

($\bar{x} \pm S$), $P < 0.001$ 。

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