

## 基于文献的慢性萎缩性胃炎胃镜像与中医辨证的相关性研究\*

秦珂馨<sup>1,2</sup>, 于靖文<sup>2</sup>, 王少丽<sup>2</sup>, 刘慧敏<sup>2</sup>, 丁媛<sup>1,2</sup>, 周铃<sup>1,2</sup>, 刘震<sup>3△</sup>

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 中国中医科学院广安门医院, 北京 100053;  
3. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091)

**摘要:** **目的** 探索慢性萎缩性胃炎(CAG)胃镜像与中医辨证的相关性,提高临床对 CAG 辨证的准确性。**方法** 对 CAG 现代文献进行研究整理,在中国知网(CNKI)、万方、维普、中国生物医学文献数据库(CBM)、PubMed、EMBase、Cochrane Library 数据库中检索建库-2022 年 8 月 1 日涉及 CAG 中医辨证分型及胃镜像描述的文献,筛选合格文献,提取 CAG 患者的中医证型、胃镜像等信息,整理数据后建立数据库,应用 SPSS 20.0 软件进行相关性分析。**结果** 纳入合格文献 10 篇,纳入有效病例 1 562 例,涉及中医证型 5 种。中医辨证分型按频次高低依次为肝胃不和证、脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃络瘀阻证、胃阴不足证。胃镜像检出率以黏膜白相最高,为 47.38%。黏膜白相以脾胃虚弱证检出率最高,黏膜粗糙、充血、水肿、颗粒增生、血管显露、结节隆起均在胃络瘀阻证中检出率最高;黏膜出血、糜烂以脾胃湿热证检出率最高;皱襞变平、黏膜灰白色以胃阴不足证检出率最高;胆汁反流以肝胃不和证检出率最高。**结论** 中医辨证与部分胃镜像具有相关性,基于胃镜像的 CAG 中医辨证规律总结如下:镜下出现黏膜白相、皱襞变平,考虑为脾胃虚弱证或胃阴不足证,胃阴不足证兼见黏膜灰白;镜下出现胆汁反流,考虑为肝胃不和证、脾胃湿热证,肝胃不和证多兼见黏膜充血、水肿,脾胃湿热证多兼见黏膜糜烂;镜下出现颗粒增生、结节隆起,考虑为胃络瘀阻证。

**关键词:** 慢性萎缩性胃炎;中医证型;胃镜像;相关性;文献研究

中图分类号: R256.3

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2022)06-0028-07

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2022.06.007

### Study on the Correlation between Gastroscopic Images and TCM Syndrome Differentiation of Chronic Atrophic Gastritis Based on Literature

QIN Kexin<sup>1,2</sup>, YU Jingwen<sup>2</sup>, WANG Shaoli<sup>2</sup>, LIU Huimin<sup>2</sup>, DING Yuan<sup>1,2</sup>, ZHOU Ling<sup>1,2</sup>, LIU Zhen<sup>3</sup>

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China;

3. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China)

**ABSTRACT:** **Objective** Exploring the correlation between the chronic atrophic gastritis (CAG) gastroscopic images and TCM syndrome differentiation, to improve the accuracy of clinical diagnosis of CAG. **Methods** Articles concerning CAG TCM syndrome differentiation and gastroscopic description were retrieved in CNKI, Wanfang, VIP, CBM, PubMed, EMBase and Cochrane Library databases from their establishment to August 1, 2022. Screening qualified literature, extracting TCM syndromes and gastroscopic images of CAG patients. Then build database after data sorting, use SPSS 20.0 software to analysis the correlation. **Results** Finally 10 qualified papers were intaked, including 1 562 valid cases, which involve 5 TCM syndromes. According to the frequency of TCM syndrome differentiation, the order is liver-stomach disharmony syndrome, spleen-stomach weakness syndrome, spleen-stomach damp-heat syndrome, stomach collateral stasis syndrome, and stomach Yin deficiency syndrome. The highest detection rate of gastroscopic images is white mucosa, accounted for

收稿日期: 2022-10-13

\* 基金项目: 2020 年度首都卫生发展科研专项(首发 2020-2-4152)

第一作者简介: 秦珂馨(1996-),女,硕士研究生,研究方向:中医药防治脾胃病。

△通信作者: 刘震, E-mail: doctorliuzhen@126.com

47.38% of the total occurrence frequency. The detection rate of white mucosa is the highest in spleen-stomach weakness syndrome. The detection rate of rough mucosa, congested mucosa, edematous mucosa, granular hyperplasia, exposed blood vessels and nodulated apophysis is the highest in stomach collateral stasis syndrome. The detection rate of mucosal hemorrhage and mucosal erosion is the highest in spleen-stomach damp-heat syndrome. The detection rate of flattening folds and grey mucosa is the highest in stomach yin deficiency syndrome. The detection rate of bile regurgitation was the highest in liver-stomach disharmony syndrome. **Conclusion** There is a correlation between TCM syndrome differentiation and some gastroscopic images, and summarize the rules as follows. It will be considered to be spleen-stomach weakness syndrome or stomach yin deficiency syndrome, when gastroscopic shows white mucosa and flattening folds, but stomach yin deficiency syndrome also shows mucosal gray. It will be considered to be liver-stomach disharmony syndrome or spleen-stomach damp-heat syndrome, when gastroscopic shows bile regurgitation, but liver-stomach disharmony syndrome also shows congested mucosa and edematous mucosa, spleen-stomach damp-heat syndrome also shows mucosal erosion. It will be considered to be stomach collateral stasis syndrome, when gastroscopic shows granular hyperplasia and nodulated apophysis.

**KEY WORDS:** chronic atrophic gastritis; TCM syndrome differentiation; gastroscopic images; correlation; literature research

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是消化系统的常见疾病,以胃黏膜固有腺体减少,伴或不伴肠腺化生和(或)假幽门腺化生为主要病理特征,其诊断依靠内镜检查及胃黏膜组织学检查,确诊以胃黏膜组织学检查为依据<sup>[1]</sup>。CAG 临床表现无特异性,多起病隐匿,可无明显症状,且内镜下不同表现及病理改变的严重程度与临床表现的严重程度之间无明显相关性<sup>[2]</sup>。作为胃癌前疾病之一,及早有效地对 CAG 患者加以干预,对防止 CAG 向胃癌转变具有重要意义。临床研究证实,中医药治疗 CAG 具有独特优势和良好应用前景<sup>[3]</sup>,而提高中医药疗效的关键则在于精准且高效的辨证论治。作为中医规范化的重要研究内容,病-证关系是近年来中医证候学的研究热点及难点之一,如何借助现代医学的手段更加直观的了解脏腑内在结构及病变情况,是中医脾胃学亟待解决的关键问题。传统中医辨证方式主要以患者临床症状及体征为依据,同时借助望、闻、问、切的诊察手段去探究疾病本质,这在一定程度上不足以展现疾病的全部特征。而胃镜作为现代中医望诊的延伸工具<sup>[4]</sup>,可直观展现胃黏膜的形态变化,故将其作为中医诊断的研究内容,补充并应用于中医微观辨证学中,具有较为可观的现实意义。本研究通过对临床研究数据进行整理与分析,此探讨 CAG 胃镜像与中医辨证的相关性,为 CAG 的中医辨证提供参考。

## 1 资料与方法

1.1 资料来源与检索 检索中国知网(CNKI)、万方、维普、中国生物医学文献数据库(CBM)、PubMed、EMBase、Cochrane Library 数据库,中文以“慢性萎缩

性胃炎”“萎缩性胃炎”“胃痞”“胃癌前病变”“胃镜”“内镜”“黏膜”“微观”“中医”“中医药”“证”“证型”“辨证”“证候”“证治”为主题词或关键词,英文检索词包括“chronic atrophic gastritis”“traditional Chinese medicine”“syndrome”“micro syndrome differentiation”“gastroscopic images”等,根据数据库进行调整,检索时间为建库-2022年8月1日。

1.2 纳入标准 ①研究类型:临床研究;②研究对象:CAG患者,胃镜及病理检查结果明确,符合 CAG 诊断标准;③临床研究的病例数 $\geq 30$ 例;④具有明确的中医证型描述;⑤具有各中医证型胃镜像分布情况描述。

1.3 排除标准 ①综述、评论、科普、会议报告、基础研究类文献;②重复发表或数据类似的文献只取其中1篇;③仅研究单一(类)证型的文献;④数据不完整的文献。

1.4 文献筛选与数据录入 2名研究员独立浏览文献标题及摘要,依据纳排标准进行文章筛选,删除重复文献,阅读全文后确定合格文献。将2名研究者筛选结果进行交叉比对,出现差异由第3名研究员协商判定,确定最终合格文献。

运用 Excel 软件进行初步数据录入,建立数据库,录入合格文献的题名、作者、发表刊物、发表时间、病例来源(地点、时间)、病例数、中医证型、胃镜像描述等信息。

1.5 资料处理 参考 2017 年中华中医药学会脾胃病分会《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》<sup>[5]</sup>及《中医临床诊疗术语·证候部分》对文献涉及证候进

行规范化处理,如瘀血阻络证、胃络瘀血证统一表述为胃络瘀阻证,肝胃气滞证和肝胃郁热证合并为肝胃不和证,脾胃气虚证和脾胃虚寒证合并为脾胃虚弱证。参考2017年中华医学会消化病学分会《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[1]</sup>对文献涉及胃镜像描述进行规范化处理,如黏膜红白相间、白相为主统一表述为黏膜白相等。

1.6 数据处理 运用SPSS 20.0软件进行数据处理,定性资料用频数、百分比表示,计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验,相关性分析采用Logistic回归分析, $P<0.05$ 、 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 文献筛选及病例纳入结果 根据以上检索及筛选方法,最终纳入10篇合格文献,累计报道病例1645例,由于浊毒内蕴证(62例)、脾胃气滞证(21例)例数较少,在进行数据统计时会造成组间不平衡,故以下统计均舍去相关证型,以保证数据统计的合理性,最终纳入有效病例数为1562例,涉及5种中医证型。

2.2 CAG患者中医证型分布情况 对纳入文献中涉及证型进行规范处理,获取5个证型,分析具体证型分布。在1562例患者中,以肝胃不和证最为多见,占比27.91%,其次分别为脾胃虚弱证(22.47%)、脾胃湿热证(19.91%)、胃络瘀阻证(15.49%)、胃阴不足证(14.21%)。应用SPSS软件进行 $\chi^2$ 检验,结果显示纳入病例中各中医证型的分布具有统计学差异( $\chi^2=119.627, P<0.05$ )。见表1。

表1 中医证型分布情况

中医证型	n(%)
肝胃不和	436(27.91)
脾胃虚弱	351(22.47)
脾胃湿热	311(19.91)
胃阴不足	222(14.21)
胃络瘀阻	242(15.49)
合计	1562(100)

2.3 胃镜像检查统计 对纳入文献中描述胃镜像进行整理统计,涉及胃镜像具体情况。胃镜像以黏膜白相、血管显露、颗粒增生、黏膜充血、结节隆起检出率较高,黏膜白相检出率最高,为47.38%。应用SPSS软

件进行 $\chi^2$ 检验,纳入病例中各胃镜像检出率具有统计学差异( $\chi^2=1839.791, P<0.001$ )。见表2。

表2 胃镜像检查统计

胃镜像	n	检出率/%	胃镜像	n	检出率/%
黏膜白相	740	47.38	血管显露	591	37.84
黏膜粗糙	297	19.01	颗粒增生	483	30.92
黏膜充血	380	24.33	黏膜出血	135	8.64
黏膜水肿	151	9.67	结节隆起	334	21.38
皱襞变平	194	12.42	黏膜灰白色	77	4.93
黏膜糜烂	314	20.10	胆汁反流	105	6.72

2.4 各中医证型CAG患者胃镜像情况 各中医证型胃镜像分布情况。经 $\chi^2$ 检验,不同胃镜像的检出率在各中医证型分布的差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。黏膜白相以脾胃虚弱证检出率最高;黏膜粗糙、充血、水肿、颗粒增生、血管显露、结节隆起均在胃络瘀阻证中检出率最高;黏膜出血、糜烂以脾胃湿热证检出率最高;皱襞变平、黏膜灰白色以胃阴不足证检出率最高;胆汁反流以肝胃不和证检出率最高。见表3。

2.5 CAG患者胃镜像影响因素的相关性分析 以CAG患者各胃镜像是否检出为因变量,各中医证型为自变量,按照 $\alpha_{入}=0.05$ , $\alpha_{出}=0.10$ 进行二元Logistic回归分析, $P<0.05$ 为有统计学意义, $P<0.001$ 为有显著统计学意义。结果显示:黏膜白相与脾胃虚弱证( $OR=2.777, P<0.001$ )、胃阴不足证( $OR=1.943, P<0.001$ )呈正相关关系;血管显露与肝胃不和证( $OR=0.665, P=0.001$ )、脾胃湿热证( $OR=0.675, P=0.005$ )呈负相关关系;黏膜粗糙与肝胃不和证( $OR=0.726, P=0.035$ )、胃阴不足证( $OR=0.521, P=0.003$ )呈负相关关系;颗粒增生与胃络瘀阻证( $OR=1.509, P=0.006$ )呈正相关关系,与肝胃不和证( $OR=0.700, P=0.007$ )呈负相关关系;黏膜充血与肝胃不和证( $OR=1.893, P<0.001$ )、胃络瘀阻证( $OR=2.547, P<0.001$ )呈正相关关系;黏膜出血与脾胃虚弱证( $OR=0.446, P=0.002$ )、胃阴不足证( $OR=0.389, P=0.005$ )呈负相关关系;黏膜水肿与肝胃不和证( $OR=2.648, P<0.001$ )、胃络瘀阻证( $OR=5.888, P<0.001$ )呈正相关关系;结节隆起( $OR=1.840, P<0.001$ )与胃络瘀阻证( $OR=2.777, P<0.001$ )呈正相关关系;皱襞变平与脾胃虚弱证( $OR=2.385,$

表3 各中医证型胃镜像情况 [n(%)]

胃镜像情况	肝胃不和 (n=436)	脾胃虚弱 (n=351)	脾胃湿热 (n=311)	胃阴不足 (n=222)	胃络瘀阻 (n=242)	$\chi^2$	P
黏膜白相	173(39.68)	226(64.39)	120(38.59)	124(55.86)	97(40.08)	72.310	<0.001
血管显露	143(32.80)	149(42.45)	103(33.12)	89(40.09)	107(44.21)	15.490	0.004
黏膜粗糙	73(16.74)	70(19.94)	66(21.22)	28(12.61)	60(24.79)	13.798	0.008
颗粒增生	106(24.31)	101(28.77)	97(31.19)	80(36.04)	99(40.91)	23.705	<0.001
黏膜充血	130(29.82)	58(16.52)	65(20.90)	39(17.57)	88(36.36)	45.284	<0.001
黏膜出血	46(10.55)	18(5.13)	37(11.90)	10(4.50)	24(9.92)	16.985	0.002
黏膜水肿	52(11.93)	15(4.27)	21(6.75)	7(3.15)	56(23.14)	78.361	<0.001
结节隆起	88(20.18)	61(17.38)	70(22.51)	40(18.02)	75(30.99)	18.741	0.001
皱襞变平	32(7.34)	55(15.67)	22(7.07)	45(20.27)	40(16.53)	38.259	<0.001
黏膜灰白色	19(4.36)	12(3.42)	10(3.22)	20(9.01)	16(6.61)	13.307	0.010
黏膜糜烂	78(17.89)	59(16.81)	106(34.08)	37(16.67)	34(14.05)	48.701	<0.001
胆汁反流	49(11.24)	14(3.99)	23(7.40)	11(4.95)	8(3.31)	24.201	<0.001

$P<0.001$ )、胃阴不足证( $OR=3.263, P<0.001$ )、胃络瘀阻证( $OR=2.541, P<0.001$ )呈正相关关系;黏膜灰白色与胃络瘀阻证( $OR=1.825, P=0.048$ )、胃阴不足证( $OR=2.553, P=0.001$ )呈正相关关系;黏膜糜烂与脾胃湿热证( $OR=2.593, P<0.001$ )呈正相关关系;胆汁反流与肝胃不和证( $OR=3.000, P<0.001$ )、脾胃湿热证( $OR=1.892, P=0.023$ )呈正相关关系。见表4。

### 3 讨论

3.1 中医证型分布情况分析 本研究所纳入的1562例患者中,中医证型以肝胃不和证占比最多,其次分别为脾胃虚弱证、脾胃湿热证、胃络瘀阻证、胃阴不足证,这与脾胃病学者的既往研究结果大致相同,如施文杰等<sup>[6]</sup>探讨了86例CAG患者的中医证型分布规律,结果显示肝胃不和证占比最高,刘洋等<sup>[7]</sup>总结近10年CAG相关文献,发现中医证型多以脾胃虚证为主;黄彦子等<sup>[8]</sup>对141例验案分析,结果显示以脾胃虚弱证、肝胃不和证出现频率最高,占比达85.8%。结合本研究所纳入文献不难发现,各研究中中医证型分布情况虽存在细微差别,但其总体证型分布均具有虚实并见的特点,与CAG虚损为本,邪实为标,总体呈虚实夹杂之候的病机相符<sup>[9]</sup>。在本文的研究结果中,根据CAG的中医证型分布情况可以推测出CAG病位主要在脾胃,与肝密切相关,其中脾胃虚

弱多为发病之本,湿热、瘀血为疾病进展之标。中医认为,脾主升清,胃主降浊,脾胃功能得肝木条达之性,才能升降如常;若肝失疏泄,影响脾胃中焦斡旋,便会导致气机紊乱、气血生化乏源,脾胃之虚更甚,恰如叶天士所言“肝为起病之源,胃为传病之所”。现代社会快节奏的生活导致人群压力攀升,外加不良生活习惯,诸多因素致使机体脾胃精气耗伤,纳运功能失常,无力运化水谷精微,日久酿生湿邪,湿邪郁而化热,反之再伤脾胃,导致脾胃更虚。“久病多瘀”,故在CAG疾病后期甚则伴见瘀血之象。因此,从本次研究结果可看出虚损与湿热、瘀血等多种致病因素相兼的病机特点存在于CAG整个疾病进程中。

3.2 胃镜像分布情况分析 本研究胃镜像检出率分布前3位为黏膜白相、血管显露、颗粒增生。CAG的胃镜表现主要为黏膜红白相间,以白为主,皱襞变平甚至消失,黏膜血管显露,黏膜颗粒或结节状等,可伴见胆汁反流、糜烂、黏膜内出血等<sup>[2]</sup>,本研究涉及胃镜像内容与此相符。胃镜像以黏膜白相检出率最高,该表现常见于CAG的发展初期,为黏膜产生病变的初始表现。胃为多气多血之腑,血液供应丰富,故黏膜以红相为主,而脾胃虚弱,血液循环减退,故可见黏膜白相,正虚贯穿CAG疾病发展过程,故以黏膜白相检出率最高。血管显露、皱襞变平为胃体失养,胃体血液循

表 4 CAG 胃镜像影响因素的 Logistic 回归分析结果

	变量	回归系数	标准误	Wald 卡方值	P	OR 值	95%CI
黏膜白相	常数项	-0.429	0.065	43.495	<0.001	0.651	
	脾胃虚弱证	1.021	0.129	62.619	<0.001	2.777	2.156, 3.576
	胃阴不足证	0.664	0.150	19.619	<0.001	1.943	1.448, 2.608
血管显露	常数项	-0.309	0.071	19.020	<0.001	0.734	
	肝胃不和证	-0.408	0.124	10.794	0.001	0.665	0.521, 0.848
	脾胃湿热证	-0.394	0.140	7.928	0.005	0.675	0.513, 0.887
黏膜粗糙	常数项	-1.284	0.081	252.206	<0.001	0.277	
	肝胃不和证	-0.320	0.152	4.448	0.035	0.726	0.540, 0.978
	胃阴不足证	-0.651	0.218	8.953	0.003	0.521	0.340, 0.799
颗粒增生	常数项	-0.779	0.072	115.725	<0.001	0.459	
	肝胃不和证	-0.356	0.133	7.171	0.007	0.700	0.539, 0.909
	胃络瘀阻证	0.412	0.149	7.581	0.006	1.509	1.126, 2.023
黏膜充血	常数项	-1.494	0.087	295.495	<0.001	0.224	
	肝胃不和证	0.638	0.136	22.007	<0.001	1.893	1.450, 2.472
	胃络瘀阻证	0.935	0.159	34.384	<0.001	2.547	1.863, 3.481
黏膜出血	常数项	-0.2109	0.102	424.579	<0.001	0.12	
	脾胃虚弱证	-0.808	0.263	9.466	0.002	0.446	0.266, 0.746
	胃阴不足证	-0.945	0.339	7.746	0.005	0.389	0.200, 0.756
黏膜水肿	常数项	-2.873	0.156	361.673	<0.001	0.051	
	肝胃不和证	0.974	0.215	20.498	<0.001	2.648	1.737, 4.038
	胃络瘀阻证	1.773	0.218	65.932	<0.001	5.888	3.838, 9.034
结节隆起	常数项	-1.410	0.069	413.966	<0.001	0.244	
	胃络瘀阻证	0.610	0.155	15.405	<0.001	1.840	1.357, 2.494
皱襞变平	常数项	-2.552	0.141	326.275	<0.001	0.078	
	脾胃虚弱证	0.869	0.204	18.188	<0.001	2.385	1.599, 3.555
	胃阴不足证	1.183	0.219	29.236	<0.001	3.263	2.125, 5.009
	胃络瘀阻证	0.933	0.223	17.428	<0.001	2.541	1.640, 3.937
黏膜灰白色	常数项	-3.250	0.159	416.794	<0.001	0.039	
	胃阴不足证	0.937	0.283	10.937	0.001	2.553	1.465, 4.448
	胃络瘀阻证	0.602	0.304	3.924	0.048	1.825	1.006, 3.310
黏膜糜烂	常数项	-1.612	0.76	450.808	<0.001	0.199	
	脾胃湿热证	0.953	0.142	45.209	<0.001	2.593	1.946, 3.423
胆汁反流	常数项	-3.165	0.178	317.253	<0.001	0.042	
	肝胃不和证	1.099	0.234	22.121	<0.001	3.000	1.898, 4.743
	脾胃湿热证	0.638	0.280	5.181	0.023	1.892	1.093, 3.278

环进一步减弱,腺体减少,胃黏膜变薄的表现。胃体失养严重,则胃黏膜萎缩进一步发展出现化生腺替代原有腺体,出现粘膜粗糙、结节隆起、颗粒增生、黏膜灰白色的表现。胃黏膜抵抗力减弱,易出现黏膜充血、水肿、糜烂。胆汁分泌与排泄异常,可见胆汁反流。

3.3 中医证型与胃镜像相关性分析 CAG 部分胃镜像的检出率在中医证型的分布上具有一定的差异性,部分胃镜像与中医证型具有一定的相关性。基于胃镜像的 CAG 中医辨证规律总结如下:镜下出现黏膜白相、皱襞变平,考虑为脾胃虚弱证或胃阴不足证,且较少兼见黏膜出血,这与脾胃虚弱证、胃阴不足证以虚为主的病机相符,脾胃虚弱,气血不足,胃络不能充盈,故少见黏膜出血,多见黏膜白相、皱襞变平的不足之像,胃阴不足可看做脾胃虚弱进一步发展而成,久病伤阴,津血亏虚,兼见黏膜灰白的胃黏膜不荣之像;镜下出现胆汁反流,考虑为肝胃不和证、脾胃湿热证,且较少兼见血管显露的表现,肝胃不和证同时多见黏膜充血、水肿,肝气上逆,影响胆汁疏泄,致胆汁上逆于胃,损伤胃黏膜,故见黏膜充血、水肿,而脾胃湿热证多兼见黏膜糜烂,脾胃湿热证以邪实为主,较肝胃不和证病情更重,湿热郁于中焦,阻滞气机,故见胆汁反流,湿热毒结于胃膜,故见糜烂,均提示实邪对胃黏膜的损伤;镜下出现颗粒增生、结节隆起,考虑为胃络瘀阻证,提示病程日久、病位较深,符合久病入血入络的病机,瘀血阻于胃络,故见颗粒增生、结节隆起。

既往已有部分医家认为 CAG 胃镜像表现与中医辨证分型存在一定相关性,作为中医望诊的重要延伸内容,内镜下胃黏膜的形态、色泽等表现可在一定程度上反映出 CAG 病情轻重程度。如代二庆等<sup>[10]</sup>研究发现 CAG 最常见的胃镜像表现为黏膜白相,在肝胃不和型患者中多见,血管透见型则以脾胃虚弱型患者多见,黏膜粗糙型则以胃络瘀阻型多见,这与 CAG 中医病机由实到虚,病位由气分逐渐深入血分的演变过程大致相似,提示随病程进展,中医证型变化与胃镜像改变具有一致性。罗敬河等<sup>[11]</sup>收集了 70 例 CAG 患者的临床资料以探讨其中医证型与胃黏膜表现间的关系,结果显示胆汁反流的 CAG 患者多为肝胃不和证,胃黏膜糜烂者多为脾胃湿热证,而黏膜的粗糙、颗粒以及结节感则多呈现出瘀血之象,这项研究结果从侧面证实了 CAG 病情变化过程中,邪气的强弱与胃

镜像的表现具有较强的关联性,与本研究结果相似。施文杰等<sup>[9]</sup>也提出肝胃不和证胆汁反流的检出率及脾胃湿热证黏膜糜烂的检出率相对较高,差异具有统计学意义。本研究发现胆汁反流除与肝胃不和证相关外,亦与脾胃湿热证相关,印证了脾不升清、胃不降浊而致上下不通,气机不畅,邪郁中焦,日久化湿生热的病机。胃络瘀阻证除与结节隆起、颗粒增生等瘀阻胃络之象相关外,亦与黏膜充血、水肿等炎性表现相关,提示治疗时亦应重视抑酸护膜。

#### 4 小结

根据本次所纳入文献的研究结果显示:目前对 CAG 中医辨证及胃镜像的研究较多,但同时具有完备中医辨证与胃镜像描述的文献较少,本研究仍存在样本量较少、临床数据不全面、收集病例资料有限等问题。由于不同地区及医院胃镜诊断水平不一,对胃镜像描述的侧重点不同,故胃镜像描述的全面性难以保证,且胃镜检查作为一种直观的临床诊断技术,临床影响因素较多<sup>[12-13]</sup>,也存在一定的误诊、漏诊。此外本研究所纳入文献研究均以单一证型患者为研究对象,而中医证型往往随着时间的推移会发生动态的改变,临床 CAG 患者常以复合证型多见。以上诸多因素均可能引起本次研究结论的偏差。基于上述及本次研究中所发现的问题,笔者对今后 CAG 胃镜像与中医证型的相关性研究提出以下建议:①目前针对地域性、季节性对 CAG 辨证分型所产生影响的研究、结合患者不同疾病阶段进行辨证的研究相对较少,因此建立诊断标准统一、多中心、大样本的临床资料健全的 CAG 中医数据库将对完善中医诊断手段、提高中医药辨治 CAG 的准确性具有重要意义;②应开展 CAG 患者的长期随访工作,进一步完善应用胃镜像进行中医辨证的时效性的探讨工作,使中医辨证与现代诊断手段更好地结合起来。

中医药在 CAG 的治疗上具有较大的优势和潜力,将现代微观检查与中医传统的宏观辨证相结合是提高中医药辨证论治疗效的重要研究内容之一。本研究结果表明,CAG 胃镜像表现与中医辨证具有一定的相关性,胃镜像可以作为 CAG 临床辨证的依据,提高辨证的准确性,尤其可为无临床症状的 CAG 患者的辨证论治提供参考。将胃镜像应用于 CAG 的中医辨证中具有临床应用价值。

## 参考文献:

- [1] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [2] 李军祥,陈諳,吕宾,等. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [3] FANG W G,ZHANG X Y,YANG B,et al. Chinese herbal decoction as a complementary therapy for atrophic gastritis:a systematic review and meta-analysis[J]. Afr J Tradit Complement Altern Med,2017,14(4):297-319.
- [4] 张瑞芬,党林林,王智业,等. 慢性萎缩性胃炎中医辨证结合微观辨证的研究进展[J]. 中国中医药科技,2022,29(3):519-521.
- [5] 张声声,唐旭东,黄穗平,等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
- [6] 施文杰,王艳,袁成业,等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与胃粘膜象相关性研究[J]. 云南中医学院学报,2018,41(3):61-64.
- [7] 刘洋,黄鹤,周毅,等. 慢性萎缩性胃炎近十年中医文献浅析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2018,26(10):868-870.
- [8] 黄彦子,张伟健,李海文,等. 慢性萎缩性胃炎证型-证候分布及用药规律研究[J]. 世界中医药,2022,17(1):112-116,122.
- [9] 张瑞芬,王智业,党林林,等. 慢性萎缩性胃炎中医病因病机及证候分型的研究近况[J]. 中医临床研究,2022,14(6):86-88,96.
- [10] 代二庆,杨楠,沈志红,等. 64例慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜象、病理象相关性研究[J]. 辽宁中医杂志,2016,43(3):458-461.
- [11] 罗敬河,刘春慧. 慢性萎缩性胃炎辩证分型与胃黏膜改变的相关性[J]. 华南国防医学杂志,2010,24(5):383-385.
- [12] 韦加俊. 对比慢性萎缩性胃炎胃镜诊断与病理观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(23):58.
- [13] 夏代伟,叶创新,李婷婷. 胃蛋白酶原与胃镜对慢性萎缩性胃炎的诊断价值比较[J]. 深圳中西医结合杂志,2020,30(12):69-70.

(上接第 23 页)

- [10] 相祎,刘力,杜晓泉,等. 便秘中医诊治探微[J]. 现代中医药,2021,41(4):73-76.
- [11] 梁众擎,董盈妹,赵霞. 从五脏一体观论治小儿功能性便秘[J]. 中医杂志,2018,59(12):1066-1068.
- [12] 施敏,刘富林,夏旭婷,等. 中药治疗慢传输型便秘临床疗效的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志,2021,37(7):126-130.
- [13] 王梦雪,任勤. 任勤辨治小儿便秘经验采撷[J]. 中国民间疗法,2021,29(13):49-51.
- [14] 刘明军,郜先桃. 小儿推拿学[M]. 北京:中国中医药出版社,2021:75-78.
- [15] 张振鋆. 厘正按摩要术 [M]. 北京:人民卫生出版社,2007.
- [16] 高旭杰. 摩腹在小儿先天性心脏病直视术后胃肠能恢复的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2010.
- [17] 胡安娜,高沛友,吴凡,等. 小儿推拿治疗儿童功能性便秘的临床研究进展[J]. 按摩与康复医学,2019,10(3):57-60.
- [18] 刘南飞,郭思佳,封继宏. 推拿治疗儿童功能性便秘的研究进展[J]. 医学综述,2017,23(19):3907-3911.
- [19] 何玉华,康静. 手法推拿治疗小儿开塞露依赖性便秘[J]. 中国针灸,2011,31(3):258-259.
- [20] 赵娜,范青,王金贵. 小儿捏脊手法操作与“药性”探讨[J]. 天津中医药,2018,35(3):186-187.
- [21] 李学超,刘昱材,李梦莹,等. 捏脊疗法对胃运动过缓家兔胃饥饿素及血管活性肠肽含量的影响[J]. 中华中医药杂志,2016,31(2):637-639.
- [22] 王丽清,葛金玲. 捏脊疗法治疗小儿外感发热的免疫及肠道微生态机制研究[J]. 河南中医,2007(10):25-27.