慢性浅表性胃炎中医证型分布与幽门螺杆菌感染、胃镜像及病理表现相关性分析

乔 艳,房 玲,杨惠卿,焦俊英

(北京市大兴区人民医院中医科,北京 102699)

[摘要]目的 探讨慢性浅表性胃炎(chronic superficial gastritis,CSG)中医证型分布与幽门螺杆菌(helicobacter pylori,Hp)感染、胃镜像及病理表现的相关性。**方法** 选取150例经胃镜和病理检查确诊为CSG的患者,根据中医辨证分型将其分为肝胃不和型(n=38)、脾胃湿热型(n=22)、脾胃虚弱型(n=46)、胃阴不足型(n=29)、胃络瘀阻型(n=15)。用快速尿素酶试验和Warrthin-Starry银染色法检测患者Hp感染情况,并收集患者的胃镜像及病理表现的相关资料,探讨CSG中医证型分布与Hp感染、胃镜像及病理表现之间的相关性。**结果** CSG患者Hp阳性率以脾胃湿热型和脾胃虚弱型最高,且与其余各组比较差异有统计学意义(P<0.05)。黏膜白相多见于脾胃虚弱型,血管透见多见于胃阴不足型,黏膜粗糙和颗粒增生多见于胃络瘀阻型,且各证型分布差异有统计学意义(P<0.05)。不同证型患者炎症程度比较,差异有统计学意义(P<0.05),轻度炎症多见于肝胃不和型,中度炎症多见于脾胃虚弱型,重度炎症多见于脾胃湿热型。**结论** CSG中医证型分布与Hp感染、胃镜像及病理表现均存在一定的相关性。

[关键词]慢性浅表性胃炎;中医证型;幽门螺杆菌感染;胃镜像;病理表现;相关性

[中图分类号]R573.3^{+}1 [DOI]10.3969/j.issn.2095-7246.2021.03.008

慢性浅表性胃炎(chronic superficial gastritis,CSG)是指因细菌、病毒、吸烟、药物、嗜酒等不同病因引起的胃黏膜慢性炎症,其炎症细胞浸润程度比较浅表,仅局限在胃黏膜表面一层(不超过1/3),是消化系统多发病之一[1],具有发病率高、易复发的特点[2]。另外,在胃镜检查中,CSG占全部慢性胃炎的50%~85%[3],是慢性胃炎中最常见的一种类型,且患者可伴有不同程度的消化不良症状,如进食后上腹部不适、隐痛,伴嗳气、恶心、泛酸,偶有呕吐,若不能及时给予治疗,患者病情加重,容易发展成慢性萎缩性胃炎,严重者还可进展为胃癌[4]。因此,临床上应该重视对CSG的治疗。

目前,临床上诊断CSG主要采用胃镜检查及病理活组织检查两种方式,其中胃镜检查可通过影像拍摄直接表现胃部病变特征[5];病理活组织检查可通过患者胃黏膜病变程度获得诊断结果[6]。随着现代医学的不断发展,越来越多的研究发现该病的发生与幽门螺杆菌(helicobacter pylori,Hp)感染密切相关[7-8]。但目前临床上对CSG与胃镜像及病理表现的相关性研究较少,且多以西医方面的内容为主,很少探讨CSG中医证型分布的规律。因此,本研究通过对2018年1月至2019年6月北京市大兴区人民医院收治的150例CSG患者进行研究,探讨该病在中医证型分布上与Hp感染、胃镜像及病理表现是否存在一定的相关性,从而为CSG的临床辨证论治提供一定的参考,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断与辨证标准 CSG的诊断标准参照2005年颁布的《中药新药临床研究指导原则(试行)》[9]及《中国慢性胃炎共识意见》[10]中的相关标准。中医辨证分型标准参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)》[11]中的相关标准。胃镜诊断标准参照中华医学会消化内镜学分会《慢性胃炎内镜分型分级标准试行意见》[12]中的相关标准。

1.2 纳入标准与排除标准

1.2.1 入组标准 ①所有患者经胃镜和病理检查确诊为CSG;②无上消化道手术史;③临床资料完整;④无胃镜检查禁忌。

1.2.2 排除标准 ①合并心肝肾等器官功能障碍或恶性肿瘤;②有精神障碍、无法自主配合研究;③就诊前1个月内服用过抗生素、H_2受体阻滞剂、质子泵抑制剂及铋制剂等治疗消化系统药物;④妊娠或准备妊娠的妇女、哺乳期妇女。

1.3 一般资料 选取2018年1月至2019年6月北京市大兴区人民医院收治的CSG患者150例,其中男62例,女88例;年龄25~65岁,平均年龄(46.96±9.34)岁;病程1个月至15年,平均病程(5.95±2.12)年。根据中医辨证分型可将其分为肝胃不和型38例、脾胃湿热型22例、脾胃虚弱型46

作者简介:乔艳(1983-),女,住院医师

例、胃阴不足型29例、胃络瘀阻型15例。所有患者均由同一名高年资中医师做出中医辨证分型诊断。所有患者及家属对本次研究内容完全知情,且均签署知情同意书。

2 方法

2.1 Hp检测 所有患者均接受快速尿素酶试验和组织学检查。患者通过胃镜检查在胃窦部距幽门5 cm范围内小弯侧取2块胃黏膜组织,用10%甲醛固定。分别使用快速尿素酶检测试剂盒(本溪泰斯特捷生物科技有限公司)与Warrthin-Starry银染色液(上海酶联生物科技有限公司)检测样本中是否存在Hp。两项有一项阳性即为Hp阳性,两项均阴性则为Hp阴性。

2.2 胃镜像采集 应用同一台CLV-260SL型号电子内镜(日本奥林巴斯公司)详细观察所有患者胃黏膜的病变情况,检查前需对患者进行局部麻醉与润滑。由同一名临床医师进行检查,并判断CSG的性质和程度,给出诊断结果。

2.3 病理组织学检查 分别在胃窦部距幽门2.5 cm处的胃大弯侧、小弯侧、前壁、侧壁取黏膜组织,并对其进行常规固定切片、染色处理后,在显微镜下观察胃黏膜的病理组织学改变。其炎症程度具体分级标准如下:若炎症细胞浸润程度轻,且位于胃小凹底部以上,则视为轻度炎症;若炎症细胞浸润程度深达腺体固有层,则视为中度炎症;若炎症细胞完全浸润黏膜肌层,则视为重度炎症。若胃内黏膜组织存在多处炎症病灶均以重度炎症为标准。

2.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以"均数±标准差($\bar{x}\pm s$)"表示。多组均数比较采用单因素方差分析;名义分类计数资料采用χ^2检验,单向有序分类资料采用秩和检验(Kruskal-Wallis H检验)。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 患者证型分布情况及一般资料比较 150例CSG患者中医证型病例数由高到低依次为脾胃虚弱型、肝胃不和型、胃阴不足型、脾胃湿热型、胃络瘀阻型。各证型患者的性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

3.2 不同中医证型患者Hp感染率比较 脾胃湿热型患者Hp阳性11例(占50%),脾胃虚弱型13例(占28.26%),胃络瘀阻型4例(占26.27%),肝胃不和型6例(占15.79%),胃阴不足型4例(占13.79%)。不同证型患者Hp感染率比较,差异有统计学意义($\chi^2=11.171$,$P=0.025$)。

表1 患者证型分布情况及一般资料比较

证型	n	性别(男/女)/例	平均年龄/岁	平均病程/年
肝胃不和型	38	16/22	48.18±10.23	4.99±0.80
脾胃湿热型	22	9/13	45.91± 9.05	4.84±0.72
脾胃虚弱型	46	20/26	45.61±10.13	4.64±0.82
胃阴不足型	29	12/17	45.45± 6.14	4.73±0.50
胃络瘀阻型	15	5/10	46.27± 6.01	4.51±0.54

3.3 不同中医证型分布与胃镜像的关系 不同证型患者胃黏膜白相、颗粒增生、黏膜粗糙、血管透见的检出率比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。其中黏膜白相在肝胃不和型及脾胃虚弱型中检出率高,颗粒增生在胃阴不足型、胃络瘀阻型检出率高,黏膜粗糙在胃阴不足型、脾胃虚弱型检出率高,血管透见在脾胃虚弱型、胃阴不足型检出率高。见表2。

表2 不同中医证型分布与胃镜像的关系

证型	n	黏膜白相/例	颗粒增生/例	黏膜粗糙/例	血管透见/例
肝胃不和型	38	31	6	13	21
脾胃湿热型	22	13	7	7	15
脾胃虚弱型	46	42	11	18	37
胃阴不足型	29	22	15	20	24
胃络瘀阻型	15	10	13	12	7

3.4 不同中医证型患者炎症程度比较 不同中医证型患者的炎症程度比较,差异有统计学意义($\chi^2=15.357$,$P=0.004$),肝胃不和型的炎症程度最轻,脾胃湿热型的炎症程度最重。见表3。

表3 不同中医证型患者炎症程度比较

证型	n	炎症程度/例			平均秩次
		轻度	中度	重度	
肝胃不和型	38	19	8	11	59.34
脾胃湿热型	22	2	4	16	100.14
脾胃虚弱型	46	13	17	16	71.78
胃阴不足型	29	6	9	14	82.19
胃络瘀阻型	15	4	4	7	78.77

4 讨论

中医学将以餐后饱胀不适为主症的病证归属于"痞满"范畴,命名为"胃痞";将以上腹痛为主症的病证归属于"胃痛"范畴,命名为"胃痛"[13]。而CSG以上腹不适、隐痛、饱胀,进食后加重,伴嗳气、恶心、泛酸等症状为主要临床表现,在中医学中属"胃痛""胃痞"等范畴,且普遍认为该病与肝脾密切相关[14]。在中医治疗中,证型是确定治疗方法和处方给药的依据,证型的准确性关系到能否恰当地进行处方立法。因此,CSG中医证型的研究对其临床辨证论治有重要的指导作用。

CSG可分为肝胃不和型、脾胃湿热型、脾胃虚

弱型、胃阴不足型、胃络瘀阻型五类。本研究发现，CSG中医证型分布情况以脾胃虚弱型和肝胃不和型为主，胃络瘀阻型最少，其主要原因可能为：

(1)在中医学中，脾胃被视为后天之本，气血生化之源。因此，各种原因引起的脾胃亏损，均会影响人体气血阴阳的化生，从而造成胃黏膜固有腺体的濡润温养功能消失，从而出现萎缩、减少的现象[16]。CSG易于反复发作，症状难以缓解，久病多虚，脾胃虚弱往往贯穿CSG的整个病程。因此，应将补益脾胃作为治疗CSG的主要方法，脾胃健运，从而气血化源充足，则可恢复腺体功能。

(2)随着社会的发展和工作压力的增加，越来越多的人出现不同程度的精神紧张、忧虑或郁闷状态，长期处于这种状态之下，患者的大脑皮质会受到抑制，造成肝功能损伤，进而减弱胃的神经反射性调节能力，导致胃黏膜发生炎症，进而出现CSG。因此，心理治疗也是治疗CSG的重要方法。

(3)胃络瘀阻型较少的原因可能为实际临床中，典型的血瘀症状较为少见。

Hp感染属于中医学“邪气”范畴，是胃病发生的重要因素[17]，但Hp的发病机制尚未明确，其中最可能的机制为Hp可破坏胃黏膜屏障，发生H^+反向弥散，造成胃黏膜炎症。本研究发现，Hp感染在脾胃湿热型中检出率最高，其次是脾胃虚弱型，其原因可能为：

(1)脾胃湿热型是CSG常见的病理类型，体内环境适宜Hp的生长和繁殖。

(2)脾胃虚弱患者的正气不足，对Hp易感，且Hp感染后，会加重脾胃的损伤，从而导致脾胃进一步虚弱。

本研究结果与蔡子鸿等[17]及陈丽凤等[18]的研究结果一致。而李宝山等[19]发现，Hp感染多见于脾胃虚弱型和湿热中阻型，且脾胃虚弱型多于湿热中阻型，这可能与本研究的样本量较小有关，也可能是患者所在地的气候、卫生、饮食习惯等不同造成的。因此，临床上治疗CSG合并Hp感染时，既要注重清热化湿，也要注重健脾扶正，两者结合才能达到标本兼治的效果，防止Hp感染的反复发作。

一般来说，CSG的发病初期病情较轻，以肝胃不和型多见；病情进展后，内外邪气逐渐消耗脾胃元气，呈现出脾胃虚弱之象，以黏膜白相多见；病情越久，郁热耗伤胃阴，且脾胃运化功能减弱，呈现出胃阴不足之象，形质不足，表现为黏膜变薄、血管透见；病深日久，病变由气入血，由经入络，导致血络不通，瘀血内结，从而表现为黏膜粗糙、颗粒增生。CSG的胃镜象由黏膜白相、血管透见到黏膜粗糙、颗粒增生，且黏膜白相多见于脾胃虚弱型中，血管透见多见于胃阴不足型中，黏膜粗糙和颗粒增生多见于胃络瘀阻型中。因此，将患者的胃镜象与中医分型结合起来可进一步指导CSG的治疗。

CSG病理表现以轻、中、重度胃黏膜炎症为主，有临床研究发现，CSG中医证型与胃黏膜病理表现存在一定的相关性。本研究发现轻度炎症以肝胃不和型为主，中度炎症以脾胃虚弱型为主，重度炎症以脾胃湿热型为主，说明CSG病理表现与中医证型的虚实相关，虚证多表现为轻、中度炎症，而实证尤其是邪实证对胃黏膜的损伤程度最大，多表现为重度炎症。这与谢晓平[20]的研究结果相似。因此，在治疗轻、中度炎症时通过健脾扶正加用调肝和胃之品进行治疗，在治疗重度炎症时则可适当辅佐清热化湿之品。

综上所述，CSG中医证型分布与Hp感染、胃镜象及病理表现均存在一定的相关性。

参考文献：

[1] KAN J, CHENG J, XU L, et al. The combination of wheat peptides and fucoidan protects against chronic superficial gastritis and alters gut microbiota: a double-blinded, placebo-controlled study[J]. EUR J NUTR, 2019, 26(6): 56-59.

[2] 高胜芬. 三九胃泰颗粒联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗慢性浅表性胃炎的效果及安全性分析[J]. 临床医学, 2017, 37(8): 113-114.

[3] 张声生, 牧童, 汪红兵, 等. 慢性浅表性胃炎证候分布的研究[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(1): 18-21.

[4] LEE S Y. Endoscopic gastritis, serum pepsinogen assay and helicobacter pylori infection[J]. KOREAN J INTERN MED, 2016, 31(5): 835-844.

[5] ESHMURATOV A, NAH J C, KIM N, et al. The correlation of endoscopic and histological diagnosis of gastric atrophy[J]. Dig Dis Sci, 2010, 136(5): 1364-1375.

[6] 黄曼玲, 孙圣斌, 徐丹, 等. 幽门螺杆菌感染与胃镜下的不同胃炎及病理之间的关系[J]. 实用医学杂志, 2014, 11(14): 2245-2247.

[7] TAKEOKA A, TAYAMA J, YAMASAKI H, et al. Impact of helicobacter pylori immunoglobulin G levels and atrophic gastritis status on risk of metabolic syndrome [J]. Plos One, 2017, 11(11): e0166588.

[8] SOMA N. Diagnosis of Helicobacter pylori-related chronic gastritis, gastric adenoma and early gastric cancer by magnifying endoscopy: ME-NBI for the diagnosis of EGC[J]. J Dig Dis, 2016, 17(10): 641.

[9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 124-129.

[10] 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.
[11] 张万岱,李军祥,陈治水,等.慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J].中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-743.
[12] 于中麟.慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J].中华消化内镜杂志,2004,12(2):55-58.
[13] 温蕊瑜.异病同治对慢性胃炎中"胃痛""痞满"的临床研究[D].福州:福建中医药大学,2013.
[14] 欧阳劲光,邹晓华,查安生,等.和胃方治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证临床观察[J].安徽中医药大学学报,2019,38(4):43-47.
[15] 刘宪华,侯政昆,刘凤斌.慢性胃炎中医证型及其症状条目库的构建和优化[J].中医杂志,2016,57(17):1468-1471.
[16] 陈玉礼,黄干荣,赵丽娟,等.评价半夏泻心汤根治幽门螺杆菌感染疗效的免疫指标[J].现代医药卫生,2017,33(1):58-60.
[17] 蔡子鸿,洪清娴,洪振鑫.慢性胃病中医分型与Hp感染206例相关探讨[J].浙江中西医结合杂志,2002,32(3):11-12.
[18] 陈丽凤.慢性浅表性胃炎中医证候分布及与HP、病理分级关系的研究[D].福州:福建中医药大学,2010.
[19] 李宝山,李岩,李岚,等.慢性浅表性胃炎中医分型与幽门螺杆菌感染的关系[J].世界华人消化杂志,2017,77(6):13.
[20] 谢晓平.慢性浅表性胃炎中医证型与胃黏膜炎症程度相关性的研究[J].云南中医学院学报,2013,36(3):56-57.

(收稿日期:2020-02-21)

Association of the Distribution of Traditional Chinese Medicine Syndrome Types of Chronic Superficial Gastritis with Helicobacter pylori Infection, Gastroscopic Findings, and Pathological Manifestations

QIAO Yan, FANG Ling, YANG Hui-qing, JIAO Jun-ying

(*Department of Traditional Chinese Medicine, People's Hospital of Daxing District, Beijing* 102699, *China*)

[**Abstract**] **Objective** To investigate the association of the distribution of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome types of chronic superficial gastritis (CSG) with Helicobacter pylori (Hp) infection, gastroscopic findings, and pathological manifestations. **Methods** A total of 150 patients who were diagnosed with CSG based on gastroscopy and pathological examination were enrolled, and according to their TCM syndrome type, they were divided into liver-stomach incoordination group with 38 patients, spleen-stomach damp-heat group with 22 patients, spleen-stomach deficiency group with 46 patients, stomach-Yin deficiency group with 29 patients, and gastric collateral stasis group with 15 patients. Rapid urease test and Warthin-Starry staining were used to detect Hp infection in patients, and related gastroscopic findings and pathological manifestations were collected to investigate the association of the distribution of TCM syndrome types of CSG with Hp infection, gastroscopic findings, and pathological manifestations. **Results** For the patients with CSG, the highest positive rate of Hp was observed in the spleen-stomach damp-heat group and the spleen-stomach deficiency group, and there was a significant difference in positive rate between these two groups and the other groups ($P<0.05$). White mucosa was commonly observed in patients with deficiency of spleen and stomach, clear vessel was commonly observed in patients with stomach-Yin deficiency, and mucosal roughness and granular hyperplasia were commonly observed in patients with gastric collateral stasis, with a significant difference in the distribution of TCM syndrome types ($P<0.05$). There was a significant difference in the degree of inflammation between the patients with different TCM syndrome types ($P<0.05$); mild inflammation was commonly observed in patients with incoordination between liver and stomach, moderate inflammation was commonly observed in patients with deficiency of spleen and stomach, and severe inflammation was commonly observed in patients with spleen-stomach damp-heat syndrome. **Conclusion** The distribution of TCM syndrome types of CSG is associated with Hp infection, gastroscopic findings, and pathological manifestations.

[**Key words**] Chronic superficial gastritis; Traditional Chinese medicine syndrome type; Helicobacter pylori infection; Gastroscopic findings; Pathological manifestations; Association