

胃部疾患时胃粘膜瘀血——微循环障碍研究进展

罗珠林¹ 潘伯荣² 陈 渝¹ 张流芳³ 刘仲玉³

胃部疾患指各型慢性胃炎(CG)、各类消化性溃疡(PU)和十二指肠炎。胃部疾患时胃粘膜瘀血,指胃、十二指肠粘膜病变处血液运行不畅、血液循环障碍。本课题的研究,近10年有较大发展,现综述如下。

1 正常胃粘膜血液循环特点与胃部疾患发病的关系

正常胃、十二指肠粘膜微循环解剖特点⁽¹⁾和血流量分布特点,可以解释PU及CG的好发部位,这与胃小弯、胃窦部及十二指肠球部存在着相对的血液循环不良(缺血)密切相关。因为胃粘膜损伤的敏感性与胃血流量灌注密切相关⁽²⁾,只有血液供应充分,氧和营养物质的补给才有保证,细胞更新速度得以维持,胃粘膜的完整得以保全⁽³⁾。胃粘膜的微循环解剖特点和血流量分布特点可能是胃脘痛发生的病理生理学基础⁽⁴⁾。胃血管有丰富的神经支配,很易受神经刺激的影响,刺激交感神经,胃粘膜下层动脉收缩,血流量减少⁽⁵⁾。可见,胃病的发生除刺激性饮食损伤胃、十二指肠粘膜外,不良精神因素(忧虑、恼怒等)亦是个重要原因。这些不良精神刺激可使交感神经兴奋、胃肠激素分泌失调,使胃、十二指肠粘膜瘀血——微循环障碍、血流量减少(即肝郁、气滞、血瘀),从而发生胃病。

2 病变粘膜的病理变化

Knight等⁽¹⁾发现活动性胃溃疡(CG)的胃粘膜血流量在各部位均比正常粘膜明显下降,愈合期溃疡周围粘膜血流量比正常增加33%,在疤痕期周围血流量回复到正常。有报道⁽⁶⁾,溃疡灶底部及溃疡周围的血管发生血管内膜炎,血管壁纤维增厚或透明变性,其中83.8%患者的血管腔有不同程度的狭窄。金冠球等⁽⁷⁾通过对老年人胃镜与胃粘膜组织病理学研究,认为粘膜小血管扭曲、血管壁增厚和血管腔狭窄是CAG组织病理学改变的基础。罗珠林^(4,8)应用中西医结合理论与方法对CG胃镜下所见病变及粘膜组织病理学改变进行微观辨证研究,认为粘膜充血水肿、颗粒状增生隆起、皱襞粗大肥厚、息肉、小结、糜

烂、溃疡、萎缩等均为瘀血及瘀血的病理产物,各型CG均有瘀血存在。Nagamine等⁽⁹⁾用狗作实验,观察胃炎粘膜微循环的病理变化,进行血液动力学和形态学研究。结果提示实验动物的胃粘膜处于局部缺血状态为胃炎的病因。郑萍等⁽¹⁰⁾对肝硬化合并溃疡患者胃肠激素与内脏血流变化进行研究,认为胃粘膜血流量改变越显著其粘膜的炎症、萎缩病变程度就越严重,胃粘膜血流量减少使胃组织中和酸的能力降低,促使溃疡形成。张琳等⁽¹¹⁾对幽门螺旋杆菌(HP)与CAG发病关系进行研究,认为瘀血存在于CAG的全过程,电镜下证实HP侵入越多,瘀血与出血改变亦越重,瘀血是CAG的基本病理特征。

3 病变粘膜的临床与血流变学观察

3.1 临床观察 刘国谱⁽¹²⁾认为不管PU分型如何,都存在瘀血内阻现象。日本学者认为胃酸过多症、GU和胃痛都是瘀血所致疾病⁽¹³⁾。罗珠林⁽¹⁴⁾以固定性上腹部痛、上腹部胀满、舌瘀血征、黑粪为4项血瘀临床观察指标,发现CG患者血瘀指标检出率100%,血瘀证符合率73%。张琳等⁽¹⁵⁾观察到胃脘痛舌下静脉瘀张者达96%,而对照组仅占10%。认为治疗时应当以活血化瘀为主,只有活血化瘀才能阻断胃粘膜瘀血所致的各种病理改变的发生、发展,从而防止CSG发展为CAG或GU,消除已发生、发展的瘀血改变,从而使临床症状消失⁽¹⁴⁾。有资料证明活血化瘀治疗PU疗效较好,治疗4周时治愈率达85%~92.8%^(16,17)。至今仍有不少学者认为CAG是不可逆性病变,然而苗世举⁽¹⁸⁾运用活血化瘀法治疗CAG2个月后病理治愈率达42%。

3.2 血液流变学及甲襞微循环变化 血液流变学(血流变)障碍必然导致微循环障碍,是间接反应脏器瘀血的客观指标。潘秀珍等⁽¹⁹⁾对CAG、CSG、GU和胃癌进行研究,发现4种胃病血流变指标大多高于正常,且有统计学差异,血液流变性障碍以胃癌最严重,其次是CAG。慢性胃病中血流变指标异常者达77%⁽¹⁵⁾。CAG有血液流变学改变者达82.4%,以血流粘滞性增高、浓稠性增强为多见,其次为有成份聚集性改变⁽²⁰⁾,而且伴肠上皮化生或不典型增生组织的血流变性异常高于非肠上皮化生或非异常增

1. 成都军区总医院(成都 610083); 2. 第四军医大学;
3. 成都军区军医学院

生组⁽¹⁵⁾。说明肠上皮化生及不典型增生与瘀血有关。甲皱微循环障碍是间接反映脏器瘀血——血液循环障碍的重要指标。甲皱微循环障碍在慢性消化系统疾病中达95%⁽²¹⁾，在胃部疾患中90%异常，与正常对照组相比差异显著($P < 0.01$)⁽¹⁵⁾。

3.3 脉-心功能 邹襄谷等⁽²²⁾对56例慢性胃部疾患脾虚肝郁证患者进行胃电、胃粘膜病变观察及脉-心功能检测。结果表明，慢性胃病脾虚肝郁证在某种程度上影响到心血管功能，表现为左室泵力功能及微循环代谢能力降低。

4 展望

胃病的瘀血学说虽然2000多年前就由我国首创，与瘀血学说一致的胃病血管源学说亦有140年历史，但长期以来未受到足够重视。近年来对PU及CG发病机理研究主要集中在胃酸、胃蛋白酶、胃肠道激素、免疫功能、胃粘膜屏障、遗传体质及幽门螺旋杆菌等方面，而对胃、十二指肠粘膜病变局部的血液循环障碍——瘀血研究较少。从以上文献回顾可以看到，胃、十二指肠粘膜瘀血——血液循环障碍与各种慢性胃病的发生、发展、转归密切相关，它存在于慢性胃病全过程中，胃病的所有病变都是瘀血或瘀血的病理产物。可以推测，胃、十二指肠粘膜的血液循环在维持胃肠道激素和免疫功能、神经体液调节、粘膜及胃肠道正常功能等方面起着重要作用，粘膜瘀血——血液循环障碍可能在胃病发生机制中起决定作用。从目前发展趋势看，深入、广泛开展胃病粘膜的瘀血——血液循环障碍研究十分必要和紧迫。希望用中西医结合理论与方法，对胃病粘膜瘀血——血液循环障碍开展广泛、深入的多学科、多层次研究，为我国在胃病的机理、病理及根治PU、预防复发、防治胃癌前病变等研究方面做出更大贡献而努力。

参 考 文 献

1. 干兆芬. 胃、十二指肠粘膜缺血在消化性溃疡发病机理中的应用. 中华消化杂志 1985; 5(3): 183.
2. 唐茂程, 张建福. 侧脑室注射胃泌素对大鼠胃粘膜血流量的影响. 中华消化杂志 1990; 10(6): 335.
3. 徐永玲, 郑芝田, Sander Szabo. 胃粘膜保护的新概念. 中华消化杂志 1990; 10(3): 170.
4. 罗珠林. 胃脘痛与瘀血的临床研究. 实用中西医结合杂志 1991; 4(5): 302.
5. 陈文杰, 田 牛, 赵国忠, 等. 微循环的理论和应用. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 253.
6. 许鑫梅. 溃疡病的病机与治疗初探(附以健脾法为主治疗126例溃疡病临床分析). 新中医 1982; (11): 12.
7. 金冠球, 姚季生, 姜逸南, 等. 老年人胃的研究——胃镜和胃粘膜组织病理学观察. 中华消化杂志 1984; 4(1): 18.
8. 罗珠林. 试用中医理论探讨慢性胃炎的病理改变. 中西医结合杂志 1984; 4(2): 112.
9. Nagamine K, Inokuchi K, Sakata H, et al. Development of erosive gastritis in a canine model of esophageal varices. Jpn J Surg 1986; (3): 218.
10. 郑 萍, 曾民德, 江绍基, 等. 肝硬化合并溃疡患者胃肠激素与内脏血流的变化. 中华消化杂志 1989; 9(3): 131.
11. 张 琳, 杨连文, 杨李君, 等. 幽门螺旋菌与慢性萎缩性胃炎发病关系及防治研究. 中国中西医结合杂志 1992; 12(9): 521.
12. 刘国谱. 瘀血学说及活血化瘀法在消化系统病证的应用. 新中医 1982; (3): 54.
13. 陈可冀, 陈贵廷, 张问渠, 等. 日本活血化瘀研究进展. 中西医结合杂志 1985; 5(3): 185.
14. 罗珠林. 慢性胃炎血瘀的病理学探讨及临床观察. 实用中西医结合杂志 1989; 2(1): 22.
15. 张 琳, 张静淑, 宫崇哲, 等. 胃脘痛患者血液流变性甲皱微循环研究. 见: 中国中西医结合学会活血化瘀研究. 第1版. 北京: 学苑出版社, 1990: 68—70.
16. 黄书球. 益气活血方治疗十二指肠球部溃疡. 中西医结合杂志 1988; 8(8): 474.
17. 罗珠林, 曹均告, 陈 渝, 等. 胃病康治疗慢性胃病临床观察. 中国中西医结合脾胃杂志 1994; 2(1): 34.
18. 苗世举. 活血化瘀汤治疗慢性萎缩性胃炎50例小结. 中西医结合杂志 1986; 6(5): 267.
19. 潘秀珍, 林才经, 徐献猷, 等. 慢性胃病的血液流变学研究. 中华消化杂志 1984; 4(4): 260.
20. 张静淑, 张 琳, 宫崇哲, 等. 慢性萎缩性胃炎病人的血液流变性甲皱微循环与临床疗效相关性的研究(摘要). 实用中西医结合杂志 1990; 3(3): 147.
21. 蒋瑞峰. 甲皱微循环障碍与中医血瘀证之关系探讨. 新中医 1983; (8): 48.
22. 邹襄谷, 林求诚, 庄子长, 等. 慢性胃病脾虚肝郁证与胃电、胃粘膜病理及脉-心功能的关系. 中国中西医结合杂志 1992; 12(9): 519.

(收稿: 1994-03-01 修回: 1994-08-12)