

慢性萎缩性胃炎中医证型与胃粘膜象相关性研究^{*}

施文杰, 王 艳, 袁成业, 干晓花

(南京中医药大学附属泰州市中医院, 江苏 泰州 225300)

摘要: **目的** 通过结合胃镜粘膜象的微观特点, 探讨慢性萎缩性胃炎的证型分布规律以及 CAG 中医辨证分型与组织病理改变的关系, 为临床治疗提供依据。 **方法** 选择诊断符合慢性萎缩性胃炎患者 86 例, 对比观察 5 种证型患者萎缩部位、萎缩程度, 有无 Hp 感染, 有无糜烂、出血点、胆汁反流, 病理组织学检查是否有肠上皮化生改变。通过胃镜粘膜象与病理特点的表现, 探讨两者之间的关系。 **结果** 各证型的萎缩程度分布有统计学意义 ($P < 0.05$)。各证型的萎缩部位分布无统计学意义 ($P > 0.05$)。各证型的伴随病变分布有统计学意义 ($P < 0.05$)。两两比较得知, 肝胃不和伴胆汁反流比例较其他证型有显著性差异 ($P < 0.01$), 脾胃湿热伴糜烂比例较其他证型有显著性差异 ($P < 0.01$)。各证型的肠上皮化生率无统计学意义 ($P > 0.05$)。各证型的异型增生组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。5 种中医证型的 Hp 感染都有检出率, 且无统计学意义。 **结论** 该病的演变过程可能是肝胃不和、脾胃湿热、脾胃虚弱、胃阴不足、胃络瘀血, 且病情逐渐恶化。肝胃不和证胆汁反流的检出率为 41.94%, 明显高于其余 4 种证型。脾胃湿热证伴糜烂者检出率为 60%, 较其它 4 种证型明显升高。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 胃粘膜象; 胆汁反流; 脾胃湿热; Hp 感染

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2018)03-0061-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.03.014

Clinical Study on TCM Syndromes and Gastric Mucosa in Chronic Atrophic Gastritis

SHI Wenjie, YUAN Chengye, WANG Yan, GAN Xiaohua

(Taizhou Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University
of Traditional Chinese Medicine, Taizhou 225300, China)

ABSTRACT: Objective To investigate the distribution pattern of chronic atrophic gastritis and the relationship between CAG TCM syndrome differentiation and histopathological changes by combining the microscopic features of gastroscopic mucosa, provide further evidence for clinical treatment. **Methods** Eighty-six patients with chronic atrophic gastritis were selected for diagnosis. The atrophy sites, degree of atrophy, presence or absence of Hp infection, presence or absence of erosion, bleeding point, bile reflux, and pathological histology were observed. Epithelial metaplasia changes. The relationship between the two is discussed by the appearance of the mucosa and the pathological features of the gastroscop. **Results** There was a statistically significant difference in the degree of atrophy of each syndrome ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the distribution of atrophy sites of each syndrome ($P > 0.05$). There was a statistically significant difference in the distribution of concomitant lesions of each syndrome ($P < 0.05$). The comparison between the two groups showed that the ratio of liver and stomach discomfort with bile reflux was significantly different from other syndromes ($P < 0.01$), and the proportion of spleen and stomach dampness with erosion was significantly different from other syndromes ($P < 0.01$). There was no significant difference in the intestinal metaplasia rate of each syndrome type ($P > 0.05$). The differences between the dysplasia groups of each syndrome type were statistically significant ($P < 0.05$). There was a certain detection rate for Hp infection of five syndrome types, and there was no significant difference. **Conclusion** The evolution of the disease may be Liver and stomach disharmony, dampness and heat of the spleen and stomach, weakness of the spleen and stomach, deficiency of stomach yin and blood stasis of stomach, and the condition is gradually aggravated. The detection rate of bile reflux in liver-gastric disharmony was 41.94%, which was significantly higher than that in the other four

收稿日期: 2018-05-25

^{*} 基金项目: 江苏省中医药科技基金项目(YB2015163)

第一作者简介: 施文杰(1982-),男,硕士,副主任中医师,研究方向:脾胃病的中医药治疗。E-mail:webshiwenjie@126.com

syndromes. The detection rate of dampness and heat of the spleen and stomach was 60%, which was significantly higher than the other four syndromes.

KEY WORDS: chronic atrophic gastritis; gastric mucosal image; bile reflux; dampness and heat of the spleen and stomach; Hp infection

慢性萎缩性胃炎(CAG)^[1]是一种以胃黏膜固有腺体萎缩为特征的临床常见难治性消化道疾病。该病隶属于中医学“胃脘痛”“胃痞”等,1978 年世界卫生组织确定 CAG 伴有肠上皮化生和胃粘膜不典型增生为胃癌前病变^[2]。目前,大多数学者认为胃粘膜癌变不是从正常细胞直接变为癌细胞,而是一个渐进的过程^[3],其顺序大致为正常胃粘膜—浅表性胃炎—萎缩性胃炎—肠化生—异型增生—肠型胃癌^[4]。因此,慢性萎缩性胃炎的治疗尤为重要,与西医单一的对症治疗相比,中医除了可以改善患者症状,同时在治疗肠上皮化生及预防 CAG 向胃癌发展中同样具有确切疗效^[5]。

《金匱要略》云:“脾者,是三焦通会元真之处,为气血所注;理者,皮肤藏府之文理也。”现代内镜技术可帮助医护人员观察胃粘膜形态^[6],借鉴传统中医中的“舌象”,胃粘膜形态可被称为“内膜象”。慢性萎缩性胃炎病变的主要特点为胃粘膜萎缩及腺体消失或减少为主,结合传统中医究其病机,医者认为内膜失养或内膜受损是本病的主要病机^[7]。传统中医判断疗效的依据为患者症状的改善情况,而现代医学的疗效判定标准则为粘膜象、病理的改善情况^[8],两者结合更与时俱进。因此,辨证论治时,不仅要观察患者舌苔、脉象、症状,而且还要采集胃粘膜形态及病理类型,这些元素同等重要,缺一不可。

故本研究在传统的“望、闻、问、切”的基本之上,结合胃镜粘膜象的微观特点,探讨萎缩性胃炎的证型分布规律,以及 CAG 中医辨证分型与胃粘膜形态和组织病理改变的关系,为临床诊疗提供依据。

1 临床资料

1.1 纳入标准及排除标准 纳入标准:符合 CAG 西医诊断标准者;年龄在 18 岁至 70 岁之间;志愿加入本次调研,签署知情同意书。排除标准:不符合 CAG 诊断标准者;年龄在 18 岁以下或 70 岁以上者;有消化道器质性疾病患者;病理诊断疑有恶变者;有胃部手术史者;有严重原发病患者;妊娠及哺乳期妇女。

1.2 诊断标准 胃镜及病理诊断标准参照 2010 年《CAG 中医诊疗共识意见》^[9],中医证型诊断标准参

照 2002 年《中药新药治疗 CAG 的临床研究指导原则》^[10]。中医证型分为肝胃不和证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃阴不足证、胃络瘀血证 5 种。

1.3 一般资料 所选病例均为 2017 年 1 月至 2018 年 1 月于泰州市中医院门诊就诊的 CAG 病人共 86 人,其中,男性 55 人,占 63.95%;女性 31 人,占 36.04%。

2 方法

2.1 收集临床资料 收集患者的基本信息如姓名、性别、年龄、病程等,以及既往史、家族史等资料,并在表格中记载。

2.2 观察方法 观察并记录下患者进行胃镜检查当天的舌苔脉象进行辨证分型。由我院消化科医生进行胃镜检查,详细观察胃粘膜并记载于报告中。于胃窦或胃体活检 2 块以上,进行病理检查及 Hp 检查。用福尔马林浸泡活检组织。观察并记载各证型患者萎缩部位,萎缩程度,有无 Hp 感染,有无糜烂、出血点、胆汁反流,病理组织学检查是否有肠上皮化生改变。病理活检组织由我院病理科医生进行相关操作,并诊断。通过对比观察不同证型胃镜像与病理学表现,来观察两者之间的联系。

2.3 统计分析方法 全部数据资料均应用 SPSS17.0 软件进行统计分析, $P<0.05$ 则认为差异有显著统计学意义。

3 结果

3.1 CAG 证型与萎缩部位的关系 各证型的萎缩部位分布未见有明显统计学差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1 CAG 证型与萎缩部位的比较

证型	n	萎缩部位		
		胃窦	胃体	胃窦+胃体
肝胃不和	31	15	11	5
脾胃湿热	25	12	9	4
脾胃虚弱	14	7	5	2
胃阴不足	10	5	3	2
胃络瘀血	6	3	2	1

3.2 CAG 证型与萎缩程度的关系 各证型的萎缩程度分布有明显统计学差异($P<0.05$)。肝胃不和与脾胃

湿热主要以轻、中度为主,胃阴不足、胃络瘀血主要以中、重度为主。见表 2。

表 2 CAG 证型与萎缩程度的比较 n(%)				
证型	n	萎缩程度		
		轻度	中度	重度
肝胃不和	31	20(64.51)	6(19.35)	5(16.13)
脾胃湿热	25	12(48.00)	9(36.00)	4(16.00)
脾胃虚弱	14	5(35.71)	5(35.71)	4(28.57)
胃阴不足	10	2(20.00)	4(40.00)	4(40.00)
胃络瘀血	6	0(0)	2(33.33)	4(66.67)

3.3 CAG 证型与 HP 的关系 各证型的 HP 感染阳性率未见有明显统计学差异($P>0.05$)。见表 3。

表 3 CAG 证型与 HP 的比较				
证型	n	阳性	阴性	阳性率/%
肝胃不和	31	11	20	35.48
脾胃湿热	25	9	16	36.00
脾胃虚弱	14	5	9	35.71
胃阴不足	10	3	7	30.00
胃络瘀血	6	2	4	33.33
总计	86	30	56	34.88

3.4 CAG 证型与伴随病变的关系 各证型的伴随病变分布存在明显统计学差异 ($P<0.05$)。两两比较得知,肝胃不和伴胆汁反流比例较其他证型存在明显统计学差异($P<0.01$),脾胃湿热伴糜烂比例较其他证型存在明显统计学差异($P<0.01$)。见表 4。

表 4 CAG 各证型与伴随病变的比较				
证型	n	糜烂	出血点	胆汁反流
肝胃不和	31	4	4	13
脾胃湿热	25	15	2	2
脾胃虚弱	14	3	2	2
胃阴不足	10	1	1	1
胃络瘀血	6	1	1	0

3.5 CAG 证型与肠上皮化生、异型增生的关系 各证型的肠上皮化生率未见有明显统计学差异 ($P>0.05$)。各证型的异型增生组间差异有明显统计学意义($P<0.05$),两两比较后,胃络瘀血型 and 肝胃不和型、胃络瘀血型 and 脾胃湿热型比较,差异均有显著性统计学意义($P<0.05$);胃络瘀血型 and 脾胃虚弱型、胃络瘀血型 and 胃阴不足型比较,差异未见有明显统计学意义 ($P>0.05$)。见表 5。

3.6 CAG 证型与黏膜白相、血管透见、黏膜粗糙、颗粒增生的关系 黏膜白相:肝胃不和型、脾胃湿热型、

表 5 CAG 证型与肠上皮化生、异型增生的比较					
证型	合计	肠上皮化生		异型增生	
		n	检出率/%	n	检出率/%
肝胃不和	31	12	38.71	7	22.58
脾胃湿热	25	10	40.00	7	28.00
脾胃虚弱	14	5	35.71	6	42.86
胃阴不足	10	5	50.00	6	50.00
胃络瘀血	6	4	66.67	5	83.33

脾胃虚弱型、胃阴不足型分别与胃络瘀血型组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

血管透见:脾胃虚弱型与胃络瘀血型组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

黏膜粗糙:肝胃不和型、胃络瘀血型与胃阴不足型组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

颗粒增生:胃络瘀血型分别与肝胃不和型、脾胃湿热型、脾胃虚弱型、胃阴不足型组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

表 6 CAG 证型与黏膜白相、血管透见、黏膜粗糙、颗粒增生的比较 n(%)					
证型	n	黏膜白相	血管透见	黏膜粗糙	颗粒增生
肝胃不和	31	21(67.74)	13(41.94)	14(45.16)	6(19.35)
脾胃湿热	25	20(80.00)	11(44.00)	10(40.00)	5(20.00)
脾胃虚弱	14	10(71.43)	11(78.57)	6(42.86)	3(21.43)
胃阴不足	10	7(70.00)	5(50.00)	1(10.00)	2(20.00)
胃络瘀血	6	1(16.67)	1(16.67)	5(83.33)	5(83.33)

4 讨论

CAG 的病位在脾胃,本病为本虚标实证^[11],以脾胃气虚为本,气滞、痰湿、血瘀、毒等均为脾胃气虚的病理产物^[12]。在多种病因及病理因素长期作用下,病情渐渐加重,炎症逐渐向萎缩、肠化转变,部分患者甚至向胃癌转变^[13]。

姚健敏^[14]认为,肠上皮化生程度可以检测 CAG 萎缩程度,肠上皮化生的发生率和肠上皮化生的程度随着萎缩程度的增加而增加。CAG 腺体萎缩程度的演变过程为从轻到重,笔者认为,本病的演变过程可能为肝胃不和、脾胃湿热、脾胃虚弱、胃阴不足、胃络瘀血,且病情逐渐恶化,黏膜白相、血管透见、黏膜粗糙、颗粒增生,腺体萎缩、肠上皮化生、不典型增生等情况也逐渐恶化。按中医思路来讲,也是由实致虚、由气入血的变化过程^[15]。

脾主运化水谷精微,肝主疏泄,可助脾升清、助胃和降。病理状态下,本病分为初期、中期和后期。初期:

以实证为主,病在气分。若情志不畅,可致肝失疏泄,气机郁滞;郁怒伤肝,忧思伤脾,致肝气犯胃,故出现肝胃失和。凡饮食不洁,暴饮暴食,宿食积滞,或嗜食肥甘,湿热内生,壅滞脾胃,故出现脾胃湿热。在疾病的早期阶段,多见肝胃不和及脾胃湿热,胃粘膜萎缩程度相对较轻,与肠上皮化生和异型增生相关性较低。中期:以虚实夹杂为主^[16],外感六淫、内伤七情、饮食不节、劳倦内伤等使脾胃受损,致脾胃虚弱,故镜下观察黏膜白相居多,萎缩程度、肠上皮化生、异型增生逐渐增加。后期:以虚为主,病在血分。叶天士认为“久病入络”“久病必有瘀”,病情演变至后期,肝郁化火,水湿郁而化热,火热耗伤胃阴,致胃阴不足。气滞湿热致血行不畅,瘀滞胃络,故出现胃络瘀血证^[17]。病变由气入血,由经入络。内镜下观察胃粘膜粗糙、颗粒增生明显增加;病理学显示肠上皮化生及不典型增生的阳性率显著上升。

本研究中,肝胃不和证胆汁反流的检出率为 41.94%,明显高于其余 4 种证型。现代医学认为^[18]:生理性反流在正常条件下通常是存在的。然而,当幽门功能紊乱时,胆汁即可反流入胃中,造成胃黏膜损伤和胃酸分泌增加。患者可表现为胃痛、口苦等症状。中医认为,肝胆相表里,胆汁为肝之余气所化。情志不畅,肝气郁结,胆汁疏利失常,或肝气乘逆,上犯胃气,即临床所见肝胃不和。因此可以推测胆汁反流与肝胃不和一定程度上存在联系。

本研究中,脾胃湿热伴糜烂者检出率为 60%,明显高于其它 4 种证型。饮食失调,宿食积滞,过食肥甘油腻,湿热内生,壅滞脾胃,或脾胃运化乏力,郁而化热,均可致湿热内蕴,熏蒸胃膜致肉腐,进而产生糜烂。因此可推断胃粘膜糜烂的基本病机是脾胃湿热^[19]。

Hp 是引起 CAG 的主要病原菌^[20],在感染 Hp 的情况下可以产生肠上皮化生和异型增生等癌前病变。目前,就 CAG 中 Hp 感染与中医辨证分型的相关性研究结果并非一致。本次研究结果表明,5 种证型 Hp 感染均有一定的检出率,各证型间无显著差异。根据本次研究结果显示抗 HP 不需要辨证。

因本次研究病例的局限性,仅纳入 86 例患者,导致本次研究的证型不全、样本量小,说服力不足。希望在今后的研究中扩大样本量,进行大数据研究,更好地服务临床。

参考文献:

- [1] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1738-1739.
- [2] 苏泽琦, 陈润花, 李培彩, 等. 慢性萎缩性胃炎证候分布规律研究现状与思考[J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38(1): 42-45.
- [3] 姒建敏, 黄怀德, 王开明, 等. 萎缩性胃炎转归的临床判别指标[J]. 浙江医学, 1995(17): 200-201.
- [4] 陈凡. 慢性萎缩性胃炎伴异型增生的治疗进展 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(6): 346-348.
- [5] 陆为民, 徐丹华, 沈洪, 等. 徐景藩论治慢性萎缩性胃炎的经验[J]. 江苏中医药, 2002, 44(5): 1-3.
- [6] 赵雷, 陆为民. 中医辨证结合胃镜检查治疗慢性萎缩性胃炎及其癌前病变的探讨[J]. 中医药信息, 2011, 28(01): 39-41.
- [7] 刘晨萍, 李毅平, 李勇. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(2): 286-289.
- [8] 中华医学会消化内镜学分会. 慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗试行意见 [J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(2): 77-78.
- [9] 唐旭东. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[C]//海口: 中华中医药学会脾胃病分会. 2011.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社 2002, 124-129.
- [11] SARA M, ALESSANDRA Z, IARIA F, et al. Intermittent treatment of recurrent type-1 gastric carcinoids with somatostatin analogues inpatients with chronic autoimmune atrophic gastritis [J]. Digestive and Liver Disease, 2015, 47(11): 978-983.
- [12] 朱峰, 李刚, 张素钊. 从“浊毒”理论论治慢性萎缩性胃炎[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(7): 125-126.
- [13] 邹文斌, 李兆申. 中国胃癌发病率及死亡率研究进展[J]. 中国实用内科杂志, 2014(4): 408-415.
- [14] 郭洪波, 袁媛, 王开明, 等. 于慎中治疗脾胃病的用药规律分析[J]. 云南中医学院学报, 2018, 41(2): 91-94.
- [15] 陈正, 王庆其, 李其忠. 中医药治疗慢性萎缩性胃炎的思路[J]. 中医文献杂志, 2006, 24(1): 53-55.
- [16] 王北京, 路广晁. 路广晁治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验[J]. 北京中医药, 2008, 27(12): 935-936.
- [17] 魏睦新, 胡平. 消化病中西医结合基础研究评述[J]. 世界华人消化杂志, 2009, 17(25): 2545-2549.
- [18] 罗敬河, 刘春慧. 慢性萎缩性胃炎辨证分型与胃黏膜改变相关性研究[J]. 医学临床研究, 2010, 27(9): 1664-1666.
- [19] 熊哲钲. 慢性浅表性胃炎证候特征及其与胃黏膜的相关性[D]. 广州: 广州中医药大学, 2009.
- [20] 朱日, 骆峻, 朱长乐, 等. 慢性萎缩性胃炎伴肠化中医证型与 Hp 感染、COX-2、p53 表达的相关性研究 [J]. 南京中医药大学学报, 2014, 30(6): 520-523.