

综 述

慢性非萎缩性胃炎中医证型及其与 HP 感染相关性的研究进展

陈余妍 张 厂 陈润花

(北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科,北京,100078)

摘要 为了明确慢性非萎缩性胃炎的中医证型及其与幽门螺杆菌的相关性,以便更好地指导临床,对近年来的相关文献进行总结,得出以下结论:主要的中医证型包括肝胃不和型,脾胃湿热型,脾胃虚寒型,胃阴亏虚型;并认为实证患者幽门螺杆菌 HP 感染率较高,虚证患者 HP 感染率较低。

关键词 慢性非萎缩性胃炎;中医证型;幽门螺杆菌 HP

Progress on TCM Syndromes of Chronic Non-atrophic Gastritis and Relationship between them and Helicobacter Pylori

Chen Yuyan, Zhang Chang, Chen Runhua

(Department of Liver, Gallbladder, Spleen and Stomach, Dong Fang Hospital, affiliated to Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

Abstract In order to study the Traditional Chinese Medicine syndromes of chronic non-atrophic gastritis and the relationship between them and Helicobacter Pylori, we summarized recent relative literatures and drew the following conclusions: The main TCM syndromes includes disharmony of Liver and stomach, Damp-heat of Spleen and Stomach, Deficiency cold of spleen and stomach, Stomach yin insufficiency. The HP infection rate in patients of excess syndrome is higher than that of deficiency syndrome.

Key Words Chronic non-atrophic gastritis; TCM Syndrome; Helicobacter pylori

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.05.037

慢性胃炎(Chronic gastritis, CG),是指不同病因引起的胃黏膜慢性炎症或萎缩性病变^[1]。2006年9月第二届全国慢性胃炎共识会议通过了《中国慢性胃炎共识意见》,将内镜下慢性胃炎分成非萎缩性(浅表性)胃炎、萎缩性胃炎和特殊类型胃炎三大类^[2-3]。1982年澳大利亚学者 Warren 和 Marshall 首先从人胃黏膜中培养出幽门螺杆菌(Helicobacter pylori, HP),近30年来医学工作者的研究发现,HP为慢性活动性胃炎的重要致病菌^[4-9]。本文现主要对慢性非萎缩性胃炎的中医证型及其与HP感染的相关性进行文献回顾性研究。

1 慢性非萎缩性胃炎(Chronic superficial gastritis, CSG)

CSG指胃黏膜呈慢性浅表性炎症,炎症限于胃小凹和黏膜固有层的表层,内镜下见点状、片状或条状红斑,黏膜粗糙不平,黏膜出血点或出血斑^[10]。CSG在中医理论中属于“胃痛”“痞满”“嘈杂”“纳呆”等范畴。中医理论认为,饮食不节、情志不畅、素体虚弱、劳

倦内伤、外邪侵袭等因素均可诱发本病。《脾胃论·脾胃盛衰论》:“饮食不节则胃病,胃既病则脾不能禀受,脾亦从而病焉;形体劳倦则脾病,脾既病则胃不能独行其津液,胃也从而病焉”。脾胃功能失司,受纳运化失职,故见胃痛、痞满、纳呆、恶心、嘈杂、呕吐等症状。《素问·宝命全形论》“土得木而达”,张景岳曰:“木气动,生气达,故土体疏泄而通也。”肝为风木之脏,喜条达,主疏泄;肝之疏泄助于脾胃之运化,若情志不畅,肝失疏泄,木气郁结,则脾胃失司,升降失常,故见中焦失和之症。

2 CSG 中医证型

通过对2005年以后关于CSG中医证型的相关文献^[11-32]进行阅读整理发现,各地区医学工作者对CSG中医辨证分型基本上比较一致,最常见的证型主要分为四大类:肝胃不和型,脾胃虚弱(寒)型,脾胃湿热型,胃阴不足型,另外少部份学者认为亦存在气滞血瘀、瘀血阻滞、瘀阻胃络等证型。

张海燕等^[11]将120例CSG病例辨证分型为:1)

脾胃湿热型 43 例:口干苦而腻、胃脘痞满、小便短赤、大便或泄或秘; 2) 肝胃不和型 37 例:胃脘胀痛、胸胁窜痛; 3) 胃阴不足型 23 例:消瘦乏力、口燥咽干、舌红少津; 4) 脾胃虚寒型 17 例:胃痛不止、空腹加重、舌淡苔白、大便溏泻。苏敏等^[12]对 80 例 CSG 患者进行辨证分型治疗,与对照组西药治疗相比,取得较好的疗效: 1) 脾胃虚寒型 40 例:胃脘隐痛,喜暖喜按,畏食生冷,手足欠温,舌质淡,苔薄白,脉沉无力; 2) 肝胃不和型 20 例:胃脘胀痛,胸胁口苦,心烦易怒,舌质略红,苔薄白,脉弦细; 3) 胃阴不足型 11 例:胃脘灼痛,饥不欲食,口干心烦,大便秘结,舌质红,少苔或无苔,脉细数无力; 4) 脾胃湿热型 9 例:胃脘痞闷,食后胀痛,反酸烧心,口渴而不多饮,舌质红,苔黄腻。吴治恒等^[13]收集临床 CSG 病例 80 例,中医辨证分为:脾胃虚寒型 43 例,肝胃不和型 21 例,胃阴不足型 10 例,脾胃湿热型 6 例。林晃^[14]根据临床治疗经验,认为 CSG 主要存在的中医证型为肝胃不和型、脾胃虚寒型、脾胃湿热型、胃阴不足型。张声生等^[15]收集临床 CSG 病例 960 例,主要分为五个类型,各证候的出现频率高低依次为肝胃不和型 51.0%、肝郁脾虚型 18.8%、脾胃虚弱型 11.7%、脾胃湿热型 10.2%、胃阴不足型 8.3%。陈良金^[16]根据临床治疗经验,认为 CSG 中医证型主要存在肝胃不和型,胃阴不足型,脾胃虚寒型,脾胃湿热型,气滞痰阻型,瘀阻胃络型。李喜明^[17]认为存在脾胃湿热型、肝气犯胃型、胃阴亏虚型、气滞血瘀型。

3 CSG 中医证型与 HP 相关性

张声生等^[15]将 960 例 CSG 分为肝胃不和证、肝郁脾虚证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃阴不足证,检测各组病例 HP 感染情况,通过统计分析得出结论,各证型与 HP 感染差异无统计学意义($P > 0.05$)。范好等^[30]选择 CSG 患者 150 例,其中脾胃湿热证 93 例,脾胃气虚证 57 例,结果发现脾胃湿热组 HP 感染率显著高于脾胃气虚组,认为 2 组间有统计学意义($P < 0.01$)。陈晴清^[3-10]将 85 例慢性浅表性胃炎辨证分型为:脾胃湿热型、脾气虚型、肝胃不和型,将各证型与 HP 感染的相关性进行分析发现,各种证型与 HP 感染的顺序是:脾胃湿热型 > 肝胃不和型 > 脾气虚型,发现脾胃湿热组与肝胃不和组、脾气虚组与肝胃不和组间 HP 感染无统计学意义,而脾胃湿热与脾气虚证组 HP 感染有统计学意义。吴耀南等^[32]收集厦门地区 CSG309 例,中医辨证为脾胃虚弱型 136 例,肝胃不和型 66 例,脾胃湿热型 63 例,胃络瘀血型 32 例,胃阴不足型 12 例,统计发现脾胃湿热组与脾胃虚弱组、脾胃湿热组与胃阴不足组与 HP 感染有统计学意义($P < 0.01$),其余

各组间无统计学意义($P > 0.05$);将肝胃不和组、脾胃湿热组和胃络瘀血组合并为实证组,脾胃虚弱组和胃阴不足组合并为虚证组,实证组和虚证组存在统计学意义($P < 0.01$)。

4 结论

1) CSG 主要证型有:肝胃不和型,脾胃虚弱型,脾胃湿热型,胃阴不足型,以上四种证型出现频率最高。根据各地文献^[11-32]所示,以上四种证型所占比例也各不相同,有的地区以脾胃虚弱型比例最高,以脾胃湿热型比例最低;有的地区则以肝胃不和型出现频率最高,脾胃虚弱型出现频率最低;气滞血瘀型、胃络瘀阻型出现频率相对稍高,肝郁脾虚型,肝胃气滞型,饮食阻滞型,湿滞胃脘型相对少见。证型的不统一,主观因素可能与各位医学工作者本身学术观点不尽相同而致对证型判断标准产生差异;客观因素上,各地患者由于地域上的差别,饮食习惯、生活方式、气候差异,证型分布受到影响;另外由于收集病例的季节不同、时间长短不一、样本大小差异等因素亦可能影响证型分布的结果。

2) 对于 CSG 中医证型与 HP 感染的相关性,近几年相关研究及文献报道较少,已发表的相关文献^[15,30-32]显示,主要认为 CSG 实证组(脾胃湿热型,肝胃不和型)与虚证者(脾胃虚弱型,胃阴不足型)与 HP 感染有差异性,而实证组各证型间,虚证组各证型间并无明显差异;吴耀南等^[32]认为,HP 感染活动期胃镜下可见黏膜水肿,充血,甚至糜烂,与中医湿热之邪属性相似,实证患者邪气盛,正气不衰,正邪交争,湿热蕴集,亦为 HP 生长创造良好环境,两者互为因果,相互影响,故实证患者 HP 感染率较高;虚证患者邪气较弱,正气已虚,脾胃虚弱,湿热之邪较难纠缠,故 HP 感染率较低。

目前已发表文献显示,对以上问题尚无统一共识,还需要进一步通过统一证型判断标准,进行多研究中心合作,扩大样本容量,消除地域差别,消除病例收集的季节性差异,制定严格的病例收集操作规范等各种可能的影响因素,以便得出更准确的结论。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为.实用中医内科学[M].13版.北京:人民卫生出版社,2009:1976.
- [2] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(上)[J].中华消化杂志,2007,27(1):45-50.
- [3] 中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(下)[J].中华消化杂志,2007,27(2):118-120.
- [4] 刘文忠,萧树东.幽门螺杆菌新国际共识解读[J].胃肠病学,2012,17(1):1.
- [5] 李新练.幽门螺杆菌与慢性胃炎的相关性临床分析[J].中国实用医

- 刊,2012,39(11):80.
- [6]黎卫华.幽门螺旋杆菌(HP)感染与慢性浅表性胃炎的关系[J].医学信息,2011,24(9):4691-4692.
- [7]赵亚军,于学文.幽门螺杆菌与慢性胃炎相关性的研究[J].中国现代医生,2009,47(18):235-236.
- [8]林进乾.幽门螺杆菌感染与慢性胃炎炎症活动的关系[J].中国疗养医学,2009,18(3):257.
- [9]张莉,付晓霞.幽门螺杆菌感染与相关临床疾病[J].中国实用医药,2009,4(28):230-231.
- [10]林三仁.消化系统疾病电子内镜图谱[M].北京:北京大学医学出版社,2003:34.
- [11]张燕梅,任琳莉.中医治疗慢性浅表性胃炎的临床分析[J].中国医药导报,2011,8(11):83.
- [12]苏敏,宁行.辨证治疗慢性浅表性胃炎80例疗效观察[J].临床合理用药,2011,4(78):92.
- [13]吴治恒,杨玲.中医辨证治疗慢性浅表性胃炎80例疗效观察[J].云南中医中药杂志,2005,26(3):1-2.
- [14]林晃,单兆伟.慢性浅表性胃炎的中医诊治[J].中华医学实践杂志,2005,4(11):1147-1148.
- [15]张声生,牧童,汪红兵,等.慢性浅表性胃炎证候分布的研究[J].中华中医药杂志,2007,14(4):25-27.
- [16]陈良金.慢性浅表性胃炎辨证分型与治法特点[J].实用医学进修杂志,2009,37(2):127-128.
- [17]李喜明,晏招兰.慢性浅表性胃炎辨治[J].吉林中医药,2008,28(7):483.
- [18]姚春.中医辨证治疗慢性浅表性胃炎86例[J].陕西中医,2008,29(1):26-27.
- [19]易显锋.辨证治疗慢性浅表性胃炎49例总结[J].湖南中医杂志,2008,24(3):19-20.
- [20]黄雪萍.辨证治疗慢性浅表性胃炎54例[J].实用中医内科杂志,2006,20(3):254-255.
- [21]官文芳,苏亮.辨证治疗慢性浅表性胃炎98例[J].临床观察,2008,30(6):170-171.
- [22]卫永琪.辨证治疗慢性浅表性胃炎81例[J].实用中医药杂志,2005,21(1):12-13.
- [23]肖卫东.慢性浅表性胃炎中医辨证治疗体会[J].基层医学论坛,2012,16(11):1432-1433.
- [24]吴耀南,苏晓芸.慢性浅表性胃炎与舌象的相关性研究[J].光明中医,2012,27(3):608-609.
- [25]韩丽华,张庆荣.慢性浅表性胃炎的中医辨证治疗[J].吉林中医药,2008,28(2):100-101.
- [26]刘卫红,李萍,张蕾,等.慢性浅表性胃炎中医证型与胃黏膜保护因子的相关性分析[J].北京中医,2007,26(1):21-22.
- [27]周正,董明国,袁瑞兴,等.何炎燊128例慢性非萎缩性胃炎中医证候规律研究[J].现代消化及介入诊疗,2010,15(6):346.
- [28]郑惠虹.慢性胃炎中医辨证分型与HP感染的相关性研究[J].福建中医药,2011,42(3):37.
- [29]黄娜,刘燕平.慢性浅表性胃炎辨证分型与胃镜像及血清CEA、CA199、CA125的相关性分析[J].医学信息,2011,24(9):4267.
- [30]范好,王建华,宋强,等.慢性浅表性胃炎中医证候与幽门螺杆菌及抗凋亡蛋白的相关性研究[J].山西中医,2008,24(4):38-39.
- [31]陈晴清.幽门螺杆菌与慢性浅表性胃炎中医证型的关系[J].广西医学,2004,26(3):346.
- [32]吴耀南,黄墩煌.厦门地区慢性浅表性胃炎的中医证型与发病季节及HP感染的关系探讨[J].光明中医,2009,24(12):2234-2235.

(2012-11-04 收稿)

中西医结合治疗脊髓损伤后褥疮的研究进展

刘鑫 单群群 赵锡武 赵廷宝

(济南军区总医院脊髓修复科,济南,250031)

摘要 目的:简述近年来脊髓损伤后褥疮的中西医结合治疗的研究进展,以期能为褥疮合理而有效的治疗提供一定的参考信息。方法:本文对脊髓损伤后褥疮的中医、西医以及中西医结合疗法作简要介绍。结果:西医治疗脊髓损伤后褥疮采用消毒剂或抗生素,治疗目的是抑制褥疮疮面细菌的生长,效果虽好,但同时也阻碍了组织细胞的再生功能,伤口愈合减慢,疗程增长;建议中药外敷以解毒生肌、活血化瘀立法,西药配合治疗,可从虚实论治,进而标本兼治。结论:中西医结合治疗脊髓损伤后褥疮能标本兼治,效果好,伤口愈合快,值得临床推广应用。

关键词 中西医结合;褥疮;治疗;研究进展

Research Progress on Integrative Medicine in Treatment of Bedsores After Spinal Cord Injury

Liu Xin, Shan Qunqun, Zhao Xiwu, Zhao Tingbao

(Department of Spinal Cord Injury, General Hospital of Jinan Military Area Command, Jinan 250031, China)

Abstract Objective: To briefly summarize the research progress on treatment of bedsores, so as to provide some reference information for proper and effective treatment of bedsores. **Methods:** This paper briefly introduced the treatment methods on bedsores after spinal cord injury with Chinese medicine, Western medicine and Integrative Medicine. **Results:** Western medicine treatment on bedsores after spinal cord injury usually used disinfectants or antibiotics so as to inhibit the growth of bacteria on bed sore wound surface, which showed