

脾胃虚弱及肝胃不和型胃脘痛胃粘膜病变的比较观察

贵阳中医学院病理教研组

郭庆 唐国杰 巫霞 乔薇

贵阳中医学院第一附属医院内科消化组

王兆清 张世玉 程一钦 吴文尧 吴家驹

内容提要 本文通过对728例脾胃虚弱型和296例肝胃不和型胃脘痛病人的胃粘膜多部位活检,进行病理组织学观察及对比,发现两型在浅表性炎、固有腺体萎缩、肠上皮化生及非典型性增生等病变的部位、程度上,前者均重于后者,差异显著或极显著。认为两型胃脘痛的上述改变,是胃脘痛由实证演变为虚证的物质基础之一。

本文对脾胃虚弱型胃脘痛患者的胃粘膜活检,进行了系统的病理形态学观察,并与肝胃不和型胃脘痛患者进行比较,以了解虚实两种不同证型间的差异,从而对“脾”的本质进行一个侧面的探索,现将初步研究结果报告如下。

材料与方 法

一、病例选择及辨证分型:本文收集贵阳中医学院第一附属医院1980年2月~1983年9月,有完整的中医辨证及胃粘膜活检的1,024例以胃脘痛为主证的病例,其中男700例,女324例。年龄18~72岁。中医辨证分型:1.脾胃虚弱型(728例):胃脘隐痛,痛喜按压,纳差腹胀,倦怠乏力,舌淡或淡胖有齿印,脉细弱。2.肝胃不和型(296例):胃脘胀痛,痛引胸胁,善太息,不欲食或口苦,暖气返酸,嘈杂或呕恶,每因情志不遂而痛作或疼痛加重,苔多薄白,脉弦。

全部病例均经GIF-K或P₃型胃镜检查及胃粘膜活检。

二、病理形态学检查方法:胃粘膜组织均经10%中性福尔马林固定,常规脱水,石蜡包埋,每个部位单独做一蜡块,连续切片不少于

20片,均贴于一张切片上,即每张切片代表一个部位。苏木素-伊红染色,部分病例根据需要进行Alcian blue (pH 1.0)染色,Alcian blue (pH 2.5)-PAS染色,PB-KOH-PAS染色及网状纤维染色。

胃粘膜活检病理切片数以贲门、体大弯、体小弯、移行部、窦大弯及窦小弯计,不论同一部位取多少块组织均以病变重的一块计算,如该部位未取得胃粘膜则不予计算,故胃粘膜病理切片数,脾胃虚弱型为2,183张,肝胃不和型为1,086张。

全部病理切片,均由专人按“盲”法进行阅片,根据全国胃癌防治研究协作组病理组标准^①进行病理形态学观察,主要病变为慢性非特异性胃炎,按病变表现分为1.慢性浅表性胃炎:以固有膜内炎细胞浸润为主,浸润的炎细胞主要为淋巴细胞及浆细胞,有时可见嗜酸性细胞及嗜中性白细胞。此外,尚可见表层粘膜上皮变性、增生及肠上皮化生改变。炎细胞浸润累及粘膜全层的浅层1/3以内者称为轻度,1/3~2/3者为中度,超过2/3者为重度。2.慢性萎缩性胃炎:病变表现的特点为粘膜固有腺体萎缩。除此之外,亦可见到粘膜的变质性、

渗出性、增生性改变,如表层粘膜上皮的空泡变、细胞边界模糊、核固缩,固有膜炎细胞浸润,固有膜间质中出现淋巴滤泡、脂肪浸润、结缔组织增生及粘膜肌增生,肠上皮化生及非典型性增生等。胃粘膜固有腺体减少正常量的1/3以内者为轻度,减少1/3~2/3者为中度,减少2/3以上时为重度。肠上皮化生偶见于慢性浅表性胃炎的浅层粘膜上皮,在慢性萎缩性胃炎则是一个重要而又经常出现的病变,表现为正常的胃粘膜浅层上皮或固有腺体不同程度的被肠型上皮代替。最常见到的肠型上皮为吸收上皮、杯状细胞,有时可见潘氏细胞。局灶性的粘膜浅层上皮肠化称为轻度,1/3~2/3粘膜固有腺肠化称中度,2/3以上粘膜固有腺肠化称重度。非典型性增生也是慢性胃炎常见的一种病变,是腺管及上皮细胞在增生过程中出现的形态和功能异常,组织形态学的改变包括腺管结构的不典型性和上皮细胞的不典型性,前者表现为腺管增多,密集,腺管迂曲,形状不整,排列紊乱,分枝和“生芽”腺管相互吻合,出现腺管“背靠背”和“共壁”现象;后者表

现为上皮细胞增高、变矮或不整形,胞浆着色变浓,分泌功能减退或消失。核增大,染色质增多,排列出现不同程度的紊乱和密集,部分核突到细胞顶端。根据不典型性增生所表现出的形态结构的异型性程度,分为轻度、中度和重度。

结 果

一、证型与浅表性炎的关系:脾胃虚弱型的浅表性炎的检出率为79.48%(1,735/2,183),肝胃不和型为76.43%(830/1,086),二者之间有显著差异($P<0.05$)。证型与浅表性炎的分级见表1,脾胃虚弱型与肝胃不和型相比,它们之间差异有显著性($P<0.05$)。因此脾胃虚弱型的浅表性炎较肝胃不和型者为高,且其程度亦较重。

二、证型与固有腺体萎缩的关系:脾胃虚弱型与肝胃不和型的固有腺体萎缩的检出率分别为31.93%(697/2,183)及28.27%(307/1,086),呈显著差异($P<0.05$)。证型与固有腺体萎缩的分级见表1。

表1 证型与胃粘膜病变的关系

证 型	受 检 部位数	浅 表 性 炎*				固 有 腺 体 萎 缩 Δ				肠 上 皮 化 生**				非 典 型 增 生*			
		无	轻	中	重	无	轻	中	重	无	轻	中	重	无	轻	中	重
脾 胃 虚 弱 型	2183	448	926	586	223	1486	374	229	94	1999	37	57	90	1651	323	190	19
肝 胃 不 和 型	1086	256	477	250	103	779	183	104	20	1012	39	22	13	863	148	69	6

* $P<0.05$, ** $P<0.005$, $\Delta P<0.01$

脾胃虚弱型的固有腺体萎缩程度较肝胃不和型为重,它们之间差异极显著($P<0.005$)。

证型与固有腺体萎缩发生的部位的关系见表2。

表2 证型与固有腺体萎缩部位的关系

证 型	胃 粘 膜 各 部 位 检 出 率 %						合 计
	贲 门	体 大 弯	体 小 弯	移 行 部	窦 大 弯	窦 小 弯	
脾 胃 虚 弱 型	12.77 (27/220)	13.98 (33/239)	23.09 (139/602)	34.94 (94/269)	36.36 (84/231)	51.20 (320/625)	31.93 (697/2183)
肝 胃 不 和 型	14.73 (19/129)	5.00 (7/140)	15.41 (41/266)	38.57 (54/140)	32.84 (44/134)	51.26 (142/277)	28.27 (307/1086)
P 值	>0.05	<0.01	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

在胃体大、小弯部的检出率,脾胃虚弱型较肝胃不和型为高,差异显著与极显著。此外,重度固有腺体萎缩及胃窦小弯侧粘膜肌增生的检出率,脾胃虚弱型均高于肝胃不和型,前者分别为4.31%(94/2,183)及22.40%(140/625),后者则为1.84%(20/1,086)及14.07%(39/277);它们之间均呈极显著差异(P 均 <0.005)。

三、证型与肠上皮化生的关系:脾胃虚弱型及肝胃不和型的肠上皮化生的检出率分别为

8.43%(184/2,183)及6.81%(74/1,086),虽然二者之间差异不显著($P>0.05$)。但从表1可知,证型与肠上皮化生的分级有极显著差异($P<0.005$),脾胃虚弱型由轻度到重度的检出率逐渐增加,而肝胃不和型则与其相反,故肝胃不和型以轻度肠上皮化生多见,脾胃虚弱型则以重度肠上皮化生多见。

四、证型与非典型性增生的关系:证型与非典型性增生的关系见表3。

表3 证型与非典型性增生部位的关系

证 型	胃粘膜各部位检出率%						合 计
	贲 门	体大弯	体小弯	移行部	窦大弯	窦小弯	
脾胃虚弱型	11.82 (26/266)	13.98 (33/236)	14.45 (97/602)	25.65 (69/269)	37.23 (86/231)	35.36 (22/625)	24.37 (532/2183)
肝胃不和型	7.75 (10/129)	5.71 (8/148)	10.53 (28/266)	26.43 (37/140)	29.85 (40/134)	36.10 (100/277)	20.53 (223/1086)
P 值	>0.05	<0.01	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

非典型性增生的检出率脾胃虚弱型(24.37%,532/2,183)高于肝胃不和型(20.53%,223/1,086),有明显差异($P<0.05$)。如表1所示,非典型性增生的分级在脾胃虚弱型较肝胃不和型为重,差异有显著性($P<0.05$);从表3可以看出,证型与非典型性增生部位有关,脾胃虚弱型在胃体大、小弯的检出率高于肝胃不和型,有极显著及显著差异。

讨 论

根据第一军医大学对溃疡病和慢性胃炎的观察,病理变化是中医分型的主要物质基础,而病期与证型必有内在联系,随着病期的发展必然出现相应的证型演变^②。从本组观察结果看来,不同证型的胃脘痛患者的胃粘膜病理形态学变化与其证型有一定关系,表现为虚证者(脾胃虚弱)的胃粘膜浅表性炎、胃体部固有腺体萎缩、重度固有腺体萎缩、胃窦部粘膜肌增生、重度肠上皮化生以及胃体部非典型性增生,均较实证(肝胃不和)者的检出率为高,有显著或有极显著差异。新病多实、久病必虚、而虚证往往多由实证转化而来,因此,我们认

为上述胃粘膜的病理形态学的变化是胃脘痛由实证演变为虚证的物质基础之一。

重庆医学院观察到大多数表现为虚证的患者,在病理形态学上出现内分泌腺变性或萎缩,重要器官的慢性炎症是虚证发生的有关的病理学基础^③。本组结果与上述观察相一致,脾胃虚弱型的患者,胃粘膜的慢性浅表性炎及胃体部固有腺体萎缩,及胃窦部粘膜肌增生的检出率均较肝胃不和型为高。

张正等^④指出,泌酸功能的减退随着胃体腺萎缩和肠上皮化生的程度加重而加重。胃体腺萎缩、壁细胞数目减少,直接影响胃酸分泌下降;胃窦幽门腺萎缩较明显时,胃泌素分泌细胞减少和胃泌素分泌降低,壁细胞所受的促酸作用随之减弱,由于失去胃泌素的营养作用,亦可使泌酸功能下降。上述病理学变化与我们曾观察到脾胃虚弱型的胃脘痛病例的泌酸功能低下^⑤,两者是吻合的。

非典型性增生是炎症及其它病因长期刺激导致腺体异常分化的结果,脾胃虚弱型的非典型性增生的检出率高于肝胃不和型。这是久病导致虚不胜邪的表现之一。

中医认为：脾胃为仓廪之官，化生之源，散精气、转五味。脾胃虚弱型胃脘痛的病机主要是脾胃受纳、腐熟、化生、吸收、转输等主要功能减弱。而肝胃不和型胃脘痛是以肝气郁结，横逆犯胃，导致脾胃升降失常，气机阻滞。病机不同，其病理基础亦异。浅表性炎的程度实为炎细胞浸润的深浅程度，我们认为，浅表性炎反映了邪正力量的对比，也反映了病邪侵犯部位的深浅程度。脾胃虚弱型的正气不足，脾土虚衰，虚不胜邪，形成正虚邪实，其浅表性炎的检出率较正气未衰的肝胃不和型为高，而重度浅表性炎亦较肝胃不和型多见，故病变部位亦较深。虚证一般病程较长，久病精气夺则虚，实证病程较短，正气未伤，邪气盛则实。本组固有腺体萎缩，非典型性增生以及重度肠上皮化生的检出率虚证较实证为高，经

统计学处理，两组之间有显著差异，我们认为这是证型转变的物质基础之一。这与病变由轻到重，由浅入深的规律是相符合的，乃至实证转变为虚证。

参 考 文 献

1. 全国胃癌防治研究协作组病理组。胃及十二指肠粘膜活检病理。第一版。沈阳：辽宁人民出版社，1981：26—82。
2. 中国人民解放军第一军医大学第一附属医院溃疡病科研协作组。溃疡病的中医分型及其病理基础初探。中医杂志 1980；21(2)：17。
3. 重庆医学院新医病理学研究小组。“八纲”之病理解剖学基础初探。新医药学杂志 1975；4：16。
4. 张正，等。慢性萎缩性胃炎诊断和分型评价。中华内科杂志 1983；22(5)：276。
5. 王兆清，等。“脾”与胃酸分泌功能关系的初探。中西医结合杂志 1984；4(1)：36。

仙桃草冲剂治疗上消化道出血 52 例

安徽中医学院附属医院内科 张少鹤 周宜轩

仙桃草系玄参科婆婆纳属植物 蚊母草 (*Veronica peregrina* L.) 的带虫瘿的全草。安徽民间用以治疗血症。我们用全草制成冲剂治疗上消化道出血 52 例，报告如下。

观察方法 对 102 例近期有急性便血或呕血的患者，结合临床表现，按 1979 年全国消化系统疾病学术会议确定之上消化道出血程度分级标准，分为轻、中、重三级。经纤维胃镜或钡餐检查以明确其出血原因，并随机分为甲、乙两组。

一、甲组 (治疗组)：52 例 (慢性浅表性胃炎 20 例、慢性萎缩性胃炎 7 例，胃或十二指肠溃疡 20 例，胃癌 5 例)。轻度 20 例，中度 27 例，重度 5 例。男 42 例，女 10 例。入院后均给予仙桃草冲剂 80g/日，分四次口服。

二、乙组 (对照组)：50 例 (慢性浅表性胃炎 20 例，慢性萎缩性胃炎 5 例，胃或十二指肠溃疡 21 例，胃癌 4 例)。轻度 19 例，中度 27 例，重度 4 例。男 35 例，女 15 例。入院后给予抗血纤溶芳酸 0.2g/日，静滴；安络血 20mg/日，肌注；云南白药 3g/日，口服。

两组年龄、病程、大便潜血情况等均相似，有可比性。

两组病人根据病情需要酌情给予输血或补液，食

抗潜血流质、半流质饮食。

治疗结果 用药后密切观察病情变化，自用药日起患者每次大便均做潜血试验。如临床症状好转，且在用药后 7 日之内停止呕血或便血、大便潜血试验阴转，并能持续阴转一周时即为有效；如症状反复发作，在 7 日之内大便潜血未阴转，或虽阴转但又复呈阳性者皆为无效。

一、两组患者大便潜血阴转时间：治疗组平均为 5.3 天，或用药后平均第 4 次大便潜血即可阴转。对照组则平均为 9.5 天，或平均用药后第 9 次排便潜血阴转。两组比较，治疗组止血时间较对照组明显缩短。

二、治疗组止血有效率为 69%，对照组止血有效率为 38.5%，两组经统计学处理，有非常显著差异 ($P < 0.01$)。

体会 文献记载仙桃草可治疗跌打损伤，瘀伤咳嗽吐血，胃痛，痛经，疝气等，具有活血消肿之功。且谓其效用主要在全虫，桃破虫飞即失药效，单用桃子的效果胜于全草。我们以含桃之全草制成冲剂，服用方便且药性不变，治疗上消化道出血获满意疗效。近年来，虽然对该药的化学成分进行了一些研究，但其止血机制尚不明确，需要进一步研究。

Abstracts of Original Articles

Clinical Observation of 30 Patients with Chronic Ulcerative Colitis Treated with TCM-WM Therapy

Fu Qiliang (傅启良)

Chinese PLA General Hospital, Beijing

From 1979 to 1983, we treated 30 patients with chronic ulcerative colitis with TCM-WM therapy. Of the 30 patients, 9 received enema with a herbal liquid alone, since their intestinal lesions were at rectal or rectal-sigmoid region and sulphasalazine caused severe side effects. The remaining 21 ingested sulphasalazine in addition to enema with a herbal liquid. Curative effects of the above two groups were: (1) 7 of the 9 cases in group 1 and 11 of the 21 cases in group 2 cure; (2) 2 patients of the first group and 9 patients of the second group were on the mend respectively; (3) 1 patient of the latter group showed no effect.

(Original article on page 17)

The Effect of Chinese Herbal Medicine, Western Medicine, and Chinese and Western Medicine Combined in the Treatment of Peptic Ulcer

Wang Jiuchun (王久春), et al

General Hospital of Jinan Command PLA, Jinan

From 1980 to 1983, 180 patients with peptic ulcer were admitted to our hospital and treated. The patients were randomly divided into 3 groups: group A, 60 cases treated with Chinese herbal medicine exclusively; group B, 60 cases treated with western medicine exclusively; group C, 60 cases treated with Chinese herbal medicine combined with western medicine. For group A and group C, herbal medicine was used according to the principle of TCM. The cure rate of group A and group B was 55% and 41.6% respectively ($P > 0.1$). The cure rate of group C was 68.9% with significant difference ($P < 0.01$) in comparison with that of group B. The data obtained show that the combination of Chinese herbal medicine and western medicine in the treatment of peptic ulcer can raise the cure rate and make up each other's deficiencies.

(Original article on page 20)

A Preliminary Study of Patho-Morphological Changes of Gastric Mucosa Caused by Stomachache Due to Spleen Deficiency—An Analysis of 728 Cases

Guo Qing (郭庆),* Wang Zhaoqing (王兆清), et al

*Department of Pathology, Guiyang College of TCM, *Section of Digestion,*

Department of Medicine, First Affiliated Hospital of Guiyang College of TCM, Guiyang

This paper deals with the patho-morphological changes of gastric mucosal poly-place biopsy specimens from 728 patients with the symptom-complex of asthenia of the spleen and stomach (脾胃虚弱型) and 296 patients with the symptom-complex of dominant liver-energy attacking stomach (脾胃不和型). Through observation and comparison of the different changes in the two groups, we found that the detection rates of moderate superficial gastritis, infiltration of plasmacyte in body lesser curvature, atrophy of gland propria in body, severe atrophy of gland propria, hyperplasia of muscularis mucosae in antropyloric lesser curvature, severe intestinal metaplasia, moderate atypical hyperplasia and atypical hyperplasia in body in patients with the symptom-complex of asthenia of the spleen and stomach are higher than those in patients with the symptom-complex of dominant liver-energy attacking stomach. There are significant differences between the two groups ($P < 0.05-0.01$).

A preliminary discussion about the results suggests that the changes of gastric mucosa mentioned above may be one of the material bases of stomachache evolution from excess or sthenia syndrome to deficiency syndrome.

(Original article on page 23)