

慢性萎缩性胃炎虚实证的临床研究

福建中医学院(福州 350003)

柯 晓* 武一曼 杨春波 葛振华 林求诚

内容提要 本研究对 238 例慢性萎缩性胃炎的虚实证进行了临床观察。结果显示, 虚证表现为: 胃酸分泌功能、造血功能、细胞免疫功能和合成代谢能力减弱, 其中脾肾虚红细胞、血红蛋白、尿 17-羟类固醇、HDL-C、TG、CD₈、HP 感染率、不典型增生程度和 PNA 着色程度均较脾虚证低, 而 LPO 水平及血沉又较之增高, 加快。实证表现为: 血清胃泌素水平高、体液免疫功能亢进, 血液呈高粘、浓、凝、聚状态, 分解代谢增强, 其中气滞血瘀型较气滞型胃粘膜的萎缩程度重、血沉快; 胃酸分泌功能表现热郁<湿热<湿阻, LPO 水平以热郁型最高。虚实证之间关系是以虚证为本, 实证为标; 本虚导致标实, 标实加重本虚; 虚愈甚, 实愈重。

关键词 慢性萎缩性胃炎 脾肾虚证 气滞血瘀

慢性萎缩性胃炎(Chronic Atrophic Gastritis, CAG)中医治疗有较好疗效, 而辨证是关键。以往 CAG 对“证”的研究, 多从单纯虚证或实证的角度进行探讨, 而临床实际表明, CAG 多虚实夹杂。为了提高中医治疗 CAG 的疗效, 我们采用多学科、多指标的方法探讨 CAG 虚实证的现代病理学含义及其相互的关系。现将结果介绍如下。

资料与方法

一、研究对象和方法 238 例患者均经胃镜和胃粘膜活检确诊, 皆由有经验的医师先进行中医辨证, 然后检测各项指标。

二、诊断和辨证标准 CAG 诊断标准, 依据 1983 年全国胃炎诊治座谈会纪要^[1]。虚实证标准参照 1989 年全国中医内科学会脾胃组修订的胃脘痛诊断、疗效标准^[2]。

三、一般资料 238 例患者中 133 例为住院患者, 105 例为门诊患者。其中男 162 例, 女 76 例。年龄 20~60 岁, 病程: 1~30 年, 1~3 年者 61 例, 3~11 年者 95 例, >11 年者 82 例。

四、观察项目

1. 虚实证之间的关系 (1)虚证与湿热、

气滞血瘀、气滞血瘀湿热的关系。(2)CAG 症状与虚实证的关系。

2. 病理学指标 胃粘膜萎缩程度, 肠化生和不典型增生情况: (1)部位: 体部(A)、窦部(B)、窦体(AB)。(2)程度: 分轻、中、重。

3. 胃粘膜对酶标凝集素的反应 刀豆素(ConA)、花生素(PNA)、双花扁豆素(DBA)。

4. 胃液分析(组织胺法) 空腹和餐后的胃酸量、pH 值的游离酸量。

5. 胃粘膜幽门螺旋杆菌(HP)感染指标 HPUT 快速诊断法, 福建省三强生物制品有限公司提供试剂盒。

6. 免疫学指标 淋巴细胞转化率(LCT)、T 淋巴细胞亚群(CD₃、CD₄、CD₈)、免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)。

7. 血液流变学指标 全血粘度、血浆粘度、血沉、红细胞压积、全血还原粘度、血沉、方程 K 值、纤维蛋白原、红细胞电泳。

8. 生物化学指标 血清胃泌素、尿 17-羟类固醇(17-OHCS)、血清甘油三酯(TG)、血清胆固醇(TC)、血清高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、HDL-C/TC、LPO、SOD、 α_1 -抗胰蛋白酶(α_1 -AT)、N-乙酰神经氨酸(TSA)。

9. 末梢血象 白细胞、红细胞、血小板计

* 现在福建省第二人民医院(福州 350003); △指导

数、血红蛋白测定。

五、统计方法 等级分组的计数资料,用 Ridit 检验,非等级的计数资料,用 χ^2 检验或率的显著性检验;计量资料呈正态分布的,用 F 检验及 t 检验。

结 果

一、虚实证的关系 经率的显著性检验,脾肾虚兼湿热与脾虚相比无显著性差异;脾肾虚兼气滞血瘀显著多于脾虚。本组 238 例临床表现症状 22 个,其中全身症状 13 个,如肢乏、口渴、腰酸、头晕等,多为虚象;局部症状 9 个,如胃痛、暖气、大便异常,多呈实证。

二、虚实证与现代病理学的关系 经 χ^2 检验,实证中,气滞血瘀的萎缩程度明显重于

气滞, A 型和 AB 型萎缩显著多于脾虚。虚证中,不典型增生程度脾肾虚显著低于脾虚;不典型增生部位,脾肾虚以 A 型、B 型为多,脾虚以 B 型、AB 型为多。

三、虚实证与酶标凝集素的关系 经 Ridit 检验,在胃窦部,脾肾虚的 PNA 染色程度显著轻于脾虚。

四、虚实证与胃酸的关系 经 F 检验,虚实各证的餐前、餐后游离酸均低于正常对照组 ($P < 0.01$)。实证中湿阻 $>$ 湿热 $>$ 热郁 ($P < 0.05$)。

五、虚实证与胃幽门弯曲菌 HP 感染的关系 经 χ^2 检验,虚证中脾肾虚的 HP 感染率显著低于脾虚。

六、虚实证与免疫学指标的关系 见附表。

附表 虚实证与免疫学的关系 ($\bar{x} \pm S$)

项目	正常 对照	虚 证		实 证				
		脾 虚	脾肾虚	气 滞	气滞血瘀	湿 阻	热 郁	湿 热
LCT(%)	67.5±3.83 (30)	58.9±7.75** (13)	56.8±11.83** (17)	56.5±8.77** (11)	57.4±10.14** (23)	54 (1)	60.6±7.25** (8)	56±10.35** (24)
CD ₃ (%)	71±7.9 (15)	67.6±7.4 (24)	67.75±3.46 (16)	68.16±8.38 (25)	66.63±4.45* (19)	69.29±5.74 (4)	67.93±7.64 (14)	66.6±7.11 (25)
CD ₄ (%)	45.7±5.56 (15)	440.2±7.87* (24)	40.8±7.11* (16)	39.7±6.85* (25)	39.89±8.82* (19)	43.5±6.45 (4)	39.21±9.10* (14)	37.65±9.75* (25)
CD ₈ (%)	27.9±6.51 (15)	30.9±7.97△ (24)	25.0±10.00 (18)	29.78±7.55 (25)	30.44±5.75 (19)	28±3.58 (4)	28.93±13.09 (14)	26.74±11.0 (25)
IgG(g/L)	12.1±2.3 (32)	18.2±3.99** (13)	15.98±5.12** (17)	15.45±3.9** (11)	16±4.75** (23)	16.4 (1)	15.5±3.44** (8)	16.23±4.7** (24)
IgA(g/L)	2±0.67 (30)	2.48±0.76 (13)	2.11±1.29 (17)	2.16±1.07 (11)	1.98±1.06 (23)	2.30 (1)	1.64±0.77 (8)	2.19±1.14 (24)
IgM(g/L)	1.3±0.4 (30)	1.82±0.8* (13)	1.52±0.58 (17)	2.18±1.03** (11)	1.58±0.74 (23)	1.00 (1)	1.66±1.03 (3)	1.89±0.82** (24)

注:与正常对照组比* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$;与脾肾虚组比△ $P < 0.05$; ()内为例数

经 F 检验, LCT、CD₄各证均显著低于正常对照组; IgG 各证均高于正常对照组 ($P < 0.01$); IgM 脾虚、气滞和湿热均显著高于正常对照组。

七、虚实证与血液流变学的关系 经 F 检验,虚实各证(湿阻例数少未参与统计)在血液的浓、粘、聚、凝状态方面,基本上显著高于正常对照组 ($P < 0.05$ 或 < 0.01)。在各证间,血沉除脾肾虚显著快于脾虚外,余均无显

著差异。

八、虚实证与生化指标的关系

1. 血清胃泌素 经 F 检验,除热郁外,各证均显著或非常显著高于对照组。

2. 尿 17-OHCS 经 F 检验,脾肾虚的夜尿和 24 h 尿 17-OHCS,气滞血瘀、热郁和湿热均显著低于正常对照组。

3. 血脂、TG 各证均显著高于正常对照组,虚证中脾肾虚显著低于脾虚。TC,各

证均非常显著低于正常对照组。HDL-C, 女性脾肾虚、气滞血瘀显著低于正常对照组。HDL-C/TC, 虚、实各证间无显著性差异。湿阻例数少未参与统计。

4. LPO 脾肾虚、气滞与热郁均显著高于正常对照组; 虚证中脾肾虚显著高于脾虚; 实证中热郁显著高于湿热。

5. SOD、 α_1 -AT、TSA 虚实各证间及各证与对照组间无显著差异。

九、虚实证与末梢血象的关系 经F检验, 白细胞、红细胞和血小板计数及血红蛋白量, 各证均显著或非常显著低于正常对照组。虚证中白细胞计数脾虚显著低于脾肾虚, 红细胞计数脾肾虚显著低于脾虚。

讨 论

一、虚证的现代病理学特征 中医学认为“不足者为之虚”。从CAG虚、实证的现代病理学研究结果看, 大部分功能表现为虚证, 其特征表现如下: (1)胃酸分泌功能显著减弱。(2)造血功能低下。(3)细胞免疫功能减弱。(4)合成代谢减弱。中医认为“久病及肾”。本研究证明了该观点。即脾虚较脾肾虚为轻, 脾肾虚则为脾虚的进一步发展。二者的区别如下: (1)血红蛋白量、红细胞计数、CD₈、HDL-C、TG、胃粘膜不典型增生程度、尿17-OHCS脾肾虚较脾虚为低, 说明脾肾虚较脾虚的造血功能、细胞免疫功能⁽³⁾、合成代谢能力和肾上腺皮质功能更为低下。(2)HP感染率, 脾肾虚较脾虚低。这可能是由于HP有一个最适的生态环境, 而脾肾虚证的胃内环境如胃粘膜细胞表面粘液层可能减少较多等, 改变了HP最佳生态环境, 使之暴露于胃酸之中, 造成了HP感染率的下降, 说明了脾肾虚的萎缩程度较脾虚为重。(3)PNA的染色程度, 脾肾虚低。PNA属于凝集素, PNA主要与胃小凹上皮细胞、壁细胞及增生的胃小凹上皮细胞和上皮细胞结合, 因此脾肾虚染色程度低有两种可能, 一是脾肾虚胃小凹上皮细胞和壁细胞萎缩程度重, 二是脾肾虚胃

粘膜上皮细胞和胃小凹上皮细胞增生程度轻。具体是前者还是后者, 或二者皆有, 尚需进一步研究。(4)LPO、血沉, 脾肾虚为高, 说明脾肾虚较脾虚清除自由基能力差, 病情重。

二、实证的现代病理学研究特征 从CAG虚实证的现代病理学结果看, 其特征表现如下: (1)胃分泌功能紊乱, 表现在血清胃泌素水平增高。(2)体液免疫功能亢进, 表现在IgG和IgM增高。(3)血液呈高粘、浓、凝、聚状态。(4)分解代谢增强, 表现为TG增高。(5)中医学认为气滞血瘀为气滞的进一步发展。本研究证明了这一点。主要表现在气滞血瘀较气滞胃粘膜萎缩程度重、血沉快、尿17-OHCS低。(6)湿阻较湿热和热郁为轻, ①胃酸分泌功能, 湿阻>湿热>热郁, 提示湿与胃酸关系密切。②血清胃泌素水平不同, 湿阻>湿热>热郁, 说明热郁的G细胞、壁细胞的萎缩程度很重。(3)LPO不同, 热郁最高, 说明热郁的代谢紊乱。一方面机体的代谢增强, 自由基产生增强, 但另一方面, 清除自由基的能力下降, 表现在SOD没有伴随着自由基的增高而增高。(4)尿17-OHCS表现为热郁<湿热<湿阻。

三、虚实证的关系 本资料表明: (1)湿热与脾关系密切, 血瘀与肾关系密切。肾虚则气血失煦而致血瘀。(2)虚愈甚, 邪愈重, 邪愈重, 虚愈甚, 形成恶性循环。(3)CAG以虚为主。本组资料表明75%的CAG患者, 其病程在3年以上; 其病机呈虚中夹实, 与有关文献是相吻合⁽⁴⁾。

(本文承福建省中医药研究院周维祺、廖承济、阮景绅、郑兴中、倪峰、王若愚、附属第二医院杭汉忠等大力支持, 谨谢)

参 考 文 献

1. 李益农, 等. 慢性胃炎的诊治问题(座谈纪要). 中华内科杂志 1983; 22(5): 257.
2. 卫生部药政局. 新药(中药)临床研究指导原则. 1989: 58.
3. 徐华模. 自由基与细胞免疫. 国外医学·免疫学分册 1991; 14(4): 187.
4. 杨春波, 等. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎专家座谈会纪要. 中医杂志 1991; 32(12): 750.

effective rate were respectively 75% and 92.1%; while in control group, 8% and 72%. Measuring immunoglobulin (IgG), both groups were increased, but the experimental group was higher than that of control ($P < 0.001$). The inactivation in oxygen free radicals of JPYQ was determined by electron spin resonance (ESR) in vitro. When the concentration was 5%, the clearance rate of the more reactive hydroxyl radical ($\cdot\text{OH}$) was 78%, and superoxide radical (O_2^-) was 38%. Whether direct dissolution or dissolution combined with dialysis was performed, there was superoxide dismutase (SOD) activity. In addition, the relationship between infantile repetitive respiratory infection with Spleen Qi Deficiency and free radicals were discussed.

Key words Jianpi Yiqi, infantile repetitive respiratory infection, transfer factor, oxygen free radical, superoxide dismutase

(Original article on page 594)

Clinical and Experimental Study on Yi-gan-ning Granule (乙肝宁冲剂) in Treating Chronic Hepatitis B

Zhang Bi-zi (张璧姿), Ding Feng (丁锋), Tan Li-wu (谭立武)*, et al

Hunan Academy of TCM and Pharmacology, Changsha (410006)

* Changsha Jiu-zhi-tang Pharmaceutical Factory, Changsha (410007)

This paper reports that 320 patients with chronic hepatitis B (CHB) were treated with Yi-gan-ning Granule (YGNG) and the pharmacodynamics of YGNG in the animal study. As control, another 70 patients with CHB receiving oleanolic acid granule (OAG) were compared to 68 patients in YGNG group. YGNG is consisted of *Astragalus membranaceus*, *Artemisia capillaris*, *Codonopsis pilosula*, et al. Each patient has taken YGNG or OAG for 3 months. The result showed YGNG was effective on recovering the liver function and OAG had similar effect. The sero-negative conversion rates of HBsAg, HBeAg, HBcAb and positive conversion rate of HBeAb in the YGNG group were 33.1%, 40.5%, 10.5% and 15.5% respectively, which were much better than that in OAG group ($P < 0.05 - 0.001$). The result of 6 months follow up showed that 60 of 62 patients receiving YGNG were in stabilized state. The result in the animal study demonstrated that YGNG had significant protection from the liver damage caused by CCl_4 . YGNG could decrease serum ALT level and protect the liver function of carbohydrate, fat, protein metabolism and detoxication. YGNG could induce interferon in vivo and play an important role in seroconversion of negative DHBV-DNA and improvement of pathological morphology in viral hepatitis B.

Key words chronic hepatitis B, Yi-gan-ning Granule, pharmacodynamics

(Original article on page 597)

Clinical Study on Deficiency and Excess Syndrome of Chronic Atrophic Gastritis

Ke Xiao (柯晓), Wu Yi-man (武一曼)*, Yang Chun-bo (杨春波), et al

Fujian Provincial 2nd People's Hospital, Fuzhou (350003)

* Fujian Institute of TCM, Fuzhou

In this study, Syndrome of Deficiency revealed that gastric acid secretion, cellular immunity, hematopoietic and synthetic metabolism were all decreased. The RBC, Hb, TG, HDL-C, CD8, infection rate of HP, the degree of atypical hyperplasia and the staining intensity of PNA were different for Spleen-Kidney-Deficiency syndrome from spleen-Deficiency syndrome, the former was lower than the latter, while LPO was higher and ESR was faster for the former. Syndrome of Excess revealed that the serum gastrin level was higher, humoral immunity and catabolic metabolism were increased, its blood was in hyperviscosity and hypercoagulation state. The Qi Stagnation with Blood Stasis was different from the Qi stagnation alone which including the atrophic degree of the former was severer, the ESR was faster than that of the later. The Heat Stagnation (HS), retention of Dampness (RD) and Damp-Heat (DH) have some difference. First, for secretion of gastric acid, HS was the lowest, DH the next, RD the third. Second, for the level of LPO, HS was the highest.

Key words chronic gastritis, Syndrome Differentiation based on TCM

(Original article on page 600)