¹ 指导:吴耀南²

摘要 消化性溃疡是临床常见病、多发病,中医学将本病归属于胃脘痛、胃痛等病症范畴,以辨证治疗为主,已取得显著疗效。通过对近年来消化性溃疡的中医证候与相关性因素研究进行统计分析,以指导临床辨证治疗。

关键词 消化性溃疡 中医辨证 综述

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)是以胃酸和胃蛋白酶为基本因素,对上消化道粘膜的消化而形成的慢性溃疡,包括胃溃疡(gastric ulcer, GU)和十二指肠溃疡(duodenal ulcer, DU),是消化系统的常见病、多发病。中医学将本病归属于胃脘痛、胃痛等病症范畴,以辨证治疗为主,多年来已取得显著疗效,现将近年来我国对PU的中医证候与相关因素的研究概述如下。

1 PU的中医证型分布及辨证施治

刘运雄^[1]将100例PU患者分为2组,其中治疗组分为肝胃气滞、脾胃虚寒、湿热中阻、胃阴亏虚、气滞血瘀等5型,采用中药治疗,有效率达95%,显著高于对照组(奥美拉唑胶囊+克拉霉素片+甲硝唑片)的82%($P < 0.05$)。罗秀珍^[2]将PU分为气滞血瘀、肝郁气滞、脾胃虚寒、胃

阴亏虚、肝胃湿热5型,采用中药辨证施治,有效率达92.65%。王如茂等^[3]将188例PU分为肝气犯胃、脾胃湿热、瘀血停滞、脾胃虚寒、胃阴亏虚型,得出PU早期多在气分,实证居多,以肝气犯胃、脾胃湿热型多见;中后期以瘀血停滞、脾胃虚寒、胃阴亏虚3型多见。周晓虹等^[4]分析173例PU患者各证型出现频率依次为:脾胃虚弱型>肝胃不和型>肝胃郁热型>寒热错杂型>胃阴不足型>胃络瘀阻型。李毅^[5]对近20年来国内公开报道的PU辨证分型文献44篇进行分析,病例共3413例,最少分3型,最多分7型;最常见证型依次为:脾胃虚寒证、肝胃气滞证、瘀阻胃络证、胃阴亏虚证、胃热炽盛证,占总例数的85.64%,经聚类及主成分分析,初步证型标准化为脾胃虚寒证、肝胃气滞证、瘀阻胃络证、胃阴亏虚证、胃热炽盛证、肝郁脾虚证、寒热夹杂证、湿热中阻证等8

个证型。《消化性溃疡中医诊疗共识意见》^[6]将本病分为:肝胃不和、脾胃虚弱(寒)、脾胃湿热、胃阴不足、胃络瘀阻5型辨证施治。

2 PU的症状与中医辨证分型

李岩^[7]分析120例PU患者的主要证候按发生频度的高低依次为胃脘痛(89%),泛酸(44%),二便异常(41%),口干口苦(39%),嘈杂(16%),急躁易怒(10%),胁肋疼痛(9%),且胃脘疼痛以灼痛居多;证型分为肝气犯胃23例(19.16%),肝胃郁热60例(50%),脾胃虚弱30例(25%),气滞血瘀6例(5%),胃阴不足1例(0.83%)。王萍等^[8]用聚类分析PU患者症状的证型分布,得出5类:①胃脘隐痛、空腹时加重、腹泻、肠鸣、畏凉食、嘈杂、腰痛、尿频;②腹痛、烦躁、发热、口臭、口苦、口干、汗出、心慌、乏力、头晕;③胃脘胀痛、餐后加重、胁肋疼痛、腹胀、嗳气、纳差、消瘦、胸闷、气短、大便时干时稀;④胃脘灼痛、恶心、呕吐、呃

● 作者单位 1. 福建中医药大学2007级本硕连读研究生(350108);2. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009)

逆、烧心、泛酸、大便干、尿黄少、头痛;⑤胃脘刺痛、夜间痛重、黑便。归纳5个症状群为:脾胃虚寒证、肝胃郁热证、肝郁气滞证、脾胃阴虚证和胃络瘀血证。李毅^[9]用聚类分析1036例PU患者,得出5类:①脉沉细、面色无华、舌质淡红、舌胖边齿痕、遇劳或寒加重、食后腹胀、舌质淡、神疲懒言、胃脘隐痛、胃痛喜温喜按等;②与情志有关、胸胁胀满、脉弦、矢气、太息、大便不畅、烦躁易怒、暖气、胃脘胀痛等;③舌质紫黯、胃脘刺痛、胃脘疼痛拒按、胃脘食后痛、舌瘀点、瘀斑、面色晦黯、脉涩等;④口渴喜冷饮、脉弦数、口苦、舌质红、苔薄黄、便秘、口燥咽干、恶心呕吐、胃脘灼热、胃脘灼痛;⑤脉细数、舌红少苔、舌红少津、干呕、口渴少饮、胃脘隐隐灼痛、饥不欲食等;归纳为脾胃虚寒证、肝胃气滞证、瘀阻胃络证、胃热炽盛证、胃阴亏虚证。

3 PU内镜表现与中医辨证分型

3.1 中医证型与胃镜溃疡分期的关系 商娟娟^[10]发现在PU活动期中,脾胃湿热证占71例,而肝胃不和证和胃阴不足证多见于愈合期和疤痕期,差异有显著性($P < 0.05$);但三期中其它各证型间比较,均无显著性差异($P > 0.05$)。提示溃疡活动期以脾胃湿热证多见,而愈合期和疤痕期则多见于肝胃不和证和胃阴不足证。刘夏等^[11]分析146例PU患者内镜图像:在活动期,脾胃湿热证占39例,而肝胃不和证和胃阴不足证多见于愈合期和疤痕期,差异有显著性($P < 0.05$),提示溃疡分期中活动期以脾胃湿热证多见,愈合期及疤痕期则以肝胃

不和证及胃阴不足证多见。陈国忠等^[12]研究95例PU患者发现肝胃不和证多见于愈合期和疤痕期,脾胃热证多见于活动期。周晓虹等^[4]统计分析173例PU患者得出脾胃虚弱型、肝胃不和型、肝胃郁热型、胃阴不足型、寒热错杂型在活动期多见;胃络瘀阻型在疤痕期多见。而活动期以肝胃郁热型最多(78.1%),胃络瘀阻型最少(28.6%);愈合期以肝胃不和型最多(26.8%),胃阴不足型最少(0%);疤痕期以胃络瘀阻型最多(57.1%),肝胃郁热型最少(3.1%)。

3.2 中医证型与胃镜粘膜征象的关系 商娟娟^[10]分析胃镜像,发现脾胃湿热证多见糜烂、充血、水肿;脾胃虚弱证多见苍白、糜烂及出血;肝胃不和证多见充血、水肿和糜烂;胃阴不足证多见苍白、充血、水肿。刘夏等^[11]研究146例PU患者胃镜像,发现脾胃湿热证多见糜烂、充血、水肿;脾胃虚弱证多见苍白、糜烂及出血;肝胃不和证多见充血、水肿及糜烂;胃阴不足证多见苍白、充血、水肿。周俊亮等^[13]研究120例PU患者发现:寒邪犯胃型、脾胃虚寒型PU患者的溃疡面较肝胃气滞型、胃热炽盛型、胃阴亏虚型更多见白色,差异有显著($P < 0.05$);肝胃气滞型、胃热炽盛型、胃阴亏虚型PU患者的溃疡面较寒邪犯胃型、脾胃虚寒型更多见黄色,差异有显著性($P < 0.05$)。黏膜病变,肝胃气滞型多见糜烂、充血、水肿;胃热炽盛型多见糜烂、出血、充血、水肿,而苍白、黏膜增厚征象出现较少;瘀阻胃络型及胃阴亏虚型多见黏膜苍白、充血、水肿,且球部或幽门变形者多见;脾胃虚寒型多见黏膜苍白、水肿、出

血。郑艳等^[14]观察150例GU的胃镜像,发现脾胃湿热证和胃阴不足证者GU面积较大;水肿症状,胃阴亏虚证少见,与脾胃实热证、脾胃气虚证和肝胃气滞证有显著差异($P < 0.05$);溃疡色泽,脾胃气虚者多见白色,肝胃气滞者多黄、白并见,而脾胃湿热和胃阴亏虚者则黄色较多,说明PU胃镜粘膜征像与中医证型有一定的相关性。

3.3 中医证型与胃镜溃疡面积大小的关系 周晓虹等^[4]发现活动期溃疡面积大小与中医证型有关:肝胃不和型、脾胃虚弱型均在溃疡面 $\geq 0.5\text{cm}$;肝胃郁热型、胃阴不足型、寒热错杂型均在溃疡面 $\geq 1.0\text{cm}$;胃络瘀阻型在溃疡面 $< 0.5\text{cm}$ 与溃疡面 $\geq 1.0\text{cm}$ 。周俊亮等^[13]对120例PU患者的内镜报告经方差分析认为溃疡面积在不同证型之间无差异有显著性($P > 0.05$)。臧运华等^[15]对150例GU患者进行胃镜检查,发现溃疡面积之间没有统计学差异,认为PU中医证型与溃疡面积之间不具有密切的相关性。

4 PU中医证型与Hp感染的关系

周晓虹等^[4]研究Hp感染与中医证型的关系发现:脾胃虚弱型可见Hp阳性或阴性;肝胃不和型、肝胃郁热型、寒热错杂型、胃络瘀阻型多见Hp阳性;胃阴不足型多见Hp阴性。其中,肝胃郁热型、寒热错杂型的Hp感染率最高(84.4%、83.3%);脾胃虚弱型、胃阴不足型的感染率最低(50.0%、36.4%)。周俊亮等^[13]对120例PU患者Hp检出率的高低为:胃热炽盛型>肝胃气滞型>寒邪犯胃型>胃阴亏虚型>瘀

阻胃络型>脾胃虚寒型>食滞胃脘型,胃热炽盛型与其它型比较,差异有显著性($P<0.05$)。提示PU患者胃热炽盛证Hp感染率最高。刘夏等^[11]研究146例PU患者发现脾胃湿热证>肝胃不和证>脾胃虚弱证>胃阴不足证,其中脾胃湿热证、肝胃不和证与脾胃虚弱证、胃阴不足证相比较,差异有显著性($P<0.05$),提示HP阳性者以实证多见。冯莲君等^[16]探讨了HP感染与PU中医证型的关系,脾胃湿热HP阳性率为87.14%,肝胃不和为42.86%,胃阴亏虚为54.05%,表明PU病人HP感染以脾胃湿热型感染率最高。郑惠虹等^[17]检测400例患者胃黏膜HP的感染率为74.7%,脾肾湿热型、肝郁气滞型HP感染率明显偏高;胃阴亏虚型次之;脾胃虚寒型最低,差异有显著性($P<0.05$)。

5 PU中医证型与年龄、性别的关系

罗炽全等^[18]分析5768例PU患者发现男性发病明显高于女性($P<0.01$),发病高峰年龄GU为41~50岁,占51.17%;DU为31~40岁,占47.11%,提示DU好发于青壮年,与年龄呈反比,而GU好发于中年,与年龄呈正比。钱贤等^[19]研究发现青年组以DU为主,中年组和老年组以GU为主。周晓虹、叶梓莘^[4]研究173例PU患者发现脾胃虚弱型在各个年龄段出现的频率最高,肝胃不和型、肝胃郁热型、寒热错杂型均在青年期多见;胃阴不足型、胃络瘀阻型在老年期多见。

6 PU与生活、精神因素的关系

6.1 PU与吸烟 大量流行病学

资料显示,男女吸烟者PU及其并发症的患病危险性均增加2倍以上,其发病率与吸烟量呈正相关^[20]。相同药物治疗条件下,长期吸烟者溃疡愈合率较不吸烟者显著降低。研究发现,吸烟可以增加PU的并发症的发生率,影响溃疡的愈合和容易复发^[21]。

6.2 PU与饮食 饮食与PU的关系不十分明确。酒、咖啡、浓茶、可口可乐等能刺激胃酸分泌增多,加剧已有的溃疡,长期多量饮用可能增加发生PU的危险性。研究发现,高浓度酒精可损害胃黏膜屏障导致出血,使胃酸分泌增加,可能导致PU的发生^[22-23]。暴饮暴食或无规律饮食,可影响胃消化功能,破坏胃分泌的节律性,造成消化不良。高盐饮食可增加GU的危险性,这与高浓度盐损伤胃黏膜有关^[24]。

6.3 PU与精神因素 长期精神紧张、焦虑或情绪波动的人易患DU,DU愈合后的患者有情绪性应激时,易引起复发^[25]。宋炜熙等^[26]对165例PU患者采用中医肝脏象情绪量表、Beck焦虑量表、Beck抑郁量表测量分析后发现PU患者与健康人之间的肝脏象情绪状态存在着明显差异($P<0.05$),说明PU患者存在焦虑抑郁情绪。

7 现代医学辅助检查与中医证候相关性

7.1 PU中医证型与内皮素、一氧化氮 林瑜等^[27]研究150例PU患者后发现PU患者血浆ET增加,NO减少:①PU各中医证型较正常对照组血浆ET水平增高,而血清NO水平降低;②血浆ET水平依次升高的顺序是:虚寒证、阴虚证、气滞证、郁热证、瘀血证,

血清NO水平依次下降的顺序是:郁热证、气滞证、瘀血证、阴虚证、虚寒证;③实证组(气滞证、郁热证及血瘀证)血ET、NO水平均高于虚证组(阴虚证、虚寒证)($P<0.01$);④阴虚证与虚寒证、气滞证与郁热证比较,ET、NO水平无差异,但血瘀证与气滞证及郁热证比较,ET、NO水平均有差异。

7.2 PU中医证型与胃动力学指标 韩立民等^[28]研究181例PU患者发现其胃阻抗各参数均低于健康组($P<0.05$ 或 $P<0.001$),得出PU患者有胃动力障碍的结论。陈国忠等^[29]将PU患者分为脾胃虚弱证组、肝胃不和证组、脾胃热证组,采用阻抗法测定胃动力。结果,脾胃热证组胃运动节律过速的比例明显高于肝胃不和证组、脾胃虚弱证组。提示溃疡病在不同病理状态下胃动力不同,表现出个体差异性。

7.3 PU中医证型与血浆促胃泌素(GAS)、生长抑素(SS) 陈朝元等^[30]将158例PU患者分为气滞证、郁热证、阴虚证、虚寒证及瘀血证,另设健康对照组,结果PU组与对照组血浆GAS、SS比较差异有显著性($P<0.05$),血浆GAS、SS水平下降的顺序是:瘀血证>郁热证>气滞证>对照组>阴虚证>虚寒证,中医证型比较:虚证与实证比较差异有显著性($P<0.05$),说明GAS、SS可能参与PU的病理生理过程。

7.4 PU中医证型与胃酸、胃蛋白酶 牟德俊等^[31]发现,PU基础胃酸量寒热夹杂型高于胃阴不足及脾胃虚寒型,脾胃虚寒型最低,但均高于正常组,最大排酸量及最高排酸量依次为寒热夹杂型>脾胃虚寒型>胃阴不足型,说明寒热夹杂型胃酸的分泌功能最

强。董明国^[32]检测胃蛋白酶活性,发现脾虚胃热型最高,其次是脾胃虚寒型,因而提出,临床上应把抑制胃蛋白酶活性药物纳入消化性溃疡的治疗,并结合中医辨证分型。

8 问题与展望

随着现代医学以及现代科学技术的发展,当代医者除了运用中医旧有的四诊技术收集病情外,还运用了各形各色的现代诊疗技术来完善疾病资料的收集。因而近年来也逐步产生了各种现代诊疗技术与中医辨证相结合来治疗疾病,这是中医辨证上的一大进步,但仍存在一些问题,如:①目前 PU 内镜下的检查可丰富中医临床辨证,可作为临床望诊之延伸,为临床辨证提供参考的客观化指标,但仍须以辨证论治为基本方法,和辨病相结合,重点调整相关脏腑功能,提高对消化性溃疡中医辨证治疗规律的认识,促进消化性溃疡科学化、规范化的研究。②目前我国对 PU 的证候的研究较多,分型不一,各有特色,但缺乏统一性,不利于临床教学及临床的实际应用,应制定出一套规范的证型诊断标准。

参考文献

[1] 刘运雄. 辨证治疗消化性溃疡疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2012, 34(3): 41-42.
[2] 罗秀珍. 中医辨证治疗消化性溃疡临床观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(8): 1242-1243.
[3] 王如茂, 胡开生, 陈月载. 中西医结合治疗消化性溃疡 188 例临床观察[J]. 中医中药, 2008, 5(11): 116-117.

[4] 周晓虹, 叶梓苇. 消化性溃疡证型分布规律研究[J]. 山东中医杂志, 2011, 30(10): 689-690.
[5] 李毅. 消化性溃疡中医辨证分型的文献分析[J]. 江西中医药, 2009, 40(9): 8-10.
[6] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化性溃疡中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志, 2010, 51: 941-944.
[7] 李岩. 消化性溃疡的中医辨证分型研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(5): 112-113.
[8] 王萍, 唐旭东, 刘绍能. 消化性溃疡中医证候特征分析[J]. 实用中医药结合临床, 2008, 8(2): 39-40.
[9] 李毅. 1036 例消化性溃疡症状学聚类研究[J]. 山西中医, 2009, 25(10): 42-43.
[10] 商娟娟. 消化性溃疡内镜表现与中医辨证分型关系[J]. 湖北中医杂志, 2010, 32(9): 18-19.
[11] 刘夏, 苏成程, 李桂贤, 等. 幽门螺杆菌相关性消化性溃疡与中医辨证分型关系探讨[J]. 山西中医, 2009, 25(3): 44-45.
[12] 陈国忠, 李桂贤, 罗伟生, 等. 95 例消化性溃疡中医证型相关研究[J]. 江苏中医药, 2007, 39(3): 18-19.
[13] 周俊亮, 潘奔前, 刘友章, 等. 消化性溃疡胃镜表现与中医证型的相关性研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(3): 212-213.
[14] 郑艳, 谢旭善, 刘峰. 不同中医辨证分型胃溃疡患者胃镜象表现初探[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(4): 330-331.
[15] 臧运华, 郑艳, 高向慧. 胃溃疡中医证型与胃镜象关系探讨[J]. 山东中医杂志, 2007, 26(1): 12-14.
[16] 冯莲君, 延文. 幽门螺杆菌与胃脘痛中医分型的关系[J]. 现代中西医结合杂志, 2000, 9(2): 105-106.
[17] 郑惠虹, 王明如. 消化性溃疡和慢性胃炎幽门螺杆菌感染与中医证型关系的研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2007, 10(5): 270-271.
[18] 罗炽全, 曹俊东, 等. 消化性溃疡 5678 例胃镜分析[J]. 中国医师杂志, 2006, 8(8): 1103-1104.

[19] 钱贤, 石巍, 等. 不同年龄组消化性溃疡的临床及胃镜特点[J]. 南华大学学报, 2006, 34(3): 442-443.
[20] 于皆平, 沈志祥, 罗和生主编. 实用胃肠病学[M]. 北京, 2007: 247-256.
[21] 汪鸿志. 现代消化性溃疡病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1999: 167-169.
[22] Kato, AbrahamMY, Nomura, et al. A Prospective Study of Gastric and Duodenal Ulcer and Its Relation to Smoking, Alcohol, and Diet[J]. American Journal of Epidemiology, 1992, 135(5): 521-530.
[23] Rosenstock S, JΦrgensen T, Bonnevie O, et al. Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults[J]. Gut, 2003, 52(2): 186-193.
[24] 林三仁. 论消化性溃疡的诊断、治疗要点及其进展[J]. 中国医刊, 2000, 35(5): 2-5.
[25] 张艳春. 消化性溃疡的病因及药物治疗[J]. 中国医药指南, 2011, 9(2): 48-49.
[26] 宋炜熙, 黄飞燕, 王哲. 消化性溃疡中医五证型的情绪测量分析[J]. 中医药学刊, 2006, 24(7): 1236-1237.
[27] 林瑜, 张芸, 林琼, 等. 消化性溃疡中医证型与内皮素、一氧化氮的关系[J]. 福建中医学院学报, 2008, 18(6): 1-2.
[28] 韩立民, 张小萍. 胃脘痛中医辨证分型与胃肠运动障碍的关系分析[J]. 赣南医学院学报, 2007, 27(4): 497-499.
[29] 陈国忠, 李桂贤, 罗伟生, 等. 95 例消化性溃疡中医证型相关研究[J]. 江苏中医药, 2007, 39(3): 18-19.
[30] 陈朝元, 王岩, 刘臣璋, 等. 消化性溃疡中医证型与血浆促胃泌素及生长抑素相关性研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13(1): 20-22.
[31] 牟德俊, 刘国荣, 于瑞珍, 等. 消化性溃疡中医辨证分型与胃酸、胃泌素、环核苷酸关系探讨[J]. 中西医结合杂志, 1988, 8(9): 531.
[32] 董明国. 消化性溃疡辨证分型与胃酸分泌及前列腺素 E2 含量的关系[J]. 陕西中医, 1993, 14(1): 41.