

# 消化性溃疡中医证候特征分析

王萍<sup>1</sup> 唐旭东<sup>1</sup> 刘绍能<sup>2</sup>

(1 中国中医科学院西苑医院 北京 100091; 2 中国中医科学院广安门医院 北京 100053)

**摘要:**目的:探讨消化性溃疡患者的中医证候特征。方法:根据消化性溃疡患者的临床表现设计调查表,收集 136 例患者的中医症状、体征、舌象、脉象等四诊信息,运用系统聚类分析等统计方法,结合临床专业知识,探索总结本病的中医证候特征。结果:消化性溃疡病位在胃,与肝脾两脏关系密切,病机以肝郁脾虚、气滞血瘀为主,系统聚类结果显示本病可大致分为 5 类证型:第 1 类以脾胃虚寒表现为主;第 2 类以肝郁气滞表现为主;第 3 类以胃络瘀血表现为主,第 4 类以脾胃阴虚表现为主,第 5 类以肝胃郁热表现为主。结论:本组消化性溃疡患者的中医证候特征与临床实际及专家经验认识基本吻合。

**关键词:**消化性溃疡;中医证候;特征分析;系统聚类

**中图分类号:**R 573.1

**文献标识码:**B

**文献编号:**1671-4040(2008)02-0039-02

消化性溃疡(Peptic Ulcer, PU)是消化内科常见病、多发病,5%~10%的人一生中患过本病,男性多见,以 40~50 岁年龄段多发。中医治疗本病有助于提高溃疡愈合质量,降低复发率,改善患者生活质量。我们总结了 5 年来于中国中医科学院广安门医院消化内科住院治疗的 136 例消化性溃疡患者临床资料,对中医症状、体征、舌象、脉象进行变量系统聚类分析,总结本病的中医临床特征及证候分布规律,为临床辨证施治提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究以 2001 年 1 月~2006 年 1 月中国中医科学院广安门医院消化内科住院治疗的消化性溃疡患者为研究对象。其中男 94 例,女 42 例,男女之比为 2.2:1;年龄 16~87 岁,平均(51.24±16.11)岁;平均住院时间为(21.55±10.05)d;胃溃疡 45 例,占 33.1%;十二指肠溃疡 76 例,占 55.9%;复合溃疡 15 例,占 11.0%。胃溃疡与十二指肠溃疡之比为 1:1.7;88 例为初发病例,48 例为复发病例。

**1.2 诊断标准** 消化性溃疡胃镜诊断标准及中医辨证分型标准均参考 2002 年卫生部《中药新药临床指导原则》。

**1.3 纳入标准** (1)符合消化性溃疡内镜诊断标准;(2)年龄

本组 12 例中左卵巢 8 例,右卵巢 4 例,左右之比为 2:1。卵巢甲状腺肿常合并其他肿瘤,本组 2 例合并对侧成熟囊性畸胎瘤,2 例合并同侧卵巢畸胎瘤,表现为囊壁内的肿瘤结节,1 例合并同侧浆液性囊腺瘤,1 例合并子宫肌瘤。卵巢甲状腺肿内的甲状腺组织可发生正常位置甲状腺的任何病理学改变,包括囊性变、单纯性或结节性增生、甲亢、腺瘤样增生、甲状腺炎、甲状腺癌等。卵巢甲状腺肿可实性或囊性、囊实性,文献报道以囊性为多<sup>[1]</sup>,本组有 3 例为位于畸胎瘤囊壁的实性肿块,其余 9 例中 6 例为囊实性,切面为多房结构,囊腔大小不一,囊内为淡褐色胶质样物或液体,较大的囊腔内常为暗褐色液体。显微镜下,卵巢甲状腺肿为成熟甲状腺组织,由大小不一的甲状腺滤泡构成。本组有 4 例出现结节性甲状腺肿改变,7 例为单纯性甲状腺肿。卵巢甲状腺肿恶变时可为乳头状癌、滤泡癌、髓样癌等任何类型,诊断标准同颈部甲状腺。本组 1 例实性甲状腺肿部分区滤泡上皮密度增加,核拥挤重叠、透明变,呈毛玻璃样,并见核沟及嗜酸性核内包涵体,部分区见真性乳头形成,并且 CK19 阳性,诊断为卵巢甲状腺肿瘤变(乳头状癌)。

卵巢甲状腺肿为良性肿瘤,治疗以单纯性手术切除为主,绝经妇女可行双侧附件和全子宫切除,恶性者采用根治

16 周岁以上;(3)性别、病程、溃疡分期不限。

**1.4 调查方法** 根据消化性溃疡的临床表现设计调查表,内容包括一般情况、症状、体征、舌象、脉象等四诊信息,由专门医生负责调查记录,并将资料信息输入数据库。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS11.5 统计软件对数据进行处理和分析,统计描述指出均数、标准差、最大值、最小值、中位数、频率(构成比)。计量资料如年龄等假设检验采用独立样本  $t$  检验、方差分析和秩和检验等;计数资料采用  $\chi^2$  检验、Fisher 精确检验和秩和检验等方法。中医证候分布情况采用变量系统聚类分析。

## 2 结果

**2.1 中医病名分布** 胃痛 91 例,占 66.9%;血证 16 例,占 11.8%;痞满 10 例,占 7.4%;呕吐 9 例,占 6.6%;腹痛 7 例,占 5.1%;虚劳 3 例,占 2.2%。

**2.2 病性、病位分布** 虚实:虚 27 例,占 19.8%;实 63 例,占 46.3%;虚实夹杂 46 例,占 33.8%。病位:胃 74 例,占 54.4%;肝 58 例,占 42.6%;脾 55 例,占 40.4%。

**2.3 主要证候要素分布** 气滞 22 例,占 16.2%;血瘀 28 例,占 20.6%;痰湿 29 例,占 21.3%;脾虚 52 例,占 38.2%;肝郁性手术。本组 9 例行单侧附件切除,1 例合并子宫肌瘤行子宫及单侧附件切除,1 例 47 岁患者左卵巢甲状腺肿合并右成熟囊性畸胎瘤行双侧附件切除,1 例 39 岁患者双侧卵巢肿瘤术中冷冻切片均提示良性,行左附件切除及右肿瘤剥离保留部分皮质并随访。本组 1 例癌变病例术中冷冻提示为甲状腺肿,行单侧附件切除,术后常规病理检查提示部分区乳头状癌变。考虑肿瘤为 Ia 期,文献<sup>[1]</sup>指出对 Ia 期的恶性甲状腺肿可密切随访,而且颈部甲状腺乳头状癌临床常表现为低度恶性,跟患者说明情况后未行根治性手术,建议密切随访,现术后已 5 年,未见复发或转移。说明继发于卵巢甲状腺肿的乳头状癌与颈部甲状腺乳头状癌一样恶性度较低,预后良好。

## 参考文献

- [1] Szyfelbein WM, Young RH, Scully RE. Cystic struma ovarii: a frequently unrecognized tumor, a report of 20 cases [J]. Am J Surg Pathol, 1994, 18: 785-788
- [2] Raina A, Stasi G, Compagnoni BM, et al. Struma ovarii: a rare gynecological tumor[J]. Acta Oncologica, 1997, 36: 533-534
- [3] Dardik RB, Dardik M, Westra W, et al. Malignant struma ovarii: two cases reports and a review of the literature [J]. Gynecologic Oncology, 1999, 73: 477-481

(收稿日期: 2007-08-27)

69 例,占 50.7%。

2.4 证型分布 对 136 例患者依据临床症状的相关程度按指标进行系统聚类分析。本研究尝试性地使用不同的聚类方法对数据进行反复多次的试验,结果发现选用系统聚类中的 R 型聚类分析法,类间距离用组间平均距离(Between-Group Linkage)法时,聚成 5 类时与临床实际最为符合。结果见表 1。

表 1 证型分布系统聚类分析表

类型	聚类结果
1	胃脘隐痛、空腹时加重、腹泻、肠鸣、畏凉食、嘈杂、腰痛、尿频
2	腹痛、烦躁、发热、口臭、口苦、口干、汗出、心慌、乏力、头晕
3	胃脘胀痛、餐后加重、胁肋疼痛、腹胀、嗳气、纳差、消瘦、胸闷、气短、大便时干时稀
4	胃脘灼痛、恶心、呕吐、呃逆、烧心、泛酸、大便干、尿黄少、头痛
5	胃脘刺痛、夜间痛重、黑便

结合专业知识,同时参考《临床新药指导原则》消化性溃疡的中医辨证标准,上述 5 个类型症状群大致可归纳为 5 个证型:脾胃虚寒证、肝胃郁热证、肝郁气滞证、脾胃阴虚证和胃络瘀血证。

### 3 讨论

目前对于消化性溃疡的治疗,中西医均能获得较为满意的疗效,尤其近 10 余年来,西药 H<sub>2</sub>受体拮抗剂、质子泵抑制剂等抑酸药的出现与不断更新换代,使溃疡病的治愈率明显提高,但 1 年复发率仍高达 80%以上,引起医学界的高度重视。提高溃疡愈合质量、防治复发成为当前研究的热点<sup>[1]</sup>。中医辨证治疗消化性溃疡,主要通过整体调节,改善患者临床症状,促进溃疡愈合,提高愈合质量,减少复发。中医药疗效的关键在于辨证,正确把握本病中医临床特征及证候分布规律,有利于保证辨证准确性、提高疗效。

消化性溃疡为现代医学病名,可归属中医“胃脘痛”、“胃痛”、“心下痞”、“呕吐”、“心痛”、“吞酸”、“吐血”、“便血”、“胃痛”等病范畴<sup>[2]</sup>。本研究结果显示消化性溃疡病位主要在胃

(54.4%),与肝(42.6%)、脾(40.4%)有密切关系。证候要素以肝郁(50.7%)及脾虚(38.2%)为主,气滞(16.2%)、血瘀(20.6%)和痰湿(21.3%)次之。与文献报道的中医辨证脾虚型和肝郁型最多,分别占 38.8%和 45.2%<sup>[3]</sup>结论一致。本研究以实证为多(46.3%),虚实夹杂(33.8%)次之,单纯虚证最少(19.8%),实证以肝郁气滞、气滞血瘀及湿阻为主,虚实夹杂主要是肝郁脾虚、脾虚夹滞及气虚血瘀等为主,虚证以脾胃虚弱和脾胃虚寒为主。肝、脾两脏在消化性溃疡发病中都起着极其重要的作用。脾虚是消化性溃疡之本,而肝郁是标,基本病机为脾胃虚于内,肝气横逆之,气郁可化火,久病可入络,致肝郁脾虚,气滞血瘀。治疗上应以疏肝健脾和胃、理气活血为主<sup>[4]</sup>。

本组患者症状大致可归纳为 5 个证型:脾胃虚寒证、肝胃郁热证、肝郁气滞证、脾胃阴虚证、胃络瘀血证,基本符合临床实际和《中药新药临床指导原则》对本病的证型划分。虽然本研究关于消化性溃疡病性、病位及证候分布结论与临床实际和当前共识标准基本吻合,但由于只有 136 例患者,病例数偏少,使结论的得出难免带有一定的偶然性。鉴于中医证候的复杂性,运用多种数理统计方法相结合,从多维和多层次角度来全面分析中医症状之间以及症状与证候之间的复杂联系,以及动态演变使得研究结论科学性更强,使之更切合临床实际,更符合中医辨证论治的基本思想。

#### 参考文献

[1]唐旭东,郭朋.消化性溃疡[M].北京:科学技术文献出版社,2002. 262-263

[2]李曦明,陈文娜.中医药“以痛论治”消化性溃疡浅析[J].光明中医, 2006,21(11):11-13

[3]刘景泉.活动期消化性溃疡 330 例中医证型分析[J].中医药通报·基础研究,2002,1(2):29-30

[4]申定珠,李家邦,凌江红,等.消化性溃疡从肝脾论治[J].中国中医急症,2006,12(5):164-165

(收稿日期:2007-10-17)

## 手法配合补阳还五汤加二陈汤治疗颈性眩晕 63 例

傅建苗

(浙江省诸暨市人民医院 诸暨 311800)

关键词:颈性眩晕;补阳还五汤;二陈汤;手法治疗

中图分类号:R 255.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0040-01

颈性眩晕是由于多种因素造成椎动脉受到压迫和刺激后,引起的以头晕、头痛为主要症状的一种常见疾病<sup>[1]</sup>。笔者自 1993~2006 年用手法配合补阳还五汤加二陈汤治疗颈性眩晕,疗效满意。现报道如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 63 例患者中男性 28 例,女性 35 例;年龄 21~58 岁,平均 35 岁;其中教师 13 人,电脑操作或文案人员 28 人,学生 10 人,工人 12 人。主要表现均为眩晕,尤其在体位改变时更易发作,并多伴有恶心、呕吐,颈背部不适。X 片示:38 例表现为颈椎骨质增生及椎间隙不同程度变窄;22 例表现为颈椎生理曲度变直;3 例未发现颈椎及关节异常。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 手法治疗 患者坐位,用拇指点揉风池、肩井、天宗等

穴,每穴 3min;用拇指推揉两侧项肌、胸锁乳突肌,用揉法治疗两侧斜方肌、背阔肌,沿膀胱经、胆经的路线在头部进行点按揉及梳理治疗。

1.2.2 中药治疗 补阳还五汤加二陈汤:生黄芪 30g,当归 15g,川芎 12g,制半夏 15g,地龙 12g,茯苓 15g,陈皮 10g,葛根 15g,生甘草 6g,红花 9g。恶心呕吐重加竹茹 10g,枳壳 12g;腿软、行走不稳加川断 10g,牛膝 12g;肢麻手凉加桂枝 10g,白芥子 10g;视物模糊加制首乌 20g,枸杞子 15g。

1.3 结果 参照《临床疾病诊断治愈好转标准》<sup>[2]</sup>进行判断:治愈 35 例,显效 15 例,有效 8 例,无效 5 例,总有效率 92%。

### 2 讨论

颈椎退变、颈项肌紧张均可压迫椎动脉而引起眩晕,多属于气虚血瘀之证。运用手法治疗在于松懈(下转第 60 页)