



反流性食管炎胆热犯胃和肝胃郁热证辨证特点研究

孙吉, 朱生樑, 马淑颖, 王晓素, 孔婧

上海中医药大学岳阳中西医结合医院消化科, 上海 200437

目的:观察比较反流性食管炎胆热犯胃证和肝胃郁热证患者的临床症状特点, 合并胆系疾病情况, 以及内镜下食管黏膜炎症、胃内胆汁反流、幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, HP)感染的差异。

方法:收集 2007 年 6 月~2009 年 12 月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院反流性食管炎胆热犯胃证及肝胃郁热证的患者。填写临床调查表, 行胃镜等检查, 分析两种证型患者的一般情况, 临床症状, 合并胆系疾病情况, 以及内镜下食管黏膜炎症、胃内胆汁反流、HP 感染的差异。

结果:反流性食管炎胆热犯胃证患者平均年龄大于肝胃郁热证($P < 0.01$), 胆热犯胃证临床症状重于肝胃郁热证($P < 0.01$)。胆热犯胃证合并胆系疾病发生频率高于肝胃郁热证($P < 0.01$), 胆热犯胃证食管黏膜炎症程度重于肝胃郁热证($P < 0.01$), 内镜下胃内胆汁反流、HP 感染发生频率均高于肝胃郁热证($P < 0.01$)。

结论:反流性食管炎胆热犯胃证与肝胃郁热证在发病年龄、临床症状、合并胆系疾病病史及内镜下表现等多方面存在差异, 其合并病史情况及内镜下表现可为临床准确辨证提供客观依据。

关键词:反流性食管炎; 证候; 胆热犯胃证; 肝胃郁热证; 临床试验

反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)是一种由胃和十二指肠内容物(主要是酸性胃液或酸性胃液加胆汁)反流至食管所引起的食管黏膜的炎症、糜烂、溃疡和纤维化等病变^[1]。西医治疗 RE 以抑酸为主, 但部分患者经正规抑酸治疗后, 临床症状及食管黏膜炎症不能缓解。我科前期流行病学调查及聚类分析结果显示, RE 可分为肝胃郁热、胆热犯胃、

气郁痰阻及中虚气逆 4 种证型^[2]。以该研究结果为依据, 国家中医药管理局组织编写了 RE 中医诊疗方案, 其中胆热犯胃证因与肝胃郁热证同属热证, 两型临床主症、舌脉等相似, 临床辨证中容易混淆, 影响治疗效果。因此, 本研究拟通过观察反流性食管炎胆热犯胃与肝胃郁热两证型临床证候特点、合并胆系疾病情况和内镜下食道黏膜炎症、胃内胆汁反流、幽门

Open Access 开放获取	Related Articles 推荐阅读
<p>DOI: 10.3736/jcim20110706 http://www.jcimjournal.com</p> <p>孙吉, 朱生樑, 马淑颖, 王晓素, 孔婧. 反流性食管炎胆热犯胃和肝胃郁热证辨证特点研究. 中西医结合学报. 2011; 9(7): 732-736. Sun J, Zhu SL, Ma SY, Wang XS, Kong J. Clinical characteristics of patients with reflux esophagitis exhibiting gallbladder heat attacking the stomach or stagnant heat of the liver and stomach syndrome. <i>J Chin Integr Med.</i> 2011; 9(7): 732-736.</p> <p>Received January 26, 2011; accepted April 23, 2011; published online July 15, 2011. Full-text LinkOut at PubMed. Journal title in PubMed: <i>Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao.</i></p> <p>Correspondence: Ji Sun; Tel: 025-85811625; E-mail: thebest911@hotmail.com</p>	<p>时昭红, 苏文, 张介眉, 郝建军, 冯云霞, 陈洲. 调中颗粒对大鼠混合反流性食管炎的治疗作用及其机制. 中西医结合学报. 2008; 6(4): 366-371. Shi ZH, Su W, Zhang JM, Hao JJ, Feng YX, Chen Z. Therapeutic effects of Tiaozhong Granule on esophagus mucous membrane in rats with mixed reflux esophagitis and the mechanisms. <i>J Chin Integr Med.</i> 2008; 6(4): 366-371.</p> <p>Full text available at http://www.jcimjournal.com/FullText2.aspx?articleID=167219772008040366</p> <p>王长洪, 王立新, 杨卓, 陈山泉, 朱虹, 陆宇平. 泮托拉唑或奥美拉唑合旋覆代赭汤治疗反流性食管炎的对比观察. 中西医结合学报. 2003; 1(4): 284, 311. Wang CH, Wang LX, Yang Z, Chen SQ, Zhu H, Lu YP. Treatment of reflux esophagitis by Xuanfu Daizhe Decoction combined with pantoprazole or omeprazole: a comparative study. <i>J Chin Integr Med.</i> 2003; 1(4): 284, 311.</p> <p>Full text available at http://www.jcimjournal.com/FullText2.aspx?articleID=218</p> <p>More related articles at http://www.jcimjournal.com/FullText2.aspx?articleID=jcim20110706</p>

螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, HP) 感染等情况, 归纳两种证型的异同, 为临床准确辨证提供依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 研究对象 2007 年 6 月~2009 年 12 月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院胃食管反流病中医特色专科及消化科门诊的病人。

1.1.2 诊断标准 西医诊断经胃镜检查确诊为 RE, 并参照 1994 年美国洛杉矶世界胃肠病大会制定的洛杉矶 (Los Angeles, LA) 分类法, 共分 A、B、C 和 D 级^[3]。

中医诊断标准参考《中医病证分类与代码》(中华人民共和国国家标准 GB/T15657-1995)^[4] 和《中医内科学》^[5] 中关于吐酸、嘈杂等疾病的相关辨证进行诊断。肝胃郁热: 主症为反酸, 烧心, 嗝气, 脘痞胀, 食欲不振, 舌红、苔黄腻, 脉弦; 胆热犯胃: 主症为口苦咽干, 反酸, 烧心, 胸骨后痛或不适, 心烦失眠, 嗝气, 舌红、苔薄黄, 脉弦。

1.1.3 纳入标准 凡符合上述中西医诊断标准, 中医辨证符合肝胃郁热或胆热犯胃证的反流性食管炎患者即可纳入此项研究。

1.1.4 排除标准 (1) 合并下列疾病之一者: 消化性溃疡, 胃、食管和十二指肠手术史, 卓-艾综合征, 原发性食道动力疾患 (如贲门失弛缓症, 硬皮病, 原发性食道痉挛), 上消化道恶性病变, 冠心病, 糖尿病, 药物性食管炎及精神病患者。(2) 有语言障碍者。

1.2 研究方法

1.2.1 观察指标 由消化内科具有副主任医师以上职称的医生根据统一诊断标准对患者进行辨证分型, 并统一填写临床流行病学调查表。详细记录初诊 RE 胆热犯胃、肝胃郁热两证患者的性别、年龄、病程、临床症状轻重程度、既往病史 (合并胆系疾病病史), 胃镜下食道黏膜炎症、胃内胆汁反流, HP 感染情况及相关实验室检查等。

1.2.2 临床症状评分 临床症状积分根据 2006 年中国胃食管反流病共识意见^[6] 的诊断标准, 并参照《中药新药临床研究指导原则》^[7] 按照症状轻重进行分级。根据患者临床症状轻重分为无、轻、中、重 4 级, 分别以 0、1、2、3 进行计分。

1.2.3 内镜下食管黏膜炎症分级计分 食管黏膜炎症采用 Olympus CV-260 电子胃镜 (Olympus 光学工业株式会社) 检测, 参照 1994 年美国洛杉矶世界胃肠病会议制定的标准 (LA 分级)^[4], 食管炎分为 A、B、C、D 级, 分别记为 1、2、3、4 分。

1.2.4 指标定义 胆系疾病病史包括胆囊炎、胆囊结石、胆囊切除术后、胆囊息肉等, 根据临床病史采

集时患者自诉分为无或有。胃镜下胃内胆汁反流: 根据胃镜诊断, 分为阳性、阴性; HP 感染: 根据胃镜后病理诊断, 分为阳性、阴性。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 15.0 for Windows 统计软件进行统计分析。正态分布资料数据结果采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 进行单因素方差分析, 两两比较用 q 检验; 非正态分布资料, 采用秩和检验。设定 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 本研究共纳入胆热犯胃及肝胃郁热两证型病例共计 284 例。胆热犯胃证 110 例中, 男性 35 例, 女性 75 例; 年龄最大者 84 岁, 最小者 23 岁, 平均年龄 (57.00 ± 10.20) 岁; 病程最长者 120 个月, 最短者 5 d。肝胃郁热证 174 例, 男性 49 例, 女性 125 例; 年龄最大者 79 岁, 最小者 13 岁, 平均年龄 (50.98 ± 14.49) 岁; 病程最长者 120 个月, 最短者 7.5 d。两证型患者在性别、病程方面比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 胆热犯胃证患者平均年龄大于肝胃郁热证 ($P < 0.01$)。

2.2 两证型临床症状严重程度比较 胆热犯胃证患者的临床症状发生频率从高到低依次为口苦咽干、嗝气、反酸、烧心、腹胀、胸痛、上腹痛、心烦失眠、反胃、神疲乏力、便干、咽部不适、呛咳、纳差、溺黄、吞咽困难; 肝胃郁热证的临床症状发生频率从高到低依次为反酸、烧心、嗝气、上腹痛、胸痛、腹胀、神疲乏力、反胃、呛咳、心烦失眠、便干、咽部不适、口苦咽干、纳差、溺黄、吞咽困难 (见表 1)。两证型临床症状总积分胆热犯胃证 (平均秩次 172.14) 高于肝胃郁热证 (平均秩次 123.76), 两证型间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

2.3 合并胆系疾病情况比较 胆热犯胃证合并胆系疾病者占 42% (46/110), 其中胆囊炎 25 例, 胆囊结石 6 例, 胆囊切除术后 15 例; 肝胃郁热证合并胆系疾病者占 11% (19/174), 其中胆囊炎 14 例, 胆囊结石 2 例, 胆囊切除术后 2 例, 胆囊息肉 1 例。胆热犯胃证合并胆系疾病多于肝胃郁热证 ($P < 0.01$)。

2.4 两证型胃镜下食管黏膜炎症分级情况比较 将两证型病例初诊时内镜下食管黏膜炎症分级情况进行统计, 发现胆热犯胃证患者 RE A 级占 70% (77 例), B 级占 20% (22 例), C 级占 10% (11 例); 肝胃郁热证患者 RE A 级占 89.1% (155 例), B 级占 8% (14 例), C 级占 2.9% (5 例)。食管黏膜炎症程度胆热犯胃证 (平均秩次 159.30) 重于肝胃郁热证 (平均秩次 131.88), 两证型间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 1 两证型临床症状频数表
Table 1 Frequency of signs and symptoms of patients with reflux esophagitis

Sign or symptom	Stagnant heat of liver and stomach		Heat of gallbladder attacking stomach	
	n	Percentage (%)	n	Percentage (%)
Heartburn	77	70.0	117	67.2
Pantothenic acid	82	74.5	118	67.8
Bitter taste in the mouth and dry throat	110	100.0	32	18.4
Chest pain	56	50.9	90	51.7
Regurgitation	41	37.3	52	29.9
Belching	83	75.5	111	63.8
Discomfort in the throat	32	29.1	46	26.4
Dysphagia	7	6.4	12	6.9
Cough	30	27.3	51	29.3
Epigastric pain	53	48.2	92	52.9
Abdominal distention	63	57.3	87	50.0
Poor appetite	22	20.0	28	16.1
Fatigue	37	33.6	68	39.1
Deep-colored urine	22	20.0	28	16.1
Dry stool	36	32.7	48	27.6
Vexation and insomnia	44	40.0	51	29.3

2.5 两证型内镜下合并胃内胆汁反流及 HP 感染情况 胆热犯胃证 110 例患者中内镜下合并胃内胆汁反流者 36 例,合并 HP 感染者 54 例;肝胃郁热证 174 例中内镜下合并胃内胆汁反流者 11 例,合并 HP 感染者 77 例。结果提示,胆热犯胃证内镜下胃内胆汁反流发生频率和 HP 感染发生频率高于肝胃郁热证($P < 0.01$)。

3 讨论

本次研究发现,RE 胆热犯胃证患者发病年龄大于肝胃郁热证,且临床症状较重,多合并胆系疾病病史;内镜下胆热犯胃证患者食管黏膜炎症程度重于肝胃郁热证,胃内胆汁反流及 HP 感染发生频率均高于肝胃郁热证。胆热犯胃证与肝胃郁热证虽在中医辨证方面同属热证,但在临床表现及内镜下特点等诸多方面存在明显差异。

我们既往通过 24 h pH 及胆红素监测对 RE 中医证型与反流类型关系进行的研究亦表明,RE 胆热犯胃证患者的病理反流类型以混合反流为主,肝胃郁热证的病理反流类型则以酸反流为主^[8]。结合此次研究结果,我们认为胆热犯胃证患者多存在十二指肠-胃-食管反流,并因其往往合并胆系疾病而存在胃肠激素分泌紊乱、胆汁排泄及胃肠道动力障碍。我们认为,肝胃郁热证符合传统酸反流的发病机制和临床表现,以酸反流为主;而胆热犯胃证因多合并胆系疾病,其发病机制更为复杂,涉及胆汁排

泄、胃肠运动功能紊乱,并以酸碱混合反流为主。食管黏膜炎症程度也符合混合反流食管黏膜炎症较单纯酸反流更重的现代医学研究结果^[9]。根据此次研究结果,我们推测胆热犯胃证中医病因为素罹胆病,胆邪犯胃,湿热中阻,可致浊阴不降,胃气反逆;胆囊切除后造成胆中精汁不足,影响脾胃运化功能而致纳差、嗝气等不适从而导致本病的发生。《症因脉治·外感吐酸水·内伤吐酸水》曰:“呕吐酸水之因……肝气太盛,遂成木火之化……木能生火,乘胃克脾,则饮食不能消化,停积于胃,遂成酸水浸淫之患矣。”我们认为肝胃郁热证其病机为肝失疏泄,肝气郁结,气机阻滞,横逆犯胃,气郁化热,肝胃不和,胃气夹热上逆而为病。

而胆热犯胃证患者 HP 感染发生频率较高,推测可能由于十二指肠液反流时,胃酸被碱性反流液中和,导致区域梯度性 pH 环境改变,从而有利于 HP 定植。十二指肠反流物中的蛋白酶和脂肪酶也可能在一定程度上削弱了胃体黏膜的黏液和黏膜屏障的保护作用,使 HP 遭受的运动阻力和黏附难度降低。此外,HP 感染可能会通过减少胃黏膜的生长抑素生成细胞以及增加胃泌素释放量影响胃窦部和十二指肠的动力改变,而进一步引起胆汁反流^[10]。我们既往的研究亦证实^[11,12],胆热上扰的病理基础在 RE 的发病过程中占有十分重要的地位,内镜下胃内胆汁返流在胃食管反流病中医辨证分型之胆热犯胃型最为常见,内镜下胃内胆汁返流是胆

热犯胃型的重要病理生理基础^[13]。研究同时发现,胆汁反流与中医辨证分型有较大相关性,胆热犯胃型与胆汁反流密切相关,可能与该类患者多有胆道功能紊乱,加之食管下括约肌、幽门括约肌松弛,胆汁逆流流入食管造成黏膜损伤有关^[13]。

本研究结果表明,RE 胆热犯胃与肝胃郁热两证型在发病年龄、临床症状、合并胆系疾病病史及内镜下表现等多方面存在差异,是临床鉴别这两种证型可参考的客观依据。

4 利益冲突

本文作者声明不存在任何与本稿件相关的利益冲突。

REFERENCES

- 1 Chen HZ. Practical internal medicine. 11th ed. Beijing: People's Medical Publishing House. 2001: 1726. Chinese. 陈灏珠. 实用内科学. 第 11 版. 北京: 人民卫生出版社. 2001: 1726.
- 2 Zhu SL, Li Y, Zhu XY, Ma SY. Study into syndrome of gastroesophageal reflux disorders. Shanghai Zhong Yi Yao Za Zhi. 2002; 36(12): 12-13. Chinese with abstract in English. 朱生樑, 李勇, 朱晓燕, 马淑颖. 胃食管反流病证型研究. 上海中医药杂志. 2002; 36(12): 12-13.
- 3 Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, Johnson F, Hongo M, Richter JE, Spechler SJ, Tytgat GN, Wallin L. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. Gut. 1999; 45(2): 172-180.
- 4 Chen YB, Pan XQ, Jin LS, Zhang RH, Mao SS, Zhang Q, Yang QJ, Shao QH, Duan XZ, Wen JH, Shen SW. Classification and codes of diseases and Zheng of traditional Chinese medicine. Beijing: Standards Press of China. 1995: 1-3. Chinese. 陈佑邦, 潘筱秦, 金棣生, 章如虹, 毛树松, 张奇, 杨勤建, 邵企红, 段孝著, 文建华, 沈绍武. 中医病证分类与代码. 北京: 中国标准出版社. 1995: 1-3.
- 5 Chen XJ. Internal medicine of traditional Chinese medicine. Shanghai: Shanghai Scientific and Technical Publishers. 2004: 165-168. Chinese. 陈湘君. 中医内科学. 上海: 上海科技出版社. 2004: 165-168.
- 6 Committee of Chinese Consensus on Gastroesophageal Reflux Disease. Chinese consensus on gastroesophageal reflux disease (2006·10 Sanya). Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2007; 46(2): 170-173. Chinese. 中国胃食管反流病共识意见专家组. 中国胃食管反流病共识意见(2006·10 三亚). 中华内科杂志. 2007; 46(2): 170-173.
- 7 Zheng XY. Guidelines for clinical research on Chinese new herbal medicines (trial implementation). Beijing: China Medical Science and Technology Press. 2002: 124-129. Chinese. 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京: 中国医药科技出版社. 2002: 124-129.
- 8 Zhu SL, Ma SY, Cheng YM, Sun J, Sun YS, Li L, Wang XS, Fang SQ. Clinical research of relationships between traditional Chinese medicine syndrome types of gastroesophageal reflux disease and type of reflux. Jiangsu Zhong Yi Yao. 2008; 40(11): 41-42. Chinese. 朱生樑, 马淑颖, 程艳梅, 孙吉, 孙永顺, 李黎, 王晓素, 方盛泉. 胃食管反流病中医证型与反流类型的临床研究. 江苏中医药. 2008; 40(11): 41-42.
- 9 Wang W, Xu GM, Li ZS, Zou DW, Zhu AY, Yu FH. Effects of gastroesophageal reflux and duodeno-esophageal reflux on esophageal mucosa. Zhonghua Xiao Hua Za Zhi. 2000; 20(4): 240-242. Chinese with abstract in English. 王雯, 许国铭, 李兆申, 邹多武, 朱爱勇, 于凤海. 胃及十二指肠液对食管粘膜损伤的实验研究. 中华消化杂志. 2000; 20(4): 240-242.
- 10 Huang YD, Tu XA. Relationships between bile reflux gastritis and esophagitis and *Helicobacter pylori*. Shi Yong Lin Chuang Yi Xue. 2004; 5(5): 12-14. Chinese with abstract in English. 黄宜定, 涂小安. 胆汁反流性胃炎、反流性食管炎与幽门螺杆菌的关系探讨. 实用临床医学. 2004; 5(5): 12-14.
- 11 Sun YS, Zhu SL, Ma SY, Deng YH. Characteristics of the traditional Chinese medicine syndromes of gastroesophageal reflux disease: a report of 260 cases. Jiangsu Zhong Yi Yao. 2004; 25(12): 41-42. Chinese. 孙永顺, 朱生樑, 马淑颖, 邓玉海. 260 例胃食管反流病中医证候特点剖析. 江苏中医药. 2004; 25(12): 41-42.
- 12 Zhu SL, Sun YS, Ma SY, Wang XS. Multianalysis of Chinese medical syndromes of gastroesophageal regurgitation. Shanghai Zhong Yi Yao Za Zhi. 2006; 40(10): 28-29. Chinese with abstract in English. 朱生樑, 孙永顺, 马淑颖, 王晓素. 胃食管反流病中医证候的多元分析. 上海中医药杂志. 2006; 40(10): 28-29.
- 13 Zhu XY, Zhu SL. Relationships between traditional Chinese medicine syndrome types of reflux esophagitis and expression under endoscopy, bile reflux gastritis and *Helicobacter pylori*. Beijing Zhong Yi. 2004; 23(6): 323-325. Chinese. 朱晓燕, 朱生樑. 反流性食管炎中医辨证与胃镜表现、胆汁反流及 HP 感染的相关性研究. 北京中医. 2004; 23(6): 323-325.

Clinical characteristics of patients with reflux esophagitis exhibiting gallbladder heat attacking the stomach or stagnant heat of the liver and stomach syndrome

Ji Sun, Sheng-liang Zhu, Shu-ying Ma, Xiao-su Wang, Jing Kong

Department of Gastroenterology, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China

Objective: To compare the characteristics of the traditional Chinese medicine (TCM) syndromes of gallbladder heat attacking the stomach and stagnant heat of the liver and stomach in patients with reflux esophagitis (RE), in terms of clinical symptoms, combination of gallbladder conditions, esophageal mucosal inflammation, gastric bile reflux under endoscopy and *helicobacter pylori* (HP) infection.

Methods: Patients with RE were enrolled from Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine from June 2007 to December 2009 and patients exhibiting the syndrome of gallbladder heat attacking the stomach or stagnant heat of the liver and stomach were collected. The patients were requested to complete clinical questionnaires. The general data, characteristics of clinical symptoms, combination of gallbladder conditions, esophageal mucosal inflammation, gastric bile reflux under endoscopy and HP infection of the two patterns were compared.

Results: The average age of the selected patients with gallbladder heat attacking the stomach was older than that of the patients with stagnant heat of the liver and stomach ($P < 0.01$) and the accompanying clinical signs and symptoms were more severe ($P < 0.01$). The incidence of gallbladder diseases in patients with gallbladder heat attacking the stomach was higher than that of the patients with stagnant heat of the liver and stomach ($P < 0.01$). The extent of the esophageal mucosal inflammation under endoscopy as well as the gastric bile reflux and the incidence of HP infection was also more severe ($P < 0.01$).

Conclusion: There are significant differences in several regards between the syndromes of gallbladder heat attacking the stomach and stagnant heat of the liver and stomach in patients with RE. These characteristics may provide sound evidence for differentiation of signs and symptoms for this disease.

Keywords: reflux esophagitis; symptom complex; heat of gallbladder attacking stomach; stagnant heat of liver and stomach; clinical trial