

慢性萎缩性胃炎中医证型分布和胃镜改变以及病理改变的关联性

曹志军¹ 左明焕²

(1 北京市丰台中西医结合医院消化科,北京,100072; 2 北京中医药大学东方医院肿瘤科,北京,100078)

摘要 目的:分析慢性萎缩性胃炎的不同中医证型分布,并总结其与胃黏膜形态改变及病理变化之间的关系,为临床辨证论治提供客观依据,更早地进行癌前干预,防止癌变的发生。方法:选取2012年1月至2017年1月北京市丰台中西医结合医院消化科门诊及病房收治的慢性萎缩性胃炎患者230例,参照2011年中华医学会颁布的慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识进行辨证分型,并对患者的年龄、性别、胃镜变化及病理表现等进行分类分级。结果:230例患者中女130例,男100例,年龄18~85岁,平均年龄(54.25±14.25)岁,41~60岁有145例,占63.04%,其中以51~60岁的病例数最多,发病率高于其他年龄层,各年龄层男女性别分布差异无统计学意义($P>0.05$)。230例中脾胃虚弱型81例,占35.22%;肝脾不和型69例,占30%;脾胃湿热型46例,占20%;胃阴不足型30例,占13.04%;胃络瘀血型4例,占1.74%。胃镜下萎缩程度Ⅰ级,各证型间差异有统计学意义($P<0.05$);脾胃虚弱型与肝脾不和型差异有统计学意义($P<0.05$),脾胃虚弱型与胃阴不足型差异有统计学意义($P<0.05$),肝胃不和型、脾胃湿热型及胃阴不足型之间差异无统计学意义($P>0.05$);Ⅱ级及Ⅲ级,各证型之间差异无统计学意义($P>0.05$)。胃镜下见单纯萎缩性变化,亦可伴出血、伴增生、伴糜烂、伴胆汁反流,各证型间差异无统计学意义($P>0.05$)。胃黏膜病理表现轻度,各证型之间差异有统计学意义($P<0.05$),其中脾胃虚弱型及脾胃湿热型发病率最高,但2种证型差异无统计学意义($P>0.05$),脾胃虚弱型与胃阴不足型之间差异有统计学意义($P<0.05$),肝脾不和型与胃阴不足型差异无统计学意义($P>0.05$);中度,各证型差异有统计学意义($P<0.01$),两两比较中肝脾不和型、胃阴不足型及脾胃湿热型发病率差异无统计学意义($P>0.05$),与脾胃虚弱型及胃络瘀血型比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。重度,各证型之间差异有统计学意义($P<0.05$),肝脾不和型及胃阴不足型差异有统计学意义($P<0.05$),而脾胃虚弱型及胃阴不足型之间差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:慢性萎缩性胃炎存在脾胃虚弱型、肝脾不和型、脾胃湿热型、胃阴不足型及胃络瘀血型,不同证型间胃镜下形态与黏膜病理改变存在一定的差异。

关键词 慢性萎缩性胃炎;证型;胃镜;病理改变;分布规律

Study on Relationship between Traditional Chinese Medicine Syndrome Distribution, Gastroscopy and Pathology in Chronic Atrophic Gastritis

Cao Zhijun¹, Zuo Minghuan²

(1 Department of Digestion, Beijing Fengtai Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Beijing 100072, China;

2 Department of Oncology, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

Abstract Objective: To analyze the distribution of different Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes of chronic atrophic gastritis and summarize its relationship with the changes of gastric mucosa morphology and pathological changes and provide an objective basis for clinical syndrome differentiation. **Methods:** A total of 230 patients with chronic atrophic gastritis admitted to our department for gastroenterology and ward in the recent 5 years were diagnosed based on syndrome differentiation and classified according to the Consensus of diagnosis and treatment of chronic atrophic gastritis combined with traditional Chinese and western medicine issued by the Chinese Medical Association in 2011. The patients' age, sex, gastroscopy changes and pathological features were classified and graded. SPSS 20.0 software was used to conduct statistical analysis of the above data, and the difference was statistically significant at $P<0.05$. **Results:** In 230 cases of patients, there were 130 female cases, 100 male cases, aged 18-85 years, with an average (54.25±14.25) years old. 145 cases in 41 to 60 years age, accounted for 63.04%, of which 51-60 years old had the largest number of cases. The incidence was higher than other age groups. After testing, there was no significant difference in sex distribution between men and women of all ages ($P>0.05$). In 230 cases, there were 81 cases with spleen and stomach weakness, accounting for 35.22%; 69 cases with liver and spleen incompatibility, accounting for 30%; 46 cases with spleen and stomach dampness heat, accounting for 20%; 30 cases of stomach yin insufficiency, accounting for 13.04%; 4 cases of blood stasis in stomach, accounting for 1.74%. Comparison of degree of atrophy under gastroscopy: Grade I-There was a significant difference between each syndrome type ($P<0.05$). There was a statistically significant difference between spleen and stomach

基金项目:北京市中医药科技发展资金青年项目立项(QN2015-012)

作者简介:曹志军(1981.05—),男,本科,主治医师,研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤 E-mail:244711907@qq.com

通信作者:左明焕(1964.02—),女,硕士,教授,主任医师,研究方向:中西医结合防治恶性肿瘤 E-mail:zuomh@263.net

weakness and liver and spleen incompatibility ($P < 0.05$), spleen and stomach weakness and stomach yin insufficiency ($P < 0.05$), but there was no significant difference between liver and spleen incompatibility, spleen and stomach dampness heat and stomach yin insufficiency ($P > 0.05$). There was no statistically significant difference between Grade II, Grade II and other syndromes ($P > 0.05$). Gastroscopy showed a simple change of atrophy, but also with hemorrhage, hyperplasia, erosion, bile reflux, without significant difference between the various syndromes ($P > 0.05$). Gastric mucosal pathological features were divided into 3 grades of mild, moderate and severe, there was statistically significant difference between mild and other syndromes ($P < 0.05$), of which the incidence of spleen and stomach weakness and spleen and stomach dampness heat were the highest. There was no significant difference between these two syndromes ($P > 0.05$). There was a significant difference between the spleen and stomach weakness and stomach yin insufficiency ($P < 0.05$), but there was no significant difference between liver and spleen incompatibility and stomach yin insufficiency ($P > 0.05$). There was significant difference between mild and other syndromes ($P < 0.01$). There was a similar incidence for liver and stomach incompatibility, stomach yin insufficiency, and spleen and stomach dampness heat ($P > 0.05$). There was significant difference between spleen and stomach weakness and blood stasis in stomach ($P < 0.05$). There was significant difference between severe and other syndromes ($P < 0.01$). There was significant difference between liver and spleen incompatibility and stomach yin insufficiency ($P < 0.05$), while there was no significant difference between spleen stomach deficiency and stomach yin insufficiency ($P > 0.05$). **Conclusion:** Chronic atrophic gastritis is characterized by spleen and stomach weakness, liver and spleen incompatibility, spleen stomach dampness heat, stomach yin insufficiency and blood stasis in stomach. There are some differences between the different forms of gastroscopy and pathological changes of mucosa.

Key Words Chronic atrophic gastritis; Different syndromes; Gastroscopy pathological changes; Distribution rule

中图分类号: R228; R573.3 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.08.052

慢性萎缩性胃炎 (Chronic Atrophic Gastritis, CAG) 是消化科常见疾病, 其发病机制目前尚无统一一定论。依据正常胃黏膜 - 慢性浅表性胃炎 - 慢性萎缩性胃炎 - 肠上皮化生 - 胃癌的发展规律 1978 年世界卫生组织将 CAG 列为胃癌癌前病变疾病, 故 CAG 及时治疗是防治胃癌的关键^[1]。CAG 属于中医学“胃脘痛”“嗳气”“嘈杂”“痞满”等范畴, 中医药在治疗 CAG 经验丰富, 且已通过胃镜证实了疗效^[1]。查阅文献^[3-6]我们发现目前尚未对 CAG 的中医分型及方药选用有规范化尺度, 为临床治疗带来一定困难。本研究尝试通过胃镜观察, 总结 CAG 不同中医证型及微观变化之间的相关性, 为临床治疗提供客观依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月至 2017 年 1 月北京市丰台中西医结合医院消化科门诊及病房收治的 CAG 患者 230 例, 其中女 130 例, 男 100 例, 年龄 18 ~ 85 岁, 平均年龄 (54.25 ± 14.25) 岁。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照 2010 年中华医学会消化分会颁布的《全国慢性胃炎研讨会共识意见》^[3-6] 以及 2003 年《慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见》中关于 CAG 的诊断标准。

中医诊断标准参照 2011 年中华医学会颁布的慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识中的证型标准。1) 脾胃虚弱型: 胃脘不适, 面色萎黄, 食少纳呆, 神疲倦怠, 舌质淡, 苔薄白, 有齿痕, 脉细弱。2) 肝脾不和型: 胃脘不适伴胸胁胀满或窜痛, 时欲大息, 情

志抑郁或急躁易怒, 纳差, 腹胀便溏, 或发作性腹痛腹泻, 舌苔白腻, 脉弦。3) 脾胃湿热型: 胃脘部胀满疼痛, 嘈杂灼热, 头晕目眩, 头重如裹, 身重肢倦, 恶心呕吐, 不思饮食, 口渴口苦, 小便色黄, 大便不畅。舌质红, 舌体胖边有齿痕, 苔黄腻, 脉沉滑。4) 胃阴不足型: 胃脘部隐隐作痛, 上腹部不适, 脘胀微微, 灼热不适, 嘈杂似饥, 消瘦食少, 五心烦热, 口干咽燥, 大便秘结。舌质红, 少苔或无苔少津, 脉细数。5) 胃络瘀血型: 胃脘胀满刺痛, 痛有定所, 拒按, 肌肤甲错, 舌暗有瘀斑瘀点, 脉涩或沉弦。

1.3 纳入标准 1) 符合 1.2 者; 2) 电子胃镜符合胃黏膜萎缩性改变; 3) 我院医学伦理委员会审批通过并签署知情同意书者^[7]。

1.4 排除标准 1) 电子胃镜提示胃溃疡或癌变者; 2) 资料不全者; 3) 合并严重心、脑、肾等重要脏器病变者^[7]。

1.5 黏膜病理分级 慢性萎缩性胃炎黏膜的病理分级分为轻度、中度及重度 3 个级别, 具体分级如下: 轻度: 胃黏膜固有腺体大部分保留, 减少的数量仅为原有腺体总量的 1/3。中度: 胃黏膜固有腺体大部分保留, 减少的数量超过原有腺体总量的 1/3, 但未超过 2/3。重度: 胃黏膜固有腺体大部分保留, 减少的数量超过原有腺体总量的 2/3, 甚至完全消失。

1.6 研究方法 由 10 年以上临床年资的主治医师进行问卷调查, 包括患者姓名、年龄、性别、病程、临床表现, 并对症状、体征、胃镜结果及组织病变进行

归类记录,从而明确患者症状与证候。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析,计量资料均以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,方差齐性时采用 t 检验,方差不齐时采用 Kruskal-Wallis 非参数检验,计数资料均以 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料分布情况 230 例患者中女 130 例,男 100 例,年龄 18 ~ 85 岁,平均年龄 (54.25 ± 14.25) 岁,41 ~ 60 岁有 145 例,占 63.04%,其中以 51 ~ 60 岁例数最多,发病率高与其他年龄层各年龄层男女性别分布差异无统计学意义 ($\chi^2 = 2.14, P = 0.14 > 0.05$)。见表 1。

表 1 患者年龄、性别构成比分布情况[例(%)]

年龄(岁)	男性	女性	合计
≤30	3(25.00)	9(75.00)	12(5.20)
31~40	20(60.61)	13(39.39)	33(14.35)
41~50	28(53.84)	24(46.16)	52(22.61)
51~60	34(36.56)	59(63.44)	93(40.43)
>60	15(37.5)	25(62.50)	40(17.41)
总计	100(43.48)	130(56.52)	230(100.00)

2.2 证型分布情况 230 例中脾胃虚弱型 81 例,占 35.22%;肝脾不和型 69 例,占 30.00%;脾胃湿热型 46 例,占 20.00%;胃阴不足型 30 例,占 13.04%;胃络瘀血型 4 例,占 1.74%。见表 2。

表 2 中医证型构成比分布情况[例(%)]

证型	男性	女性	总计
脾胃虚弱型	28(34.56)	53(65.44)	81(35.22)
肝脾不和型	20(28.99)	49(71.01)	69(30.00)
脾胃湿热型	29(63.04)	17(36.96)	46(20.00)
胃阴不足型	14(46.67)	16(53.33)	30(13.04)
胃络瘀血型	1(25.00)	3(75.00)	4(1.74)
合计	100(43.48)	130(56.52)	230(100)

2.3 胃镜下萎缩程度比较 I 级-各证型间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 2.35, P = 0.021 < 0.05$),两两比较中脾胃虚弱型与肝脾不和型差异有统计学意义 ($\chi^2 = 1.76, P = 0.032 < 0.05$),脾胃虚弱型与胃阴不足型差异有统计学意义 ($\chi^2 = 1.82, P = 0.007 < 0.01$),肝脾不和型、脾胃湿热型及胃阴不足型之间差异无统计学意义 ($\chi^2 = 2.11, P = 0.091 > 0.05$);II 级及 III 级-各证型之间差异无统计学意义 ($\chi^2 = 2.02, P = 0.13 > 0.05$)。胃镜下见单纯萎缩性变化,亦可伴出血、伴增生、伴糜烂、伴胆汁反流,各证型间差异无统计学意义 ($\chi^2 = 2.63, P = 0.076 > 0.05$)。见表 3。

2.4 组织病理变化比较 胃黏膜病理表现分轻度、

中度及重度 3 级,轻度各证型之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 2.63, P = 0.024 < 0.05$),其中脾胃虚弱型及脾胃湿热型发病率最高,此 2 种证型差异无统计学意义 ($P > 0.05$),脾胃虚弱型与胃阴不足型之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 2.42, P = 0.017 < 0.05$),肝脾不和型与胃阴不足型差异无统计学意义 ($\chi^2 = 2.12, P = 0.091 > 0.05$)。中度各证型差异有统计学意义 ($\chi^2 = 1.77, P = 0.002 < 0.01$),肝脾不和型、胃阴不足型及脾胃湿热型发病率差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.92, P = 0.823 > 0.05$),与脾胃虚弱型及胃络瘀血型比较,差异均有统计学意义 ($\chi^2 = 2.93, P = 0.074 < 0.05$)。重度各证型之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 2.03, P = 0.002 < 0.05$),肝脾不和型及胃阴不足型差异有统计学意义 ($\chi^2 = 2.34, P = 0.064 < 0.05$),而脾胃虚弱型及胃阴不足型之间差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.87, P = 0.072 > 0.05$)。见表 4、表 5。

表 3 不同萎缩程度中医证型构成比分布情况[例(%)]

证型	I 级	II 级	III 级	总计
脾胃虚弱型	54(66.67)	24(29.63)	3(3.70)	81(35.22)
肝脾不和型	47(68.12)	20(28.99)	2(2.89)	69(30.00)
脾胃湿热型	30(65.21)	14(30.43)	2(4.36)	46(20.00)
胃阴不足型	13(43.33)	15(50.00)	2(6.67)	30(13.04)
胃络瘀血型	1(25.00)	3(75.00)	0(0.00)	4(1.74)
共计	145(60.04)	76(33.04)	9(6.92)	230(100)

表 4 不同黏膜病理分级与中医证型构成比分布情况[例(%)]

证型	轻度	中度	重度	总计
脾胃虚弱型	49(60.49)	26(32.10)	6(7.41)	81(35.22)
肝脾不和型	14(20.29)	35(50.72)	20(28.99)	69(30.00)
脾胃湿热型	19(41.30)	24(52.17)	1(6.53)	46(20.00)
胃阴不足型	7(23.33)	18(60.00)	5(16.67)	30(13.04)
胃络瘀血型	1(25.00)	2(50.00)	1(25.00)	4(1.74)
共计	90(39.13)	115(50.00)	33(10.87)	230(100)

表 5 不同黏膜病理变化与中医证型构成比分布情况[例(%)]

证型	单纯性	增生	糜烂	出血	胆汁反流
脾胃虚弱型	11(13.60)	31(38.27)	27(33.33)	10(12.35)	2(2.45)
肝脾不和型	9(13.04)	27(39.13)	23(33.33)	8(11.59)	2(2.91)
脾胃湿热型	5(10.87)	20(43.48)	17(36.96)	4(8.69)	0(0.00)
胃阴不足型	1(3.33)	14(46.67)	10(33.33)	3(10.00)	2(6.67)
胃络瘀血型	0(0)	2(50.00)	1(25.00)	1(25.00)	0(0.00)
共计	26(11.30)	94(40.87)	78(33.91)	26(11.30)	6(2.62)

2.5 各证型黏膜病理变化的分布 通过电子胃镜我们发现 CAG 存在单纯性萎缩、伴糜烂、伴增生、伴出血及胆汁反流,其中伴增生及糜烂的发病率最高,单纯性萎缩中胃虚弱证型分布最多,伴增生则以胃阴不足证型为著,在伴发糜烂者中脾胃湿热证型发

病率最高,而胆汁反流多见于肝脾不和证型,但是各证型间差异无统计学意义($\chi^2 = 1.35, P = 0.46 > 0.05$)。见表 5。

3 讨论

CAG 各证型中均出现胃脘不适及纳差,脾胃二脏相表里,主升清降浊,是机体气机通畅的枢纽,患者不论是脾胃虚弱、肝脾不和、脾胃湿热、胃阴不足还是胃络瘀血型均可影响脾胃气机升降^[8-9],从而导致脏腑气机不利,不通则痛,正如《素问·阴阳应象大论》提到:“浊气在上,则生胰胀”。《灵枢·邪气脏腑病形》又记载到:“胃病者,腹臑胀,胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不通,饮食不下”。《素问·刺禁论》中亦云:“脾为之使,胃为之市”。CAG 乃长期病变,脾气以升为用,正如叶天士在《临证指南医案·脾胃》指出:“太阴湿土,得阳始运,阳明阳土;得阴始安”。我们认为脾胃二者之气升降有序才可协调平衡,发挥正常功能,正所谓“脾宜升则健,胃宜降则和”,均说明脾胃运化受纳水谷精微,升降得宜才可完成纳食、转运、吸收等一系列生理过程,如若脾胃受损则纳运失常,患者及出现胃脘不适及纳差症状^[10-11]。研究中我们发现以 41~60 岁有 145 例,占 63.04%,其中以 51~60 的病例数最多,发病率高于其他年龄层。有研究人员认为 CAG 属于退行性改变的疾病,随着年龄的增长 CAG 发病率增加亦是意料之中的现象,中医学角度认为随着年龄增长天葵渐衰,肾气亏虚,气血津液不足,无法濡养胃络,从而导致胃部失养,亦有现代研究证实胃黏膜腺体的萎缩与胃局部组织血供减少有关。虽然我们在各年龄层中发现性别资料差异无统计学意义,但是我们发现肝脾不和证型中女性患者明显多于男性,在“女子以肝为先天”的中医理论指导下我们可知女子月事调节乃肝主疏泄功能的体现之一,女子月事前冲任二经气血充足,经期期间或经后气血亏虚,因虚致瘀,则可出现夹虚夹瘀之征象,肝失条达,郁而化火,从而影响脾胃的气机升降功能,进而出现胃脘不适及纳差等症^[12-14]。

在各种病理变化中脾胃虚弱型 CAG 出现单纯性萎缩为多,中土虚弱,气血生化乏源,无法滋养胃体,逐渐导致胃黏膜腺体萎缩,最终成本病。肝脾不和证型以胆汁反流偏多,在脾胃湿热证型中医伴发糜烂者居多,胃阴亏虚者则多伴发增生。从中医学角度我们认为单纯脾胃虚弱者可仅存在虚证,不以夹杂实邪,故胃镜下可的见单纯性的萎缩病变。在肝脾不和证型中,肝气疏泄功能受损,致使胆汁不循

常道而横逆入胃,最终出现胆汁反流的征象。湿热旺盛者亦蕴结于中焦,最终导致机体血肉腐败,从而胃镜下可见胃黏膜糜烂^[15-17]。

基于此,我们经过统计研究后发现 CAG 的发病率可随着年龄的增长有一定的上调趋势,但未见明显的性别差异,存在脾胃虚弱型、肝脾不和型、脾胃湿热型、胃阴不足型及胃络瘀血型,在各类病理伴发症中以糜烂和增生发生率最高,单纯性萎缩,伴发出血或胆汁反流。亦存在一定比例的患者。各证型间的病理分级亦存在不同分布,差异有统计学意义。本研究将 CAG 的基本证候与胃镜表现及病理分类进行总结,但因时间较短及病例数较少的缘故可能存在试验误差,下阶段将扩大样本量以期更客观、全面的分析分布规律。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 马丽.内镜诊断慢性萎缩性胃炎的病理研究[J].中国卫生标准管理,2016,7(7):181-182.
- [3] 徐文江,李彦生.曾升海治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].河南中医,2017,37(7):1182-1184.
- [4] 刘宪莉,于春鹏,谢迪,等.柴芍消痞汤治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生效果研究[J].科技创新导报,2015,5(16):25.
- [5] 葛来安,付勇,吕国雄,等.何晓晖教授论治慢性萎缩性胃炎经验探析[J].南京中医药大学学报,2015,6(3):283-287.
- [6] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J].中国中西医结合消化杂志,2010,18(5):345-349.
- [7] 陆斌.98 例慢性萎缩性胃炎病因分析及治疗策略[J].吉林医学,2013,34(2):308.
- [8] 孔庆为,张传恩.慢性萎缩性胃炎从阳虚论治浅析[J].中国农村卫生,2017,6(5):76-77.
- [9] 陈贵银,郭喜军,安福丽,等.慢性萎缩性胃炎的中医病机和治疗[J].现代中西医结合杂志,2008,17(25):3913.
- [10] 魏玮,杨洋.慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J].中医杂志,2016,57(1):36-40.
- [11] 邓永珊,商洪涛.慢性萎缩性胃炎中医诊治进展[J].江苏中医药,2015,47(10):83-85.
- [12] 宋飞跃,舒鸿飞.慢性萎缩性胃炎的研究回顾述要[J].光明中医,2013,28(7):1521-1524.
- [13] 刘春丽.慢性萎缩性胃炎的中医辨证论治[J].中国实用医药,2012,7(18):196-197.
- [14] 郭丹丹,朱生樑.中医治疗慢性萎缩性胃炎研究进展[J].长春中医药大学学报,2015,31(3):657-660.
- [15] 张金丽,王春浩,周文平,等.慢性萎缩性胃炎 6 种证型胃镜像和病理学表现研究[J].中医杂志,2012,53(11):942-944.
- [16] 陈晶,周晓虹,韩树堂.慢性萎缩性胃炎证型分布规律研究[J].江苏中医药,2008,40(11):36-38.
- [17] 艾春花,黄铭涵.慢性萎缩性胃炎中医证型与胃镜、胃黏膜病理及幽门螺旋杆菌感染的相关性研究[J].云南中医学院学报,2016,39(5):57-61.