

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^(1~4)。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%⁽⁵⁾,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^(5,6,8)。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⁽⁷⁾。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⁽⁸⁾。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)