

# 104例胃脘痛中医证型与病理组织学改变关系的初步观察

南京中医学院 朱云华 郑栖年 王雅如  
戴华康 王黎 宁克勤

**内容提要** 本文通过组织病理学观察探讨胃脘痛中医证型与病理形态改变间的关系。结果表明：中虚气滞组溃疡病及粘膜急性炎与其他证型组相比差异显著 ( $P < 0.05$ )，且肠化程度重，粘膜异型增生和早期癌较多，粘膜内淋巴滤泡均数较少，因此提示证型与疾病和病变间存在着一定的联系。

胃脘痛为临床常见症，有关其病理形态研究的报道不多。为了探讨胃脘痛各证型与疾病病理诊断(如溃疡病、萎缩性胃炎、胃癌等)和主要病理改变(如炎症性质、肠上皮化生、胃壁神经病变、粘膜内淋巴滤泡增生情况等)的关系，从而为中医辨证治疗提供形态学依据，仅对我院1982~1983年具有完整中医临床资料的胃切除标本进行观察研究，初步总结报告如下。

## 资料与方法

一、一般资料：对104例胃切除标本进行病理组织学观察。术前诊断为溃疡病者63例、胃癌和溃疡恶变者34例，胃炎伴急性胃出血者6例，胃息肉1例。患者男88例，女16例。平均年龄49岁(女性平均52岁，男44岁)。平均病程为7.9年。职业工农占81.6%。有烟、酒、辛辣嗜好者占84.6%。

二、中医辨证：术前病例随机抽样，入院后固定中医师详细记录临床资料，根据主要症状及舌象、脉诊，由老中医统一辨证。将患者主证分为三类：

1. 中虚气滞证：胃脘隐痛、得食则缓，痛时喜按，吐酸水，大便易溏，舌质淡，苔薄白，脉细。共67例(64.4%)，以下简称第一组。

2. 胃阴不足证：胃脘隐痛或灼痛，痛久时发，食少形瘦，口干，舌质红或光红，脉象细或细数。共23例(22.1%)，以下简称第二组。

3. 肝胃不和证：胃脘胀痛或隐痛，痛及胁下，常易暖气，情志不畅辄使发作或加重，舌苔薄白，脉象弦或细弦。共14例(13.5%)，以下简称第三组。

三、胃切除术后标本沿胃大弯剪开，摊平固定于10%福尔马林中，详细记录肉眼所见，按全国胃癌病理协作组方案(1983年，厦门)规定统一取材，即胃小弯全长连续切块，胃窦大弯，前壁、后壁，胃体大弯、前壁及后壁各取一块，每块长2cm(病变不在小弯时，至少另取两块)，每个胃8~12块，石蜡包埋切片，HE染色。

## 结 果

一、中医证型与疾病病理诊断的关系：

1. 各主证良、恶性疾病的分布：术后病理检查确诊为良性疾病的共66例，占全部病例的63.5%(溃疡病58例，疣状胃炎6例，胃息肉1例，胃粘膜下血管口径持续不变1例)。胃癌共38例，占全部病例的36.5%(进展癌33例，早期癌5例)。第一、二、三组中良性疾病依次为44例、14例、8例(分别占各组的65.7%、60.9%、57.1%)；胃癌依次为23例、9例、6例，分别占各组的34.3%、39.1%、42.9%)。三组间良、恶性疾病的分布无明显差异( $X^2 = 0.44$ ,  $P > 0.05$ )。但中虚气滞组中早期癌较多(4例)，8例胃粘膜异型增生均从该组中检出。

2. 中医证型与溃疡病的关系：溃疡病共58

例(胃溃疡 23 例、十二指肠溃疡 28 例, 复合性溃疡 7 例), 占全部病例的 55.8%, 在良性病例中占 87.9%。第一、二、三组中溃疡病依次为 42 例、10 例、6 例(分别占各组良性病例的 95.5%、71.4%、75%), 三组间溃疡病检出率差异显著( $X^2=7.2$ ,  $P<0.05$ )。但各组溃疡病的部位分布无明显差异。

3. 中医证型与胃炎的关系: 全部标本均有慢性胃炎改变, 其中萎缩性胃炎共 51 例, 占全部病例的 49.0%, 第一、二、三组中依次为 33 例、9 例、9 例(分别占该组的 49.3%、39.1%、64.3%)。浅表性胃炎共 47 例, 占全部病例的 45.2%, 第一、二、三组中依次为 30 例、12 例、5 例(分别占该组的 44.8%、52.2%、35.7%)。疣状胃炎 6 例, 占全部病例的 5.8% (第一组中 4 例, 占该组的 5.9%, 第二组中 2 例, 占该组的 8.7%)。各组中萎缩性胃炎检出率无明显差异( $X^2=2.22$ ,  $P>0.05$ )。萎缩性胃炎在胃癌组为 24 例(63.2%), 在良性组为 27 例(40.9%), 两组间差异显著( $X^2=3.92$ ,  $P<0.05$ )。浅表性胃炎的程度以炎性浸润累及粘膜的  $1/3$ 、 $2/3$  以下、全层分别为 +、++、+++、各组程度均较重, ++ 以上者第一、二、三组分别为 86.7%、91.7% 和 80%。萎缩性胃炎的程度以胃固有腺体减少  $1/3$  以下、 $2/3$  以下、 $2/3$  以上分别为 +、++、+++ (可伴有或不伴有肠化), 胃阴不足组和中虚气滞组较重, ++ 以上分别为 66.7% 和 63.6%, 肝胃不和组较轻为 22.2%。

## 二、各主证与主要病理改变的关系:

1. 各主证与粘膜炎症性质的关系: 粘膜以中性白细胞浸润为主时为急性炎共 44 例, 占全部病例的 42.3%, 以淋巴细胞、浆细胞浸润为主时为慢性炎共 60 例, 占全部病例的 57.7%。第一、二、三组中急性炎依次为 34 例、5 例、5 例(分别占该组的 50.7%、21.7%、35.7%)。慢性炎依次为 33 例、18 例、9 例(分别占该组的 49.3%、78.1%、64.3%)。各证型组间急、慢性炎检出率相比差异显著( $X^2=6.2$ ,  $P<0.05$ ), 中虚气滞组急性炎多, 胃阴不足组慢性炎多。

2. 各主证与肠化的关系: 104 例标本中有

肠化者共 64 例, 占全部病例的 61.5%。第一、二、三组依次为 41 例、13 例、10 例(分别占该组的 61.2%、56.5%、71.4%)。肠化检出率各证型组间相比虽无显著差异( $X^2=0.86$ ,  $P>0.05$ ), 但如以肠化腺体占粘膜  $1/3$  以下、 $1/3$  以下、 $2/3$  以上分别为 +、++、+++、则第一组肠化程度较重, +++ 占 27%, 肠化灶平均为 17.1 个, 而第二、三组 +++ 分别为 7.1% 和 11.1%, 肠化灶平均 12.6 个和 6.9 个。肠化检出率胃癌组为 71.1%, 良性组为 57.6%, 前者肠化灶平均 13.3 个, 后者仅 6.6 个。

3. 肌间神经节及神经纤维病变包括节细胞退变、坏死和神经纤维炎性浸润、鞘细胞增生、纤维化、充血水肿及癌浸润等。全组共检出 77 例(74.0%), 第一、二、三组依次为 49 例、15 例、13 例(分别占该组的 73.1%、65.2%、92.9%)。各证型组检出率无显著差异( $X^2=3.51$ ,  $P>0.05$ ), 但胃癌组和良性组检出率分别为 86.8 和 13.6%, 两组间差异显著( $X^2=5.06$ ,  $P<0.05$ )。

4. 记录各标本所有切片粘膜内淋巴滤泡数, 再计算全组及各证型组淋巴滤泡均数, 全组平均为 27.5 个, 第一、二、三组分别为 14.3 个、28.5 个和 26.5 个。良、恶性组相比, 良性组 34.4 个, 胃癌组仅 13.3 个。

## 讨 论

一、我院内科组 400 例慢性胃脘痛中肝胃不和最多占 50.5%<sup>[1]</sup>。而本文 104 例手术组中中虚气滞最多占 64.4%。通过各证型胃切除标本的组织病理学观察表明: 中虚气滞组溃疡病及粘膜急性炎显著多于其他两主证组。由于溃疡病需要手术者远较其他胃良性疾病多(本文溃疡病占良性病例的 87.9%), 有粘膜急性炎症时组织充血、水肿、上皮细胞变性坏死可使疼痛发作和加剧, 也是胃出血的重要原因之一(本文材料中中虚气滞组胃出血者达 71.6%)。因此, 病理变化是造成门诊组与手术组主证分布差异的基础。胃壁的某些器质性病变影响着证型的发展变化。本文结果和有关文献都提示

中医“证型”与现代医学的“疾病”和“病变”之间存在着一定的联系<sup>(1~4)</sup>。揭示这些内在联系有助于认识中医证型的本质和了解证型演变的规律。

二、本文报告的病例各证型间胃癌检出率无显著差异,说明胃癌的症候常无一定规律性,易与良性疾患混淆,单从中医辨证难以区别,因此对症候不典型、疼痛性质和规律发生改变、保守治疗无效者必须引起注意。本组早期胃癌为胃癌的13.2%,占全组病例的4.8%。文献报道使用纤维胃镜后早期胃癌检出率达10~30%<sup>(5)</sup>,因此对慢性胃脘痛患者进行常规胃粘膜活检是很有必要的。此外,虽然肠化是胃癌的伴随病变或癌前病变尚存在争论,但两者间的密切关系已被公认<sup>(5,6,8)</sup>。本文资料也表明胃癌组中萎缩性胃炎和肠化检出率较高,程度较重。各证型间萎缩性胃炎和肠化检出率虽无显著差异,但中虚气滞组中重度肠化、异型增生和早期胃癌检出率相对较高,是否该组与胃癌发生存在某些关系,尚待进一步研究。

3.有人认为胃壁神经节和神经的病变可直接影响病变的修复,也是产生疼痛的重要原因之一<sup>(7)</sup>。本组检出有胃壁神经器质性病变者77例(74.0%),胃癌组显著多于良性组,这可能是患者持续疼痛、久治不愈的因素之一。粘膜内淋巴滤泡增生情况在一定程度上反映了局部的

免疫功能状态<sup>(8)</sup>。我们观察到胃癌组淋巴滤泡均数少于良性组,中虚气滞证组淋巴滤泡均数少于其他两证型组。反映了它们的局部免疫功能较差。胃粘膜局部免疫功能状态是影响胃癌发生、发展的因素之一。因而,研究胃脘痛不同证型的免疫形态病理学规律,对应用中医药改变全身和局部免疫机能状态作为其防治胃病的机理,有理论和实践的意义,值得进一步探讨。

(本文承中医内科徐景藩教授指导,谨此致谢)

### 参 考 文 献

1. 徐景藩. 胃脘痛400例临床症候分析. 江苏中医1982; 3(6):18.
2. 罗珠林. 试用中医理论探讨慢性胃炎的病理改变. 中西医结合杂志1984; 4(2):112.
3. 第二军医大学溃疡病协作组. 溃疡病的中医分型及其病理基础. 中医杂志1980; 2(2):17.
4. 郑景田. 胃脘痛病人舌象与胃粘膜病变的关系. 中医杂志1980; 2(2):22.
5. 刘彤华. 胃肠道病理的进展. 中华病理杂志1983; 2(3):164.
6. Ming SC, et al. Intestinal metaplasia and histogenesis of carcinoma in human stomach. Cancer1967; 20:1418.
7. 李国民. 100例胃癌的间质分析. 中华病理杂志1983; 12(4):290.
8. Jass JR. Role of intestinal metaplasia in the histogenesis of gastric Carcinoma. J Clin Pathol1980; 33:801.

## 日本北里东洋医学综合研究所命名为 WHO传统医学研究中心典礼在东京举行

1986年3月8日,日本北里东洋医学综合研究所命名为WHO传统医学研究中心典礼在东京该所隆重举行。WHO总部、日本三笠宫宽仁亲王、厚生省保健医局、参议院、日本东洋医学会及日本大众药协会等各界名流到会祝贺。WHO西太区主任中岛宏博士等讲了话。中心主任矢数道明博士作题为“明治以来汉方医学之变迁与展望”的专题报告。会议由该所副所长大塚恭男博士主持。前来东京参加世界卫生组织草药科学会议的日、澳、菲、新加坡、南朝鲜、马来西亚、科克岛国、巴布亚新几内亚、中国、香港等国家和地区的专家学者包括中国的楼之岑、肖

培根、陈可冀教授也同时应邀参加该中心命名仪式。矢数道明博士在报告中就中西方两种医学作了比较,认为:东洋医学是哲学的、综合的、整体的、内科为主的、对证的、经验的、卫生医学的、个体医学的、侧重体质预防、人体经验、液体病理学,重视自觉症状,应用天然生药。而西洋医学是科学的、分析的、局部的、外科为主的、对症的、理论的、预防医学的、社会医学的、侧重细菌预防、动物实验、细胞病理学,重视他觉症候,应用化学药品。各有长处,应取长补短,互相补充。

(日 讯)

## Abstracts of Original Articles

### A Study of Relationship among Intestinal Metaplasia, Gastric Carcinoma and Spleen Deficiency Syndrome by the Histochemical Staining of Gastric Mucosa and the Determination of Its cAMP and cGMP

Yin Guangyao (尹光耀), et al

Wuxi Third People's Hospital, Jiangsu Province

Four different kinds of gastric change of intestinal metaplasia, gastric mucosa and plasma cAMP and cGMP level were investigated with histochemical and radioimmuno-assay in 25 cases of chronic gastropathy manifested as spleen deficiency syndrome (脾虚证). The rate of intestinal metaplasia, rate of intestinal metaplasia of colonic and incomplete colonic type and stomach carcinoma increased in the order of the spleen Qi deficiency (脾(虚) patients and spleen deficiency with Qi stagnation (脾虚气滞) patients; while gastric mucosa and plasma cAMP level decreased in the order of spleen Qi deficiency patients and spleen deficiency with Qi stagnation patients, and also in the order of complete metaplasia and incomplete metaplasia of small intestinal and colonic types, their statistical differences were significant,  $P < 0.05 \sim 0.001$ . However, no marked changes of cGMP level were observed.

All these findings suggest that cAMP level and the intestinal metaplasia of incomplete colonic type were closely related to the spleen deficiency syndrome and gastric carcinoma. The determination of cAMP level and type of intestinal metaplasia of stomach might be of clinical significance in estimating the course of disease and therapeutic efficacy. (Original article on page 392)

### A Preliminary Study on Relationships between Syndrome Differentiation of 104 Stomachache Patients and Their Patho-histological Changes

Zhu Yunhua (朱云华), et al

Nanjing College of Traditional Chinese Medicine, Nanjing

According to the syndrome differentiation of TCM, 104 cases of gastralgia were divided into three fundamental types: (1) deficiency of the middle burner and stagnation of Qi, (2) disharmony of liver and stomach, and (3) deficiency of stomach Yin. The patho-histological investigation of gastrectomy specimens revealed that the cases of peptic ulcer and acute inflammation of gastric mucosa in the first type were significantly more than those of the other two types ( $P < 0.05$ ); and severe intestinal metaplasia, dysplasia and early gastric carcinoma were also more frequently occurred in this type (11/67, 8/67, 4/67 respectively). It seems that there are some relationships between syndrome differentiation and pathological changes.

(Original article on page 396)

### Therapeutic Effect of Bian Zheng Shi Zhi (辨证施治) on Patients of Coronary Heart Disease

Bao Yanxi (鲍延熙), Zhen Daoshen (郑道声), Yu Guorui (俞国瑞)

Cardiovascular Research Laboratory of Shanghai Second Medical University, Shanghai

Twelve cases of coronary heart disease were randomized by following treatments: (1) Measures of Bian Zheng Shi Zhi (BZSZ), or diagnosis and treatment based on syndrome differentiation; (2) Isosorbide dissolved in placebo decoction; (3) Coronary Heart No.II, including *Salvia miltiorrhiza*, *Ligusticum chuanxiong*, *Paeonia rubra*, *Carthamus tinctorius* and *Dalbergia odorifera*. Each measure was given for four weeks. One week before and after the treatment, following parameters were observed and compared: (1) Holter's monitoring; (2) microcirculation of nail bed; (3) viscosity of blood; (4) aggregation of platelet; (5) plasma HDL, plasma TC/HDL ratio. The results were as follows: (1) marked improvement of symptoms in patients treated by BZSZ as compared with the other two measures ( $P < 0.01$ ); (2) All the three measures were effective by the Holter's monitoring, however, there seemed to have better improvement in the BZSZ group as compared with the two others but statistically insignificant; (3) The improvement of microcirculation in all three groups was insignificant, although a slightly better result in BZSZ was observed; (4) The improvement of blood viscosity was also insignificant, with a better outcome with Coronary Heart No.II; (5) The platelet aggregation was inhibited by BZSZ and Isosorbide, and enhanced by Coronary Heart No.II; (6) There was a slight but insignificant increase of HDL, with higher elevation in BZSZ; and a significant decrease of TC/HDL ratio in patients with Isosorbide, and a significant difference of change as compared with the other two. It was concluded that Bian Zheng Shi Zhi seemed to be a better measure for patients of coronary heart disease. (Original article on page 399)