

胃脘痛临床证型的分类及其X线表现探讨

南京中医学院附属医院(南京 210029)

恽 敏 徐景藩 孙鸿年

胃脘痛是临床上最常见的病种之一,古今对本病的诊治经验颇为丰富,但由于临床证型分类的不统一,故各地的治疗经验缺乏可比性,难以推广和确定,因此本病临床证型的分类研究颇为迫切,兹将本病400例的临床证型分类及其X线表现的观察结果总结如下,备作同道们参考。

资料与方法

一、一般资料:400例中男219例,女181例;年龄:16~82岁,20~59岁占86%。

二、中医辨证标准:参照国内分型标准^①结合本院经验分为(1)中虚,(2)肝胃不和,(3)胃阴不足(简称阴虚),(4)气滞,(5)湿阻,(6)血瘀,(7)胃寒,(8)郁热,(9)食滞,九个单项证型。

三、方法:凡属胃脘痛须作X线消化道钡餐检查者,于当月检查前由专职胃病专科医师确定临床证型,随后进行常规的X线消化道钡餐检查,详细记录各项X线征象,1小时后复查观察胃及小肠的排空情况以作对比分析。 χ^2 统计学进行处理。

结 果

一、中医临床证型分类概况:按临床辨证分型有中虚气滞130例,肝胃不和154例,中虚气滞血瘀22例,肝胃不和血瘀17例,中虚血瘀5例,气滞血瘀3例,中虚气滞湿阻11例,肝胃不和湿阻15例,气滞血瘀湿阻5例,中虚血瘀湿阻1例,气滞湿阻6例,阴虚8例,中虚气滞阴虚5例,肝胃不和阴虚3例,气滞阴虚6例,气滞血瘀阴虚2例,中虚气滞郁热2例,肝胃不和郁热1例,气滞血瘀郁热1例,中虚气滞胃寒2例,中虚血瘀胃寒1例,合计21种。例数不足10例者有15种证型共51例,约占12.75%略去不计,余349例可归纳为中虚气滞和肝胃不和二大主型,其中又分为无兼证型、兼血瘀证型及兼湿阻证型三个兼证型。属中虚气滞型163例占46.7%,其中无兼证型130例,兼血瘀证型22例,兼湿阻证型11例,属肝胃不和型186例占53.3%,其中无兼证型154例,兼血瘀证型17例,兼湿阻证型15例。

二、X线诊断:在349例中呈正常及变异者48例次占8.97%,呈功能紊乱者317例次占59.25%,具有各

种器质病变者170例次占31.78% (其中包括1例兼有2种或2种以上改变者,合计535例次),包含胃下垂98例次,胃溃疡6例次,十二指肠球部溃疡59例次,胃癌5例次,胃炎14例次,十二指肠球炎2例次,胃粘膜脱垂1例次。

三、X线征象与中医证型的关系:见附表。

附表 X线征象与中医证型关系 (例)

	中 虚 气 滞				肝 胃 不 和			
	无兼	兼瘀	兼湿	合计	无兼	兼瘀	兼湿	合计
	130	22	11	163	154	17	15	186
潴留液	27	5	6	38	53	6	10	69
张力低	16	2	2	20	53	5	6	64
张力高	14	1	—	15	3	—	—	3
蠕动强	78	14	6	98	21	2	1	24
蠕动弱	12	3	2	17	86	7	9	102
幽门痉挛	9	2	3	14	18	2	2	22
胃下垂	32	3	2	37	44	7	9	60
溃疡	28	11	3	42	15	6	2	23
胃癌	—	3	—	3	—	2	—	2

空腹胃内潴留液:中虚气滞型38例占23.31%,肝胃不和型69例占37.09%,二者有非常显著差异, $P<0.05$ 。在二大主型中,三个兼证型之间,湿阻证型各有6、10例,各占54.54%、66.67%,均较其他二兼证型为多($P<0.05$)。

胃张力:呈低张者:中虚气滞型20例占13.07%,肝胃不和型64例占34.41%,二者有非常显著差异, $P<0.01$ 。但在二大主型中各兼证型之间均无明显差异, P 均 >0.5 。呈高张者在各型中的病例均较少。

胃蠕动波:呈强蠕动波者:中虚气滞型98例占60.12%,肝胃不和型24例占12.9%,二者间有非常显著差异, $P<0.001$ 。在二大主型的无兼证型之间各有78、21例,各占60%、13.64%,也有非常显著差异, $P<0.001$ 。呈弱蠕动波者:中虚气滞型17例占10.43%,肝胃不和型102例占54.84%,二者间有非常显著差异, $P<0.001$ 。在二大主型的无兼证型间各有12、86例,各占9.23%、55.84%,也有非常显著差异, $P<0.001$ 。

胃幽门痉挛:中虚气滞型14例占8.59%,肝胃不和型22例占11.83%,二者无显著差异, $P>0.3$;在二大主型中各兼证型之间也无显著差异。

胃下垂：中虚气滞型37例占24.18%，肝胃不和型60例占32.26%，二者有显著差异， $P<0.05$ 。在中虚气滞内三个兼证型之间无明显差异，而肝胃不和型内兼湿阻证型有9例占60%，与其他二个兼证型之间却有显著差异， $P<0.05$ 。

溃疡病：中虚气滞型42例占25.77%，肝胃不和型23例占12.37%，二者有非常显著差异， $P<0.01$ 。在二大主型中，兼血瘀证型各有11.6例，各占50%，35.29%，与其他二个兼证型之间有非常显著差异， P 均 <0.01 。

胃痛：5例，属中虚气滞型3例，肝胃不和型2例，尤以这5例均列于兼血瘀证型中颇为突出。

讨 论

胃脘痛临床证型的分类：由于本病的临床症状繁多，各地的诊疗经验及取名不同，以致其临床证型的分类至今尚未能统一，从本组的观察，根据临床所见的证候，经交叉组合可达21种之多，其中尚未包含伤食和虫积二证型，这是由于前者常为急症出现，不能作钡餐检查，而后者又是极为少见之故，若将本组病例过少的证型除外不计则可归纳成二大主型（中虚气滞和肝胃不和）并各有三个兼证型（无兼证、兼血瘀、兼湿阻）计6种证型，可包含90%的病例，自具有其代

表性，如此可删繁就简，有利于客观指标的寻找和疗效的对此。

X线征象有助于中医辨证分型：当前的中医辨证分型主要还是采用四诊八纲进行，由于主观成分过多，缺乏客观资料，直接影响到辨证分型的统一性，因此必须寻找更多的客观依据以提高其正确性，我们采用了胃肠道具有独特效用的X线钡餐检查方法来观察胃肠道的改变并与中医各临床证型进行对比，以寻求其间的内在联系，通过本组的观察发现在胃肠道动力功能表现异常上，中虚气滞型呈胃蠕动增强，排空加速等一系列亢进的征象，而肝胃不和型却表现为胃蠕动减弱、排空迟缓等一系列衰退的征象，显示二者有明显不同，如此不但能支持临床上对本病分为二大主型的分类，并可作为辨证分型时的一项重要客观依据，此外尚发现溃疡病和癌瘤，在兼血瘀证型中多见，及空腹胃内滞留增多则在兼湿阻证型中多见，均可作为中医临床辨证分型时的一项重要客观依据，此外尚需积极寻找其他的客观依据，这方面的研究有待进一步深入。

参 考 文 献

1. 张伯臾，等。中医内科学。第一版。上海：上海科学技术出版社，1985：133。

加味玉屏风散防治小儿反复上呼吸道感染

山东省阳谷县人民医院儿科(山东 252300) 张宪军

笔者采用加味玉屏风散防治小儿反复上呼吸道感染53例并进行对照观察，效果满意，现总结如下。

临床资料 病例：选择反复上呼吸道感染，平均每月发病1~3次，病程在6个月以上的小儿，中医辨证具有脾肺气阴两虚主证者作为观察对象。随机抽样将100例患儿分为两组。治疗组53例，男30例，女23例，年龄1.5~4.5岁，其中1.5~3岁者41例，上呼吸道感染平均每月1~2次者44例，~3次者9例。对照组47例，男31例，女16例，年龄1.5~5岁，其中1.5~3岁者37例，上呼吸道感染平均每月1~2次者40例，~3次者7例。

防治方法 治疗组：玉屏风散加味：黄芪24g 炒白术16g 防风8g 白茯苓16g 鸡内金10g 五味子8g，共为细末，过筛装瓶备用。<3岁每次5g，>3岁每次7g，每日1次，温开水冲服，疗程为两个月，追踪半年以上。对照组：左旋咪唑每日1.25

~2.5mg/kg，分3次口服，服2天停5天，疗程为两个月，追踪半年以上。

结 果 疗效判定标准：显效：经过一个疗程治疗后，未再复发持续3个月，与以往比较体力恢复，体重增加；有效：经过一个疗程治疗后，有复发，但症状轻，上感次数减少1/2以上；无效：未达到上述标准。结果：治疗组：显效34例，有效16例，无效3例，总有效率94.3%；对照组：显效29例，有效9例，无效9例，总有效率81%。两组比较有显著性差异($P<0.05$)。

体 会 复感儿按中医辨证均具有脾肺气阴两虚主证，予培土生金法预防复感儿，方中黄芪益气固表，能增强免疫功能，白术、茯苓健脾益气，鸡内金消补兼施，配防风能引药达表，无留邪之，五味子敛肺止咳、生津。故加味玉屏风散能达到增强免疫功能，预防复感的目的。