

脾虚患者胃粘膜幽门螺杆菌、病理组织学及胃液分泌型免疫球蛋白 A 的观察

沈 鹰¹ 刘正民¹ 韦 嵩² 罗祝泉¹ 周民伟¹

为了解脾虚患者在感染幽门螺杆菌(HP)时胃粘膜局部的防御反应,我们对不同证型的慢性胃病患者胃粘膜 HP 感染程度、病理组织学改变及胃液的分泌型免疫球蛋白 A (SIgA)浓度作了观察。现报告如下。

临床资料

1993 年 5 月~1994 年 5 月,将住院的慢性胃病患者 79 例,参照中医虚证辨证参考标准^①和《中医内科学》的标准^②,分为脾虚组(46 例,含脾气虚型 26 例和脾阳虚型 20 例)和肝气犯胃组(33 例)。其中脾虚组男 29 例,女 17 例,年龄 18~71 岁,平均 42.4 岁;肝气犯胃组男 24 例,女 9 例,年龄 18~68 岁,平均 43.5 岁。所有患者均经胃镜及病理活检诊断为慢性胃炎,脾虚组兼有十二指肠溃疡 9 例,胃溃疡 1 例;肝气犯胃组兼有十二指肠溃疡 8 例,胃溃疡 2 例。

研究方法

所有患者均在禁食、禁水 12 h 后做胃镜检查,在幽门前 2cm 的胃窦部和胃角近端 2cm 的胃体部前、后壁各钳取 1 块约 2 mm×2 mm 粘膜做病理组织学检查(HE 染色)。其中,脾虚组 34 例和肝气犯胃组 28 例做了 Warthin-Starry 银染色检查 HP;脾虚组 44 例和肝气犯胃组 19 例在活检前抽取胃液 10 ml,用放射免疫法测定胃液 SIgA 浓度(药盒由上海同济大学放射免疫分析技术研究所提供)。

病理组织学检查按“全国胃癌防治研究协作组病理组”的标准^③,以炎细胞浸润粘膜深度<1/3 为轻度,1/3~2/3 为中度,>2/3 为重度,有中性粒细胞浸润者为活动状态。

HP 感染程度按 Marshall 等的标准^④,在高倍镜下无 HP 为 0 级,少量散在为 I 级,多量散在或偶有成簇出现为 II 级,大多数视野中可见无数 HP 为 III 级。

结 果

1 胃粘膜 HP 感染情况 脾虚组和肝气犯胃组 HP 感染率和感染程度均无显著差异,胃窦部(分别为 82.4%和 89.3%)与胃体部(分别为 82.4%和 85.7%)比较亦无显著差异。但脾虚组中脾阳虚型总阳性率(100%)和 II~III 级感染率(85.7%)明显高于脾气虚型(分别为 70.0%和 40%~45%), $P<0.05$ 。

2 胃粘膜病理组织学检查 显微镜下检查,除了脾虚组 2 例患者胃体部无明显异常外,所有患者胃窦和胃体部均可见明显的淋巴细胞和浆细胞浸润,其中中度以上浸润者,脾虚组明显低于肝气犯胃组。在固有膜中见到中性粒细胞浸润,即有活动性病变者,脾虚组亦明显低于肝气犯胃组。两组粘膜充血无明显差异,但脾虚组胃窦部粘膜水肿明显少于肝气犯胃组,见附表。

附表 HP 感染时胃粘膜病理组织学检查结果 [例(%)]

部位	组别	例数	中度以上 淋巴、浆 细胞浸润	中性粒细 胞浸润	粘膜充血	粘膜水肿
胃窦	脾虚	46	15(32.6)*	16(34.8)*	45(97.8)	38(82.6)*
	肝气犯胃	33	19(57.6)	21(63.6)	33(100.0)	33(100.0)
胃体	脾虚	46	6(13.0)*	8(17.4)*	21(45.7)	18(39.1)
	肝气犯胃	33	11(33.3)	13(39.4)	17(51.5)	20(60.6)

注:与相同部位肝气犯胃组比较,* $P<0.05$

此外,两组部分患者可见到固有膜中淋巴滤泡,以及粘膜上皮或腺体萎缩,肠上皮化生、增生等改变,但两组之间无显著差异。

3 胃液 SIgA 浓度 脾虚组 44 例和肝气犯胃组 19 例空腹胃液 SIgA 浓度分别为 $26.0 \pm 22.2 \mu\text{g/ml}$ 和 $70.9 \pm 34.6 \mu\text{g/ml}$

1. 广州军区广州总医院(广州 510010); 2. 安徽中医学院。

($\bar{x} \pm S$), $P < 0.001$ 。

讨 论

HP 感染是慢性胃炎和消化性溃疡主要病因之一。本研究脾虚组和肝气犯胃组 HP 检出率均达 80% 以上, 显然与疾病本身有关, 两组在 HP 感染率和感染程度上无明显差异。但是在脾虚组中, 脾阳虚型 HP 感染重于脾气虚型, 一般认为由脾气虚到脾阳虚是反映脾虚程度加重, 故 HP 与脾虚程度存在一定关系。作者在动物实验中曾发现中医脾胃与胃粘膜局部的防御功能有关⁽⁵⁾。本研究提示同样在感染 HP 的情况下, 脾虚组胃粘膜急性炎症反应如中性粒细胞浸润及炎症造成的粘膜水肿等不如肝气犯胃组明显, 淋巴细胞和浆细胞浸润程度

及局部的体液免疫反应(如 SIgA 浓度)亦较肝气犯胃组减弱, 证实了脾虚患者胃粘膜局部的防御功能有一定的缺陷。

参 考 文 献

1. 沈自尹, 王文健. 中医虚证辨证参考标准. 中西医结合杂志 1986; 6(10): 598.
2. 丘和明. 中医内科学. 第 1 版. 广州: 广东高等教育出版社, 1991: 59—65.
3. 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 1 版. 沈阳: 辽宁人民出版社, 1981: 134—136.
4. Marshall BJ, Warren JR. Identified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. The Lancet 1984; i(8390): 1311.
5. 沈 鹰, 刘宝臣. 中药胃粘膜保护方对胃粘膜保护作用的实验研究. 广东医学 1990; 11(1): 34.

(收稿: 1994—09—26 修回: 1995—08—18)

广东东莞市农村脾虚证流行病学调查报告

罗 仁¹ 严碧玉¹ 陈 健¹ 王晓光¹ 陈永浩¹ 王永奇¹ 叶凤屏²
叶尧佳² 叶志苏² 袁志贤² 叶淦泉² 刘沛均² 叶锡添²

我们于 1991 年 5 月在广东省东莞市道滘镇大罗沙与九曲管理区进行了 10 种虚证流行病学调查, 本文报告脾虚证流行病学调查结果。

材料与方法

1 调查概况 大罗沙与九曲管理区为两个相邻的自然村, 两区总人口分别为 2230 人、2452 人, 18 岁以上成人分别为 1347 人、1663 人, 合计 3010 人。本次调查对象为 18 岁以上成人, 在两区实查人口数为 1233 人、1588 人, 合计 2821 人; 调查率分别为 91.54%、95.49%, 占应查人口的 93.72%。

2 调查方法 第一步为筛选调查, 对 18 岁以上成人逐一调查, 按调查表格逐项询问, 体格检查并填写表格。第二步为摸底调查, 对筛选调查中具有阳性症状、体征者, 由另外两位医师(其中主治以上 1 人)复审核实。脾虚证及其他相关虚证之辨证标准, 均按“中医虚证辨证参考标准”〔中西医结合杂志 1986; 6(10): 598〕判断。调查数据采用卡方检验与率检验等。

结果与讨论

1 主症分布与构成 在 2821 例实查人口中, 脾虚证的主症分布为: 大便溏泄 42 例, 占 1.49%; 食后腹胀、喜按 42 例, 占 1.49%; 面色萎黄 45 例, 占 1.60%; 食欲减退 41 例, 占 1.45%; 肌瘦无力 6 例, 占 0.21%。在上述 5 项主症中, 仅具备 1 项者 67 例(2.38%), 具备 2 项者 7 例(0.25%), 具备 3 项者 21 例(0.74%), 具备 4 项者 8 例(0.28%)。据此, 笔者认为: 具备 2 项主症者可作为脾虚证前期状态或可疑脾虚证; 具备主症 3 项者为轻度脾虚证, 具备 4 项者为中度脾虚证, 具备 5 项者为重度脾虚证。

2 脾虚证患病率 按上述标准要求, 具备 3 项主症者才能辨证为脾虚证。在 2821 例实查人口中, 符合脾虚证者 29 例, 患病率(现患率)为 1.03%。从患者年龄分析, 18 岁至 59 岁的中青年组与 60 岁以上的老年人组比较, 分别为 18/2421(例), 11/400(例), 患病率为 0.74% 与 2.75%, $P < 0.01$, 提示老年人多见脾虚。但未见性别差异, $P > 0.05$ 。

3 复合脾虚证的分布 在 29 例脾虚证患者中, 单纯脾虚证 11 例, 占 37.93%; 与其他虚证并见的复合脾虚证 18 例, 占 62.07%, 提示应加强对复合脾虚证的研究。

(收稿: 1994—12—20 修回: 1995—08—18)

1. 第一军医大学中医系(广州 510516); 2. 广东省东莞市道滘医院